

Andrea Alba Ríos

Lizbeth Valeria Sánchez Solís

Abuso infantil y su relación con síntomas de ansiedad y depresión en

estudiantes de la Universidad Autónoma de Querétaro

2023



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Psicología y Educación

Licenciatura en Psicología Área Educativa

Abuso infantil y su relación con Síntomas de ansiedad y depresión en
estudiantes de la Universidad Autónoma de Querétaro

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Licenciatura en Psicología Área Educativa

Presentan

Andrea Alba Ríos

Lizbeth Valeria Sánchez Solís

Querétaro, Querétaro

Agosto de 2023



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



Abuso infantil y su relación con Síntomas de ansiedad
y depresión en estudiantes de la Universidad
Autónoma de Querétaro

por

Andrea Alba Rios
Lizbeth Valeria Sánchez Solís

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0
Internacional](#).

Clave RI: PSLIN-280224



Universidad Autónoma de Querétaro
 Facultad de Psicología y Educación
 Licenciatura en Psicología Área Educativa

ABUSO INFANTIL Y SU RELACIÓN CON SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN
 ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de Licenciatura en Psicología Área
 Educativa

Presentan:

Andrea Alba Ríos

Lizbeth Valeria Sánchez Solís

Dirigido por:

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela

SINODALES

Mtra. Estefanía Dorado López

Firma

Presidente

Dra. Gloria Nélide AVECILLA RAMÍREZ

Firma

Sinodal

Dra. Fabiola García Martínez

Firma

Sinodal

Mtra. Melissa Calderón Carrillo

Firma

Sinodal

ÍNDICE

Resumen	6
Abstract	7
Agradecimientos	8
Dedicatorias	8
I. Introducción	10
II. Marco Teórico	11
I. Experiencias Adversas en la Infancia (EAI)	11
1.1 Prevalencia de las EAI.....	13
1.2 Abuso Infantil y su Clasificación	16
1.2.1 Abuso Psicológico Infantil.	17
1.2.2 Abuso Físico Infantil.	19
1.2.3 Abuso Sexual Infantil.....	21
1.2.4 Negligencia.....	23
1.3 Prevalencia de Abuso Infantil	24
1.4 Consecuencias del Abuso Infantil a Largo Plazo	24
II. Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión (SIAD)	27
2.1 Síntomas de Ansiedad.....	29
2.2 Síntomas Depresivos.....	30
2.3 Prevalencia de Ansiedad y Depresión.....	32
III. Antecedentes	33
IV. Planteamiento Del Problema	35
4.1 Justificación.....	37
4.2 Preguntas De Investigación	39
4.3 Hipótesis.....	39
Objetivo General.....	39
Objetivos Específicos	40
V. Método	40
5.1 Tipo De Estudio.....	40

5.2 Variables	40
5.3 Procedimiento	43
VI. Consideraciones Éticas	44
VII. Resultados	46
7.1 Características Sociodemográficas De La Muestra	46
7.2 Experiencias Adversas de Abuso En La Infancia	46
7.3 Sintomatología De Ansiedad y Depresión En Universitarios	48
7.4 Correlación Entre la Frecuencia de la EAI de AI y la SIAD	49
7.4.1 Correlaciones con Rho de Spearman.....	49
7.4.2 Tablas de Contingencia.....	52
VIII. Discusión	58
8.1 Abuso Infantil.....	58
8.2 Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión	61
8.3 Correlación entre AI y SIAD.....	63
8.4 ASI y Puntuación Clínica	64
8.5 API y Puntuación Clínica	65
8.6 AFI y Puntuación Clínica.....	65
IX. Limitaciones	65
X. Conclusiones	66
XI. Bibliografía	68
XII. Anexos	75
Anexo 1. Instrumento para Abuso	75
Anexo 2. Instrumento para Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión	85

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Porcentajes de EAI por tipo	14
Tabla 2 Definición de variables	40

Tabla 3 Porcentaje de personas que reportaron Abuso Infantil	47
Tabla 4 Promedio de la Frecuencia del Abuso Infantil	48
Tabla 5 Porcentaje de personas que presentaron Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión	49
Tabla 6 Correlaciones entre la Frecuencia de Abuso Infantil y Sintomatología de Ansiedad y Depresión	52

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Gráfica de dispersión entre la puntuación SIAD y Frecuencia de Abuso General	50
Figura 2 Gráfica de dispersión entre la puntuación SIAD y Frecuencia de Abuso General en Mujeres	50
Figura 3 Gráfica de dispersión entre la puntuación SIAD y Frecuencia de Abuso General en Hombres	51
Figura 4 Relación entre Abuso General y Puntuación Clínica en la Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión	53
Figura 5 Relación entre Abuso General y Puntuación Clínica en la Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión en Mujeres	55
Figura 6 Relación entre Abuso Sexual Infantil y Puntuación Clínica en la Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión en Mujeres	55
Figura 7 Relación entre Abuso General y Puntuación Clínica en la Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión en Hombres	56
Figura 8 Relación entre Abuso Sexual Infantil y Puntuación Clínica en la Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión en Hombres	57

Resumen

Se ha encontrado que Experiencias Adversas en la Infancia están asociadas a problemas de salud mental en la vida adulta, sin embargo, se ha estudiado o bien a las Experiencias Adversas en la Infancia en conjunto, o algún tipo de Experiencia Adversa de Abuso en la Infancia en particular, pocas veces se ha hecho un estudio que aborde los tres tipos de abuso, el Abuso Psicológico, el Abuso Físico y el Abuso Sexual. El objetivo de esta investigación fue explorar la presencia de Experiencias Adversas de Abuso en la Infancia y su relación con Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión en jóvenes universitarias/os. Es un estudio de tipo cuantitativo y transversal, compuesto por una muestra de 374 jóvenes universitarias/os de la Licenciatura en Psicología, de la Facultad de Psicología y Educación, de la Universidad Autónoma de Querétaro, de una edad comprendida entre los 18 a los 27 años. Se encontró que el 85% de los/las jóvenes universitarias han experimentado al menos una Experiencia Adversa de Abuso en la infancia. El 100% presentó Sintomatología de Ansiedad y Depresión, y el 39% obtuvo una puntuación limítrofe o clínica. Además, los datos mostraron que la Frecuencia de Experiencias Adversas de Abuso en la Infancia se encuentra relacionada a la presencia de Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión en la vida adulta. También se encontró que el género es un factor que interviene en la probabilidad de experimentar Abuso Sexual Infantil. Estos resultados hacen evidente la necesidad de políticas públicas en salud mental que consideren la prevención y la intervención en edades tempranas, así como en la vida adulta.

Palabras clave: Experiencias Adversas de Abuso en la Infancia, Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión, Abuso Psicológico, Abuso Físico, Abuso Sexual.

Abstract

Adverse Childhood Experiences have been found to be associated with mental health problems in adulthood; however, only, either, Adverse Childhood Experiences as a whole, or some type of Adverse Childhood Experiences of Abuse in particular, have been studied; few times a study that involves the three types of abuse: Psychological Abuse, Physical Abuse and Sexual Abuse, has been done. The aim of this investigation was to explore the presence of Adverse Childhood Experiences of Abuse and its relation with Anxiety and Depression Internalizing Symptomology among university students. It's a qualitative and cross-sectional study, composed by a sample of 374 university students, between 18 and 27 years, of Psychology Degree, in the "Facultad de Psicología y Educación, de la Universidad Autónoma de Querétaro". It was found that 85% of university students have experienced at least one Adverse Childhood Experiences of Abuse, 100% presented Anxiety and Depression Symptomology, and 39% obtained a borderline or clinical score. In addition, the data showed that the Frequency of Adverse Childhood Experiences of Abuse is related to the presence of Anxiety and Depression Internalizing Symptomology in adult life. It was also found that gender is a factor that intervenes in the probability of experiencing Childhood Sexual Abuse. These results make evident the need for public mental health policies that consider prevention and intervention at an early age, as well as in adult life.

Keywords: Adverse Childhood Experiences of Abuse, Anxiety and Depression Internalizing Symptomology, Psychological Abuse, Physical Abuse, Sexual Abuse.

Agradecimientos

A nuestras familias, que nos han acompañado incondicionalmente en toda esta trayectoria, porque sin ustedes nada de esto habría sido posible.

Dedicatorias

Agradecemos a las personas que directa o indirectamente fueron partícipes en este trabajo de investigación y de quienes aprendimos enormemente.

Dra. Cintli Carbajal Valenzuela: Le agradecemos por su dedicación, por todo el conocimiento que con pasión, paciencia y amabilidad nos transmitió.

Mtra. Estefanía Dorado López: Gracias por contribuir a esta investigación con tu saber.

Dra. Gloria Nérida Avecilla Ramírez, Dra. Fabiola García Martínez, Mtra. Melissa Calderón Carrillo: Gracias por su participación como sinodales, y por contribuir a este trabajo.

Gracias a la Universidad Autónoma de Querétaro, a la Facultad de Psicología y Educación, y a todos mis docentes.

A mis papás y mi hermano, gracias por todo el amor y por el apoyo incondicional en cada una de las decisiones que he tomado.

A Lupita, gracias por el amor y la comprensión, siempre has sido una gran fuente de inspiración para mí.

A Val, gracias por tu amistad sincera, gracias por el entusiasmo y compromiso puestos en esta investigación, juntas formamos un gran equipo.

A todos los anteriores, gracias.

Andrea Alba Ríos

Agradezco a mis padres Claudia y Gutmaro por ser una motivación para todo lo que quiero hacer, por su gran amor y comprensión, sin ustedes no sería posible culminar mis estudios.

A mis hermanos Gael y Regina por su incondicional cariño, tolerancia y aprendizajes compartidos.

A mi abuela María Luisa por su amor, presencia y apoyo en cada momento de mi vida.

A mi tía Mariana por los muchos aprendizajes y confianza que depositó en mí así como la escucha que siempre me ha brindado.

A Luis, por su cariño y ser un apoyo incondicional, por impulsarme a ser mejor.

A Andy, por su amistad y acompañamiento en este trabajo y en la vida.

Lizbeth Valeria Sánchez Solís

I. Introducción

La infancia es un periodo crítico del desarrollo en el que las situaciones estresantes pueden llegar a ser sumamente perjudiciales, debido a que, en esta etapa de la vida todavía se encuentran en proceso de adquisición y consolidación herramientas y mecanismos necesarios para poder regular satisfactoriamente el estrés.

A partir de 1998, Felitti et al., optaron por agrupar una serie de situaciones estresantes y factores de riesgo que afectan a las infancias, y les denominaron Experiencias Adversas en la Infancia. Entre ellas se encuentra el Abuso en sus distintas modalidades: Abuso Psicológico, Abuso Físico, y Abuso Sexual.

A grandes rasgos, se ha descrito el Abuso Psicológico, como una serie de actos verbales o simbólicos que provocan daño emocional y psicológico; el Abuso Físico, como aquellas acciones que provocan daños físicos o enfermedad, ya sea por el uso de castigos físicos o intimidación corporal; y el Abuso Sexual, como cualquier clase de contacto sexual ejercido por un adulto desde una posición de poder o autoridad (UNICEF, 2019; Mesa y Moya, 2011).

En diversos estudios se ha encontrado que vivir una Experiencia Adversa de Abuso en la Infancia tiene efectos negativos a largo plazo en la salud física y mental, este efecto puede ser acumulativo y con distintos niveles de gravedad y consecuencias (Felitti et al., 1998; Vega y Núñez, 2017).

Las consecuencias de las Experiencias Adversas de Abuso en la Infancia, pueden presentarse a corto y largo plazo, estudios recientes han identificado la presencia de consecuencias en la salud mental en la vida adulta. Específicamente la presencia de síntomas de ansiedad y depresión, así como desregulación de las emociones y problemas interpersonales (Christ et al., 2019; Kuzminskaite et al., 2022).

La sintomatología de ansiedad y depresión entran dentro de la categoría de sintomatología internalizante, la cual engloba principalmente problemas emocionales y anímicos. Este tipo de sintomatología representa un problema de salud pública, debido a que disminuyen el estado de salud y funcionamiento en los diferentes aspectos de la vida,

además, predice significativamente el riesgo de mortalidad de la población (OPS, 2021; Kim et al., 2021)

La presente investigación forma parte de un conjunto de investigaciones realizadas en Querétaro, que responden a la necesidad de indagar sobre la salud mental de las y los jóvenes universitarios, ya que, hasta el momento no se cuentan con suficientes datos que den un panorama sobre la situación de la salud mental de la población universitaria.

II. Marco Teórico

I. Experiencias Adversas en la Infancia (EAI)

La infancia es una etapa crucial en la vida del ser humano, ya que es un periodo crítico en la adquisición de gran parte de los recursos físicos, cognitivos, emocionales y sociales. Es también una fase especialmente vulnerable, puesto que, como señalan Vega y Nuñez (2017), a esta edad aún no se dispone de herramientas suficientes para regular satisfactoriamente el estrés.

Es así que, cuando se vive una situación que demande estos recursos se afecta potencialmente la vida de quienes las experimentan. Existen diversas definiciones sobre las EAI, la mayoría de ellas coinciden en definir las como un conjunto de experiencias y situaciones que se viven antes de los 18 años y pueden ser estresantes y/o traumáticas. Vega y Nuñez (2017), señalan que se trata de “experiencias perjudiciales, crónicas o recurrentes, angustiantes, con efectos acumulativos, con diferente gravedad y consecuencias para la salud” (p.126).

El estudio de las EAI, como lo retomaremos en esta investigación, inicia con el trabajo de Felitti et al. (1998) donde se describe la relación que tienen estas con problemas de salud, los cuales se presentan en la vida adulta y tienen relevancia en el sector público. Este autor considera como EAI: el abuso infantil, la disfunción en el hogar, y la violencia

colectiva y comunitaria. El primero se divide en tres categorías: psicológico, físico y sexual; mientras que el segundo se clasifica en: exposición al abuso de sustancias, enfermedad mental, violencia intrafamiliar y conductas delictivas. No obstante, las situaciones consideradas como EAI varían de acuerdo a la concepción de cada autor/a.

La clasificación de las EAI se ha ido ampliando, Soriano (2022), agrega: accidentes o lesiones, procesos de enfermedad, fallecimiento de personas cercanas, presencia de violencia en entornos cercanos, discriminación, desastres naturales, guerras, y situación de pobreza.

Cada una de las EAI varía en cuanto a severidad, sin embargo, todas atentan contra el desarrollo normativo y pueden tener consecuencias desfavorables en cualquier etapa del desarrollo incluso en la vida adulta. Soriano (2022), encontró que las EAI pueden tener repercusiones en la salud mental y física a falta de recursos individuales, familiares o ambientales para enfrentarlos de forma satisfactoria. Entre otras consecuencias se ha encontrado que:

En adultos las EAI tienen una fuerte asociación exposición-respuesta con enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar, dolores de cabeza, enfermedad autoinmune, trastornos de sueño, muerte prematura, obesidad, tabaquismo, mala salud general, depresión, estrés postraumático, trastorno de ansiedad, abuso de sustancias y atracones. (Bucci, 2015, p.5)

Felitti et al. (1998) encontraron que las personas que habían experimentado cuatro o más EAI en comparación con quienes no habían experimentado ninguna, tenían un riesgo de 4 a 12 veces mayor en presentar depresión e intentos de suicidio, estos últimos son considerados una de las principales causas de mortalidad en adultos.

Dicho de otro modo, en las EAI existe un efecto acumulativo, a mayor exposición de situaciones vulnerables y estresantes, mayor afectación en la salud física y mental. A partir

de esta investigación, se ha utilizado este punto de corte de 4 o más EAI para hacer referencia a la severidad del posible impacto en la vida de quienes lo han sufrido.

1.1 Prevalencia de las EAI

La prevalencia a nivel global de las EAI es compleja de estimar debido a los siguientes puntos: a) existen pocos estudios que reporten todas las EAI, ya que, en su mayoría se centran en solo una; b) las diferencias contextuales, puesto que las condiciones son diferentes, mientras que en ciertos países hay un alto porcentaje de una EAI en particular, en otros lugares puede prevalecer otra; y c) es complicado reportar la información y puede existir un sesgo de acuerdo a la edad en la que se reportan las EAI, ya que los adultos dependen de la memoria, mientras que los niños pueden o no expresar lo que vivieron.

A nivel global, según la información recopilada por diversos autores:

[...] 2/3 de la población ha sufrido al menos una EAI antes de los 18 años y más de un 10% ha vivido 5 o más [...] Al circunscribir las experiencias adversas a aquellas acontecidas en la familia, el 12.5% de los niños y niñas entre los 0 y los 5 años ha tenido 2 o más. En promedio, la primera exposición a las EAI ocurre al año y medio de edad. Una vez que un evento adverso ocurre en la vida de un niño aumenta significativamente la posibilidad de tener EAI adicionales, razón por la cual se abre una cadena de riesgos tempranos. (Vega y Nuñez, 2017, p.126)

Kessler et al. (2010) reunieron varias encuestas epidemiológicas en las que se reportan la prevalencia de las EAI en 51,945 adultos de 21 países que participaron en la encuesta World Mental Health (WMH) de la OMS. En esta investigación se encontró que las EAI son frecuentes, hasta el 59.3%-66.2% informaron haber experimentado dos o más EAI, y un 38,8% de la muestra experimentó al menos una EAI. En países con ingresos altos se informó un 38.4%, medios altos 38.9%, y bajos/medios bajos 39.1%. Las EAI con

prevalencia más alta fueron: la muerte de los padres (11.0-14.8%), seguido del abuso físico (5.3–10.8 %), violencia familiar (4.2–7.8 %) y enfermedad mental de los padres (5.3–6.7 %).

Por otro lado, Hughes et al. (2017) realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis de 37 estudios con 253,719 participantes, en donde el 13% informó haber experimentado al menos cuatro EAI, y el 57% al menos una. Las cifras son significativamente mayores en comparación con el WMH, lo que podría deberse al tipo de estudio y la diferencia temporal. Ambos hallazgos brindan un panorama amplio respecto a la prevalencia de las EAI a nivel mundial.

En México, las EAI son un fenómeno poco explorado, por lo que encontrar cifras resulta complejo. Benjet et al. (2010) aplicaron en México la encuesta WMH de la OMS, en donde encontraron que el 54.4% ha experimentado al menos una EAI, siendo la violencia intrafamiliar la más frecuente (20.1%), seguida del maltrato físico (19.5%), y la muerte de los padres (12.9%). Por otro lado, la recopilación realizada por el Instituto Nacional de las Mujeres señala que, en 2016, entre las adolescentes de 15 a 18 años, 26.1% declaró haber sufrido violencia durante la niñez (INMUJERES, 2020).

Cabe mencionar que, a nivel estatal existen pocos estudios respecto a las EAI. De Anda et al. (2020) realizaron un estudio a 317 alumnos de bachilleratos públicos de San Juan del Río, Querétaro en donde se explora la presencia de 13 EAI, los porcentajes por cada tipo se pueden observar en la tabla 1 (De Anda, 2021, p.42), siendo la violencia comunitaria la EAI con mayor prevalencia. Además, se encontró que el 76.7% de los alumnos presentaron cuatro o más EAI, lo que indica una alta tasa de incidencia en esta población.

Tabla 1

Porcentajes de EAI por tipo

Tipo de EAI	General	Hombres	Mujeres
Violencia comunitaria	88.6%	89.6%	86.9%
Negligencia y omisión de cuidados	87.1	88.8%	85.8%
Violencia intrafamiliar	70.7%	67.2%	73.3%
Abuso emocional	63.1%	61.6%	63.1%
Bullying	47.9%	43.2%	49.4%
Antecedentes familiares de abuso de sustancias	43.2%	36.06%	46.7%
Abuso físico	36.6%	37.6%	35.8%
Violencia colectiva	34.4%	35.2%	32.4%
Separación de los padres	32.5%	35.2%	29.5%
Antecedentes familiares de trastornos mentales	19.2%	11.2%	24.4%
Antecedentes familiares de cargos penales	18.3%	18.4%	17.0%
Abuso sexual	16.4%	9.6%	11.4%

Muerte de alguno de los padres	9.8%	4.8%	11.4%
--------------------------------	------	------	-------

Recuperado de De Anda, 2020, p.42

1.2 Abuso Infantil y su Clasificación

Como se mencionó anteriormente, son varias las situaciones que se consideran EAI, esta investigación se centrará específicamente en la EAI de Abuso Infantil (AI) por lo cual ahondaremos en la definición de la misma, así como en los subtipos que la conforman.

