

Se distribuye bajo una licencia Creative Commons - Atribución - No comercial  
- Sin obra derivadas - 4.0 Internacional.



**UNIVERSIDAD DE PALERMO**  
**DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

**TESIS DOCTORAL**

**Salud Mental y Crecimiento Postraumático en Madres no Ofensoras con Hijos/as  
abusados sexualmente: El papel del Apego, la Regulación Emocional y las Estrategias  
de Afrontamiento**

**Mental health and posttraumatic growth in non-offending mothers with sexually abused  
children: The role of attachment, emotional regulation and coping strategies**

**Doctorando**

**Lic. Rodrigo Manuel Moya Vergara (Leg. 0074316)**

**Directora**

**Dra. Mónica Patricia Guzmán González**

**Buenos Aires, 19 de Abril de 2017**

## Resumen

Los objetivos del estudio fueron evaluar el grado en el cual el apego, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento, en un modelo conjunto, se asocian con la salud mental y el crecimiento postraumático en madres con hijos/as abusados sexualmente. Además, establecer cómo se relacionan dichas variables en su efecto sobre la salud mental y el crecimiento postraumático en las madres.

La muestra estuvo compuesta por 103 madres chilenas. El estudio fue correlacional, no experimental, transeccional, con mediciones de autoreporte. Se evaluó un modelo con la salud mental y crecimiento postraumático como variables dependientes; la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) como variables independientes; las dificultades en la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento como variables mediadoras y el vínculo con el agresor (abuso intra/extrafamiliar) y apoyo social percibido como variables moderadoras.

De los resultados se identifica que las variables mencionadas se asociaron tanto con la salud mental como con el crecimiento postraumático. Además se identificaron efectos de mediación de las dificultades en la regulación emocional y algunas estrategias de afrontamiento en la asociación entre la inseguridad del apego y la salud mental. No obstante, no se observaron efectos de mediación de las mismas variables al considerar el crecimiento postraumático como variable resultado. Por otro lado, se observaron dos efectos de moderación; un alto apoyo social percibido se relaciona con menor sintomatología ansiosa y un bajo apoyo social percibido se relaciona con menor crecimiento postraumático ambos en madres con alta evitación a la intimidad. En conclusión, esta investigación da cuenta de hallazgos relevantes, que pueden favorecer el diseño de intervenciones terapéuticas en el trabajo con las madres, potenciando así recursos personales que permitan favorecer su ajuste psicológico.

**Palabras clave:** Abuso sexual infantil, inseguridad del apego, dificultades en la regulación emocional, estrategias de afrontamiento, crecimiento postraumático, apoyo social percibido.

## Abstract

The objectives of the study were to assess the extent to which attachment, emotional regulation, and coping strategies in a joint model are associated with mental health and posttraumatic growth in mothers with sexually abused children. In addition, to establish how these variables are related in their effect on mental health and posttraumatic growth in mothers.

The sample consisted of 103 Chilean mothers. The study was correlational, non-experimental, transectional, with self-report measurements. We evaluated a model with mental health and posttraumatic growth as dependent variables; Attachment insecurity (anxiety and avoidance) as independent variables; Difficulties in emotional regulation and coping strategies as mediating variables and the link with the aggressor (intra / extrafamilial abuse) and perceived social support as moderating variables.

From the results it is identified that the mentioned variables were associated with both mental health and posttraumatic growth. In addition, mediation effects of difficulties in emotional regulation and some coping strategies in the association between attachment insecurity and mental health were identified. However, no mediation effects of the same variables were observed when considering post-traumatic growth as a variable outcome. On the other hand, two effects of moderation were observed; High perceived social support is associated with less anxious symptomatology and low perceived social support is associated with lower posttraumatic growth both in mothers with high avoidance of intimacy. In conclusion, this research reports relevant findings, which may favor the design of therapeutic interventions in working with mothers, thus enhancing personal resources that allow them to favor their psychological adjustment.

**Key words:** Child sexual abuse, attachment insecurity, difficulties in emotional regulation, coping strategies, posttraumatic growth, perceived social support.

## **Agradecimientos**

En primer lugar agradecer a la Dirección Nacional y Regional de la Fundación Tierra de Esperanza por su autorización y confianza de realizar este estudio en sus dependencias.

A los Directores y equipos de psicólogos y trabajadores sociales de cada Programa de Reparación de Maltrato, por su tiempo, disponibilidad y apoyo en la coordinación e implementación de la investigación.

A las madres que participaron en la investigación, gracias por su confianza, colaboración y valentía de expresar sus experiencias en este estudio. Esperando que el esfuerzo y dedicación suponga un avance en la comprensión de sus vivencias y acompañamiento luego de la situación abusiva cometida contra su hijo/a.

A la Universidad Católica del Norte, en especial a la Directora de la Escuela de Psicología, Mg. Paula Contreras, por creer en el proyecto de tesis y gestionar los permisos necesarios para la realización del mismo. Al cuerpo académico de la Escuela de Psicología, quienes constantemente manifestaron el apoyo y preocupación por la culminación de la tesis.

Deseo dar las gracias en especial a la Directora de mi Tesis Doctoral, Dra. Mónica Guzmán, quien me animó, apoyo y entregó los conocimientos necesarios para culminar la investigación, sin su arduo apoyo, paciencia y dedicación permanente en todo este tiempo los frutos de este trabajo no habrían sido los mismos. Además agradecer a la Dra. Anna Włodarczyk, quien desinteresadamente aportó sus conocimientos metodológicos, enriqueciendo el análisis del estudio.

Para finalizar, quiero agradecer a mi familia quienes me han acompañado en este proceso, por su paciencia y apoyo afectivo incondicional. Asimismo quiero agradecer especialmente a mi hija Agustina, por su paciencia, inocencia y amor entregado durante todo este tiempo.

## **Tabla de contenido**

Resumen.....	2
Abstract.....	3
Agradecimientos.....	4
Lista de Tablas.....	8
Lista de Figuras.....	9
<b>Sección Teórica.....</b>	<b>11</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>12</b>
Capítulo 1.....	14
Marco teórico de la investigación.....	14
1.1.- Salud mental y crecimiento postraumático en madres con hijos/as de abusados sexualmente.....	14
1.2.- Apego, salud mental y crecimiento postraumático en madres con hijos/as abusados sexualmente.....	19
1.3.- Regulación emocional y estrategias de afrontamiento como potenciales mediadores de la asociación entre apego, salud mental y crecimiento postraumático.....	29
1.3.1.- Conceptualización de regulación emocional.....	29
1.3.2.- Apego y regulación emocional.....	30
1.3.3.- Regulación emocional, salud mental y crecimiento postraumático.....	33
1.3.4.- Conceptualización estrategias de afrontamiento.....	34
1.3.5.- Apego y estrategias de afrontamiento.....	38
1.3.6.- Estrategias de afrontamiento, salud mental y crecimiento postraumático.....	40
1.4.- Tipo de vínculo con el agresor (abuso Intra/Extrafamiliar) y Apoyo social percibido como potenciales moderadores de la asociación entre apego, salud mental y crecimiento postraumático.....	44
1.4.1.- Abuso sexual intrafamiliar y extrafamiliar.....	44
1.4.2.- Apoyo social percibido.....	47
<b>Sección Empírica.....</b>	<b>50</b>
Capítulo 2.....	51
Método: Investigación empírica.....	51
2.1.- Planteamiento del problema.....	51
2.2.- Objetivos del estudio.....	52
2.2.1 Objetivos Generales.....	52

2.2.2.- Objetivos Específicos. ....	52
2.3.- Hipótesis de trabajo .....	53
2.4.- Tipo de estudio y diseño .....	57
2.5.- Muestra .....	57
2.6.- Instrumentos de Evaluación.....	60
2.7.- Procedimientos de la investigación .....	65
2.7.1.- Selección de la muestra. ....	65
2.7.2.- Control de Calidad.....	67
2.7.3.- Análisis de datos .....	68
Capítulo 3.....	70
Resultados de la investigación .....	70
3.1.- Análisis de variables sociodemográficas .....	70
3.2.- Análisis descriptivo de las variables del estudio .....	71
3.3.- Análisis correlacional entre las variables dependientes, independientes y moderadoras.....	74
3.3.1.- Análisis correlacional entre las variables de ansiedad ante el abandono y evitación a la intimidad con las medidas de salud mental y crecimiento postraumático.....	74
3.3.2.- Análisis correlacional entre las variables de dificultad en la regulación emocional y sus dimensiones con las medidas de salud mental y crecimiento postraumático.....	75
3.3.3.- Análisis correlacional entre las variables estrategias de afrontamiento con la ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad y las medidas de salud mental y crecimiento postraumático.....	76
3.3.3.1.- Ansiedad ante el abandono y estrategias de afrontamiento. ....	77
3.3.3.2.- Evitación de la intimidad y estrategias de afrontamiento. ....	77
3.3.3.3.- Estrategias de afrontamiento y medidas de salud mental: depresión, ansiedad, estrés y crecimiento postraumático. ....	77
3.4.- Análisis del efecto de mediación de las dificultades de regulación emocional y las estrategias de afrontamiento en la asociación entre la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) con las medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés y el crecimiento postraumático.....	81
3.4.1.- Análisis del efecto de mediación de las dificultades de regulación emocional en la asociación entre la ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad y las medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés. ....	81

3.4.2.- Análisis del efecto de mediación de las dificultades de regulación emocional en la asociación entre la ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad y el crecimiento postraumático. ....	92
3.4.3.- Análisis del efecto de mediación de las estrategias de afrontamiento en la asociación entre inseguridad del apego (ansiedad y evitación) y la salud mental. ....	95
3.4.4.- Análisis del efecto de mediación de las estrategias de afrontamiento en la asociación entre las dimensiones del apego y el crecimiento postraumático. ....	101
3.5.- Análisis de los efectos de moderación del tipo de vínculo con el agresor (intra/extrafamiliar) y apoyo social percibido sobre la relación entre apego y medidas de salud mental y el crecimiento postraumático.....	103
3.5.1- Análisis del efecto de moderación del vínculo con el agresor (abuso intra/extrafamiliar) en la asociación entre la ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad sobre las medidas de salud mental: depresión, ansiedad, estrés y crecimiento postraumático. ....	103
3.5.2.- Análisis del efecto de interacción del apoyo social percibido en la asociación entre la ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad hacia las medidas de salud mental: depresión, ansiedad, estrés y crecimiento postraumático. ....	105
<b>Discusión .....</b>	<b>109</b>
Capítulo 4.....	110
Discusión.....	110
4.2.- Limitaciones de la investigación .....	126
4.3.- Futuras investigaciones.....	127
4.4.- Implicancias prácticas del estudio .....	128
Bibliografía .....	130
Anexos .....	158
Anexo N°1: Variables de la investigación .....	158
Anexo N°2: <i>Encuesta Sociodemográfica:</i> .....	165
Anexo N° 3: <i>Cuestionario Experiencias personales de mi hijo/a</i> .....	169
Anexo N°4: <i>Apoyo Social Percibido</i> .....	178
Anexo N°5: <i>Experiences in Close Relationships (ECR)</i> .....	179
Anexo N°6: <i>Escala de Dificultades en la Regulación Emocional</i> .....	182
Anexo N°7: <i>Escala de Evaluación de Técnicas de Afrontamiento</i> .....	184
Anexo N°8: <i>Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)</i> .....	188
Anexo N°9: <i>Inventario de Crecimiento Postraumático, versión abreviada</i> .....	190
Anexo N° 10: <i>Consentimiento informado</i> .....	191

## Lista de Tablas

Tabla 1.- <i>Anova variables dependientes del estudio con variables sociodemográficas</i> .....	70
Tabla 2.- <i>Estadísticos descriptivos de las variables del estudio (N= 103)</i> .....	71
Tabla 3.- <i>Correlaciones de Pearson entre las variables ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad con las medidas de salud mental y crecimiento postraumático (N= 103)</i> .....	75
Tabla 4.- <i>Correlaciones de Pearson entre la variable dificultad en la regulación emocional y sus dimensiones con las medidas de salud mental y crecimiento postraumático (N= 103)</i> ....	76
Tabla 5.- <i>Correlaciones de Pearson entre las variables de estrategias de afrontamiento, ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad con las medidas de salud mental y crecimiento postraumático (N= 103)</i> .....	80
Tabla 6.- <i>Efectos de interacción del vínculo con el agresor (abuso intra/extrafamiliar) con la ansiedad ante el abandono y su efecto sobre las medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés y crecimiento postraumático (N= 103)</i> .....	103
Tabla 7.- <i>Efectos de interacción del vínculo con el agresor (abuso intra/extrafamiliar) con la evitación de la intimidad y su efecto sobre las medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés y crecimiento postraumático (N=103)</i> .....	104
Tabla 8.- <i>Efectos de interacción del apoyo social percibido en la asociación entre la ansiedad ante el abandono hacia las medidas de salud mental y crecimiento postraumático (N= 103)</i> .....	106
Tabla 9.- <i>Efectos de interacción del apoyo social percibido en la asociación entre la evitación de la intimidad hacia las medidas de salud mental y crecimiento postraumático (N= 103)</i>	106

## Lista de Figuras

<i>Figura 1-</i> Organización de los Modelos Operativos Internos (Batholomew y Horowitz 1991 citado en Guzmán y Hernández, 2010).....	23
<i>Figura 2.</i> Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en la sintomatología depresiva a través de las dificultades en la regulación emocional. Efecto total en paréntesis.....	82
<i>Figura 3.</i> Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en la sintomatología depresiva a través de las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional. Efecto total en paréntesis.....	84
<i>Figura 4.</i> Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en la sintomatología ansiosa a través de las dificultades en la regulación emocional. Efecto total en paréntesis.....	86
<i>Figura 5.</i> Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en la sintomatología ansiosa a través de las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional. Efecto total en paréntesis.....	88
<i>Figura 6.</i> Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en la sintomatología ansiosa a través de las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional. Efecto total en paréntesis.....	89
<i>Figura 7.</i> Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en la sintomatología de estrés a través de las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional. Efecto total en paréntesis.....	91
<i>Figura 8.</i> Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en crecimiento postraumático a través de las dificultades en la regulación emocional. Efecto total en paréntesis.....	93

<i>Figura 9.</i> Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en crecimiento postraumático a través de las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional. Efecto total en paréntesis.....	95
<i>Figura 10.</i> Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en sintomatología depresiva a través de las estrategias de afrontamiento. Efecto total en paréntesis.....	97
<i>Figura 11.</i> Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en la sintomatología ansiosa a través de las estrategias de afrontamiento. Efecto total en paréntesis.....	99
<i>Figura 12.-</i> Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en la sintomatología de estrés a través de las estrategias de afrontamiento. Efecto total en paréntesis.....	100
<i>Figura 13.-</i> Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en el crecimiento postraumático a través de las estrategias de afrontamiento. Efecto total en paréntesis.....	102
<i>Figura 14.-</i> Efecto condicional de moderación de apoyo social percibido y la asociación con la evitación a la intimidad en sintomatología ansiosa.....	107
<i>Figura 15.-</i> Efecto condicional de moderación de apoyo social percibido y la asociación con la evitación a la intimidad y crecimiento postraumático. ....	108

## **“Sección Teórica”**

## Introducción

Históricamente, los estudios dirigidos tanto a la comprensión como al tratamiento de variables relacionadas con el impacto psicológico que sufren las madres sobre la experiencia de abuso sexual en sus hijos, han sido considerablemente menor en comparación con las investigaciones sobre el impacto del abuso sexual infantil en los niños/as (Carvalho, Galvão y Cardoso, 2009; Hill, 2009; Sinclair y Martínez, 2006; Willingham, 2007). Prevalece además en ellas una visión negativa (e.g., Bolen, 2003; Breckenridge, 2006; Corcoran, 1998; Finkelhor, 1979; Gallo, 1999), y la tendencia a atribuirle más responsabilidad incluso que al propio agresor (Joyce, 1997).

Pese a lo anterior, existe otro cuerpo de estudios que ha relevado el rol fundamental de la madre tras la develación y resignificación del abuso sexual infantil en su hijo/a, producto del apoyo y acompañamiento que brindan (Baril, Tourigny, Paillé y Pauzé, 2016; Cyr, Hébert, Frappier, Tourigny, McDuff y Turcotte, 2014; Cyr, McDuff y Hébert, 2013; Pintello y Zuravin, 2001; Wearick-Silva, Tractenberg, Levandowski, Viola, Pires y Grassi-Oliveira, 2014; Willingham, 2007).

A pesar de lo planteado, los estudios que abordan los efectos en madres con hijos/as abusados sexualmente han sido escasos (Hébert, Daigneault, Collin-Vézina y Cyr, 2007; Kim, Noll, Putman y Trickett, 2007). Se necesita por ende mayor evidencia empírica que favorezca la discusión del impacto psicológico sobre ellas, las características psicosociales que están involucradas, sentando así bases para intervenciones terapéuticas contextualizadas que permitan apoyarlas en este proceso (Hiebert-Murphy, 1997; Kim et. al., 2007; Sinclair y Martínez, 2006).

A partir de esta situación, surge la necesidad de visualizar a la madre como una víctima más del abuso sexual infantil, siendo relevante evaluar su salud mental tras la develación del abuso sexual (Hiebert-Murphy, 1997; Newberger, Gremy, Waternaux y Newberger, 1993), su

capacidad para afrontar la experiencia traumática (Willingham, 2007) e incluso su capacidad para resistir y crecer alcanzando un nivel de funcionamiento mejor antes de la situación traumática, es decir, el crecimiento postraumático (Bonanno, 2004).

Dentro de las perspectivas teóricas que han aportado en la exploración del impacto del abuso sexual infantil en las madres está la teoría del apego (Bellhouse, 2013), marco conceptual que proporciona explicaciones acerca de las diferencias individuales respecto de cómo se abordan situaciones estresantes y en este caso particular, acerca de cómo las madres podrían afrontar el abuso sexual de su hijo/a (Leifer, Kilbane y Skolnick, 2002; Wearick- Silva et. al. 2014). Cabe destacar, que esta relación ha sido abordada teóricamente, siendo escasos los estudios que han contrastado empíricamente tal asociación.

Hiebert-Murphy (1997) plantea que para comprender las reacciones de las madres en el abuso sexual infantil, se requiere de un modelo multifactorial. Con base en antecedentes teóricos, la presente investigación propone el apego, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento como variables asociadas a la salud mental y al crecimiento postraumático, explorándose el rol mediador que puede ejercer la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento. Además se examinará el rol moderador del vínculo con el agresor sexual (abuso intra/extrafamiliar) y el apoyo social percibido. Todas las variables han sido estudiadas en madres con hijos/as víctimas de abuso sexual infantil, aunque no se han abordado en un modelo conjunto, tal como propone la presente investigación.

A continuación, se presentan antecedentes de salud mental y el crecimiento postraumático en madres con hijos/as abusados sexualmente, para luego ofrecer evidencia que da cuenta de la asociación entre éstas variables con el apego, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento.

## Capítulo 1

### Marco teórico de la investigación

#### 1.1.- Salud mental y crecimiento postraumático en madres con hijos/as de abusados sexualmente

El abuso sexual infantil ha sido considerado como uno de los problemas sociales y de salud más graves en todo el mundo (Molnar, Berkman y Buka, 2001; Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito, 2009), debido a las consecuencias que generan tanto en las víctimas como en los miembros del sistema familiar (Barriga, Correa y Figueroa, 2013; Hébert, Daigneault, Collin-Vézina y Cyr, 2007; Wearick-Silva et al., 2014).

En la actualidad, las investigaciones en abuso sexual infantil se han centrado en aspectos individuales tanto de las víctimas como de quienes agreden, siendo escasos los estudios que abordan el impacto de los hechos sexualmente abusivos en la familia y en especial, en las madres no ofensoras, quienes por lo general, son los adultos responsables de acompañar a los niños/as en sus procesos reparatorios (Arriagada y Thiers, 2005; Elliot y Carnes, 2001; Hooper, 1994).

Cuando una madre se entera del abuso sexual de su hijo/a, puede provocar consecuencias graves en su funcionamiento psicológico, social y económico, generando una crisis en su vida (Carter, 1993 en Hiebert-Murphy, 1997; Hill, 2001). Esta develación puede ser vivenciada incluso como una experiencia traumática similar a la sufrida por sus hijos/as (Malacrea, 2000; Alaggia, 2002), influyendo negativamente en sus emociones y cogniciones (Wild y Paivio, 2003).

Por lo mismo, Hiebert-Murphy (1997) señala que es importante evaluar el impacto de la divulgación en las madres sobre su salud mental con la finalidad de poder ampliar la comprensión de sus experiencias frente al abuso sexual de sus hijos/as.

Algunos estudios han explorado esta dimensión encontrando que las madres post develación

del abuso sexual de sus hijos/as, presentarían malestar psicológico caracterizado por angustia, dolor, pérdida de confianza, altos niveles de depresión, ansiedad estado y rasgo (Hooper, 1994; Manion, McIntyre, Firestone, Ligenzinska, Ensom y Well, 1996; Lewin y Bergin, 2001; Willingham, 2007). (H1.1)

Asimismo, la develación del niño/a o el enterarse por un tercero del abuso sexual infantil, significa para muchas madres el enfrentamiento a una situación crítica, penosa, complicada de afrontar, organizar y elaborar, que en algunos casos, resulta altamente traumática en la medida que puede implicar serios daños en los vínculos familiares.

Además, Barriga, Correa y Figueroa (2013) plantean que existe un deterioro en la imagen de mujer y rol de madre, presentando un desmedro, disminución y devaluación de ser mujer y madre como consecuencias de las vivencias que han experimentado durante su historia de vida.

Por otro lado, Hébert, Daigneault, Collin-Vézina y Cyr (2007) plantean que no todas las madres experimentan niveles significativos de angustia, siendo relevante explorar factores asociados con la diversidad de la sintomatología y su gravedad en madres con hijos/as abusados sexualmente. Asimismo, Hiebert-Murphy (1998) señala que las madres con hijos/as abusados sexualmente, presentarían variabilidad en los niveles de angustia frente a la develación del abuso sexual de sus hijos/as. La variación de la angustia estaría relacionada con una variedad de factores, tales como, el sexo del niño, la relación con el agresor, la gravedad del abuso y el uso de la fuerza. Además, señala que existiría un efecto entre la propia historia de abuso sexual infantil de la madre con el abuso sexual de su hijo/a.

En esta misma línea, algunos estudios han encontrado que una historia de abuso sexual de la madre sería un fuerte predictor del abuso sexual infantil en la próxima generación, aumentando el riesgo casi cuatro veces a diferencia de aquellas madres que no han experimentado una historia de abuso en su infancia (Bailey, 2000 en Tarczon, 2012; Wearick-Silva, et al., 2014).

En síntesis, cada vez hay más conciencia de que el abuso sexual en la infancia aumenta el riesgo de problemas de salud mental en la adultez y que éstos pueden aumentar el riesgo de problemas de cuidado y protección en los niños/as (Reder et al, 2000 en Hooper y Koprowska, 2004).

Desde otra vertiente, los estudios sobre el impacto de situaciones traumáticas o altamente estresantes se han centrado desde un enfoque patogénico. Sin embargo, en la actualidad existe un creciente interés por estudiar las capacidades que presentan las personas para afrontar las experiencias adversas y extraer beneficios de las mismas, antes situaciones altamente estresantes como lo es el abuso sexual infantil (Breckenridge, 2006).

Cho y Park (2013) plantean que las secuelas de los eventos traumáticos difieren de persona a persona. Es así como, en algunos casos, las personas muestran un decaimiento, otras informan que no han visualizado cambios en sus vidas, mientras que otras reportan un crecimiento luego de la situación adversa. Esta capacidad humana para identificar los beneficios luego de la crisis ha sido reportada en diversas poblaciones, incluidos los sobrevivientes de cáncer (Córdoba, Cunningham, Carlson, y Andrykowski, 2001), en personas que han experimentado abuso sexual (Easton, Coohy, Rhodes y Moorthy, 2013; Frazier, Conlon, y Glaser, 2001; Lev-Wiesel, Amir y Besser, 2005), duelo (Currier, Mallot, Martínez, Sandy y Niemeyer, 2012), jóvenes expuestos a incidentes terroristas (Laufer y Solomon, 2006), e incluso los cuidadores de los sobrevivientes de cáncer (Weiss, 2002).

Esta experiencia de cambio positivo tras un evento traumático es conocido como crecimiento postraumático. El crecimiento postraumático alude a la percepción de elementos y cambios positivos experimentados como resultado de enfrentar una vivencia traumática, permitiendo el desarrollo de un mejor nivel de funcionamiento psicológico que el evidenciado antes del evento (Calhoun y Tedeschi, 1999, 2004; Vásquez, Castilla y Hervás, 2009).

El crecimiento postraumático es más que experimentar éxito en la reducción de los síntomas

psicológicos o de regresar a un nivel pre- mórbido de funcionamiento psicológico. Por el contrario, las personas que experimentan crecimiento exhiben importantes cambios positivos y un mejorado sentido de la vida que surgen como resultado de la lucha de un evento traumático (Calhoun y Tedeschi, 2001), que se da junto a las experiencias de angustia que presentan las personas luego de la situación traumática (Wild y Paivio, 2003). De hecho, el crecimiento postraumático se manifiesta por un evento que origina angustia y desafía sentidos fundamentales del individuo con respecto al sí mismo, los demás y la realidad (Janoff-Bulman, 1992). Por lo tanto, los eventos traumáticos actúan como catalizadores para la transformación personal y social (Tedeschi, 1999).

Calhoun y Tedeschi (2001), identifican tres categorías del crecimiento postraumático, estas son: cambios en uno mismo, en las relaciones interpersonales y en la espiritualidad y filosofía de vida. En el primero, las personas pueden manifestar un aumento considerable de confianza en las propias capacidades para afrontar adversidades que se puedan presentar en el futuro, re direccionando sus vidas. En el segundo, Calhoun y Tedeschi (2001) plantean que las personas pueden fortalecer sus vínculos con sus redes sociales a partir de una experiencia traumática, despertándose sentimientos de compasión y empatía hacia el sufrimiento de otras personas, promoviendo conductas de ayuda. Para finalizar, en la tercera categoría, Calhoun y Tedeschi (1999) señalan que las experiencias traumáticas producen una transformación radical en las ideas y concepciones relacionadas con la moral, espiritualidad y valores, pues las personas aprenden a ver la vida en un sentido más trascendental (Poseck, Baquero y Jiménez, 2006).

Si bien, se han realizado estudios que han examinado los factores relacionados con el crecimiento postraumático y el abuso sexual infantil, éstas se han centrado en las víctimas directas, tanto en hombres como en mujeres (Easton, Coohy, Rhodes y Moorthy, 2013; Lev-Wiesel, Amir y Besser, 2005; Shakespeare-Finch y de Dassel, 2009), no encontrándose estudios que den cuenta de la posibilidad de crecimiento postraumático en madres con hijos/as

abusados sexualmente.

En estudios con mujeres víctimas de abuso sexual infantil, Shakespeare-Finch y de Dassel (2009) señalan que éstas experimentarían niveles de crecimiento postraumático comparables con otras mujeres que han vivenciado otro tipo de trauma. En esta misma línea, Easton, Coohey, Rhodes y Moorthy (2013) señalan que para las mujeres sobrevivientes de un abuso sexual infantil, es importante comprender acerca del abuso y el impacto en sus vidas, además de responsabilizar al agresor por el hecho, en lugar de culpabilizarse a sí mismas por lo acontecido. Asimismo, plantean que deben comprender sus propias respuestas, las de sus cuidadores/as ante el abuso sexual y entender cómo el abuso sexual está relacionado con sus emociones y comportamientos.

Estudios han encontrado que el momento y la respuesta a la revelación del abuso sexual infantil estaban directamente relacionadas con los resultados a largo plazo de la salud mental (Coohey y Easton, 2010; Ruggiero et al., 2004; Ullman, 2007 en Easton, Coohey, Rhodes y Moorthy, 2013). Easton (2012) encontró que las respuestas negativas ante la revelación en la infancia y en la edad adulta, estaban relacionadas con síntomas de angustia mental incluyendo depresión, ansiedad y somatización.

Para finalizar, si bien son escasas las investigaciones que han examinado el crecimiento postraumático en casos de abuso sexual infantil, Lev-Wiesel, Amir y Besser (2005) señalan que el nivel de crecimiento postraumático en sobrevivientes cuyo agresor era familiar será más alto que aquellos sobrevivientes de abuso sexual extrafamiliar (**H<sub>1.2</sub>**). Así, esta investigación busca indagar no sólo los efectos negativos que pueda vivenciar una madre tras la revelación del abuso sexual infantil, sino que también los posibles elementos positivos que pueden surgir en su rol para el apoyo en la resignificación del abuso sexual en su hijo/a.

## **1.2.- Apego, salud mental y crecimiento postraumático en madres con hijos/as abusados sexualmente**

La teoría del apego es una de las construcciones teóricas más sólidas acerca del desarrollo socioemocional de las personas (Farkas, Santelices, Aracena y Pinedo, 2008). Es también una de las formulaciones más influyentes en las distintas áreas de la psicología, contando con un importante cuerpo de investigación empírica (Garrido, Santelices, Pierrehumbert y Armijo, 2009).

En este mismo sentido, Lecannelier (2009) considera esta teoría como un programa de investigación orientado a exponer la inclinación evolutiva básica que tienen las personas de generar lazos afectivos que permanecen en el tiempo con otras personas, siendo la base para el desarrollo psicosocial y la extensa gama de posibles trastornos que pueden surgir de la disrupción de esta inclinación.

La teoría del apego fue desarrollada por Bowlby (1969, 1980), quien plantea la necesidad universal que tienen las personas de generar vínculos afectivos estrechos con el fin de recurrir a ellos en momentos de estrés o sufrimiento. Asimismo, concibe el apego como la primera relación del recién nacido con su cuidador/a, generalmente la madre, en donde los comportamientos de esta interacción movilizan a una persona a alcanzar o conservar proximidad con otro diferenciado y preferido (Martinez, 2010; Duncan, 2005; Garrido-Rojas, 2006; Moneta, 2014). Inicialmente, los niños/as orientan la comunicación de sus necesidades hacia todos los cuidadores/as que están presentes. Sin embargo, a medida que avanza el tiempo, esta conducta se va haciendo más selectiva hasta llegar a la figura de apego principal (Lewin, 2000).

Para Bowlby, el conjunto de comportamientos de apego tiene un sustento biológico (Casullo y Fernández, 2005). Las conductas de apego en un niño/a se activan con la finalidad de señalar al cuidador/a una pronta respuesta de cuidado. Si la figura de apego es asequible y responde a

las necesidades del niño/a, la conducta puede consistir en contactos visuales o auditivos del lugar donde se encuentre. Sin embargo, en otras ocasiones se ha observado que el niño/a sigue o se aferra a su figura de apego, con tendencias a llamarlo constantemente o a llorar, conductas que por lo general, movilizan a la figura a brindar sus cuidados y poner fin a ellos (Casullo y Fernández, 2005, Martínez, 2010; Moneta, 2014).

En este sentido, el apego es un mecanismo de protección ante posibles situaciones de peligro, estrés y novedad, en un periodo evolutivo en el cual el niño carece de capacidades cognitivas y racionales para evaluar la seguridad del contexto en el cual se desenvuelve (Casullo y Fernández, 2005; Duncan, 2005; Lewin, 2000; Martínez, 2010). Bowlby (1958), señala que sin este tipo de conducta, el/a niño/a no sería capaz de sobrevivir por sí mismo. Si bien, la conducta de apego cumple su función importante en la infancia, no deja de ser una herramienta natural y necesaria para toda la vida, poniéndose en juego en las relaciones amorosas, entre padres e hijos o entre pares (Bowlby, 1982).

También plantea que la conducta de la madre en los primeros meses de vida del niño/a es un buen predictor del tipo de relación que se pueda dar entre ambos (Martínez y Santelices, 2005), siendo vista como una figura de apoyo, que proporciona una base segura desde la cual el niño/a se siente confiado en explorar el mundo (Bretherton, 1992).

La importancia de las conductas de apego radica en la reciprocidad de las relaciones tempranas, siendo una precondition del desarrollo normal de las personas (Hofer, 1995 en Fonagy, 1999), que sientan las bases para las relaciones interpersonales futuras (Bowlby, 1969, 1973, 1980, 1982; Martínez, Castañeiras y Posada, 2011). Es así como, las conductas de apego del niño/a de buscar proximidad, sonreír o colgarse, son concordantes con las conductas de apego del adulto de tocar, sostener y calmar, respuestas que refuerzan la conducta de apego del niño/a hacia su figura de apego en particular (Fonagy, 1999).

En este sentido, Bowlby señala que las capacidades emocionales que están presentes en todas las relaciones interpersonales afectivas, se van desarrollando y aprendiendo precisamente en la interacción con las figuras de cuidado y de apego. Estas capacidades permiten a las personas establecer relaciones afectivas sanas, equilibradas y satisfactorias (Barroso, 2014).

Asimismo, Bowlby (1990) plantea que las conductas de apego se activan de acuerdo a la evaluación que realiza el niño/a a partir de una serie de elementos de su contexto inmediato, dando como resultado la experiencia subjetiva de seguridad o inseguridad. Es así como el objetivo del sistema de apego es la experiencia de seguridad, por lo tanto, es un regulador de la experiencia emocional (Sroufe, 1996 en Fonagy, 1999). La calidad del vínculo y la respuesta a las necesidades de las figuras de apego hacia el niño, serán un factor determinante para el desarrollo de la personalidad de éste, que se mantendrá tanto en la adolescencia y en la edad adulta de una persona (Camps-Pons, Castillo-Garayoa y Cifre, 2014).

Cabe destacar, que si bien los primeros estudios sobre la teoría del apego estuvieron orientados en los vínculos tempranos, Bowlby (1982) plantea que el apego es algo innato y vital para la supervivencia de las personas, perdurando a lo largo de su desarrollo. A partir de esto, a finales de los 80, se desarrollaron estudios que aplicaron los principios del apego a la etapa adulta (Hazan y Shaver, 1987), destacando dos tradiciones: la psicología evolutiva y la psicología social y de la personalidad, que han aportado en el estudio y medición del apego adulto (Martínez y Santelices, 2005). Es en esta segunda perspectiva en la que se inserta el presente estudio.

Un concepto central de la teoría del apego son los modelos operativos internos, esquemas o representaciones mentales que las personas tienen de sí mismo y de las relaciones con los demás (Bowlby, 1969, 1980, 1982).

Bowlby (1988) plantea que los modelos operativos internos se van construyendo desde la niñez, a partir de la interacción y comunicación que establecen día a día dentro del contexto

social con su/s figura/s de apego. Los modelos operativos internos permiten percibir e interpretar las acciones e intenciones de los demás, dirigiendo los componentes afectivos, cognitivos y conductuales a lo largo de nuestras vidas (Marrone, 2001; Delgado, 2004). Éstos favorecen la organización de las experiencias subjetivas, cognitivas y las conductas adaptativas. Además, de filtrar la información de uno mismo y del mundo exterior resaltándola o seleccionándola con diferentes propósitos (Marrone, 2001).

Es así como el niño/a aprenderá a reconocer patrones transaccionales y a partir de éstos se anticipará a qué es lo que la figura de apego hará después. Los modelos operativos internos no son introyecciones pasivas acerca del objeto sino más bien construcciones activas que pueden ir reestructurándose (Main et al., 1985 en Rozenel, 2006).

En este sentido, los modelos operativos internos son estructuras subjetivas con significados o atribuciones específicas que representan la realidad desde la persona, presentando componentes compartidos, donde la adquisición de los significados se han establecido dentro de la relación con las figuras de apego y con la sociedad de manera más amplia. Visto de esta manera, los significados derivados de las interacciones de apego poseen un alto peso emocional para el desarrollo de los modelos operativos internos del niño/a sobre sí mismo con relación a la figura de apego (Bretherton y Munholland, 1999).

Con base a lo planteado, Bartholomew y Horowitz (1991), establecieron una clasificación en la cual consideran, la percepción que una persona tiene de sí misma y de los demás, cuya relación con lo señalado por Bowlby se fundamenta en los modelos operativos internos (Ver figura 1). Producto de esto se instauran dos estilos de apego, seguro e inseguro, este último dividido en: preocupado, temeroso y evitativo (Camps-Pons, Castillo-Garayoa y Cifre, 2014), a los que subyacen dos dimensiones, la ansiedad ante el abandono y la evitación a la intimidad (Bartholomew y Horowitz, 1991).

## Organización de los MOI

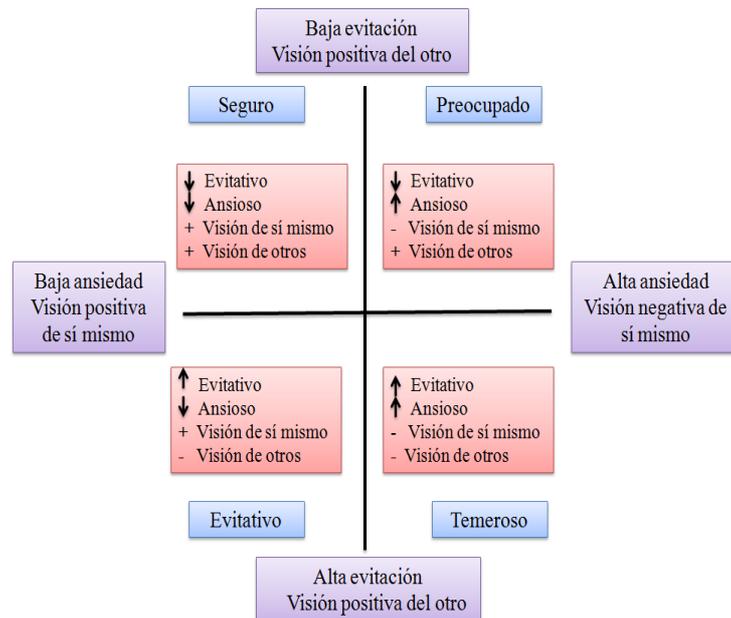


Figura 1.- Organización de los Modelos Operativos Internos (Bartholomew y Horowitz 1991 citado en Guzmán y Hernández, 2010).

En el estilo de apego seguro, la persona cuenta con una valoración positiva de sí misma y con un sentimiento de confianza respecto al cumplimiento de sus necesidades. La persona con estilo evitativo también cuenta con una visión positiva de sí misma pero sienten desconfianza en los demás, enfrentándose con temor y manteniendo distancia. En cambio, las personas con estilo de apego temeroso tienen una visión negativa tanto de sí mismas como de los otros, de modo tal que buscan la relación con el otro enfrentándose a él con miedo y desconfianza. Por último, el estilo preocupado tiende a devaluarse a sí mismo y a valorar a los otros con la finalidad de obtener aprobación de los demás (Bartholomew y Horowitz, 1991).

Los modelos operativos internos cumplen con la función de guiar las expectativas personales de acercamiento- alejamiento hacia la figura de apego, es decir, de buscar v/s evitar los vínculos socio- emocionales de la relación (Bartholomew y Horowitz, 1991).

En la actualidad, es altamente aceptado por parte de los investigadores del apego adulto, que los estilos de apego están alineados a lo largo de un continuo de las dimensiones de ansiedad

ante el abandono y la evitación de la intimidad. La dimensión de ansiedad se refiere al grado de preocupación por el potencial abandono o rechazo de ésta (Hazan y Shaver, 1987 en Guzmán, Santelices y Trabucco, 2015). Las personas con alta ansiedad son más vulnerables afectivamente (Brennan, Clark y Shaver, 1998) y constantemente manifiestan preocupación frente a la posibilidad de que su figura de apego no responda apropiadamente a sus necesidades, en comparación con personas con una baja ansiedad, quienes manifiestan seguridad en su apego (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011).

Por otro lado, la dimensión de evitación, se refiere al grado de comodidad con la cercanía y dependencia de otros (Hazan y Shaver, 1987 en Guzmán, Santelices y Trabucco, 2015). Es así como las personas con alta evitación, presentan miedo a la intimidad, inestabilidad afectiva por la desconfianza que tienen en los otros (Brennan, Clark y Shaver, 1998) desconexión con sus relaciones interpersonales, mientras tanto, las personas con baja evitación se sienten cómodas en la intimidad con los demás, confiando en ellos como base segura (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011).

Para Bowlby (1965 en Rozenel, 2006) los acontecimientos que influyen en la inestabilidad del apego de manera directa e indirecta, tras el aumento de niveles de estrés en la vida de los padres se encontrarían: la muerte de uno de los padres, el divorcio, enfermedades severas y crónicas de uno de los progenitores, desórdenes psiquiátricos, abuso de drogas o alcohol y experiencias infantil de abuso físico o sexual.

En este sentido, la teoría del apego proporciona un marco valioso para entender las consecuencias del trauma por el abuso sexual infantil en las relaciones y en particular la relación madre- hijo/a (Duncan, 2005; Aspelmeier, Elliott y Smith, 2007; Martínez, 2010). Leifer, Kilbane y Skolnick (2002) plantean que las relaciones de apego seguro entre la madre y su hijo/a, se asocian con un mejor funcionamiento emocional y conductual en los niños/as, sirviendo como amortiguadores en situaciones traumáticas como lo es el abuso sexual infantil.

Perry (1999), señala que en las familias abusivas y negligentes se observan ciertas problemáticas comunes, entre estas, la naturaleza transgeneracional de los problemas de apego. Estudios de Crittenden y Ainsworth (1989) apoyan la idea de que las relaciones de apego inseguro aumentan la probabilidad de continuidad transgeneracional del abuso, mientras que las relaciones de apego seguro disminuyen la probabilidad de que suceda esta situación.

Es importante destacar, que una relación de apego que haya sido segura, puede transformarse luego de una experiencia de maltrato y negligencia. Es posible que la percepción que el niño/a tenga de un mundo consistente y nutriente no se ajuste más a su realidad. Por ejemplo, la visión positiva que el niño/a pueda tener de los adultos podría cambiar luego de haber sido abusado o maltratado (Perry, 1999).

