



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología

Experiencias Adversas en la Infancia y su Relación con los
Estilos de Apego y la Sintomatología Internalizante y
Externalizante en Adultos Jóvenes

TESIS

Que como parte de los requisitos para
obtener el Grado de
Maestra en Salud Mental de la Infancia y Adolescencia

Presenta

Estefania Dorado López

Dirigido por:

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela

Querétaro, Qro. a Mayo de 2023



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



Experiencias Adversas en la Infancia y su relación con
los Estilos de Apego y la Sintomatología Internalizante
y Externalizante en adultos jóvenes

por

Estefania Dorado López

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

Clave RI: PSMAN-300371



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Psicología

Maestría en Salud Mental de la Infancia y Adolescencia

Experiencias Adversas en la Infancia y su Relación con los Estilos de Apego y
la Sintomatología Internalizante y Externalizante en Adultos Jóvenes

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de
Maestra en Salud Mental de la Infancia y Adolescencia

Presenta:

Estefania Dorado López

Dirigido por:

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela

Firma

Presidente

Dra. Gloria Nélide AVECILLA RAMÍREZ

Firma

Secretaria

Dra. Luisa García Gomar

Firma

Vocal

Dra. Maribel Delgado Herrera

Firma

Suplente

Mtra. Melissa Calderón Carrillo

Firma

Suplente

Nombre y Firma

Dr. Rolando Javier Salinas García

Director de la Facultad

Nombre y Firma

Dra. Cintli Carolina Carbajal Valenzuela

Directora de Investigación y Posgrado

Centro Universitario

Querétaro, Qro.

Mayo de 2023

México

Agradecimientos

A mi familia, a mis amigos, a mis docentes y compañeros de posgrado, a mi universidad, a mi querida directora de tesis y a Dios que me acompañó en el camino. Y, en especial a mí misma; por todo el esfuerzo, por la terquedad y el tesón que no cesaron, por permitirme soñar y demostrarme que cada día puedo superarme y hacer aquellas cosas que años atrás parecían imposibles.

Índice de Contenido

Resumen	1
Abstract.....	2
Introducción.....	3
Experiencias Adversas en la Infancia.....	4
Maltrato Infantil	6
Tipos de maltrato infantil	7
Violencia intrafamiliar	10
Consecuencias a Largo Plazo de las EAI.....	11
Consecuencias en la salud física	13
Cambios en el sistema nervioso central por EAI	14
Consecuencias en la salud mental	17
Apego.....	20
Teoría del Apego.....	22
Principales conceptos y aportes.....	25
Las aportaciones de Mary Ainsworth.....	26
Patrones en la calidad del apego	28
Vínculos de Apego en la Edad Adulta.....	32
Medición del apego en la edad adulta	34
Sintomatología Internalizante y Externalizante (SIE).....	38
Diferencias de Género en SIE.....	40
Factores de Riesgo para Desarrollar SIE	41
Consecuencias Asociadas a la SIE en la Infancia y Adolescencia	42
Antecedentes.....	44
Planteamiento del Problema	46
Justificación	48
Preguntas de Investigación	50
Hipótesis	51
Objetivo General.....	51
Objetivos específicos.....	51
Método.....	52

Tipo de Estudio	52
Tipo de Muestra	52
Variables	52
Definición operacional de las variables	53
Instrumentos.....	55
Procedimiento y Plan de Análisis de Resultados	56
Consideraciones éticas	59
Resultados.....	60
Resultados del Pilotaje.....	60
Distribución sociodemográfica de la muestra	60
Análisis de la consistencia interna de los instrumentos	60
Panorama general de las Experiencias Adversas en la Infancia.....	61
Descripción de los estilos de apego.....	64
Índices de Sintomatología Internalizante y Externalizante	65
Resultados de la Muestra Definitiva	66
Características sociodemográficas de la muestra definitiva.....	66
Panorama general de las Experiencias Adversas en la Infancia.....	67
Estilos de apego en los adultos jóvenes	69
Índices de Sintomatología Internalizante y Externalizante	70
Asociación entre las EAI y los estilos de apego.....	72
Asociación entre las EAI y la SIE.....	75
Diferencias de género en las EAI, los estilos de apego y la SIE.....	78
Discusión	89
Asociación entre las EAI y el apego	93
Asociación entre las EAI y la SIE.....	93
Diferencias de género en las EAI, el apego y la SIE	96
Limitaciones del Estudio	102
Conclusiones.....	103
Referencias	105

Índice de tablas

Tabla 1 Líneas de investigación sobre apego en adultos.....	38
Tabla 2 Variables y unidad de análisis	52
Tabla 3 Definición operacional de las variables.....	53
Tabla 4 Características psicométricas de los instrumentos	55
Tabla 5 Porcentaje de los tipos de EAI en el pilotaje.....	64
Tabla 6 Puntajes promedio de SI y puntajes de rango clínico en el pilotaje	66
Tabla 7 Puntajes promedio de SE y puntajes de rango clínico en el pilotaje	66
Tabla 8 Sintomatología Internalizante y Externalizante por género	71
Tabla 9 Clasificación entre el número de EAI y el apego seguro e inseguro.....	72
Tabla 10 Resumen de correlaciones bivariadas entre las EAI y los estilos de apego	74
Tabla 11 Resumen de correlaciones bivariadas entre las EAI y la SIE.....	76
Tabla 12 Análisis de regresión lineal por pasos para cada tipo de sintomatología	77
Tabla 13 Comparación de la frecuencia media entre mujeres y hombres en cada EAI	81
Tabla 14 Resumen de correlaciones bivariadas entre las EAI y el apego en mujeres y hombres	84
Tabla 15 Resumen de correlaciones bivariadas entre EAI y SIE en mujeres y hombres	87
Tabla 16 Análisis de regresión lineal por pasos para cada tipo de sintomatología en mujeres y hombres	88

Índice de figuras

Figura 1 Descripción del procedimiento	58
Figura 2 Porcentaje de adultos jóvenes según la categoría del número de EAI en el pilotaje	62
Figura 3 Clasificación de los tipos de apego en los adultos jóvenes del pilotaje	65
Figura 4 Porcentaje de adultos jóvenes según la categoría del número de EAI.....	67
Figura 5 Porcentaje de alumnos según el tipo de EAI.....	69
Figura 6 Clasificación de los tipos de apego en los adultos jóvenes.....	70
Figura 7 Relación entre el número de EAI y el apego seguro	73
Figura 8 Relación entre la frecuencia de EAI y el apego evitativo	74