En México, el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (2015), define el AI como:

La acción, la omisión o el trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad. (p.3)

Por su parte la OMS (2020) define el AI como:

[...] los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Es preciso mencionar que existen factores de riesgo para la presencia de AI. Collen (2007), habla de tres categorías que engloban dichos factores: cuidadores, características de los Niños, Niñas y Adolescentes (NNA), y familiares/ambientales. Los factores relacionados al cuidador incluyen: antecedentes penales, expectativas inapropiadas del niño, antecedentes de salud mental, y conceptos erróneos sobre el cuidado infantil.

En cuanto a las características de los NNA consideradas como factor de riesgo, se encuentran los problemas de conducta, necesidades especiales, estado de salud delicado, relación no biológica con el cuidador, entre las más importantes. Por su parte, los factores familiares y/o ambientales son aquellos que afectan de forma directa o indirecta tanto a los cuidadores como a los niños. Entre ellos la pobreza, altas tasas de desempleo, violencia en la pareja, aislamiento y/o falta de apoyo social. Varios de estos factores pueden coexistir, poniendo a las infancias en situaciones altamente vulnerables y en consecuencia con mayor probabilidad de afectaciones en la salud y otras áreas.

Como se mencionó anteriormente, el AI consta de diferentes subtipos, en el siguiente apartado se abordarán cuatro de ellos: el abuso sexual, el abuso emocional, el abuso físico, y la negligencia. Sin embargo, este estudio sólo retomará los primeros tres.

1.2.1 Abuso Psicológico Infantil.

El Abuso Psicológico Infantil (API), es difícil de definir, reconocer y evidenciar debido a sus características. El DSM-V define al API como “aquellos actos no accidentales, verbales o simbólicos, realizados por el cuidador de un niño que provoquen o generen una probabilidad razonable de causar un daño psicológico en el niño” (p.717). Por su parte Mesa y Moya (2011), entienden el API como una serie de acciones que van desde la hostilidad verbal hasta formas de atemorizar, humillar o rechazar a los menores.

Sauceda y Maldonado (2016) describen el API como:

[...] el conjunto de actos que obstaculizan el desarrollo de las necesidades emocionales básicas del menor, incluyendo la de ser aceptado y bien tratado y que se le proporcionen oportunidades para explorar el ambiente y relacionarse con personas fuera de la familia. (p.17)

En el DSM-V aparecen algunos ejemplos de lo que puede considerarse API, entre ellos: menosprecio, amenaza, abandono, reclusión, convertir en chivo expiatorio, obligar a

autolesionarse y aplicar una disciplina excesiva. Kimber y MacMillan (2017), agregan acciones como ridiculizar o humillar, aterrorizar, aislar, corromper o explotar, y negar la capacidad de respuesta emocional.

Se ha observado que el API puede estar acompañado de otras formas de abuso, y usualmente se presenta un componente emocional cuyo impacto puede persistir mucho más a lo largo del tiempo en comparación con las lesiones físicas (Sauceda y Maldonado, 2016). Sin embargo, aunque el API no esté acompañado de otras formas de abuso su impacto puede ser “[...] más nocivo sobre el niño y posteriormente sobre el funcionamiento psicológico del adulto” (Sauceda y Maldonado, 2016, p.20).

Hamarman y Bernet (2000, como se citó en Sauceda y Maldonado, 2016), han propuesto algunos criterios clínicos que permiten evaluar la severidad del API partiendo de dos parámetros prácticos: la intencionalidad y el daño o impacto producido. Dependiendo de la presencia y la intensidad de cada parámetro, se puede considerar leve, moderado o severo. Es posible que la mayor parte de los casos de API se cometan sin intención de dañar, no obstante debe ser considerado seriamente.

Las personas que han sufrido abusos psicológicos en la infancia o la adolescencia con comparación de quienes no, tienen más probabilidades de sufrir afectaciones en su salud mental, entre ellas “síntomas de internalización, como la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático, así como los síntomas de externalización, incluidos los síntomas antisociales y/o de conducta” (Kimber y MacMillan, 2017, p.497). La magnitud de las consecuencias del API está sujeta a “su intensidad, frecuencia y cronicidad y factores propios de los cuidadores, del niño y del ambiente” (Sauceda y Maldonado, 2016, p.22).

El API, como se menciona en Kimber y MacMillan (2017), es un fenómeno multicausal, la condición familiar en donde existan cambios en la demografía de la familia (muerte de un familiar, divorcio, embarazo), y los conflictos familiares (disputas por la custodia, desacuerdos en las prácticas de crianza) pueden ser algunas de ellas.

Así mismo, se encuentra una relación particular con las circunstancias estresantes, por ejemplo, los cuidadores con situaciones económicas complicadas, empleo y vivienda inestables, presentan un mayor nivel de estrés y en consecuencia son más propensos a cometer abuso psicológico. Villatoro et al. (2006) señalan que existe una relación entre el API y los niveles socioeconómicos medio bajo y bajo. De acuerdo con Saucedo y Maldonado (2016), a su vez, existen otras EAI que influyen en el API, entre ellas se reconocen la violencia doméstica, los trastornos mentales en los padres y el abuso de sustancias.

1.2.2 Abuso Físico Infantil.

Existen varias definiciones sobre el Abuso Físico Infantil (AFI), todas ellas coinciden en que consiste en acciones que provocan daño físico o enfermedad en los NNA. El DSM-V, lo describe como “una lesión no accidental infligida a un niño, que puede ir desde pequeños hematomas hasta fracturas graves o la muerte” (p.717). Por otra parte, UNICEF (2019), define el AFI de la siguiente manera:

Uso de la fuerza, mortal y no mortal, sobre NNA que deriva en daños reales o potenciales, que se manifiesta en: castigos corporales y todas las demás formas de tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, intimidación física y novatadas por parte de adultos o de otros niños. (p.13)

García (2006) habla del tipo de agresiones que derivan en AFI, entre las cuales se encuentran las agresiones disciplinarias y premeditadas, las agresiones por rechazo y desprecio al niño no querido ni deseado, agresiones que tratan de satisfacer impulsos sádicos y perversos, y los casos en que las agresiones se dan por la pérdida de control que puede padecer el cuidador debido al ambiente.

Además, la UNICEF (2019) enlista varios de los actos que se consideran como abuso físico, entre ellos: abofetear, amarrar, apuñalar, arañar, arrastrar, asfixiar, dar manotazos, dar palizas, encerrar, golpear, inmovilizar, quemar, etc. Sobre tales actos, García (2006), menciona que existen indicadores frecuentes de tipo físico que ayudan a evidenciarlos, como hematomas, quemaduras, fracturas, torceduras o dislocaciones, heridas, señales de cortes, pinchazos, además de lesiones internas, fracturas de cráneo, lesiones cerebrales, hematomas subdurales, asfixia y ahogamiento.

Acerca de la dificultad para diagnosticar el AFI, Bennett (2021) menciona que se debe a lo complicado que suele ser para muchos niños revelar sus abusos, hay que mencionar, además, que los agresores no suelen ser sinceros sobre los hechos ocurridos y que los padres no agresores pueden ser también víctimas de los abusos o desconocerlos. De ahí que, varios autores se han preocupado por identificar las manifestaciones clínicas que pueden ser señales de AFI. De acuerdo con Loredó et al. (2014), el AFI presenta dos tipos de manifestaciones clínicas: visibles e invisibles. Sobre las manifestaciones visibles dicen que:

Habitualmente corresponden a lesiones que afectan la piel o las mucosas, tales como: equimosis, rasguños, quemaduras, huellas de agresión en la piel con un objeto contundente como alambre, cordón, cinturón o un objeto punzocortante y mordeduras humanas. Estas lesiones suelen estar localizadas principalmente en el cráneo, cara, extremidades o en la mucosa génitoanal. El mecanismo habitual es un traumatismo provocado por el puño, un puntapié, el azote directo contra una superficie dura como la pared, el suelo o un mueble. (p.16)

Respecto a las manifestaciones invisibles, como su nombre lo dice, son las alteraciones “menos visibles”. Entre ellas se encuentran: la desnutrición severa, que se presenta cuando el peso del NNA baja tanto que corre el riesgo de morir; talla baja, para la cual se recomienda hacer un diagnóstico que permita excluir cualquier patología orgánica; sobrepeso u obesidad infanto-juvenil, en estos casos, la situación genera que se coma de

forma compulsiva; alteraciones emocionales, que pueden observarse en problemas del sueño, del apetito, del control de esfínteres y del rendimiento escolar.

1.2.3 Abuso Sexual Infantil.

Existen diversas definiciones de Abuso Sexual Infantil (ASI), de acuerdo con la UNICEF (2018), las acciones que se consideran ASI:

Remiten a prácticas sexuales –que pueden ir desde tocamientos, exposición de los órganos sexuales y masturbación frente a un niño, niña o adolescente, hasta violaciones– impuestas por un adulto, independientemente de la forma en que se ejerza la coerción –violencia física, amenazas, abuso de confianza, entre otras–. (p. 15)

Por su parte, Mesa y Moya (2011), lo definen como “cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad” (p. 489-490). El National Center on Child Abuse and Neglect de EE.UU. en 1978 definió que el abuso sexual también puede ser llevado a cabo por una persona menor de 18 años, siempre y cuando sea significativamente mayor que la víctima o cuando se encuentre en una posición de poder (Virardell et al., 2006, p.).

Así mismo:

Este tipo de abuso se puede presentar en distintas modalidades, las más frecuentes son: a) Abuso sexual infantil intrafamiliar, cuando el abusador es un familiar de la víctima; b) Abuso sexual extra familiar, por parte de extraños: pueden ser desconocidos o personas que pertenecen al entorno social de la víctima; c) Explotación sexual comercial: es una forma de abuso sexual sistemática, a la que se suma la explotación económica por la existencia de intermediarios –desde un

explotador/proxeneta individual a organizaciones proxenetas de distintas características– que lucran con su explotación; d) Utilización de NNA con fines pornográficos; e) Grooming: acoso sexual a través de medios virtuales. (UNICEF, 2018, p. 15)

Aunado a esto el sistema Desarrollo Integral de las Familias (DIF) 2017, señala que hay características que propician que un NNA sea víctima de ASI, tales como aspectos individuales (baja autoestima, timidez, actitud de sumisión, entre otras), familiares (vivir separados de sus padres, aislamiento dentro del entorno familiar, la escasa o nula educación sexual, entre otras) y características sociales (ejercicio de la prostitución en su entorno, la orfandad, pertenecer a una minoría étnica, vivir o trabajar en la calle y, el abuso de drogas y/o alcohol).

Así mismo, menciona la posible existencia de cinco etapas dentro del ASI: la primera etapa es la seducción en donde la persona abusadora realiza acciones con el fin de ganarse la confianza del NNA. La segunda, es la interacción con juegos eróticos y sexuales como besos, caricias y tocamientos en genitales. En la tercera etapa, se mantiene en secreto la relación abusiva a través de la “ley del silencio”, en la cual la persona que comete el abuso chantajea o amenaza a la víctima.

En el cuarto momento se encuentra la divulgación, en donde el NNA ya no tolera el abuso y decide hablarlo, o bien, cuando otra persona se da cuenta del abuso, así mismo pueden aparecer sospechas a raíz de la presencia de síntomas. Finalmente, puede aparecer o no la represión o retractación que es cuando el NNA se siente descalificado por las personas adultas, niegan la evidencia de los hechos o en ocasiones es presionado para retractarse de lo ocurrido.

1.2.4 Negligencia.

Se conoce como negligencia a la falta, por parte de un cuidador, en atender las necesidades básicas de los NNA, con respecto a su desarrollo y bienestar en los aspectos de salud, educación, emociones, nutricional y seguridad. Se presenta en diversas modalidades, la física, la médica, la educacional y la emocional (García et al. 2019). Estos mismos autores explican cada una de ellas:

[...] en la física (no se proveen las necesidades básicas: vivienda, alimentos o se carece de la supervisión adecuada), médica (no se provee el tratamiento médico o de salud mental necesario), educacional (se le niega al niño el derecho a la educación o, cuando se ignoran necesidades escolares especiales), o emocional (falta de atención a las necesidades emocionales del niño). (p.200)

La Negligencia Física se caracteriza por actitudes de apatía y desinterés, por parte de los agresores hacia los NNA, quienes tienen la responsabilidad de satisfacer sus necesidades. Asimismo, se observa poca supervisión y vigilancia, además de despreocupación sobre las enfermedades de los NNA (Vega y Nuñez, 2017).

Por otra parte, en la Negligencia Emocional (NE), los agresores renuncian a su rol parental, siendo inaccesibles con los NNA. Ya que, presentan poca respuesta a las conductas sociales de los NNA, privación afectiva, y falta de iniciativa de interacción y contacto. Hay desatención de las necesidades afectivas como el cariño, estabilidad, seguridad, estimulación, apoyo y protección.

Además, en la NE pueden presentarse insultos, desaprobación constante y desprecio, privando a los NNA de la estimulación necesaria y limitando su crecimiento emocional y su desarrollo intelectual. Los agresores son fríos y niegan el amor, tratan de manera desigual a los hermanos, no se preocupan por los problemas de los NNA, exigen a los NNA por encima de sus capacidades físicas, intelectuales, psíquicas y a la vez toleran

absolutamente todos los comportamientos del niño, sin ponerle límite alguno (Vega y Nuñez, 2017).

1.3 Prevalencia de Abuso Infantil

Las estadísticas de AI son alarmantes. En una revisión de las investigaciones efectuadas por la OMS en el 2017, se encontró que los NNA de todo el mundo reportan haber sufrido alguna forma de violencia en el último año: 23% para maltrato físico, 36% maltrato emocional, 16% negligencia, y 18% de las niñas y 8% de los niños abuso sexual. Se estima que 1 de cada 4 adultos ha sufrido maltrato físico en la infancia.

El impacto del AI trasciende a altas tasas de mortalidad en unos 41,000 NNA menores de 15 años, estas cifras representan una estimación debido a que las muertes por abuso no siempre se notifican o no se documentan correctamente. Además, en varios de los casos se consideran muertes ocasionadas por otras causas por lo que los números podrían ser mayores.

En México, en varios estados de la república se realizó la Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados (2006), en esta se encontró que el maltrato emocional es el que más se presenta con una prevalencia entre 47% y 60.4%; seguido por el maltrato físico que oscila entre un 14.3% a un 20.9% y finalmente el abuso sexual con un 0.9% a 9.1%.

1.4 Consecuencias del Abuso Infantil a Largo Plazo

Como se ha mencionado, todas las formas de AI se viven como experiencias estresantes en la vida del infante. Las vivencias de AI aunadas a otros factores pueden desembocar en consecuencias a corto, mediano o largo plazo, mismas que afectan las diferentes esferas del ser humano: la esfera física, la psicológica y la social. Éste trabajo se interesa principalmente en las consecuencias a largo plazo, específicamente en la salud mental, sin embargo, se hace una breve descripción sobre el resto de afectaciones.

El AI sumado a otros factores, puede provocar consecuencias en la salud, sin embargo, no aplica para todos los casos. Es relevante mencionar que existen otros factores que se suman negativamente: “el estado de desarrollo en que se encuentran los NNA cuando se presenta el AI; el tipo de maltrato; la frecuencia, la duración y la severidad; y la relación entre la víctima y su maltratador/a.” (Villatoro et al., 2005).

Las consecuencias de cada tipo de maltrato pueden variar, el ASI podría ser considerado como el AI que mayor afectación tiene, ya que, constituye una situación de grave sufrimiento para quienes lo padecen.

Diversos estudios informan la presencia de afectaciones en la salud física en la vida adulta, entre ellas: el tabaquismo, la obesidad severa, la inactividad física, las enfermedades de transmisión sexual, y las lesiones o cicatrices permanentes (Felitti et al. 1998, García 2006). Asimismo, se ha encontrado que el AI puede llegar a ser causa de condiciones tales como: el retraso mental o parálisis cerebral, déficits cognitivos o del lenguaje, trastornos del aprendizaje, y déficits de atención (Mesa y Moya, 2011).

Con respecto a las consecuencias conductuales se ha documentado la presencia de patrones negativos del comportamiento, entre los cuales se encuentran: la deserción escolar y el uso de estupefacientes; hostilidad y agresión; y violencia en el entorno familiar y otros contextos (UNICEF 2007, Villatoro 2005). De igual modo, se han observado consecuencias sociales como el aislamiento y ansiedad social, además de dificultades de pareja y crianza (Pereda, 2010).

Mientras tanto, en las consecuencias emocionales se han identificado: síntomas de depresión y ansiedad, baja autoestima, problemas de alimentación, e intentos de suicidio (Villatoro, 2005). Es necesario recalcar que este tipo de consecuencias se clasifican dentro de la categoría de problemáticas “internalizantes”, y se ahondará en ellas más adelante.

Las consecuencias se “separan” en categorías para efectos de la explicación, sin embargo, no pueden separarse completamente. Como seres biopsicosociales que somos

los seres humanos, todo influye entre sí. Es decir, las consecuencias físicas pueden tener implicaciones psicológicas y viceversa.

La exposición repetida y prolongada a eventos estresantes, puede llegar a causar un daño permanente, aumentando la posibilidad de sufrir de depresiones y trastornos de ansiedad en la vida adulta (Vales, 2012). Los mecanismos causales que vinculan el AI con las consecuencias en la salud mental siguen siendo objeto de investigación. Sin embargo, hasta el momento, se ha relacionado, entre otras cosas, con una mala adaptación del sistema fisiológico de respuesta al estrés.

Estudios recientes demuestran que el AI afecta permanentemente el desarrollo, la estructura y la química del cerebro de los NNA, alterando, en consecuencia, sus respuestas y regulación subsecuentes ante situaciones estresantes. Conviene subrayar, que durante la infancia aún no se dispone de herramientas para regular satisfactoriamente el estrés (Giménez 2007, Mesa y Moya 2011, Bucci et al. 2015, Vega Y Nuñez 2017, Carbajal-Valenzuela 2021).

Entre las principales alteraciones en el desarrollo cerebral, se encuentran: la pérdida acelerada de neuronas, retrasos en el proceso de mielinización, anormalidades en el desarrollo apropiado de la poda neural, inhibición en la neurogénesis o estrés inducido por factores de crecimiento cerebral. Así mismo, el AI produce cambios que afectan principalmente neurotransmisores, hormonas neuroendocrinas y factores neurotróficos implicados en el desarrollo normal del cerebro (Mesa y Moya, 2011).

Sobre los cambios en la bioquímica cerebral, a causa del AI, Giménez et al. (2007) identifica:

[...] alteraciones en las hormonas, como el cortisol o la norepinefrina, o bien puede estar alterado el número de sus receptores intracelulares. Se crea entonces un estado de "hiperexcitabilidad" permanente, que les condiciona a un estrés

crónico. Esto puede alterar la respuesta a futuros estímulos estresantes, ya sea por exceso o por defecto. (p.97)

Simultáneamente, se han encontrado cambios estructurales, afectando las conexiones fronto-límbicas, así como alteraciones en los núcleos adrenérgicos del troncoencéfalo (Giménez, 2007). Para el caso específico de ASI, se encontró un adelgazamiento de la región de corteza somatosensorial en la que se representan los genitales. Además de reducción en el volumen de la sustancia gris de la corteza visual (Tomoda et al., 2009).

Por otro lado, se ha observado una diferencia en cuanto al impacto que el AI tiene en el SNC, en función del sexo. En mujeres con antecedentes de ASI o AFI y diagnóstico de trastorno de la personalidad límite, se ha identificado una reducción en el volumen de la amígdala. Así mismo, se ha observado una reducción de volumen en el hipocampo de hombres con antecedentes de abuso emocional infantil (Carbajal-Valenzuela, 2021).

II. Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión (SIAD)

Los síntomas que indican una posible afectación en la salud mental se han dividido en "externalizantes" e "internalizantes". Los síntomas externalizantes refieren a conductas proyectadas hacia el ambiente, e incluyen comportamientos como la desobediencia, la hostilidad y la agresión (Villatoro et al., 2005). Por otro lado, la sintomatología internalizante (SI) hace referencia a aspectos principalmente emocionales y anímicos, entre ellos se encuentran: problemas de alimentación, alteraciones somáticas, inseguridad, obsesiones, nerviosismo, miedos, fobias, sentimientos de tristeza, inquietud, preocupación, culpabilidad, tensión, disforia, depresión, ansiedad, baja autoestima, y conducta suicida (Villatoro et al., 2005, Carpio et al., 2019).