Leifer, Kilbane y Skolnick (2002) señalan que las madres con apego seguro proporcionan estrategias que ayudan al niño a lidiar con el trauma, protegiéndolo contra los trastornos emocionales y del comportamiento, además de presentar una visión más positiva de sus hijos/as, reportando menos problemas de comportamientos. En cambio, las madres con estilos de apego inseguro han demostrado tener conductas de externalización, como oposicionismo, ira y exigencia, presentando una visión más negativa del funcionamiento del niño/a. En este sentido, el apego inseguro materno puede estar relacionado con la crianza de niños/as menos sensibles.

Por otro lado, Leifer et. al. (2002) señalan que las madres que presentan una relación de apego inseguro con su hijo/a, de poca disponibilidad frente a sus necesidades, aumentan el riesgo de que sus hijos/as puedan experimentar un abuso sexual infantil, influyendo en el impacto que genera a largo plazo esta situación.

En este sentido, el apego seguro que presentan las madres puede aminorar los efectos del abuso sexual de un niño/a. Las relaciones de apoyo y el calor maternal, componentes del apego

seguro, son factores predictores del ajuste psicológico de los niños en la resignificación del abuso sexual infantil (Lewin y Bergine, 2001).

En esta misma línea, estudios realizados en madres que presentan una historia de abuso sexual infantil plantean que la seguridad de las madres en términos de sus relaciones interpersonales moderará el impacto de su propio abuso sexual infantil en la relación con sus hijos/as, por lo que una madre que ha sido capaz de resolver el abuso y ha desarrollado relaciones seguras entre adultos, no mantendría un apego inseguro con sus hijos/as, mientras que una madre cuyas relaciones con adultos tienden a ser inseguras, tendrían relaciones de apego inseguro con sus hijos/as (Kwako, Noll, Putnam y Trickett, 2010; Rumstein-McKean y Hunsley, 2001).

En este caso, la teoría del apego presta apoyo a las intervenciones con la madre y su hijo/a cuando el abuso sexual infantil se ha producido, proporcionando un lente valioso en la prevención e intervención clínica (Martínez, 2010). Esta co intervención es imprescindible si la relación madre- hijo/a tiene que ser cuidada o restaurada, en función de cumplir las necesidades de desarrollo de los niños/as dentro de un contexto sano (Duncan, 2005).

Desde un punto de vista empírico y dentro del contexto de la comprensión de la salud mental en madres con hijos/as abusados sexualmente, el apego se ha identificado como un factor asociado (Mikulincer y Shaver, 2007 en Karreman y Vingerhoests, 2012). La inseguridad del apego (ansiedad ante el abandono y evitación a la intimidad) se ha visto como un factor de riesgo, que predispone a las personas al estrés relacional, a la afectividad negativa, la angustia prolongada y la psicopatología, dando como resultado problemas mentales y de comportamiento en general (García-Ruiz, Rodrigo, Hernández-Cabrera y Maiquez, 2013; Pritchett, Rochat, Tomlinson y Minnis, 2013).

En esta misma línea, Mikulincer y Shaver (2010) han demostrado que la inseguridad en el apego está estrechamente asociado con una variedad de problemas de salud mental. Es así

como la presencia de apego inseguro ha sido identificada como un determinante en la salud, que puede afectar la actitud hacia esta, y la manifestación de síntomas (Ahrens, Ciechanowski y Katon, 2012) (**H<sub>2.1</sub>**).

Desde otra vertiente, se desconocen estudios que asociaran la inseguridad del apego con el crecimiento postraumático en madres con hijos/as abusados sexualmente. No obstante, teóricamente se puede plantear que las personas con apego seguro, a diferencia de las personas con apego inseguro, tienen modelos positivos de sí mismos y de los demás, pudiendo ser más resilientes, tener mejores relaciones sociales y, por lo tanto, mayores probabilidades de ser capaces de resolver experiencias traumáticas y encontrar significados en ellas (Mikulincer, Shaver y Horesh, 2006).

En cambio, las personas con alta ansiedad ante el abandono, podrían experimentar sus experiencias de dolor como profundamente perturbadoras y traumáticas, instándolos a la necesidad de cercanía con su figura de apego (Eastwick y Finkel, 2008) para disminuir su angustia. Por su parte, las personas con alta evitación de la intimidad tenderían a no concentrarse en sus experiencias de dolor, lo que puede generar menores niveles de crecimiento postraumático (Dekel, 2007; Owens, 2016; Salo, Qouta y Punamäki, 2005, Turunen et al., 2014; Xu, Fu, He, Schoebi y Wang, 2015).

En esta misma línea, algunas investigaciones han demostrado que las personas con apego seguro pueden tener más probabilidad de presentar crecimiento postraumático a diferencia de las personas con apego inseguro que presentan menores niveles de crecimiento postraumático (Salo, Qouta y Punamaki, 2005, Turunen, Haravuori, Punamaki, Suonenlainen y Marttunen, 2014), luego de una experiencia traumática (**H<sub>2.2</sub>**).

En síntesis, los estudios entre apego, salud mental y crecimiento postraumático en madres tras la revelación de abuso sexual de su hijo/a son escasas al igual que los mecanismos que dan cuenta de dicha asociación. Una posible aproximación podría ser que las personas con

inseguridad del apego tendrían mayor dificultad en regular de forma efectiva las emociones tras la revelación del abuso sexual infantil de su hijo/a presentando problemas en su salud mental. Además, otro mecanismo posible de vinculación son las estrategias de afrontamiento, ya que se ha reportado una asociación entre estas y el ajuste a las experiencias estresantes (Hiebert-Murphy, 1997), especialmente las estrategias centradas en la emoción y de evitación (**H5.1;5.3**) (Hiebert-Murphy, 1997; Cyr y McDuff, 2013). A continuación se presenta evidencia que sustenta este modelo mediacional propuesto.

### **1.3.- Regulación emocional y estrategias de afrontamiento como potenciales mediadores de la asociación entre apego, salud mental y crecimiento postraumático**

#### **1.3.1.- Conceptualización de regulación emocional.**

La regulación emocional es un constructo multidimensional que integra tanto la capacidad para modular los afectos negativos en la interacción con el medio ambiente (Cicchetti, et al. 1995 en Choi y Oh, 2014) atendiendo, comprendiendo y aceptando las emociones que surgen, como también la capacidad de cumplir objetivos a pesar de estar vivenciando emociones negativas (Gratz y Roemer, 2004).

En la actualidad, predominan aún la diversidad de definiciones y procesos que involucra. Las definiciones más aceptadas son las que plantea Thompson (1994) y Gratz y Roemer (2004). Thompson (1994) define la regulación emocional como “el conjunto de procesos, intrínsecos y extrínsecos, responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales, especialmente su intensidad y características en el tiempo, con el objetivo de alcanzar las propias metas” (pp. 27-28). En este sentido, las personas implementan estrategias de regulación emocional con la finalidad de modificar la magnitud y/o el tipo de su experiencia emocional (Diamond y Aspinwall, 2003 en Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010).

Por su parte, Gratz y Roemer (2004) plantean una definición más integradora del constructo, que va más allá de la modulación de los afectos negativos y la consecución de los objetivos trazados, que involucra también conocer, comprender y aceptar las emociones, y la posibilidad de acceder a estrategias de regulación más efectivas (Guzmán-González, Carrasco, Figueroa, Trabuocco y Vilca, 2015).

A partir de esta concepción, los autores desarrollan la Escala de dificultades en la regulación emocional (DERS), incluyendo las siguientes dimensiones: Descontrol emocional (dificultad para controlarse cuando experimenta emociones negativas), Interferencia cotidiana (dificultad para concentrarse y cumplir tareas cuando se experimentan emociones negativas), Desatención

emocional (dificultad para atender y tener conocimientos de las emociones), Confusión emocional (dificultad para conocer y tener claridad acerca de las emociones que se están experimentando), Rechazo emocional (reacciones emocionales negativas en respuesta a una emoción negativa o no aceptación del propio estrés), y una sexta dimensión, llamada estrategias, que da cuenta de la dificultad para acceder a estrategias de regulación emocional. Sin embargo, esta dimensión en la versión chilena se denomina descontrol (Guzmán-González et. al., 2015).

Cabe destacar, que la regulación emocional se va generando a través de una gama de experiencias de socialización que van estableciendo las personas a lo largo de su desarrollo evolutivo (Aldao, Nolen-Hoeksema, y Schweizer, 2010), en donde van adquiriendo múltiples estrategias que favorecen el logro del control de las emociones. Es así como la atención al surgimiento de diversas emociones y la capacidad de identificarlas correctamente cobran gran relevancia para la modulación de las emociones eficaces (Oshri, Sutton, Clay-Warner y Miller, 2015).

Para finalizar, la conciencia, la aceptación y el uso de estrategias eficaces para modular las emociones, juegan un papel fundamental en la regulación emocional (Gratz y Roemer, 2004). Asimismo, los padres y otros cuidadores son una fuente primaria de socialización de las emociones en la infancia y adolescencia, en donde el sistema de apego favorece la capacidad de regulación emocional (Cloitre, Stovall-McClough, Zorbas y Charuvastra, 2008), estando intrínsecamente relacionados estos dos conceptos (Kobak y Sceery, 1998 en Cabral, Matos, Beyers y Soenens, 2012).

### **1.3.2.- Apego y regulación emocional.**

La teoría del apego ha facilitado la comprensión de la regulación emocional (Mikulincer, Shaver y Pereg, 2003 en Guzmán-González, et. al., 2015), describiendo los procesos de interacción entre una persona y su cuidador/a, en donde la proximidad de éste último,

proporciona una sensación de base segura que permite la exploración con éxito del niño/a en su contexto. En esta relación segura, donde su figura de apego está disponible y receptiva, el niño/a puede recurrir a ella en momentos de peligro, estrés o novedad, sintiéndose confortado/a, situación que permite seguir explorando su entorno (Cloitre, Stovall-McClough, Zorbas y Charuvastra, 2008; Cabral, Matos, Beyers y Soenens, 2012).

Cabe destacar, que los aportes realizados desde la psicología social y de la personalidad en el apego adulto, han propuesto que las características individuales influyen en las personas en el desarrollo de estrategias de regulación emocional diferentes ante situaciones estresantes (Shaver y Mikulincer, 2002).

Con respecto a lo planteado, existe una asociación entre la inseguridad del apego y las dificultades en la regulación emocional, en donde las personas con apego inseguro presentan una disminución de conciencia del sí mismo emocional, dificultad para modular la excitación en situaciones de carga emocional, la dificultad para recuperarse de episodios de estado de ánimo pasivo, malestar o angustia (Shields y Cicchetti, 1997 en Cloitre, Stovall-McClough, Zorbas y Charuvastra, 2008; Brenning y Braet, 2013) y la confianza en la disponibilidad de otros, es decir, expectativas reducidas de apoyo del entorno (Cloitre, Stovall-McClough, Zorbas y Charuvastra, 2008).

En este sentido, las personas con apego ansioso presentan mayor dificultad para regular las respuestas emocionales, intensificando su angustia ante situaciones estresantes. Por el contrario, las personas con alta evitación, sobre regulan sus afectos y evitan situaciones angustiantes, además de tender a suprimir pensamientos y recuerdos dolorosos y a denegar los miedos básicos (**H5.1**) (Ponizovsky, Vitenberg, Baumgarten-Katz, y Grinshpoon, 2013).

Es así como las personas con estilos de apego seguro, activan estrategias primarias, caracterizadas por la búsqueda de proximidad de la figura de apego como forma de obtener confort y protección. A diferencia de las personas con estilos de apego inseguro, que utilizan

estrategias secundarias, donde existe una hiperactivación o desactivación de las necesidades de apego como forma de resguardar el sí mismo del potencial abandono en el primer caso y del rechazo en el segundo. Estas dos tendencias (hiperactivación y desactivación) involucran manejos emocionales opuestos, intensificación y supresión, respectivamente, ambas conducen a la dificultad en la regulación emocional (Mikulincer y Shaver, 2003 en Guzmán-González et al., 2015).

Garrido-Rojas (2006) señala que las personas con alta ansiedad ante el abandono, presentan una tendencia a experimentar rápidamente recuerdos dolorosos, acompañados automáticamente de emociones negativas desde un incidente recordado a otro, teniendo mayor propensión a la ira y dificultades para su control (Borelli et al., 2013 en Guzmán-González et al., 2015). Asimismo, tienen dificultad para eliminar pensamientos y emociones negativas (Laan, Maas y Vingerhoets, 2011 en Guzmán-González et al., 2015).

Las investigaciones sobre la relación entre apego y la regulación emocional en madres con hijos/as abusados sexualmente es escasa. Cicchetti y Valentino (2006), plantean que la calidad del apego y la regulación emocional son procesos primarios que pueden ser afectados por el maltrato infantil. Es tal el impacto que este genera en el apego, que tiene efectos que se mantienen estables hasta la edad adulta (Weinfeld, Sroufe, y Egeland, 2000 en Oshri, Sutton, Clay-Warner y Miller, 2015). Por lo tanto, el maltrato infantil que pueda recibir una madre en su infancia, puede estar vinculado con comportamientos de riesgo a través de estrategias de regulación emocional ineficaces (Oshri, Sutton, Clay-Warner y Miller, 2015).

Asimismo, Cloitre, Miranda, Stovall-McClough y Han (2005), señalan que el abuso sexual infantil influye en los patrones de relaciones interpersonales y el éxito en las habilidades de manejo de las emociones, los cuales son necesarios a lo largo del ciclo evolutivo (Langevin, Hébert, y Cossette, 2015). En este sentido, las personas sobrevivientes de traumas como el abuso sexual infantil, presentan dificultades en la regulación emocional e interpersonal

(Cloitre, Scarvalone, y Difede, 1997 en Cloitre, Miranda, Stovall-McClough y Han, 2005). Los adultos con un historial de abuso sexual infantil han presentado mayores problemas en la modulación de los estados emocionales, mayores niveles de hostilidad y ansiedad en comparación con otra población clínica (Zlotnick et al., 1996 en Cloitre, Miranda, Stovall-McClough, y Han, 2005).

Para finalizar, no se encontraron investigaciones empíricas que conecten la inseguridad del apego, las dificultades en la regulación emocional y el crecimiento postraumático en un modelo conjunto. Sin embargo, es posible establecer una asociación teórica. Es así como, las personas con inseguridad del apego tendrían mayor dificultades en la regulación emocional (Brenning y Braet, 2013; Ponizovsky et. al., 2013; Shields y Cicchetti, 1997 en Cloitre et. al., 2008), esto a su vez afectaría negativamente el crecimiento postraumático, puesto que para que exista crecimiento, es necesario que las personas presenten adecuadas estrategias de regulación emocional (Wild y Paivio, 2003) (**H5.2**).

### **1.3.3.- Regulación emocional, salud mental y crecimiento postraumático.**

Las personas que presentan dificultades en la regulación emocional en su vida cotidiana, suelen experimentar mayores problemas de salud mental (Mennin y Farach, 2007; Nolen-Hoeksema, Wisco, y Lyubomirsky, 2008).

Por ejemplo, se ha reportado que las dificultades en la regulación emocional estarían asociadas a: trastorno depresivo mayor (Nolen-Hoeksema, Wisco, y Lyubomirsky, 2008; Rottenberg, Gross y Gotlib, 2005), trastorno de ansiedad generalizada (Mennin y Farach, 2007), trastorno bipolar (Johnson, 2005), trastorno de alimentación (Bydlowski, Corcos, Jammet, Paterniti, Berthoz, Laurier, Chambry, Consoli, 2005), trastornos relacionados con el alcohol (Sher y Grekin, 2007), y trastornos por abuso de sustancias (Fox, Axelrod, Paliwal, Sleeper y Sinha, 2007) (**H3.1**).

Por otra parte, Cloitre, Stolbach, Herman, Van der Kolk, Pynoos, Wang y Petkova (2009)

señalan que la exposición sostenida a traumas múltiples, especialmente en la infancia, generan síntomas complejos que incluyen no solo los síntomas de estrés postraumático sino que también dificultades en la regulación emocional y de las relaciones interpersonales. El abuso sexual infantil, así como otros problemas en la infancia (negligencias, abuso emocional, padres ausentes o con problemas psiquiátricos) dan como resultado el deterioro en los procesos de desarrollo relacionados con la regulación emocional y las habilidades asociadas al comportamiento interpersonal eficaz (Shipman, Edwards, Brown, Swisher, y Jennings, 2005).

En esta misma línea, Choi y Oh (2014) plantean que las situaciones traumáticas pueden dañar las capacidades para regular las emociones y que la dificultad en la regulación emocional es el mecanismo clave subyacente a las secuelas psicológicas.

En cuanto a la relación entre las dificultades en la regulación emocional y el crecimiento postraumático, Wild y Paivio (2003), plantean que la regulación emocional es una condición necesaria para el crecimiento postraumático, puesto que para reelaborar esta situación es necesario activar recuerdos emocionales, procesarlos sin evitar o cerrarse a las emociones relacionadas con el y conciliar las evaluaciones con las creencias traumáticas preexistentes (Foa, Huppert y Cahill, 2006; Joseph, Murphy y Regel, (2012). En otras palabras, a mayor dificultad en la regulación emocional menor será el crecimiento postraumático (**H<sub>3.2</sub>**).

#### **1.3.4.- Conceptualización estrategias de afrontamiento.**

Las Estrategias de Afrontamiento han sido objeto de estudio en las últimas décadas con el fin de explicar, de una manera integral, el proceso de estrés (Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003). Casullo y Fernández (2001) entienden el afrontamiento como el conjunto de respuestas, ya sea pensamientos, sentimientos o acciones, que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan. Por su parte, Lazarus y Folkman (1986), plantean que no son las situaciones en sí mismas las que generan una reacción emocional en el sujeto, si no las interpretaciones que realiza éste de las situaciones a las que se

enfrenta. Es así como estos autores conciben el afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales que están en constante cambio, desarrollándose con el propósito de manejar las demandas específicas, externas y/o internas, que son evaluadas por las personas como excedentes o desbordantes de los recursos que presentan. Asimismo, plantean dos estrategias de afrontamiento: centrados en el problema y centrados en la emoción (Castaño y León del Barco, 2010).

Cabe destacar, que éste planteamiento ha recibido críticas por ser una clasificación simple, ya que las respuestas que realizan las personas intervienen más factores, siendo un proceso mucho más complejo. Frente a esto, Carver, Scheier y Weintraub (1989), amplían esta descripción, proponiendo 15 modos o estrategias de afrontamiento, los que a su vez se pueden agrupar en 3 factores de segundo orden: centrado en el problema, en la emoción y en la evitación.

Los modos o estrategias de afrontamiento son: afrontamiento activo, que alude a incrementar esfuerzos propios con el fin de remover el estresor o mejorar sus efectos. Planificación, implica que las personas piensen cómo afrontar la situación estresante, reflexionando en estrategias de acción, pasos a seguir para manejar de mejor manera el problema. Supresión de actividades distractoras, acción donde las personas se centran en la situación estresante que han de enfrentar, evitando otras actividades o pensamientos que lo distraigan. Reinterpretación positiva y crecimiento implican acciones que realizan las personas con el fin de reconstruir una situación estresante en términos positivos. Refrenar el afrontamiento, esfuerzos de las personas para esperar la oportunidad apropiada para actuar frente a la situación estresante, y así evitar acciones precipitadas que pueden afectar negativamente a las personas. Aceptación, esta estrategia implica que la persona acepta la realidad de la situación estresante y está interesado en sobrellevar este hecho (Quaas, 2006). Estos 6 modos de afrontamiento corresponden al tipo de afrontamiento centrado en el

problema, las cuales buscan hacer frente a la situación estresante a través de un comportamiento activo por parte del sujeto, (Casaretto y Chau, 2016).

Por otro lado, la religión que implica actividades pasivas, como rezar o centrarse en la religión que permiten a las personas aceptar la situación estresante. Búsqueda de apoyo social instrumental, las personas buscan recursos humanos que les permitan manejar el problema en forma de consejo, información, apoyo económico, entre otros. Búsqueda de apoyo social emocional, acciones emprendidas por las personas para buscar en otras apoyo emocional paliativo ante el estrés. Estas acciones implican la búsqueda de cariño, simpatía, empatía y comprensión. Y centrarse en las emociones, apunta a las respuestas emocionales asociadas al hecho estresante. Por lo general, las personas que utilizan este tipo de estrategia visualizan la situación estresante como perdurable e inmodificable. Además se concentran en el estrés o las situaciones molestas que están viviendo, exteriorizando estos sentimientos (Quaas, 2006). Estos 4 modos de afrontamiento corresponden a las estrategias centradas en la emoción, que permiten a las personas re significar la situación estresante a través de las emociones.

Para finalizar, la negación, alude a negar y evitar el afrontamiento activo de la situación estresante, actuando como si nada hubiese ocurrido. Si bien, en un principio la negación puede ser útil para minimizar el estrés y facilitar el afrontamiento, si ésta se mantiene en el tiempo puede generar problemas adicionales en las personas. Desconexión conductual, alude al empleo de acciones que evitan afrontar activamente la situación estresante, reduciendo los esfuerzos propios para afrontarla, incluso puede rendirse frente a los intentos de lograr objetivos que permitan enfrentarla. Desconexión mental, este tipo de estrategia ocurre mediante una amplia variedad de actividades distractoras, tales como soñar despierto, dormir, escaparse viendo televisión, etc., las cuales permiten a las personas distraerse de la situación estresante. Consumo de alcohol y/o drogas, implica conductas motoras de adicción, de escape- evitación de la situación estresante, esto con la finalidad de disminuir el estrés ocasionado por

ésta. Y humor, estrategia distractora y de distanciamiento que ayuda a disminuir la situación estresante (Quaas, 2006). Estos 5 modos de afrontamiento corresponden a las estrategias centradas en la evitación, que buscan evitar el afrontamiento activo de la situación estresante (Casaretto y Chau, 2016).

Algunos estudios han demostrado una dependencia en el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la evitación asociadas a poblaciones donde constantemente se está rodeado de factores estresantes, lo cual genera más angustia. En este sentido, Hierbert-Murphy (1998), menciona que esto sucede más concretamente en la madres de niños abusados sexualmente (Hiébert, Daigneault, Collin- Vézina y Cyr, 2007).

Willingham (2007) señala que existe un número limitado de estudios que evalúan las respuestas de afrontamiento de madres tras la develación de abuso sexual de su hijo/a. Es por esto que cobran relevancia las formas en que las madres afrontan la divulgación del abuso sexual infantil de su hijo/a, incidiendo en gran medida sobre la experiencia global del abuso sexual. (Hiebert-Murphy, 1998; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2005).

Aguilar, Andreu, Camacho y De la Peña (2015) plantean que una experiencia de abuso sexual en cualquier etapa de la vida puede cambiar las estrategias de afrontamiento, generando una desestabilización de los recursos cognitivos, afectivos y del comportamiento, tanto de los padres o cuidadores principales como de sus hijos/as. Esta modificación generada a partir de un evento de abuso sexual forma nuevos estilos de afrontamiento, los cuales pueden ser adaptativos o desadaptativos.

A partir de esto, se vuelve relevante considerar la naturaleza modificable de las estrategias de afrontamiento, ya que permite enriquecer los conocimientos en torno al tema y por consiguiente, potenciar las estrategias de intervención por un trabajo eficaz con las madres (DeYoung, 1994; Willingham, 2007).

De acuerdo con un estudio realizado por DeYoung (1994), fomentar el uso de estrategias centradas en el problema y la disminución de la dependencia de las estrategias de evasión, sería de gran ayuda. Es por esto que resulta necesario, otorgarles la información necesaria sobre los recursos disponibles, el funcionamiento del sistema legal, el sistema de bienestar infantil, los efectos del abusos sexual infantil y por último, ser alentadas a buscar apoyo en sus redes sociales.

Por su parte, Myer (1985 citado en Joyce, 1997 y Avery, et al.,2000), señala que la negación sería una defensa inicial frente a la problemática que enfrentan, luego de ésta vendrían otras etapas como la culpa, la depresión, la rabia y finalmente la aceptación. Esta investigación plantea que las madres reaccionan de distintas formas frente al abuso sexual de sus hijos/as; que la negación puede no ser patológica; y que pueden responder positivamente a un tratamiento a largo plazo.

### **1.3.5.- Apego y estrategias de afrontamiento.**

Los estudios que han explorado la relación entre el apego y las estrategias de afrontamiento en población general, han encontrado consistentemente que la variabilidad en el apego se relaciona con la variabilidad en el estrategias empleadas cuando se enfrentan a situaciones de estrés, así como en la percepción de la situación como amenazante y exigente (Cabral, Matos, Beyers y Soenens, 2012).

Por su parte, Baker (2006) plantea que la eficacia de las estrategias de afrontamiento desplegadas por las personas se determina, en parte, por sus estilos de apego, existiendo correlaciones positivas entre el apego seguro y estrategias de afrontamiento más eficaces. Así mismo, Buelow, Lyddon y Johnson (2002), señala que existe una asociación significativa entre el apego seguro adulto y una mayor cantidad de recursos de afrontamiento.

Con relación a lo anterior, Mikulincer y Shaver (2007), señalan que las personas con apego seguro son capaces de enfocar sus esfuerzos en cambiar el evento que provoca la emoción, a

través de la resolución del problema o reevaluación constructiva de éste, pudiendo adaptarse de mejor manera a las situaciones dolorosas. Estas personas ven la situación estresante como menos abrumadora y desarrollan habilidades para mantener la calma en momentos de estrés, por lo tanto, utilizan estrategias de afrontamiento más adaptativas.

Según Páez, Fernández, Campos, Zubieta y Casullo (2007), entre las estrategias adaptativas relacionadas con apego seguro, están la estrategia de automodificación, reevaluación positiva y aceptación. Las personas con apego seguro, por lo tanto, aceptan sus pérdidas, no alejando la atención de estas y reevaluándolas (Valdés y Fresno, 2011).

De este modo, los individuos con apego seguro conservarán una actitud positiva, y serán más propensos a concentrar sus esfuerzos en hacer algo acerca del problema, en cambio, los individuos con apego inseguro serán más propensos a evitar pensar en el problema y utilizar estrategias de negación o evitación (Mikulincer, 1998).

Asímismo, Baker (2006), señala que los individuos con un estilo de apego evitativo son menos inclinados a buscar apoyo social instrumental y emocional como estrategias de supervivencia, esto debido a su falta de confianza en los demás, para evitar sentirse rechazado por los demás o bien, por no tener las habilidades suficiente para buscar apoyo. Las personas con estilos de apego ambivalente no son más proclives a buscar apoyo emocional que las personas con alto contenido en evasión. Sin embargo, es menos probable que perciban el apoyo emocional como una amenaza para la situación. Las personas ansiosas son más propensas a ser abrumadas por las altas cantidades de afecto (Mikulincer y Hores, 1999), sin embargo, bajo una situación angustiante pueden disminuir las barreras que rodean la búsqueda de apoyo en los demás (Baker, 2006).

Por su parte, Gwynn (2008), señala que en situaciones de estrés, las personas con alta ansiedad ante el abandono, tienden a la hiperactivación del sistema de apego, buscando reducir la distancia de sus figuras de apego, con altos niveles de emociones y pensamientos negativos,

fracasando en los intentos de separarse del dolor psicológico. Asimismo, evalúan los acontecimientos estresantes como más amenazantes, centrándose en su propia angustia, adoptando estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, estrategia que tiende a exacerbar la angustia en vez de disminuirla (Mikulincer y Florian, 1995; Mikulincer y Shaver, 2007), provocando una baja capacidad de recuperación (Karreman y Vingerhoets, 2012).

Por otro lado, las personas con alta evitación de la intimidad, utilizan estrategias de desactivación del sistema de apego, lo que les permite distanciarse de las figuras de apego, puesto que no las consideran confiables, permaneciendo más autosuficientes (Bartholomew, 1990). Asimismo, tienden a distanciarse cognitiva y conductualmente de eventos angustiosos, utilizando preferentemente estrategias de afrontamiento de evitación, como la negación (Mikulincer y Shaver, 2007) (**H4.3**).

Schmidt, Nachtigall, Wuethrich-Martone y Strauss (2002), encontraron que las personas con apego inseguro presentan un afrontamiento menos flexible; las personas con apego ansioso muestran un afrontamiento emocional más negativo, mientras que las personas con estilos de apego evitativo muestran más estrategias de desvío o evitación, desprendiéndose del problema (**H4.3**).

En concordancia con lo anterior, López, Mauricio, Gormley, Simko y Berger (2001), manifiestan que aquellas personas con apego ansioso son más propensas a presentar fuertes respuestas emocionales e impulsividad, distorsionando sus estrategias de afrontamiento. Por otro lado, aquellas personas con apego evitativo son más propensas a utilizar la negación como estrategia de afrontamiento, generando confusión y una tendencia a evitar el problema, es decir, aquellos individuos con estilos de apego inseguro, son más propensos a utilizar formas desadaptativas de afrontamiento lo que favorece el aumento de los niveles de angustia (**H5.3**).

### **1.3.6.- Estrategias de afrontamiento, salud mental y crecimiento postraumático.**

En población general, Martínez, Piqueras e Inglés (2011) señalan que un afrontamiento

inadecuado en una situación de estrés específica, puede llevar a un estrés crónico y a la aparición de estados emocionales negativos y psicopatológicos, a padecer síndrome de burnout (Gil-Monte y Peiró, 1997), así como una alteración en la capacidad de tomar decisiones que dificultan la salud mental.

En este sentido, O'Leary (2009) plantea que las estrategias de afrontamiento pueden funcionar como un factor protector cuando se enfrenta una situación estresante como lo es el abuso sexual infantil, favoreciendo la salud mental de las personas. Es así, como algunas estrategias de afrontamiento ayudan a las personas a superar una situación estresante, lo que permite tener un mejor ajuste y resultados (Papastavrou, Tsangari, Karayiannis, Papacostas, Efstathiou y Sourtzi, (2011).

En esta misma línea, Khalaila y Cohen (2016) plantean que las estrategias centradas en el problema, a menudo están asociadas con resultados más positivos en la salud mental (**H4.1**). A diferencias de las estrategias centradas en la emoción y evitación, que están asociadas a resultados más negativos en cuanto a la salud mental (**H4.2; 4.3**).

Por lo general, los estudios en estrategias de afrontamiento y salud mental han sido estudiada con población universitaria víctima de abuso sexual infantil (Bal, Van Oost, Bourdeaudhuij y Crombez, 2003; Cantón y Justicia, 2008) y, en menor medida, en madres con hijos víctimas de abuso sexual (DiLillo y Damasehk, 2003).

Con respecto a mujeres sobrevivientes de abuso sexual infantil, Steel, Sanna, Hammond, Whipple y Cross (2004) plantean que un grupo de ellas utilizarían estrategias de afrontamiento centradas en la evitación, favoreciendo peores indicadores de salud mental, a diferencia de aquellas mujeres que han vivido la misma experiencia pero utilizaban estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo social activo y reinterpretación positiva que permitían presentar mejores índices de salud mental.

Asimismo, O'Leary (2009) señala que mujeres con experiencia de abuso sexual infantil que utilizaban las estrategias de afrontamiento de reinterpretación positiva y crecimiento y el uso de apoyo social instrumental, favorecían la reducción de sintomatología que afectaba la salud mental, a diferencia de aquella mujeres que utilizaban estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo social emocional, desconexión conductual y aceptación que favorecían el aumento de sintomatología que afectaba su salud mental (**H4.1; 4.3**).

Por su parte, Hiebert-Murphy (1998) en su estudio en madres con hijos/as abusados sexualmente, plantea que las mujeres que utilizan estrategias de afrontamiento activo y/o cognitivos para hacer frente a la situación abusiva experimentan menos malestar emocional que las mujeres que utilizan estrategias de evitación. Asimismo, su investigación da cuenta de que existe una asociación entre la estrategia de afrontamiento por evasión y una adaptación más pobre (**H4.3**).

Por otra parte, Holloway y Machida, plantean que aquellas madres que utilizan afrontamiento activo en situaciones de estrés son más propensas a experimentar sentimientos de control y conformidad con respecto a sus estilos de crianza (Hiebert-Murphy, 1998), esto determina el apoyo que le otorga a su hijo/a, aspecto considerado relevante en la recuperación del niño víctima de abuso sexual infantil (Everson et al., 1989; Faller, 1989; Sirles y Franke, 1989).

Con relación a las estrategias de afrontamiento y el crecimiento postraumático, se desconocen estudios que hayan asociado estas variables en madres con hijos/as abusados sexualmente. Sin embargo, la literatura proporciona algunas soluciones teóricas sobre la naturaleza de esta relación. Es así como Frazier, Tashiro, Berman, Steger y Long (2004) en su estudio con mujeres adolescentes y adultas que fueron abusadas sexualmente, encontraron que las estrategias de afrontamiento orientadas a la acción son un fuerte predictor de cambios positivos, mientras que las estrategias de afrontamiento orientadas a la evitación y la culpa de

sí mismo, se asocia con cambios negativos luego del hecho sexualmente abusivo. Esta misma situación ocurre con adultos con cáncer (Bellizi y Blank, 2006; Rajandram, Jenewein, McGrath y Zwahlen, 2011) (**H4.4; 4.5**). Frente a esto, Calhoun y Tedeschi (2004), han planteado que no basta la presencia de factores cognitivos para el logro del crecimiento sino que también desarrollar elementos emocionales para el surgimiento de este.

Para finalizar, Gwynn (2009) plantea que la forma de afrontar el abuso sexual infantil incide en la capacidad para crecer en las consecuencias del evento traumático (**H4.4; 4.5**). Por otro lado, Mikulincer y Florian (1995) han planteado que las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas cuando enfrenten una situación estresante pueden ser predecidas por el apego. Asimismo, Schmidt et. al. (2011) señalan que, al parecer, existe una relación teórica entre el apego y el crecimiento postraumático y que esta asociación puede estar mediada por las estrategias de afrontamiento (**H5.4**).

#### **1.4.- Tipo de vínculo con el agresor (abuso Intra/Extrafamiliar) y Apoyo social percibido como potenciales moderadores de la asociación entre apego, salud mental y crecimiento postraumático**

##### **1.4.1.- Abuso sexual intrafamiliar y extrafamiliar.**

Las madres con hijos/as que han vivenciado un abuso sexual, pueden reaccionar ante esta situación de diversas maneras, con o sin acciones concretas antes, durante y posterior a la develación del abuso sexual de su hijo/a (Breckenridge, 2006). Frente a esta situación, se originan explicaciones reduccionistas que dan cuenta de juicios de valor que por lo general van en dos direcciones: patología en la madre y/o complicidad en el abuso sexual infantil (Policía de Investigaciones de Chile, 2004). Frente a esto, se deja de lado que el abuso sexual infantil se produce en diversos entornos familiares y que las madres se ocupan de la develación de sus hijos/as en diferentes contextos y con diferentes recursos (Elliot y Carnes, 2001 en Cyr, McDuff y Hébert, 2013).

En este sentido, Cañas (2013) plantea que las respuestas de la madre frente a una develación de abuso sexual de su hijo/a, puede verse dentro de un continuo que va desde creer en el relato de su hijo/a hasta no dar credibilidad del abuso sexual infantil, omitiendo acciones para protegerlo ante este delito. Es más, en ocasiones pueden presionar para promover su retractación frente a la develación del abuso sexual.

Uno de los elementos centrales que puede favorecer una acción concreta o no y su salud mental frente a la situación del abuso sexual infantil, tiene que ver con el tipo de vínculo que tiene la madre con el agresor de su hijo/a (Sirls y Franke, 1989). Ante esto, Barudy (1998) considera el contexto familiar para diferenciar el abuso sexual en intrafamiliar o extrafamiliar.

El abuso sexual intrafamiliar, es el contacto sexual entre un niño/a y un familiar consanguíneo (padre, hermanos, abuelos, tíos, padrastros y hermanastros) (Almonte, 2001 en Quirós, 2006). En este tipo de abuso el agresor manipula el vínculo afectivo a través de la

utilización del poder que le confiere su rol dentro del sistema familiar. El abuso sexual infantil intrafamiliar presenta una dinámica familiar compleja (Habigzang, Koller, Azevedo y Machado, 2005), por lo general, los abusos son reiterados en el tiempo, en donde se impone la dinámica de secreto, siendo tardía su develación (Barudy, 1998/2005; Bal, de Bourdeaudhuij, Crombez y van Oost, 2004). Dentro de este tipo de abuso se encuentra el abuso incestuoso, que consiste en la relación sexual de tipo abusiva, sin importar el tipo de contacto sexual, que ejerce un padre, padrastro o cualquier persona que ejerce el rol parental, contra uno o varios niños/as a su cargo (Becar e Ibaceta, 2000 en Quirós, 2006).

Los estudios realizados en abuso sexual infantil han planteado que la mayoría de estos son cometidos por conocidos y familiares, entre un 70 y un 89% (Nahuelpan y Varas, 2011). Los abusos sexuales cometidos por figuras paternas y padrastros irían desde un 6 a 16% (Berliner y Elliot, 2002; Habigzang, Koller, Azevedo y Machado, 2005).

Pintello y Zuravin (2001) señalan que en las familias que presentan abuso sexual infantil, tienen como característica una estructura rígida patriarcal, donde existe una supremacía masculina o mayor poder del hombre que no es cuestionada, en la que posición de la esposa es de subordinación, existiendo dinámicas de violencia y control, por esto, cuanto más cercana sea la relación entre el agresor y la madre, más alta es la probabilidad de que el apoyo y protección a su hijo/a esté en riesgo.

En el abuso sexual extrafamiliar, el agresor no pertenece al medio familiar del niño/a, pudiendo ser un sujeto desconocido para la víctima y su familia, o algún conocido que pertenece a su entorno (Capella y Miranda, 2003). En este tipo de abuso, el agresor goza sometiendo a su víctima por la fuerza o el terror, habitualmente es un hecho único, violento, que afecta en su gran mayoría a adolescentes o adultos (Barudy, 1998). El abuso sexual infantil extrafamiliar por conocidos, se caracteriza por la relación de cercanía física, social o por el ejercicio del rol de poder que presenta el agresor, quien manipula la confianza del niño/a y su

familia. Por lo general, utiliza métodos coercitivos como el cariño, persuasión, mentira, la presión psicológica o las amenazas, manteniendo una dinámica de secreto al confundir a los niños/as (Barudy, 1998).

Cabe destacar, que se han realizado estudios con respecto a los efectos negativos que tienen cada uno de estos tipos de abuso, encontrándose resultados mixtos. Durante mucho tiempo, las investigaciones plantearon que el abuso sexual intrafamiliar, especialmente cometidos por padres, tenía un mayor impacto negativo en las víctimas, en comparación con los abusos extrafamiliares (Banyard, Williams, Siegel y West, 2002; Maynes y Feinauer, 1994 en Bal et al., 2004; Dupont, Messerschmitt, Vila, Bohy y Rey-Salmon, 2014). Sin embargo, algunos estudios no dan cuenta de esta asociación (Mannarino et al., 1991 en McClure, Chavez, Agars, Peacock y Matosian, 2008).

Una explicación a esta situación, puede ser que la gran mayoría de los estudios se focalizaron en investigar el abuso sexual infantil intrafamiliar, en particular con actividades sexuales entre el padre hacia su/s hija/s, pudiendo haber confirmado la idea de que el abuso intrafamiliar es más grave que el abuso extrafamiliar (Ray, Jackson, y Townsley, 1991 en Bal, de Bourdeaudhuij, Crombez y van Oost, 2004).

Bennett, Hughes y Luke (2000) encontraron en su estudio que las mujeres que habían experimentado abuso sexual infantil extrafamiliar presentaban mayor angustia que las mujeres con abuso intrafamiliar, llegando a la conclusión que el uso de la fuerza es un importante predictor de la vivencia del abuso por parte de la víctima y su familia.

Para finalizar, no se encontraron investigaciones que hayan explorado el efecto de interacción entre la inseguridad del apego (ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad) y el vínculo con el agresor (abuso intra/extrafamiliar) sobre la salud mental y el crecimiento postraumático. Sin embargo, se puede hipotetizar que los efectos del abuso sexual infantil sobre la inseguridad en el apego en las madres, son particularmente importantes cuando

la figura de apego es el perpetrador del abuso sexual (Briere, 1988 en Murphy, Elklit, Hyland, y Shevlin, 2016), pudiendo generar en ellas dificultades en recurrir a las representaciones internas de seguridad, apoyo y consuelo en esta relación, por lo que es difícil regular su angustia y su capacidad de crecimiento postraumático (**H<sub>6.1</sub>; 6.2**).

#### **1.4.2.- Apoyo social percibido.**

Dentro de los factores psicosociales, los efectos que tiene el apoyo social sobre el bienestar físico y psicológico de las personas frente a acontecimientos estresantes, ha sido una de las variables más estudiadas, principalmente, en las ciencias sociales (Gracia, García y Musitu, 1995 en Pereda, 2006).

Al respecto, los estudios en apoyo social, han realizado una distinción entre la cantidad de relaciones que una persona puede tener, entendida como red social, apoyo real o dimensión objetiva del apoyo social, y el apoyo que la persona percibe de sus relaciones, denominada como apoyo social percibido o dimensión subjetiva del apoyo social (Lazarus y Folkman, 1984 en Pereda, 2006). Cabe destacar, que existen diferencias entre estos dos tipos de distinción, siendo al parecer más importante el apoyo social percibido que las relaciones de apoyo real que presenta la persona (Stroud, 1999).