Figura 9 Relación entre el número de EAI y el puntaje global de SIE.....	75
Figura 10 Relación entre la frecuencia de EAI y el puntaje global de SIE	76
Figura 11 Porcentaje de mujeres que experimentaron cada una de las EAI exploradas	79
Figura 12 Porcentaje de hombres que experimentaron cada una de las EAI exploradas	80
Figura 13 Estilos de apego en las mujeres.....	82
Figura 14 Estilos de apego en los hombres	82
Figura 15 Relación entre el número de EAI y el apego seguro en mujeres	83
Figura 16 Relación entre el número de EAI y el apego seguro en hombres	84
Figura 17 Relación entre el número de EAI y la SE en mujeres	86
Figura 18 Relación entre el número de EAI y la SE en hombres.....	86

Resumen

Las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) ocasionan un conjunto de consecuencias en la salud de quien las experimenta, desde afectaciones en el desarrollo del Sistema Nervioso Central, mayor predisposición a padecer enfermedades crónicas en la vida adulta y presentar psicopatología a lo largo de la vida. El objetivo de la investigación es conocer si existe relación entre las EAI y los estilos de apego y la Sintomatología Internalizante y Externalizante (SIE) en adultos jóvenes del estado de Querétaro. Se realizó un estudio no experimental, correlacional y transversal con una muestra no probabilística por conglomerados conformada por 374 adultos jóvenes (edad media= 20.4 años, 78% mujeres) universitarios. Se encontró que el 85% de los participantes presentan más de cuatro EAI, siendo la negligencia, la violencia intrafamiliar, la violencia comunitaria y el abuso emocional las de mayor prevalencia. El 63% de los sujetos presentó un apego inseguro. Se encontraron relaciones positivas entre el número y la frecuencia de EAI, el apego inseguro y la SIE. Estos resultados visibilizan la necesidad de establecer políticas públicas que atiendan las necesidades en salud mental de los niños, niñas y adolescentes, así como la implementación de estrategias y planes de acción específicos que vayan desde la promoción y prevención del cuidado infantil, hasta intervenciones estructuradas e individualizadas en casos graves de maltrato.

Palabras clave: Experiencias Adversas en la Infancia, Apego, Sintomatología Internalizante y Externalizante.

Abstract

Adverse Childhood Experiences (ACE) cause a set of consequences for the health of those who experience them, from affectations in the development of the Central Nervous System and a greater predisposition to suffer from chronic diseases in adult life to presenting some kind of psychopathology throughout life. The aim of this research is to find out if there is a relationship between ACEs, attachment styles, and Internalizing and Externalizing Symptoms (IES) in young adults in the state of Querétaro. A non-experimental, correlational and cross-sectional study was carried out with a non-probabilistic sample by conglomerates made up of 374 young adult (mean age = 20.4 years, 78% women) university students. It was found that 85% of the participants show more than four ACEs, with negligence, domestic violence, community violence and emotional abuse being the most prevalent. 63% of the subjects show insecure attachment. Positive relationships were found between the number and frequency of ACEs, insecure attachment, and IES. These results make it evident that there is a necessity to establish public policies that address the mental health needs of children and adolescents, as well as to implement strategies and specific action plans that range from the promotion and prevention of childcare to structured and individualized interventions in cases of serious abuse.

Keywords: Adverse Childhood Experiences, Attachment, Internalizing and Externalizing Symptoms.

Introducción

El presente estudio aborda una problemática poco estudiada que forma parte de un conjunto de investigaciones orientadas a conocer las problemáticas de salud mental de los adolescentes y jóvenes en el estado de Querétaro. El principal objetivo fue explorar la presencia de Experiencias Adversas en la Infancia (EAI), su relación con los vínculos de apego, e indagar acerca de las consecuencias en la salud mental, principalmente en la presencia de sintomatología internalizante y externalizante, que estas pueden ocasionar en los adultos jóvenes.

Las EAI son una problemática de salud que va en aumento e impacta gravemente la calidad de vida de quien las ha padecido, estudios muestran que la exposición a este tipo de experiencias se asocia con mayor riesgo de sufrir problemas de salud física y mental a lo largo de la vida (Felitti et al., 1998). Sin embargo, vivenciar una EAI se ha vuelto cada vez más común, y sus efectos pueden acumularse con el tiempo y volverse más graves. Cifras expuestas por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDCs) de Estados Unidos informan que para el 2019 al menos el 61% de los adultos había sufrido al menos una EAI y el 16% experimentó cuatro o más tipos de EAI. De ellos, las mujeres y los grupos minoritarios étnicos/raciales presentan un mayor riesgo de sufrir más de cuatro EAI a lo largo de su vida (Centers for Disease Control and Prevention, 2019).

En la región poco se conoce y se ha estudiado sobre este tema y sus repercusiones, especialmente en el desarrollo de los vínculos tempranos como el apego, pues es sabido que estas relaciones primarias son esenciales para una buena salud mental a largo plazo ya que están implicadas en el desarrollo socioafectivo y de la personalidad en la edad adulta (Bowlby, 1969); y en general en la presencia de diversas problemáticas psicológicas.

En los últimos años, en México los niveles de violencia e inseguridad han incrementado considerablemente; según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en 2022, en México el 70.1 % de las mujeres de 15 años y más ha experimentado, al menos, una situación de violencia a lo largo de la vida, siendo la violencia psicológica (51.6 %) y la violencia sexual (49.7 %) las de mayor prevalencia. En el ámbito comunitario es donde viven mayor violencia (45.6%), seguido de la relación de pareja (39.9 %); además, uno de los estados con la mayor prevalencia de violencia contra las mujeres de 15 años y más es el estado de Querétaro (75.2 %). A pesar de esto, existen pocos protocolos de atención del maltrato en sus múltiples espacios y variantes. Es por esto, que explorar la presencia de EAI permite la implementación de estrategias de prevención y promoción de la salud, de intervenciones basadas en la evidencia y de propuestas en políticas públicas en materia de salud mental.