En la infancia las conductas de internalización que se presentan son “[...] el uso estrategias de inhibición emocional en las cuales el infante dirige la manifestación del malestar hacia sí mismo” (Vega y Nuñez, 2017, p.126). En este control de los procesos emocionales los niños ocultan la emoción, o bien no la expresan. La depresión, la baja autoestima, el aislamiento, la irritabilidad y la ansiedad también son conductas de internalización en NNA.

Los síntomas de internalización representan un problema de salud pública. En un estudio a adultos estadounidenses se encontró que el nivel de internalización predice significativamente el riesgo de mortalidad durante un período de 20 años, esta relación se explica dado que las personas con alto nivel de internalización presentan mala salud física a causa de diferentes factores entre ellos la inactividad física y el consumo excesivo de alcohol o sustancias (Kim et al., 2021).

Esto se debe a que la presencia de altos niveles de internalización causa mayor propensión a experimentar adversidades como: desempleo, discordia matrimonial, funcionamiento social deficiente y mala calidad de vida. Además, existe una mayor predisposición a manejar dichas situaciones de forma poco saludable, recurriendo en ocasiones al consumo excesivo de alcohol o el abuso de drogas.

En este estudio se ahondará en los síntomas de internalización, particularmente en los de ansiedad y depresión. La presencia de los trastornos depresivos y de ansiedad se consideran factores que disminuyen el estado de salud y funcionamiento en los diferentes aspectos de la vida, por lo que dichos trastornos pueden ser considerados una discapacidad. Los trastornos de ansiedad se encuentran entre las diez causas principales de años vividos con discapacidad en todas las Regiones de la OMS (OPS, 2021).

2.1 Síntomas de Ansiedad

La ansiedad se considera una respuesta normal, siempre y cuando dicha sensación no sea excesivamente abrumadora o persistente; en tal caso podría tratarse de un trastorno de ansiedad (Dean, 2016).

Kalin (2020), remarca el papel adaptativo de la ansiedad, debido a que funciona para señalar posibles amenazas o peligros en el entorno y facilita las estrategias de afrontamiento que la acompañan.

A pesar de que la ansiedad tiene una gran cercanía con el miedo es importante aclarar que se trata de dos cosas distintas, mientras el miedo es una perturbación causada por estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, entendida como un estado emocional orientada al futuro y es experimentada por todos los humanos en diferentes grados, por lo que se puede presentar sin conocer el objeto o la razón de ello (Ildefonso, 2017).

Así en términos conductuales, la ansiedad tiene por lo menos dos características que la definen. Primero, es un estado emocional provocado por un estímulo perturbador, este estímulo que es el causante principal no precede ni acompaña al estado, sino que se anticipa al mismo. En la segunda característica se plantea el caso de cómo un estímulo que todavía no ocurre puede actuar como causa [...]. (Ildefonso, 2017, p.3)

Las manifestaciones fisiológicas de la ansiedad incluyen una larga lista de signos, entre ellos: tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, elevada tasa de respiración, mareos, náuseas, sequedad de boca, sudor, temblores, enrojecimiento en la cara, calor, dificultad para dormir, dolores de cabeza, cuello o espalda, fatiga, y diarrea.

En la esfera cognitiva se presenta preocupación constante, expectativas negativas sobre sí mismo y la situación, así como dificultades de concentración e insomnio. En la

esfera conductual se observa el deterioro de respuestas de ejecución de evitación y escape, en tareas de vigilancia, y motivación (Ildefonso, 2017).

Ahora bien, de acuerdo con el DSM-V, los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados, es decir, suelen tener una duración aproximada de 6 meses o más. No obstante, el tiempo es un criterio que funge de guía general, el análisis decisivo de si ese miedo o ansiedad es excesivo o desproporcionado lo realiza el clínico teniendo en cuenta diversos factores. De acuerdo con el DSM-V:

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada. Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, pueden ser distinguidos a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados. (p.189)

Si se ordenan los trastornos según la edad típica al inicio de los síntomas, quedan de la siguiente manera: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos (DSM-V, 2014).

2.2 Síntomas Depresivos

La depresión es definida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS como una enfermedad caracterizada por la presencia de una tristeza persistente y la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas (OPS y OMS, 2022).

En el DSM-V se describe como un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, caracterizada por la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos (Morrison, 2015).

Las personas con depresión suelen presentar varios síntomas, entre ellos: pérdida de energía; cambios en el apetito; necesidad de dormir más o menos de lo normal; ansiedad; disminución de la concentración; inquietud; sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza; y pensamientos de autolesión o suicidio (OMS y OPS, 2022).

Así mismo los síntomas pueden reflejarse en las actividades diarias de las personas en la medida que influye en cómo se siente, piensa y coordina sus actividades como: trabajar, estudiar, dormir o comer. La pérdida de interés o placer en las actividades y los pasatiempos, dificultad para tener, recordar o tomar decisiones, dolores y molestias, dolor de cabeza, calambres o problemas digestivos sin una causa física aparente, o que no se alivian con tratamiento; todo ello nos habla de una posible depresión (National Institute of Mental Health, 2021).

En lo que se considera un episodio depresivo, los síntomas se presentan la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas. Los episodios depresivos pueden clasificarse en leves, moderados o graves, en función del número y la intensidad de los síntomas, así como de las repercusiones en el funcionamiento de la persona (OMS, 2021).

Como se observa, los síntomas depresivos son variados y afectan diferentes áreas, sin embargo, la depresión puede manifestarse de múltiples maneras de acuerdo a la edad. En este estudio se hablará de los síntomas depresivos en adultos jóvenes, quienes, presentan mayor probabilidad de irritabilidad, hipersomnia, así como tener una perspectiva negativa sobre la vida y el futuro. En ocasiones puede existir una comorbilidad con otros trastornos como ansiedad generalizada, fobia social, trastorno de pánico y consumo de drogas. (National Institute of Mental Health, 2021).

2.3 Prevalencia de Ansiedad y Depresión

Los trastornos mentales con mayor prevalencia a nivel mundial son los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad, siendo la depresión el primer lugar. La depresión afecta a un 3,8% de la población mundial, esto es aproximadamente 280 millones de personas. En el peor de los casos, la depresión puede llevar al suicidio, se estima que cada año se suicidan más de 700,000 personas, siendo la cuarta causa de muerte en personas de 15 a 29 años (OMS, 2021).

En cuanto a la ansiedad, se estima que en 2019, 301 millones de personas padecieron un trastorno de ansiedad, entre ellos 58 millones de NNA (OMS, 2022). Un dato relevante es que ambos se presentan con mayor frecuencia en mujeres en comparación con los hombres, 4,6% en contraste con 2,6% para ansiedad y 5,1% en contraste con 3,6% para depresión (OPS, 2017). Además, se habla de un alto nivel de comorbilidad ya que es común que ambos trastornos se presenten de forma simultánea.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), registra la prevalencia de trastornos psiquiátricos en México, en población de 18 a 65 años de edad y que vive en áreas urbanas (población de más de 2,500 habitantes). Esta se basa en las definiciones del CIE-10 y el DSM-V (Medina et al. 2003).

Dicha encuesta encontró que el 28,6% de la población mexicana presentó alguno de los 23 trastornos de la CIE alguna vez en su vida. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (14,3%), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9,2%) y los trastornos afectivos, en donde entran los trastornos depresivos y desorden bipolar (9,1%) (Medina et al. 2003). De acuerdo a la recopilación de la OPS en 2015, el 4,2% de los mexicanos tenía depresión y un 3,6% ansiedad (OPS, 2017).

“Los años vividos con discapacidad se suman a los años de vida perdidos a fin de calcular los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), que son el método de medición clave que se usa para evaluar la carga mundial de enfermedad” (OPS, 2017, p.4).

Los AVAD por trastornos mentales se incrementaron de 16,9 millones de años en el 2000 a 20,6 millones de años en 2019. En México en 2019, los años vividos con una salud inferior a la óptima, a causa de los trastornos depresivos es de 651,2 por 100.000 habitantes. En lo que respecta a los trastornos de ansiedad el número es de 344,6 por 100.000 habitantes (OPS, 2021).

III. Antecedentes

Existen algunos estudios que reportan la relación entre algún tipo de AI y la presencia de SIAD en la vida adulta, la mayoría de las investigaciones encontraron que el haber vivido ASI, AFI y/o API es un factor relevante para la presencia de síntomas de psicopatología en la adultez. A continuación, se mencionan algunas de las investigaciones que refieren a estos resultados.

Christ et al. (2019), realizaron un estudio transversal en 276 estudiantes de la Universidad Vrije Universiteit (VU) de Ámsterdam, con el objetivo de determinar si los diferentes tipos de abuso están asociados con los síntomas depresivos, la desregulación de las emociones y los problemas interpersonales. El 31,5% de los participantes informaron abuso emocional, el 11,6% informaron abuso sexual, y el 8,0% informaron abuso físico. El 59,8% de los participantes no informaron de síntomas depresivos, el 30,1% informaron de síntomas depresivos leves, el 8,0% informaron de síntomas depresivos moderados y el 2,1% informaron de síntomas depresivos graves.

El abuso emocional se asoció significativamente con los síntomas depresivos, la desregulación de las emociones y los problemas interpersonales. El abuso físico se asoció significativamente con los síntomas depresivos y los problemas interpersonales. Los autores confirman el papel mediador de la desregulación de las emociones en la asociación entre el abuso emocional y los síntomas depresivos.

Kuzminskaite et al. (2022) estudiaron el trauma infantil, entendido como situaciones de abuso emocional, físico y sexual, o negligencia emocional y física antes de los 18 años, y su

impacto en la sintomatología de ansiedad y depresión en la edad adulta. A diferencia de otras investigaciones, se estudiaron los síntomas de depresión y ansiedad en lugar de los trastornos.

Esto se realizó a través de un estudio longitudinal de 6 años, aplicado a 1,803 participantes, de los cuales, el 53,9% había experimentado al menos un tipo de trauma infantil. Considerando que el 24,8% experimentó lo que consideran un trauma grave, y el 29,1% un trauma leve. Se registró que el tipo de trauma con mayor frecuencia fue la negligencia emocional, seguido del abuso emocional, con un 44,0 % y 28,5 %, respectivamente.

Los hallazgos indican que el trauma infantil se asocia con la presencia de síntomas depresivos y de ansiedad, siendo más fuerte la asociación para la sintomatología depresiva. Las personas con mayor gravedad en los síntomas de ansiedad y depresión son aquellas que reportaron abuso emocional y físico. Se mostró una asociación fuerte entre el trauma infantil y las características cognitivas de la depresión, como la falta de concentración, toma de decisiones o la autocrítica, en lo que respecta a la sintomatología de ansiedad destaca la fobia social.

Los autores concluyen que todos los tipos de trauma tienen efectos perjudiciales, además de que la sintomatología fue consistente a lo largo del tiempo, lo cual podría explicarse por las alteraciones inducidas por el estrés en el cerebro, la mente y el cuerpo (Kuzminskaite et al., 2021). También señalan que el trauma infantil grave afecta el funcionamiento de los sistemas de estrés, lo cual puede llevar a manifestaciones más severas de la sintomatología depresiva y ansiosa.

Por otro lado, De Anda et al. 2021 realizaron una investigación en población adolescente de San Juan del Río, Querétaro, con el objetivo de explorar la presencia de Experiencias Adversas en la Infancia, así como la relación entre estas y la sintomatología depresiva y el consumo de sustancias.

Las cifras según el tipo de EAI muestran que del 63,1% de los encuestados que reportó haber sufrido algún tipo de abuso, el 61,6% de los hombres y el 63,1% de las mujeres, reportaron abuso emocional. El 36,6% de los alumnos, 37,6% de los hombres y el 35,8% de las mujeres presentaron abuso físico. Finalmente, del 16,4%, el 9,6% de los hombres y 19,9% de las mujeres, mencionan haber sufrido de abuso sexual.

Los resultados indicaron que el 76% de los adolescentes han experimentado cuatro o más EAI antes de los 15 años. El 17% presentó sintomatología depresiva en las dos semanas previas al estudio, y el 77% admitió haber consumido alguna sustancia en su vida.

Se encontró que el número de EAI correlaciona positivamente con los síntomas depresivos registrados durante las últimas dos semanas, el número de sustancias durante el transcurso de la vida y la frecuencia del consumo de sustancias durante el último mes. Es decir, entre mayor es el número de EAI, aumenta el riesgo de presentar mayores índices de sintomatología depresiva y consumo de sustancias en adolescentes.

Cabe mencionar que en este estudio la violencia comunitaria, la omisión de cuidados y la violencia intrafamiliar fueron las EAI con mayor presencia. Además, se menciona la relevancia de los antecedentes familiares con trastornos mentales y abuso de sustancias como factores que influyen en los puntajes de sintomatología depresiva y consumo de sustancias, respectivamente. Entre otros factores de riesgo se encuentra el papel que juegan las hormonas durante la pubertad, respecto a la respuesta al estrés, y el hecho de que la adolescencia es una etapa en la que diversas estructuras cerebrales continúan desarrollándose.

IV. Planteamiento Del Problema

Se conoce como EAI al conjunto de experiencias y situaciones que se viven antes de cumplir 18 años y pueden ser estresantes o traumáticas. Estas guardan relación con problemas de salud física y mental presentados en la vida adulta, tales problemas tienen un impacto relevante en el sector público (Felitti et al. 1998). Ante la presencia de EAI se ha

observado en varios estudios consecuencias negativas a nivel cerebral, conductuales así como la existencia de psicopatológicas. Dichas repercusiones varían de acuerdo al tipo de experiencia adversa, la frecuencia con la que se experimentó, la comorbilidad con otras EAI u otras situaciones vulnerables, el periodo de edad en la que ocurrió o si se hizo algo al respecto.

Una de las EAI con mayor prevalencia en México, así como en distintas partes del mundo, es el abuso infantil, que se caracteriza por un trato negligente o maltrato que priva al niño de sus derechos y bienestar, atenta contra su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, y cuyos actores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad (Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia, 2015). El abuso se clasifica principalmente en tres tipos, cada uno con diferentes modalidades: sexual, psicológico y físico.

El ser abusado o descuidado de niño podría causar que las víctimas desarrollen trastornos de internalización en la infancia o en la edad adulta. La sintomatología internalizante describe los comportamientos que tienen una función hacia sí mismo y afectan al sujeto en los procesos individuales, se relaciona con somatizaciones, rasgos de personalidad ansiosos y dependientes, procesos de aprendizaje desadaptativos como fobias y miedos, inestabilidad emocional y dificultad en la resolución de problemas, además pueden generar psicopatologías como la depresión y la ansiedad.

Experimentar AI supone una serie de consecuencias adversas en las distintas etapas del desarrollo ya que no se cuentan con los recursos cognitivos, emocionales y madurativos para afrontar situaciones estresantes, siendo la esfera de la salud mental una de las más visibles en cuanto a afectaciones se refiere. Son varios los estudios y autores (Soriano 2022; Kimber y MacMillan 2017; Vega y Nuñez 2017; Christ et al. 2019; De Anda 2020) que señalan una fuerte correlación entre abuso infantil y la sintomatología internalizante de ansiedad y depresión.

En la revisión bibliográfica se ha encontrado que la mayoría de las investigaciones ha estudiado un solo tipo de AI en particular y sus consecuencias de forma general por lo que

no se puede ver si existe una relación entre los diferentes tipos de abuso y las afectaciones que esta EAI tiene. Es por eso que este estudio pretende identificar la presencia y frecuencia de los tres tipos de abuso infantil: sexual, psicológico y físico, y su relación con la sintomatología internalizante específicamente con la ansiedad y la depresión en jóvenes universitarios.

4.1 Justificación

El maltrato infantil es un problema grave en la sociedad actual, ya que una buena parte de la población sigue considerando el castigo físico y psicológico como una forma de “educar”. De acuerdo con UNICEF (2019), 63% de las niñas y niños de entre 1 y 14 años han experimentado al menos una forma de disciplina violenta, las prácticas más comunes suelen ser agresiones psicológicas seguidas por otro tipo de castigos físicos.

Así mismo, según datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016, entre las adolescentes de 15 a 18 años, 261% declaró haber sufrido violencia durante la niñez: 20,4% violencia física, 10,5% violencia emocional y 5,5% violencia sexual (INMUJERES, 2020). Los datos son alarmantes puesto que el MI tiene repercusiones visibles a corto, mediano y largo plazo en el desarrollo psicosocial y físico de las personas.

Por otro lado, las cifras en México revelan la necesidad de prestar atención a la salud mental de la población. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de los Hogares (ENH) 2017, en el país el 30,5% de integrantes del hogar de 7 años y más han tenido sentimientos de depresión alguna vez en su vida, en Querétaro la prevalencia es del 22,3% (INEGI, 2022).

Mientras que, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) 2003, señala que el 28,6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) alguna vez en su vida, el trastorno más frecuente fue el de ansiedad con el 14,3%, seguido de los trastornos afectivos con 9,1%

(Medina-Mora et al., 2003). Datos de la misma encuesta señalan que el trastorno que produce los niveles más elevados de discapacidad es la depresión (Lara et al., 2007).

Los estudiantes universitarios por sí mismos representan una población vulnerable para la aparición de algunos trastornos mentales, esto debido a la exigencia social, la carga académica, dificultades económicas entre otras, dentro de dichos trastornos, particularmente del estado de ánimo, la ansiedad y el consumo de sustancias se presentan con mayor prevalencia en dicha población. En 2017 la OMS realizó un estudio donde se aplicaron una serie de encuestas en 19 universidades de ocho países, entre ellos México, en donde el 35% informaron al menos uno de los trastornos mentales siendo el trastorno depresivo mayor el más común, seguido del trastorno de ansiedad generalizada (Auerbach, R. et al., 2018).

Otra investigación en una universidad pública de la ciudad de Cartagena (Colombia) revela que posiblemente, más del 75% presentan sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva, además se encontraron factores asociados a cada SI, para la ansiedad asociaciones con dificultades económicas, presencia de problemas familiares y el consumo actual de alcohol. La sintomatología depresiva se asoció con la presencia de problemas familiares, dificultades económicas, antecedentes familiares de ansiedad o depresión y presencia de trastorno de ansiedad (Arrieta, K. et al. 2014).

El abuso infantil es una violación a los derechos humanos y un problema de salud a nivel global, debido a que, como lo subraya la creciente evidencia, puede generar problemas de salud física y mental durante toda la vida. La investigación sobre la incidencia del abuso infantil y sus consecuencias es proveedora de conocimiento indispensable para que se tomen medidas de prevención, detección y respuesta, protegiendo así la integridad y la salud mental de la población estudiantil.

4.2 Preguntas De Investigación

Pregunta general:

¿Existe relación entre la EAI de abuso y la Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión en jóvenes universitarios?

Preguntas específicas:

1. ¿Qué proporción de jóvenes experimentó una EAI de AI?
2. ¿Qué proporción de jóvenes experimentó API?
3. ¿Qué proporción de jóvenes experimentó AFI?
4. ¿Qué proporción de jóvenes experimentó ASI?
5. ¿Qué proporción de jóvenes universitarixs presentan SIAD?
6. ¿Qué relación existe entre los distintos tipos de abuso y la SIAD?

4.3 Hipótesis

General:

Existe una correlación positiva entre la presencia de Experiencias de Abuso en la Infancia y la Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión en jóvenes universitarixs.

Específicas

Solo se propondrá hipótesis respecto a la relación entre variables.

1. Existe una relación positiva entre el API y la SIAD.
2. Existe una relación positiva entre el AFI y la SIAD.
3. Existe una relación positiva entre el ASI y la SIAD.

Objetivo General

Conocer la relación entre la EAI de Abuso Infantil y la Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión en jóvenes universitariss.

Objetivos Específicos

- I. Determinar la proporción de jóvenes universitarias/os que presentan una EAI de abuso en general y de abuso en general y de API, AFI Y ASI en particular en particular.
- II. Determinar la proporción de jóvenes universitarias/os que presentan SIAD .
- III. Conocer la relación entre el API y la SIAD.
- IV. Conocer la relación entre el AFI y la SIAD.
- V. Conocer la relación entre el ASI y la SIAD.

V. Método

5.1 Tipo De Estudio

El enfoque de la presente investigación es de tipo cuantitativo, de diseño no experimental transversal y de alcance correlacional. Tendrá una muestra no probabilística por racimos.

5.2 Variables

- **Variable independiente:** La Experiencia Adversa en la Infancia (EAI) de abuso (sexual, psicológico y físico).
- **Variable dependiente:** Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión (SIAD).