Frente a esto, Cyr, McDuff y Hébert (2013) plantean que el apoyo social percibido puede desempeñar un papel fundamental tanto en la reacción como en el apoyo que puede prestar la madre tras la develación del abuso sexual de su hijo/a. Asimismo, se espera que las madres que reciben apoyo social por parte de amigos y familiares, enfrentan la situación de manera más eficaz. No obstante, Elliot y Carnes (2001) plantean que en los abusos cometidos dentro de la familia, siendo el agresor la actual pareja de la madre, el apoyo por parte de la familia podría presentar problemas en cuanto a la credibilidad del abuso sexual infantil. Carter (1993 en Lovett, 2004), señala que frente a la develación de abuso sexual infantil intrafamiliar, por parte de un hijo/a, las madres experimentaron aislamiento social como resultado de las respuesta

contradictorias por parte de familiares y amigos.

Esta situación lleva a plantear que la presencia de redes de apoyo social, afianza la relación protectora entre la madre y su hijo/a y favorecen la superación de las situaciones traumáticas (Cerdeña, 2010) amortiguando los efectos negativos de tal situación, proporcionando la adaptación de la persona y facilitando la reducción del impacto negativo sobre el bienestar y la salud (Pereda, 2006), siendo importante para la salud mental de la madre (Hiebert-Murphy, 1997) **(H6.3)**.

Cabe destacar, que las dimensiones del apego, ansiedad ante el abandono o evitación de la intimidad están directamente relacionados con las creencias respecto a la disponibilidad del apoyo social (Bowlby, 1988). Es así como las personas con apego seguro esperan que el apoyo esté disponible cuando lo necesiten, siendo capaces de pedir ayuda cuando lo estimen conveniente. Por su parte, las personas con altos niveles de ansiedad ante el abandono presentarán preocupación frente a la posibilidad de que su figura de apego no responda adecuadamente a sus necesidades, dependiendo de ellos para regular su angustia (Busuito, Huth-Bocks, Puro, 2014; Smith, Gamble, Cort, Ward, He y Talbot, 2012). Por otro lado, las personas con altos niveles de evitación a la intimidad, se involucran en comportamientos de distanciamiento frente a los demás como una forma de protegerse contra el malestar experimentado con la cercanía personal evitando pedir ayuda, reduciendo así la posibilidad del apoyo social percibido, factor de protección significativo en la disminución de sintomatología cuando se está expuesto a eventos traumáticos (Besser y Neria, 2010) **(H6.3)**.

Para finalizar, el apoyo social ha sido reconocido como un factor importante relacionados con el crecimiento postraumático (Triplett, Tedeschi, Cann, Calhoun y Reeve, 2012), sobre todo el apoyo social percibido después de la revelación del abuso sexual infantil (Easton, Cooney, Rhodes y Moorthy, 2013). Esto va en directa relación con lo que plantea Tedeschi y Calhoun (2004), en donde el apoyo social está directamente relacionado con el cambio positivo

tras la situación traumática.

Hablar con alguien permite a las personas revisar sus pensamientos y sentimientos relacionados con el evento traumático. Asimismo, recibir una respuesta positiva de un oyente empático puede ayudar a los supervivientes a reconstruir su autoconcepto que puede haberse dañado por la experiencia traumática (Lepore, 2001 en Easton, Coohy, Rhodes y Moorthy, 2013). Por el contrario, respuestas negativas de otras personas frente a la revelación del abuso sexual infantil puede obstaculizar el desarrollo de un relato traumático por parte del superviviente y contribuir a evitar pensamientos y sentimientos relacionados con la experiencia traumática (Lepore, 2001 en Easton, Coohy, Rhodes y Moorthy, 2013).

Por otro lado, Schmidt, Blank, Bellizzi y Park (2012), plantean que el apego puede influir en la disponibilidad y búsqueda de apoyo social, tanto percibido como el real. Asimismo, Volgin y Bates (2016), señalan que las diferencias en las dimensiones de apego pueden afectar la forma en que una persona recibe apoyo, influyendo en el desarrollo posterior del crecimiento **(H6.4)**.

**“Sección Empírica”**

## Capítulo 2

### Método: Investigación empírica

#### 2.1.- Planteamiento del problema

Como se ha puesto de manifiesto previamente, la relación entre un niño/a y su cuidador primario, es considerada como la más importante, puesto que conlleva la construcción de esquemas relacionales que tiñen las relaciones posteriores (Hiebert-Murphy, 1997). De acuerdo con esto, Bowlby (1988), manifiesta que la capacidad de resiliencia frente a eventos estresantes que experimentan los/as niños/as, está influida por el vínculo que éste/a desarrolla durante sus primeros años de vida con el cuidador, generalmente la madre, consideradas las personas responsables de la protección del niño/a. Por ende, el vínculo de apego construido representa un factor clave en la disminución del impacto negativo que conlleva la situación del abuso sexual infantil (Cañas, 2013) y en el proceso terapéutico (Cohen, Deblinger, Mannarino y Steer, 2004; Alaggia y Turton, 2005; Kim, Trickett y Putnam, 2010).

Además, la figura de la madre también cobra relevancia en la prevención de nuevos hechos sexualmente abusivos, dado que los niños o niñas que han experimentado una situación de abuso, presentan dos a tres veces mayor probabilidad de ser nuevamente víctimas de abuso sexual infantil, lo que aumenta la necesidad de apoyo y supervisión por parte del cuidador principal (Álvarez, 2003; Plummer, 2006).

Dados estos antecedentes, resulta necesario llevar a cabo estudios que amplíen el conocimiento respecto de cómo ellas vivencian el abuso sexual de sus hijos/as, permitiendo de esta forma orientaciones técnicas y diseños de planes de intervención que potencien la figura de la madre en el proceso de resignificación de la experiencia abusiva de su hijo/a. Asimismo, la importancia de incluirlas en el espacio terapéutico, instancias que permitan validar y responder a sus necesidades, mejorando la comprensión de las experiencias que padecen y sentando bases para intervenciones terapéuticas contextualizadas que permitan el desarrollo y

ajuste general tanto de ellas como de sus hijos/as (Hiebert-Murphy, 1997; Sinclair y Martínez, 2006).

Es por esto, que las preguntas de investigación que guían este estudio son:

1.- ¿Cuál es el grado en que el apego, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento, en un modelo conjunto, se asocian con la salud mental en madres con hijos/as abusados sexualmente?

2.- ¿Cuál es el grado en que el apego, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento, en un modelo conjunto, se asocian con el crecimiento postraumático en madres con hijos/as abusados sexualmente?

3.- ¿Cómo se relacionan dichas variables en su efecto sobre la salud mental y el crecimiento postraumático en las madres con hijos/as abusados sexualmente?

## **2.2.- Objetivos del estudio**

### **2.2.1 Objetivos Generales.**

2.2.1.1.- Evaluar el grado en el cual el apego, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento, en un modelo conjunto, se asocian con la salud mental y el crecimiento postraumático en las madres con hijos/as abusados sexualmente.

2.2.1.2.- Establecer cómo se relacionan dichas variables en su efecto sobre la salud mental y el crecimiento postraumático en las madres con hijos/as abusados sexualmente.

### **2.2.2.- Objetivos Específicos.**

2.2.2.1.1.- Caracterizar las medidas de salud mental, depresión, ansiedad y estrés en las madres con hijos/as abusados sexualmente.

2.2.2.1.2.- Comparar el crecimiento postraumático en las madres con hijos/as abusados sexualmente intrafamiliar y extrafamiliar.

2.2.2.2.- Evaluar la asociación entre el apego y las medidas de salud mental y crecimiento postraumático.

2.2.2.3.- Evaluar la asociación entre las dificultades de regulación emocional con las medidas de salud mental y crecimiento postraumático.

2.2.2.4.- Evaluar la asociación entre estrategias de afrontamiento y las medidas de salud mental y crecimiento postraumático.

2.2.2.5.- Evaluar el efecto mediador de las dificultades de regulación emocional y las estrategias de afrontamiento en la asociación entre las dimensiones de apego y las medidas de salud mental y crecimiento postraumático.

2.2.2.6.- Evaluar el efecto moderador del vínculo con el agresor (abuso intrafamiliar/extrafamiliar) del apoyo social percibido sobre la asociación entre las dimensiones de apego y las medidas de salud mental y crecimiento postraumático.

### **2.3.- Hipótesis de trabajo**

Con relación al objetivo específico N°1, se plantean las siguientes hipótesis (**H<sub>1</sub>**):

1.1.- Las madres con hijos/as abusados sexualmente presentarán niveles moderados a altos en depresión, ansiedad y estrés.

1.2.- El nivel de crecimiento postraumático será mayor en madres en cuyos hijos/as el abuso sexual infantil fue intrafamiliar que en aquellas cuyos hijos/as el abuso sexual infantil fue extrafamiliar.

Con relación al objetivo específico N°2, se plantean las siguientes hipótesis (**H<sub>2</sub>**):

2.1.- Existirá una asociación positiva entre la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) y los índices de salud mental: Mayores niveles de ansiedad ante el abandono y/o evitación de la intimidad se asociarán a mayores problemas de salud mental.

2.2.- Existirá una asociación negativa entre la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) y los niveles de crecimiento postraumático: Mayor niveles de ansiedad ante el abandono y/o evitación de la intimidad se asociarán a menores niveles de crecimiento postraumático.

Con relación al objetivo específico N°3, se plantean las siguientes hipótesis (**H<sub>3</sub>**):

3.1.- Existirá una asociación positiva entre las dificultades en la regulación emocional y los problemas en salud mental: A mayores dificultades de la regulación emocional se asociarán a mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés.

3.2.- Existirá una asociación negativa entre las dificultades en la regulación emocional y los niveles de crecimiento postraumático: A mayores dificultades en la regulación emocional se asociarán a menores niveles de crecimiento postraumático.

Con relación al objetivo específico N°4, se plantean las siguientes hipótesis (**H<sub>4</sub>**):

4.1.- Existirá una asociación negativa entre estrategias de afrontamiento centradas en el problema y las medidas de salud mental: A mayor uso de estrategias centradas en el problema habrá menores problemas de salud mental.

4.2.- Existirá una asociación positiva entre las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y las medidas de salud mental: A mayor uso de estrategias centradas en la emoción habrá mayores problemas de salud mental.

4.3.- Existirá una asociación positiva entre la utilización de estrategias de afrontamiento centradas en la evitación y problemas de salud mental: A mayor uso de estrategias centradas en la evitación, habrá mayores problemas de salud mental.

4.4.- Existirá una asociación positiva entre mayor utilización de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y mayores niveles de crecimiento postraumático: A mayor uso de estrategias centradas en el problema habrá mayores niveles de crecimiento postraumático.

4.5.- Existirá una asociación negativa entre mayor utilización de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y/o evitación y menores niveles de crecimiento postraumático. A mayor uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y/o evitación habrá menores niveles de crecimiento postraumático.

Con relación al objetivo específico N°5, se plantean las siguientes hipótesis (**H5**):

5.1.- Las dificultades en la regulación emocional mediarán significativamente la relación entre la ansiedad ante el abandono y la evitación de la intimidad y las medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés. Es decir, mayores niveles de inseguridad en el apego (ansiedad y evitación) se asociarán con mayores dificultades en la regulación emocional, las que a su vez aumentará la sintomatología de las medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés.

5.2.- Las dificultades en la regulación emocional mediarán significativamente la relación entre la ansiedad ante el abandono y la evitación de la intimidad y el crecimiento postraumático. Es decir, a mayores niveles de inseguridad en el apego (ansiedad y evitación) se asociarán con mayores dificultades en la regulación emocional, las que a su vez disminuirá el crecimiento postraumático.

5.3.- Las estrategias de afrontamiento mediarán significativamente la relación entre la ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad y las medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés. Es decir, a mayor inseguridad en el apego (ansiedad y evitación) se asociará a mayor utilización de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y evitación, las que a su vez aumentarán la sintomatología en las medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés.

5.4.- Las estrategias de afrontamiento mediarán significativamente la relación entre la ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad y el crecimiento postraumático. Es decir, a mayor inseguridad en el apego (ansiedad y evitación) se asociará a mayor utilización de

estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y evitación, las que a su vez disminuirán el crecimiento postraumático.

Con relación al objetivo específico N°6, se plantean las siguientes hipótesis (**H6**):

6.1.- Existirá un efecto de moderación del tipo de vínculo con el agresor (intrafamiliar/extrafamiliar) sobre la asociación entre ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad y las medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés. Específicamente, el efecto de inseguridad del apego sobre las medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés será mayor cuando el abuso sexual infantil ha sido cometido por un familiar que cuando ha sido alguien externo a la familia.

6.2.- Existirá un efecto de moderación del tipo de vínculo con el agresor (intrafamiliar/extrafamiliar) sobre la asociación entre ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad y el crecimiento postraumático. Específicamente, el efecto de inseguridad del apego sobre el crecimiento postraumático será mayor cuando el abuso sexual infantil ha sido cometido por un familiar que cuando ha sido alguien externo a la familia.

6.3.- Existirá un efecto de moderación del apoyo social percibido en la asociación entre ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad sobre las medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés. Específicamente, el efecto de la inseguridad del apego sobre las medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés será menor cuando el apoyo social percibido sea alto.

6.4.- Existirá un efecto de moderación del apoyo social percibido en la asociación entre ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad sobre el crecimiento postraumático. Específicamente, el efecto de la inseguridad del apego sobre el crecimiento postraumático será menor cuando el apoyo social percibido sea alto.

#### **2.4.- Tipo de estudio y diseño**

La presente investigación es correlacional, no experimental, transeccional, con mediciones de autoreporte. Se buscó evaluar un modelo con la salud mental y crecimiento postraumático como variables dependientes. Las variables independientes fueron: la inseguridad del apego, es decir, ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad.

Por otro lado, las variables mediadoras, definidas como las variables intervinientes que dan cuenta o explican la relación entre una variable independiente y una variable dependiente. En este caso, la función mediadora es una variable intermedia que da cuenta del mecanismo mediante el cual una variable independiente afecta una variable dependiente. (Baron y Kenny, 1986). En la presente investigación se propusieron las variables dificultades en la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento como variables mediadoras.

Para finalizar, las variables moderadoras, definidas como variables intervinientes que afectan la dirección y/o la fuerza de la relación entre una variable independiente y una variable dependiente (reduciéndola, incrementándola, anulándola o invirtiéndola). Las variables moderadoras funcionan siempre como variables independientes, es decir, se encuentran en un mismo nivel que las variables independientes (Baron y Kenny, 1986). En la presente investigación las variables moderadoras fueron el vínculo con el agresor (abuso sexual intra/extrafamiliar) y apoyo social percibido.

#### **2.5.- Muestra**

Se evaluó una muestra no probabilística de madres de las ciudades de Antofagasta y Calama, Chile, con hijos/as abusados sexualmente. Se consideraron criterios de inclusión: que el caso estuviese judicializado con el fin de certificar la existencia del abuso sexual, además que la madre tuviese nacionalidad chilena, que la develación del abuso sexual infantil hubiese ocurrido al menos hace 6 meses. También que el hijo/a estuviese en proceso diagnóstico y/o tratamiento en cualquiera de los 5 Centros especializados de Maltrato y Abuso sexual de la

ciudad de Antofagasta y Calama, y por último, contar con informe que diera cuenta de que el niño/a fue víctima de abuso sexual infantil.

Es así como la muestra quedó compuesta por 103 madres con hijos/as abusados sexualmente, procedentes de la ciudad de Antofagasta (89,3%) y Calama (10,7%). El rango etario fue de 19 a 52 años ( $M= 33,7$  años;  $DT= 7,1$ ). Con respecto al estado civil de las madres el 44,7% señalaron ser solteras, un 28,2% casadas, el 24,5% separada/divorciada y el 1,9% viudas. Además, reportaron que en la actualidad, el 61,2% tiene una relación de pareja, con la cual llevan 9 años de relación. Frente a la pregunta de si viven junto a sus pareja, sólo el 67% de las madres respondió. De éstas, el 71% señaló vivir junto a su pareja con un tiempo promedio de 9,8 años.

En cuanto al nivel de educacional, el 7,8% presentan educación básica incompleta, un 5,8% educación básica completa, 15,5% educación media incompleta, 36,9% educación media completa, 8,7% educación técnica incompleta, 15,5% educación técnica completa, 4,9% educación universitaria incompleta, 3,9% educación universitaria completa y un 1% educación de posgrado.

Con respecto a la composición familiar, un 18,4% de las madres reportó pertenecer a familias nucleares biparentales matrimoniales, 24,3% a familia nuclear biparental de convivencia, un 32% a familias monoparentales, un 15,5% a familias extensas, un 5,8% a familias separadas y un 3,9% a familias ensambladas. La edad promedio que tenían las madres al momento de nacer su primer hijo fue de 19 años ( $DT= 4,2$ ). El número de integrantes promedio del sistema familiar es de 5 ( $DT=1,8$ ). Además, el 54,2% de las familias solo un integrante recibe ingresos económicos, de los cuales, el 29,1%, presenta un ingreso promedio mensual de \$250.000 a \$350.000 mil pesos.

Con respecto a la Religión, el 7,8% de las madres respondió profesar la religión católica, el 27,2% la religión evangélica, el 39,8% señaló ser testigo de Jehová y el 26% planteó ser mormona. Por su parte, las madres señalan que un 9,8% de los sostenedores del sistema familiar realiza trabajos menores, un 24,5% oficios menores, 26,5% es obrero calificado, un 34,3% es administrativo y un 4,9% es ejecutivo medio. Asimismo, la gran mayoría de los sostenedores presentan una educación media completa o técnica incompleta (44,6%).

La cantidad de hijos/as que asisten a algún proyecto especializado en maltrato y abuso sexual, el 85,4% tienen un hijo/a en el proyecto, un 10,7% tienen dos hijos/as en el proyecto y un 3,9% tienen tres hijos/as en el proyecto. Con respecto al sexo del primer hijo/a que asiste al proyecto, el 31,1% corresponden al sexo masculino y el 68,9% al sexo femenino. El promedio de edad del primer hijo/a que asiste al proyecto es de 8 años ( $DT=3,3$ ).

Con relación al vínculo con el agresor el 61,2% de los casos reportó que el abuso fue de carácter intrafamiliar y un 38,8% extrafamiliar. De los agresores, el 91,3% corresponde al sexo masculino, el 2,9% al sexo femenino y el 5,8% no sabe. El rango de edad del agresor fue de más de 30 años. Con respecto al parentesco, el 14,6% corresponde a padres biológicos, 9,7% a padrastros y un 9,7% a primos, el 66% corresponde a otros familiares.

Por otro lado, el 72,8% de los casos el/la niño/a develó la situación de abuso sexual infantil y el 27,2% fue detectado por otra persona. De los casos develados, el 55,6% fue develado a la madre. Cuando el abuso fue detectado por otra persona, el 27,5% fue detectado por otro familiar. Además, en el caso de las denuncias ante las autoridades competentes, el 60,8% las madres denunciaron estos hechos. Asimismo, los tipos de abusos cometidos contra los niños/as fueron un 70,9% con contacto físico, 4,9% sin contacto físico, 19,4% ambos y el 4,9% no sabe qué tipo de abuso fue cometido contra su hijo/a.

Para finalizar, del total de madres que participaron en el estudio, un 60.2% refiere no recibir tratamiento psicológico por el abuso sexual de su hijo/a. Además el 49.5% afirma haber padecido abuso sexual en su infancia, de las cuales sólo un 7,3% recibió tratamiento psicológico por este hecho.

## **2.6.- Instrumentos de Evaluación**

Para evaluar las variables, se considerarán los siguientes instrumentos (ver Anexo N°1):

**2.6.1.- Encuesta Sociodemográfica.** Se confeccionó una encuesta con la finalidad de recoger los datos más relevantes de esta variable. A continuación se detallan: edad, nacionalidad, estado civil, pareja actual, nivel educacional, tipo de familia, número de integrantes del sistema familiar, edad cuando tuvo a su primer hijo/a, miembros que perciben ingresos económicos, nivel socio-económicos, religión, categoría ocupacional y nivel educativo del principal sostenedor del hogar (Ver Anexo 2).

**2.6.2. Cuestionario Experiencias personales de mi hijo/a.** Se confeccionó instrumento estructurado que recoge información, desde la madre, sobre los siguientes temas: Experiencia de abuso sexual infantil de su hijo/a, temas relacionados con el ingreso al programa de reparación de Maltrato y abuso sexual infantil de su hijo/a y por último, dos preguntas con respecto a su propia historia personal, a saber, si en su infancia padeció un hecho sexualmente abusivo y si recibió tratamiento a raíz de esta situación (Ver Anexo 2).

**2.6.3.- Apoyo Social Percibido.** Se evaluó con la *Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido* de Zimet et al. (1988), validada en Chile por Ortiz y Baeza (2011). Está compuesta por 12 ítems que evalúan la percepción de apoyo social agrupada en 3 factores: Apoyo de pares, de la familia y de otros significativos. El formato de respuesta es de tipo Likert de cuatro puntos. A mayor puntaje obtenido, se estima mayor percepción de apoyo social. En cuanto a la consistencia interna en población chilena, presenta valores por sobre .80 para los factores de

percepción de apoyo del grupo de pares y de la familia, y superior a .70 para la escala de otros significativos. La consistencia interna de los 12 reactivos es .85. En la presente investigación los alfa de cronbach para la subescala de familia fue de .87, la subescala de otros significativos es de .90 y de amistad es de .91 y para la escala general es de .94. Para revisión del instrumento ver Anexo N°4.

**2.6.4.- Apego.** Se evaluó con el cuestionario *Experiences in Close Relationships* (ECR; Brennan et al., 1998), en su versión adaptada en Chile por Spencer, Guzmán, Fresno y Ramos (2013). Este es un cuestionario de autoreporte de 36 ítems redactados en forma Likert en un rango de 1 a 7, donde 1 equivale a “no me representa nada” y 7 equivale a “me representa completamente”, de dos dimensiones: ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad. La ansiedad ante el abandono alude al grado en que la persona se concibe a sí misma como merecedora de cuidado y protección, y la evitación de la intimidad, evalúa el grado en que la persona se siente cómoda siendo cercana o dependiendo de otros. A mayor puntaje obtenido, mayor ansiedad y/o evitación, es decir, mayores niveles de inseguridad en el apego (Mikulincer y Shaver, 2017).

Los coeficiente de alfa de cronbach reportados para este cuestionario son de .82 para la escala de ansiedad y .83 para la escala de evitación. El ECR cuenta con evidencia de que su estructura factorial representa dos dimensiones teóricas propuestas, ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad (Spencer et al., 2013).

Para efectos de este estudio, se realizó un análisis factorial exploratorio con método de extracción de eje principal y rotación Varimax con normalización Kaiser, con la finalidad de analizar la estructura factorial del ECR y la ubicación de los ítems en la misma. Además se determinó la confiabilidad del cuestionario con el coeficiente de alfa de Cronbach. Los resultados arrojaron una solución que explica el 35,21% de varianza para los 2 factores. En el análisis se observa que tres ítems no lograron ubicarse en ninguno de los factores (21, 22 y 29).

Además seis ítems se ubicaron en ambos factores (5, 9, 11, 13, 16 y 17). Para finalizar, tres ítems se ubicaron en el factor que teóricamente no pertenecen (1, 7 y 23).

Con respecto a lo planteado, se procede a probar una versión breve del ECR, de manera que permita replicar la estructura factorial propuesta por los autores, es decir, ansiedad ante el abandono y evitación a la intimidad. Para ello, se probaron dos versiones breves publicadas previamente, la primera corresponde a Wei et. al. (2007) y la segunda a la de Lafontaine et. al. (2015). Cabe destacar, que ninguna de las dos escalas breves funcionaron adecuadamente, ya que habían ítems que no cargaban o cargaban de forma cruzada.

Considerando estos antecedentes, se tomó la decisión de utilizar 6 ítems de la subescala de ansiedad (2, 8, 14, 18, 24 y 30) y 6 ítems de la subescala de evitación (19, 25, 27, 31, 33 y 35), con índices de varianza altos (.524 a .767) y que se ubicaban en el factor que teóricamente les correspondía. En función de esta decisión, se realizó nuevamente un análisis factorial exploratorio con método de extracción de eje principal y rotación Varimax con normalización Kaiser, arrojando una solución que explica el 48,89% de la varianza para los 2 factores. En el análisis de los resultados, se puede observar claramente los dos factores, donde cada ítem forma la subescala según lo esperado teóricamente. El alfa de cronbach para la subescala de ansiedad fue de .84 y para la subescala de evitación fue de .85. Para revisión del instrumento ver Anexo N°5.

**2.6.5.- Dificultades en la regulación emocional.** Se evaluó con la *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional* (Gratz y Roemer, 2004), validada en Chile por Guzmán et. al., (2014), que evalúa diferentes aspectos de la dificultad de la regulación emocional a través de 25 ítems con una escala Likert de 5 puntos, divididos en cinco subescalas: descontrol emocional, interferencia cotidiana, rechazo emocional, confusión emocional y desatención emocional. Puntajes más elevados indican más dificultades en el proceso de regulación emocional. El estudio de adaptación chilena proporcionó evidencia de una confiabilidad

adecuada (.92) y evidencia de validez de constructo y de criterio (Guzmán et al., 2014). En la presente investigación los alfa de cronbach para la subescala de Rechazo es de .88; la subescala de Interferencia es de .90; la subescala de Desatención es de .83; la subescala de Descontrol es de .89; la subescala de Confusión es de .60. Para la escala en general el alfa es de .93. Para la revisión del instrumento ver Anexo N°6.

**2.6.6.- Estrategias de afrontamiento.** Se evaluó con la *Escala de Evaluación de Técnicas de Afrontamiento* de Carver et. al. (1989). Instrumento adaptado al Español por Crespo y Cruzado (1997) con estudios de fiabilidad en Chile, por Barría (2004) y Quaas (2006). El COPE es un cuestionario multidimensional desarrollado para evaluar las diferentes formas de respuesta ante el estrés. Este instrumento está compuesto por 60 ítems en formato Likert que va del 1 al 4 (1= casi nunca lo hago, 4 = hago esto con mucha frecuencia). Estos ítems conforman 15 modos de afrontamiento, que a su vez están asociados a estrategias de afrontamiento, tales como, centrado en el problema, compuesta por el afrontamiento activo (ítems 5, 25, 47 y 58), planificación (ítems 19, 32, 39 y 56), reinterpretación positiva y crecimiento (ítems 1, 29, 38 y 59), aceptación (ítems 13, 21, 44 y 54), supresión de actividades distractoras (ítems 15, 33, 42 y 55), y refrenar el afrontamiento (ítems 10, 22, 41 y 49). Estrategias de afrontamiento centrada en la emoción, compuesta por búsqueda de apoyo social instrumental (ítems 4, 14, 30 y 45), búsqueda de apoyo social emocional (ítems 11, 23, 34 y 52), centrarse en las emociones (ítems 3, 17, 28 y 46), y religión (ítems 7, 18, 48 y 60). Por último, estrategias centradas en la evitación, compuesta por desconexión mental (ítems 2, 16, 31 y 43), desconexión conductual (ítems 9, 24, 37 y 51), negación (ítems 6, 27, 40 y 57), consumo de alcohol y drogas (ítems 12, 26, 35 y 53) y humor (ítems 8, 20, 36 y 50) (Monras, Mondon y Jou, 2010; Quaas, 2006).

En cuanto a la validez del instrumento, existe evidencia de su estructura factorial para los 15 modos y las 3 dimensiones teóricas propuestas (Cassareto y Chau, 2016; Monras, Mondon

y Jou, 2010). En cuanto a las propiedades psicométricas en la adaptación chilena evidencia una confiabilidad adecuada .45 a .92 en sus modos de afrontamiento.

En el presente estudio, se eliminaron los siguientes ítems: 1, 2, 6, 8, 15, 25 y 45 con la finalidad de aumentar los alfas de Cronbach a las sub escalas que pertenecían. Es así como el alfa de Cronbach del modo de afrontamiento Centrarse en la Emoción fue de .71; Negación .67; Desconexión Mental .52; Desconexión Conductual .69; Consumo de Alcohol y Drogas .86; Humor .82; Aceptación .54; Afrontamiento Activo .70; Planificación .77; Búsqueda de Apoyo Social Instrumental .71; Búsqueda de Apoyo Social Emocional .82; Supresión de Actividades Distractoras .47; Religión .73; Reinterpretación Positiva y Crecimiento .57 y Refrenar el Afrontamiento .60.

Cabe destacar, que se eliminó la sub escala de supresión de actividades distractoras dado su bajo nivel de fiabilidad (.47). Así, los alfas de Cronbach de las estrategias de afrontamiento oscilaron entre .52 y .86, siendo la mayoría de estos puntajes un rango adecuado. Para revisión del instrumento ver Anexo N°7.

**2.6.7.- Salud mental.** Se evaluó con la *Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (Depression Anxiety Stress Scales DASS-21)* versión abreviada, fue creada por Lovibond y Lovibond (1995), con el fin de medir estados emocionales negativos de depresión, ansiedad y estrés. Esta escala fue traducida y adaptada a Chile por Vinet, Rehbein, Román y Saiz y modificada por Román, siendo esta última versión la utilizada (Antúñez y Vinet, 2012).

El DASS-21, es una escala autoadministrada, breve, fácil de administrar y responder, siendo su interpretación sencilla. Cuenta con tres sub escalas conformada por siete ítems cada una, con cuatro alternativas de respuestas en formato Likert, las cuales van de 0 (“No describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana”) hasta 3 (“Sí, esto me pasó mucho, o casi siempre”). El puntaje de cada sub escala se calcula sumando los ítems pertenecientes a esa escala y varía entre 0 a 21 puntos. Para dar respuesta a este instrumento, cuenta con una consigna en donde

establece en qué medida la frase describe lo que le pasó o sintió la persona durante la última semana.

Esta escala ha presentado adecuadas propiedades psicométricas en estudios anteriores de validación (Apóstolo, Mendes y Azeredo, 2006; Clara, Cox y Enns, 2001) y un ajuste aceptable a un modelo de tres factores (Román, 2010 en Antúnez y Vinet, 2012). En cuanto a la fiabilidad del instrumento, Antúnez y Vinet (2012) plantean que el alfa de Cronbach para la sub escala de depresión fue de .85, ansiedad .73 y estrés .83. En la presente investigación los alfa de cronbach para la subescala de Depresión fue de .90; la subescala de Ansiedad fue de .88 y de Estrés fue de .92. Para revisión del instrumento ver Anexo N°8.

**2.6.8.- Crecimiento Postraumático.** Se evaluó por medio del *Inventario de Crecimiento Postraumático, versión abreviada* (Cann et al., 2010). Desarrollada originalmente por Tedeschi y Calhoun (1996), esta escala fue elaborada para evaluar el reporte de crecimiento posterior a eventos estresantes. Para este estudio se ocupó la versión breve validada en Chile por Cárdenas, Barrientos, Ricci y Páez (2015). La escala consta de 10 ítems con opciones de respuestas que van desde 0 (“Ningún cambio”) hasta 6 (“Un cambio muy importante”). En el presente estudio se considera la puntuación total de la escala, tal como sugieren los autores, ya que representa un sentido más general del crecimiento postraumático (Cann et al., 2010).

Las propiedades psicométricas de la versión chilena son apropiadas, con un alfa de Cronbach de .83 para la escala global. En la presente investigación el alfa de Cronbach para la escala general es de .86. Para revisión del instrumento ver Anexo N°9.

## **2.7.- Procedimientos de la investigación**

### **2.7.1.- Selección de la muestra.**

En primera instancia, se tomó contacto con dos Directores de fundaciones colaboradoras del Servicio Nacional de Menores, Chile, que cuentan con proyectos y equipos psicosociales especializados que trabajan en la reparación del maltrato infantil grave y abuso sexual. En estas

reuniones se presentó la propuesta de tesis doctoral con el fin de contar con su apoyo para poder tener acceso a la muestra. Solamente un Director de una fundación manifestó su apoyo para poder acceder a las madres con hijos/as abusados sexualmente, el otro Director planteó que no podía participar puesto que se encontraban con reestructuraciones internas en cuanto a Directores de proyectos y profesionales de los mismos.

El Director de la fundación que aceptó participar en la investigación, contaba con 5 proyectos especializados en maltrato infantil grave y abuso sexual en la Región de Antofagasta.

Luego de este proceso, se comienza a trabajar en el consentimiento informado (Ver Anexo N° 10) de la investigación para ser presentado al Comité de Ética de la Universidad Católica del Norte (UCN) con el fin de obtener su permiso y respaldo. Paralelamente se comienza a trabajar en la adaptación del instrumento *SA-45 (Symptom Assessment-45 Questionnaire)* (Davison et al., 1997), versión española de González y De las Cuevas (1988) que evalúa salud mental. Cabe destacar, que este instrumento no tuvo las propiedades psicométricas adecuadas, por lo que se tomó la decisión de cambiar el instrumento que evaluaría salud mental por el DAS-21, que mostró mejores propiedades psicométricas.

Una vez que se cuenta con el permiso del Comité de Ética de la UCN, de haber realizado el proceso de adaptación del instrumento SA-45 y haber tomado la decisión de cambiarlo por el DAS-21, se procede a confeccionar el instrumento de la investigación con el fin de realizar un estudio pre-piloto con las madres. Este se llevó a cabo durante 3 meses y consistió en aplicar el instrumento a 25 madres con el fin de obtener feedback sobre la claridad de las preguntas, la forma de contestar las respuestas y estimar el tiempo que se demorarían aproximadamente. Obtenida esta información, se procede a revisar los comentarios y a generar el instrumento final para su aplicación.

El siguiente paso fue entrenar a 37 profesionales para la aplicación del instrumento. Los

profesionales eran psicólogos y trabajadores sociales de los programas de reparación de Maltrato físico grave y abuso sexual, todos pertenecientes a la Fundación Tierra de Esperanza. La formación de los profesionales consistió en explicar en qué consistía la investigación, el instrumento y los procedimientos que debían tener en cuenta cuando se aplicará el instrumento. Además se reforzaron habilidades para enfrentar posibles dificultades para prevenir revictimización, contener, apoyar y derivar si alguna de las madres lo requería.

Para la aplicación del instrumento, se realizó una revisión con cada uno de los equipos, de aquellas madres que estaban en condiciones de participar en el estudio, es decir, aquellas que cumplieran con los criterios de inclusión. Se decidió que las trabajadoras sociales informarían sobre la investigación que se estaba llevando a cabo a las madres, y si aceptan participar, la aplicación se realizaría a la semana siguiente con el investigador principal con el objetivo de explicar en profundidad los objetivos del estudio. Asimismo, se decidió que la aplicación del instrumento se llevaría a cabo en espacio y la hora donde las madres trabajaban con las trabajadoras sociales, para así, evitar que volvieran durante la semana a realizar solo el instrumento. La aplicación del instrumento se realizó solamente una vez a las madres y el período de tiempo para la recolección de los mismos fue de un año.

Cabe destacar, que durante el año de recolección de los datos, solo habían 148 madres que potencialmente podrían participar en el estudio. De éstas, solo 120 decidieron participar. No obstante, para efectos de la investigación, se descartaron 17 casos puesto que presentaban doble contestación y falta de información relevante para la investigación, por lo tanto, el estudio cuenta solo con 103 madres con hijos/as abusados sexualmente. Además de los 5 Centros que estaban participando, solo 3 continuaron, puesto que los otros 2 Centros fueron cerrados por perder la licitación económica para seguir funcionando.

### **2.7.2.- Control de Calidad**

Tras recoger la información de las madres, se revisaron las respuestas de cada instrumento

antes de ser ingresada a la base de datos del SPSS, esto con el fin de corroborar el número de preguntas sin responder.

### **2.7.3.- Análisis de datos**

El tratamiento estadístico de los datos se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS versión 24.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*). Una vez elaborada la base de datos, se procedió a realizar los análisis descriptivos de las variables sociodemográficas. Asimismo, para evaluar la asociación entre las variables del estudio se utilizó el análisis de correlación de Pearson.

Para el contraste de las hipótesis de mediación y moderación, se ocupó análisis de regresión múltiple. Si bien el uso de ecuaciones estructurales, es la opción óptima por su mayor potencia y control del error de medición, no es factible de ocupar en este caso por el pequeño tamaño muestral.

En concreto, se ocuparon las macro PROCESS de SPSS con el modelo de moderación y modelo de mediación múltiple, que estima simultáneamente múltiples efectos indirectos con sus errores estándar y sus intervalos de confianza derivados de la distribución bootstrap (Hayes y Preacher, 2014). Cabe destacar, que este método es la mejor prueba estadística para determinar si la mediación es significativa, en comparación con otras pruebas alternativas (MacKinnon, Lockwood y Williams, 2004).

Se usó el procedimiento *bootstrapping* no paramétrico con 5000 repeticiones para estimar los intervalos de confianza del 95% y verificar el efecto mediador múltiple de las dificultades en la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento que resultaron ser significativas. El procedimiento *bootstrapping* determina si el efecto indirecto de los mediadores es significativamente diferente de cero. Si el intervalo de confianza del efecto indirecto no incluye el 0, entonces el efecto indirecto es significativo y, por tanto, se puede afirmar que la mediación existe. Para ello se utilizó la macro de SPSS proporcionada por Preacher y Hayes (2004).

Este método se ha diseñado específicamente para obtener conclusiones fiables y válidas en estudios donde los tamaños muestrales no son grandes y, por tanto, donde no puede ser asumida la asunción de normalidad multivariable (Preacher y Hayes, 2004).

Asimismo, este método permite realizar análisis de mediación múltiple incluyendo varios mediadores de forma simultánea, permitiendo controlar el posible efecto de otras covariables.

## Capítulo 3

### Resultados de la investigación

#### 3.1.- Análisis de variables sociodemográficas

Con el fin de controlar las variables que podrían afectar a las variables dependientes de la investigación (salud mental: depresión, ansiedad, estrés y crecimiento postraumático), se realiza el análisis de variables sociodemográficas con: Edad y nivel educacional en madres con hijos/as abusados sexualmente. Para llevar a cabo este control, se realizó análisis de ANOVA de todas las variables dependientes con edad y nivel educacional. A continuación, en la Tabla 1 se presentan los resultados.

Tabla 1

*ANOVA variables dependientes del estudio con variables sociodemográficas*

Variables	Edad		Nivel educacional	
	F	Sig.	F	Sig.
CPT	0,968	0,522	1,575	0,143
Ansiedad	1,104	0,358	1,17	0,326
Depresión	1,144	0,316	0,753	0,644
Estrés	0,772	0,776	0,786	0,616

Como se puede apreciar en la Tabla 1, ni la edad ni el nivel educacional tuvieron efecto sobre las variables dependientes del estudio ( $p > .05$ ).

### 3.2.- Análisis descriptivo de las variables del estudio

Teniendo en cuenta el primer objetivo de la investigación, se realizó análisis descriptivo de las variables dependientes, independientes, de mediación y moderación. En la Tabla 2 se presentan los estadísticos descriptivos de tales variables. Cabe destacar, que los análisis de curtosis y simetría dan cuenta que ninguna de ellas supera el valor crítico de  $\pm 2$ , por lo tanto, este criterio de normalidad se cumple.

Tabla 2

*Estadísticos descriptivos de las variables del estudio (N = 103)*

Variables	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	Min	Max	Rango
Ansiedad ante el abandono	3,37	1,61	1	6,83	1 a 7
Evitación de la intimidad	3,37	1,51	1	7	1 a 7
Dificultad en la regulación emocional	2,12	0,72	1	3,96	1 a 5
Rechazo emocional	2,19	0,96	1	5	1 a 5
Interferencia emocional	2,07	1,02	1	5	1 a 5
Desatención emocional	2,54	1,02	1	4,8	1 a 5
Descontrol emocional	1,83	0,88	1	4,33	1 a 5
Confusión emocional	1,91	0,84	1	4	1 a 5
Afrontamiento activo	2,69	0,78	1	4	1 a 4
Planificación	2,46	0,78	1	4	1 a 4
Búsqueda apoyo social instrumental	2,47	0,78	1	4	1 a 4
Búsqueda apoyo social emocional	2,55	0,85	1	4	1 a 4
Religión	2,70	0,83	1	4	1 a 4
Reinterpretación positiva y crecimiento	2,54	0,71	1	4	1 a 4

Aceptación	2,55	0,65	1	4	1 a 4
Centrarse en las emociones	2,16	0,67	1	4	1 a 4
Negación	1,67	0,67	1	3,67	1 a 4
Desconexión mental	1,83	0,68	1	3,67	1 a 4
Desconexión conductual	1,68	0,63	1	3,5	1 a 4
Consumo de alcohol y drogas	1,35	0,56	1	3	1 a 4
Refrenar afrontamiento	2,15	0,65	1	3,75	1 a 4
Humor	1,49	0,69	1	3,67	1 a 4
Apoyo Social Percibido	2,73	0,80	1	4	1 a 4
Depresión	1,01	0,83	0	3	0 a 3
Ansiedad	1,06	0,83	0	2,86	0 a 3
Estrés	1,17	0,87	0	3	0 a 3
Crecimiento Postraumático	4,90	0,91	1,9	6	1 a 6

En primer lugar, con respecto a los análisis descriptivos expuestos en la Tabla 2, se ocupó como criterio la media teórica para su interpretación, dado que no se dispone de puntos de corte para ninguna de las escalas.

En ella se puede apreciar que ambas dimensiones de apego, ansiedad ante el abandono ( $M=3.37$ ,  $DE=1.61$ ) y evitación de la intimidad ( $M=3.37$ ,  $DE=1.51$ ), se encuentran por debajo de la media teórica de la escala (3.5), con valores similares en las dos dimensiones. En relación con las dificultades en la regulación emocional, estas se encuentran por debajo de la media teórica de la escala (2.5). Al analizar sus dimensiones, la única que se encuentra un tanto elevada es la desatención emocional ( $M= 2.54$ ,  $DE=1,02$ ).