Experiencias Adversas en la Infancia

Las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) se definen como un conjunto de experiencias traumáticas vividas durante la infancia que pueden ocasionar altos niveles de estrés. Evidencia científica sugiere que el estrés temprano en la vida causa disfunciones cerebrales duraderas, que a su vez afectan la calidad de vida a largo plazo, la salud física, psicológica y conductual del individuo que lo ha experimentado (Centers for Disease Control and Prevention, 2019; Felitti et al., 1998).

Durante la infancia, sobre todo en los primeros años de vida, las relaciones tempranas y el contexto juegan un papel fundamental en el desarrollo y funcionamiento de estructuras relacionadas con procesos cognitivos, afectivos y sociales (Shonkoff et al., 2012).

Experimentar una vivencia temprana traumática es un factor de riesgo que afecta la trayectoria normal del desarrollo, impactando en los mecanismos de regulación y la capacidad de afrontar de manera flexible situaciones adversas (Taylor, 2010).

La activación fuerte y prolongada del sistema de respuesta al estrés de una persona, causado por estas experiencias, produce afectaciones cerebrales que posteriormente inducen a una mayor frecuencia de activación y por periodos más largos, aún después de la exposición al estímulo estresor (National Scientific Council on the Developing Child, 2014). Los niveles altos de cortisol pueden producir alteraciones en los sistemas neuronales y cambiar la arquitectura de regiones cerebrales como el hipocampo y la corteza prefrontal, estructuras esenciales para la autorregulación, el aprendizaje y la memoria (Martínez y García, 2011).

Felitti et al. (1998) realizaron uno de los primeros estudios acerca de las EAI y las clasificaron en tres variables relacionadas a abuso infantil: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual; y cinco exposiciones a disfunciones domésticas durante la infancia: exposición al alcohol u otro abuso de sustancias, enfermedad mental, trato violento por parte de la madre o madrastra, comportamiento delictivo en el hogar y separación o divorcio de los padres. Estudios como el de Green *et al.* (2010) que analizan los factores de riesgo para padecer un trastorno del DSM-IV (ahora DSM-V) en nueve países clasificados como de altos ingresos, seis de ingresos medio-alto, y seis de ingresos medio- bajos; añaden a la lista de EAI antes descrita la negligencia parental, la muerte de algún familiar cercano, enfermedad física del menor o situación económica desfavorable.

Actualmente, entre las EAI más estudiadas se encuentran: el abuso físico, psicológico y sexual, la negligencia física y emocional, la violencia de pareja en el hogar, divorcio o

separación de los padres, que algún miembro de la familia presente enfermedad mental, use sustancias ilegales o sea encarcelado (Centers for Disease Control and Prevention, 2019).

Los estudios pioneros en el área son los realizados en 1994 por Felitti y colaboradores (Felitti et al., 1998), donde describen la relación entre los comportamientos de riesgo para la salud y la enfermedad en la edad adulta, relacionándolos con la exposición al abuso emocional, físico o sexual infantil y la disfunción doméstica durante la infancia. Desde entonces, las EAI han sido un área científica en proceso de desarrollo, evolucionando a través de diferentes temas principales, entre ellos los factores de riesgo y violencia, el maltrato, las disparidades racial-étnicas y la salud física; además de estar en desarrollo los temas de resiliencia e incidencia en el embarazo y posparto, para consolidarse como núcleos del área temática (Vega y Núñez, 2018).

Maltrato Infantil

A continuación, se describirá una de las EAI más representativa, el maltrato infantil, así como los tipos de maltrato más frecuentes.

El maltrato infantil es un problema complejo y heterogéneo, esto provoca que su definición y caracterización sea variable. A pesar de estas dificultades existe un acuerdo en su definición: la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020, párr.4) considera el maltrato infantil como “todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo, que causan o pueden causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño o niña, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.

Existen diferentes tipos de maltrato, todos ellos provocan un daño real o potencial en la salud, desarrollo, supervivencia y dignidad de sus víctimas. Entre los principales se encuentra el maltrato físico, psicológico o emocional, abuso sexual y negligencia (Fernández et al., 2019).

Estudios internacionales señalan que una cuarta parte de todos los adultos expresan haber sufrido maltrato físico en la infancia, una de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia, y esto sin incluir cifras exactas de los niños y niñas que son objeto de maltrato psicológico y negligencia (OMS, 2020). Otros estudios estiman que alrededor del 16% de la población general ha sufrido alguna forma de maltrato, el maltrato físico se sitúa con una tasa del 7% y el maltrato emocional con el 6% (May-Chanal y Cawson, 2005). Además, se calcula que cada año mueren por homicidio 41000 menores de 15 años. En México, los resultados de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM) en 2015, reportó que el 63% de los niños y las niñas de entre 1 y 14 años estuvieron expuestos al menos a una forma de violencia física o psicológica por algún miembro de la familia, y el 6% fue sometido a violencia física severa (Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF, 2016)

Todas estas cifras exponen la magnitud del problema a nivel mundial, y en países donde existen situaciones de conflicto armado, los niños y niñas son especialmente vulnerables a la violencia, abuso sexual y explotación (OMS, 2020).

Tipos de maltrato infantil

El maltrato infantil forma parte de las EAI con mayor número de consecuencias en sus víctimas; el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) define los

diferentes tipos de violencia hacia niños, niñas y adolescentes (NNA) siguiendo el artículo 19° de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Observación General N° 13 del Comité de los Derechos del Niño.

La violencia o maltrato físico hace referencia al uso de la fuerza sobre NNA que produce daños reales o potenciales y se manifiesta en castigos corporales, formas de tortura, trato cruel, inhumano o degradante, intimidación física y toda acción que produzca daños en el cuerpo del menor (UNICEF, 2019).

El abuso sexual ocurre cuando se incita o impone al niño y niña para que lleve a cabo cualquier tipo de actividad sexual ilegal o perjudicial para su bienestar: explotación sexual comercial, esclavitud sexual, explotación sexual turística, trata y venta con fines sexuales, matrimonio forzado, etc. (UNICEF, 2019).

El maltrato emocional o maltrato psicológico, hace referencia a abuso mental, agresión verbal y descuido emocional. Ocurre cuando el agresor o agresora desarrolla una relación perjudicial y persistente con el niño o niña donde se le hace creer que no vale, que no es amado ni querido, se asusta, atemoriza, explota y corrompe, se le rechaza, ignora, discrimina, insulta, humilla, menosprecia, ridiculiza y se hieren sus sentimientos. Además, se le expone a más violencia o se desatienden sus necesidades afectivas, educativas y médicas, así como su salud mental (UNICEF, 2019).