Definición De Variables

Tabla 2

Definición de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional
------------------	------------------------------	-------------------------------

EAI ASI	Cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad. Incluye prácticas sexuales que pueden ir desde tocamientos, exposición de los órganos sexuales y masturbación frente a un NNA, hasta violaciones.	Adverse Childhood Experiences (ACE) Adaptación del Adverse Childhood Experiences (ACE), instrumento autoaplicable que consta de 30 ítems con preguntas de escala tipo Likert (4= muy frecuentemente, 3= frecuentemente, 2=algunas veces, 1=casi nunca, 0= nunca). Se tomará la EAI de abuso, y se analizarán los resultados de acuerdo a cada tipo: psicológico (2 ítems), físico (2 ítems) y sexual (4 ítems).
API	Aquellos actos verbales o simbólicos, realizados por el cuidador de un NNA que provoquen un daño psicológico en el niño u obstaculicen el desarrollo de las necesidades emocionales básicas. Incluye acciones que van desde la hostilidad verbal hasta formas de atemorizar, humillar o rechazar a los menores.	Véase en Anexo I
AFI	Acciones que provocan daño físico o enfermedad en los NNA. Se incluyen lesiones no accidentales que pueden ir desde pequeños hematomas hasta fracturas graves o la muerte. Se manifiesta en castigos corporales y todas las demás formas de tortura y tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.	

SI Ansiedad

La ansiedad es entendida como un estado emocional orientado al futuro.

Las manifestaciones fisiológicas de la ansiedad incluyen: tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, elevada tasa de respiración, mareos, náuseas, sequedad de boca, sudor, temblores, enrojecimiento en la cara, calor, dificultad para dormir, dolores de cabeza, cuello o espalda, fatiga, diarrea.

En la esfera cognitiva se presenta preocupación constante, expectativas negativas sobre sí mismo y la situación, así como dificultades de concentración e insomnio.

En la esfera conductual se observa el deterioro de respuestas de ejecución de evitación y escape, en tareas de vigilancia, y motivación

Adult Self Report (ASR)

Adaptación al español del Adult Self Report (ASR), cuestionario autoadministrable de 126 ítems con una escala de respuesta de 3 opciones (0=nunca o casi nunca, 1= a veces cierto, 2= cierto muy a menudo), y que indicará el tipo de sintomatología que se presenta.

Para determinar el nivel de sintomatología que presenta cada sujeto, se sumarán las puntuaciones obtenidas en la escala, clasificando los ítems en los síndromes (o dimensiones) que conforman cada sintomatología.

La sintomatología internalizante está conformada por los síndromes Depresivo/Ansioso (ítems 12, 13, 14, 22, 31, 33, 34, 35, 45, 47, 50, 52, 71, 91, 103, 107, 112, 113)

Depresión

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, caracterizada por la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y

cognitivos, además de la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas.

Las personas con depresión suelen presentar varios síntomas, entre ellos: pérdida de energía, cambios en el apetito, necesidad de dormir más o menos de lo normal, ansiedad, disminución de la concentración, inquietud, sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza, y pensamientos de autolesión o suicidio.

5.3 Procedimiento

Este estudio forma parte de una investigación más grande que buscó la relación entre las EAI, la SIE y las diferencias de género en adultos jóvenes (Dorado y Carbajal-Valenzuela, 2023), por lo que el procedimiento que describimos a continuación fue compartido por ambos proyectos.

Primero, se diseñó un cuestionario compuesto por la adaptación de tres herramientas: el Autoinforme de Adultos, que evalúa la psicopatología en el adulto; el cuestionarios de Experiencias Adversas en la Infancia, que mide la presencia de EAI; y el CaMir-R, el cual evalúa los estilos de apego (Véase en tabla 2). No obstante, solo se

tomaron en cuenta los primeros dos, ya que esta investigación está vinculada a una más amplia (Dorado et al., 2022), en la cual se utilizaron todos los instrumentos ya mencionados.

Se buscó una muestra de jóvenes universitarios de ambos sexos, que cursan la Licenciatura en Psicología y Educación de la Universidad Autónoma de Querétaro, con una edad de entre 18 y 27 años. Posteriormente se solicitó permiso a las autoridades correspondientes, tanto directivos como docentes, para aplicar el cuestionario dentro del horario escolar.

En un tercer momento, se pasó a cada uno de los salones, y se les proporcionó a las jóvenes universitarias/os una liga de google forms para que pudieran responder el cuestionario, el cual se respondió en una duración aproximada de 30 minutos. La aplicación fue realizada por dos personas, quienes expusieron el objetivo de la investigación y las instrucciones. La participación fue voluntaria registrando el consentimiento dentro del mismo cuestionario.

Finalmente, se realizará un análisis estadístico a través del software JASP versión 0.17.1.0.

VI. Consideraciones Éticas

En el presente estudio se cumplen los cuatro principios básicos de la bioética para la investigación con humanos: no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía.

Para cumplir con el principio de no maleficencia se considera que los riesgos del estudio son mínimos y que no suponen daño a la facultades físicas, psicológicas o sociales de los sujetos involucrados; la información obtenida tiene fines puramente científicos que buscan aportar conocimientos que beneficien a largo plazo a la sociedad.

La aplicación de instrumentos fue de forma digital, los participantes que desearon participar en el estudio lo hicieron por medio de un formulario de Google, en el que, primeramente, fueron informados acerca de los objetivos y fines de la investigación, se les pidió que brinden su consentimiento para participar en el estudio, que avala que su

participación fue responsable, consciente, informada y libre. El investigador asumió la responsabilidad por la aplicación, interpretación y el uso de instrumentos, de igual manera, no inventó ni falsificó los resultados de sus investigaciones publicadas. Todo esto lo hizo bajo la ley y de manera que permita el cumplimiento de los requisitos del código ético (Sociedad Mexicana de Psicología A.C., 2002).

Se aseguró el anonimato de la información obtenida, esto con base en el Código Ético del Psicólogo en los artículos 15, 16, 17, 20, 25, 50, 55, 60, 61, 68, 74, 75, 118, 122, 132, para que los datos, resultados y discusiones resultantes no dañen a sujetos que pudiesen identificarse a sí mismos.

Por último, se les dio a los sujetos el trato merecido, no se le negó información o impuso alguna responsabilidad u obligación indebida.

En el presente estudio se cumplen los cuatro principios básicos de la bioética para la investigación con humanos: no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía.

Para cumplir con el principio de no maleficencia se considera que los riesgos del estudio son mínimos y que no suponen daño a las facultades físicas, psicológicas o sociales de los sujetos involucrados; la información obtenida tiene fines puramente científicos que buscan aportar conocimientos que beneficien a largo plazo a la sociedad.

La aplicación de instrumentos será de forma digital, los participantes que deseen participar en el estudio lo harán por medio de un formulario de Google, en el que, primeramente, serán informados acerca de los objetivos y fines de la investigación, se les pedirá que brinden su consentimiento para participar en el estudio, que avale que su participación es responsable, consciente, informada y libre. El investigador asumirá la responsabilidad por la aplicación, interpretación y el uso de instrumentos, de igual manera, no inventará ni falsificará los resultados de sus investigaciones publicadas. Todo esto lo

hace bajo la ley y de manera que permita el cumplimiento de los requisitos del código ético (Sociedad Mexicana de Psicología A.C., 2002).

Se asegurará el anonimato de la información obtenida, esto con base en el Código Ético del Psicólogo en los artículos 15, 16, 17, 20, 25, 50, 55, 60, 61, 68, 74, 75, 118, 122, 132, para que los datos, resultados y discusiones resultantes no dañen a sujetos que pudiesen identificarse a sí mismos.

Por último, y conforme el principio de justicia, se les dará a los sujetos el trato merecido, no se le negará información o impondrá alguna responsabilidad u obligación indebida.

VII. Resultados

7.1 Características Sociodemográficas De La Muestra

La muestra del presente estudio se conformó por 374 jóvenes universitarios de la Licenciatura en Psicología, de la Facultad de Psicología y Educación, de la Universidad Autónoma de Querétaro, de los cuales el 78% fueron mujeres y el 21% fueron hombres. El rango de edad fue de 18 a 27 años, con un promedio de 20.47 años, y con una desviación estándar de ± 1.8 años.

El 86% reside en la ciudad de Querétaro, y el 13% reside en otro lugar. La escolaridad alcanzada en el 44% de la muestra es preparatoria, 2% técnico superior, 53% licenciatura, y menos del 1% maestría. Del total de la muestra el 1% pertenece a algún grupo indígena. El 70% se dedica a estudiar, mientras que el 29% estudia y trabaja. El 96% son solteras/os, el 3% se encuentra en unión libre, y menos del 1% son casadas/os.

7.2 Experiencias Adversas de Abuso En La Infancia

Se calculó la proporción de la muestra que experimentó cualquier tipo de abuso. Se clasificó a la/el participante como parte de la proporción si respondían distinto a "Nunca" en

cualquiera de las preguntas ya identificadas en la tabla 2. Además se calculó esta proporción para cada uno de los tipos de abuso, como ya se mencionó, psicológico, físico y sexual.

El 85% de la muestra reportó algún tipo de AI (87% de las mujeres y de los 78% hombres). El 80% de la muestra sufrió alguna forma de API (76% de las mujeres y 81% de los hombres). El 44% reportó AFI (42% de las mujeres y 53% de los hombres). El 37% experimentó ASI (42% de las mujeres y 17% de los hombres).

Tabla 3

Porcentaje de personas que reportaron Abuso Infantil

Tipo de abuso	General	Mujeres	Hombres
Abuso Psicológico	80.21%	76.25%	81.29%
Abuso Físico	44.65%	42.17%	53.75%
Abuso Sexual	37.43%	42.85%	17.5%

Además se buscó conocer la frecuencia con la que se experimentó la EAI. El cuestionario se responde seleccionando un número de 0 a 4, el cual representa la frecuencia con la que se experimentó cada tipo de abuso (a mayor puntaje, mayor la frecuencia de haber experimentado algún abuso en la infancia). El promedio de la frecuencia de abuso en general y de los tipos de abuso se calculó con una sumatoria de todas las respuestas y se dividió entre el número de participantes. El puntaje mínimo que podía tener cada participante es de 0, y el máximo de 32, siendo éste el rango posible. Por otro lado, cuando hablamos de un rango real nos referimos al mínimo y al máximo de puntaje obtenido por la muestra.

El promedio de la Frecuencia de Abuso en General (FAG) fue de 4.04 para toda la muestra ± 3.85 , 4.05 para las mujeres ± 3.84 , 4.04 para hombres ± 3.84 . El rango real estuvo entre 0 y 18 para toda la muestra y para las mujeres, y entre 0 y 16 para los hombres. El promedio de la Frecuencia de Abuso Psicológico (FAP) fue de 1.97 para toda la muestra

± 1.76 , 1.97 para las mujeres ± 1.77 y 1.97 para los hombres ± 1.77 . El rango real estuvo entre 0 y 8 para todos. El promedio de la Frecuencia de Abuso Físico (FAF) fue de 0.93 para toda la muestra y para los hombres ± 1.53 , mientras que las mujeres el promedio fue de 0.93 ± 1.52 . El rango real estuvo entre 0 y 8 para todos. El promedio de la Frecuencia de Abuso Sexual (FAS) fue de 1.13 para toda la muestra ± 2.26 , 1.18 para mujeres ± 2.26 , 1.14 para los hombres ± 2.26 . El rango real estuvo entre 0 y 16 para todos.

Tabla 4

Promedio de la Frecuencia del Abuso Infantil

Tipo de abuso	Rango	General	Mujeres	Hombres
Abuso General	0-18	4.04	4.05	4.04
Abuso Psicológico	0-8	1.97	1.97	1.97
Abuso Físico	0-8	.93	.93	.93
Abuso Sexual	0-16	1.13	1.18	1.14

7.3 Sintomatología De Ansiedad y Depresión En Universitarios

Para identificar la presencia de SIAD se utilizó el ASR, se clasificó a la/el participante como parte de la proporción de quienes sí presentan sintomatología de ansiedad y depresión si respondían distinto a "0" en cualquiera de las preguntas (tabla 2). El puntaje total de cada participante se calculó haciendo una suma de la respuesta de cada una de las preguntas.

El rango posible del puntaje total era de 0 a 32 puntos, mientras que el rango real fue de 1 a 32. Se encontró que el 100% de la muestra presentó síntomas de ansiedad y depresión. La media en el puntaje total fue de 13.36 ± 7.30 . En mujeres la media fue de 13.39 ± 7.30 y en los hombres fue de 13.36 ± 7.31 .

De acuerdo con la prueba, una puntuación mayor a 15 en las mujeres y mayor a 14 en los hombres, se considera fuera del rango normal, en mujeres el rango normal va de los

0 a los 15 puntos y en los hombres de 0 a los 14 puntos localizando al/la participante en la zona limítrofe, mientras que una puntuación mayor a 20 y a 19, respectivamente, las/los considera en el rango clínico. El 60% (59% de las mujeres y 67% de los hombres) se encuentra dentro del puntaje normal, el 21% (23% de las mujeres y 15% de los hombres) está dentro del rango clínico, y el 17% (17% de las mujeres y el 17% de los hombres) en el rango limítrofe.

Tabla 5

Porcentaje de personas que presentaron Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión

Rango de Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión	General	Mujeres	Hombres
Normal	60%	59%	67%
Limítrofe	17%	17%	17%
Clínico	21%	23%	15%

7.4 Correlación Entre la Frecuencia de la EAI de AI y la SIAD

7.4.1 Correlaciones con Rho de Spearman

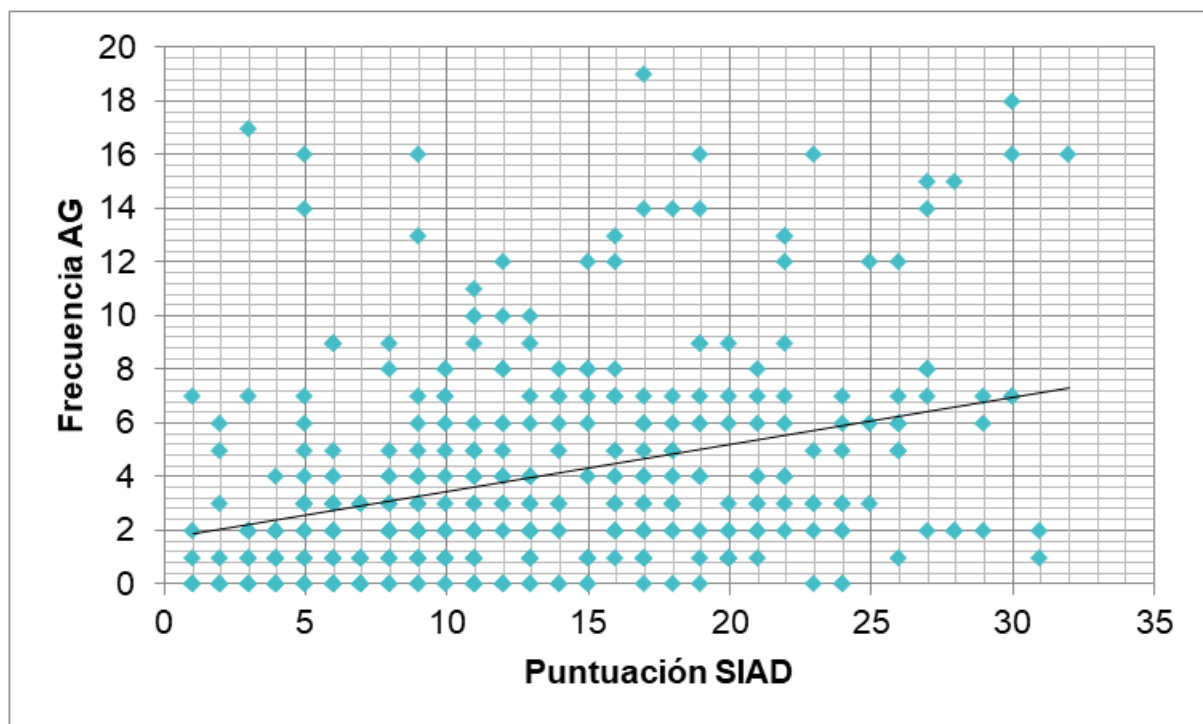
Las variables de interés se sometieron a una prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra (K-S1) para saber si tenían una distribución normal. Para la variable Frecuencia de Abuso General (FAG) el estadístico de prueba fue de 0.16 ($p < 0.000$), para Frecuencia de Abuso Psicológico (FAP) 0.20 ($p < 0.000$), para Frecuencia de Abuso Físico (FAF) 0.28 ($p < 0.000$), y para Frecuencia de Abuso Sexual (FAS) 0.31 ($p < 0.000$), y por último, para la Puntuación de SIAD fue de 0.08 ($p < 0.000$). Lo que significa que su distribución no es normal, debido a ello se tomó la decisión de utilizar la prueba de

correlación no paramétrica, rho de Spearman, con el objetivo de analizar si la frecuencia AI es un factor que influye en la presencia de SIAD en la vida adulta.

Derivado de éste análisis se encontró que el Puntaje de SIAD correlaciona positivamente con FAG (rho= 0.355, $p < 0.001$), con FAP (rho= 0.292, $p < 0.001$), con FAF (rho= 0.218, $p < 0.001$), y con FAS (rho= 0.210, $p < 0.001$).

Figura 1

Gráfica de dispersión entre la Puntuación SIAD y Frecuencia de Abuso General

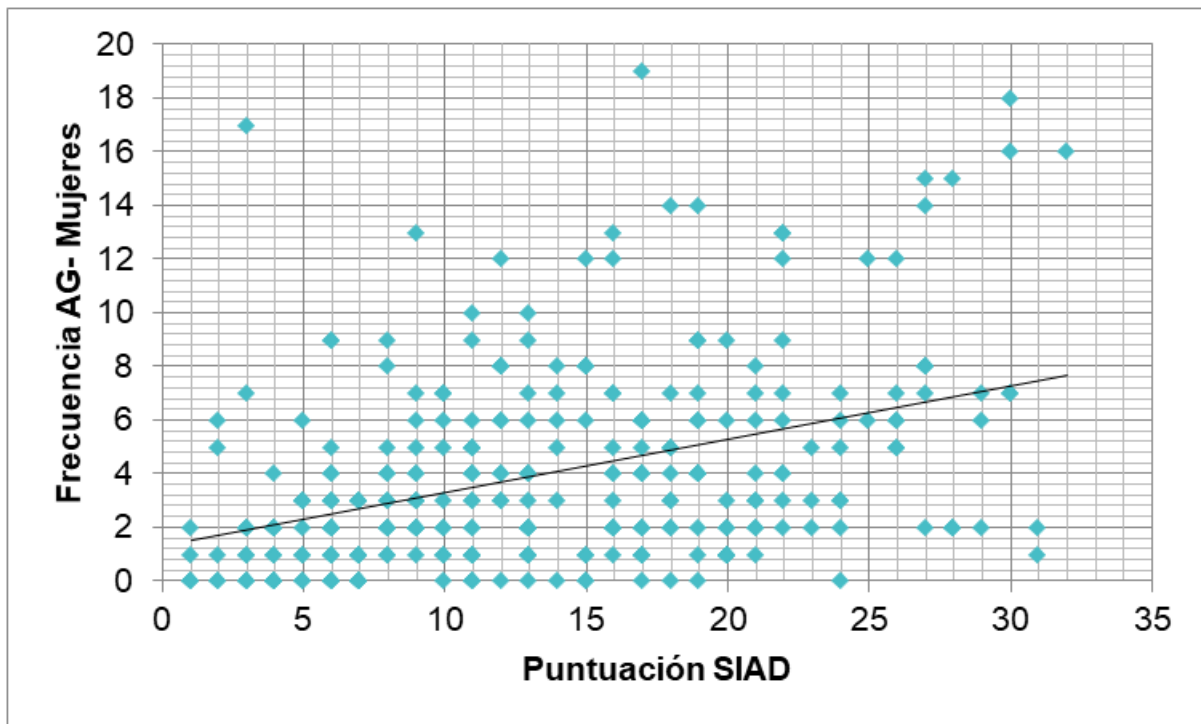


Correlación EAI de Abuso y SI de Ansiedad y Depresión en Mujeres.

Al realizar las mismas pruebas de correlación de Spearman en hombres y mujeres por separado se encontró que en mujeres, el Puntaje de SIAD correlaciona positivamente con FAG (rho= 0.405, $p < .001$), con FAP (rho= 0.341, $p < 0.001$), con FAF (rho= 0.227, $p < 0.001$), con FAS (rho= 0.240, $p < 0.001$). Es decir, todas las variables que evalúan abuso están asociadas significativamente con la SIAD.