Asimismo, respecto de las estrategias de afrontamiento, se detectaron promedios más altos de la media teórica (2.0), como por ejemplo: religión ( $M=2.70$ ,  $DE=0.83$ ), afrontamiento

activo ( $M=2.69$ ,  $DE=0.78$ ), búsqueda de apoyo social emocional ( $M=2.55$ ,  $DE=0.85$ ), aceptación ( $M=2.55$ ,  $DE=0.65$ ), búsqueda de apoyo social instrumental ( $M=2.47$ ,  $DE=0.78$ ) y reinterpretación positiva y crecimiento ( $M=2.54$ ,  $DE=0.71$ ). Las estrategias con promedios más bajos fueron: consumo de alcohol y drogas ( $M=1.68$ ,  $DE=0.63$ ), humor ( $M=1.49$ ,  $DE=0.65$ ), negación ( $M=1.67$ ,  $DE=0.67$ ), desconexión mental ( $M=1.83$ ,  $DE=0.68$ ) y conductual ( $M=1.68$ ,  $DE=0.63$ ).

En cuanto al apoyo social percibido, las madres con hijos/as abusados sexualmente, presentan una mayor tendencia a percibir apoyo social ( $M=2.73$ ,  $DE=0.80$ ) por la situación acontecida, superando la media teórica de la escala (2.0). Con relación a las medidas de salud mental, los niveles de depresión ( $M=1.01$ ,  $DE=0.83$ ), ansiedad ( $M=1.06$ ,  $DE=0.83$ ) y estrés ( $M=1.17$ ,  $DE=0.87$ ) fueron más bien bajos a lo esperado, utilizando como criterio la media teórica (1,5), por lo tanto, se rechaza la hipótesis N° 1.1 del presente estudio.

Para finalizar, las madres con hijos/as abusados sexualmente reportaron niveles elevados de crecimiento postraumático ( $M=4.90$ ,  $DE=0.91$ ), luego de la situación abusiva de su hijo/a. Para dar respuesta a la hipótesis N° 1.2, se realizó análisis de diferencias de medias para las variables crecimiento postraumático y tipo de vínculo con el agresor (intra/extrafamiliar), realizándose pruebas t para grupos independientes. No se observaron diferencias significativas en los niveles de CPT en función del tipo de abuso sexual, ( $t= -0,204$ ,  $p= 0,839$ ), por lo tanto, se rechaza la hipótesis 1.2.

### **3.3.- Análisis correlacional entre las variables dependientes, independientes y moderadoras**

#### **3.3.1.- Análisis correlacional entre las variables de ansiedad ante el abandono y evitación a la intimidad con las medidas de salud mental y crecimiento postraumático.**

Se realizó análisis de correlación de Pearson para evaluar las variables de ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad con las medidas de salud mental (depresión, ansiedad y estrés) y crecimiento postraumático. Tal como se observa en la Tabla 3, existe asociación positiva estadísticamente significativa y de magnitud moderada y entre la ansiedad ante el abandono con las medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés. Sin embargo, la evitación de la intimidad solo se asocia de forma positiva y de magnitud baja con depresión y ansiedad.

Por otro lado, con respecto a las correlaciones de ansiedad ante el abandono y evitación a la intimidad y la variable crecimiento postraumático, en la Tabla 3, se puede apreciar que no existe correlación entre la ansiedad ante el abandono y el crecimiento postraumático. Sin embargo, sí se identifica una asociación negativa estadísticamente significativa y de magnitud baja y entre evitación a la intimidad y crecimiento postraumático.

En función de lo planteado, se mantiene la hipótesis 2.1 de la investigación, es decir, a mayor ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad se asociaron con mayores problemas de salud mental en depresión y ansiedad. En el caso del estrés, solo se asoció con la ansiedad ante el abandono.

Con respecto a la hipótesis 2.2 de la investigación, se mantiene parcialmente, ya que no se identificó una asociación estadísticamente significativa entre la ansiedad ante el abandono y el crecimiento postraumático. Sin embargo, se observa que a mayor evitación de la intimidad se asocian con menores niveles de crecimiento postraumático.

Tabla 3

*Correlaciones de Pearson entre las variables ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad con las medidas de salud mental y crecimiento postraumático (N=103)*

Variables	<i>M</i>	<i>DE</i>	<b>Ansiedad ante el abandono</b>	<b>Evitación de la intimidad</b>
Depresión	1,01	0,83	0,391**	0,283**
Ansiedad	1,06	0,83	0,410**	0,220*
Estrés	1,17	0,87	0,394**	0,188
Crecimiento postraumático	4,90	0,91	0,074	-0,198*

*Nota: \*p < .05, \*\*p<.01*

### **3.3.2.- Análisis correlacional entre las variables de dificultad en la regulación emocional y sus dimensiones con las medidas de salud mental y crecimiento postraumático.**

Se realizó análisis de correlación de Pearson para evaluar las asociación entre las dificultades de regulación emocional y sus dimensiones con las medidas de salud mental (depresión, ansiedad y estrés) y crecimiento postraumático. Tal como se observa en la Tabla 4, existe asociación positiva de magnitud alta y estadísticamente significativa entre las dificultades en la regulación emocional y las medidas de salud mental: ansiedad, depresión y estrés.

Por otro lado, con respecto a las correlaciones entre las dificultades en la regulación emocional y sus dimensiones y la variable crecimiento postraumático, en la Tabla 4 se puede apreciar que solo existe asociación negativa de magnitud baja y estadísticamente significativa entre la dimensión de dificultad en la regulación emocional desatención y el crecimiento postraumático.

En función de lo planteado, se mantiene la hipótesis 3.1 de la investigación, es decir, a mayores dificultades de regulación emocional y sus dimensiones mayores problemas en las

medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés.

Con respecto a la hipótesis 3.2 se mantiene parcialmente, es decir, a mayor dificultad en la dimensión de regulación emocional desatención menores niveles de crecimiento postraumático.

Tabla 4

*Correlaciones de Pearson entre la variable dificultad en la regulación emocional y sus dimensiones con las medidas de salud mental y crecimiento postraumático (N=103)*

Variables	Rechazo	Interf	Desaten	Descon	Confus	DERS global
Crecimiento postraumático	-0,128	-0,169	-0,230*	-0,130	-0,019	-0,192
Ansiedad	0,549**	0,513**	0,351**	0,593**	0,520**	0,666**
Depresión	0,605**	0,587**	0,324**	0,604**	0,536**	0,702**
Estrés	0,554**	0,531**	0,246*	0,612**	0,540**	0,651**

*Nota:* Interf= Interferencia, Desaten= Desatención, Descon= Descontrol, Confus= Confusión.

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

### **3.3.3.- Análisis correlacional entre las variables estrategias de afrontamiento con la ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad y las medidas de salud mental y crecimiento postraumático.**

Se realizó análisis de correlación de Pearson para evaluar las variables de estrategias de afrontamiento, la variable independiente ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad, con las medidas de salud mental (depresión, ansiedad y estrés) y el crecimiento postraumático.

Tal como se observa en la Tabla 5, la ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad presentan asociación positivas y negativas estadísticamente significativa con las estrategias de afrontamiento.

### ***3.3.3.1.- Ansiedad ante el abandono y estrategias de afrontamiento.***

En el presente estudio, la ansiedad ante el abandono de las madres presenta correlaciones positivas con las estrategias de afrontamiento centrarse en las emociones, la negación, desconexión mental, desconexión conductual y consumo de alcohol y drogas.

En síntesis, las madres con ansiedad ante el abandono utilizarían estrategias de afrontamiento, tales como, centrarse en las emociones, negación, desconexión mental, desconexión conductual y consumo de alcohol y drogas.

### ***3.3.3.2.- Evitación de la intimidad y estrategias de afrontamiento.***

La evitación de la intimidad de las madres se asoció negativamente con las estrategias de afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, búsqueda de apoyo social instrumental y búsqueda de apoyo social emocional. Asimismo, esta dimensión de apego presentó correlaciones positivas con la negación y desconexión conductual.

En resumen, las madres con evitación de la intimidad utilizarían en menor medida las estrategias de afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, búsqueda de apoyo social instrumental y búsqueda de apoyo social emocional. Sin embargo, sí utilizarían estrategias de afrontamiento como la negación y desconexión conductual.

### ***3.3.3.3.- Estrategias de afrontamiento y medidas de salud mental: depresión, ansiedad, estrés y crecimiento postraumático.***

Con respecto a la hipótesis 4.1, se esperaba que existiera una asociación negativa entre mayor utilización de estrategias de afrontamiento centradas en el problema, tales como, afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación y refrenar el afrontamiento y menor sintomatología en depresión, ansiedad y estrés. Tal como se

observa en la Tabla 5, ninguna de estas estrategias resultó ser estadísticamente significativa con las medidas de salud mental. Por lo tanto, no se acepta la hipótesis 4.1.

Con relación a la hipótesis 4.2, se esperaba que existiera una asociación positiva entre mayor utilización de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, tales como, búsqueda de apoyo social instrumental, búsqueda de apoyo social emocional, centrarse en las emociones y religión y mayor sintomatología en depresión, ansiedad y estrés. Sin embargo, tal como se observa en la Tabla 5, solo dos estrategias resultaron ser estadísticamente significativa. Por un lado, la estrategia centrada en la emoción resultó presentar una asociación positiva de magnitud baja y moderada respectivamente con la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés. Es decir, a mayor utilización de estrategia de afrontamiento centrada en la emoción mayor sintomatología depresiva, ansiedad y estrés. Por otro lado, la estrategia de afrontamiento de búsqueda de apoyo social emocional presentó una asociación negativa de magnitud baja con la sintomatología depresiva y ansiosa. Es decir, a mayor utilización de estrategia de afrontamiento de búsqueda de apoyo social emocional menor sintomatología depresiva y ansiosa. Por lo tanto, se acepta parcialmente la hipótesis 4.2.

Con respecto a la hipótesis 4.3, se esperaba que existiera una asociación positiva entre mayor utilización de estrategias de afrontamiento centradas en la evitación, tales como, desconexión mental, desconexión conductual, negación, consumo de alcohol y drogas y humor y mayor sintomatología depresiva, ansiedad y estrés. Sin embargo, tal como se observa en la Tabla 5, solo tres estrategias resultaron ser estadísticamente significativa. En primer lugar, la desconexión mental presenta una asociación positiva de baja magnitud con la sintomatología depresiva. Es decir, a mayor utilización de la estrategia de afrontamiento de desconexión mental mayor sintomatología depresiva. En segundo lugar, la desconexión conductual presentó una asociación positiva de magnitud baja con la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés. Es decir, a mayor utilización de la estrategia de afrontamiento de desconexión conductual

mayor sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés. En tercer lugar, la negación presentó una asociación positiva de magnitud baja con la sintomatología depresiva. Es decir, a mayor utilización de la estrategia de afrontamiento de negación mayor sintomatología depresiva. Por lo tanto, se acepta parcialmente la hipótesis 4.3.

Con relación a la hipótesis 4.4, se esperaba que existiera una asociación positiva entre mayor utilización de estrategias de afrontamiento centradas en el problema, tales como, afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, supresión de actividades distractoras y refrenar el afrontamiento y mayores niveles de crecimiento postraumático. Sin embargo, tal como se observa en la Tabla 5, solo cuatro estrategias resultaron presentar asociación con crecimiento postraumático, éstas son: afrontamiento activo con asociación positiva de magnitud moderada y estadísticamente significativa. Planificación con asociación positiva de magnitud baja y estadísticamente significativa. Reinterpretación positiva y crecimiento con asociación positiva de magnitud baja y estadísticamente significativa. Por último, aceptación con asociación positiva de magnitud moderada y estadísticamente significativa. Por lo tanto, a mayor utilización de estas estrategias de afrontamiento mayores niveles de crecimiento postraumático. En función de lo planteado, se acepta parcialmente la hipótesis 4.4.

Para finalizar, la hipótesis 4.5, se esperaba que existiera una asociación negativa entre mayor utilización de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y/o evitación y menores niveles de crecimiento postraumático. Sin embargo, tal como se observa en la Tabla 5, solo tres estrategias resultaron tener una asociación positiva de magnitud baja y estadísticamente significativa. Específicamente, la búsqueda de apoyo social instrumental, la de apoyo social emocional y el afrontamiento religioso se asociaron a mayores niveles de crecimiento postraumático. Por lo tanto, no se acepta la hipótesis 4.5.

Tabla 5

*Correlaciones de Pearson entre las variables de estrategias de afrontamiento, ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad con las medidas de salud mental y crecimiento postraumático (N=103)*

Variables	Ans. aband	Evit. Intim	Dep.	Ans.	Estr.	CPT
Afrontamiento activo	-0,027	-0,295**	-0,102	-0,123	-0,063	0,358**
Planificación	-0,136	-0,267**	-0,079	-0,051	-0,027	0,268**
Reinterp. positiva y crecimiento	-0,063	-0,219*	-0,119	-0,054	-0,05	0,263**
Aceptación	-0,12	-0,203*	-0,105	-0,143	-0,123	0,363**
Refrenar el afrontamiento	0,119	0,054	0,154	0,155	0,131	-0,015
Bus. Apoyo social instrumental	-0,037	-0,244**	-0,098	-0,071	-0,022	0,233**
Bus. Apoyo social emocional	0,004	-0,339**	-0,216*	-0,217*	-0,154	0,276**
Religión	0,075	-0,124	-0,067	-0,094	-0,103	0,253**
Centrarse en la emoción	0,261**	-0,071	0,287**	0,336**	0,388**	0,056
Negación	0,254**	0,238*	0,204*	0,169	0,118	-0,092
Desconexión mental	0,297**	0,012	0,208*	0,184	0,133	0,009
Desconexión conductual	0,349**	0,234*	0,247*	0,258**	0,216*	-0,109
Consumo alcohol y droga	0,322**	0,173	0,131	0,153	0,109	-0,118
Humor	0,095	0,084	-0,023	-0,017	-0,059	0,106

*Nota:* Ans. aband=Ansiedad ante el abandono, Evit. intim= Evitación de la intimidad, Dep.= Depresión, Ans.= Ansiedad, Estr.= Estrés, CPT= Crecimiento postraumático.

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

### **3.4.- Análisis del efecto de mediación de las dificultades de regulación emocional y las estrategias de afrontamiento en la asociación entre la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) con las medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés y el crecimiento postraumático**

#### **3.4.1.- Análisis del efecto de mediación de las dificultades de regulación emocional en la asociación entre la ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad y las medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés.**

Para comprobar la hipótesis 5.1, se elaboraron 3 modelos de mediaciones múltiples por separado, tomando en cuenta a la ansiedad ante el abandono y la evitación a la intimidad como variables independientes, la depresión, la ansiedad y el estrés como variables dependientes y las dificultades en la regulación emocional y sus dimensiones como variables mediadoras.

El primer modelo consideró la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) como variables independientes, la depresión como variable dependiente y las dificultades de la regulación emocional como variable mediadora.

Los análisis de regresión indicaron que tanto la ansiedad ante el abandono ( $B = 0.21$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 5.51$ ,  $p = .000$ , 95% CI) como la evitación de la intimidad ( $B = 0.14$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 3.49$ ,  $p = .001$ , 95% CI) se asociaron significativamente con las dificultades en la regulación emocional (Figura 2). Por otro lado, las dificultades en la regulación emocional se asociaron significativa y positivamente con la sintomatología depresiva ( $B = 0.72$ ,  $ET = .10$ ,  $t = 7.43$ ,  $p = .000$ , 95% CI). Finalmente, tanto la ansiedad ante el abandono ( $B = 0.20$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 4.48$ ,  $p = .000$ , 95% CI) como la evitación de la intimidad ( $B = 0.16$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 3.25$ ,  $p = .002$ , 95% CI) fueron predictores significativos de la sintomatología depresiva. Cabe destacar, que el 51% de la sintomatología depresiva es explicada linealmente por el modelo propuesto.

Asimismo, la prueba de efectos indirectos basada en el procedimiento bootstrap, fue significativa tanto para la ansiedad ante el abandono ( $B = 0.15$ ,  $Boot ET = .03$ , 95% CI [0.09

9, 0.202]), como para la evitación de la intimidad ( $B = 0.10$ , Boot  $ET = .03$ , 95% CI [0.045, 0.164]), a través de las dificultades en la regulación emocional. No obstante, el efecto directo de las dimensiones del apego sobre los síntomas depresivos, deja de serlo cuando se incluye la variable mediadora, es decir, dificultad de la regulación emocional. Este resultado indica una mediación total, sugiriendo que la asociación entre la ansiedad ante el abandono y la evitación de la intimidad y la sintomatología depresiva está explicada por las dificultades en la regulación emocional de las madres con hijos/as abusados sexualmente. Esto quiere decir que, las madres con mayor ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad tienden a tener mayores dificultades en la regulación emocional, lo que a su vez se asocia a mayor sintomatología depresiva.

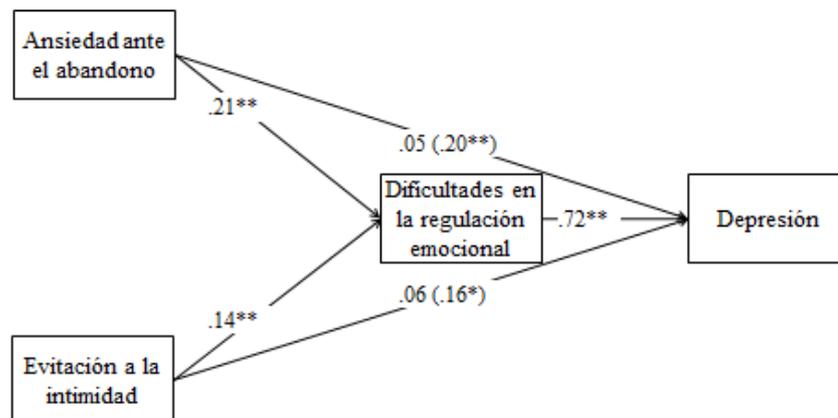


Figura 2. Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en la sintomatología depresiva a través de las dificultades en la regulación emocional. Efecto total en paréntesis.

Con el fin de comprobar qué dimensiones de las dificultades en la regulación emocional fueron significativas, se elaboró otro modelo de mediación con las mismas variables independientes y dependientes, pero esta vez desagregando las dimensiones de las dificultades

de la regulación emocional: rechazo emocional, interferencia emocional, desatención emocional, descontrol emocional y confusión emocional como variables mediadoras.

Los análisis de regresión indicaron que la ansiedad ante el abandono se asoció significativamente a las dimensiones de las dificultades de la regulación emocional: rechazo emocional ( $B = 0.24$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 4.38$ ,  $p = .000$ , 95% CI), interferencia emocional ( $B = 0.24$ ,  $ET = .06$ ,  $t = 4.16$ ,  $p = .000$ , 95% CI), descontrol emocional ( $B = 0.22$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 4.62$ ,  $p = .000$ , 95% CI) y confusión emocional ( $B = 0.22$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 4.99$ ,  $p = .000$ , 95% CI). No obstante, con desatención emocional no se asoció significativamente ( $B = 0.11$ ,  $ET = .06$ ,  $t = 1.85$ ,  $p = .07$ , 95% CI). Con respecto a la evitación de la intimidad, esta se asoció con las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional: desatención emocional ( $B = 0.25$ ,  $ET = .06$ ,  $t = 4.14$ ,  $p = .000$ , 95% CI), descontrol emocional ( $B = 0.14$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 2.76$ ,  $p = .007$ , 95% CI) y confusión emocional ( $B = 0.14$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 3.00$ ,  $p = .003$ , 95% CI). Sin embargo, no fue significativa con rechazo emocional ( $B = 0.08$ ,  $ET = .06$ ,  $t = 1.39$ ,  $p = .17$ , 95% CI) e interferencia emocional ( $B = 0.09$ ,  $ET = .06$ ,  $t = 1.52$ ,  $p = .13$ , 95% CI) (Figura 3).

Por otra parte, la única dimensión de las dificultades de la regulación emocional que presentó una asociación significativa y positiva con la sintomatología depresiva fue el rechazo emocional ( $B = 0.22$ ,  $ET = .09$ ,  $t = 2.44$ ,  $p = .02$ , 95% CI). Además, tanto la ansiedad ante el abandono como la evitación de la intimidad resultaron ser un predictor significativo de la sintomatología depresiva ( $B = 0.20$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 4.48$ ,  $p = .000$ , 95% CI) y ( $B = 0.16$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 3.25$ ,  $p = .002$ , 95% CI) respectivamente, pero al incluir en la regresión las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional deja de serlo. Cabe destacar, que el  $R^2$  es de .52.

Para finalizar, la prueba de efecto indirecto basada en el procedimiento bootstrap fue significativa para la ansiedad ante el abandono ( $B = 0.05$ , Boot  $ET = .023$ , 95% CI [0.0085, 0.0995]) a través del rechazo emocional. Sin embargo, el efecto indirecto para la evitación de la intimidad a través de rechazo emocional, no fue significativo, ( $B = 0.17$ , Boot  $ET = .02$ ,

95% CI [-0.0059, 0.0552]). Esto indica que existe una mediación total en la asociación entre la ansiedad ante el abandono y la sintomatología depresiva, está explicada solo por la dimensión de rechazo emocional en las madres con hijos/as abusados sexualmente. En otras palabras, las madres con mayores niveles de ansiedad ante el abandono, se asocian con mayores dificultades en la dimensión de rechazo emocional, lo que a su vez se asocia con mayor sintomatología depresiva de ellas.

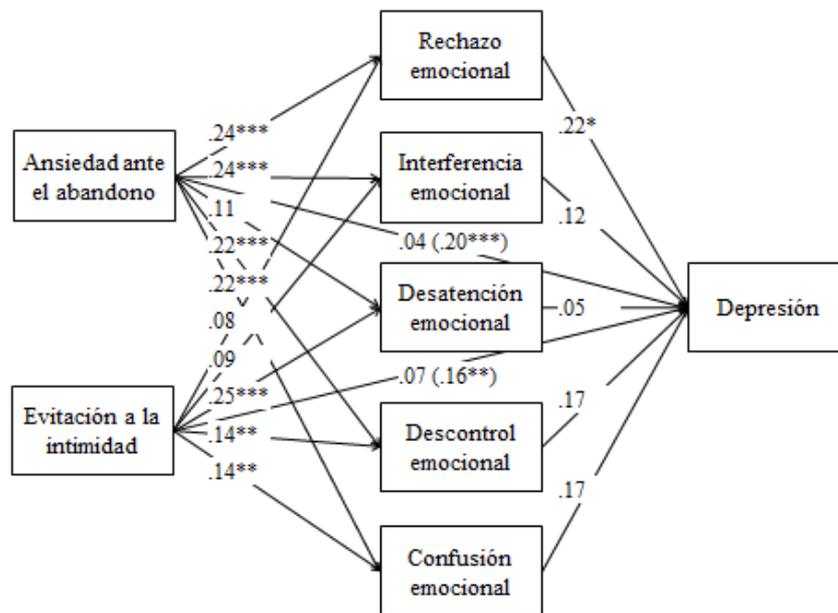


Figura 3. Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en la sintomatología depresiva a través de las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional. Efecto total en paréntesis.

El segundo modelo consideró la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) como variables independientes, la ansiedad como variable dependiente y las dificultades de la regulación emocional como variable mediadora.

Al realizar el análisis de regresión, se observó que la ansiedad ante el abandono ( $B = 0.21$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 4.64$ ,  $p = .000$ , 95% CI) y evitación de la intimidad ( $B = 0.12$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 2.51$ ,  $p = .01$ , 95% CI) se asoció significativamente con la sintomatología ansiosa, pero cuando se

introduce en la regresión el mediador de las dificultades en la regulación emocional, dicha asociación deja de ser significativa.

Además se observó que la ansiedad ante el abandono ( $B = 0.21$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 5.51$ ,  $p = .000$ , 95% CI) y la evitación de la intimidad ( $B = 0.14$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 3.49$ ,  $p = .001$ , 95% CI) se asociaron significativamente con las dificultades en la regulación emocional (Figura 4). Asimismo, las dificultades en la regulación emocional presentaron una asociación significativa y positiva con la sintomatología ansiosa ( $B = 0.67$ ,  $ET = .10$ ,  $t = 6.67$ ,  $p = .000$ , 95% CI). Cabe destacar, que .47% de la sintomatología ansiosa es explicada linealmente por el modelo propuesto.

Por otro lado, la prueba de efectos indirectos basada en el procedimiento bootstrap, fue significativa tanto para la ansiedad ante el abandono ( $B = 0.14$ , Boot  $ET = .03$ , 95% CI [0.089, 0.193]), como para la evitación de la intimidad ( $B = 0.09$ , Boot  $ET = .029$ , 95% CI [0.042, 0.155]), a través de las dificultades en la regulación emocional. Sin embargo, el efecto directo de las dimensiones de apego sobre los síntomas de ansiedad dejan de serlo cuando se incluye la variable mediadora. Este resultado sugiere una mediación total, en donde las madres con niveles tanto de ansiedad ante el abandono como evitación de la intimidad tienden a tener mayor dificultades en la regulación emocional, y asimismo, presentar mayor sintomatología ansiosa.

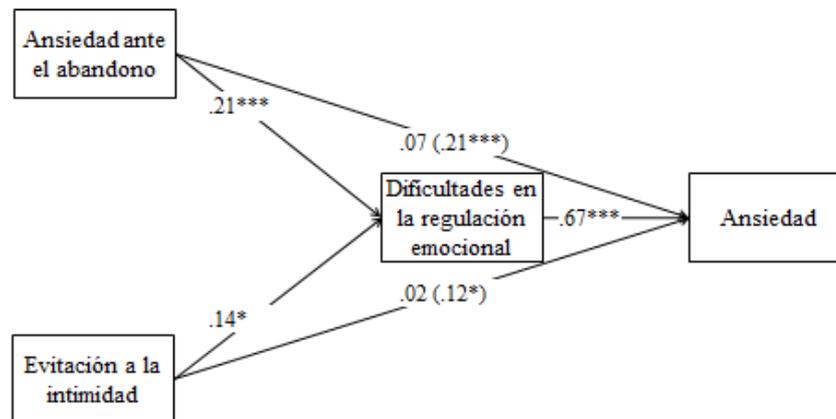


Figura 4. Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en la sintomatología ansiosa a través de las dificultades en la regulación emocional. Efecto total en paréntesis.

Nuevamente y para examinar qué dimensiones de las dificultades en la regulación emocional fueron significativas, se elaboró otro modelo de mediación con las mismas variables independientes y dependiente, añadiendo las dimensiones de las dificultades de la regulación emocional: rechazo emocional, interferencia emocional, desatención emocional, descontrol emocional y confusión emocional como variables mediadoras.

Los análisis de regresión plantean que tanto la ansiedad ante el abandono como la evitación de la intimidad se asociaron significativamente con las dimensiones descontrol emocional ( $B = 0.22$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 4.99$ ,  $p = .000$ , 95% CI), ( $B = 0.14$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 2.76$ ,  $p = .007$ , 95% CI) respectivamente, y con la confusión emocional ( $B = 0.22$ ,  $ET = .06$ ,  $t = 4.16$ ,  $p = .000$ , 95% CI), ( $B = 0.14$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 3.00$ ,  $p = .003$ , 95% CI) respectivamente. En cambio, las dimensiones rechazo emocional ( $B = 0.24$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 4.38$ ,  $p = .000$ , 95% CI) y la interferencia emocional ( $B = 0.24$ ,  $ET = .06$ ,  $t = 4.16$ ,  $p = .000$ , 95% CI) se asociaron solo con la ansiedad ante el abandono. Asimismo, la dimensión desatención emocional ( $B = 0.25$ ,  $ET = .06$ ,  $t = 4.14$ ,  $p = .000$ , 95% CI) se asoció solamente con la evitación de la intimidad.

Por otro lado, dos dimensiones de las dificultades de la regulación emocional presentaron una asociación significativa y positiva con la sintomatología ansiosa, estas fueron el descontrol emocional ( $B = 0.29$ ,  $ET = .11$ ,  $t = 2.67$ ,  $p = .009$ , 95% CI) y confusión emocional ( $B = 0.20$ ,  $ET = .09$ ,  $t = 1.16$ ,  $p = .03$ , 95% CI). Además, tanto la ansiedad ante el abandono como la evitación de la intimidad resultaron ser un predictor significativo de la sintomatología ansiosa ( $B = 0.21$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 4.68$ ,  $p = .000$ , 95% CI) y ( $B = 0.12$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 2.39$ ,  $p = .02$ , 95% CI) respectivamente. Sin embargo, al incluir en la regresión las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional dejan de ser significativas. Cabe destacar, que la potencia predictiva de la variable mediadora fue de .47.

Con respecto a la prueba de efecto indirecto basada en el procedimiento bootstrap fue significativa tanto para el efecto indirecto de la ansiedad ante el abandono ( $B = 0.06$ , Boot  $ET = .028$ , 95% CI [0.005, 0.116]) como la evitación de la intimidad ( $B = 0.04$ , Boot  $ET = .0214$ , 95% CI [0.002, 0.085]) sobre la ansiedad, a través del descontrol emocional. Además, fue significativa para el efecto indirecto tanto en la ansiedad ante el abandono ( $B = 0.045$ , Boot  $ET = .025$ , 95% CI [0.001, 0.100]) y evitación de la intimidad ( $B = 0.029$ , Boot  $ET = .018$ , 95% CI [0.001, 0.071]) sobre la ansiedad, a través de la confusión emocional. Los resultados obtenidos indican una mediación total, en donde las madres con inseguridad del apego (ansiedad y evitación) presentaron mayores dificultades en las dimensiones descontrol y confusión emocional, lo que a su vez, aumenta la sintomatología ansiosa en ellas. En otras palabras, la asociación entre la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) y la sintomatología ansiosa, está explicada por las dimensiones descontrol y confusión emocional en las madres con hijos/as abusados sexualmente.

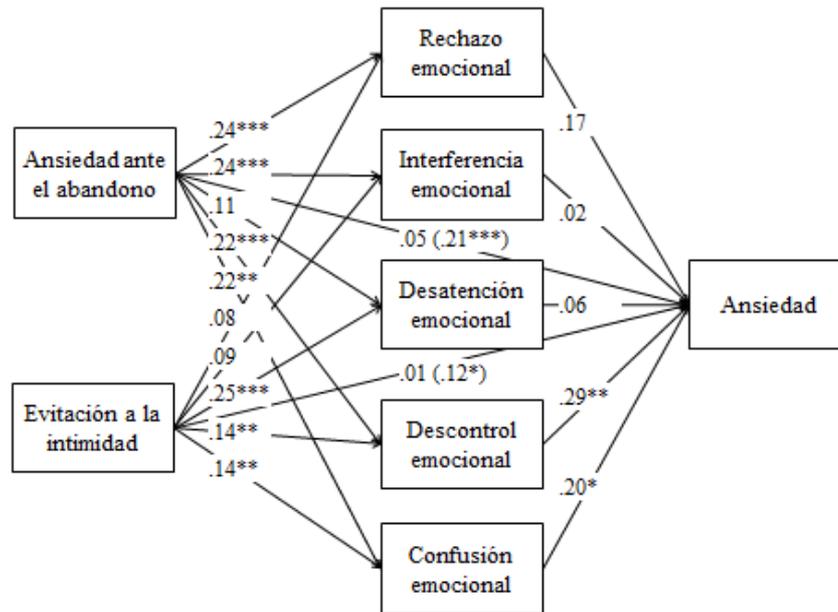


Figura 5. Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en la sintomatología ansiosa a través de las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional. Efecto total en paréntesis.

Para finalizar, el análisis de regresión del tercer modelo, consideraron la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) como variables independientes, el estrés como variable dependiente y las dificultades de la regulación emocional como variable mediadora.

Los análisis de regresión dan cuenta que la ansiedad ante el abandono ( $B = 0.21$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 5.51$ ,  $p = .000$ , 95% CI) y la evitación de la intimidad ( $B = 0.14$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 3.49$ ,  $p = .001$ , 95% CI) se asociaron significativamente con las dificultades en la regulación emocional (Figura 6). Además, se pudo observar que las dificultades en la regulación emocional presentaron una asociación significativa y positiva con la sintomatología de estrés ( $B = 0.71$ ,  $ET = .11$ ,  $t = 6.55$ ,  $p = .000$ , 95% CI). Asimismo, la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) se asoció significativamente con la sintomatología de estrés ( $B = 0.21$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 4.39$ ,  $p = .000$ , 95% CI) y ( $B = 0.11$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 2.10$ ,  $p = .04$ , 95% CI) respectivamente. Sin embargo, es importante destacar que dicha asociación deja de ser significativa cuando se incluye la variable mediadora, es decir, las dificultades en la regulación emocional. Cabe

destacar, que 44% de la sintomatología de estrés es explicada linealmente por el modelo propuesto.

Por su parte, la prueba de efectos indirectos basada en el procedimiento bootstrap, fue significativa tanto para la ansiedad ante el abandono ( $B = 0.14$ , Boot  $ET = .03$ , 95% CI [0.090, 0.206]), como para la evitación de la intimidad ( $B = 0.10$ , Boot  $ET = .03$ , 95% CI [0.044, 0.163]), sobre el estrés, a través de las dificultades en la regulación emocional. Sin embargo, el efecto directo de las dimensiones de apego sobre los síntomas de estrés deja de serlo cuando se incluye la variable mediadora. Este resultado sugiere una mediación total, es decir, la asociación entre la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) y la sintomatología de estrés está explicada por las dificultades en la regulación emocional de las madres con hijos/as abusados sexualmente. En otras palabras, las madres con mayor ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad tienden a tener mayores dificultades en la regulación emocional, lo que a su vez se asocia a mayor sintomatología de estrés.

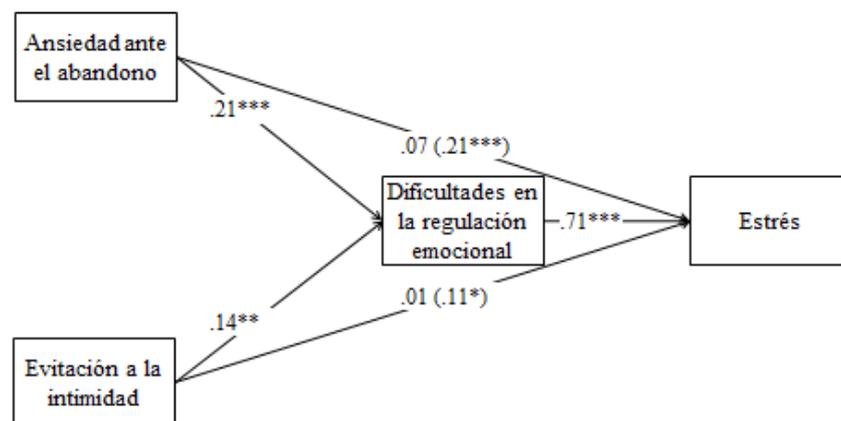


Figura 6. Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en la sintomatología ansiosa a través de las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional. Efecto total en paréntesis.

Con el fin de comprobar qué dimensiones de las dificultades en la regulación emocional fueron significativas, se elaboró otro modelo de mediación con las mismas variables independientes y dependiente, añadiendo las dimensiones de las dificultades de la regulación emocional: rechazo emocional, interferencia emocional, desatención emocional, descontrol emocional y confusión emocional como variables mediadoras.

Los resultados del análisis de regresión plantean que la ansiedad ante el abandono se asoció significativamente con las dimensiones de las dificultades de la regulación emocional: rechazo emocional ( $B = 0.24$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 4.38$ ,  $p = .000$ , 95% CI), interferencia emocional ( $B = 0.24$ ,  $ET = .06$ ,  $t = 4.16$ ,  $p = .000$ , 95% CI), descontrol emocional ( $B = 0.22$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 4.62$ ,  $p = .000$ , 95% CI) y confusión emocional ( $B = 0.22$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 4.99$ ,  $p = .000$ , 95% CI). Sin embargo, con desatención emocional no se asoció significativamente ( $B = 0.11$ ,  $ET = .06$ ,  $t = 1.85$ ,  $p = .07$ , 95% CI). Con relación a la evitación de la intimidad, esta se asoció con las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional: desatención emocional ( $B = 0.25$ ,  $ET = .06$ ,  $t = 4.14$ ,  $p = .000$ , 95% CI), descontrol emocional ( $B = 0.14$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 2.76$ ,  $p = .007$ , 95% CI) y confusión emocional ( $B = 0.14$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 3.00$ ,  $p = .003$ , 95% CI). No obstante, no fue significativa con rechazo emocional ( $B = 0.08$ ,  $ET = .06$ ,  $t = 1.39$ ,  $p = .17$ , 95% CI) e interferencia emocional ( $B = 0.09$ ,  $ET = .06$ ,  $t = 1.51$ ,  $p = .13$ , 95% CI) (Figura 7). Por otro lado, dos dimensiones de las dificultades de la regulación emocional presentaron una asociación significativa y positiva con la sintomatología de estrés, estas fueron el descontrol emocional ( $B = 0.30$ ,  $ET = .12$ ,  $t = 2.64$ ,  $p = .01$ , 95% CI) y confusión emocional ( $B = 0.23$ ,  $ET = .10$ ,  $t = 2.34$ ,  $p = .02$ , 95% CI). Además, tanto la ansiedad ante el abandono ( $B = 0.21$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 4.39$ ,  $p = .000$ , 95% CI) como la evitación de la intimidad ( $B = 0.11$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 2.10$ ,  $p = .04$ , 95% CI) resultaron ser un predictor significativo de la sintomatología de estrés. Sin embargo, al incluir en la regresión las dimensiones de las dificultades en la regulación

emocional deja de serlo. Cabe destacar, que la potencia predictiva de la variable mediadora fue de .48.

Por otra lado, la prueba de efecto indirecto basada en el procedimiento bootstrap fue significativa tanto para el efecto indirecto de la ansiedad ante el abandono ( $B = 0.05$ , Boot  $ET = .027$ , 95% CI [0.005, 0.113]) como la evitación de la intimidad ( $B = 0.03$ , Boot  $ET = .020$ , 95% CI [0.002, 0.077]) sobre el estrés, a través de la confusión emocional. Estos resultados plantean una mediación total, en donde las madres que presentaban mayores niveles de inseguridad del apego (ansiedad y evitación) presentaron mayores dificultades en la dimensión de confusión emocional, lo que a su vez, aumenta la sintomatología de estrés en ellas.

En el caso de descontrol emocional, si bien existe un efecto directo alto, el efecto indirecto no es significativo tanto en la ansiedad ante el abandono ( $B = 0.068$ , Boot  $ET = .033$ , 95% CI [-0.001, 0.127]) como en la evitación de la intimidad ( $B = 0.043$ , Boot  $ET = .025$ , 95% CI [-0.001, 0.097]).

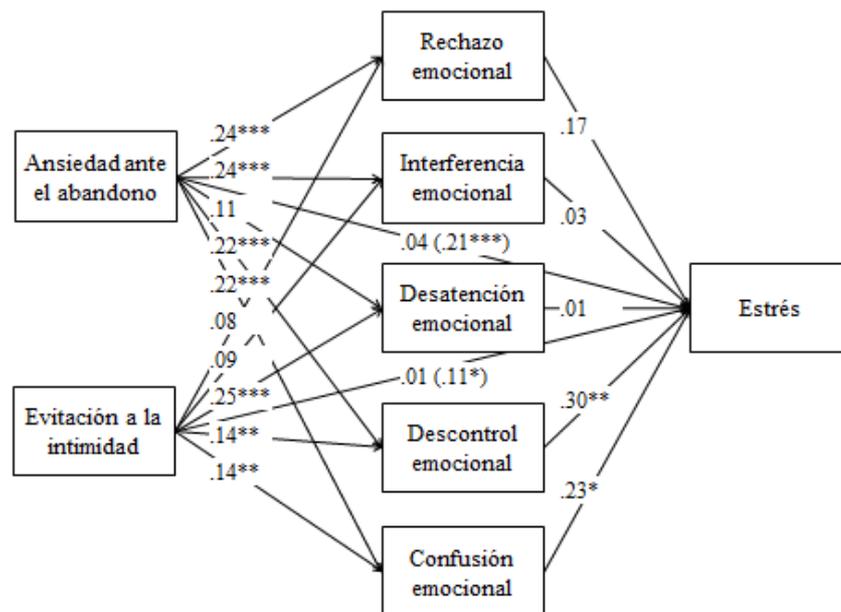


Figura 7. Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en la sintomatología de estrés a través de las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional. Efecto total en paréntesis.

En síntesis, con respecto a la hipótesis 5.1, según los modelos y análisis realizado, se mantiene la hipótesis de la investigación, por lo tanto, las dificultades en la regulación emocional y sus dimensiones tienen un efecto de mediación significativa en la relación entre la ansiedad ante el abandono y la evitación a la intimidad y las medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés. Esto quiere decir que, a mayores niveles de ansiedad ante el abandono y evitación a la intimidad, se asocian a mayores dificultades de regulación emocional, se asocian a mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés.

### **3.4.2.- Análisis del efecto de mediación de las dificultades de regulación emocional en la asociación entre la ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad y el crecimiento postraumático.**

Para comprobar la hipótesis 5.2, se elaboró 1 modelo de mediación múltiple por separado, tomando en cuenta a la ansiedad ante el abandono y la evitación a la intimidad como variables independientes, el crecimiento postraumático como variables dependientes y las dificultades en la regulación emocional y sus dimensiones como variables mediadoras.

Los análisis de regresión indicaron que tanto la ansiedad ante el abandono ( $B = 0.21$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 5.51$ ,  $p = .000$ , 95% CI) como la evitación de la intimidad ( $B = 0.14$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 3.49$ ,  $p = .001$ , 95% CI) se asociaron significativamente con las dificultades en la regulación emocional (Figura 8). Por otro lado, se observó que las dificultades en la regulación emocional presentaron una asociación negativa y estadísticamente significativa con el crecimiento postraumático ( $B = -.030$ ,  $ET = .15$ ,  $t = -2.09$ ,  $p = .04$ , 95% CI). Además, se constató que solo la evitación de la intimidad presentó una asociación negativa y significativa con el crecimiento postraumático ( $B = -0.12$ ,  $ET = .06$ ,  $t = -2.02$ ,  $p = .05$ , 95% CI). No obstante, esta asociación queda sin efecto al incluir en la regresión el mediador de las dificultades en la regulación emocional. Cabe destacar, que el 9% del crecimiento postraumático es explicado linealmente por el modelo planteado.