Negligencia. Se abordará con más profundidad la negligencia como maltrato infantil ya que es el tipo de violencia que más interesa para este estudio.

La negligencia infantil es entendida como la constante desatención por parte de los padres o cuidadores sobre el desarrollo y bienestar del menor, ya sean en aspectos de

educación, alimentación, salud, vivienda, condiciones de vida segura, como en el desarrollo emocional y afectivo del mismo (OMS, 2020; Modovar y Ubeda, 2017). La negligencia se divide en: *física*, cuando los progenitores no atienden las necesidades básicas del infante como la alimentación o vivienda; *médica*, cuando no se le proporciona la atención y cuidados de salud necesarios; *educativa*, cuando no se le proporcionan o se le niegan los recursos y medios para ejercer su derecho a la educación o; *emocional*, entendida como la ausencia de atención emocional y afectiva a las necesidades del niño o niña (Child Welfare Information Gateway, 2019).

En resumen, la negligencia, consiste en privar al infante de los elementos básicos que garantizan un desarrollo sano e integral y el goce de sus facultades, puede ser alimentación, salud, educación, vivienda, cuidado y afecto.

Estudios que abordan las variables que intervienen en el abandono físico o la negligencia exponen que los hábitos de crianza, la atención y los cuidados al menor por parte de los progenitores son inadecuados: estos no tienen consciencia clara sobre las necesidades físicas y afectivas de sus hijos, tienen una percepción negativa del niño o niña, expectativas inadecuadas, comunicación deficiente, confusión de roles y le dedican poco o nulo tiempo a la interacción padres/hijos (Moreno, 2002).

Existe un elevado desconocimiento de la negligencia como un tipo de maltrato y, contrariamente a lo que se piensa, hay autores como Moreno (2002), que lo consideran el tipo de maltrato con mayor incidencia y con un pronóstico muy desfavorable. El INEGI en el 2003 reportó que, del total de infantes atendidos por maltrato, el 9.2% presentaron abandono, el 25.2% omisión de cuidados y el 7.6% negligencia. Si consideramos las condiciones antes expuestas para hablar de negligencia, concluiríamos que el abandono y la

omisión de cuidados son considerados como maltrato por negligencia, por lo que la suma de estos porcentajes corresponde a un 42% (INEGI, 2003, citado en Jordan, 2007). Estudios más recientes indican cifras más altas con una prevalencia del 51.2% (García et al., 2019).

Por otro lado, en México el 5.1% de niños y niñas menores de 5 años fueron dejados con cuidados inadecuados, es decir, no fueron atendidos por un adulto responsable, dejándolos solos o al cuidado de otro niño o niña menor de 10 años (Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF, 2016). El maltrato por negligencia es el más observado pero el menos documentado: el bajo número de denuncias, la pobre recolección y sistematización de datos y la fragmentación de la información estadística por parte de los estados ha producido que exista un desconocimiento oficial de estas cifras (Jordan, 2007).

Violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar, considerada una experiencia adversa, es un problema de salud pública que va en aumento. Es un tipo de violencia que ocurre entre personas que tienen algún vínculo o parentesco dentro de la familia, por lo que puede incluir a diversas personas, desde padres, hijos, hermanos, esposos, suegros, etc. (Molina et al., 2009); y puede ser ejercida por cualquier persona de la familia sin importar edad o sexo, sin embargo, los grupos más vulnerables son los niños, las mujeres, ancianos y discapacitados (Almenares et al., 1999). En este tipo de violencia ocurre un desequilibrio de poder, ejercido por el más fuerte hacia el más débil con el fin de tener control en la relación intrafamiliar, es un círculo vicioso que genera estrés en sus víctimas y representa una experiencia con múltiples consecuencias a nivel físico y mental (Fernández et al., 2019).

La violencia en general es un fenómeno complejo y que presenta diferentes matices, lo que hace difícil su conceptualización y clasificación dentro de la literatura. Varios autores como Almenares et al. (1999), Flórez y González (2012) y Díaz y Esteban (2003), describen los tipos de maltrato infantil (físico, sexual, psicológico, negligencia) como formas de violencia en el hogar y pareciera que son sinónimos, sin embargo, la diferencia está en que, para hablar de violencia intrafamiliar, el que ejerce violencia y el que la recibe deben mantener un vínculo de parentesco.

La violencia intrafamiliar produce graves efectos en quien lo experimenta, que van desde afectaciones neurobiológicas, interrupción en la maduración y funcionamiento de circuitos cerebrales y aumento de hormonas relacionadas con el estrés (Bick y Nelson, 2016) hasta alteraciones cognitivas, académicas, emocionales, comportamentales (Bick y Nelson, 2016; De Rose et al., 2016; Radcliff et al., 2018), y que más tarde aumentan el riesgo de padecer enfermedades y problemas psicosociales en la adultez (Sterling et al., 2018; Crouch et al., 2017).

En México son pocos los datos nacionales que exponen las manifestaciones de violencia intrafamiliar a NNA, sin embargo, se sabe que 4 de cada 10 madres y 2 de cada 10 padres, refieren pegarle o haberles pegado a sus hijos cuando sintieron ira o desesperación. Además, la violencia masculina es mayor en ambientes rurales que urbanos (INEGI, 2016).

Consecuencias a Largo Plazo de las EAI

El desarrollo normal de un infante depende en gran medida de la capacidad de su organismo de atender las situaciones de estrés rápidamente y de anular esta respuesta cuando el estímulo estresor ha sido eliminado. Mientras que algunas experiencias estresantes nos

ayudan a adaptarnos progresivamente a las exigencias del entorno, siempre que sean moderadas y de corta duración, existen situaciones graves de estrés de larga duración que tienen consecuencias tóxicas para el cuerpo. Es en la etapa perinatal y en la primera infancia que este sistema de respuesta al estrés se desarrolla, por lo que es importante que el menor disponga de un soporte parental que le ayude a amortiguar las experiencias adversas; cuando no existe este soporte, estas experiencias se van acumulando y aumentan la posibilidad de aparición de trastornos físicos y mentales (Murgatroyd y Spengler, 2011; Bradley y Corwyn, 2002).