Figura 2

Gráfica de dispersión entre la Puntuación SIAD y Frecuencia de Abuso General en Mujeres



Correlación EAI de Abuso y SI de Ansiedad y Depresión en Hombres.

A diferencia de las mujeres, en los hombres el Puntaje de SIAD solo correlacionó positivamente con FAF ($\rho=0.259$, $p=0.020$), y no se encontró correlación significativa con el resto de las variables de abuso, FAG ($\rho=0.183$, $p=0.105$), FAP ($\rho=0.140$, $p=0.214$), y con FAS ($\rho=0.005$, $p=0.968$).

Figura 3

Gráfica de dispersión entre la Puntuación de SIAD y Frecuencia de Abuso General en Hombres

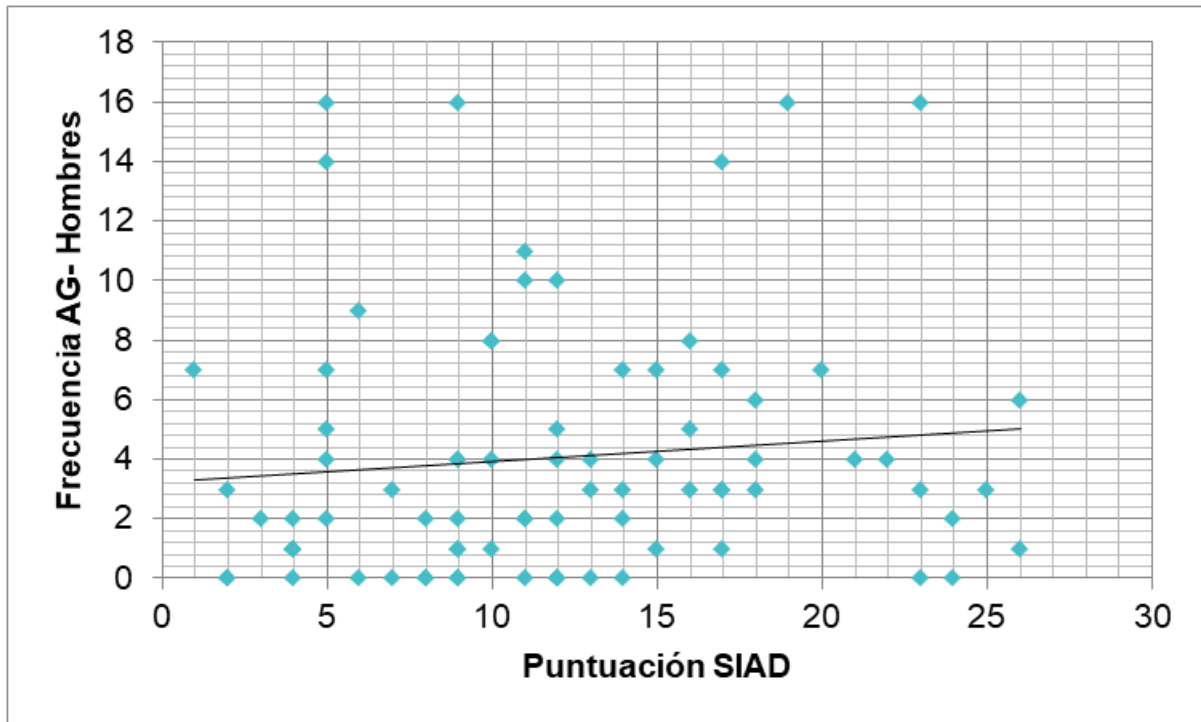


Tabla 6

Correlaciones entre la Frecuencia de Abuso Infantil y Sintomatología de Ansiedad y Depresión

Frecuencia de abuso	de Toda la muestra	Mujeres	Hombres
(FAG)	rho 0.35 p<0.001*	rho 0.40 p<0.001*	rho 0.18 p<0.105
(FAP)	rho 0.29 p<0.001*	rho 0.34 p<0.001*	rho 0.14 p<0.21
(FAF)	rho 0.21 p<0.001*	rho 0.22 p<0.001*	rho 0.25 p<0.020*
(FAS)	rho 0.21 p<0.001*	rho 0.24 p<0.001*	rho 0.00 p<0.968

FAG = Frecuencia de Abuso General
 FAP = Frecuencia de Abuso Psicológico
 FAF = Frecuencia de Abuso Físico
 FAS = Frecuencia de Abuso Sexual
 * = Estadísticamente significativo

7.4.2 Tablas de Contingencia

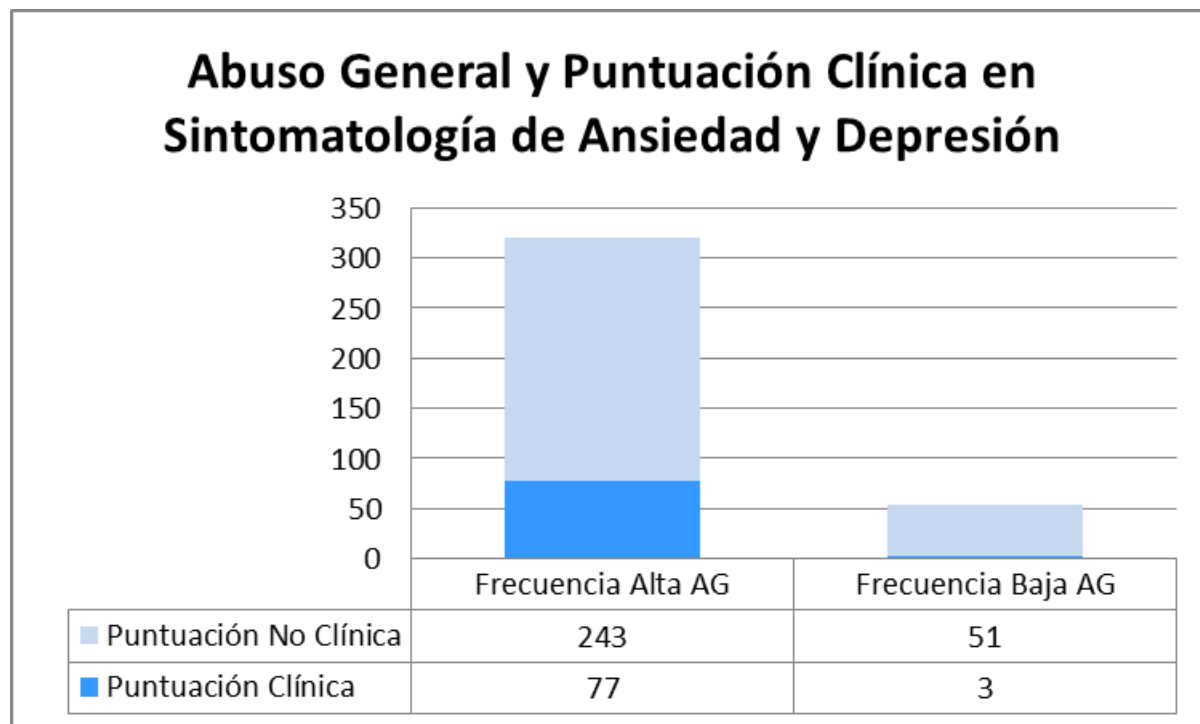
Se realizó una prueba Chi χ^2 para conocer la relación entre haber experimentado abuso en la infancia y la presencia de sintomatología de ansiedad y depresión en la vida adulta. Dado que el porcentaje de participantes que no presentaron ningún tipo de abuso es muy bajo, se clasificó la frecuencia en Frecuencia Alta y Frecuencia Baja partiendo de la media para hacer dicha clasificación. Se consideró Frecuencia Alta a partir de 1.97 para API, 0.93 para AFI y 1.13 para ASI. Los puntajes menores a la media se consideraron Frecuencia Baja.

Se encontró que el 31% de quienes han experimentado AGI, presentan Puntaje Clínico SIAD, mientras que tan solo el 5% de quienes no han experimentado AGI, presentan Puntaje Clínico SIAD, la relación entre estas variables fue significativa ($\chi^2=9.411$, $p=0.002$). El 39% de quienes han experimentado una Frecuencia Alta de API, presentan Puntaje Clínico SIAD, en comparación con quienes han experimentado una Frecuencia Baja de API, de los cuales el 22% presentan Puntaje Clínico SIAD, estas variables están asociadas significativamente ($\chi^2= 4.351$, $p=0.037$). El 41% de quienes han experimentado Frecuencia Alta de AFI, presentan Puntaje Clínico SIAD, mientras que el 24% de quienes han experimentado Frecuencia Baja AFI, presentan Puntaje Clínico SIAD, en estas variables no se encontró una asociación significativa ($\chi^2= 3.520$, $p=0.061$). El 43% de quienes han experimentado Frecuencia Alta de ASI, presentan Puntaje Clínico SIAD, por otro lado, de quienes han experimentado Frecuencia Baja de ASI, el 22% presentan Puntaje Clínico SIAD, la frecuencia en el ASI vivido en la infancia está asociada a la sintomatología internalizante en la adultez de manera significativa ($\chi^2= 5.560$, $p= 0.018$).

Se realizó un análisis extra para AFI en el que se comparó haber experimentado AFI con quienes no experimentaron ningún tipo de abuso, y su relación con haber obtenido un puntaje clínico en SIAD. De las personas que vivieron AFI, el 49% presentó Puntaje Clínico SIAD, mientras que solo el 11% de quienes no experimentaron ningún tipo de abuso, presentaron un Puntaje Clínico ($\chi^2=24.57$, $p= <0.001$).

Figura 4

Relación entre Abuso General y Puntuación Clínica en la Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión



Correlación entre Abuso Infantil y Puntuación Clínica en Sintomatología de Ansiedad y Depresión en Mujeres.

Se realizó la misma prueba separando las puntuaciones de mujeres y hombres, encontrando que el 35% de mujeres que han experimentado AGI presentan Puntaje Clínico SIAD, mientras que el 2% de las mujeres que no han experimentado AGI, presentan Puntaje Clínico SIAD, la relación entre estas variables fue significativa ($\chi^2= 9.933$, $p=0.002$). El 44% de quienes han experimentado Frecuencia Alta API presentan Puntaje Clínico SIAD, mientras que el 24% de quienes han experimentado Frecuencia Baja API, presentan Puntaje Clínico SIAD, la relación entre estas variables fue significativa ($\chi^2= 4.029$, $p=0.045$). El 47% de quienes han experimentado Frecuencia Alta AFI presentan Puntaje Clínico SIAD, en comparación con el 26% que presenta Puntaje Clínico SIAD y vivió Frecuencia Baja AFI, lo cual no fue significativo ($\chi^2=2.910$, $p=0.088$). Finalmente, el 47% de quienes han experimentado Frecuencia Alta ASI, presentan Puntaje Clínico SIAD,

y el 24% de quienes han experimentado Frecuencia Baja ASI, presentan Puntaje Clínico SIAD, relación que fue significativa ($X^2=5.374$, $p=0.020$).

Figura 5

Relación entre Abuso General y Puntuación Clínica en la Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión en Mujeres

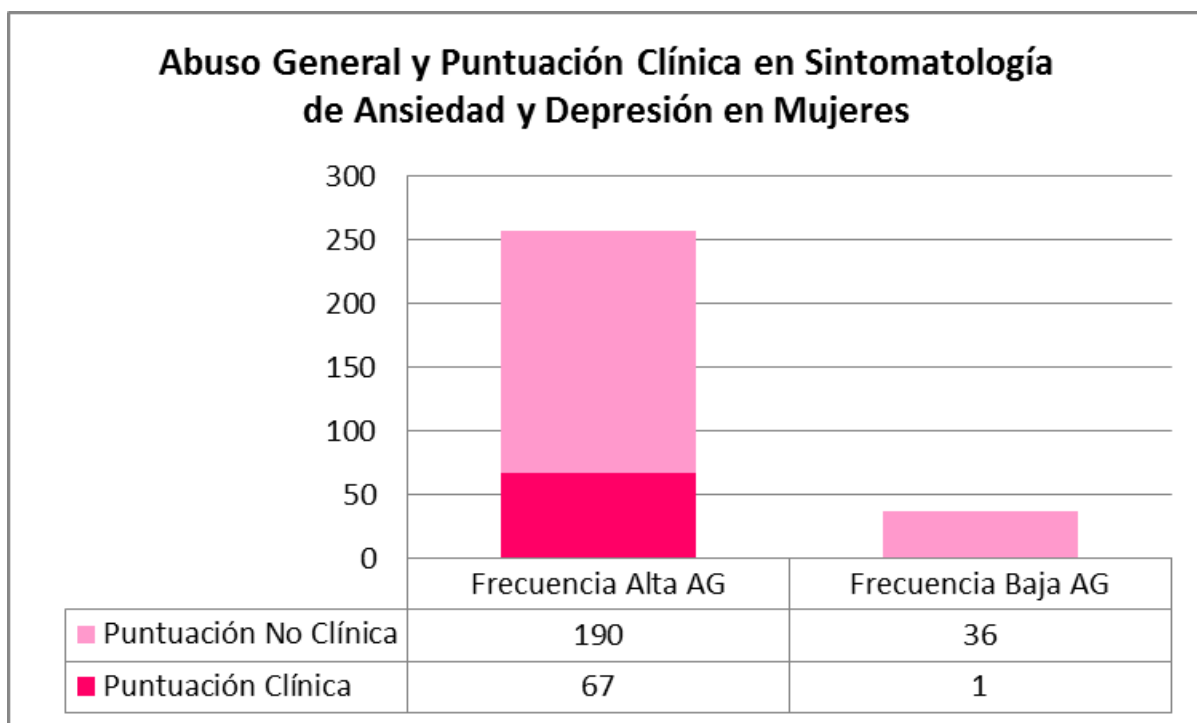
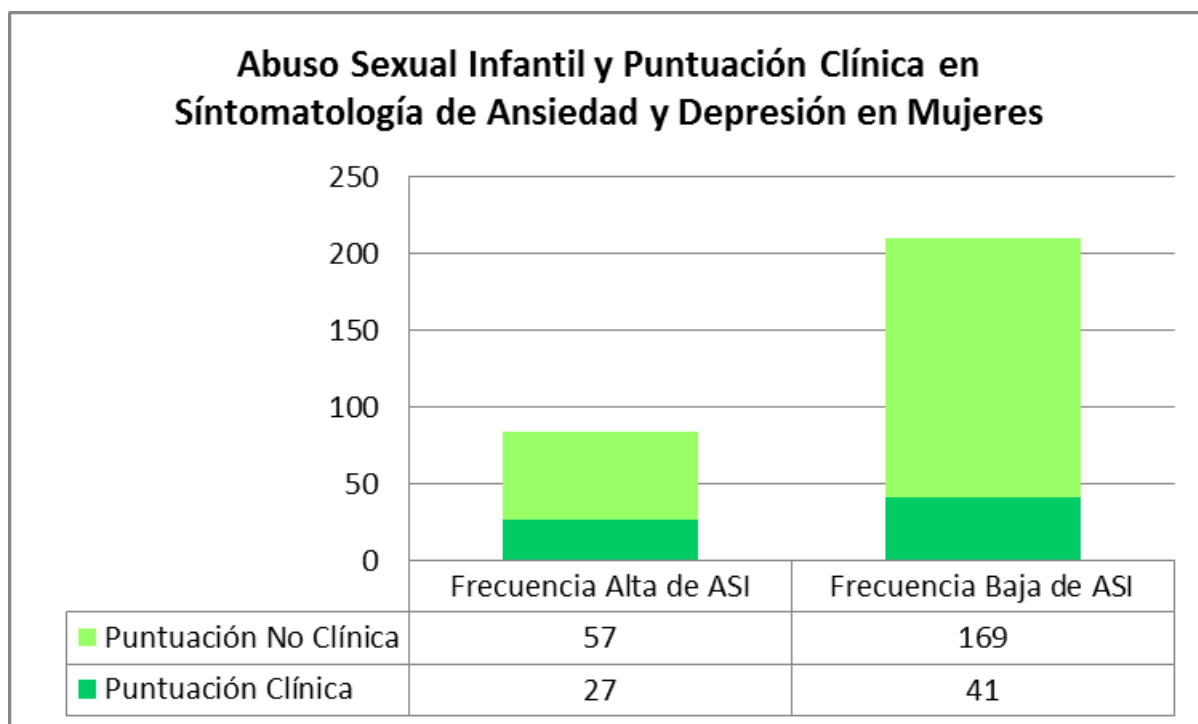


Figura 6

Relación entre Abuso Sexual Infantil y Puntuación Clínica en la Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión en Mujeres



Correlación entre Abuso Infantil y Puntuación Clínica en Sintomatología de Ansiedad y Depresión en Hombres.

El 18% de hombres que han experimentado AGI presentan Puntaje Clínico SIA, mientras que el 13% de los hombres que no han experimentado AGI, presentan Puntaje Clínico SIAD, relación que no resultó significativa ($X^2=0.177$, $p=0.674$). El 23% de quienes han experimentado Frecuencia Alta API presentan Puntaje Clínico SIAD, mientras que el 14% de quienes han experimentado Frecuencia Baja API, presentan Puntaje Clínico SIA, la relación entre estas variables no es significativa ($X^2=0.541$, $p=0.462$). El 29% de quienes han experimentado Frecuencia Alta AFI presentan SIAD, en comparación con el 13% que presenta Puntaje Clínico SIAD, y vivió Frecuencia Baja AFI, lo cual no es significativo ($X^2=1.421$, $p=0.233$). Finalmente, el 0% de quienes han experimentado Frecuencia Alta ASI presentan Puntaje Clínico SIAD, y el 19% de quienes han experimentado Frecuencia Baja ASI, presentan Puntaje Clínico SIAD, lo cual no resultó ser significativo ($X^2=0.941$, $p=0.332$).