Para finalizar, la prueba de efectos indirectos basada en el procedimiento bootstrap, no fue significativa tanto para la ansiedad ante el abandono ( $B = -0.06$ , Boot  $ET = .03$ , 95% CI [-0.133, 0.004]), como para la evitación de la intimidad ( $B = -0.4$ , Boot  $ET = .03$ , 95% CI [-0.097, 0.003]), sobre el crecimiento postraumático, a través de las dificultades en la regulación emocional.

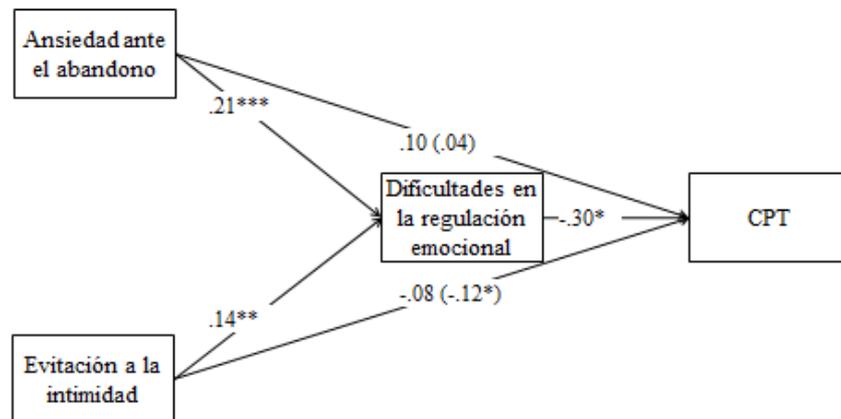


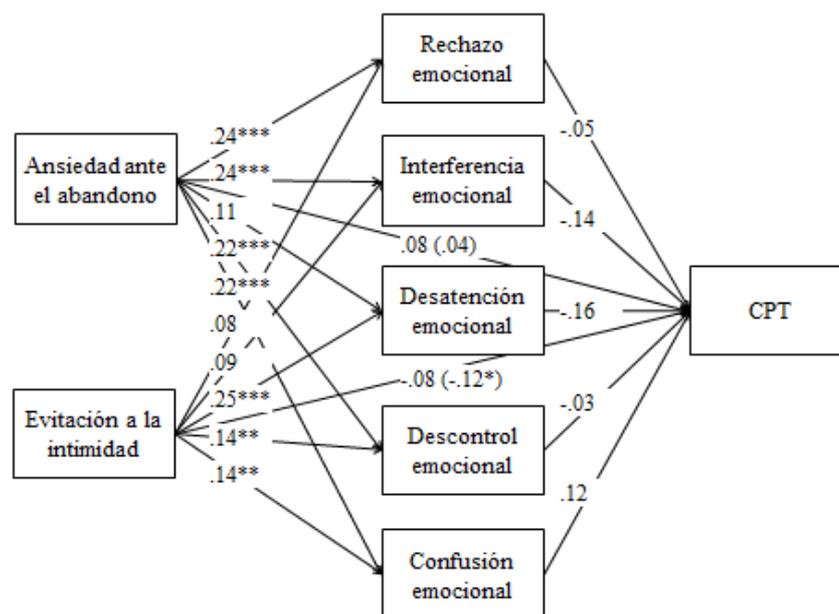
Figura 8. Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en crecimiento postraumático a través de las dificultades en la regulación emocional. Efecto total en paréntesis.

Por otro lado, se elaboró otro modelo de mediación con las mismas variables independientes y dependiente, pero ahora con las dimensiones de la dificultad en la regulación emocional: rechazo emocional, interferencia emocional, desatención emocional, descontrol emocional y confusión emocional como variables mediadoras.

Al realizar los análisis de regresión, se observó que solo la evitación de la intimidad presentó una asociación negativa y significativa con el crecimiento postraumático ( $B = -0.12$ ,  $ET = .06$ ,  $t = -2.02$ ,  $p = .05$ , 95% CI). Sin embargo, esta asociación deja de serlo al incluir en la regresión el mediador de las dificultades en la regulación emocional.

Además se observó que la ansiedad ante el abandono se asoció significativamente con las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional: rechazo ( $B = 0.24$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 4.38$ ,  $p = .000$ , 95% CI), interferencia ( $B = 0.24$ ,  $ET = .06$ ,  $t = 4.16$ ,  $p = .000$ , 95% CI), descontrol ( $B = 0.22$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 4.62$ ,  $p = .000$ , 95% CI) y confusión ( $B = 0.22$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 4.99$ ,  $p = .000$ , 95% CI). Por su parte, la evitación de la intimidad se asoció significativamente con las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional: desatención ( $B = 0.25$ ,  $ET = .06$ ,  $t = 4.14$ ,  $p = .000$ , 95% CI), descontrol ( $B = 0.14$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 2.76$ ,  $p = .007$ , 95% CI) y confusión ( $B = 0.14$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 3.00$ ,  $p = .003$ , 95% CI) (Figura 9). Asimismo, las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional no presentaron asociaciones con el crecimiento postraumático. Cabe destacar, que el  $R^2$  de la variable mediadora fue de .11.

Por otro lado, la prueba de efectos indirectos basada en el procedimiento bootstrap, no fue significativa tanto para la ansiedad ante el abandono ( $B = -0.01$ , Boot  $ET = .03$ , 95% CI [-0.072, 0.052]), como para la evitación de la intimidad ( $B = -0.004$ , Boot  $ET = .013$ , 95% CI [-0.034, 0.020]), sobre el crecimiento postraumático, a través de las dificultades en la regulación emocional.



*Figura 9.* Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en crecimiento postraumático a través de las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional. Efecto total en paréntesis.

Para finalizar, con respecto a la hipótesis 5.2, según los modelos y análisis realizado, no se acepta la hipótesis de la investigación, por lo tanto, la regulación emocional y sus dimensiones no tienen un efecto de mediación significativa en la relación entre la ansiedad ante el abandono y la evitación a la intimidad y el crecimiento postraumático.

### **3.4.3.- Análisis del efecto de mediación de las estrategias de afrontamiento en la asociación entre inseguridad del apego (ansiedad y evitación) y la salud mental.**

Para comprobar la hipótesis 5.3, se evaluó el papel mediador de las estrategias de afrontamiento, entre la ansiedad ante el abandono y la evitación a la intimidad y las medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés. Se elaboraron 3 modelos de mediaciones múltiples con las estrategias de afrontamiento como variables mediadoras y cada uno de los indicadores de salud mental: depresión, ansiedad y estrés por separado.

Dentro de las estrategias de afrontamiento consideradas como mediadoras, se incluyeron en cada modelo solo aquellas que presentaron correlaciones directas con las variables dependientes (depresión, ansiedad y estrés). Los análisis de regresión indicaron que la ansiedad ante el abandono se asoció significativamente con las estrategias de afrontamiento: centrarse en las emociones ( $B = 0.11$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 2.71$ ,  $p = .008$ , 95% CI), negación ( $B = 0.11$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 2.72$ ,  $p = .008$ , 95% CI), desconexión mental ( $B = 0.13$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 3.11$ ,  $p = .002$ , 95% CI) y desconexión conductual ( $B = 0.14$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 3.86$ ,  $p = .000$ , 95% CI). No obstante, con búsqueda de apoyo social emocional no se asoció significativamente ( $B = 0.002$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 0.03$ ,  $p = .98$ , 95% CI).

Por su parte, la evitación de la intimidad, se asoció de forma negativa con la estrategia de afrontamiento: búsqueda de apoyo social emocional ( $B = -0.19$ ,  $ET = .05$ ,  $t = -3.60$ ,  $p = .001$ ,

95% CI), y de forma positiva con la negación ( $B = 0.11$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 2.56$ ,  $p = .01$ , 95% CI) y desconexión conductual ( $B = 0.10$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 2.59$ ,  $p = .01$ , 95% CI). Sin embargo, no fue significativa con centrarse en la emoción ( $B = -0.03$ ,  $ET = .04$ ,  $t = -0.73$ ,  $p = .47$ , 95% CI) y desconexión mental ( $B = 0.01$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 0.14$ ,  $p = .89$ , 95% CI) (Figura 10).

Por otro lado, dos estrategias de afrontamiento se asociaron significativamente con la sintomatología depresiva, éstas son, búsqueda de apoyo social emocional que se relacionó de forma negativa ( $B = -0.28$ ,  $ET = .09$ ,  $t = -3.02$ ,  $p = .003$ , 95% CI) y centrarse en la emoción, que se asoció de forma positiva ( $B = 0.36$ ,  $ET = .12$ ,  $t = 2.88$ ,  $p = .005$ , 95% CI). Además, tanto la ansiedad ante el abandono ( $B = 0.20$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 4.48$ ,  $p = .000$ , 95% CI) como la evitación de la intimidad ( $B = 0.16$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 3.25$ ,  $p = .002$ , 95% CI) fueron un predictor significativo de la sintomatología depresiva, aun cuando se introdujo en la regresión las estrategias de afrontamiento como mediadores. Cabe destacar, que la potencia predictiva de la variable mediadora fue de .37.

Asimismo, la prueba de efecto indirecto basada en el procedimiento bootstrap fue significativa para la evitación de la intimidad ( $B = 0.05$ , Boot  $ET = .02$ , 95% CI [0.018, 0.109]) sobre la depresión, a través de la estrategia de afrontamiento búsqueda de apoyo social emocional. Otro efecto indirecto significativo fue la ansiedad ante el abandono ( $B = 0.04$ , Boot  $ET = .02$ , 95% CI [0.006, 0.086]), sobre la depresión, a través de la estrategia de afrontamiento centrarse en la emoción, confirmando una mediación parcial. En síntesis, por un lado, las madres con niveles de evitación de la intimidad utilizan menos la estrategia de afrontamiento de búsqueda de apoyo social emocional, lo que a su vez, aumenta la sintomatología depresiva. Por otro, las madres con niveles de ansiedad ante el abandono utilizan con mayor frecuencia la estrategia de afrontamiento centrarse en la emoción, lo que a su vez, aumenta la sintomatología depresiva.

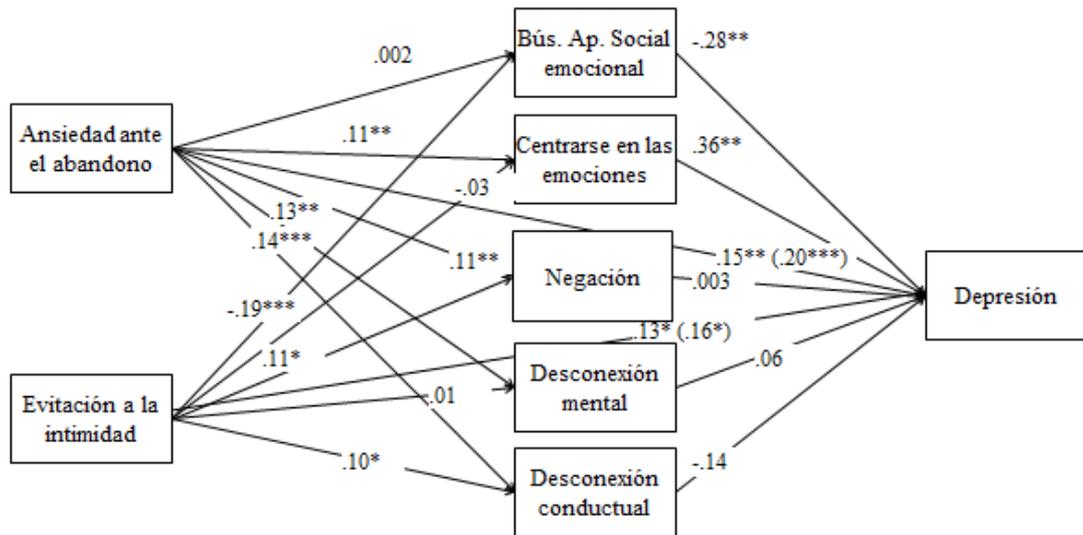


Figura 10. Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en sintomatología depresiva a través de las estrategias de afrontamiento. Efecto total en paréntesis.

Al realizar el análisis de regresión del segundo modelo, se observó que tanto la ansiedad ante el abandono ( $B = 0.21$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 4.64$ ,  $p = .000$ , 95% CI) como la evitación de la intimidad ( $B = 0.12$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 2.51$ ,  $p = .01$ , 95% CI) se asociaron significativamente con la sintomatología ansiosa. No obstante, cuando se introduce en la regresión el mediador de las estrategias de afrontamiento, dicha asociación deja de ser significativa para evitación de la intimidad.

Además se observó que la ansiedad ante el abandono se asoció significativamente con las estrategias de afrontamiento centrarse en las emociones ( $B = 0.11$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 2.71$ ,  $p = .008$ , 95% CI), negación ( $B = 0.11$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 2.72$ ,  $p = .008$ , 95% CI), desconexión mental ( $B = 0.13$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 3.11$ ,  $p = .002$ , 95% CI) y desconexión conductual ( $B = 0.14$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 3.86$ ,  $p = .000$ , 95% CI). Por su parte, la evitación de la intimidad se asoció significativamente con las estrategias de afrontamiento búsqueda de apoyo social emocional ( $B = -0.19$ ,  $ET = .05$ ,  $t = -3.60$ ,  $p = .001$ , 95% CI), negación ( $B = 0.11$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 2.56$ ,  $p = .01$ , 95% CI) y desconexión conductual ( $B = 0.10$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 2.59$ ,  $p = .01$ , 95% CI) (figura 11).

Asimismo, dos estrategias de afrontamiento se asociaron significativamente con la sintomatología ansiosa. Por un lado, la búsqueda de apoyo social emocional, presentó una asociación negativa con la ansiedad ( $B = 0.27$ ,  $ET = .10$ ,  $t = -2.95$ ,  $p = .004$ , 95% CI). Por otro, centrarse en la emoción que presentó una asociación positiva con la ansiedad ( $B = 0.46$ ,  $ET = .12$ ,  $t = 3.75$ ,  $p = .000$ , 95% CI). Cabe destacar, que la potencia predictiva de la variable mediadora fue de .35.

Para finalizar, los análisis de la prueba de efectos indirectos basada en el procedimiento bootstrap, fue significativa para la ansiedad ante el abandono ( $B = 0.05$ ,  $Boot ET = .02$ , 95% CI [0.011, 0.101]), sobre la sintomatología ansiosa, a través de la estrategia de afrontamiento centrarse en la emoción. Asimismo, otro efecto indirecto significativo fue la evitación de la intimidad ( $B = 0.05$ ,  $Boot ET = .02$ , 95% CI [0.015, 0.105]) sobre la sintomatología ansiosa, a través de la estrategia de afrontamiento búsqueda de apoyo social emocional. Estos resultados confirman una mediación parcial y plantean que, en primer lugar, las madres con mayor ansiedad ante el abandono, utilizan la estrategia de afrontamiento centrarse en la emoción, lo que hace aumentar los síntomas ansiosos. Por otro lado, las madres que con alta evitación de la intimidad utilizan en menor medida la estrategia de afrontamiento búsqueda de apoyo social emocional, lo que a su vez, hace incrementar los síntomas ansiosos.

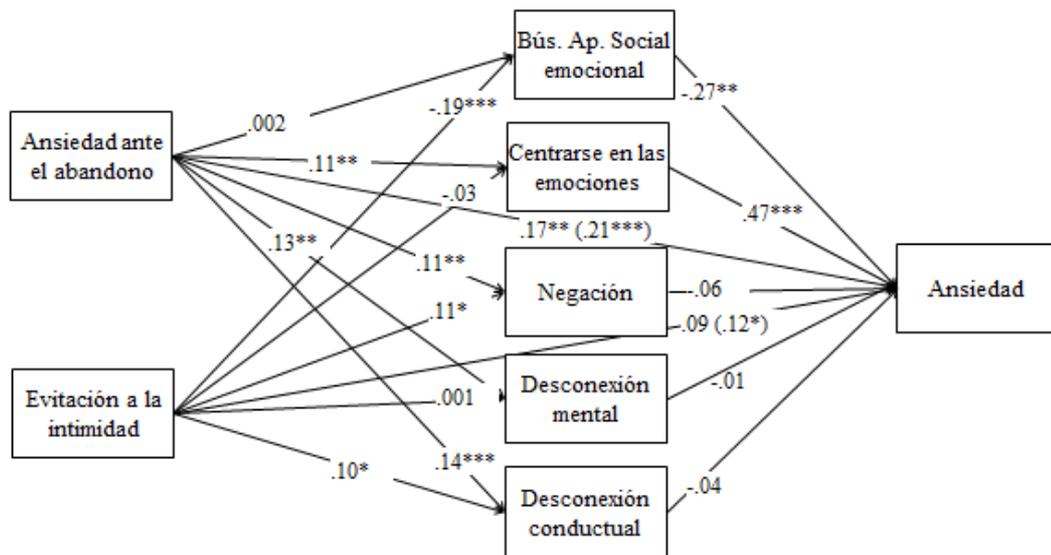


Figura 11. Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en la sintomatología ansiosa a través de las estrategias de afrontamiento. Efecto total en paréntesis.

Para finalizar, los análisis de regresión del tercer modelo plantean que la ansiedad ante el abandono se asoció significativamente con las estrategias de afrontamiento centrarse en la emoción ( $B = 0.11$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 2.71$ ,  $p = .008$ , 95% CI) y desconexión conductual ( $B = 0.14$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 3.86$ ,  $p = .000$ , 95% CI). Por su parte, la evitación de la intimidad se asoció significativamente con la estrategia de afrontamiento y desconexión conductual ( $B = 0.10$ ,  $ET = .04$ ,  $t = 2.59$ ,  $p = .01$ , 95% CI). Asimismo, solo la estrategia de afrontamiento centrarse en la emoción se asoció significativamente con la sintomatología de estrés ( $B = 0.47$ ,  $ET = .13$ ,  $t = 3.79$ ,  $p = .000$ , 95% CI) (Figura 12). Finalmente, tanto la ansiedad ante el abandono como la evitación de la intimidad fue un predictor significativo de la sintomatología de estrés ( $B = 0.21$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 4.39$ ,  $p = .000$ , 95% CI) y ( $B = 0.11$ ,  $ET = .05$ ,  $t = 2.10$ ,  $p = .04$ , 95% CI) respectivamente, aun cuando se incluyeron en la regresión las estrategias de afrontamiento señaladas. Cabe destacar, que el 30% de la sintomatología de estrés es explicada linealmente por el modelo propuesto.

Además, mediante el análisis de los efectos indirectos basada en el procedimiento bootstrap, se confirmó una mediación parcial entre la ansiedad ante el abandono y sintomatología de estrés, hallándose un efecto indirecto significativo sólo a través de la estrategia de afrontamiento centrarse en la emoción ( $B = 0.05$ , Boot  $ET = .02$ , 95% CI [0.011, 0.101]). Esto quiere decir que, las madres con alta ansiedad ante el abandono, que utilizan la estrategia de afrontamiento centrarse en la emoción, presentan mayor sintomatología de estrés.

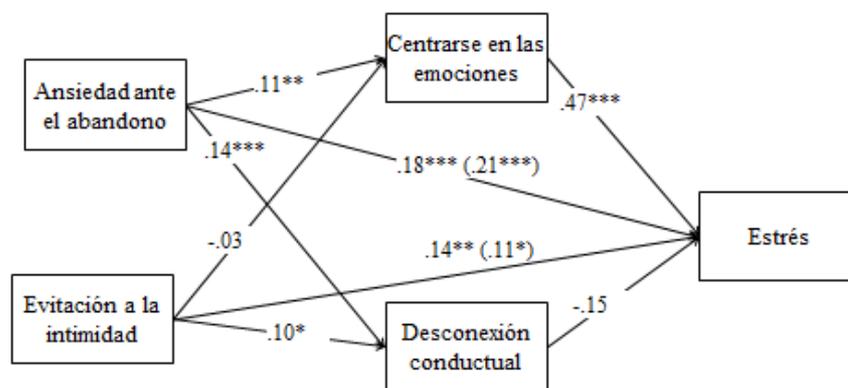


Figura 12.- Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en la sintomatología de estrés a través de las estrategias de afrontamiento. Efecto total en paréntesis.

En síntesis, con respecto a la hipótesis 5.3, según los modelos y análisis realizado, se acepta parcialmente la hipótesis de la investigación, por lo tanto, las estrategias de afrontamiento búsqueda de apoyo social emocional y centrarse en la emoción tienen un efecto de mediación significativa en la relación entre la ansiedad ante el abandono y la evitación de la intimidad sobre las medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés, a través de las estrategias de afrontamiento mencionadas. Esto quiere decir que madres con niveles de ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad, que utilizan las estrategias de afrontamiento búsqueda

de apoyo social emocional y centrarse en la emoción, favorece el aumento de las sintomatologías de depresión, ansiedad y estrés reportadas por las madres con hijos/as abusados sexualmente.

#### **3.4.4.- Análisis del efecto de mediación de las estrategias de afrontamiento en la asociación entre las dimensiones del apego y el crecimiento postraumático.**

Para comprobar la hipótesis 5.4, se evaluó el papel mediador de las estrategias de afrontamiento, entre la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) y el crecimiento postraumático. Para esto, se elaboró 1 modelo de mediación múltiple con las estrategias de afrontamiento como variables mediadoras, la inseguridad del apego como variables independientes y el crecimiento postraumático como variable dependiente.

Dentro de las estrategias de afrontamiento consideradas como mediadoras, se incluyeron en cada modelo solo aquellas que presentaron correlaciones directas con el crecimiento postraumático. Es así como, al realizar los análisis de regresión, se constató que solo la evitación de la intimidad ( $B = 0.12$ ,  $ET = .06$ ,  $t = -2.02$ ,  $p = .05$ , 95% CI) presentó una asociación negativa y significativa con el crecimiento postraumático. No obstante, al introducir en la regresión las estrategias de afrontamiento, dicha asociación deja de ser significativa.

Por otro lado, se observó que la ansiedad ante el abandono no se asoció con ninguna estrategia de afrontamiento planteada, a diferencia de la evitación de la intimidad que presentó una asociación negativa y significativa con el afrontamiento activo ( $B = -0.15$ ,  $ET = .05$ ,  $t = -3.09$ ,  $p = .003$ , 95% CI), planificación ( $B = -0.14$ ,  $ET = .05$ ,  $t = -2.81$ ,  $p = .006$ , 95% CI), búsqueda de apoyo social instrumental ( $B = -0.13$ ,  $ET = .05$ ,  $t = -2.52$ ,  $p = .01$ , 95% CI), búsqueda de apoyo social emocional ( $B = -0.19$ ,  $ET = .05$ ,  $t = -3.60$ ,  $p = .001$ , 95% CI), reinterpretación positiva ( $B = -0.10$ ,  $ET = .05$ ,  $t = -2.26$ ,  $p = .03$ , 95% CI) y aceptación ( $B = -0.09$ ,  $ET = .04$ ,  $t = -2.09$ ,  $p = .04$ , 95% CI). Asimismo, ninguna estrategia de afrontamiento

planteada presentó una asociación significativa con el crecimiento postraumático (Figura 13). Cabe destacar, que la potencia predictiva de la variable mediadora fue de .20.

Para finalizar, la prueba de efectos indirectos basada en el procedimiento bootstrap, no fue significativa tanto para la ansiedad ante el abandono como para la evitación de la intimidad sobre el crecimiento postraumático, a través de las estrategias de afrontamiento propuestas.

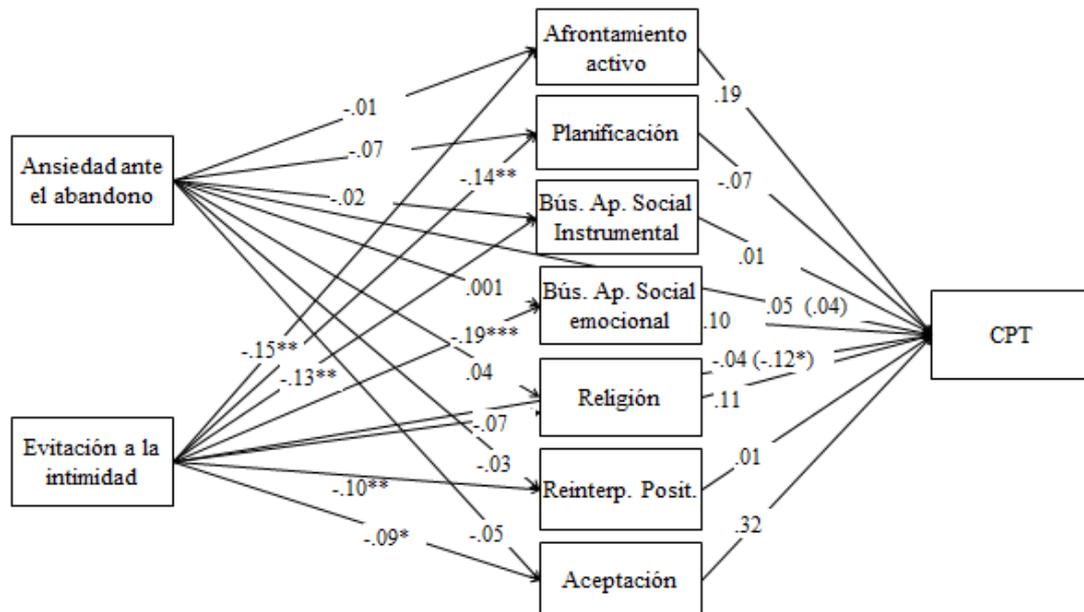


Figura 13.- Modelo de mediación de efectos de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) en el crecimiento postraumático a través de las estrategias de afrontamiento. Efecto total en paréntesis.

Para finalizar, con respecto a la hipótesis 5.4, según los modelos y análisis realizado, no se acepta la hipótesis de la investigación, por lo tanto, las estrategias de afrontamiento no tienen un efecto de mediación significativa en la relación entre la ansiedad ante el abandono y la evitación de la intimidad y el crecimiento postraumático.

### **3.5.- Análisis de los efectos de moderación del tipo de vínculo con el agresor (intra/extrafamiliar) y apoyo social percibido sobre la relación entre apego y medidas de salud mental y el crecimiento postraumático**

Se contrastaron si la relación entre las dimensiones de apego y la salud mental por un lado, y entre las dimensiones de apego y el crecimiento postraumático por otro, está moderada por el vínculo con el agresor (intra/extrafamiliar) y por el apoyo social percibido.

Para esto se estimaron los efectos directos e indirectos con análisis de regresión y aplicando el MACRO PROCESS para SPSS de Hayes y Preacher (2014). Los efectos condicionales se estiman considerando los valores de la variable moderadora (Media  $\pm$  1 SD).

#### **3.5.1- Análisis del efecto de moderación del vínculo con el agresor (abuso intra/extrafamiliar) en la asociación entre la ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad sobre las medidas de salud mental: depresión, ansiedad, estrés y crecimiento postraumático.**

En primer lugar, se llevó a cabo análisis del efecto de interacción del vínculo con el agresor (abuso intra/extrafamiliar) con la ansiedad ante el abandono y su efecto sobre las medidas de salud mental: depresión, ansiedad, estrés y crecimiento postraumático. Tal como se observa en la tabla 6, no se encontraron efectos de interacción estadísticamente significativos entre las variables mencionadas.

Tabla 6

*Efectos de interacción del vínculo con el agresor (abuso intra/extrafamiliar) con la ansiedad ante el abandono y su efecto sobre las medidas de salud mental: depresión, ansiedad, estrés y crecimiento postraumático (N= 103)*

Variables	<i>coeff</i>	<i>se</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	LLCI	ULCI
Depresión	.0629	.1000	.6289	.5308	-.1356	.2614
Ansiedad	.0337	.0983	.3424	.7328	-.1615	.2288
Estrés	.0029	.1043	.0279	.9778	-.2041	.2099

Crecimiento postraumático	-.0024	.1185	-.0203	.9839	-.2375	.2327
------------------------------	--------	-------	--------	-------	--------	-------

Nota: IC 95%.

No obstante, analizando los efectos condicionales para los niveles del moderador, se puede observar que tanto la depresión como la ansiedad es levemente mayor en madres con hijos/as abusados sexualmente extrafamiliar [ $b=.2429$ ,  $t= 3.011$ , IC 95%,  $p= .0033$ , (.0828, .4029)], [ $b=.2314$ ,  $t= 2,9182$ , IC 95%,  $p=.0044$ , (.0740, .3887)] respectivamente, que en madres con hijos/as abusados sexualmente intrafamiliar [ $b=.1799$ ,  $t= 3.0402$ , IC 95%,  $p= .0030$ , (.0625, .2974)], [ $b=.1977$ ,  $t= 3,3982$ , IC 95%,  $p=.0010$ , (.0823, .3131)] respectivamente.

Asimismo, los efectos condicionales para los niveles del moderador, se constató que tanto el estrés como el crecimiento postraumático es igual en madres con hijos/as abusados sexualmente fuera de la familia [ $b=.2138$ ,  $t= 2,5414$ , IC 95%,  $p=.0126$ , (.0469, .3807)], [ $b=.0402$ ,  $t= ,4205$ , IC 95%,  $p=.6750$ , (-.1494, .2297)] respectivamente, y madres con hijos/as abusados sexualmente dentro de la familia [ $b=.2109$ ,  $t= 3,4162$ , IC 95%,  $p=.0009$ , (.0823, .3131)], [ $b=.0426$ ,  $t= .6073$ , IC 95%,  $p=.5450$ , (-.0965, .1817)] respectivamente.

En segundo lugar, se realizó análisis de moderación del vínculo con el agresor (abuso intra/extrafamiliar) con la evitación de la intimidad y su efecto sobre las medidas de salud mental y el crecimiento postraumático. Tal como se observa en la tabla 7, no se encontraron efectos de interacción estadísticamente significativos entre las variables mencionadas.

Tabla 7

*Efectos de interacción del vínculo con el agresor (abuso intra/extrafamiliar) con la evitación de la intimidad y su efecto sobre las medidas de salud mental: depresión, ansiedad, estrés y crecimiento postraumático (N= 103).*

Variables	<i>coeff</i>	<i>se</i>	<i>t</i>	<i>P</i>	LLCI	ULCI
Depresión	-.1701	.1094	-1.5544	.1233	-.3873	.0470
Ansiedad	-.0914	.1113	-.8211	.4136	-.3121	.1294
Estrés	-.0880	.1180	-.7455	.4578	-.3222	.1462

Crecimiento postraumático	-.0770	.1232	-.6248	.5335	-.3214	.1675
------------------------------	--------	-------	--------	-------	--------	-------

Nota: IC 95%.

Por otro lado, al analizar los efectos condicionales para los niveles del moderador, se pudo constatar que la depresión, ansiedad y crecimiento postraumático es mayor en madres con hijos/as abusados sexualmente intrafamiliar [ $b=.2218$ ,  $t= 3.32$ , IC 95%,  $p= .0013$ , (.0891, .3545)], [ $b=.1463$ ,  $t= 2,15$ , IC 95%,  $p=.0339$ , (.0114, .2812)], [ $b=-.0943$ ,  $t= -1.2528$ , IC 95%,  $p=.2132$ , (-.2437, .0551)] respectivamente, que en madres con hijos/as abusados sexualmente extrafamiliar [ $b=.0517$ ,  $t= .5966$ , IC 95%,  $p= .5521$ , (-.1202, .2236)], [ $b=.0549$ ,  $t= .6238$ , IC 95%,  $p=.5342$ , (-.1198, .2297)], [ $b=-.1713$ ,  $t= -1.7566$ , IC 95%,  $p=.0821$ , (-.3648, .0222)] respectivamente.

Sin embargo, analizando los efectos condicionales para los niveles del moderador, se puede observar que el estrés es igual en madres con hijos/as abuso sexual infantil intrafamiliar [ $b=.1396$ ,  $t= 1.94$ , IC 95%,  $p=.0558$ , (-.0035, .2827)] y madres con hijos/as abuso sexual infantil extrafamiliar [ $b=.0516$ ,  $t= .5526$ , IC 95%,  $p=.5818$ , (-.1337, .2370)].

Para finalizar, con respecto a las hipótesis 6.1 y 6.2, según los modelos y análisis realizado, no se sostienen las hipótesis de la investigación, por lo tanto, el vínculo con el agresor (intra/extrafamiliar) no tiene un efecto moderador en la asociación entre ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad hacia las medidas de de salud mental: depresión, ansiedad, estrés y el crecimiento postraumático.

### **3.5.2.- Análisis del efecto de interacción del apoyo social percibido en la asociación entre la ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad hacia las medidas de salud mental: depresión, ansiedad, estrés y crecimiento postraumático.**

En primer lugar, se realizó análisis del efecto de interacción del apoyo social percibido con la ansiedad ante el abandono hacia las medidas de salud mental: depresión, ansiedad, estrés y

crecimiento postraumático. Tal como se observa en la Tabla 8, no se encontraron efectos de interacción estadísticamente significativo entre las variables mencionadas.

Tabla 8

*Efectos de interacción del apoyo social percibido en la asociación entre la ansiedad ante el abandono hacia las medidas de salud mental y crecimiento postraumático (N= 103).*

Variables	<i>coeff</i>	<i>se</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	LLCI	ULCI
Depresión	.0220	.0630	.3483	.7284	-.1031	.1471
Ansiedad	-.0034	.0621	-.0551	.9561	-.1267	.1198
Estrés	.0027	.0664	.0403	.9679	-.1291	.1345
Crecimiento postraumático	-.0055	.0726	-.0751	.9403	-.1496	.1387

*Nota: IC 95%.*

En segundo lugar, se realizó análisis del efecto de interacción del apoyo social percibido con la evitación de la intimidad y su efecto sobre las medidas de salud mental: depresión, ansiedad, estrés y crecimiento postraumático. Tal como se observa en la Tabla 9, no se encontraron efectos de interacción estadísticamente significativos en las variables dependientes depresión y estrés.

Tabla 9

*Efectos de interacción del apoyo social percibido en la asociación entre la evitación de la intimidad hacia las medidas de salud mental y crecimiento postraumático (N= 103).*

Variables	<i>coeff</i>	<i>se</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	LLCI	ULCI
Depresión	.0813	.0676	1.20	.2317	-.0528	.2154
Ansiedad	.1354	.0673	2.01	.0470	.0018	.2689
Estrés	.1107	.0719	1.54	.1272	-.0321	.2534
Crecimiento postraumático	.1477	.0723	2.05	.0436	.0044	.2911

*Nota: IC 95%.*

Sin embargo, tal como se puede observar en la Tabla 9, la variable dependiente ansiedad, presenta un efecto de interacción estadísticamente significativo. Con respecto de los efectos condicionales y tal como se muestra en la Figura 14, la evitación a la intimidad tuvo un efecto significativo en la sintomatología ansiosa para los valores altos de apoyo social percibido, mientras que el efecto no fue significativo para los niveles bajos de apoyo social percibido (véase Figura 14). Es decir, mientras menor apoyo social percibido a todos los niveles de evitación de la intimidad implican un cierto grado de sintomatología ansiosa, un mayor apoyo social está relacionado con menor sintomatología ansiosa en las madres que reportan niveles de evitación a la intimidad.

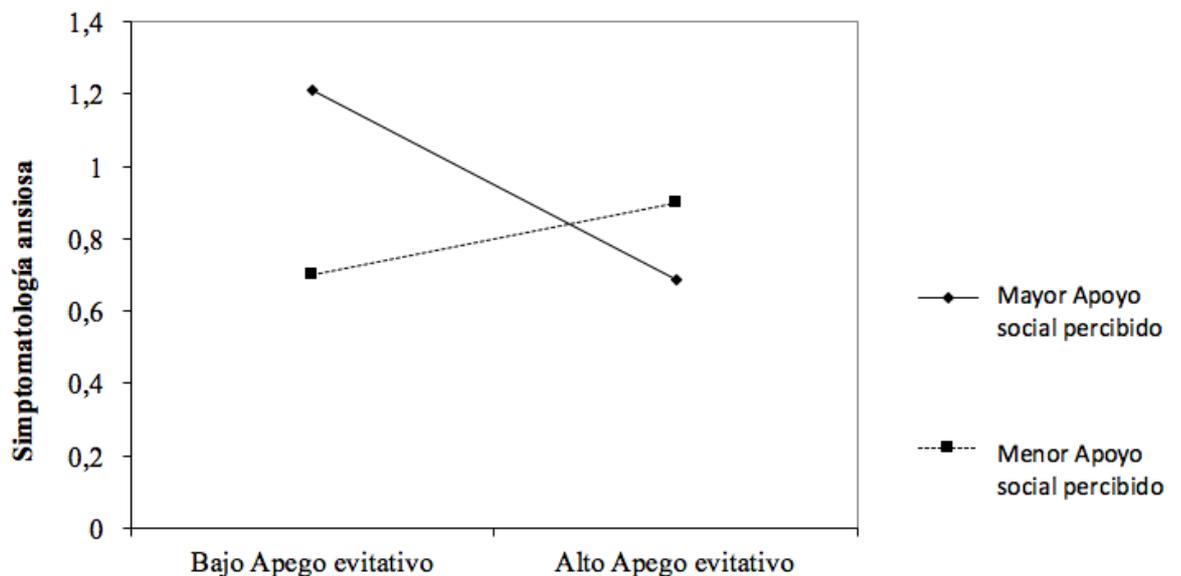


Figura 14.- Efecto condicional de moderación de apoyo social percibido y la asociación con la evitación a la intimidad en sintomatología ansiosa.

Asimismo, en la Tabla 8, se puede observar que la variable dependiente crecimiento postraumático, presenta un efecto de interacción estadísticamente significativo. Según los resultados previos la evitación de la intimidad estaba relacionado negativamente (pero no muy fuertemente) con el crecimiento postraumático. No obstante, en cuanto a los efectos condicionales, y tal como se muestra en la Figura 15, la evitación de la intimidad tuvo un efecto significativo negativo sobre los niveles de crecimiento postraumático, a menores niveles

de apoyo social percibido, mientras que el efecto no fue estadísticamente significativo a mayores niveles de apoyo social percibido (véase Figura 15). Es decir, mientras que a mayor apoyo social percibido en madres con mayores niveles de evitación de la intimidad implica relativamente un mayor grado de crecimiento postraumático. El bajo apoyo social está relacionado con un menor crecimiento postraumático en madres que reportan mayores niveles de evitación de la intimidad.

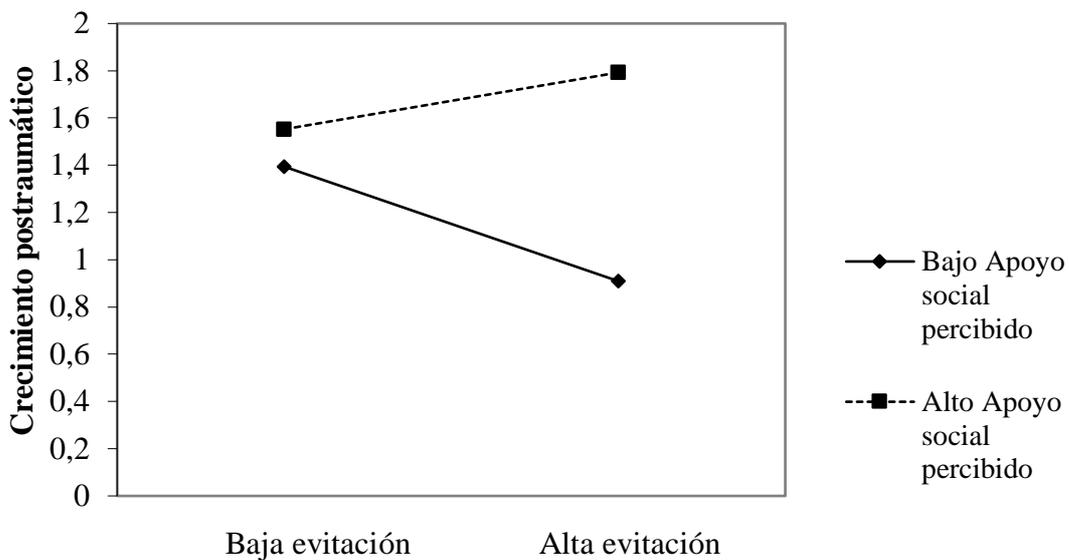


Figura 15.- Efecto condicional de moderación de apoyo social percibido y la asociación con la evitación a la intimidad y crecimiento postraumático.

Para finalizar, con respecto a las hipótesis 6.3 y 6.4, según los modelos y análisis realizado, se mantiene parcialmente las hipótesis de la investigación, por lo tanto, el apoyo social percibido solo tiene un efecto de moderación significativa en la asociación de la evitación de la intimidad con la sintomatología de ansiedad y el crecimiento postraumático.

## **“Discusión”**

## **Capítulo 4**

### **Discusión**

En el presente capítulo, se expone la discusión de los resultados obtenidos en la investigación, relacionándolos con otros estudios afines. Además, se presentan las limitaciones, implicancias y líneas de investigación futura para el trabajo con madres con hijos/as abusados sexualmente.

Los objetivos de la investigación fueron, en primer lugar, evaluar el grado en el cual el apego, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento, en un modelo conjunto, se asocian con la salud mental y el crecimiento postraumático en las madres con hijos/as abusados sexualmente. En segundo lugar, establecer cómo se relacionan dichas variables en su efecto sobre la salud mental y el crecimiento postraumático en las madres con hijos/as abusados sexualmente.

En los resultados obtenidos, se puede observar que se cumplen 3 hipótesis de manera total, 8 de modo parcial y 8 no se sostienen.