Experiencias como el maltrato, el desapego materno, la negligencia en el cuidado por parte de los padres y la pobreza extrema, producen altos niveles de estrés que se acumulan y son irreversibles a menos de que se actúe tempranamente sobre las causas y sus consecuencias (Victoria et al, 2008; Provencal y Binder, 2015, citado en Cánepa, 2016). Estas pueden ser muy amplias, desde problemas conductuales, físicos y mentales, hasta problemas sociales, sanitarios y económicos (OMS, 2020).

El nivel de afectación por haber sufrido una EAI puede variar dependiendo de factores como el tipo, la frecuencia, la duración y la gravedad de la experiencia; la edad del niño o niña y el estado de desarrollo en el que se encontraba; la relación con el agresor o la agresora, los factores de riesgo asociados y la existencia o no de factores protectores (Rosen et al., 2018).

Sin embargo, es importante destacar que el riesgo de sufrir algún trastorno o enfermedad mental aumenta considerablemente cuando las experiencias adversas se acumulan, es decir, cuando pasan de ser una a dos o más. Esta situación es conocida con el nombre de *sensibilización conductual*, es decir, el cómo la exposición constante a estresores

aumenta las respuestas conductuales, psicológicas o neuroquímicas en el individuo a una exposición posterior a un nuevo estresor, aunque este no sea tan grave como el anterior (Van Winkel et al., 2008).

Investigaciones que analizan la regulación del estrés a través del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, concuerdan en que las experiencias tempranas de estrés moldean la forma en cómo el cuerpo responde al mismo, ya que en la infancia el cerebro es particularmente adaptable. Este tipo de experiencias negativas sobreactivan el sistema que regula el miedo y el estrés, ajustándolo a un nivel alto, alterando los patrones comportamentales de respuesta (Zhang et al., 2009, citado en Martínez y García, 2011).

Además de esto, ya el mismo John Bowlby en 1986 estableció que las experiencias adversas tienen efectos al menos de dos tipos: primeramente, hacen al infante más vulnerable a experimentar posteriormente otra adversidad. En segundo lugar, incrementan la probabilidad de que el niño se enfrente a otras situaciones adversas similares. Es probable que, aunque experimentar una primera EAI sea independiente de las circunstancias y de los individuos implicados en ella, las posteriores sean ya una consecuencia de las acciones llevadas a cabo por causa de las primeras (Bowlby, 2009). Un ejemplo claro de esto es la transmisión de patrones transgeneracionales de violencia (Amar y Berdugo, 2006).

Consecuencias en la salud física

Las alteraciones provocadas por la vivencia de EAI en la salud pueden afectar a diversos sistemas del cuerpo humano, condicionando el bienestar físico y mental de la persona, provocando enfermedades y condicionando el desarrollo normal a lo largo de su vida.

Cambios en el sistema nervioso central por EAI

Las situaciones adversas como el maltrato infantil son capaces de transformar la arquitectura del cerebro, condicionando el proceso de neurodesarrollo y maduración cerebral del individuo, provocando dificultades cognitivas durante toda la vida, incluso en la edad adulta (Amores y Mateos, 2017). El periodo de vida perinatal y la primera infancia son etapas especialmente vulnerables para su desarrollo (Cánepa, 2016).

Experiencias como la desatención y el poco cuidado materno se relacionan con cambios en los genes de receptores de glucocorticoides; estas modificaciones epigenéticas que desregulan el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal, el llamado “eje del estrés” por su implicación en este proceso, predisponen a los sujetos expuestos a estrés temprano a una amplia gama de afecciones psiquiátricas en la vida adulta (Palma-Gudiel et al., 2015). Por otro lado, Anderson et al (2002), encontraron que el vermis, una subregión del cerebelo con un desarrollo prolongado y sensible a las situaciones estresantes, se encontró disminuida en sujetos que experimentaron maltrato infantil.

En una revisión de la literatura, Bick y Nelson (2016) descubrieron que existe numerosa evidencia que demuestra que los menores que sufrieron una crianza adversa temprana en contextos familiares de maltrato muestran alteraciones del neurodesarrollo que aumentan el riesgo de desajuste cognitivo y emocional. Estos presentaron un volumen reducido en el tamaño general del cerebro, sobre todo en la materia gris y blanca de la corteza cerebral.

Otros estudios han encontrado que la duración de una experiencia estresante provoca cambios estructurales en el hipocampo, por ejemplo, en sujetos con trastornos de estrés post

traumático se encontró un aumento de volumen en esta estructura (Tupler y De Bellis 2006). Resultados opuestos fueron encontrados por Everaerd et al. (2012), que muestran que los sujetos adultos que han sufrido experiencias de adversidad en el pasado presentan un volumen del hipocampo disminuido.

En un metaanálisis realizado por Hein y Monk (2016) se encontró que el maltrato infantil se asocia con un aumento de la activación bilateral de la amígdala durante el procesamiento de rostros emocionales en individuos maltratados; además se encontraron cambios en la actividad de la circunvolución temporal superior, la circunvolución parahipocampal y la ínsula en estos individuos, estructuras involucradas en los estímulos sociales.

Por otro lado, estudios han demostrado que en niños y niñas maltratados hay una reducción del volumen del cuerpo caloso comparado con niños y niñas no maltratados. Dado su papel en el desarrollo cognitivo y emocional, las alteraciones en esta estructura contribuyen a presentar dificultades en estas áreas (Teicher et al., 2004).

La corteza prefrontal se considera una estructura cerebral bastante sensible al estrés a causa de su prolongado desarrollo, donde las limitaciones se evidencian en limitaciones cognitivas y conductuales y retraso en la maduración cortical (Pechtel y Pizzagalli, 2011). En estudios llevados a cabo por medio de electroencefalografía, se encontró que los sujetos con trauma infantil presentan comportamiento impulsivo y sugieren que las experiencias traumáticas en la niñez pueden conducir a una disfunción del lóbulo frontal que cause un control deficiente de los impulsos a lo largo de la vida (Kim *et al.*, 2018).