Figura 7

Relación entre Abuso General y Puntuación Clínica en la Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión en Hombres

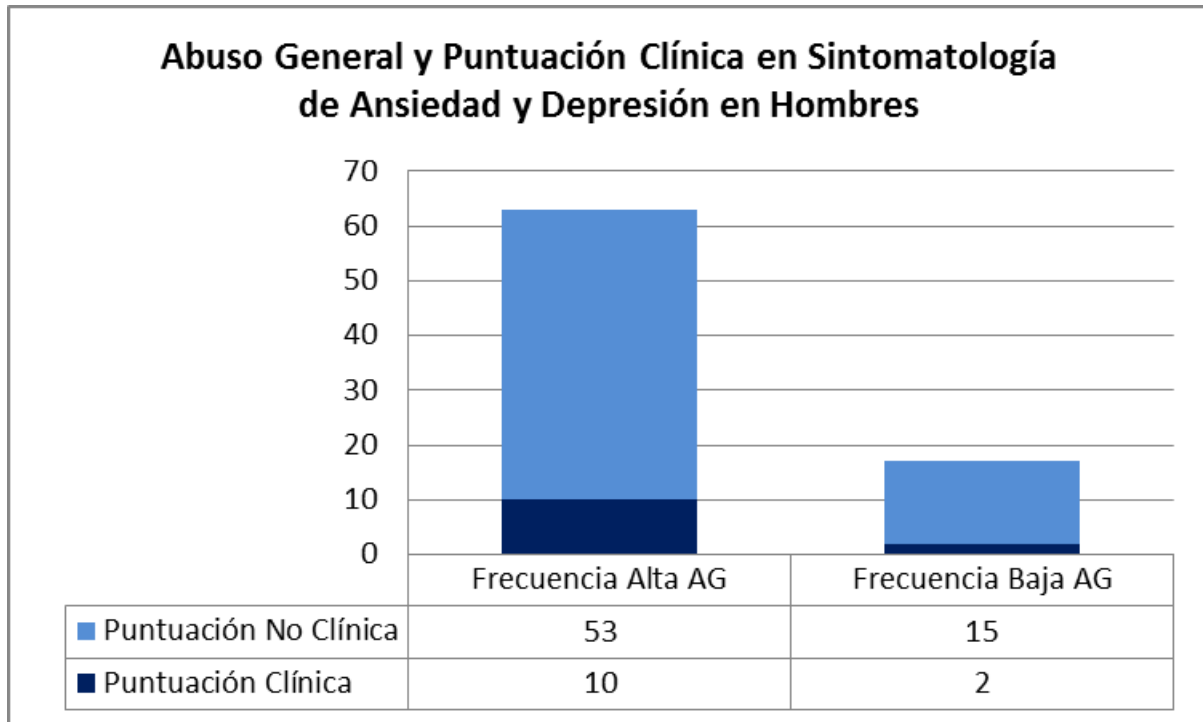
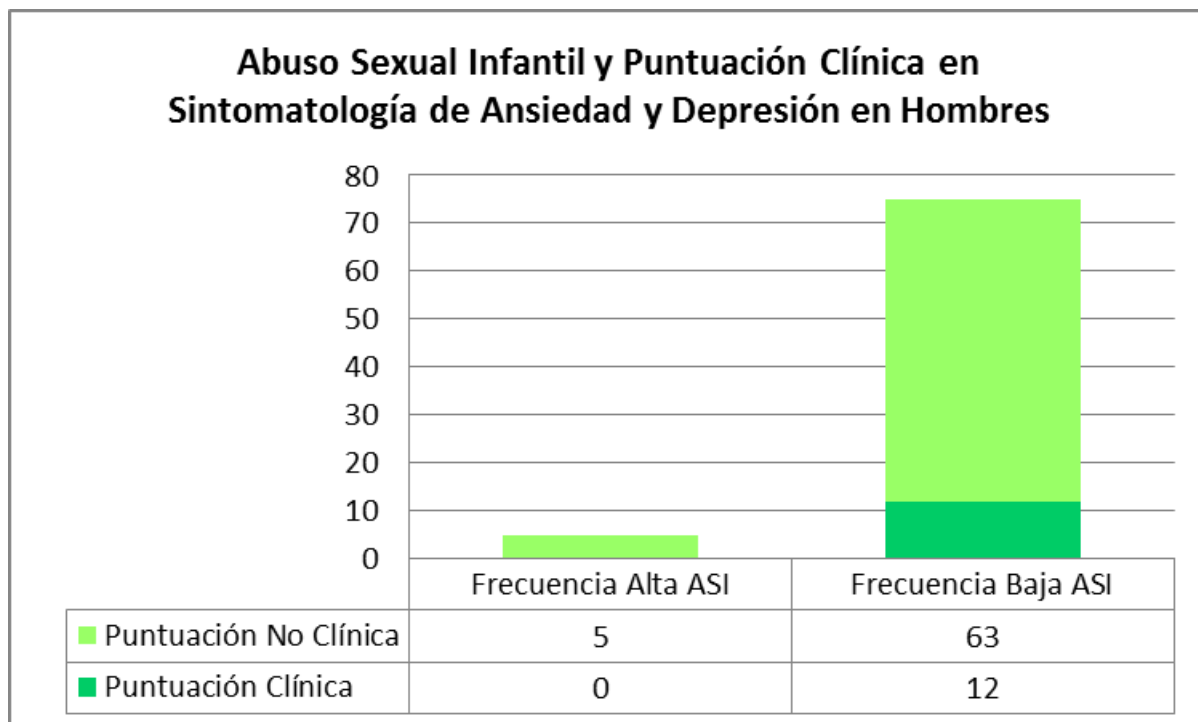


Figura 8

Relación entre Abuso Sexual Infantil y Puntuación Clínica en la Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión en Hombres



VIII. Discusión

El objetivo de nuestra investigación fue conocer la relación entre la EAI de abuso y la en jóvenes universitarixs. Los resultados principales, en concordancia con estudios previos (Christ et al. 2019, Kuzminskaite et al. 2022, De Anda et al. 2020), demuestran que: existe una fuerte asociación entre haber experimentado abuso en la infancia y presentar sintomatología de ansiedad y depresión en la vida adulta; y que esta correlación es distinta entre hombres y mujeres.

Se va a discutir cada resultado.

8.1 Abuso Infantil

El 85% de jóvenes universitarios experimentó al menos una experiencia de abuso en la infancia, y el promedio de la frecuencia con la que se experimentó AI fue de 4 experiencias. El abuso que se reportó con mayor frecuencia fue el abuso psicológico, seguido del abuso físico, y finalmente, el abuso sexual. Una de las razones por las que creemos que el API es el abuso con mayor porcentaje en nuestra muestra, es explicado por la literatura; según diversos autores, la mayoría de las veces se comete API

inintencionadamente, debido a la normalización de ciertas conductas y prácticas de crianza que son formas de abuso, así como la importante influencia que ejercen las situaciones estresantes, ya que afectan la dinámica familiar (Kimber y MacMillan 2017, Villatoro et al. 2006).

La prevalencia del abuso psicológico en esta investigación coincide con que fue el tipo de abuso más común comparado con otros estudios (OMS 2017, Villatoro 2006). La prevalencia en nuestra muestra es mayor a los datos que existen a nivel nacional e internacional, este resultado es alarmante si pensamos que casi 9 de cada 10 menores son víctimas de abuso psicológico. En México, en varios estados de la república, se realizó la Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados a adolescentes (2006), en esta se encontró que el API es el que más se presenta con una prevalencia entre 47% y 60%. Asimismo, la OMS, en el 2017, encontró que los NNA de todo el mundo reportan haber sufrido alguna forma de violencia en el último año, siendo el API el más frecuente con una prevalencia del 36% en relación a otro.

Una de las razones por las que nuestros porcentajes resultaron mayores que los reportados anteriormente, es la diferencia de tiempo que existe entre unos y otros. Si bien no podríamos asegurar que el API va en aumento, lo cual tampoco descartamos, si podemos atribuirlo a que con el paso del tiempo se ha empezado a visibilizar más este tipo de abuso.

Hay que recordar que este estudio se realizó después de la pandemia por Covid-19, y durante esta se incrementó el uso de redes sociales y la difusión de temas relacionados con la salud mental y la psicología. Entre las ventajas de esto se encuentra la adquisición de conocimiento y el reconocimiento de abuso psicológico, entre otros temas.

Casi la mitad de la muestra vivió AFI, lo cual se atribuye en gran parte a los estilos de crianza de los cuidadores, ya sea los padres u otras personas adultas que participan en su cuidado, como los docentes o responsables de otras instituciones. En estos estilos de crianza se siguen normalizando los castigos físicos como una forma de corrección de conductas indeseadas de los NNA.

El uso de violencia física es resultado del desconocimiento del desarrollo de los NNA, las consecuencias de sus acciones violentas, y de prácticas de crianza positivas. Al igual que en el API, las situaciones estresantes que afectan la dinámica familiar contribuyen al AFI. El AFI es difícil de detectar a tiempo, ya que es complicado revelar los abusos cuando se es NNA por la dependencia hacia los padres y la limitación en interacciones sociales fuera del hogar, además de que los agresores no son sinceros sobre los hechos y debido a la normalización de las prácticas es poco probable que otro adulto lo denuncie (Bennet 2021, Kimber y MacMillan 2017).

Pensar en que casi la mitad de la población sufre AFI es alarmante no solo por las consecuencias que tiene a nivel psicológico y emocional, como la experimentación de emociones dolorosas, sentimiento de rechazo, baja autoestima, repetición de conductas violentas, y agresividad, consumo de sustancias en la vida adulta; sino que además conlleva daños a la salud, marcas o lesiones permanentes, e incluso la muerte.

Dado que las principales causas del AFI y API, están relacionadas con los estilos de crianza, sería valioso que los profesionales de la psicología dirijan estrategias de sensibilización a los adultos a cargo de la crianza de menores. Así como el fomento de una crianza positiva, que procure el buen trato y por ende contribuya a erradicar las prácticas violentas que atentan contra la dignidad y el bienestar de los NNA. De acuerdo con la UNICEF (2023) los beneficios de la crianza positiva son el desarrollo de: apego seguro, empatía, comportamientos sociales altruistas, buena autoestima, y mejor manejo de las emociones.

A pesar de que el ASI fue el tipo de abuso que se presentó con menor prevalencia en la muestra, las cifras siguen siendo preocupantes, ya que fue experimentado por casi 4 de cada 10 participantes. Es importante mencionar, como ya se ha reportado (DIF, 2017), que las personas que sufren ASI, presentan una serie de características personales y sociales, que las y los colocan en una posición de vulnerabilidad.

Al analizar los resultados en función del género se encontró que el 42% de las mujeres experimentaron ASI, en comparación con el 17% de los hombres. Es decir, más del doble de mujeres experimentaron ASI. Aunque en este estudio hablamos específicamente de ASI, el abuso sexual en las otras etapas de la vida, también se presenta mayormente en mujeres. De acuerdo con la UNICEF 2017, en todo el mundo, alrededor de 15 millones de mujeres adolescentes de 15 a 19 años han sido víctimas de relaciones sexuales forzadas en algún momento de sus vidas.

Este fenómeno se atribuye al resultado de factores individuales, familiares, comunitarios y sociales que interactúan entre sí. Siguiendo los datos proporcionados por la UNICEF, en los 28 países con datos, un 90% de las mujeres adolescentes que habían sufrido relaciones sexuales por la fuerza dijeron que el autor había sido una persona conocida.

En este sentido, la educación integral de la sexualidad (ESI) es una gran área de oportunidad en la que las y los psicólogos pueden incidir. Desde la educación hacia los NNA, padres, maestros y profesionales de la salud, para que reconozcan ASI en todas sus formas. Así como empoderar a las y los NNA para que puedan reconocer y afrontar situaciones de riesgo, o que denuncien y pidan ayuda.

8.2 Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión

De los 32 síntomas que evalúa el ASR, el 100% de la muestra presentó al menos uno, y casi la mitad de las y los jóvenes universitarios obtuvo una puntuación mayor a la que se considera normal (15 para mujeres y 14 para hombres). Resulta igual de alarmante que dos de cada diez universitarixs obtuvieron una puntuación clínica, lo que aumenta la probabilidad de un diagnóstico de ansiedad y/o depresión.

De igual forma, en 2021, en la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), se aplicó una encuesta a 199, 471 estudiantes universitarios, y se informó que el 100% de su población presentó ansiedad y un 27% presentó depresión, ambas en un rango de leve a

moderada (Martínez, 2021). En otro estudio aplicado a universitarios españoles acerca de la prevalencia de depresión, ansiedad, estrés y sus factores asociados se estimó que el 23% y el 34% tenían síntomas de ansiedad y estrés respectivamente, lo cual está por encima del rango normal (Arbúes E. et. al, 2020).

Estos resultados están en concordancia con las cifras reportadas por la OMS en 2021, ya que son los trastornos de ansiedad y depresión los que presentan mayor prevalencia a nivel mundial. La depresión afecta aproximadamente a 280 millones de personas, mientras que la ansiedad afecta a 301 millones de personas. La ansiedad y la depresión son dos trastornos psicológicos que disminuyen el estado de salud, el funcionamiento y la calidad de vida, por lo que son considerados una discapacidad. Las consecuencias de vivir con alguno de estos trastornos pueden ir desde la autolesión hasta la muerte.

En este estudio se consideró el AI como la principal variable relacionada a la presencia de SIAD en adultos jóvenes, no obstante, hay que recordar que existen otras variables que pueden influir en la salud mental de los mismos. Las y los universitarios son una parte de la población que está sometida constantemente a condiciones estresantes como la carga académica, la presión de los padres, el miedo al fracaso, los desafíos del mercado laboral y la vulnerabilidad a diversos brotes emocionales (Martínez, 2021), lo cual aumenta la probabilidad de presentar algún trastorno emocional, como la ansiedad o la depresión.

Analizando los resultados de la SIAD, en función del género, se encontró que el número de mujeres que obtuvo una Puntuación Clínica es mayor en comparación con los hombres. De la misma manera, en el estudio realizado por De Anda et. al (2020), se evaluó la sintomatología depresiva en un grupo de Adolescentes de Querétaro, y se encontró que las mujeres puntuaron más alto en sintomatología depresiva en comparación con los hombres.

Cuando comparamos ambos resultados, vemos que el género podría considerarse una variable relevante en la presencia de Puntaje Clínico de SIAD. Wang et al. (2007), demostraron que las áreas asociadas en respuesta al estrés son diferentes entre hombres y mujeres, mientras que en los hombres se activa principalmente la corteza prefrontal, en las mujeres hay una mayor activación del sistema límbico.

Lo anterior podría explicar la diferencia conductual en función del sexo, ya que, se ha reportado que las mujeres tienden más a presentar sintomatología internalizante y los hombres a presentar sintomatología externalizante. En el estudio de Dorado y Carbajal-Valenzuela (2023), que utilizó la misma muestra a la nuestra, se analizó también la SE, y se encontró que los hombres puntuaron más alto.

Como se menciona en el instrumento ASR 18-59, las personas que se encuentran en el rango límite o en el rango clínico informaron suficientes problemas como para ser motivo de preocupación clínica. Si recordamos que 4 de cada 10 universitarios se encuentran dentro de estos rangos, se hace más notoria la necesidad de servicios de salud mental, quizás una intervención grupal que permita un mayor alcance de universitarios atendidos y costos más accesibles para la comunidad estudiantil, que generalmente es un grupo sin muchos ingresos económicos. Dichas estrategias podrían diseñarse tomando en cuenta las diferencias que se encuentran en función del género, y de esta manera la atención pueda ser más focalizada.

8.3 Correlación entre AI y SIAD

Se encontró que existe una correlación positiva entre haber vivido AI y presentar SIAD, es decir, entre más experiencias de abuso en la infancia se experimentaron, mayor puntuación se obtuvo en la sintomatología de ansiedad y depresión en la vida adulta. Es por ello que aquellos que experimentaron una Frecuencia Alta de Abuso en la infancia, tuvieron una mayor tendencia a obtener una Puntuación Clínica, 5 veces más en comparación con quienes presentaron una Frecuencia Baja de Abuso.

Como se ha mencionado a lo largo de este estudio, vivir una EAI de abuso representa una situación sumamente estresante y compleja. La infancia es un periodo crítico ante los factores estresantes, en esta etapa de la vida el cerebro es más sensible y receptivo, ya que se encuentra en pleno desarrollo, así mismo, no se dispone de las herramientas suficientes para regular satisfactoriamente el estrés (Vega y Nuñez, 2017).

Múltiples estudios demuestran que el AI afecta permanentemente el desarrollo, la estructura y la química del cerebro de los NNA, alterando, en consecuencia, sus respuestas y regulación subsecuentes ante situaciones estresantes (Giménez 2007, Mesa y Moya 2011, Bucci et al. 2015, Vega y Nuñez 2017, Carbajal-Valenzuela 2021). Dicho de otra forma, se puede crear un estado de "hiperexcitabilidad" permanente, que condiciona un estrés crónico (Giménez, J. et al., 2007), y aumenta las posibilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad o depresión.

Ahora bien, la evidencia de que la intervención temprana muestra resultados positivos y duraderos, va en aumento (UNICEF, 2017). Esto se debe a que la infancia es el periodo más adecuado para modificar las respuestas desadaptativas por unas más adaptativas. Una respuesta adaptativa se constituye de la capacidad para crear estrategias conductuales más flexibles a la hora de afrontar situaciones estresantes, permitiendo así el desarrollo óptimo de la resiliencia en etapas posteriores de la vida (Abdalá, A. et al, 2020).

8.4 ASI y Puntuación Clínica

Como se menciona en la literatura (Virardell et.al, 2006), se ha encontrado que las experiencias de ASI se asocian con una mayor vulnerabilidad a desarrollar trastornos de ansiedad. Éste tipo de abuso es el que tiene una correlación más significativa con la Puntuación Clínica de SIAD, ya que, de 10 personas que vivieron ASI, con una Frecuencia Alta, casi 4 obtuvieron una Puntuación Clínica. Esto podría atribuirse a que las experiencias de ASI generalmente van acompañadas de agresiones verbales, amenazas, y el uso de fuerza física (Virardell et.al, 2006). Es decir, el ASI, tiende a presentar una comorbilidad con los otros dos tipos de abuso.

8.5 API y Puntuación Clínica

De 10 personas que estuvieron expuestas al API con una Frecuencia Alta, alrededor de 4 obtuvieron una Puntuación Clínica en SIAD. Este tipo de abuso tiene consecuencias psicológicas relevantes y de persistencia prolongada, desafortunadamente es un tipo de abuso que no recibe atención prioritaria, ya que no genera lesiones físicas. La razón por la que el API es un factor importante en el desarrollo de trastornos como la ansiedad o la depresión podría ser el hecho de que este tipo de abuso obstaculiza el desarrollo de las necesidades emocionales básicas, así como su desarrollo psicosocial (Sauceda y Maldonado, 2016).

8.6 AFI y Puntuación Clínica

En el caso del AFI, la relación parece ser la misma que para los otros tipos de abuso, 4 de cada 10 personas que experimentaron AFI con una Frecuencia Alta, presentaron también una Puntuación Clínica de SIAD, sin embargo, el valor de p en esta relación no fue significativo. Por esta razón se tomó la decisión de hacer una comparación entre las personas que no presentaron ningún tipo de abuso, y las que lo presentaron, ya sea con Frecuencia Alta o Baja.

En esta relación se encontró que la mitad de personas que vivieron AFI, independientemente de la frecuencia, obtuvieron una Puntuación Clínica en SIAD. Este resultado es alarmante, ya que, aquellas personas que han sido abusadas físicamente, muestran mayores problemas de conducta internalizados y dificultades de adaptación, de acuerdo con García (2006). Entonces, experimentar AFI es un factor que afecta considerablemente la salud mental de las personas, y aumenta su vulnerabilidad a desarrollar trastornos como la ansiedad o la depresión.

IX. Limitaciones

Los estudios de las EAI en México son escasos, y en lo que respecta al Abuso Infantil se ha estudiado cada subtipo por separado, por lo que suscita interrogantes como ¿Cuál es el tipo de Abuso Infantil que tiene mayor correlación con la Sintomatología de Ansiedad y Depresión en la vida adulta?

En esta investigación se indagaron los tres tipos; Abuso Psicológico, Abuso Físico y Abuso Sexual a través de reactivos que describían situaciones concretas que son consideradas Abuso Infantil. Al analizar los ítems del instrumento, con base en la literatura, encontramos que no se contemplan varias de las expresiones de los distintos tipos Abuso, por lo que los puntajes podrían ser más altos de lo reportado. Aunado a ello, los ítems solo exploran el abuso cometido por los padres, cuidadores u otros miembros cercanos de la familia, dejando de lado aquellas personas externas al núcleo familiar.

Por otro lado, el instrumento que se utilizó para evaluar la Sintomatología de Ansiedad y Depresión, no hace distinción entre uno y otro, sino que engloba ambos trastornos en una sola categoría. Varios estudios miden la sintomatología por separado, encontrando que existe mayor prevalencia de síntomas de Ansiedad en comparación con los de Depresión, quizás sería oportuno utilizar un instrumento distinto para cada trastorno, y así identificar si existe una diferencia en la prevalencia entre ambas, así como su correlación con cada tipo de Abuso.

Finalmente, habría que considerar que en este estudio solo se tomó en cuenta a la población universitaria, la cual tiene características muy particulares que los hacen vulnerables a presentar Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión, al mismo tiempo que se considera que podrían tener más habilidades y recursos de afrontamiento, en comparación con la población que no puede acceder a la educación superior.

Así mismo, al haber preguntado en la vida adulta sobre experiencias vividas en la infancia, existe la probabilidad de presentar sesgos cognitivos en la manera en cómo se recuerdan los hechos.

X. Conclusiones

- Ocho de cada diez jóvenes universitarixs de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro experimentó al menos una Experiencia Adversa de Abuso en la Infancia.
- El Abuso Psicológico Infantil fue la experiencia con mayor frecuencia en la población, seguida del Abuso Físico, y posteriormente del Abuso Sexual.
- El género es un factor que interviene en la probabilidad de experimentar Abuso Sexual Infantil. Se observó que las mujeres experimentan más del doble de Abuso Sexual que los hombres.
- El total de la muestra presentó Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión, y dos de cada diez obtuvieron una Puntuación Clínica.
- La Frecuencia con la que ocurrieron las Experiencias Adversas de Abuso en la infancia están asociadas a la presencia de Sintomatología de Depresión y Ansiedad en la vida adulta
- Los distintos tipos de abuso infantil están fuertemente relacionados con la presencia de Sintomatología de Depresión y Ansiedad en las mujeres; mientras que en el caso de los hombres la variable que mostró mayo relación fue el Abuso Físico.
- Los resultados evidencian la necesidad de crear e implementar políticas públicas en materia de salud mental, y así promover prácticas de prevención e intervención, mejorando las condiciones de salud de las y los niñas, niños, adolescentes y jóvenes.