En relación con la hipótesis de trabajo N° 1.1, si bien se observó la presencia de sintomatología de depresión, ansiedad y estrés en las madres con hijos/as abusados sexualmente, éstas fueron más bien bajas a lo esperado en comparación con algunos estudios realizados en esta misma población (Hooper, 1994; Manion, McIntyre, Firestone, Ligenzinska, Ensom y Well, 1996; Lewin y Bergin, 2001; Willingham, 2007). Sin embargo, es coherente con lo señalado por Hébert et al. (2007), quienes plantean que no todas las madres con hijos/as abusados sexualmente presentan niveles significativos de angustia, producto de la diversidad de características individuales que pueden presentar, como por ejemplo, el nivel de autoestima, autoconcepto, locus de control, estrategias de afrontamiento, entre otras, que puede aumentar o disminuir su salud mental. Asimismo, Hiebert-Murphy (1998) señala que existe variabilidad en los niveles de angustia en las madres con hijos/as abusados sexualmente, relacionados con

el sexo del niño, la relación con el agresor, la gravedad del abuso y el uso de la fuerza.

Una posible explicación para los bajos índices de problemas de salud mental que presentaron las madres, puede ser el tiempo transcurrido desde la revelación de abuso sexual de su hijo/a hasta el momento de la aplicación del cuestionario, aspecto que no fue considerado en este estudio. Ello representa una limitación de esta investigación, sin embargo, la decisión de no incluir esta variable fue producto de la complejidad del fenómeno del abuso sexual, siendo en muchas ocasiones, difícil de precisar cuándo se inició la dinámica abusiva, tanto para la víctima como para las madres que reciben la revelación del abuso. En la gran mayoría de los niños/as y adolescentes, la situación traumática puede afectar la ubicación temporo-espacial de los hechos, aspectos que genera dificultades para precisar el momento exacto en que comenzó el abuso sexual.

Además, las madres pueden pasar por períodos de ambivalencia respecto a la situación abusiva cometida en contra de sus hijos/as, lo que puede generar un estado de confusión y posibles sentimientos de culpa asociados, no permitiéndoles precisar con exactitud el tiempo exacto en que tomaron conocimiento del abuso sexual.

Por otro lado, otra potencial variable que puede haber influido es el efecto de la intervención que reciben en los proyectos especializados. De hecho, el tiempo promedio de intervención de las madres que participaron fue de 8 meses, a lo que debe sumarse el tiempo que deben esperar para ingresar al proyecto.

Asimismo, todas las madres al ingresar al proyecto reciben intervención social, y en el caso de esta muestra, el 40,8% estaba recibiendo tratamiento psicológico en el mismo proyecto, en el momento que se aplicó la encuesta. Es así como ambas situaciones pueden haber ayudado a que la sintomatología de las madres con hijos/as abusados sexualmente haya ido disminuyendo.

Considerando estos antecedentes, investigaciones a futuro podrían evaluar la salud mental de las madres al inicio, mitad y término del proceso con la finalidad de conocer la efectividad

que tiene la intervención en la salud mental de las madres y asociarlas a los resultados del proceso terapéutico de sus hijos/as.

Por otro lado, con respecto a la hipótesis N° 1.2 planteada para el estudio, no se observaron diferencias significativas entre madres con hijos/as abusados sexualmente intrafamiliar y extrafamiliar con respecto a los niveles de crecimiento postraumático. Este resultado es contrario a lo que plantea Lev-Wiesel, Amir y Besser (2005) en su estudio con víctimas directas de abuso sexual, en donde sí se detectaron diferencias significativas. Además, se observó que las madres con hijos/as abusados sexualmente presentaron niveles elevados de crecimiento postraumático. Una explicación a este resultado puede ser que para que exista crecimiento luego de un abuso sexual, las personas deben comprender acerca del abuso, el impacto que tiene en sus vidas, traspasar la responsabilidad de los hechos sexualmente abusivos al agresor para así dejar de culparse por lo acontecido y entender cómo el abuso está relacionado con sus emociones y comportamientos (Easton et. al., 2013). Estas temáticas pueden haber sido abordadas en los procesos de intervención social y psicológica en las cuales las madres estaban participando, lo cual puede haber favorecido el crecimiento.

Si bien, no se contaban con antecedentes al respecto en madres con hijos/as abusados sexualmente, este hallazgo está relacionado con lo que plantea Shakespeare-Finch y de Dassel (2009) en su estudio con mujeres víctimas de abuso sexual, donde da cuenta que experimentarían niveles de crecimiento postraumático comparables con otras mujeres que habían vivenciado otros tipos de trauma.

Por otra parte, respecto a la hipótesis N° 2.1, esta es apoyada por los resultados, es decir, a mayores niveles de ansiedad ante el abandono y evitación de la intimidad se asociaron a mayores problemas de salud mental en depresión y ansiedad. Cabe destacar, que el estrés solo se asoció con la ansiedad ante el abandono. Este hallazgo es consistente con lo señalado por diversos autores que refieren que la inseguridad en el apego (ansiedad ante el abandono y

evitación de la intimidad) está estrechamente relacionados con una variedad de problemas en la salud mental (Ahrens, Ciechanowski y Katon, 2012; Garcia-Ruiz, Rodrigo, Hernandez-Cabrera y Maiquez, 2013; Mikulincer y Shaver, 2010; Pritchett, Rochat, Tomlinson y Minnis, 2013).

Con respecto a la hipótesis N° 2.2 del estudio, esta es apoyada parcialmente por los datos de la investigación, puesto que se observó una asociación significativa entre la evitación de la intimidad y el crecimiento postraumático, pero no con la ansiedad ante el abandono. Una posible explicación para este último hallazgo puede tener relación con que el abuso sexual de un hijo/a favorece la hiperactivación del sistema de apego, necesitando contar con su figura de apego para seguir adelante. Esto puede haber generado en las madres un sesgo atencional hacia la amenaza, hecho que puede proporcionar constantes recuerdos del trauma y reforzar la evaluación negativa con respecto a la seguridad (Arikan, Stopa, Carnelley y Karl, 2016), impidiéndole visualizar y vivenciar cambios positivos luego del evento traumático, situación necesaria para el crecimiento postraumático (Calhoun y Tedeschi, 1999, 2004).

Por otro lado, sí se encontró que mayores niveles de evitación de la intimidad se asociaron a menores niveles de crecimiento postraumático. Este resultado es consistente con lo señalado por diversos autores en este ámbito (Dekel, 2007; Owens, 2016; Salo, Qouta y Punamäki, 2005, Turunen et al., 2014; Xu, Fu, He, Schoebi y Wang, 2015) y puede explicarse porque las personas con mayor evitación de la intimidad tienden a no centrarse en sus experiencias de dolor, condición necesaria para experimentar niveles de crecimiento postraumático.

Con relación a la hipótesis N° 3.1, esta es apoyada totalmente por los resultados. Así, mayores dificultades en la regulación emocional se vincularon a mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés. Este hallazgo está relacionado con una serie de investigaciones previas que han asociado ambas variables (Mennin y Farach, 2007; Nolen-Hoeksema, Wisco, y Lyubomirsky, 2008; Rottenberg, Gross y Gotlib, 2005).

Asimismo, la hipótesis N° 3.2, es respaldada parcialmente por los datos obtenidos, dado que a mayor dificultad en la dimensión de regulación emocional desatención menores niveles de crecimiento postraumático. En este sentido, Choi y Oh (2014) señalan que los hechos traumáticos pueden dañar las capacidades que tienen las personas para poder regular sus emociones, condición necesaria para el crecimiento postraumático (Wild y Paivio, 2003). En este sentido, los resultados permiten identificar que la dimensión de la regulación emocional que tiene efecto sobre el crecimiento postraumático es la dificultad para poner atención sobre las propias emociones.

Por su parte, con relación a la hipótesis N° 4.1, no se observó una asociación significativa entre el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y menores dificultades de salud mental. Este hallazgo fue inesperado a partir de los resultados de algunos estudios que dan cuenta lo contrario (Khalaila y Cohen, 2016; O'Leary, 2009). En este sentido, se puede plantear que la utilización de estrategias de afrontamiento que buscan hacer frente a la situación estresante a través de un comportamiento activo por parte de la persona (Casaretto y Chau, 2016), no se asociaron con menores problemas de salud mental en madres con hijos/as abusados sexualmente.

Con respecto a la hipótesis N° 4.2, se puede señalar que es apoyada parcialmente por los resultados, puesto que solo dos estrategias lograron ser estadísticamente significativas con respecto a la salud mental. En primer lugar, la estrategia centrada en la emoción resultó presentar una asociación positiva con la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés. Según Quaas (2006), las personas que utilizan estrategias centradas en la emoción visualizan los hechos estresantes como perdurables e inmodificables en el tiempo, puesto que se centran en el estrés o las situaciones molestas que vivencian, exteriorizando estos sentimientos, lo cual permite entender su asociación con mayores problemas de salud mental.

La segunda estrategia que resultó ser estadísticamente significativa fue la búsqueda de

apoyo social emocional, presentando una asociación negativa con la sintomatología depresiva y ansiosa. Es decir, las madres que utilizan en mayor medida esta estrategia presentarían menor sintomatología de depresión y ansiedad. Este resultado es apoyado con lo que plantean algunos autores (Khalila y Cohen, 2016; O'Leary, 2009), donde dan cuenta que contar con otra persona permitiría tener instancias donde puedan expresarse emocionalmente, esto a su vez, favorecería la disminución de la sintomatología y los pensamientos negativos que presentan (Kennedy-More y Watson, 2001 en Khalila y Cohen, 2016). Este hallazgo sugiere que en la medida que las madres logran hablar acerca de la situación estresante, sentir que están siendo empáticas, comprendidas y contenidas por otra persona, puede facilitar la disminución de la sintomatología depresiva y ansiosa.

Por su parte, la hipótesis N° 4.3, se puede señalar que es aceptada parcialmente por los datos obtenidos, dado que tres estrategias obtuvieron una asociación positiva con las medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés. En primer lugar, la estrategia desconexión conductual se asoció a mayor sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés, lo que implicaría que las madres que utilizarían acciones que evitan afrontar activamente la situación estresante, reduciendo sus esfuerzos para afrontarla, experimentarían mayor sintomatología.

En segundo lugar, la estrategia de afrontamiento desconexión mental y negación presentaron una asociación positiva con la medida de salud mental depresión. Esto tiene sentido si se considera que ambas estrategias implican no enfrentar la situación estresante.

Con relación a la hipótesis N° 4.4, solo cuatro estrategias obtuvieron una asociación positiva con el crecimiento postraumático. Estas son afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva y crecimiento y por último, la aceptación. Esto quiere decir que a mayor utilización de estas estrategias de afrontamiento mayores niveles de crecimiento postraumático. Estos resultados coinciden con lo que plantea Frazier, Tashiro, Berman y Long (2004) con respecto a la utilización de estrategias de afrontamiento orientadas a la acción,

resultando ser fuertes predictoras de cambios positivos. Es decir, las madres al utilizar estas estrategias, enfrentan la situación estresante con acciones activas, utilizando recursos propios, que les pueden permitir experimentar cambios positivos y un mejor sentido de vida como resultado de la lucha del evento traumático (Calhoun y Tedeschi, 2001).

Por último, y en relación con la hipótesis N° 4.5, , solo tres estrategias centradas en la emoción lograron tener una asociación positiva y estadísticamente significativa con los niveles de crecimiento postraumático: la búsqueda de apoyo social instrumental, la búsqueda de apoyo social emocional y la religión. Estudios en otras poblaciones han planteado que las estrategias de búsqueda de apoyo social instrumental y emocional se asociarían positivamente con los niveles de crecimiento postraumático (Bozo, Gündogdu y Büyükasik-Colak, 2009; Morris y Shakespeare-Finch, 2011; Nenova, DuHamel, Zemon, Rini y Redd., 2013; Schroevers, Helgeson, Sanderman y Ranchor, 2010). Este hallazgo da cuenta de la importancia de ambas estrategias y los beneficios sobre el crecimiento postraumático que conlleva el que las personas cercanas escuchen, comprendan sus problemas, y demuestren cariño, cercanía y ayuda tangible para resolver los problemas que le aquejan. Por otro lado, en relación con la estrategia de religión, Tuncay y Musabak (2015), señalan que a menudo, las personas que han estado expuesta a un acontecimiento traumático, recurren a la religión o espiritualidad para hacer frente a la angustia. Asimismo, este tipo de afrontamiento se puede manifestar de diversas formas, por ejemplo, a través de la oración, búsqueda de la guía de Dios, etc., encontrando nuevos significados y sentido a la situación traumática, condición importante para el crecimiento postraumático. Cabe destacar, que las estrategias de afrontamiento centradas en la evitación, no se asociaron significativamente al crecimiento postraumático. Una explicación a este resultado puede ser que para que exista crecimiento frente a eventos altamente estresantes, es necesario una disposición a enfrentarlas, hecho que no ocurre cuando se utilizan estrategias que no se busca afrontar activamente la situación estresante. En este sentido, la forma de

afrontar el abuso sexual de un hijo/a incide en la capacidad para crecer en las consecuencias del evento traumático (Gwynn, 2009).

Con relación a la hipótesis N° 5.1, es importante destacar que los análisis de regresión de los tres modelos propuestos, indicaron que tanto la ansiedad ante el abandono como la evitación de la intimidad se asociaron a mayores dificultades en la regulación emocional, las que a su vez aumentaron la sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés y que el efecto de mediación fue total.

Este hallazgo refuerza antecedentes previos acerca de la asociación entre la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) y mayores dificultades en la regulación emocional (Shields y Cicchetti, 1997; Cloitre, Stovall-McClough, Zorbaz y Charuvastra, 2008; Guzmán-González et. al., 2016). Asimismo, al presentar mayores dificultades en la regulación emocional, las personas experimentarían mayores problemas de salud mental (Mennin y Farach, 2007; Nolen-Hoeksema, Wisco, y Lyubomirsky, 2008). En otras palabras, uno de los posibles mecanismos que explicarían cómo el apego tiene efectos sobre la salud mental serían las dificultades de regulación emocional, aspecto que en estudios futuros con diseños longitudinales podrían evaluar de un modo más preciso.

Particularmente, y al considerar cada dificultad de regulación emocional como un mediador, se identificó que en el caso de la depresión, es el rechazo emocional, el que media totalmente la relación entre el apego y la la sintomatología depresiva, siendo un efecto de mediación total. Este hallazgo es coherente con lo planteado en estudios previos, como el de Ponizovsky et al. (2013) quienes concluyeron que las personas con mayor ansiedad ante el abandono presentan mayores problemas para regular sus respuestas emocionales, incrementando su angustia psicológica ante las situaciones estresantes. En este sentido, las madres con mayor nivel de ansiedad ante el abandono presentan mayor dificultad en el rechazo emocional, mostrando una tendencia a experimentar rápidamente recuerdos que son dolorosos, acompañados

inmediatamente de emociones negativas, aumentando la dificultad para controlar sus emociones (Borelli et al., 2013 en Guzmán-González et al., 2015).

En relación con la ansiedad como variable resultado, las dimensiones de la regulación emocional que resultaron ser mediadoras significativas de la asociación entre el apego y la ansiedad fueron el descontrol y la confusión emocional. Las madres con mayor ansiedad ante el abandono experimentaron mayor descontrol emocional, es decir, sensación de desbordamiento producto de la intensidad emocional y la percepción de permanencia de los estados emocionales negativos, hiperactivando sus necesidades de apego como una forma de obtener el apoyo de otros y asegurar su disponibilidad (Shaver y Mikulincer, 2002; Wei, Vogel, Ku y Zakalik, 2005), lo que favorecería el aumento de estados de ánimos negativos, como lo es la ansiedad (Wei, Vogel, Ku y Zakalik, 2005).

Por su parte, se identificó que las madres con mayores niveles de evitación de la intimidad, experimentaron mayor descontrol emocional se esperaba que desactivaran sus necesidades de apego con el fin de suprimir sus sentimientos negativos y maximizar la distancia de los otros (Shaver y Mikulincer, 2002). Sin embargo, a pesar de la desactivación del apego, no se observó disminución de la sintomatología ansiosa. Si bien, utilizar la desactivación del sistema de apego es una característica de las personas con evitación de la intimidad, que puede traerles beneficios a corto plazo, el uso rígido de esta estrategia característica en ellas, puede alejarlos por completo de los demás (Wei, Vogel, Ku y Zakalik, 2005), contribuyendo más tarde a estados de ánimo negativo como la depresión y la ansiedad.

Por otro lado, con respecto a la confusión emocional, las madres con mayor ansiedad ante el abandono, que presentaron dificultad para identificar con claridad las emociones experimentadas, tenderían a hiperactivar su sistema de apego con el fin de reducir el sentimiento incómodo. Asimismo, las madres con alta evitación de la intimidad tenderían a desactivar su sistema de apego con la finalidad de suprimir sentimientos negativos y

distanciarse así de los otros, para resguardar el sí mismo del potencial rechazo que pueden experimentar por parte de los demás. Esta situación es esperable en las personas con una elevada evitación de la intimidad, ya que presentan dificultades para atender y reconocer sus propios estados emocionales (Guzmán-González et. al., 2015). En ambos casos, la sintomatología ansiosa y de estrés, está explicada por la confusión emocional de las madres con hijos/as abusados sexualmente.

Los hallazgos obtenidos permiten identificar aquellas dimensiones específicas de las dificultades en la regulación emocional que tienen un efecto mediador entre los niveles de inseguridad del apego (ansiedad y evitación) y la salud mental, para así poder trabajar de manera más focalizada en ellas: estrategias de regulación emocional dirigidas a disminuir o suprimir un estado afectivo en curso, que afecte a las madres con hijos/as abusados sexualmente a alcanzar los objetivos que se plantean. Trabajar en una mayor conciencia de lo que puede suceder con respecto a la relación entre las dificultades en la regulación emocional y la salud mental puede ser el inicio para que algunas madres comiencen un proceso de cambio.

Por su parte, con respecto a la hipótesis N° 5.2, las dificultades en la regulación emocional y sus dimensiones no tuvieron un efecto de mediación significativa en la relación entre la ansiedad ante el abandono y la evitación de la intimidad sobre el crecimiento postraumático, por lo que no se apoya la hipótesis planteada. Este hallazgo puede explicarse producto de las características que presentan las personas con inseguridad en el apego frente a situaciones que son vivenciadas como estresantes, quienes ocuparían las estrategias secundarias, es decir, hiperactivan o desactivan sus necesidades de apego (Mikulincer y Shaver, 2003). En otras palabras, las madres con alta ansiedad ante el abandono, vivencian sus experiencias traumáticas como profundamente perturbadoras, hiperactivando sus necesidades de apego (Eastwick y Finkel, 2008). Por su parte, las madres con alta evitación de la intimidad tienden a no concentrarse en sus experiencias de dolor o suprimir sus sentimientos negativos, distanciándose

de otros con el fin de evitar la frustración causada por la falta de disponibilidad de otros (Salo et. al., 2005, Turunen et. al., 2014). Ambas conductas pueden tener un efecto sobre el crecimiento postraumático, que como condición para reelaborar el trauma, se requiere de una revisión constante de sus vivencias emocionales, activar recuerdos de esta índole y procesar sin limitar las experiencias de las emociones (Foa et. al., 2006; Joseph, Murphy y Regel, 2012), situación que las personas con inseguridad del apego no se sentirían cómodas de realizar. Por otro lado, existe evidencia que la inseguridad del apego se asocia con las dificultades en la regulación emocional (Shield y Cicchetti, 1997 en Cloitre et. al. 2008; Ponizovsky et. al., 2013), y que la regulación emocional es una condición necesaria para el crecimiento postraumático (Wild y Paivio, 2003). Sin embargo, los resultados de este estudio dan cuenta que el rechazo, confusión y descontrol emocional son las dimensiones que tuvieron un efecto de mediación en la asociación de la inseguridad del apego sobre el crecimiento postraumático. Dimensiones que precisamente no están funcionando de una forma adecuada en las madres y que pueden estar afectando la asociación con el crecimiento postraumático.

Con respecto a la hipótesis N° 5.3, los resultados apoyan lo planteado. Con el fin de evaluar el papel mediador de las estrategias de afrontamiento entre los niveles de inseguridad del apego (ansiedad y evitación) como variable independiente y las medidas de salud mental: depresión, ansiedad, estrés, como variable dependiente, se elaboraron 3 modelos de mediación múltiple. Es preciso señalar, que se incluyeron solo aquellas estrategias que presentaron correlaciones directas con las variables dependientes.

Es así como el análisis de los tres modelos de regresión dieron cuenta que la búsqueda de apoyo social emocional y el centrarse en la emoción, presentaron un efecto de mediación significativa en la relación entre la inseguridad del apego y las medidas de salud mental. Específicamente, centrarse en la emoción media totalmente la asociación entre la ansiedad ante el abandono sobre las medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés. Este hallazgo

probablemente guarda relación con que las personas con alta ansiedad ante el abandono tienden a la hiperactivación del sistema de apego, buscando reducir las distancias con su figura de apego; además, evalúan los acontecimientos estresantes como más amenazantes, centrándose en su propia angustia y emociones negativas, estrategia que exagera la angustia en vez de aminorarla (Gwynn, 2008; Mikulincer y Florian, 1995; Mikulincer y Shaver, 2007), pudiendo generar una baja capacidad de recuperación en las personas (Karreman y Vingerhoets, 2012).

Por otro lado, los análisis de regresión indicaron que la evitación de la intimidad se asoció a menor uso de estrategia de afrontamiento búsqueda de apoyo social emocional, lo que a su vez aumentó la sintomatología depresiva y ansiosa. Este hallazgo es coherente con lo que plantea Baker (2006), quien señala que las personas con apego evitativo utilizan en menor medida estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo social emocional, producto de la desconfianza en los demás, miedo a ser rechazado o bien, por no contar con las habilidades suficientes para buscar apoyo.

Para finalizar, los hallazgos planteados dan cuenta de que las personas con apego inseguro son más propensas a utilizar formas desadaptativas de afrontamiento, aumentando sus niveles de angustia (López, et. al., 2001). Contar con estos resultados permite orientar y diseñar planes de intervención que estimulen y potencien el trabajo en estrategias de afrontamiento más adaptativas en las madres con hijos/as abusados sexualmente, con el fin de hacer frente a las dificultades y prevenir problemas de funcionamiento a nivel psicosocial.

Con relación a la hipótesis N° 5.4, según los modelos y análisis realizados, no se acepta la hipótesis de la investigación, dado que no se identificó un efecto de mediación de las estrategias de afrontamiento en la relación entre la ansiedad ante el abandono y la evitación de la intimidad y el crecimiento postraumático en las madres con hijos/as abusados sexualmente.

Este hallazgo fue inesperado a la luz de lo que sustentaba esta hipótesis, en donde la asociación del apego y el crecimiento postraumático podrían estar mediados por las estrategias de

afrontamiento (Schmidt et. al., 2011). En los resultados, la única dimensión de la inseguridad del apego que se asoció inversamente con el crecimiento postraumático fue la evitación de la intimidad. Este resultado puede explicarse a partir del hecho que las personas con alta evitación de la intimidad presentan tendencia a tomar distancia emocional de los hechos y las propias vivencias lo que a su vez, disminuye la posibilidad de reflexionar y mirarse a sí mismo, afectando su capacidad de poder generar cambios positivos en sus vidas (Marshall et. al., 2013).

Por otra parte, este hallazgo sugiere que son otras las variables que pueden tener un efecto de mediación en la asociación entre la inseguridad del apego sobre el crecimiento postraumático y que podrían ser exploradas en estudios futuros. Este es el caso de la rumiación, que ha sido descrita por la literatura como un elemento importante de crecimiento postraumático (Kane, 2009; Morris y Shakespeare-Finch, 2011; Tedeschi y Calhoun, 2004; Weiss y Berger, 2010) entre otros. Calhoun, Cann, Tedeschi y McMillan (2000) plantean una distinción entre la rumiación intrusiva y deliberada, siendo esta última la que ha mostrado mayor asociación con el crecimiento postraumático (Benerato, 2008; García, Jaramillo, Martínez, Valenzuela y Cova, 2014; Morris y Shakespeare-Finch, 2011; Stockton, Hunt y Joseph, 2011). Sería interesante para futuras investigaciones en el tema, abordar esta variable con el fin de seguir ampliando el conocimiento en madres con hijos/as abusados sexualmente.

Por otro lado, con relación a la hipótesis N° 6.1, se puede señalar que los modelos planteados y el análisis realizado no dan cuenta de un efecto de interacción estadísticamente significativo del vínculo con el agresor (abuso intra/extrafamiliar) en la asociación entre la inseguridad en el apego (ansiedad y evitación) sobre la depresión, ansiedad y estrés. Sin embargo, en los efectos condicionales, se puede apreciar que madres con alta ansiedad ante el abandono, la sintomatología depresiva y ansiosa es levemente mayor cuando el abuso sexual fue cometido por un extraño, es decir, abuso sexual extrafamiliar. Asimismo, madres con alta evitación de la intimidad, la sintomatología depresiva y ansiosa es mayor cuando el abuso sexual es

intrafamiliar. Con respecto a la sintomatología de estrés, no se observaron diferencias en la inseguridad del apego, tanto en madres con hijos/as abusados sexualmente intrafamiliar como extrafamiliar.

Este hallazgo difiere de lo propuesto por algunos autores (Banyard et. al., 2002; Dupont, et. al., 2014) en el sentido que el tipo de abuso sexual infantil (intra/extrafamiliar) tiene una asociación con la salud mental de las víctimas. Asimismo, en el estudio realizado por Lev. Wiesel et. al. (2005) se observó que el nivel de crecimiento postraumático en las víctimas había sido más alto cuando el agresor era familiar. No obstante, los resultados fueron concordantes a lo señalado por Mannarino et. al. (1991 en McClure et. al., 2008) donde no observaron diferencias significativas entre el abuso sexual intrafamiliar y extrafamiliar en cuanto a los efectos negativos que tiene cada uno de estos tipos de abuso. Una explicación a este resultado puede ser que las madres con hijos/as abusados sexualmente no habían experimentado directamente el trauma, sino más bien fueron víctimas secundarias. Esto puede reafirmar lo planteado por Arikan et. al. (2016) quienes señalan que los efectos de la exposición indirecta al trauma puede ser muy diferente a la exposición directa de éste. Otra posible explicación al resultado resultado obtenido puede tener que ver con las características de la muestra evaluada en este estudio, que no estaba distribuida equitativamente, puesto que el 61,2% fue abuso sexual intrafamiliar v/s 38,8% que fue abuso sexual extrafamiliar.

Respecto de la hipótesis N° 6.2, y de manera diferente a lo propuesto, no se identificó un efecto de interacción significativa del vínculo con el agresor (abuso intra/extrafamiliar) en la asociación entre la inseguridad en el apego (ansiedad y evitación) y los niveles de crecimiento postraumático. No obstante, en los efectos condicionales, se puede apreciar que madres con alta ansiedad ante el abandono, no presentan diferencias en cuanto a los niveles de crecimiento postraumático tanto en abuso sexual intrafamiliar como extrafamiliar. Por el contrario, sí se observó diferencias en madres con alta evitación de la intimidad y los niveles de crecimiento

postraumático. Este es levemente mayor cuando el abuso sexual es intrafamiliar que cuando es de forma extrafamiliar. Cabe destacar, que los efectos condicionales no fueron estadísticamente significativos.

Un factor que puede explicar este resultado es que si bien las madres con hijos/as abusados sexualmente podrían vivenciar esta situación de forma traumática similar a la sufrida por sus hijos/as (Malacrea, 2000; Alaggia, 2002), es importante plantear que los efectos de una exposición indirecta al trauma puede ser muy distinta a la exposición directa del mismo (Arikan, Stopa, Carnelley y Karl, 2016).

Por otro lado, con respecto a la hipótesis N° 6.3, no se observaron efectos de interacción estadísticamente significativo entre el apoyo social percibido y la ansiedad ante el abandono y las medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés. Sin embargo, si se observó un efecto de interacción estadísticamente significativa en la evitación de la intimidad. Por un lado, mientras menor el apoyo social percibido a todos los niveles de evitación a la intimidad implican un cierto grado de sintomatología ansiosa. Por otro, un alto apoyo social percibido está relacionado con menor sintomatología ansiosa en las madres que reportan mayores niveles de evitación a la intimidad.

Este hallazgo es interesante, puesto que difiere de lo que plantea Besser y Neria (2010). A menudo, las personas con evitación de la intimidad se involucran en la autoconfianza compulsiva, estrategia que les permite pensar en sí mismos, sus necesidades de confianza y protección (Mikulincer y Shaver, 2007), teniendo menor probabilidad de buscar apoyo social (Kafetsios y Sideridis, 2006). En este estudio, a diferencia de lo reportado en investigaciones previas, el percibir mayor apoyo social disminuye la sintomatología ansiosa aun cuando reportan alta evitación de la intimidad. Este resultado releva el efecto beneficioso de contar con redes de apoyo que permitan generar un estado de bienestar, potenciando así la salud mental de las personas, aun cuando hayan vivenciado situaciones altamente estresantes.

Con respecto a la hipótesis N° 6.4, no se observaron efectos de interacción estadísticamente significativo del apoyo social percibido en la asociación entre la ansiedad ante el abandono y los niveles de crecimiento postraumático. No obstante, sí se observó un efecto de moderación estadísticamente significativo en la evitación de la intimidad. Es decir, a mayor apoyo social percibido en madres con mayores niveles de evitación de la intimidad implica un mayor grado de crecimiento postraumático. Mientras que, a menor apoyo social está relacionado con un menor crecimiento postraumático en madres que reportan mayores niveles de evitación de la intimidad. Este resultado coincide con lo que plantean algunos autores (Kafetsios y Sideridis, 2006; Xu, Fu, He, Schoebi y Wang, 2015).

En este sentido, la evitación de la intimidad puede influir directamente en la percepción de apoyo social y su búsqueda ante situaciones estresantes (Schmidt, Blank, Bellizzi y Park, 2012), pudiendo afectar el desarrollo posterior del crecimiento postraumático (Volgin y Bates, 2016).

Para finalizar, el presente estudio da cuenta de una serie de hallazgos relevantes a nivel empírico evaluando aspectos que han sido poco explorados en las madres con hijos/as abusados sexualmente. Estos resultados además pueden favorecer el diseño de intervenciones terapéuticas en el trabajo con las madres, potenciando así sus recursos personales que favorezcan el proceso de resignificación del abuso sexual de su hijo/a. Es importante destacar, que para esto, es necesario que las madres sean incluidas en programas de intervención psicológica donde se validen y respondan a sus necesidades, comprendiendo así sus experiencias antes de ser juzgadas. Es el momento de prestar mayor atención a lo que las madres con hijos/as abusados sexualmente tienen que enseñarnos acerca de la complejidad de los problemas que día a día tienen que afrontar luego de enterarse de los hechos sexualmente abusivos cometidos en contra de sus hijos/as.

#### **4.2.- Limitaciones de la investigación**

El presente estudio posee algunas limitaciones que son importantes de considerar. En primer lugar, la muestra evaluada en esta investigación es reducida debido al difícil acceso considerando sus características y los criterios de inclusión establecidos, por lo que futuros estudios con muestras más amplias y heterogéneas se replican estos hallazgos. Asociado a lo anterior, esta fue una muestra no probabilística por conveniencia, en que solo se incluyeron personas de una región de Chile. Por ende, no se pueden realizar generalizaciones sobre los hallazgos del estudio y, deben ser evaluados de forma cuidadosa.

En segundo lugar, todas las variables del estudio fueron evaluadas a través de cuestionarios de autoreporte, solicitando información retrospectiva de los hechos, por lo que existe la posibilidad de que las respuestas de las madres pueden haber sido sesgadas debido a la necesidad de manejar una impresión favorable; a ello se suma el que la respuesta a cuestionarios de este tipo requiere de conciencia de sí mismo, y/o percepciones erradas sobre sí o sobre los comportamientos. Para futuras investigaciones, sería interesante adoptar un diseño longitudinal, que permita disminuir la probabilidad de que el recuerdo de las madres se pueda ir distorsionando, aplicando los cuestionarios en diferentes momentos de la intervención psicológica o social que reciben con el fin de ir contando con la información actualizada.

En tercer lugar, la ausencia de un grupo control que puede haber enriquecido los análisis y resultados de la investigación. En el presente estudio solo se centró en evaluar la variabilidad de las variables investigadas, no se establecieron diferencias, salvo en madres con hijos/as abusados sexualmente intra/extrafamiliar en cuanto al crecimiento postraumático. Podría haber sido interesante establecer diferencias en cuanto a las variables investigadas en madres con hijos/as con maltrato físico y/o emocional grave y en madres con hijos/as sin estas problemáticas.

En cuarto lugar, se considera una limitación del estudio el no haber controlado el efecto temporal con respecto al momento que ocurrió la revelación del abuso sexual del niño/a a su madre hasta la participación de ella en la investigación, situación que pudo haber favorecido el establecimiento de diferencias en las medidas de salud mental, depresión, ansiedad y estrés.

En quinto lugar, no haber realizado análisis por tipo de abuso sexual (intra/extrafamiliar) con todas las variables del estudio, que sin duda podría haber enriquecido el estudio realizado.

Para finalizar, es importante señalar, que la variable inseguridad del apego podría haberse sumado otro cuestionario que evaluará el apego de la madre hacia su hijo/a. Esto podría haber favorecido el establecimiento de diferencias en las distintas medidas de apego y su asociación con las variables del estudio.

#### **4.3.- Futuras investigaciones**

Sería interesante que futuras investigaciones en madres con hijos/as abusados sexualmente se pudiera incorporar la evaluación de la sintomatología de estrés postraumático para ver cómo se asocia con la inseguridad del apego, las variables mediadoras y moderadoras del estudio. Asimismo, sería importante evaluar si la madre presenta abuso sexual en la infancia y problemas de violencia intrafamiliar, ambas consideradas como eventos traumáticos de naturaleza interpersonal (Orcutt, Pickett y Pope, 2005), que podrían moderar el impacto del abuso sexual de su hijo/a sobre su propia salud mental. Además sería relevante hacer mediciones pre intervención con respecto al crecimiento postraumático para saber si esta variable tiene que ver con experiencias previas o con el abuso sexual de su hijo/a.

Asimismo, sería interesante poder incluir otra medida de apego que evalúe la contribución parental en el apego y establecer el tipo de vínculo que tiene la madre con su hijo/a. Esto permitiría hacer comparaciones con la inseguridad del apego y las variables del estudio.

Para finalizar, así como resulta relevante estudiar a las madres luego de la revelación de abuso sexual de su hijo/a, sería importante también incluir al padre no ofensor en la evaluación

del modelo presentado. Esto puede permitir hacer comparaciones entre madres y padres con el fin de realizar intervenciones terapéuticas contextualizadas para cada muestra.

#### **4.4.- Implicancias prácticas del estudio**

Los resultados de la presente investigación dan cuenta de una serie de hallazgos relevantes para los profesionales de la salud mental que trabajan con madres que han vivido la experiencia de tener un hijo/a abusado sexualmente. Esta información puede favorecer el diseño de intervenciones terapéuticas en el trabajo con ellas, potenciando así recursos personales que favorecen el proceso de resignificación del abuso sexual de su hijo/a. Para que esto pueda suceder, es necesario insistir que las madres deben contar con un proceso psicológico donde se validen y respondan a sus necesidades, comprendiendo así sus experiencias antes de ser juzgadas.

Es importante destacar, que los resultados, por un lado, permiten identificar las dimensiones de las dificultades en la regulación emocional que median la asociación entre la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) y las medidas de salud mental, para así poder trabajar en dichas estrategias de regulación emocional y así disminuir o suprimir estados afectivos que afecten a las madres con hijos/as abusados sexualmente, para así ir alcanzando los objetivos que se planteen.

Por otro lado, permiten dar cuenta del efecto de mediación que tienen las estrategias de afrontamiento búsqueda de apoyo social emocional y centrarse en la emoción sobre la asociación de la inseguridad del apego (ansiedad y evitación) y las medidas de salud mental: depresión, ansiedad y estrés. Estos resultados permiten orientar a los profesionales de la salud mental a diseñar planes de intervención que estimulen y potencien el trabajo en estrategias de afrontamiento más adaptativas en las madres, con el fin de que puedan hacer frente a las dificultades y prevenir problemas de funcionamiento a nivel psicosocial.

Para finalizar, dar cuenta de la importancia que tiene el apoyo social percibido en las madres

con hijos/as abusados sexualmente. En este sentido, es importante que los/as profesionales que estén a cargo de trabajar con ellas, tengan la capacidad de acoger, empatizar, contener y comprender su situación, buscando siempre los recursos que puedan favorecer el mejoramiento de su salud mental y crecimiento personal. Asimismo, trabajar con las redes extensas que la madre presenta, con el fin de recuperar aquellos vínculos que pueden haber quedado quebrajados luego de la develación de abuso sexual de su hijos/a, o bien, mantener y fortalecer aquellos que se han sostenido en el tiempo.

## Bibliografía

- Aguilar, A. S. D., Camacho, I. I., Andreu, J. M., y Peña, M. (2015). *Prácticas de prevención del abuso sexual a través del funcionamiento familiar*.
- Ahrens, K.R., Ciechanowski, P. y Katon, W. (2012). Associations between adult attachment style and health risk behaviors in an adult female primary care population. *Journal Of Psychosomatic Research*, 72(5), 364-370. doi:10.1016/j.jpsychores.2012.02.002
- Alaggia, R. (2002). Cultural and religious influences in maternal response to intrafamilial child sexual abuse: Charting new territory for research and treatment. *Journal of Child Sexual Abuse*, 10(2), 41-60.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Álvarez, K. (2003). Una comprensión eco-sistémica, co- activa y de trauma en abuso sexual infante juvenil intrafamiliar ¿Es posible? *Boletín de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 14(1), 14-30.
- Antúnez, Z y Vinet, E. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21): Validación de la versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 30(3), 49-55. doi:10.4067/S0718-48082012000300005
- Apóstolo, J., Mendes, A., y Azeredo, Z. (2006). Adaptación para la lengua portuguesa de la depression, anxiety and stress scale (DASS). *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, 14, 863 – 871. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000600006>
- Arikan, G., Stopa, L., Carnelley, K. B., y Karl, A. (2016). The associations between adult attachment, posttraumatic symptoms, and posttraumatic growth. *Anxiety, Stress, & Coping*, 29(1), 1-20. doi:10.1080/10615806.2015.1009833

- Arriagada, M. A., y Thiers, M. C. (2005). Diseño, implementación y validación de una intervención psicoeducativa grupal para padres no agresores de niños víctima de abuso sexual.
- Aspelmeier, J., Elliott, C y Smith, C. (2007). Childhood sexual abuse, attachment, and trauma symptoms in college females: The moderating role of attachment. *Child Abuse & Neglect*, 31(5), 549-566. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.12.002.
- Avery, L., Massat, C. R. y Lundy, M. (2000). Posttraumatic stress and mental health functioning of sexually abused children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 17 (1), 19-34. doi:10.1023/A:1007563509000
- Baker, J. K. (2006). *The impact of attachment style on coping strategies, identity development and the perception of social support*. A thesis submitted in partial fulfilment of the requirements for the Degree of Master of Arts in Psychology . University of Canterbury. New Zealand.
- Bal, S., Van Oost, P., De Bourdeaudhuij, I. y Crombez, G. (2003). Avoidant coping as a mediator between self-reported sexual abuse and stress-related symptoms in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 27(8), 883-897. doi:10.1016/S0145-2134(03)00137-6
- Bal, S., De Bourdeaudhuij, I., Crombez, G. y Van Oost, P. (2004). Differences in trauma symptoms and family functioning in intra-and extrafamilial sexually abused adolescents. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(1), 108-123. doi:10.1177/0886260503259053
- Banyard, V. L., Williams, L. M., Siegel, J. A. y West, C. M. (2002). Childhood sexual abuse in the lives of black women: Risk and resilience in a longitudinal study. *Women & Therapy*, 25(3-4), 45-58. doi:10.1300/J015v25n03\_04

- Baril, K., Tourigny, M., Paillé, P. y Pauzé, R. (2016). Characteristics of Sexually Abused Children and Their Nonoffending Mothers Followed by Child Welfare Services: The Role of a Maternal History of Child Sexual Abuse. *Journal Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations For Victims, Survivors, & Offenders*, 25(5), 504-523. doi: 10.1080/10538712.2016.1176096
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Buenos Aires: Paidós.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Ed Gedisa.
- Barriga, L., Correa, M. y Figueroa, D. (2013). Representaciones sociales en madres con hijos de ambos sexos abusados sexualmente por un familiar o conocido cercano. *Revista. Pediatría Electrónica*, 10(1), 16-25.
- Barroso, O. (2014). El Apego Adulto: La relación de los estilos de Apego desarrollados en la infancia en la elección y las dinámicas de pareja. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 4(1), 1-25.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178. doi:10.1177/0265407590072001
- Bartholomew, K. y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a fourcategory model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. doi:10.1037/0022-3514.61.2.226
- Bellhouse, L. (2013). *Exploring Attachment and the Transition to Motherhood for Survivors of Childhood Sexual Abuse*. Doctoral dissertation. The University of Western Ontario, Canada.
- Bellizzi, M. y Blank, O. (2006). Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors.

*Health Psychology*, 25(1), 47-56. doi:10.1037/0278-6133.25.1.47

Benerato, B. (2008). *The Relationships of Social Support, Rumination, Posttraumatic Growth, and the Length of Time Following a Combat-Related Amputation among Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom Veterans*. Thesis unpublished, School of Nursing, Catholic University of America, Washington D.C., USA.

Bennett, S. E., Hughes, H. M. y Luke, D. A. (2000). Heterogeneity in patterns of child sexual abuse, family functioning, and longterm adjustment. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(2), 134–157. doi:10.1177/088626000015002002

Berliner, L. y Elliot, D. (2002). Sexual abuse of children. En Myers, J., Berliner, L., Breiere, J., Hendrix, C., Jenny, C. y Reid, T. (Eds.), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*.