Cambios en Otros Sistemas. Las EAI y sobre todo el maltrato infantil, están relacionadas significativamente con sufrir una amplia gama de problemas de salud. Las consecuencias en este ámbito pueden aparecer inmediatamente, por ejemplo, el daño cognitivo ocasionado por un traumatismo craneoencefálico; o visualizarse a largo plazo, tardando desde meses hasta años en ser detectables.

Al menos 5 de las 10 principales causas de muerte en el mundo están asociadas con EAI; sin embargo, los efectos negativos de las EAI son prevenibles si se detectan a tiempo y si se interviene de manera adecuada. Estimaciones realizadas por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDCs) revelan que se puede reducir considerablemente los resultados negativos en la salud física a largo plazo con la prevención de EAI. Por ejemplo, el trastorno depresivo se puede reducir en un 44%, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica un 27%, el asma un 24%, la enfermedad renal 16%, los accidentes cerebrovasculares 15%, la enfermedad coronaria 13%, el cáncer 6%, la diabetes 6% y el sobrepeso u obesidad 2% (Centers for Disease Control and Prevention, 2019).

González et al. (2008) realizaron un estudio que tiene por objetivo determinar la asociación entre las EAI y la presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) en mujeres embarazadas. Se encontró que de las EAI que se consideraron como factores altamente influyentes para adquirir posteriormente una ITS en la edad adulta son el haber convivido con adultos con problemas de consumo de sustancias y haber sido víctima de descuido o negligencia, abuso físico, emocional y sexual.

Experimentar abuso físico, verbal o sexual en edades tempranas, ser testigo de violencia intrafamiliar, tener padres divorciados y vivir con un familiar con una enfermedad mental, que abusaba de sustancias o había estado encarcelado, está asociado con problemas

de salud como limitaciones funcionales, diabetes, ataques cardiacos y autodevaluación de la propia salud (Monnat y Chandler, 2015). Por otro lado, Castillo et al. (2017) evaluaron la frecuencia de EAI en una población con enfermedades crónicas no transmisibles (artritis, diabetes mellitus, hipo e hipertiroidismo, hipercolesterolemia, obesidad, osteoporosis, hiperparatiroidismo); encontrando que esta población presenta altos niveles de EAI: el 64% de los sujetos habían experimentado por lo menos una EAI y el 23% cuatro o más EAI.

Hallazgos presentados por McCrory et al. (2015) indican que la infancia es un periodo sensible en el desarrollo de enfermedades físicas. Este estudio incluyó una muestra de 6,912 personas mayores de 50 años, en las cuales se estudió la exposición ambiental infantil desafiante y potencialmente nociva y la aparición de enfermedades crónicas. Los resultados muestran que la adversidad temprana se asoció con un mayor riesgo de presentar enfermedades crónicas (cardiovasculares, pulmonares, trastornos psiquiátricos) en la mediana edad y en edad avanzada.

Entre las patologías más documentadas se encuentra la diabetes, síndrome de fatiga crónica, enfermedad pulmonar y gastrointestinal, desnutrición, derrame cerebral, problemas de la vista, cáncer, limitaciones en el funcionamiento, bronquitis crónica, ataques al corazón, migraña, artritis, daño cerebral, problemas de espalda y presión arterial alta (Widom et al., 2012; Monnat y Chandler, 2015, McCrory et al., 2015).

Consecuencias en la salud mental

Diversos estudios han manifestado las múltiples repercusiones que producen las EAI en la salud mental de los sujetos que las han experimentado. Varios autores coinciden en que los niños y niñas que han sufrido algún tipo de agresión manifiestan dificultades en el

establecimiento de vínculos afectivos, inseguridad, baja autoestima, depresión, aplanamiento emocional, dificultades para experimentar placer, desorganización de la conducta, hipervigilancia, bajo rendimiento académico y mayor probabilidad de presentar trastornos más graves como el trastorno de estrés postraumático (Barcelata y Alvarez, 2005). Otros resultados indican que las EAI se relacionan con déficits cognitivos, patrones de apego inseguro, sintomatología internalizante, trastornos psicóticos e ideación suicida.

Palma-Gudiel et al. (2015) encontraron que las EAI están asociadas a déficits en una amplia gama de funciones cognitivas: memoria, funciones ejecutivas, rendimiento cognitivo; y afectivas: sistema de recompensa, procesamiento de estímulos sociales y afectivos y regulación emocional. Estudios como el de Amores y Mateos (2017), explican el perfil neuropsicológico de niños y niñas que sufrían maltrato, donde se caracterizan los problemas en atención, memoria, lenguaje, desarrollo intelectual, fracaso escolar y presencia de trastornos internalizantes y externalizantes.

Por otro lado, estudios recientes como el de Capitán y Artigue (2020), mencionan como las EAI se consideran factores de riesgo para la salud, entre ellas, las relaciones de apego y la crianza en la infancia condicionan el desarrollo y la aparición o no de trastornos mentales. Realizaron un estudio retrospectivo con 29 pacientes adultos con diagnóstico de enfermedad mental grave (trastornos del espectro de la psicosis y en estado mental de alto riesgo de psicosis) con el objetivo de describir los factores de riesgo asociados a su diagnóstico. Encontraron que la depresión y/o el estrés durante el embarazo de la madre, la negligencia emocional y las separaciones tempranas de las figuras de cuidado fueron las más determinantes.

En este sentido, Mesa et al. (2009) exploraron el fenómeno del apego en diadas madre-hijo, en donde las madres habían sufrido experiencias de maltrato en su infancia. Se encontró que en tres de las cuatro diadas estudiadas había una transmisión intergeneracional de patrones de apego inseguro a sus hijos. En todos los lactantes evaluados se observaron patrones de apego evitativos y ambivalentes, lo que, según los autores, está relacionado con el maltrato materno. Las repercusiones en este caso no solo se limitan a la salud mental de la madre, sino también, a la salud mental de los menores al ser expuestos a limitaciones en el cuidado, protección, afecto y la sensibilidad por parte de sus madres.

Se ha encontrado evidencia de que las madres que sufrieron experiencias adversas en su niñez suponen un factor de riesgo para que sus hijos o hijas presenten problemas conductuales y emocionales. Cooke et al. (2019), en un estudio con diadas madre-hijo desde 1994 con una cohorte longitudinal prospectivo recopilado en 2011 y 2014, exponen que las EAI sufridas por las madres se asocian con problemas de internalización de sus hijos a través de un apego materno evitativo y ansioso. Por otro lado, las experiencias adversas de las madres predijeron síntomas de externalización en los niños

Los primeros años de vida son críticos en el desarrollo de un trastorno mental. Sus resultados indican que los infantes que vivenciaron una experiencia adversa tienen casi el doble de riesgo de presentar un trastorno mental durante su vida que los que no estuvieron expuestos a éstas (McCrary et al., 2015).