XI. Bibliografía

- Abdalá, A. L., Muñoz, A. C., Cantú, V. A., Moreno, O., & Franco, N. I. R. (2020). Maltrato infantil: la neurobiología, estrategia de estudio para el siglo XXI Neurobiología del Maltrato Infantil. *Acta Pediátrica De México* 41(4), 165-177. <https://doi.org/10.18233/apm41no4pp165-1771883>
- Arrieta, K. et al. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Rev Clin Med Fam* 7(1), 14 – 22. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v7n1/original2.pdf>
- Auerbach, R. et al. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of abnormal psychology*, 127(7), 623–638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>
- Benjet, C. et al. (2010). Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: Childhood, adolescence and adulthood. *Journal of Psychiatric Research*, 44(11), 732–740. doi:10.1016/j.jpsychires.2010.01.004
- Bennett, C. E., & Christian, C. W. (2021). Clinical evaluation and management of children with suspected physical abuse. *Pediatric radiology*, 51(6), 853 – 860. <https://doi.org/10.1007/s00247-020-04864-1>
- Bucci M, Gutiérrez L, Koita K, et al. ACE-Questionnaire. User Guide for Health Professionals. San Francisco, CA: Center of Youth Wellness; 2015. <https://centerforyouthwellness.org/wp-content/uploads/2018/06/CYW-ACE-Q-USer-Guide-copy.pdf>
- Carbajal-Valenzuela, C.C. (2021). Efectos Neurobiológicos del Maltrato Infantil y otras Experiencias Adversas de la Infancia: una Revisión Bibliográfica. *Salud y Administración*, 8(23), 15 - 28.

Carpio Fernández, M., Cerezo Rusillo, M. T., Casanova Arias, P. F., & García Linares, M. C. (2019). Perfiles de inteligencia emocional y síntomas externalizantes e internalizantes en la adultez emergente.

Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. (s. f.). *Lineamientos de Prevención de Maltrato infantil en el ámbito familiar*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/265504/PREVENCIÓN DE MALTRATO INFANTIL EN ÁMBITO FAMILIAR.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/265504/PREVENCIÓN_DE_MALTRATO_INFANTIL_EN_ÁMBITO_FAMILIAR.pdf)

Christ, C., de Waal, M. M., Dekker, J., van Kuijk, I., van Schaik, D., Kikkert, M. J., Goudriaan, A. E., Beekman, A., & Messman-Moore, T. L. (2019). Linking childhood emotional abuse and depressive symptoms: The role of emotion dysregulation and interpersonal problems. *PloS one*, 14(2), e0211882. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211882>

Colleen, K. (2007). Child Abuse: Approach and Management. *American Family Physician*, 75(2), 221 - 228. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2007/0115/p221.html>

De Anda Estrada, D. (2020). Experiencias Adversas en la Infancia y su relación con síntomas depresivos y consumo de sustancias en adolescentes de San Juan del Río, Qro. [Tesis de maestría]. Universidad Autónoma de Querétaro.

Dean E. (2016). Anxiety. *Nursing standard* (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987), 30(46), 15. <https://doi.org/10.7748/ns.30.46.15.s17>

Felitti V. J., Anda R. F., Nordenberg D., Williamson D. F., Spitz M. S., Edwards V., Koss, M. P. Y Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal Preventive Medicine*, 14(4). [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

- García, M. (2006). Consecuencias del maltrato físico infantil sobre los problemas de conducta: mediadores y moderadores.
- García-Cruz, A. H., García-Piña, C. A., & Orihuela-García, S. (2019). Negligencia infantil: una mirada integral a su frecuencia y factores asociados. *Acta Pediátrica de México*, 40(4), 199-210.
- Gerin, M. et al. (2019). Heightened amygdala reactivity and increased stress generation predict internalizing symptoms in adults following childhood maltreatment. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 60(7), 752–761. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13041>
- Giménez, J., Pérez, E., Dujovny, M. y Díaz, F. (2007). Secuelas neurológicas del maltrato infantil. Revisión bibliográfica. *Neurocirugía*, 18, 95-100. 10.4321/S1130-14732007000200002
- Hughes, K. et al. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. 10.1016/s2468-2667(17)30118-4
- Ildefonso, B. C. (2017). Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 20(1), 239-251.
- INEGI. (s. f.). Integrantes del hogar de 7 años y más por entidad federativa según sexo y sentimientos de depresión, 2014, 2015 y 2017. Recuperado 7 de septiembre de 2022, de <https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=ebd0487d-190f-4887-b315-8ef959e6d931&idrt=148&opc=t>
- INMUJERES. (2020, marzo). Maltrato infantil. http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Maltrato_infantil.pdf
- Jaffee, S. (2017). Child Maltreatment and Risk for Psychopathology in Childhood and Adulthood. *Annual Review of Clinical Psychology* 13, 525 – 551. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045005>

- Kalin, Nueva Hampshire (2020). Nuevos conocimientos sobre la ansiedad patológica y los trastornos relacionados con la ansiedad. *Diario americano de psiquiatría*, 177 (3), 187-189.
- Kessler et al. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO WorldMental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378–385. [10.1192/bjp.bp.110.080499](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499)
- Kim, H. et al. (2021). Internalizing psychopathology and all-cause mortality: a comparison of transdiagnostic vs. diagnosis-based risk prediction. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(2), 276–282. <https://doi.org/10.1002/wps.20859>
- Kimber, M. y MacMillan, H. (2017). Child Psychological Abuse. *Pediatrics in Review*, 38(10), 496 - 498. [10.1542/pir.2016-0224](https://doi.org/10.1542/pir.2016-0224)
- Kuzminskaite, E. et al. (2022). Childhood trauma and its impact on depressive and anxiety symptomatology in adulthood: A 6-year longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 312, 322–330. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.06.057>
- Lansford, J. et. al. (2021). Early Physical Abuse and Adult Outcomes. *Pediatrics*, 147(1), 1 - 8. [10.1542/peds.2020-0873](https://doi.org/10.1542/peds.2020-0873)
- Lara, C., Medina-Mora, ME, Borges G, Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: disability and work days lost. results from the mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 30 (5), 4-11.
- Loredo, A. et al. (2014). Maltrato infantil: características clínicas usuales. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 57(1). <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v57n1/v57n1a3.pdf>
- Martínez, J. (2021, 9 enero). Depresión y ansiedad en estudiantes universitarios. Propuesta de intervención desde la disciplina del Trabajo Social – Ciencia UANL. <https://cienciauanl.uanl.mx/?p=11257>
- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco Jaimes J, Fleiz C, et al. Mexican National Comorbidity Survey (NCS-Mexico): an overview of desing

- and field procedures. World Health Organization's (WHO) World Mental Health Surveys Initiative 2003:1-13. Available from: URL: <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/WMH%20Country%20Reports.htm>
- Meng, X. y D'Arcy C. (2016). Gender moderates the relationship between childhood abuse and internalizing and substance use disorders later in life: a cross-sectional analysis. *BMC Psiquiatría*, 16(401), 1 - 13. 10.1186/s12888-016-1071-7
- Mesa, P., y Moya, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: el 'ciclo de la violencia'. *Rev Neurol*, 52(8): 489 - 503. www.neurologia.com
- Morrison, J. (2015). DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico. Editorial El Manual Moderno.
- National Institute of Mental Health. (2021) *Depresión*. [Archivo PDF] <https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/health/publications/espanol/depression-sp/depression.pdf>
- Neurociencia*, 10(6), 462-478. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2009/rmn096j.pdf>
- Norman, R. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Organización Mundial de la Salud. (2021, 13 septiembre). Depresión: Síntomas y tipologías. Recuperado 3 de octubre de 2022, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (8 de junio de 2020). Maltrato infantil. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Organización Mundial de la Salud. (8 de junio de 2022). Trastornos mentales. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Depresión*. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado 3 de octubre de 2022, de <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2017). Maltrato Infantil [Archivo PDF]. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/maltrato-infantil-infografia-2017.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes Estimaciones sanitarias mundiales. [Archivo PDF] <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2000-2019*. PAHO <https://www.paho.org/en/enlace/burden-mental-disorders>
- Pereda, N. (2010). CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS A LARGO PLAZO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77813509005>
- Prohibición del castigo corporal y trato humillante. (s. f.). UNICEF. Recuperado 28 de mayo de 2023, de <https://www.unicef.org/mexico/prohibici%C3%B3n-del-castigo-corporal-y-trato-humillante>
- Ramón-Arbués, E., Gea-Caballero, V., Granada-López, J. M., Juárez-Vela, R., Pellicer-García, B., & Antón-Solanas, I. (2020). The Prevalence of Depression, Anxiety and Stress and Their Associated Factors in College Students. *International journal of environmental research and public health*, 17(19), 7001. <https://doi.org/10.3390/ijerph17197001>
- Sauceda, J. y Maldonado, J. (2016). El abuso psicológico al niño en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 59(5), 15-25.

- Sequeira, C. y Fornaguera, T. (2009). Neurobiología de la depresión. *Revista Mexicana de*
- Sistema Nacional DIF. (23 de noviembre de 2017). *¿Sabes qué es el abuso sexual a niñas y niños?*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/difnacional/articulos/sabes-que-es-el-abuso-sexual-a-ninas-y-ninos?idiom=es>
- Soriano, M., (2022). Impacto en la conducta de las experiencias adversas en la infancia. *Pediatría Integral*: 26 (1), 49.e1 - 49.e5.
- Ulloa Flores, Rosa Elena, & Navarro Machuca, Irma Gabriela. (2011). Estudio descriptivo de la prevalencia y tipos de maltrato en adolescentes con psicopatología. *Salud mental*, 34(3), 219 - 225. Recuperado en 20 de junio de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000300005&lng=es&tlnq=es.
- UNICEF. (2017). La violencia en la primera infancia. https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2018-03/20171023_UNICEF_LACRO_FrameworkViolencia_ECD_ESP.pdf
- UNICEF. (2018). Abusos sexuales y embarazos forzado en la niñez y adolescencia. <https://www.unicef.org/argentina/media/3961/file>
- Vega, M., y Nuñez, G. (2017). Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería universitaria*, 14(2), 124 - 130. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.004>
- Villatoro, A. et al. (2006). ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados 2006. Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100769.pdf
- Virardell, J., Mohíno, S., Idiákez, I. y Martí, G. (2006). Abuso sexual de menores. *Med Clin (Barc)*, 126(6), 223 - 23.

Wang, J., Korczykowski M., Rao, H., Fan, Y., Pluta, J., Gur, R. C., ... Detre, J. A. (2007). Gender difference in neural response to psychological stress. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2(3), 227-239. <https://doi.org/10.1093/scan/nsm018>

XII. Anexos

Anexo 1. Instrumento para Abuso

ESTE NO ES UN EXAMEN; por lo tanto, NO EXISTEN RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS. Por favor, responde a cada pregunta honesta y sinceramente. Es muy importante que contestes todas las preguntas.

En cada pregunta marca la respuesta que resulte más adecuada para ti: tacha con una cruz el número que indique tu respuesta. En algunas preguntas podrás escribir tu respuesta completa.

En caso de que tengas alguna duda, por favor levanta la mano y un encuestador irá a tu lugar a resolver tus dudas.

0	INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA	
0.1 [C1]	Sexo	Hombre Mujer
0.2 [C2]	¿Cuál es tu fecha de nacimiento?	Día [][] Mes [][] Año [][][][]
0.3 [C3]	¿Cuál es tu edad?	_____ años.
0.4 [C4]	¿Pertenece a algún grupo étnico/ cultural?	Sí No
0.5 [C5]	¿Qué semestre del bachillerato estás cursando?	1o. 2do. 3ro. 4to. 5to. 6to.
0.6 [C6]	¿Tienes otra ocupación además de estudiar?	Sí No
0.7 [C7]	¿Cuál es tu estado civil?	Soltero(a) Unión libre Divorciado(a) o separado(a) Casado Viudo
1	MATRIMONIO	

1.1 [M1]	¿Has estado casado(a)?	Sí No (Ve a la pregunta 1.5)				
1.2 [M2]	¿A qué edad te casaste?	_____ años.				
1.3 [M3]	¿Elegiste a tu esposo(a)?	Sí No				
1.4 [M4]	Si no escogiste a tu esposo(a), ¿diste tú consentimiento en la elección?	Sí No				
1.5 [M5]	Si eres padre o madre, ¿qué edad tenías cuando tu hijo(a) nació?	_____ años.				
2	RELACIÓN CON PADRES O CUIDADORES					
Durante los primeros 15 años de tu vida...						
		Muy frecuentemente	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
2.1 [P1]	¿Tus padres o cuidadores comprendían tus problemas y preocupaciones?	4	3	2	1	0
2.2 [P2]	¿Tus padres o cuidadores en verdad sabían lo que estabas haciendo en tu tiempo libre cuando no estabas en la escuela o el trabajo?	4	3	2	1	0
3						
3.1 [P3]	¿Con qué frecuencia tus padres o cuidadores no te proporcionaron suficiente comida, incluso cuando pudieron habértela proporcionado?	4	3	2	1	0
3.2 [P4]	¿Con qué frecuencia tus padres o cuidadores fueron incapaces de hacerse cargo de ti por estar ebrios o drogados?	4	3	2	1	0
3.3 [P5]	¿Con qué frecuencia tus padres o cuidadores no te enviaron a la escuela, incluso cuando era posible?	4	3	2	1	0

4		AMBIENTE FAMILIAR				
Durante los primeros 15 años de tu vida...						
4.1 [F1]	¿En tu hogar hubo algún miembro que tenía problemas con el alcohol o drogas?	Sí No				
4.2 [F2]	¿En tu hogar hubo algún miembro con depresión, tendencias suicidas o algún trastorno mental?	Sí No				
4.3 [F3]	¿Algún miembro de tu familia fue enviado a prisión o presentó antecedentes penales?	Sí No				
4.4 [F4]	¿Alguna vez tus padres se separaron o divorciaron?	Sí No				
4.5 [F5]	¿Alguno de tus padres o cuidadores murió?	Sí No				
		Muy frecuentemente	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
4.6 [F6]	¿Alguna vez viste o escuchaste gritos, insultos o humillaciones hacia algún miembro de tu familia?	4	3	2	1	0
4.7 [F7]	¿Alguna vez viste u oíste a algún miembro de tu familia siendo abofeteado o golpeado?	4	3	2	1	0
4.8 [F8]	¿Alguna vez viste u oíste a alguno de tus padres o miembro de tu familia siendo golpeado o cortado con algún objeto, como un palo (o bastón), una botella, un palo, un cuchillo, un látigo, etc.?	4	3	2	1	0
5						
5.1 [A1]	¿Con que frecuencia alguno de tus padres u otro miembro de la familia te gritó, insultó o humilló?	4	3	2	1	0
5.2 [A2]	¿Con qué frecuencia alguno de tus padres, cuidador u otro miembro de la familia te amenazó, abandonó o echó de la casa?	4	3	2	1	0
5.3 [A3]	¿Con qué frecuencia alguno de tus padres, cuidador u otro miembro de la familia te azotó, abofeteó, pateó o golpeó?	4	3	2	1	0
5.4 [A4]	¿Con qué frecuencia alguno de tus padres, cuidador u otro miembro de la familia te golpeó o cortó con algún objeto, como un palo (o bastón), botella, navaja, látigo, etc.?	4	3	2	1	0

		Muy frecuentemente	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
5.5 [A5]	¿Con qué frecuencia alguien te tocó o acarició en un sentido sexual cuando no querías que lo hiciera?	4	3	2	1	0
5.6 [A6]	¿Con qué frecuencia alguien hizo que tocaras su cuerpo en un sentido sexual cuando no querías?	4	3	2	1	0
5.7 [A7]	¿Con qué frecuencia alguien intentó tener relaciones sexuales vía oral, anal o vaginal contigo cuando no querías?	4	3	2	1	0
5.8 [A8]	¿Con qué frecuencia alguien tuvo relaciones sexuales vía oral, anal o vaginal contigo cuando no querías?	4	3	2	1	0
6	VIOLENCIA ENTRE PARES					
<p>Las siguientes preguntas son acerca de sufrir <i>bullying</i> cuando crecías. El <i>bullying</i> es cuando una persona o grupo de personas dicen o hacen cosas malas y desagradables a otra persona. También se considera <i>bullying</i> cuando una persona es molestada frecuentemente de manera desagradable o cuando se le ignora a propósito. No se considera <i>bullying</i> cuando dos personas de aproximadamente la misma fuerza o poder discuten o pelean, o cuando hacen burlas de una manera amistosa y divertida.</p>						
Durante los primeros 15 años de tu vida...						
		Muy frecuentemente	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
6.1 [V1]	¿Con que frecuencia fuiste víctima del <i>bullying</i> ?	4	3	2	1	0

6.2 [V2]	<p>En caso de haber sido víctima de bullying contesta esta pregunta, de lo contrario ve a la pregunta 6.3</p> <p>¿Cómo se presentaba el <i>bullying</i> la mayoría de las ocasiones? (Puedes elegir más de una opción)</p>	<p>Era golpeado, pateado, empujado, o encerrado.</p> <p>Se burlaban de mí por mi grupo étnico, nacionalidad o color de piel.</p> <p>Se burlaban de mí por mi religión.</p> <p>Hacían burlas, bromas, comentarios o gestos de contenido sexual.</p> <p>Me ignoraban en actividades a propósito.</p> <p>Se burlaban por mi cuerpo o apariencia.</p> <p>Se burlaban por algún otro motivo.</p>
-------------	--	---

Las siguientes preguntas son sobre peleas físicas. Las peleas físicas ocurren cuando dos personas de aproximadamente la misma fuerza o poder eligen pelear entre ellos.						
Durante los primeros 15 años de tu vida...						
		Muy frecuentemente	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
6.3 [V3]	¿Con qué frecuencia estuviste en una pelea física?	4	3	2	1	0

7	VIOLENCIA EN LA COMUNIDAD
Las siguientes preguntas son sobre qué tan frecuentemente, durante los primeros 15 años, TÚ viste u oíste ciertas cosas en tu COLONIA O COMUNIDAD (no en tu casa o T.V, películas o radio).	
Durante los primeros 15 años de tu vida...	