Besser, A., y Neria, Y. (2010). The effects of insecure attachment orientations and perceived social support on posttraumatic stress and depressive symptoms among civilians exposed to the 2009 Israel-Gaza war: A follow-up cross-lagged panel design study. *Journal of Research in Personality*, 44, 335–341. doi:10.1016/j.jrp.2010.03.004

Bolen, R. (2003). Nonoffending mothers of sexually abused children: A case of institutionalized sexism. *Violence Against Women*, 9(11), 1336-1366. doi:10.1177/1077801203256001

Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. doi:10.1037/0003-066X.59.1.20

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*. 39, 350-373.

Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and Loss, Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol.3. Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York: Basic Books.
- Bozo, O., Gündođdu, E. y Büyükasik-Colak, C. (2009). The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimismposttraumatic growth relationship in postoperative breast cancer patients. *Journal of Health Psychology, 14*, 1009 –1020. [http:// dx.doi.org/10.1177/1359105309342295](http://dx.doi.org/10.1177/1359105309342295)
- Breckenridge, J. (2006). “Speaking of Mothers...” How Does the Literature Portray Mothers Who Have a History of Child Sexual Abuse?. *Journal of child sexual abuse, 15*(2), 57-74. doi:10.1300/J070v15n02\_05
- Brennan, K., Clark, C., y Shaver, P. (1998). Self- Reported Measurement of Adult Attachment. In J. Simpson & W. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationship* (pp. 46-76). New York: The Guilford Press.
- Brenning, K. y Braet, C. (2013). The emotion regulation model of attachment: An emotion- specific approach. *Personal Relationships, 20*(1), 107-123. <http://dx.doi.Org/10.1111/j.1475-6811.2012.01399.x>
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology, 28*(5), 759-775. doi:10.1037/0012-1649.28.5.759
- Bretherton, I. y Munholland, K. (1999). Internal Working Models in attachment relationships: A construct revisited. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Application*. New York: Guilford.
- Buelow, S. A., Lyddon, W. J. y Johnson, J. T. (2002). Client attachment and coping resources.

- Counseling Psychology Quarterly*, 15(2), 145-152. doi:10.1080/09515070110103773
- Busuito, A., Huth-Bocks, A., y Puro, E. (2014). Romantic attachment as a moderator of the association between childhood abuse and posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Family Violence*, 29, 567– 577. doi:10.1007/s10896-014-9611-8
- Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., Chambry, J. y Consoli, S. (2005). Emotional-processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 321–329.
- Cabral, J., Matos, P. M., Beyers, W., y Soenens, B. (2012). Attachment, emotion regulation and coping in Portuguese emerging adults: A test of a mediation hypothesis. *The Spanish journal of psychology*, 15(3), 1000-1012. doi:10.5209/rev\_SJOP.2012.v15.n3.39391
- Calhoun, L., y Tedeschi, R. (1999). *Facilitating Posttraumatic Growth. A clinician's guide*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calhoun, L., Cann, A., Tecschi, R., y McMillan, J. (2000). A correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 521-527. doi:10.1023/A:1007745627077
- Calhoun, L. y Tedeschi, R. (2001). Posttraumatic growth: The positive lessons of loss. In R. A. Neimeyer (Ed), *Meaning reconstruction and the experience of loss* (pp. 157-172). Washington, DC: American Psychological Association.
- Calhoun, L. y Tedeschi, R. (2004). The foundations of posttraumatic growth: New considerations. *Psychological Inquiry*, 15(1), 93-102. doi:10.1207/s15327965pli1501\_03
- Camps-Pons, S., Castillo-Garayoa, J. A., y Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y*

*Salud*, 25(1), 67-74. doi:10.1016/S1130-5274(14)70028-3

Cantón, D., y Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20, 509-515.

Cañas, K. (2013). Madres incrédulas frente a la agresión sexual de su pareja hacia un hijo: Significados construidos en torno a la experiencia de incredulidad. *Praxis*, 15(24), 57-77.

Capella, C. y Miranda, J. (2003). Diseño, implementación y evaluación piloto de una intervención psicoterapéutica grupal para niños y niñas víctimas de abuso sexual. Tesis para optar al título de psicólogo. Universidad de Chile.

Carvalho, Q., Galvão, M. y Cardoso, M. (2009). Child sexual abuse: the perception of mothers concerning their daughters' sexual abuse. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17(4):501-506. doi:10.1590/S0104-11692009000400011

Carver, C., Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267-283. doi:10.1037/0022-3514.56.2.267

Castaño, E. y León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 10(2), 245-257.

Cassaretto, M. y Chau, C. (2016). Afrontamiento al Estrés: Adaptación del Cuestionario COPE en Universitarios de Lima. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 42(2), 95-109. DOI: 10.21865/RIDEP42\_95.

Casullo, M. y Fernández, M. (2005). *Los estilos de apego. Teoría y medición*. Buenos Aires: JVE ediciones.

- Cerda, C. (2010). La presencia de redes primarias y secundarias en madres de niños víctimas de abuso sexual infantil: ¿Un elemento reparatorio?. Tesis para optar al título profesional de Trabajo Social.
- Cicchetti, D., y Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. In D. Cicchetti y D. J. Cohen (Eds.). *Developmental psychology: Risk, disorder, & adaptation* (2nd Ed) (Vol. 3, pp. 129–201). New York, NY: Wiley.
- Cho, D. y Park, C. (2013). Growth Following Trauma: Overview and Current Status. *Terapia Psicológica, 31*(1), 69-79
- Choi, J. y Oh, K. (2014). Cumulative childhood trauma and psychological maladjustment of sexually abused children in Korea: Mediating effects of emotion regulation. *Child Abuse & Neglect, 38*(2), 296-303. doi:10.1016/j.chiabu.2013.09.009
- Clara, I., Cox, B., y Enns, M. (2001). Confirmatory factor analysis of the Depression Anxiety Stress Scales in depressed and anxious patients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23*(1), 61 – 67. doi:10.1023/A:1011095624717
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. y Han, H. (2005). Beyond as PTSD: Emotion Regulation and Interpersonal Problems Predictors of Functional Impairment in Survivors of Childhood Abuse. *Behavior Therapy, 36*(2), 119-124. doi:10.1016/S0005-7894(05)80060-7
- Cloitre, M., Stovall-McClough, C., Zorbas, P., y Charuvastra, A. (2008). Attachment organization, emotion regulation, and expectations of support in a clinical sample of women with childhood abuse histories. *Journal of Traumatic Stress, 21*(3), 282-289. doi: 10.1002/jts.20339

- Cloitre, M., Stolbach, B., Herman, J. Van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J. y Petkova, E. (2009). A Developmental Approach to Complex PTSD Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. DOI: 10.1002/jts.20444
- Corcoran, J. (1998). In defense of mothers of sexual abuse victims. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 79(4), 358-369. doi:10.1606/1044-3894.698
- Cordova, M. J., Cunningham, L. L. C., Carlson, C. R., y Andrykowski, M. A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20(3), 176-185. doi: 10.1037/0278-6133.20.3.176
- Crittenden, P. y Ainsworth, M. (1989). Child maltreatment and attachment theory. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment*. New York: Cambridge University Press.
- Crowell, J. y Treboux, D. (1995). A review of adult attachment measures: implications for theory and research. *Social Development*, 4(3), 294-327. doi:10.1111/j.1467-9507.1995.tb00067.x
- Currier, J. M., Mallot, J., Martinez, T. E., Sandy, C., y Neimeyer, R. A. (2012). Bereavement, religion, and posttraumatic growth: A matched control group investigation. *Psychology of Religion and Spirituality*, 5(2), 69-77. doi10.1037/a0027708
- Cyr, M., McDuff, P. y Hébert, M. (2013). Support and Profiles of Nonoffending Mothers of Sexually Abused Children. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders*, 22(2), 209–230. doi:10.1080/10538712.2013.737444
- Cyr, M., Hébert, M., Frappier, J. Y., Tourigny, M., McDuff, P., y Turcotte, M. E. (2014). Parental Support Provided by Nonoffending Caregivers to Sexually Abused Children:

- A Comparison Between Mothers and Fathers. *Journal of Child Custody: Research, Issues and Practices*, 11(3), 216-236. doi:10.1080/15379418.2014.954688
- Dekel, R. (2007). Posttraumatic Distress and Growth Among Wives of Prisoners of War: The Contribution of Husbands' Posttraumatic Stress Disorder and Wives' Own Attachment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(3), 419- 426. doi:10.10370002-9432.77.3.419
- Delgado, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81.
- De Young, M. (1994). Women as mothers and wives in paternally incestuous families: Coping with role conflict. *Child abuse and neglect*, 18(1), 73-83. doi:10.1016/0145-2134(94)90097-3
- DiLillo, D., y Damashek, A. (2003). Parenting characteristics of women reporting a history of childhood sexual abuse. *Child Maltreatment*, 8(4), 319-333. doi:10.1177/1077559503257104
- Duncan, K. A. (2005). The impact of child sexual abuse on parenting: A female perspective. In G. R. Walz & R. K. Yep (Eds.), *VISTAS: Compelling perspectives on counseling, 2005* (pp. 267-270). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Dupont, M., Messerschmitt, P., Vila, G., Bohu, D. y Rey-Salmon, C. (2014). Le processus de revelation dans les agressions sexuelles intrafamiliales et extrafamiliales sur mineurs. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 172(6), 426-431.
- Easton, S. (2013). Disclosure of child sexual abuse among adult male survivors. *Clinical Social Work Journal*, 41, 344-355. doi:10.1007/s10615-012-0420-3

- Easton, S., Cooney, C., Rhodes, A. y Moorthy, M. (2013). Posttraumatic Growth Among Men With Histories of Child Sexual Abuse. *Child Maltreatment*, 18(4), 211-220. doi: 10.1177/1077559513503037.
- Eastwick, P. W. y Finkel, E. J. (2008). The attachment system in fledgling relationships: an activating role for attachment anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(3), 628-647. doi:10.1037/0022-3514.95.3.628
- Echeburúa, E., y Guerricaechevarría, C. (2005). Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil. *Violencia contra los niños*, 86-112.
- Elliott, A., y Carnes, C. (2001). Reactions of nonoffending parents to the sexual abuse of their child: A review of the literature. *Child maltreatment*, 6(4), 314-331. doi:10.1177/1077559501006004005
- Everson, M., Hunter W, Runyon, D., Edelson, D., G., y Coulter, M. (1989). Maternal support following disclosure of incest. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(2), 197-207. doi:10.1111/j1939-0025.1989.tb01651.x
- Faller, K. C. (1989). Sexual abuse: An exploration of the intergenerational hypothesis. *Child Abuse & Neglect*, 8, 544-548. Doi:10.1016/0145-2134(89)90058-6
- Farkas, C., Santalices, MP., Aracena, M. y Pinedo, J. (2008). Apego y Ajuste Socio Emocional: un Estudio en Embarazadas Primigestas. *Psykhe*, 17(1), 65-80.
- Finkelhor, D. (1979). *Abuso sexual al menor*. México, D. F.: Pax
- Foa, E. B., Huppert, J. D. y Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: An update. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment*(pp. 3–24). New York, NY: Guilford.
- Fonagy, P. (1999). Psychoanalysis and attachment theory. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.),

- Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 595-624).  
New York: Guilford Press.
- Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., y Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 89(2-3), 298–301. doi:10.1016/j.drugalcdep.2006.12.026
- Frazier, P., Conlon, A., y Glaser, T. (2001). Positive and negative life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1048-4055. doi: 10.1037/0022-006X.69.6.1048.
- Frazier, P., Tashiro, T., Berman, M. , Steger, M. y Long, J. (2004). Correlates of levels and patterns of positive life changes following sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 19-30. doi:10.1037/0022-006X.72.1.19
- Gallo, H. (1999). Incesto y parentesco: usos y abusos del maltrato infantil. Medellín: Universidad de Antioquia.
- García, F., Jaramillo, C., Martínez, A. M., Valenzuela, I. y Cova, F. (2014). Respuestas psicológicas ante un desastre natural: Estrés y crecimiento postraumático. *Liberabit*, 20(1), 121- 130.
- García-Ruiz, M., Rodrigo, M.J., Hernández-Cabrera, J.A., y Maiquez, M.L. (2013). Contribution of parents' adult attachment and separation attitudes to parent-adolescent conflict resolution. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(6), 459–467. Doi:10.1111/sjop.12077
- Garrido, L., Santelices, MP., Pierrehumbert, B. y Armijo, I. (2009). Validación chilena del cuestionario de evaluación de apego en el adulto CAMIR *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41,(1), 81-98.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la

- salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507.
- George, D. y Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4<sup>th</sup> ed.). Boston: Ally & Bacon.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. doi: 10.1007/s10862-008-9102-4
- Guzmán, M. y Hernández, A. (2010). *Patrones de apego de consultante y terapeuta y su impacto sobre la alianza terapéutica: Revisión teórica e implicancias para la práctica clínica*. Trabajo final para optar a la acreditación como especialista en psicoterapia estratégica breve ante la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos.
- Guzmán-González, M., Trabucco, C., Urzúa, A., Garrido, L y Leiva, J. (2014). Validez y Confiabilidad de la versión adaptada al español de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en población Chilena. *Terapia Psicológica*, 32(1), 19-29. Doi:10.4067/S0718-48082014000100002
- Guzmán-González, M., Carrasco, N., Figueroa, P., Trabucco, C., y Vilca, D. (2015). Estilos de Apego y Dificultades de Regulación Emocional en Estudiantes Universitarios. *Psykhé*, 25(1), 1-13. Doi:10.7764/psykho.25.1.706
- Gwynn, S. (2009). Adult attachment and posttraumatic growth in sexual assault survivors. *Dissertation Abstracts International*, 70, 25-73.

- Habigzang, L. F., Koller, S. H., Azevedo, G. A., y Machado, P. X. (2005). Abuso sexual infantil e dinâmica familiar: aspectos observados em processos jurídicos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(3), 341-348. doi:10.1590/S0102-37722005000300011
- Hayes, A.F., y Preacher, K.J. (2014). Statistical mediation analysis with a multicategorical independent variable. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 67(3), 451-470. doi: 10.1111/bmsp.12028
- Hazan, C. y Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*, 52(3), 511-524. doi:10.1037/0022-3514.52.3.511
- Hébert, M., Daigneault, I., Collin-Vezina, D., y Cyr, M. (2007). Factors linked to distress in mothers of children disclosing sexual abuse. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(10), 805-811. doi:dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181568149
- Hiebert-Murphy, D. (1997). Adjustment among mothers whose children have been sexually abused: The role of a history of child sexual abuse, social support, and coping strategies. *Dissertation Abstracts International*, 57, 6576.
- Hiebert-Murphy, D. (1998). *Emotional distress among mothers whose children have been sexually abused: The role of a history of child sexual abuse, social support, and coping*. *Child Abuse & Neglect*, 22(5), 423-435.
- Hill, A. (2009). Factors influencing the degree and pattern of parental involvement in play therapy for sexually abused children. *Journal of child sexual abuse*, 18(4), 455-474. doi:10.1080/10538710903035214
- Hooper, C. (1994). *Madres Sobrevivientes al abuso sexual de sus niños*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Hooper, C. y Koprowska, J. (2004). The Vulnerabilities of Children whose Parents have been

- Sexually Abused in Childhood: Towards a New Framework. *British Journal of Social Work*, 34(2), 165-180. Doi:10.1093/bjsw/bch020
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions*. New York: Free Press.
- Joseph, S., Murphy, D. y Regel, S. (2012). An affective-cognitive processing model of posttraumatic growth. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19, 316–325. doi:10.1002/cpp.1798
- Joyce, P. (1997). Mothers of sexually abused children and the concept of collusion: A literature review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 6(2), 75-92.
- Kafetsios, K., y Sideridis, G. D. (2006). Attachment, social support and well-being in young and older adults. *Journal of Health Psychology*, 11(6), 863–876. doi:10.1177/1359105306069084.
- Kane, J. (2009). An Examination of a Two-Factor Model of Rumination and its Impact on the Relationship between Posttraumatic Growth and Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Dissertation unpublished*, George Mason University, Fairfax, USA.
- Karreman, A. y Vingerhoets, A. (2012). Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality And Individual Differences*, 53(7), 821-826. doi:10.1016/j.paid.2012.06.014
- Khalaila, R. y Cohen; M. (2016). Emotional suppression, caregiving burden, mastery, coping strategies and mental health in spousal caregivers. *Aging & Mental Health*, 20(9), 908-917. doi: 10.1080/13607863.2015.1055551
- Kim, K., Noll, J., Putman, F. y Trickett, P. (2007). Psychosocial Characteristics of Nonoffending Mothers of Sexually Abused Girls: Findings From a Prospective, Multigenerational Study. *Child Maltreatment*, 12(4), 338-351. doi: 10.1177/1077559507305997

- Kim, K., Trickett, P. y Putnam, F. (2011). Attachment representations and anxiety: Differential relationships among mothers of sexually abused and comparison girls. *Journal of interpersonal violence*, 26(3), 498-521. doi:10.1177/0886260510363416
- Kwako, L. E., Noll, J. G., Putnam, F. W. y Trickett, P. K. (2010). Childhood sexual abuse and attachment: An intergenerational perspective. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3), 407-422. Doi:10.1177/1359104510367590
- Lafontaine, M., Brassard, A., Lussier, Y., Valois, P., Shaver, P. y Johnson, S. (2016). Selecting the best items for a short-form of the experiences in close relationships questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 32(2), 140-154. doi:10.1027/1015-5759/a000243
- Langevin, R., Hébert, M., y Cossette, L. (2015). Emotion regulation as a mediator of the relation between sexual abuse and behavior problems in preschoolers. *Child abuse & neglect*, 46, 16-26. doi:10.1016/j.chiabu.2015.02.001
- Laufer, A., y Solomon Z. (2006). Posttraumatic symptoms and posttraumatic growth among Israeli youth exposed to terror incidents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 429-447. doi: 10.1521/jscp.2006.25.4.429.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lecannelier, F. (2009). *Apego e intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental PARTE II. La Teoría del Apego*. Santiago: LOM.
- Leifer, M., Kilbane, T. y Skolnick, L. (2002). Relationships between maternal adult attachment security, child perceptions of maternal support, and maternal perceptions of child responses to sexual abuse. *Journal Of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations For Victims, Survivors, & Offenders*, 11(3), 107-124. doi:10.1300/J070v11n03\_06

- Lev-Wiesel, R., Amir, M. y Besser, A. (2005). Posttraumatic growth among female survivors of childhood sexual abuse in relation to the perpetrator identity. *Journal of Loss and Trauma*. 10(1) 7-17, 2005. doi: 10.1080/I532502049089060G
- Lewin, L. (2000). Attachment Behaviors, Depression, and Anxiety in Nonoffending Mothers of Child Sexual Abuse Victims. *Dissertation Abstracts International Section A*, 61, 1292.
- Lewin, L. y Bergin, C. (2001). Attachment behaviors, depression, and anxiety in non-offending mothers of child sexual abuse victims. *Child Maltreatment*, 6(4), 365-375.
- López, F.G., Mauricio, M., Gormley, B., Simko, T., y Berger, E. (2001). Adult attachment orientations and college student distress: The mediating role of problem coping styles. *Journal of Counseling & Development*, 79(4), 459-464. doi: 10.1002/j.1556-6676.2001.tb01993.x
- Lovett, B. (2004). Child Sexual Abuse Disclosure: Maternal Response and other Variables Impacting the Victim. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(4), 355-371. doi:10.1023/B:CASW.000003521.78729.d6
- Lovibond, P., y Lovibond, S. (1995a). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335 – 343. doi:10.1016/0005-7967(94)00075-U
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., y Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, 39, 99–128. doi: 10.1207/s15327906mbr3901\_4
- Malacrea, M., (2000). *Trauma y reparación*. Madrid: Paidós.

- Manion, I., McIntyre, J., Firestone, P., Ligenzinska, M., Ensom, R. y Wells, G. (1996). Secondary traumatization in parents following the disclosure of extrafamilial child sexual abuse: Initial effects. *Child Abuse & Neglect*, 20(11), 1095-1109. doi:10.1016/0145-2134(96)00098-1
- Marshall T., Bejanyan K. y Ferenczi N. (2013). Attachment Styles and Personal Growth following Romantic Breakups: The Mediating Roles of Distress, Rumination, and Tendency to Rebound. *PLoS ONE*, 8(9), 1-12.
- Marrone, M. (2001). *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Martínez, C. (2010). The role of the mother-child relationship in child sexual abuse: Using an attachment framework to examine risk. *Dissertation Abstracts International Section A*, 70, 4455.
- Martínez, V., Castañeira C. y Posada M. (2011). Estilos de apego y autoconcepto: bases para una adolescencia positiva. *Psicod debate*, 11, 27-42.
- Martínez, A. E., Piqueras, J. A., y Inglés, C. J. (2011). *Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. Revista electrónica de Motivación y Emoción (Internet)*, 14(37).
- Martínez, C. y Santelices, M. P. (2005). Evaluación del apego en el adulto: Una revisión. *Psykhé (Santiago)*, 14(1), 181-191.
- McClure, F. H., Chavez, D. V., Agars, M. D., Peacock, M. J., y Matosian, A. (2008). Resilience in sexually abused women: Risk and protective factors. *Journal of Family Violence*, 23(2), 81-88. Doi:10.1007/s10896-007-9129-4
- Mennin, D. S. y Farach, F. J. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4) 329–352. doi:10.1111/j.1468-2850.2007.00094.x

- Mikulincer, M. (1998). Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 513-524. doi:10.1037/0022-3514.74.2.513
- Mikulincer, M. y Florian, V. (1995). Appraisal of and coping with a real-life stressful situation: The contribution of attachment styles. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(4), 406-414. Doi:10.1177/0146167295214011
- Mikulincer, M. y Horesh, N. (1999). Adult attachment style and the perception of others: the role of projective mechanisms. *Journal of personality and social psychology*, 76(6), 1022-1034. Doi:10.1037/0022-3514.76.6.1022
- Mikulincer, M. y Shaver, P. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York, NY: The Guilford Press.
- Mikulincer, M. y Shaver, P. (2010). *Attachment-related mental representations of self and others attachment in adulthood: structure, dynamics, and change*. The Guilford Press, New York, pp. 149–187.
- Mikulincer, M., Shaver, P.R., y Horesh, N. (2006). Attachment bases of emotion regulation and posttraumatic adjustment. In D. K. Snyder, J. A. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in families: Pathways to dysfunction and health* (p.77–99). Washington DC: American Psychological Association.
- Molnar, B. E., Berkman, L. F., y Buka, S. L. (2001). Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychological medicine*, 31(6), 965-977. doi:10.1017/S0033291700105432
- Moneta, M. E. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John bowlby. *Revista chilena de pediatría*, 85(3), 265-268.
- Monras, M., Mondon, S. y Jou, J. (2010). Estrategias de afrontamiento en enfermos alcohólicos.

- Diferencias según el consumo de benzodiazepinas, los trastornos de la personalidad y el deterioro cognitivo. *Adicciones*, 22(3), 191-198. doi:10.20882/adicciones.179
- Morris, B. A. y Shakespeare-Finch, J. (2011). Rumination, post-traumatic growth, and distress: Structural equation modelling with cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 20, 1176 – 1183. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1827>
- Murphy, S., Elklit, A, Hyland, P. y Shevlin, M. (2016). Insecure Attachment Orientations and Posttraumatic Stress in a Female Treatment-Seeking Sample of Survivors of Childhood Sexual Abuse: A Cross-Lagged Panel Study. *Traumatology*, 22, (1), 48–55. doi 10.1037/trm0000060
- Nahuelpan, E. y Varas, J. (2011). La violencia de género en Chile, periodo 2000- 2010. Una reflexión a partir del análisis de las agresiones sexuales constatados en el Servicio Médico Legal. *Documento Institucional Servicio Médico Legal*.
- Nenova, M., DuHamel, K., Zemon, V., Rini, C. y Redd, W. H. (2013). Posttraumatic growth, social support, and social constraint in hematopoietic stem cell transplant survivors. *Psycho-Oncology*, 22, 195–202. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.2073>
- Newberger, C., Gremy, I., Waternaux, C. y Newberger, E. (1993) Mothers of sexually abused children: trauma and repair in longitudinal perspective. *Am J Orthopsychiatry*, 63(1), 92–102. Doi:10.1037/h0079398
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. Doi:10.1111/j1745-6924.2008.00088.x
- O’Leary, P. (2009). Men who were sexually abused in childhood: Coping strategies and comparisons in psychological functioning. *Child Abuse & Neglect*, 33(7), 471-479. doi:10.1016/j.chiabu.2009.02.004

- Ortiz, M. y Baeza, M. (2011). Propiedades psicométricas de una escala para medir apoyo social percibido en pacientes chilenos con diabetes tipo 2. *Universitas Psychologica*, 10(1), 189-196.
- Oshri, A., Sutton, T. E., Clay-Warner, J., y Miller, J. D. (2015). Child maltreatment types and risk behaviors: Associations with attachment style and emotion regulation dimensions. *Personality and Individual Differences*, 73, 127-133. doi:10.1016/j.paid.2014.09.015
- Owens, G. P. (2016). Predictors of Posttraumatic Growth and Posttraumatic Stress Symptom Severity in Undergraduates Reporting Potentially Traumatic Events. *Journal of clinical psychology*, 72(10), 1064-1076. Doi:10.1002/jclp.22309
- Páez, D., Campos, M., Fernández, I., Zubietta, E. y Casullo, M. (2007). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 329-341.
- Papastavrou, E., Tsangari, H., Karayiannis, G., Papacostas, S., Efstathiou, G. y Sourtzi, P. (2011). Caring and coping: The dementia caregivers. *Aging & Mental Health*, 15(6), 702-711. Doi:10.1080/13607863.2011.562178
- Pereda, N. (2006). *Malestar psicológico en estudiantes universitarios víctimas de abuso sexual infantil y otros estresores*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología. Universidad de Barcelona.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 29(4), 328-338. Doi:10.1016/j.cpr.2009.02.007
- Perry, B. D. (1999). Formación de vínculos y el desarrollo del apego en los niños maltratados. *Child. Trauma. Academia serie educativa para cuidadores*.

- Pintello, D. y Zuravin, S. (2001). Intrafamilial Child Sexual Abuse: Predictors of Postdisclosure Maternal Belief and Protective Action. *Journal of the American Professional Society on the Abuse of Children*, 6(4), 344- 352. Doi:10.1177/1077559501006004007
- Plummer, C. (2006). Nonabusive mothers of sexually abused children: The role of rumination in maternal outcomes. *Journal of Child Sexual Abuse*. 15(2)103–122. doi:10.1300/J070v15n02\_07
- Policía de Investigaciones de Chile (2004). Centro de asistencia a víctimas de atentados sexuales CAVAS Metropolitano: 16 años de experiencia. Santiago: Versión/ Producciones Gráficas Ltda.
- Ponizovsky, A., Vitenberg, E., Baumgarten-Katz, I. y Grinshpoon, A. (2013). Attachment styles and affect regulation among outpatients with schizophrenia: Relationships to symptomatology and emotional distress. *Psychology And Psychotherapy: Theory, Research And Practice*, 86(2), 164-182. doi:10.1111/j.2044-8341.2011.02054.x
- Poseck, B. V., Baquero, B. C., y Jiménez, M. L. V. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento post-traumático. *Papeles del psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Pritchett, R., RoCHAT, T.J., Tomlinson, M. y Minnis, H. (2013). Risk factors for vulnerable youth in urban townships in South Africa: the potential contribution of reactive attachment disorder. *Vulnerable Chil. Youth Stud.* 8(4), 310–320. Doi:10.1080/17450128.2012.756569
- Quaas, C. (2006). Diagnóstico de burnout y técnicas de afrontamiento al estrés en profesores universitarios de la quinta región de Chile. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 5(1), 65-75.

- Quirós, P. (2006). *Comparación de las dinámicas familiares en familias que presentan abuso sexual con otros tipos de familias*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología. Universidad de Chile.
- Rajandram, R., Jenewein, J., McGrath, C. y Zwahlen, R. A. (2011). Coping processes relevant to posttraumatic growth: An evidence-based review. *Support Care Cancer*, 19, 583–589. doi: 10.1007/s00520-011-1105-0
- Rottenberg, J., Gross, J. J., y Gotlib, I. H. (2005). Emotion context insensitivity in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 627–639. doi:10.1037/0021-843X.114.4.627
- Rozenel, V. (2006). Los Modelos Operativos Internos (IWM) dentro de la teoría del apego. Aperturas psicoanalíticas: *Revista de psicoanálisis*, 23.
- Rumstein-McKean, O. y Hunsley, J. (2001). Interpersonal and family functioning of female survivors of childhood sexual abuse. *ClinPsychol*, 21(3), 471–490. doi:10.1016/S0272-7358(99)00069-0
- Salo, J., Qouta, S. y Punamäki, R. (2005). Adult attachment, posttraumatic growth and negative emotions among former political prisoners. *Anxiety, Stress, and Coping*, 18(4), 361–378. doi:10.1080/10615800500289524
- Schmidt, S. D., Blank, T. O., Bellizzi, K. M., y Park, C. L. (2012). The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. *Journal of Health Psychology*, 17(7), 1033–1040. doi:10.1177/1359105311429203
- Schmidt, S., Nachtigall, C., Wuethrich-Martone, O., y Strauss, B. (2002). Attachment and coping with chronic disease. *Journal of psychosomatic research*, 53(3), 763–773. doi:10.1016/S0022-3999(02)00335-5

- Schroevers, M. J., Helgeson, V. S., Sanderman, R. y Ranchor, A. V. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *19*(1), 46–53. doi.org/10.1002/pon.1501
- Shakespeare-Finch, J. E., y de Dassel, T. (2009). The impact of child sexual abuse on victims/survivors: Exploring posttraumatic out- comes as a function of childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, *18*(6), 623–640. doi:10.1080/10538710903317224
- Shaver, P. R. y Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, *4*(2), 133-161. doi:10.1080/14616730210154171
- Sher, K. J., y Grekin, E. R. (2007). Alcohol and affect regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 560–580). New York, NY: Guilford Press.
- Shipman, K., Edwards, A., Brown, A., Swisher, L., y Jennings, E. (2005). Managing emotion in a maltreating context: A pilot study examining child neglect. *Child Abuse & Neglect*, *29*(9), 1015-1029. doi:10.1016/j.chiabu.2005.01.006
- Sinclair, C. y Martínez, J. (2006). Culpa o responsabilidad: Terapia con madres de niñas y niños que han sufrido abuso sexual. *Psykhe*, *15*(2), 25-35. doi:10.4067/S07118-22282006000200003
- Sirles, E. y Franke, P. (1989). Factors influencing mothers' reactions to intrafamily sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, *13*(1), 131-139. doi:10.1016/0145-2134(89)90036-7
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological bulletin*, *129*(2), 216-269. Doi:10.1037/0033-2909.129.2.16
- Smith, P. N., Gamble, S. A., Cort, N. A., Ward, E. A., He, H., y Talbot, N. L. (2012). Attachment and alliance in the treatment of depressed, sexually abused women.

*Depression And Anxiety*, 29(2), 123-130. doi:10.1002/da.20913

Spencer, R., Guzmán, M., Fresno, A. y Ramos, N. (2013). Validación chilena del cuestionario de evaluación del apego romántico Experiences in Close Relationships (ECR): Análisis de la validez de criterio. *Terapia Psicológica*, 31(3), 313-324. doi:10.4067/S0718-48082013000300006

Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J., y Cross, H. (2004). Psychological sequelae of childhood sexual abuse: abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 785–801. doi:10.1016/j.chiabu.2003.12.004

Stockton, H., Hunt, N. y Joseph, S. (2011). Cognitive processing, rumination, and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 85-92.

Stroud, D. (1999). Familial support as perceived by adult victims of childhood sexual abuse. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 11(2), 159-175. doi:10.1007/BF02658845

Tarczon, C. (2012). *Mothers with a history of childhood sexual abuse: Key issues for child protection practice and policy* (ACSSA Research Summary No. 2). Melbourne: Australian Institute of Family Studies.

Tedeschi, R. G. (1999). Violence transformed: Posttraumatic growth in survivors and their survivors. *Aggression and Violent Behavior*, 4(3), 319-341. doi:10.1016/S1359-1789(98)00005-6

Tedeschi, R. y Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. doi:10.1207/s15327965pli1501\_01

Thompson, R.A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of*

*the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52. doi: 10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x

Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., y Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4, 400-410. doi: 10.1037/a0024204.

Tuncay, T. y Musabak, I. (2015). Problem-Focused Coping Strategies Predict Posttraumatic Growth in Veterans With Lower-Limb Amputations. *Journal of Social Service Research*, 41(4), 466–483. doi: 10.1080/01488376.2015.1033584

Turunen, T., Haravuori, H., Punamaki, R., Suomalainen, L. y Marttunen, M. (2014). The role of attachment in recovery after a school-shooting trauma. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 22728. doi:10.3402/ejpt.v5.22728.

Valdés, F. y Fresno, A. (2011). Relación entre la calidad de apego adulto y las estrategias de afrontamiento de estrés en estudiantes universitarios. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología. Universidad de Talca.

Vázquez, C., Castilla, C. y Hervás, G. (2009). Reacciones ante el trauma: Resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (ed.), *Las emociones positivas* (pp. 375-392). Madrid: Pirámide.

Volgin, R. y Bates, G. (2016). Attachment and Social Support as Predictors of Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth. *Traumatology*, 22(3), 184-191. doi.org/10.1037/trm0000083

Wearick-Silva, L. E., Tractenberg, S. G., Levandowski, M. L., Viola, T. W., Pires, J., y Grassi-Oliveira, R. (2014). Mothers who were sexually abused during childhood are more likely to have a child victim of sexual violence. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 36(2), 119-122. Doi:10.1590/2237-6089-2013-0054

- Wei, M., Vogel, D. L., Ku, T. Y., y Zakalik, R. A. (2005). Adult Attachment, Affect Regulation, Negative Mood, and Interpersonal Problems: The Mediating Roles of Emotional Reactivity and Emotional Cutoff. *Journal of counseling psychology*, 52(1), 14.
- Wei, M., Russell, D. Mallinckrodt, B. y Vogel, D. (2007). The Experiences in close relationship scale (ECR)- short form: Reliability, validity, and factor estructura. *Journal of Personality Assessment*, 88(2), 187-204. doi:10.1080/0222389070126841
- Weiss, T. (2002). Posttraumatic growth in women with breast cancer and their husbands. *Journal of Psychosocial Oncology*, 20, 65-80. doi: 10.1300/J077v20n02\_04
- Weiss, T. y Berger, R. (2010). *Posttraumatic Growth and Culturally Competent Practice: Lessons Learned from Around the Globe*. New York: Wiley.
- Wild, N. y Paivio, S. (2003). Psychological Adjustment, Coping, and Emotion Regulation as Predictors of Posttraumatic Growth. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 8(4), 97- 122. doi: 10.1300/J146v8n04\_05
- Willingham, E. (2007). Maternal Perceptions and Responses to Child Sexual Abuse. *Counseling and Psychological Services Dissertations*, 12.
- Xu, W., Fu, Z., He, L., Schoebi, D. y Wang, J. (2015). Growing in times of grief: Attachment modulates bereaved adults' posttraumatic growth after losing a family member to cancer. *Psychiatry research*, 230(1), 108-115. doi:10.1016/j.psychers.2015.08.35
- Yárnoz-Yaben, S. y Comino, P. (2011). Evaluación del Apego Adulto: Análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Acción Psicológica*, 8(2), 67-85.
- Yeung, N. Y., Lu, Q., Wong, C. Y. y Huynh, H. C. (2016). The roles of needs satisfaction, cognitive appraisals, and coping strategies in promoting posttraumatic growth: A stress and coping perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, And Policy*, 8(3), 284-292. doi:10.1037/tra0000091.



## Anexos

### Anexo N°1: Variables de la investigación

#### 1.- Encuesta Sociodemográfica.

<b>Variable</b>	<b>Nivel de Medición</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>
Edad	de Razón	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Ítem 1, encuesta sociodemográfica.
Estado Civil	Nominal	Situación civil de la madre, al momento de realizar la encuesta.	Ítem 2, encuesta sociodemográfica.
Nivel educacional	Ordinal	Período medido en años escolares que una persona ha permanecido en el sistema educativo formal.	Ítem 3, encuesta sociodemográfica.
Tipo de Familia	Nominal	Clasificación estructural de los integrantes de la familia.	Ítem 5, encuesta sociodemográfica.
N° integrantes sistema familiar	Ordinal	Cantidad de personas que componen el sistema familiar.	Ítem 5 a), encuesta sociodemográfica.
Edad cuando tuvo a su primer hijo	Ordinal	Tiempo en años cumplidos por la madre al momento de tener a su primer hijo/a.	Ítem 5 b), encuesta sociodemográfica.
Ingresos económicos	Nominal	Cantidad de personas que perciben ingresos económicos en el sistema familiar	Ítem 6, encuesta sociodemográfica.
Nivel socioeconómico	Ordinal	Posición o status que obtiene una persona en la sociedad a través de	Ítem 7, encuesta sociodemográfica.

		los recursos económicos que posee	
Religión	Nominal	Conjunto de dogmas o creencias acerca de un ser supremo, de sentimientos, veneración y temor hacia ella; de normas morales para la conducta individual y social de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.	Ítem 8, encuesta sociodemográfica.

## 2.- Cuestionario Experiencias personales de mi hijo/a.

Variable	Nivel de Medición	Definición Conceptual	Definición Operacional
Edad de la agresión	Ordinal	Años que tenía el niño cuando ocurrió el primer episodio de agresión sexual.	Ítem 1, CEPH.
Sexo Agresor	Nominal	Género al que pertenece el agresor.	Ítem 2, CEPH.
Edad del Agresor	Ordinal	Años aproximados que tenía el agresor cuando cometió el abuso sexual infantil.	Ítem 3, CEPH.
Vínculo con el agresor	Nominal	Tipo de vínculo entre el/la niño/a y el agresor.	Ítem 4, CEPH.
Tipo de conductas sexuales	Nominal	Las conductas sexuales ocurridas durante el/los episodio/s abusivos. Se incluyen conductas con y sin contacto físico.	Ítem 5, CEPH.
Persona primera develación	Nominal	Persona a la cual el niño/a devela, por	Ítem 6, CEPH.

		primera vez, la situación de abuso sexual infantil.	
Quién realiza la denuncia	Nominal	Persona que interpone acusación de abuso sexual infantil en carabineros, fiscalía, policía de investigaciones o Tribunal de familia.	Ítem 7, CEPH.

### 3.- Apoyo Social Percibido

<b>Variable</b>	<b>Nivel de Medición</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>
Apoyo Social Percibido	Intervalar	Se centra en la existencia de relaciones significativas y la evaluación o apreciación subjetiva que realiza el individuo de la adecuación del apoyo que recibe (Barra, 2004; Escobar, Puga y Martín, 2008).	Puntaje obtenido en la <i>Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido</i> de Zimet et al. (1988), en su versión validada en Chile por Ortiz y Baeza (2011). Está compuesta por 12 ítems que evalúan la percepción de apoyo social. Estos ítems se agrupan en 3 factores. El primero evalúa apoyo social de pares (ítems 6, 7, 9 y 12), el segundo apoyo de la familia (ítems 3, 4, 8 y 11) y el tercero percepción de apoyo de otras figuras significativas (ítems 1, 2, 5 y 10).

### 4.- Inseguridad del Apego

<b>Variable</b>	<b>Nivel de Medición</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>

<p>Inseguridad del Apego: Ansiedad-evitación.</p>	<p>Intervalar</p>	<p>La dimensión de ansiedad se refiere a las diferencias individuales respecto de la cual una persona se muestra hipervigilante en temas relacionados con el apego. Es así como las personas con alta ansiedad son más vulnerables afectivamente (Brennan, Clark y Shaver, 1998) y constantemente manifiestan preocupación frente a la posibilidad de que su figura de apego no responda apropiadamente a sus necesidades, en comparación con personas con una baja ansiedad, quienes manifiestan seguridad en su apego (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011).</p> <p>Por otro lado, la dimensión de evitación, se refiere a la predisposición que tienen las personas de utilizar estrategias de evitación más que búsqueda de proximidad, esto con el fin de regular las conductas, pensamientos y sentimientos relacionados con el apego. Las personas con</p>	<p>Puntaje obtenido en el <i>Experiences in Close Relationships</i> (ECR, Brennan, Clark y Shaver, 1998), en su versión validada en Chile por Spencer, Guzmán, Fresno y Ramos (2013), compuesto por dos escalas: la ansiedad ante el abandono y la evitación de la cercanía.</p>
---------------------------------------------------	-------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>alta evitación, presentan miedo a la intimidad, inestabilidad afectiva por la desconfianza que tienen en los otros (Brennan, Clark y Shaver, 1998) desconexión con sus relaciones interpersonales, mientras tanto, las personas con baja evitación se sienten cómodas en la intimidad con los demás, confiando en ellos como base segura (Yárnoz-Yaben y Comino, 2011).</p>	
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

### 5.- Dificultad en la regulación emocional.

Variable	Nivel de Medición	Definición Conceptual	Definición Operacional
Dificultad en la regulación emocional	Intervalar	La regulación emocional es un constructo multidimensional que integra no solo la capacidad de las personas para modular los afectos negativos en la interacción con el medio ambiente (Cicchetti, et al. 1995 en Choi y Oh, 2014) sino que también la atención, comprensión y aceptación de las emociones, así como la capacidad de lograr	Puntaje obtenido en la <i>Escala de Dificultades en la Regulación Emocional</i> (DERS; Gratz y Roemer, 2004), en su versión validada en Chile por Guzmán, Trabucco, Urzúa, Garrido y Leiva (2014), compuesta por cinco subescalas: descontrol emocional, interferencia cotidiana, rechazo emocional, confusión emocional y desatención emocional.

		objetivos a pesar de experimentar estados emocionales negativos (Gratz y Roemer, 2004).	
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------	--

## 6.- Estrategias de Afrontamiento

<b>Variable</b>	<b>Nivel de Medición</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>
Estrategias de Afrontamiento	Intervalar	Los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que los sujetos desarrollan para afrontar las demandas externas y/o internas percibidas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).	Puntaje obtenidos en la <i>Escala de Evaluación de Técnicas de Afrontamiento (C.O.P.E)</i> de Carver, Scheier y Weintraud (1989), en su versión adaptada en Chile por Barría (2004). Está compuesta por 15 modos de afrontamiento que se pueden agrupar en 3 factores de segundo orden, las estrategias serían: Centradas en el problema, en la emoción y en la evitación al afrontamiento.