La exposición a diferentes tipos de maltrato infantil se convierte en alto factor de riesgo asociado a dificultades en la interacción familiar, aislamiento, comportamientos agresivos e impulsivos y bajo rendimiento académico (Venegas, 2013). La violencia, sobre todo la violencia física, está relacionado con la ideación suicida. Kokoulina y Fernández

(2014) muestran cómo pacientes psiquiátricos con historia de maltrato físico informaron mayor frecuencia de conductas suicidas, aumentando éstas en los que sufrieron maltrato físico en la infancia.

En resumen, las EAI son eventos traumáticos que ocurren en la infancia y que aumentan los niveles de estrés del organismo, afectando gravemente la salud física, mental y emocional; se ha confirmado que a mayor número y duración en la exposición a EAI, las consecuencias en la salud aumentan. El maltrato infantil es una de las EAI más frecuentes y, específicamente la negligencia, a pesar de ser poco reportada, hay autores que la consideran como el tipo de maltrato más recurrente y con un pronóstico muy desfavorable. Las EAI representan un campo de estudio relativamente nuevo, sin embargo, las estadísticas nos hablan de un grave problema de salud pública a nivel mundial que debe ser atendido.

Apego

En los primeros años de vida, el ser humano necesita de un fuerte vínculo con un adulto que le brinde contacto físico y seguridad debido su estado de vulnerabilidad. Para Bowlby (1969) el apego se refiere a los vínculos emocionales y afectivos que se establecen con los padres o cuidadores en los primeros meses de vida, que guían los sentimientos y conductas para buscar proximidad, en los que el bebé se siente seguro y receptivo a las manifestaciones de afecto de sus padres y de las cuales teme separarse (Cantón y Cortés, 2014). Esta tendencia a formar lazos afectivos íntimos con determinados individuos es considerada una respuesta innata que forma parte de la naturaleza humana, y comienza con el desarrollo del embrión en el vientre materno y se extiende durante toda la vida (Bowlby, 2009).

Este vínculo afectivo une a las dos personas, en la mayoría de los casos al bebé y a la madre, y los mantiene unidos a lo largo del tiempo con la función esencial de brindar seguridad, protección y confort y así aumentar la probabilidad de supervivencia del infante. De hecho, se considera que la función biológica de esta conducta es la protección, especialmente de los depredadores (Bowlby, 1986; Olza-Fernández et al., 2014).

Este vínculo es esencial e indispensable para un buen desarrollo de la personalidad, es decir, en la construcción de rasgos y características propios de comportamiento; además proporciona seguridad al saberse aceptado y protegido incondicionalmente por sus padres o cuidadores (Molero et al., 2011). Según López (2003), desde la perspectiva mental, apearse es construir la idea de que otro individuo nos quiere, protege y ayuda de manera incondicional. Crear un vínculo de apego es desarrollar sentimientos de pertenencia y dependencia hacia alguien, de manera que su presencia y seguridad otorga estabilidad y bienestar emocional y su ausencia, miedo y ansiedad.

El estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño o niña está determinado en gran medida por la accesibilidad y la capacidad de la figura de apego (figura principal con la que se establece el vínculo) de responder a las demandas de éste de manera satisfactoria (Molero et al., 2011). Esta figura debe ofrecer su protección, cuidados, intimidad y aceptación incondicional, es decir, una adecuada capacidad de comunicación y apoyo emocional. Para esto, el menor realizará esfuerzos por mantener proximidad, interaccionar, hacer peticiones acerca de sus necesidades y pedir ayuda (López, 2003).

En este sentido, el objetivo del apego es favorecer la supervivencia del individuo a través de la seguridad emocional, y para ello utiliza cuatro manifestaciones básicas que permiten preservar este vínculo: buscar y mantener la proximidad con el cuidador principal,

resistirse a ser separado del mismo y protestar si llega a ocurrir, usar a la figura de apego como base segura para explorar el entorno físico y social y buscar en esta figura seguridad, bienestar y apoyo emocional (Feeney y Noller, 1991).

Teoría del Apego

Esos mecanismos antes mencionados son ampliamente explicados en la teoría del apego desarrollada por el psicoanalista británico John Bowlby, quien aplicó principios de la etología al psicoanálisis para establecer un marco conceptual que la fundamentara. Junto con Mary Ainsworth y otros científicos pioneros en el área, establecieron una de las teorías más importantes que explican el desarrollo socioemocional, aún aplicables hoy en día.

Actualmente, la teoría del apego ha sido enriquecida por diferentes autores y ha generado grandes espacios de desarrollo y aplicación, tanto en la investigación, como en la intervención psicológica (Gago, 2016).

Aunque se considera a John Bowlby y a Mary Ainsworth como los creadores de la teoría del apego, Sigmund Freud fue el primero en señalar la importancia de las experiencias infantiles en los primeros años de vida en el desarrollo socioemocional de la persona adulta. La corriente psicoanalítica mantenía estas conclusiones ligándolas a la importancia de la alimentación materna y los cuidados de la madre para el establecimiento de lazos afectivos y bienestar en el bebé (Soto y Moreno, 1994).

Después de la segunda guerra mundial, el periodo de posguerra fue marcado por un aumento significativo de niños y niñas sin hogar que fueron internalizados en centros e instituciones (Cantón y Cortéz, 2014), dando pie a numerosos estudios acerca de los efectos negativos que el prolongado cuidado institucional durante los primeros años de vida tenía

sobre el desarrollo de la personalidad y la aparición de perturbaciones mentales. Además, un gran número de pediatras y psiquiatras comenzaban a sospechar la incidencia de un síndrome llamado “hospitalismo”, observado por el aislamiento de los niños y niñas internados en los hospitales por enfermedad (Molero et al., 2011).

A causa de esto, en 1950 la Organización Mundial de la Salud encargó a J. Bowlby la tarea de analizar las pruebas y desdeñar lo que se creía sobre la influencia adversa del cuidado maternal inadecuado durante la infancia, la prolongada institucionalización y la separación del niño de sus cuidadores (Bowlby, 2009).