		Muy frecuentemente	Frecuentemente	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
7.1 [V4]	¿Con qué frecuencia presenciaste u oíste a alguien siendo golpeado en la vida real?	4	3	2	1	0
7.2 [V5]	¿Con qué frecuencia presenciaste u oíste a alguien siendo apuñalado o baleado en la vida real?	4	3	2	1	0
7.3 [V6]	¿Con qué frecuencia presenciaste u oíste a alguien siendo amenazado con alguna navaja u otra arma en la vida real?	4	3	2	1	0
8	EXPOSICIÓN A LA GUERRA O VIOLENCIA COLECTIVA					
Las siguientes preguntas son acerca de si TÚ has o no has pasado por alguno de los siguientes eventos durante los primeros 15 años de tu vida. Los eventos son todos sobre violencia colectiva, incluyendo armas, terrorismo, conflictos políticos o étnicos, genocidios, represiones, desapariciones, torturas y crimen organizado como vandalismo y pandillerismo.						
8.1 [V7]	¿Con que frecuencia fuiste forzado a irte o a vivir en otro lugar debido a estos eventos?	4	3	2	1	0
8.2 [V8]	¿Con qué frecuencia presenciaste la destrucción deliberada de tu hogar debido a alguno de estos eventos?	4	3	2	1	0
8.3 [V9]	¿Con qué frecuencia fuiste golpeado por soldados, policías, militares o pandillas?	4	3	2	1	0
8.4 [V10]	¿Con qué frecuencia algún miembro de tu familia o amigo murió o fue golpeado por soldados, la policía, militares o pandillas?	4	3	2	1	0

EMOCIONES Y ESTADO DE ÁNIMO EN LAS <u>ÚLTIMAS DOS SEMANAS</u>					
A continuación, hay una lista de emociones y sentimientos que probablemente hayas experimentado. Por favor tacha la respuesta para indicar durante cuántos días de las dos últimas semanas te sentiste así o si te ocurrió casi a diario durante las ÚLTIMAS DOS SEMANAS .					
Durante cuántos días de	0 días	1 – 2 días	3 – 4 días	5 – 7 días	8 – 14 días

las DOS ÚLTIMAS SEMANAS:					
CD1. No tenía ganas de comer	0	1	2	3	4
CD2. No podía quitarme la tristeza	0	1	2	3	4
CD3. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que hacía	0	1	2	3	4
CD4. Me sentía deprimido(a)	0	1	2	3	4
CD5. Dormía pero sin descansar	0	1	2	3	4
CD6. Me sentía triste	0	1	2	3	4
CD7. No podía seguir adelante	0	1	2	3	4
CD8. Nada me hacía feliz	0	1	2	3	4
CD9. Sentía que era una mala persona	0	1	2	3	4
CD10. Había perdido interés en mis actividades diarias	0	1	2	3	4
CD11. Dormía más de lo acostumbrado	0	1	2	3	4
Durante cuántos días de las DOS ÚLTIMAS SEMANAS:	0 días	1 – 2 días	3 – 4 días	5 – 7 días	8 – 14 días
CD12. Sentía que me movía muy lento(a)	0	1	2	3	4
CD13. Me sentía inquieto(a)	0	1	2	3	4

CD14. Sentía deseos de estar muerto(a)	0	1	2	3	4
CD15. Quería hacerme daño	0	1	2	3	4
CD16. Me sentía cansado(a) todo el tiempo	0	1	2	3	4
CD17. Estaba a disgusto conmigo mismo(a)	0	1	2	3	4
CD18. Perdí peso sin intentarlo	0	1	2	3	4
CD19. Me costaba mucho trabajo dormir	0	1	2	3	4
CD20. Era difícil concentrarme en las cosas importantes	0	1	2	3	4
CD21. Me molestaba por cosas que generalmente no me molestan	0	1	2	3	4
CD22. Sentía que era tan bueno(a) como los demás	0	1	2	3	4

Durante cuántos días de las DOS ÚLTIMAS SEMANAS:	0 días	1 – 2 días	3 – 4 días	5 – 7 días	8 – 14 días
CD23. Sentía que todo lo que hacía era con esfuerzo	0	1	2	3	4
CD24. Me sentía esperanzado(a) hacia el futuro	0	1	2	3	4
CD25. Pensé que mi vida ha sido un fracaso	0	1	2	3	4
CD26. Me sentía temeroso(a)	0	1	2	3	4

CD27. Me sentía feliz	0	1	2	3	4
CD28. Hablé menos de lo usual	0	1	2	3	4
CD29. Me sentía solo(a)	0	1	2	3	4
CD30. Sentía que las personas eran poco amigables conmigo	0	1	2	3	4
CD31. Disfruté de la vida	0	1	2	3	4
CD32. Tenía ataques de llanto	0	1	2	3	4
CD33. Me divertí mucho®	0	1	2	3	4
CD34. Sentía que iba a darme por vencido(a)	0	1	2	3	4

Durante cuántos días de las DOS ÚLTIMAS SEMANAS:	0 días	1 – 2 días	3 – 4 días	5 – 7 días	8 – 14 días
CD35. Sentía que le desagradaba a la gente	0	1	2	3	4
CD36. Tenía pensamientos sobre la muerte	0	1	2	3	4
CD37. Sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto(a)	0	1	2	3	4
CD38. Pensé en matarme	0	1	2	3	4
CD39. Sentía que me costaba mucho trabajo hacer las cosas	0	1	2	3	4

Ahora contesta las siguientes preguntas relacionadas con el consumo de alcohol y drogas.					
PC1. CUÁNTAS VECES EN TU VIDA has probado o consumido:	NUNCA	1 VEZ	2 – 4 VECES	5 VECES o más	PC2. Edad en que la probé por 1ª vez
a) Una copa completa de cerveza, vino, pulque, mezcal, tequila, carnavalito, etc.	0	1	2	3	_____ años
b) Marihuana, hachís	0	1	2	3	_____ años
c) Inhalables como thinner, activo, pegamento, pintura, cemento, 'monas'	0	1	2	3	_____ años
d) Cocaína	0	1	2	3	_____ años
e) 'Crack' o 'piedra'	0	1	2	3	_____ años
PC1. CUÁNTAS VECES EN TU VIDA has probado o consumido:	NUNCA	1 VEZ	2- 4 VECES	5 VECES o más	PC2. Edad en que la probé por 1ª vez
f) 'Tachas'	0	1	2	3	_____ años
g) Tabaco, cigarros	0	1	2	3	_____ años
h) Cristal, metanfetaminas, hielo	0	1	2	3	_____ años
i) Otras _____	0	1	2	3	_____ años

PC3. EN EL ÚLTIMO MES				
¿Cuántas veces consumiste?:	NUNCA	POCAS VECES	BASTANTES VECES	CASI TODOS LOS DÍAS
a) Marihuana	0	1	2	3

b) Inhalables	0	1	2	3
c) Cocaína	0	1	2	3
d) 'Crack' o 'piedra'	0	1	2	3
e) 'Tachas'	0	1	2	3
f) Te emborrachaste	0	1	2	3

PC3. <u>EN EL ÚLTIMO MES</u>				
¿Cuántas veces consumiste?:	NUNCA	POCAS VECES	BASTANTES VECES	CASI TODOS LOS DÍAS
g) Fumaste tabaco	0	1	2	3
h) Cristal, metanfetaminas, hielo	0	1	2	3
i) Otras_____	0	1	2	3

¿Cuál fue tu promedio de secundaria?

¿Cuál es el mejor meme que viste esta semana?

Agradecemos tu participación.

A continuación, encontrarás un listado de instituciones a las que puedes acudir en caso de requerir apoyo especializado.

Anexo 2. Instrumento para Sintomatología Internalizante de Ansiedad y Depresión

AUTOINFORME PARA ADULTOS DE 18 – 59 AÑOS			# Identificación
Por favor, escribe tus respuestas.			
NOMBRE COMPLETO	Nombres	Apellidos	TIPO DE TRABAJO HABITUAL , aunque no lo realice ahora. Por favor sea específico – por ejemplo, mecánico; profesor; ama de casa; obrero; operador; vendedor de zapatos, sargento; estudiante (indica que estudias y en qué nivel te encuentras).

GENERO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	EDAD	GRUPO ÉTNICO O RAZA	Ocupación _____ Ocupación _____ de tu esposo/a
FECHA DE HOY Día. ___ Mes. ___ Año. ___		FECHA DE NACIMIENTO Día. ___ Mes. ___ Año. ___	POR FAVOR INDIQUE SU EDUCACIÓN MÁS ALTA
<p>Por favor complete este formulario para reflejar tus puntos de vista incluso si otros podrían no estar de acuerdo. No es necesario que dediques mucho tiempo en cada reactivo. No dudes escribir cualquier comentario adicional. Asegúrate de responder todos los reactivos.</p>			<input type="checkbox"/> 1. Sin diploma de preparatoria ni certificado <input type="checkbox"/> 2. Diploma de equivalencia general <input type="checkbox"/> 3. Graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> 4. Algo de universidad pero sin título universitario <input type="checkbox"/> 5. Título de asociado <input type="checkbox"/> 6. Licenciatura <input type="checkbox"/> 7. Algo de posgrado pero sin título de posgrado <input type="checkbox"/> 8. Maestría <input type="checkbox"/> 9. Doctorado <input type="checkbox"/> Otra educación (especificar): _____

I. AMIGOS

A. Aproximadamente, ¿Cuántos amigos cercanos tienes?

- Ninguno 1 2 o 3 4 o más

B. Aproximadamente, ¿Cuántas veces al mes tienes contacto con alguno de tus amigos cercanos? (ya sea en contacto en persona, por teléfono, cartas o correo electrónico.)

- Ninguno 1 2 o 3 4 o más

C. ¿Qué tan bien te llevas con tus amigos cercanos?

- No tan bien como me gustaría Lo normal Bien Muy bien

D. Aproximadamente, ¿Cuántas veces al mes te visitan tus amigos o familiares?

- Ninguna 1 2 o 3 4 o más

II. CONYUGUE O ESPOSO/A

¿Cuál es tu estado civil? Nunca he estado casado/a Casado/a pero separado de mi esposo/a
 Casado/a , viviendo con mi esposo/a Divorciado/a
 Viudo Otra-por favor describa: _____

En algún momento de los últimos 6 meses, ¿vivió con su cónyuge o pareja?

- No-por favor pase a la página 2 NO HAY PÁGINA 2 PODEMOS PONER "PASE A LA SIGUIENTE PÁGINA)
 Si-Circula 0, 1 o 2 al lado de los ítems A-H para describir su relación **durante los últimos seis meses:**

0= No es verdad (falso) 1= Algo o algunas veces 2 = Muy cierto o a menudo cierto

0	1	2	A. Me llevo bien con mi esposo/a	0	1	2	E. Mi esposo o pareja y yo estamos de acuerdo acerca de los arreglos de vivienda, como el lugar donde vivimos.
0	1	2	B. Mi esposo/a o pareja y yo tenemos problemas para compartir responsabilidades	0	1	2	F. Tengo problemas con la familia de mi esposo o pareja
0	1	2	C. Me siento satisfecho con mi esposo/a	0	1	2	G. Me agradan los amigos de mi esposo o pareja
0	1	2	D. Mi pareja y yo disfrutamos actividades similares	0	1	2	H. El comportamiento de mi esposo o pareja me molesta

Por favor responda. Asegúrese de responder todos los ítems

III. FAMILIA:		Mal	Neutral	Bien	No tengo contacto		
Comparado con otro, ¿Qué tan bien tu:							
A.	¿Qué tan bien te llevas con tus hermanos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B.	¿Qué tan bien te llevas con tus hermanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
C.	¿Qué tan bien te llevas con tu madre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D.	¿Qué tan bien te llevas con tu padre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
E.	¿Qué tan bien te llevas con tus hijos biológicos o adoptivos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1.	Primer hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.	Segundo hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.	Tercer hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.	Otro hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
F.	¿Qué tan bien te llevas con tus hijastros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<p>IV. TRABAJO: <i>En algún momento de los últimos seis meses, ¿Tuvo algún trabajo remunerado (incluyendo el trabajo por cuenta propia y el servicio militar)?</i></p> <p><input type="checkbox"/> No – por favor vaya a la sección V.</p> <p><input type="checkbox"/> Si – por favor describa su trabajo(s): _____</p> <p align="center">Circula 0, 1 o 2 a lado de los ítems A-I para describir su experiencia laboral durante los últimos seis meses:</p> <p align="center">0= No es verdad 1= Algo o algunas veces 2 = Muy cierto o a menudo cierto</p>							
0	1	2	A. Trabajo bien con otros	0	1	2	F. Hago cosas que pueden hacer que pierda mi trabajo
0	1	2	B. Tengo (problemas/dificultad) para llevarme bien con mis jefes	0	1	2	G. Mantengo distancia de mi trabajo incluso si no estoy enfermo o de vacaciones
0	1	2	C. Hago bien mi trabajo	0	1	2	H. Mi trabajo es demasiado estresante
0	1	2	D. Tengo (problemas/dificultad) para terminar mi trabajo	0	1	2	I. Me preocupo demasiado por el trabajo
0	1	2	E. Estoy satisfecho con mi situación laboral				
<p>V. EDUCACIÓN: <i>En algún momento de los últimos seis meses, ¿Asistió a la escuela, universidad o cualquier programa educativo o capacitación?</i></p> <p><input type="checkbox"/> No – por favor vaya a la sección VI</p> <p><input type="checkbox"/> Si – ¿Qué tipo de educación o programa?: _____</p> <p>¿Qué título o diploma está buscando? _____ ¿Especialidad? _____</p> <p align="center">Circula 0, 1 o 2 a lado de los ítems A-E para describir su experiencia educativa durante los últimos seis meses:</p> <p align="center">0= No es verdad 1= Algo o algunas veces 2 = Muy cierto o a menudo cierto</p>							
0	1	2	A. Me llevo bien con estudiantes (mis compañeros)	0	1	2	D. Estoy satisfecho con mi situación educativa
0	1	2	B. Logro lo que me propongo	0	1	2	E. Hago cosas que me hacen fallar
0	1	2	C. Tengo problemas/dificultad para terminar mis tareas (y/o trabajos)				

VI. ¿Tiene alguna enfermedad, discapacidad o condición? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si-por favor describa:
VII. Por favor describa sus inquietudes o preocupaciones acerca de la familia, el trabajo, educación o alguna otra: <input type="checkbox"/> No tengo
VIII. Describe las mejores cosas de ti:

Asegúrate de haber respondido todos los ítems.

Luego mira el otro lado.

Por favor responda. Asegúrese de responder todos los ítems

IX. A continuación se muestra una lista de elementos que describen a las personas. Para cada elemento, marque con un círculo 0, 1 o 2 para describirse a sí mismo durante los últimos 6 meses. Conteste todas las preguntas lo mejor que pueda, incluso si algunas no parecen aplicarse a su caso.

0 = No es cierto

1 = Algo o a veces cierto

2 = Muy cierto o casi siempre cierto

0	1	2	1. Soy demasiado olvidadizo	0	1	2	29. Tengo miedo de ciertos animales, situaciones o lugares. Describe: _____
0	1	2	2. Aprovecho mis oportunidades	0	1	2	30. Mis relaciones sociales con el sexo opuesto son malas
0	1	2	3. Discuto mucho	0	1	2	31. Tengo miedo de pensar o hacer algo malo
0	1	2	4. Trabajo a mi capacidad	0	1	2	32. Siento que tengo que ser perfecto
0	1	2	5. Culpo a los demás por mis problemas	0	1	2	33. Siento que nadie me quiere
0	1	2	6. Uso drogas (además del alcohol y la nicotina) para fines no médicos (describir): _____	0	1	2	34. Siento que otros me persiguen
0	1	2	7. Me jacto /yo presumo	0	1	2	35. Me siento inútil o inferior
0	1	2	8. Tengo problemas para concentrarme o prestar atención por mucho tiempo	0	1	2	36. Me lastimo mucho accidentalmente, propenso a los accidentes
0	1	2	9. No puedo dejar de pensar en ciertos pensamientos. Describir: _____	0	1	2	37. Me meto en muchas peleas
0	1	2	10. Tengo problemas para quedarme quieto	0	1	2	38. Mis relaciones con los vecinos son malas
0	1	2	11. Soy demasiado dependiente de los demás	0	1	2	39. Me relaciono con personas que se meten en problemas
0	1	2	12. Me siento solo	0	1	2	40. Escucho sonidos o voces que otras personas piensan que no están ahí (describir): _____
0	1	2	13. Me siento confundido o en la niebla	0	1	2	41. Soy impulsivo o actúo sin pensar
0	1	2	14. Lloro mucho	0	1	2	42. Preferiría estar solo que con otros
0	1	2	15. Soy bastante honesto	0	1	2	43. Miento o engaño
0	1	2	16. Soy malo con los demás	0	1	2	44. Me siento abrumado por mis responsabilidades
0	1	2	17. Sueño mucho despierto	0	1	2	45. Estoy nervioso o tenso
0	1	2	18. Intento deliberadamente lastimarme o suicidarme	0	1	2	46. Partes de mi cuerpo se contraen o se ponen nerviosas movimientos (describir): _____
0	1	2	19. Intento llamar mucho la atención	0	1	2	47. Me falta confianza en mí mismo
0	1	2	20. Daño o destruyo mis cosas	0	1	2	48. No soy del agrado de los demás
0	1	2	21. Daño o destruyo cosas que pertenecen a otros	0	1	2	49. Puedo hacer ciertas cosas mejor que otras personas
0	1	2	22. Me preocupa mi futuro	0	1	2	50. Tengo demasiado miedo o ansiedad
0	1	2	23. Rompo las reglas en el trabajo o en otro lugar	0	1	2	51. Me siento mareado o aturdido
0	1	2	24. No como tan bien como debería	0	1	2	52. Me siento demasiado culpable
0	1	2	25. No entiendo con otras personas	0	1	2	53. Tengo problemas para planificar el futuro
0	1	2	26. No me siento culpable después de hacer algo que no debería	0	1	2	54. Me siento cansado sin una buena razón
0	1	2	27. Estoy celoso de los demás	0	1	2	55. Mi estado de ánimo oscila entre la euforia y la Depresión
0	1	2	28. Me llevo mal con mi familia	0	1	2	78. Tengo problemas para tomar decisiones
0	1	2	56. Problemas físicos sin antecedentes médicos conocidos. causa:	0	1	2	79. Tengo un problema de habla (describa): _____
0	1	2	a. Dolores o molestias (no de estómago ni de cabeza)	0	1	2	80. Defiendo mis derechos
0	1	2	b. Dolores de cabeza	0	1	2	81. Mi comportamiento es muy cambiante
0	1	2	c. Náuseas, malestar	0	1	2	82. Robo
0	1	2	d. Problemas con los ojos (no si los corrige anteojos)(describir): _____	0	1	2	83. Me aburro fácilmente
0	1	2	e. Erupciones u otros problemas de la piel	0	1	2	84. Hago cosas que otras personas piensan que son extrañas. Describe: _____
0	1	2	f. Dolores de estómago	0	1	2	85. Tengo pensamientos que otras personas pensarían que son extraños. Describe:
0	1	2	g. Vómitos, vómitos				

0	1	2	h. El corazón late con fuerza o se acelera	0	1	2	86. Soy terco, hosco o irritable
0	1	2	i. Entumecimiento u hormigueo en partes del cuerpo	0	1	2	87. Mis estados de ánimo o sentimientos cambian de repente
0	1	2	57. Ataco físicamente a la gente	0	1	2	88. Disfruto estar con la gente
0	1	2	58. Me rasco la piel u otras partes de mi cuerpo (describir): _____	0	1	2	89. Me apresuro a hacer cosas sin considerar los riesgos
0	1	2	59. No termino las cosas que debería hacer	0	1	2	90. Bebo demasiado alcohol o me emborracho
0	1	2	60. Hay muy poco que disfruto	0	1	2	91. Pienso en suicidarme
0	1	2	61. Mi desempeño laboral es deficiente	0	1	2	92. Hago cosas que pueden causarme problemas con la ley (describir): _____
0	1	2	62. Estoy mal coordinado o soy torpe	0	1	2	93. Hablo demasiado
0	1	2	63. Preferiría estar con personas mayores que con gente de mi edad	0	1	2	94. Me burlo mucho de los demás
0	1	2	64. Tengo problemas para establecer prioridades	0	1	2	95. Tengo mal genio
0	1	2	65. Me niego a hablar	0	1	2	96. Pienso demasiado en el sexo
0	1	2	66. Repito ciertos actos una y otra vez (describir): _____	0	1	2	97. Amenazo con lastimar a la gente
0	1	2	67. Tengo problemas para hacer o mantener amigos	0	1	2	98. Me gusta ayudar a los demás
0	1	2	68. Grito mucho	0	1	2	99. No me gusta quedarme mucho tiempo en un lugar
0	1	2	69. Soy reservado o me guardo las cosas	0	1	2	100. Tengo problemas para dormir (describe): _____
0	1	2	70. Veo cosas que otras personas piensan que no hay (describir): _____	0	1	2	101. Me mantengo alejado de mi trabajo incluso cuando no estoy enfermo o no de vacaciones
0	1	2	71. Soy consciente de mí mismo o soy fácil avergonzado	0	1	2	102. No tengo mucha energía
0	1	2	72. Me preocupo por mi familia	0	1	2	103. Estoy infeliz, triste o deprimido
0	1	2	73. Cumpló con mis responsabilidades para con mi familia	0	1	2	104. Soy más ruidoso que los demás
0	1	2	74. Presumo o payaso	0	1	2	105. La gente piensa que soy desorganizado
0	1	2	75. Soy demasiado tímido o tímido	0	1	2	106. Trato de ser justo con los demás
0	1	2	76. Mi comportamiento es irresponsable	0	1	2	107. Siento que no puedo tener éxito
0	1	2	77. Duermo más que la mayoría de las personas durante el día y / o la noche (describir): _____	0	1	2	108. Tiendo a perder cosas
				0	1	2	109. Me gusta probar cosas nuevas
				0	1	2	110. Ojalá fuera del sexo opuesto
				0	1	2	111. Evito involucrarme con los demás
				0	1	2	112. Me preocupo mucho
				0	1	2	113. Me preocupo por mis relaciones sociales con el sexo opuesto
				0	1	2	114. No pago mis deudas ni cumpló con otras responsabilidades financieras
				0	1	2	115. Me siento inquieto o inquieto
				0	1	2	116. Me enojo con demasiada facilidad
				0	1	2	117. Tengo problemas para administrar el dinero o el crédito de tarjetas
				0	1	2	118. Soy demasiado impaciente
				0	1	2	119. No soy bueno para los detalles
				0	1	2	120. Conduzco demasiado rápido
				0	1	2	121. Tiendo a llegar tarde a las citas

- | | | | |
|---|---|---|--|
| | | | 122. Tengo problemas para mantener un trabajo |
| 0 | 1 | 2 | |
| 0 | 1 | 2 | 123. Soy una persona feliz |
| | | | 124. En los últimos 6 meses, aproximadamente ¿cuántas veces por día consumió tabaco (incluido el tabaco sin humo) _____ veces al día. |
| 0 | 1 | 2 | |
| 0 | 1 | 2 | 125. En los últimos 6 meses, ¿cuántos días ha estado borracho? _____ días. |
| | | | 126. En los últimos 6 meses, ¿cuántos días ha usado drogas para fines no médicos (incluidos marihuana, cocaína y otras drogas, excepto alcohol y tabaco)? _____ días |