## 7.- Salud mental

<b>Variable</b>	<b>Nivel de Medición</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>
Salud mental	Intervalar	La Salud Mental es una condición básica de la salud que da como resultado el desarrollo de actividades productivas, relaciones exitosas con otras personas, habilidad para	Puntaje obtenidos en la <i>Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)</i> versión abreviada, fue creada por Lovinbond y Lovibond (1995), con el fin de medir estados emocionales negativos de

		<p>adaptarse a los cambios y soportar la adversidad; esta condición es inherente al bienestar personal, familiar y social (Sáenz &amp; Acuña, 2002).</p>	<p>depresión, ansiedad y estrés. Esta escala fue traducida y adaptada a Chile por Vinet, Rehbein, Román y Saiz y modificada por Román, siendo esta última versión la utilizada (Antúnez y Vinet, 2012).</p> <p>Está compuesta por 3 sub escalas: Depresión, Ansiedad y Estrés.</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Anexo N°2: Encuesta Sociodemográfica:**

Este instrumento se aplicará en todos los casos para sistematizar los datos más relevantes en cuanto a variables sociodemográficas, a saber, Edad, nacionalidad, estado civil, nivel educacional, tipo de familia, N° de integrantes en el sistema familiar, Edad que tenía cuando tuvo a su primer hijo, religión y nivel de ingresos económicos.

N° de Protocolo

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del proyecto al que asiste: \_\_\_\_\_

Estimado/a participante:

Gracias por su colaboración. Completar este cuestionario le tomará aproximadamente 30 minutos. Al responder las preguntas, por favor hágalo de la manera más honesta y precisa posible y asegúrese de no saltarse ninguna pregunta. No hay respuestas correctas o incorrectas. Recuerde que todas sus respuestas serán estrictamente confidenciales y anónimas.

<p><b>1. Edad:</b> _____</p> <p><b>2. Nacionalidad:</b> _____</p>	<p><b>3. Estado civil:</b> marque con una X alguna de las siguientes alternativas.</p> <p>O Soltero(a)   O Casado(a)   O Separado(a) Divorciado (a)   O Viudo(a)</p>
<p><b>4. ¿Tiene pareja actualmente?</b>                      O Sí                      O No</p> <p><b>Si respondió “sí” en la pregunta anterior:</b></p> <p>4.1 ¿Cuánto tiempo de relación llevan? (Indique cantidad de años y/o meses) _____Años, _____Meses</p> <p>4.2 ¿Vive con su pareja?                      O Sí                      O No</p> <p>4.3. Si respondió sí a la anterior pregunta, ¿Hace cuánto tiempo que viven juntos? (Indique cantidad en años y/o meses) : _____ años , _____meses</p>	
<p><b>5. Marque a continuación el nivel educacional más alto que ha alcanzado</b></p>	<p><b>6. Marque la alternativa que más se ajuste a su familia actual</b></p>

<input type="radio"/>	Educación Básica Incompleta	<input type="radio"/>	Nuclear biparental matrimonial (Compuesta por Esposo, Esposa e hijos/as)
<input type="radio"/>	Educación Básica Completa	<input type="radio"/>	Nuclear biparental convivencia (Compuesta por Convivientes e hijos/as)
<input type="radio"/>	Educación Media Incompleta	<input type="radio"/>	Monoparental (Aquella familia constituida por uno de los padres y sus hijos/as)
<input type="radio"/>	Educación Media Completa	<input type="radio"/>	Extensa (Se compone por más de un núcleo familiar, ejemplo: suegros, tíos, hermanos, etc.)
<input type="radio"/>	Educación Técnica Incompleta	<input type="radio"/>	Separada (Padres se encuentran separados)
<input type="radio"/>	Educación Técnica Completa	<input type="radio"/>	Ensamblada (Uno o ambos miembros de la pareja tienen uno o varios hijos de uniones anteriores)
<input type="radio"/>	Educación Universitaria Incompleta		
<input type="radio"/>	Educación Universitaria Completa		
<input type="radio"/>	Post grado (Master, Doctorado o Equivalente)		

7. N° de integrantes en el sistema familiar \_\_\_\_\_  
hijo/a \_\_\_\_\_

8. Edad que tenía cuando tuvo a su primer hijo/a \_\_\_\_\_

9. En mi casa ¿Cuántos miembros perciben ingresos económicos? \_\_\_\_\_

**10. Marque la alternativa que más se ajuste a los ingresos que usted recibe en promedio al mes**

**11. ¿Pertenece a alguna religión? Encierre la alternativa en el círculo:**

<input type="radio"/>	No recibo ingresos	<input type="radio"/>	Católica
<input type="radio"/>	Menos de \$127.500	<input type="radio"/>	Evangélica
<input type="radio"/>	Entre \$127.500 - \$150.000	<input type="radio"/>	Testigo de Jehová
<input type="radio"/>	Entre \$150.000 - \$250.000	<input type="radio"/>	Mormón
<input type="radio"/>	Entre \$250.000 - \$350.000	<input type="radio"/>	Judío
<input type="radio"/>	Entre \$350.000 – \$430.000	<input type="radio"/>	Musulman

O	Entre \$430.000 - \$650.000	O	Otra religión o credo
O	Entre \$650.000- \$1.120.000	O	Agnóstico o ateo
O	Entre \$1.120.00 - \$2.250.000	O	Ninguna
O	Superior a \$2.250.000		

**9.- Categoría Ocupacional del principal sostenedor del hogar (es decir, la persona que MÁS recursos económicos aporta en la mantención de la casa en que vive).** Ejemplos: si depende de sus padres será el que entre ellos más aporte para financiar los gastos familiares. Si vive con su pareja o solo, entonces podría ser usted mismo o su pareja dependiendo de cuál sea el aporte económico de cada uno. **Encierre en un círculo el número de la ocupación que más represente su situación:**

Trabajos menores ocasionales e informales (lavado, aseo, servicio doméstico ocasional, cuidador de autos, limosna, etc.)	1
Oficio menor (obrero no calificado, jornalero, servicio doméstico con contrato)	2
Obrero calificado, capataz, junior, micro empresario (kiosco, taxi, comercio menor, ambulante, etc.)	3
Empleado administrativo medio y bajo, vendedor, secretaria, jefe de sección. Técnico especializado. Profesional independiente de carreras técnicas (contador, analista de sistemas, diseñador, músico). Profesor primario o secundario.	4
Ejecutivo medio (gerente o sub-gerente), gerente general de empresa media o pequeña. Profesional independiente de carreras tradicionales (médico, abogado, arquitecto, ingeniero, agrónomo, etc.)	5
Alto ejecutivo (gerente general) de empresa grande. Directores de grandes empresas. Empresarios propietarios de empresas medianas y grandes. Profesionales independientes de gran prestigio.	6

**10. Nivel educativo del principal sostenedor del hogar (es decir, la persona que MÁS recursos económicos aporta en la mantención de la casa en que vive).** Ejemplos: si depende de sus padres será el que entre ellos más aporte para financiar los gastos familiares. Si vive con su pareja o solo, entonces podría ser usted mismo o su pareja dependiendo de cuál sea el aporte económico de cada uno. **Encierre en un círculo el número del nivel educativo que representa su situación**

Educación Básica Incompleta	Educación Básica Completa	Educación Media Incompleta	Educación Media Completa o	Educación Universitaria Incompleta o	Educación Universitaria Completa	Postgrado (Master, Doctor o equivalente)
-----------------------------	---------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	------------------------------------------

			Técnica Incompleta	Técnica Completa		
1	2	3	4	5	6	7

**Anexo N° 3: Cuestionario Experiencias personales de mi hijo/a**

**ÍTEM I.** A continuación se realizarán una serie de preguntas de su experiencia personal como madre con respecto a la situación de abuso sexual de su hijo/a. Es muy importante que Ud. sea lo más sincera en todas las preguntas que se presentan. Cabe recordar que la información que Ud. exponga es de carácter CONFIDENCIAL y ANÓNIMA, por lo que puede sentirse segura de la información que expone en el cuestionario.

Desde ya agradecemos su colaboración, ya que será de bastante utilidad para la investigación que se está realizando.

1.- ¿Cuántos hijos/as asisten al proyecto? \_\_\_\_\_

2.- Si respondió que asisten más de un hijo al proyecto ¿Todos asisten por abuso sexual infantil?

SI	O	NO	O
----	---	----	---

3.- ¿Cuál es el sexo de su hijos/as que asiste/n al proyecto?

<b>Hijo/a</b> <b>1</b>	Hombre O	Mujer O	<b>Hijo/a</b> <b>2</b>	Hombre O	Mujer O	<b>Hijo/a</b> <b>3</b>	Hombre O	Mujer O
---------------------------	-------------	------------	---------------------------	-------------	------------	---------------------------	-------------	------------

4.- ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando sufrió los abusos sexuales por primera vez?

<b>Hijo/a</b> <b>1</b>		<b>Hijo/a</b> <b>2</b>		<b>Hijo/a</b> <b>3</b>	Mujer O
---------------------------	--	---------------------------	--	---------------------------	------------

5.- ¿Cuál era el sexo del agresor?

<b>Hijo/a</b> <b>1</b>	Hombre	O	Mujer	O	No sabe	O
---------------------------	--------	---	-------	---	---------	---

<b>Hijo/a</b> <b>1</b>	Hombre	O	Mujer	O	No sabe	O
---------------------------	--------	---	-------	---	---------	---

<b>Hijo/a 1</b>	Hombre	<input type="radio"/>	Mujer	<input type="radio"/>	No sabe	<input type="radio"/>
-----------------	--------	-----------------------	-------	-----------------------	---------	-----------------------

6.- ¿Recuerda Ud. qué edad tenía el agresor en el momento que ocurrió el abuso sexual a su hijo/a?

Hijo/a 1	a) Menos de 20 años <input type="radio"/>	b) Entre 21 y 30 años <input type="radio"/>	c) Más de 30 años <input type="radio"/>	d) No sabe <input type="radio"/>
----------	----------------------------------------------	------------------------------------------------	--------------------------------------------	----------------------------------

Hijo/a 2	a) Menos de 20 años <input type="radio"/>	b) Entre 21 y 30 años <input type="radio"/>	c) Más de 30 años <input type="radio"/>	d) No sabe <input type="radio"/>
----------	----------------------------------------------	------------------------------------------------	--------------------------------------------	----------------------------------

Hijo/a 3	a) Menos de 20 años <input type="radio"/>	b) Entre 21 y 30 años <input type="radio"/>	c) Más de 30 años <input type="radio"/>	d) No sabe <input type="radio"/>
----------	----------------------------------------------	------------------------------------------------	--------------------------------------------	----------------------------------

7.- El agresor sexual de mi hijo/a es un

<input type="radio"/>	Familiar	<input type="radio"/>	No familiar pero conocido	<input type="radio"/>	Desconocido	<input type="radio"/>	No sabe
-----------------------	----------	-----------------------	---------------------------	-----------------------	-------------	-----------------------	---------

8.- En el caso de que el agresor sexual de mi hijo sea un familiar: ¿Cuál era el vínculo **QUE TENÍA YO** con el agresor cuando cometió los abusos?

**Hijo/a 1**

a)	Mi esposo	<input type="radio"/>	b)	Mi pareja	<input type="radio"/>	c)	Mi ex esposo	<input type="radio"/>
d)	Mi ex pareja	<input type="radio"/>	e)	Mi padre	<input type="radio"/>	f)	Mi madre	<input type="radio"/>
g)	Mi suegro	<input type="radio"/>	h)	Mi suegra	<input type="radio"/>	i)	Mi hermano	<input type="radio"/>
j)	Mi hermana	<input type="radio"/>	k)	Mi cuñado	<input type="radio"/>	l)	Mi cuñada	<input type="radio"/>
m)	Mi tío	<input type="radio"/>	n)	Mi tía	<input type="radio"/>	o)	Mi hijo	<input type="radio"/>
p)	Mi hija	<input type="radio"/>	q)	Mi Sobrino	<input type="radio"/>	r)	Mi Sobrina	<input type="radio"/>

s)	No sabe	O					
----	---------	---	--	--	--	--	--

### Hijo/a 2

a)	Mi esposo	O	b)	Mi pareja	O	c)	Mi ex esposo	O
d)	Mi ex pareja	O	e)	Mi padre	O	f)	Mi madre	O
g)	Mi suegro	O	h)	Mi suegra	O	i)	Mi hermano	O
j)	Mi hermana		k)	Mi cuñado	O	l)	Mi cuñada	O
m)	Mi tío	O	n)	Mi tía	O	o)	Mi hijo	O
p)	Mi hija	O	q)	Mi Sobrino	O	r)	Mi Sobrina	O
s)	No sabe	O						

### Hijo/a 3

a)	Mi esposo	O	b)	Mi pareja	O	c)	Mi ex esposo	O
d)	Mi ex pareja	O	e)	Mi padre	O	f)	Mi madre	O
g)	Mi suegro	O	h)	Mi suegra	O	i)	Mi hermano	O
j)	Mi hermana		k)	Mi cuñado	O	l)	Mi cuñada	O
m)	Mi tío	O	n)	Mi tía	O	o)	Mi hijo	O
p)	Mi hija	O	q)	Mi Sobrino	O	r)	Mi Sobrina	O
s)	No sabe	O						

9.- ¿Cuál era el vínculo que **TENÍA MI HIJO** con el agresor cuando cometió los abusos?

### Hijo/a 1

a)	Padre biológico	O	b)	Padraastro	O	c)	Ex padraastro	O
----	-----------------	---	----	------------	---	----	---------------	---

d)	Abuelo Materno	<input type="radio"/>	e)	Abuela Materna	<input type="radio"/>	f)	Abuelo Paterno	<input type="radio"/>
g)	Abuela Paterna	<input type="radio"/>	h)	Tío Materno	<input type="radio"/>	i)	Tía Materna	<input type="radio"/>
j)	Tío Paterno	<input type="radio"/>	k)	Tía Paterna	<input type="radio"/>	l)	Tío Abuelo	<input type="radio"/>
m)	Tía Abuela	<input type="radio"/>	n)	Hermano	<input type="radio"/>	o)	Hermana	<input type="radio"/>
p)	Primo	<input type="radio"/>	q)	Prima	<input type="radio"/>	r)	No sabe	<input type="radio"/>

### Hijo/a 2

a)	Padre biológico	<input type="radio"/>	b)	Padraastro	<input type="radio"/>	c)	Ex padraastro	<input type="radio"/>
d)	Abuelo Materno	<input type="radio"/>	e)	Abuela Materna	<input type="radio"/>	f)	Abuelo Paterno	<input type="radio"/>
g)	Abuela Paterna	<input type="radio"/>	h)	Tío Materno	<input type="radio"/>	i)	Tía Materna	<input type="radio"/>
j)	Tío Paterno	<input type="radio"/>	k)	Tía Paterna	<input type="radio"/>	l)	Tío Abuelo	<input type="radio"/>
m)	Tía Abuela	<input type="radio"/>	n)	Hermano	<input type="radio"/>	o)	Hermana	<input type="radio"/>
p)	Primo	<input type="radio"/>	q)	Prima	<input type="radio"/>	r)	No sabe	<input type="radio"/>

### Hijo/a 3

a)	Padre biológico	<input type="radio"/>	b)	Padraastro	<input type="radio"/>	c)	Ex padraastro	<input type="radio"/>
d)	Abuelo Materno	<input type="radio"/>	e)	Abuela Materna	<input type="radio"/>	f)	Abuelo Paterno	<input type="radio"/>
g)	Abuela Paterna	<input type="radio"/>	h)	Tío Materno	<input type="radio"/>	i)	Tía Materna	<input type="radio"/>
j)	Tío Paterno	<input type="radio"/>	k)	Tía Paterna	<input type="radio"/>	l)	Tío Abuelo	<input type="radio"/>
m)	Tía Abuela	<input type="radio"/>	n)	Hermano	<input type="radio"/>	o)	Hermana	<input type="radio"/>
p)	Primo	<input type="radio"/>	q)	Prima	<input type="radio"/>	r)	No sabe	<input type="radio"/>

10.- De las conductas sexuales que se describen a continuación ¿Cuál fue la que padeció su hijo? Marque todas las alternativas que apliquen.

### Hijo/a 1

a)	Propuestas verbales de actividad sexual explícita	<input type="radio"/>	b)	Exhibicionismo	<input type="radio"/>	c)	Obligada a ver actividades sexuales de otras personas	<input type="radio"/>
d)	Violación	<input type="radio"/>	e)	Penetración anal o vaginal con el pene	<input type="radio"/>	f)	Penetración digital anal o vaginal	<input type="radio"/>
g)	Penetración digital anal o vaginal con un objeto	<input type="radio"/>	h)	Caricias por encima de la cintura	<input type="radio"/>	i)	Caricias por debajo de la cintura	<input type="radio"/>
j)	Contacto genital oral	<input type="radio"/>	k)	Obligar a masturbarse	<input type="radio"/>	l)	No sabe	<input type="radio"/>

### Hijo/a 2

a)	Propuestas verbales de actividad sexual explícita	<input type="radio"/>	b)	Exhibicionismo	<input type="radio"/>	c)	Obligada a ver actividades sexuales de otras personas	<input type="radio"/>
d)	Violación	<input type="radio"/>	e)	Penetración anal o vaginal con el pene	<input type="radio"/>	f)	Penetración digital anal o vaginal	<input type="radio"/>
g)	Penetración digital anal o vaginal con un objeto	<input type="radio"/>	h)	Caricias por encima de la cintura	<input type="radio"/>	i)	Caricias por debajo de la cintura	<input type="radio"/>
j)	Contacto genital oral	<input type="radio"/>	k)	Obligar a masturbarse	<input type="radio"/>	l)	No sabe	<input type="radio"/>

### Hijo/a 3

a)	Propuestas verbales de actividad sexual explícita	<input type="radio"/>	b)	Exhibicionismo	<input type="radio"/>	c)	Obligada a ver actividades sexuales de otras personas	<input type="radio"/>
d)	Violación	<input type="radio"/>	e)	Penetración anal o vaginal con el pene	<input type="radio"/>	f)	Penetración digital anal o vaginal	<input type="radio"/>

g)	Penetración digital anal o vaginal con un objeto	O	h)	Caricias por encima de la cintura	O	i)	Caricias por debajo de la cintura	O
j)	Contacto genital oral	O	k)	Obligar a masturbarse	O	l)	No sabe	O

11.- El abuso sexual de su hijo/a fue:

<b>Hijo/a 1</b>	a) Develado por su hijo/a O	b) Detectado por otra persona O
-----------------	--------------------------------	---------------------------------

<b>Hijo/a 2</b>	a) Develado por su hijo/a O	b) Detectado por otra persona O
-----------------	--------------------------------	---------------------------------

<b>Hijo/a 3</b>	a) Develado por su hijo/a O	b) Detectado por otra persona O
-----------------	--------------------------------	---------------------------------

12.- En el caso de que su hijo/a haya develado la situación de abuso sexual, ¿A quién se lo comunicó por primera vez?

**Hijo/a 1**

a)	A Ud. (Mamá)	O	b)	Papá	O	c)	A Otro familiar	O
d)	A un Profesor/a	O	e)	A un amigo/a	O	f)	A carabineros	O
g)	Psicólogo	O	h)	No sabe	O			

**Hijo/a 2**

a)	A Ud. (Mamá)	O	b)	Papá	O	c)	A Otro familiar	O
d)	A un Profesor/a	O	e)	A un amigo/a	O	f)	A carabineros	O
g)	Psicólogo	O	h)	No sabe	O			

### Hijo/a 3

a)	A Ud. (Mamá)	O	b)	Papá	O	c)	A Otro familiar	O
d)	A un Profesor/a	O	e)	A un amigo/a	O	f)	A carabineros	O
g)	Psicólogo	O	h)	No sabe	O			

13.- En caso de que el abuso sexual haya sido detectado por otra persona ¿Quién fue esa otra persona?

### Hijo/a 1

a)	Mamá	O	b)	Papá	O	c)	Otro familiar	O
d)	Profesor/a	O	e)	Un amigo/a	O	f)	Carabineros	O
g)	Psicólogo	O	h)	Otro	O	i)	No sabe	O

### Hijo/a 2

a)	Mamá	O	b)	Papá	O	c)	Otro familiar	O
d)	Profesor/a	O	e)	Un amigo/a	O	f)	Carabineros	O
g)	Psicólogo	O	h)	Otro	O	i)	No sabe	O

### Hijo/a 3

a)	Mamá	O	b)	Papá	O	c)	Otro familiar	O
d)	Profesor/a	O	e)	Un amigo/a	O	f)	Carabineros	O

g)	Psicólogo	<input type="radio"/>	h)	Otro	<input type="radio"/>	i)	No sabe	<input type="radio"/>
----	-----------	-----------------------	----	------	-----------------------	----	---------	-----------------------

14.- ¿Quién realizó la denuncia ante las autoridades?

**Hijo/a 1**

a)	Madre	<input type="radio"/>	b)	Padre	<input type="radio"/>	c)	Otro familiar	<input type="radio"/>
d)	Establecimiento educacional	<input type="radio"/>	e)	Vecino	<input type="radio"/>	f)	Otro	<input type="radio"/>
g)	No sabe	<input type="radio"/>						

**Hijo/a 2**

a)	Madre	<input type="radio"/>	b)	Padre	<input type="radio"/>	c)	Otro familiar	<input type="radio"/>
d)	Establecimiento educacional	<input type="radio"/>	e)	Vecino	<input type="radio"/>	f)	Otro	<input type="radio"/>
g)	No sabe	<input type="radio"/>						

**Hijo/a 3**

a)	Madre	<input type="radio"/>	b)	Padre	<input type="radio"/>	c)	Otro familiar	<input type="radio"/>
d)	Establecimiento educacional	<input type="radio"/>	e)	Vecino	<input type="radio"/>	f)	Otro	<input type="radio"/>
g)	No sabe	<input type="radio"/>						

15.- ¿En qué mes y año ingresaron al proyecto en el cual se encuentran? Mes de:  
 \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

16. Actualmente ¿Usted está recibiendo tratamiento psicológico por lo acontecido con su hijo/a? O Si O No

Si respondió “Si” a la pregunta anterior:

17 ¿Este tratamiento se está realizando en el mismo proyecto en el cual se encuentra su hijo/a?  
O Si O No

Si respondió “Si” a la pregunta anterior:

18. ¿Hace cuánto tiempo está recibiendo tratamiento Psicológico en el proyecto? \_\_\_\_\_ Años  
\_\_\_\_\_ Meses

### **Historia Personal de Abuso Sexual Infantil**

19.- ¿En su infancia o adolescencia, padeció Ud. de abusos sexuales?

a) SI O	b) NO	c) No sabe O
---------	-------	-----------------

Nota pregunta 1: Si Ud. responde SI, conteste la siguiente pregunta:

20.- ¿Recibió tratamiento psicológico a raíz del abuso sexual infantil?

a) SI O	b) NO	c) No sabe O
---------	-------	-----------------

#### **Anexo N°4: Apoyo Social Percibido**

Lea cada una de las siguientes frases cuidadosamente. Indica tu acuerdo con cada una de ellas empleando la siguiente escala:

	<b>Casi siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Con Frecuencia</b>	<b>Siempre</b>
1. Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
2. Cuando tengo penas o alegrías hay alguien que me puede ayudar	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
3. Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
4. Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
5. Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
6. Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
7. Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
8. Puedo conversar de mis problemas con mi familia	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
9. Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
10. Hay una persona que se interesa por lo que yo siento	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
11. Mi familia me ayuda a tomar decisiones	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
12. Puedo conversar de mis problemas con mis amigos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

### Anexo N°5: *Experiences in Close Relationships (ECR)*

Las siguientes afirmaciones se refieren a como suele sentirse en sus relaciones de pareja. Nos interesa saber cómo vive las relaciones de pareja en general, no cómo se está sintiendo en una actual relación. Por esta razón, no importa si actualmente no está involucrado/a en una relación de pareja. Responda a cada afirmación indicando en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo con ella.

**NOTA ACLARATORIA:** El siguiente cuestionario utiliza la palabra “**INTIMIDAD**” como un elemento importante de las relaciones de pareja. Esta *intimidad* incluye distintos aspectos propios de las relaciones de pareja, como por ejemplo: la cercanía emocional y física, la vida sexual, la comunicación, el compromiso mutuo, la privacidad, etc.

**Marca con una X el número que mejor represente tu respuesta de acuerdo a la escala que se presenta a la derecha de cada afirmación.**

	Totalmente de acuerdo (1)	Bastante de acuerdo (2)	Un poco de acuerdo (3)	Ni de acuerdo / Ni en desacuerdo (4)	Un poco en desacuerdo (5)	Bastante en desacuerdo (6)	Totalmente en desacuerdo (7)
1.- Prefiero no mostrar a mi pareja mis sentimientos personales	1	2	3	4	5	6	7
2.- Me preocupa que me abandonen	1	2	3	4	5	6	7
3.- Me siento muy cómodo/a teniendo un alto grado de intimidad con mi pareja	1	2	3	4	5	6	7
4.- Me preocupo en exceso por mis relaciones	1	2	3	4	5	6	7
5.- Cuando mi pareja comienza a establecer mayor intimidad, me doy cuenta que tiendo a cerrarme	1	2	3	4	5	6	7
6.- Me preocupa que mi pareja no se interese por mí tanto como yo me intereso por ella	1	2	3	4	5	6	7
7.- Me siento muy irritado cuando mi pareja quiere demasiada intimidad emocional	1	2	3	4	5	6	7
8.- Me preocupa bastante la posibilidad de perder a mi pareja	1	2	3	4	5	6	7
9.- Me siento incomodo abriéndome a mi pareja	1	2	3	4	5	6	7
10.- Frecuentemente deseo que los sentimientos de mi pareja hacia mí sean tan fuertes como son mis sentimientos hacia él/ella	1	2	3	4	5	6	7
11.- Quiero acercarme afectivamente a mi pareja, pero a la vez pongo distancia entre nosotros	1	2	3	4	5	6	7

12.- Frecuentemente quisiera fusionarme completamente con mi pareja y esto a veces le asusta	1	2	3	4	5	6	7
13.- Me pongo nervioso/a cuando mi pareja logra demasiada intimidad emocional conmigo	1	2	3	4	5	6	7
14.- Me preocupa estar solo/a	1	2	3	4	5	6	7
15.- Me siento cómodo/a compartiendo mis sentimientos y pensamientos íntimos con mi pareja	1	2	3	4	5	6	7
16.- A veces mi deseo de excesiva intimidad asusta a la gente	1	2	3	4	5	6	7
17.- Intento evitar establecer demasiada intimidad con mi pareja	1	2	3	4	5	6	7
18.- Necesito que mi pareja me reafirme constantemente que me ama	1	2	3	4	5	6	7
19.- Encuentro relativamente fácil establecer intimidad emocional con mi pareja	1	2	3	4	5	6	7
20.- A veces siento que presiono a mi pareja para que muestre más sentimientos, más compromiso hacia nuestra relación	1	2	3	4	5	6	7
21.- Me es difícil permitirme depender de mi pareja	1	2	3	4	5	6	7
22.- Pocas veces me preocupa la idea de ser abandonado	1	2	3	4	5	6	7
23.- Prefiero no tener demasiada intimidad emocional con mi pareja	1	2	3	4	5	6	7
24.- Si no logro que mi pareja muestre interés por mí, me molesto o me enojo	1	2	3	4	5	6	7
25.- Se lo cuento todo a mi pareja	1	2	3	4	5	6	7
26.- Creo que mi pareja no quiere tener tanta intimidad emocional conmigo como a mí me gustaría	1	2	3	4	5	6	7
27.- Frecuentemente converso sobre mis problemas y preocupaciones con mi pareja	1	2	3	4	5	6	7
28.- Cuando no tengo una relación de pareja, me siento un poco ansioso/a e inseguro/a	1	2	3	4	5	6	7

29.- Me siento cómodo dependiendo de mi pareja	1	2	3	4	5	6	7
30.- Me siento frustrado/a cuando mi pareja no me hace tanto caso como a mí me gustaría	1	2	3	4	5	6	7
31.- No me complica pedirle a mi pareja que me ayude, me consuele o me aconseje	1	2	3	4	5	6	7
32.- Me siento frustrado/a si mi pareja no está disponible cuando la necesito	1	2	3	4	5	6	7
33.- Me ayuda mucho recurrir a mi pareja en épocas de crisis	1	2	3	4	5	6	7
34.- Cuando mi pareja me critica, me siento muy mal	1	2	3	4	5	6	7
35.- Recorro a mi pareja para muchas cosas, por ejemplo cuando necesito consuelo y tranquilidad	1	2	3	4	5	6	7
36.- Me molesta que mi pareja pase tiempo lejos de mí	1	2	3	4	5	6	7

### **Anexo N°6: Escala de Dificultades en la Regulación Emocional**

A continuación te presentamos una serie situaciones que a todos nos pueden ocurrir cuando enfrentamos algún hecho o situación que nos afecta emocionalmente. Te pedimos que nos señales con qué frecuencia sientes que te ocurren dichas situaciones ante hechos que te afectan.

	<b>Casi Nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>La mitad de las veces</b>	<b>La mayoría de las veces</b>	<b>Casi siempre</b>
1. Percibo con claridad mis sentimientos	1	2	3	4	5
2. Presto atención a cómo me siento	1	2	3	4	5
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control	1	2	3	4	5
4. No tengo ni idea de cómo me siento	1	2	3	4	5
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos	1	2	3	4	5
6. Estoy atento/a a mis sentimientos	1	2	3	4	5
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo	1	2	3	4	5
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento	1	2	3	4	5
9. Cuando me encuentro mal, reconozco mis emociones	1	2	3	4	5
10. Cuando me encuentro mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera	1	2	3	4	5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera	1	2	3	4	5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para completar trabajos	1	2	3	4	5
13. Cuando me encuentro mal, pierdo el control	1	2	3	4	5
14. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas	1	2	3	4	5
15. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control	1	2	3	4	5

16. Cuando me encuentro mal, me siento avergonzado/a conmigo mismo/a por sentirme de esa manera	1	2	3	4	5
17. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil	1	2	3	4	5
18. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera	1	2	3	4	5
19. Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para concentrarme	1	2	3	4	5
20. Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento	1	2	3	4	5
21. Cuando me encuentro mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera	1	2	3	4	5
22. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a	1	2	3	4	5
23. Cuando me encuentro mal, pierdo el control sobre mi comportamiento	1	2	3	4	5
24. Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa	1	2	3	4	5
25. Cuando me encuentro mal, mis emociones parecen desbordarse	1	2	3	4	5

### **Anexo N°7: Escala de Evaluación de Técnicas de Afrontamiento**

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. A continuación te pedimos que marques con una “X” el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a los problemas.

	<b>Nunca hago esto</b>	<b>Algunas veces hago esto</b>	<b>Frecuentemente hago esto</b>	<b>Siempre hago esto</b>
1. Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
2. Me vuelco en el trabajo y en otras actividades para apartar cosas de mi mente	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
3. Me altero y dejo que mis emociones afloren	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
4. Intento conseguir consejo de alguien sobre qué puedo hacer	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de ello	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
6. Me digo a mí mismo “esto no es real”	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
7. Confío en Dios	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
8. Me río de la situación	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
9. Admito que no puedo hacerle frente y dejo de intentarlo	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
10. Me disuado a mí mismo de hacer algo demasiado rápidamente	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
11. Hablo de mis sentimientos con alguien	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
12. Utilizo alcohol o drogas (legales o no)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

13. Me acostumbro a la idea de lo que pasó	1	2	3	4
14. Hablo con alguien para averiguar más acerca de la situación	1	2	3	4
15. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades	1	2	3	4
16. Sueño despierto con cosas diferentes de esta	1	2	3	4
17. Me altero y soy realmente consciente de ello	1	2	3	4
18. Busco la ayuda de Dios	1	2	3	4
19. Elaboro un plan de acción	1	2	3	4
20. Hago bromas sobre ello	1	2	3	4
21. Acepto que esto ha pasado y que se puede cambiar	1	2	3	4
22. Demoro hacer algo acerca de ello hasta que la situación lo permita	1	2	3	4
23. Intento conseguir apoyo emocional de amigos, familiares o colegas	1	2	3	4
24. Simplemente dejo de intentar alcanzar mis objetivos	1	2	3	4
25. Tomo medidas adicionales para intentar hacer desaparecer el problema	1	2	3	4
26. Intento distraerme un rato bebiendo alcohol o consumiendo drogas	1	2	3	4
27. Me niego a creer que ha sucedido	1	2	3	4
28. Dejo aflorar mis sentimientos	1	2	3	4
29. Intento verlo de manera diferente para hacerlo parecer más positivo	1	2	3	4
30. Hablo con alguien que puede hacer algo concreto acerca del problema	1	2	3	4

31. Duermo más de lo habitual	1	2	3	4
32. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer	1	2	3	4
33. Me centro en hacer frente a este problema y si es necesario dejo otras cosas un poco de lado	1	2	3	4
34. Consigo el apoyo y comprensión de alguien	1	2	3	4
35. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello	1	2	3	4
36. Bromeo sobre ello	1	2	3	4
37. Renuncio a conseguir lo que quiero	1	2	3	4
38. Busco algo bueno en lo que está sucediendo	1	2	3	4
39. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema	1	2	3	4
40. Finjo que no ha sucedido	1	2	3	4
41. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente	1	2	3	4
42. Intento firmemente evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos	1	2	3	4
43. Voy al cine o veo televisión para pensar menos en ello	1	2	3	4
44. Acepto la realidad de que el hecho ha sucedido	1	2	3	4
45. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares que hicieron	1	2	3	4
46. Siento mucho malestar emocional y termino por expresar ese malestar	1	2	3	4
47. Llevo a cabo una acción directa en torno al problema	1	2	3	4
48. Intento encontrar alivio en mi religión	1	2	3	4

49. Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
50. Hago bromas de la situación	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en marcha para resolver el problema	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
52. Hablo con alguien acerca de cómo me siento	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
53. Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
54. Aprendo a vivir con ello	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
55. Dejo de lado las actividades para concentrarme en esto	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
56. Medito profundamente acerca de qué pasos seguir	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
57. Actúo como si nunca hubiera sucedido	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
58. Hago lo que ha de hacerse, paso a paso	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
59. Aprendo de la experiencia	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
60. Rezo más de lo habitual	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

**Anexo N°8: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)**

Por favor lea cada frase y marque el número 0, 1, 2 o 3 para indicar en qué medida esa frase describe lo que le pasó o sintió durante la última semana. No hay respuestas buenas o malas. Marque su primera impresión, no se detenga demasiado en cada frase. Las opciones de respuesta son:

	<b>No describe nada de lo que me pasó o sentí en la semana</b>	<b>Sí, esto me pasó o lo sentí en alguna medida o en algún momento</b>	<b>Sí, esto me pasó bastante o lo sentí muchas veces</b>	<b>Sí, esto me pasó mucho, o casi siempre</b>
1. Me costó mucho calmarme	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
3. No podía sentir nada positivo	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
4. Tuve problemas para respirar (ej. respirar muy rápido, o perder el aliento sin haber hecho un esfuerzo físico)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
5. Se me hizo difícil motivarme para hacer cosas	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
6. Me descontrolé en ciertas situaciones	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
7. Me sentí tembloroso/a (ej. manos temblorosas)	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
8. Sentí que estaba muy nervioso/a	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
9. Estuve preocupado/a por situaciones en las cuales podría sentir pánico y hacer el ridículo	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
10. Sentí que no tenía nada por qué vivir	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
11. Noté que me estaba poniendo intranquilo/a	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
12. Se me hizo difícil relajarme	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
13. Me sentí triste y deprimido/a	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
14. No soporté que algo me apartara de lo que estaba haciendo	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
15. Estuve a punto de tener un ataque de pánico	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

16. Fui incapaz de entusiasmarme con algo	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
17. Sentí que valía muy poco como persona	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
18. Sentí que estaba muy irritable	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar que no había hecho ningún esfuerzo físico	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
20. Sentí miedo sin saber porqué	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

**Anexo N°9: Inventario de Crecimiento Postraumático, versión abreviada**

A continuación te presentamos algunas afirmaciones relacionadas con la reacción tenida después del hecho estresante que antes nos referiste. Te pedimos que señale para cada expresión el grado en que se parece a tu experiencia después de la situación dolorosa (1= Ningún cambio hasta 6= Un cambio muy importante)

1. He cambiado las prioridades sobre lo que es importante en mi vida	1	2	3	4	5	6
2. Aprecio más el valor de mi vida	1	2	3	4	5	6
3. Me siento capaz de hacer mejor las cosas con mi vida	1	2	3	4	5	6
4. Soy una persona más espiritual, he crecido espiritualmente	1	2	3	4	5	6
5. Siento un mayor sentido de proximidad con las demás personas	1	2	3	4	5	6
6. He establecido un nuevo rumbo o camino para mi vida	1	2	3	4	5	6
7. Siento que puedo manejar mejor las dificultades	1	2	3	4	5	6
8. Tengo una fuerte fe religiosa	1	2	3	4	5	6
9. He descubierto que soy más fuerte de lo que pensaba	1	2	3	4	5	6
10. He aprendido lo maravillosa que son las personas	1	2	3	4	5	6

## Anexo N° 10: *Consentimiento informado*



Universidad Católica del Norte

Comité de Ética Científica – CEC

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**TITULO DE LA INVESTIGACION:** “Ajuste Psicológico de las madres no ofensoras tras la develación de abuso sexual de su hijo/a: El papel del Apego, la Regulación Emocional y las Estrategias de Afrontamiento”.

Por medio de la presente, quisiera pedirle su autorización para obtener su participación en la investigación que la Escuela de Psicología de la Universidad Católica del Norte está llevando a cabo en la ciudad de Antofagasta y Calama en Centros de reparación de Maltrato infantil grave y abuso sexual infantil. Esta investigación es dirigida por el Ps. Rodrigo Moya Vergara en el marco de su finalización del grado de Doctor en Psicología.

**Propósito del estudio:** Los objetivos generales de esta investigación son evaluar de qué manera las madres reaccionan y enfrentan la develación de abuso sexual de su/s hijos/as y cómo el apego, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento predicen el ajuste psicológico en las madres con esta situación particular.

**Descripción del estudio y de su participación:** Si usted decide participar del estudio, se le pedirá que primero firme este consentimiento en dos ejemplares: uno para que quede en su poder y otro para el investigador. Su participación consistirá en responder un conjunto de preguntas acerca de cómo usted se ha sentido durante este último tiempo y de cómo se siente con respecto a lo sucedido con su hijo/a. Completar los instrumentos le tomará un tiempo aproximado de 30 minutos, por lo que se le sugiere que organice su tiempo de forma tal que pueda contestarlo con tranquilidad en el mismo día.

**Beneficios:** La información que usted aporte será de gran ayuda para comprender cómo es que las madres reaccionan y afrontan situaciones dolorosas y estresantes. Además recibirá una colación como forma de compensar el tiempo invertido en completar este cuestionario.

**Confidencialidad y resguardo de la información:** Toda la información derivada de su participación será manejada con **estricta confidencialidad** y cada cuestionario sólo se identificará mediante un número con el objeto de salvaguardar el anonimato de quien responde. Sólo el investigador tendrá acceso a los datos proporcionados por Ud. La información será resguardada según todos los requerimientos que la ley explicita. Asimismo, tanto en el análisis como en la publicación y difusión científica de los resultados, no se identificará la identidad de ninguno de los participantes, para así resguardar el anonimato. La información que entregue mediante su participación sólo será utilizada con fines científicos y relativos a esa investigación y no será usada con fines a los explícitamente expresados en este documento.

Todos los datos serán guardados por el investigador responsable hasta cuatro años después de que los resultados sean recogidos, como respaldo de los análisis de datos realizados.

**Voluntariedad:** La participación en esta investigación es absolutamente voluntaria y usted puede retirarse en cualquier momento del estudio, sin que ello tenga ninguna consecuencia.

**Resguardos y derechos del participante:** Si bien no se han reportado efectos adversos por contestar el cuestionario, puede ser que al hacerlo se activen algunos recuerdos de momentos dolorosos. En caso de que esto sea así y provoque malestar y considere necesario recibir apoyo psicológico, puede contactar al investigador para que le proporcione referencias de Centros de atención psicológica.

Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio, si tiene alguna duda al respecto o desea conocer los resultados del mismo, puede contactarse con el investigador responsable: Ps. Rodrigo Moya Vergara, correo electrónico [rmoya@ucn.cl](mailto:rmoya@ucn.cl) o al teléfono 55-2355852.

Esta investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Católica del Norte. Si usted tiene alguna pregunta acerca de los derechos como participante en esta investigación o siente sus derechos vulnerados, usted puede llamar al Presidente del Comité de Ética de la Universidad Católica del Norte, R.P. André Hubert Robinet, al fono: 055-2355890.

**Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo el consentimiento para participar en esta investigación.**

**Declaro recibir una copia de este documento. Mi consentimiento está dado voluntariamente y no ha sido forzado ni obligado.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_