Para 1951, Bowlby había realizado una extensa investigación publicada en una monografía titulada “Los cuidados maternos y la salud mental” donde destaca las crecientes y constantes evidencias científicas de la naturaleza de los cuidados maternos en la infancia, fundamentales para la salud del niño y niña a largo plazo. Entre sus principales resultados, establece que el calor, la intimidad y la relación constante de la madre (o el cuidador principal) con el niño recién nacido y de corta edad, donde los dos encuentren satisfacción y goce, es esencial para la salud mental. Cuando esta relación es adecuada, las perturbaciones mentales ocasionadas por ansiedad o culpa se manifestarán de forma armónica y moderada (Bowlby, 1954).

De la misma manera, la privación maternal, entendida como la ausencia de la relación materno-filial antes descrita, conduciría a distintos efectos contraproducentes que varían en intensidad. La privación parcial provoca ansiedad aguda, excesivo anhelo de amor, sentimientos de venganza, culpabilidad y depresión. La privación absoluta, produce efectos de mayor alcance en el desarrollo de la personalidad, que pueden llegar hasta invalidar completamente la capacidad de adaptación social del menor (Bowlby, 1954).

El creciente interés de Bowlby en este campo lo condujo a desarrollar la teoría del apego en 1969, basada en una concepción evolucionista, proporcionando una explicación etológica de cómo y por qué se establece el vínculo de la madre y su hijo (Amar y Berdugo, 2006).

Experimentos como el de Lorenz en 1935, que revelaban cómo algunas especies de animales, en este caso patos, desarrollaban un fuerte vínculo con la figura materna sin necesitar el alimento como intermediario pues, se alimentaban desde el primer momento por ellos mismos, lo hizo reflexionar acerca de un modelo alternativo al expuesto por las escuelas de psicoanálisis para explicar las relaciones tempranas, las cuales otorgaban total peso a la alimentación para la creación de este vínculo madre-hijo (Lorenz, 1935 citado en Bowlby, 2009).

Años después, los resultados expuestos por Harlow en 1959, según los cuales, en una especie de primates las crías eran separadas de la madre biológica y expuestas al “cuidado” y “alimentación” de madres ficticias, (una hecha de alambre que proporcionaba alimento, y otra hecha de felpa pero que no alimentaba) mostraban una marcada preferencia por la madre recubierta de esponja que por la que los alimentaba, de hecho, pasaban la mayor parte de tiempo acurrucados en ella. Estos descubrimientos apoyaron los indicios de Bowlby acerca de la importancia del contacto corporal y el confort que produce el contacto madre-hijo para la sensación de seguridad y salud mental (Harlow, 1959, citado en Amar y Berdugo, 2006); así empezó a conceptualizar el apego como una conducta fundamental, con su propia motivación interna, igual de importante para la supervivencia como la alimentación (Bowlby, 2009).

Principales conceptos y aportes

Se ha demostrado que los seres humanos pueden desarrollar mejor sus capacidades y son más felices cuando saben que existe una persona a la cual le tienen confianza, y que les proporcionaría apoyo y protección si surgieran dificultades. La *figura de apego* es la que proporciona al niño o niña, joven o adulto una base segura desde la cual operar. El infante se apegaría a la persona que respondiera de forma consistente y adecuada a la búsqueda de proximidad, y de esta manera, lo utilizaría para explorar el entorno y como refugio para volver ante una situación de peligro (Bowlby, 1969).

El *sistema conductual de apego* se activa cuando el niño o niña percibe señales de peligro o estrés o con la ausencia de la figura de apego (Cantón y Cortés, 2014). Entre estas conductas se incluyen el llanto, llamadas para buscar proximidad, seguimiento de la figura de apego, adhesión e intensas protestas si el menor se queda solo o con extraños.

Las experiencias de la persona con la figura de apego o figuras importantes (los padres) determinarán la capacidad del niño y niña a largo plazo para establecer vínculos socioafectivos (Bowlby, 1986). Según esta teoría, la calidad de este vínculo se relacionará con la regulación emocional, de impulsos y deseos, la construcción de una identidad y sentido de pertenencia (Brudy, 2005 citado en Celedón, 2016).

Estas relaciones con la/las figuras de apego van a ayudar al infante a dirigir su conducta y percibir e interpretar las acciones e intenciones de los otros, formando un *modelo interno o un modelo de representaciones* (internal working model), es decir, una representación mental de sí mismo y de las relaciones con los otros (Bowlby, 1980).

El infante utiliza estos modelos para predecir las posibles conductas de la figura de apego y para planificar sus respuestas, es decir, usa estos modelos para decidir qué conductas de apego usar en determinadas situaciones con determinadas personas (Cassidy, 2008, citado en Cantón y Cortéz, 2014).

Ya que estos modelos internos surgen de la interacción con los cuidadores principales, supone que distintas experiencias formarán distintos modelos representacionales determinados según los autores, por uno de los aspectos básicos del vínculo con el cuidador: su reacción ante la búsqueda del niño o niña de proximidad, su sensibilidad, receptividad y la interacción personal. Esto tendrá una profunda influencia sobre las formas de relacionarse, su personalidad, su confianza, autoestima y empatía y sobre todo el “que esperar” de los otros (Olivia, 2004).

Las aportaciones de Mary Ainsworth

La relación de apego entre el niño o niña y su figura materna fue el trabajo central de las contribuciones a la teoría del apego realizadas por Mary Ainsworth. En sus investigaciones describe cómo se caracteriza la relación madre-hijo, cómo se puede estudiar y cuál es su importancia para el desarrollo socioafectivo del infante (Carrillo, 1999).

Alrededor de 1950, Ainsworth se une al equipo de trabajo de J. Bowlby en la Clínica Tavistock como investigadora, donde coincidió su interés por los trabajos de este sobre los efectos de las separaciones tempranas y prolongadas de la madre sobre el desarrollo social del niño y niña, añadiendo con sus trabajos un énfasis a la observación sistemática de esas interacciones, desarrollando estrategias metodológicas para definir y medir estos efectos en los infantes (Carrillo, 1999).

Las primeras investigaciones que dieron pie a sus postulados fueron las realizadas en Uganda en 1954, donde realizó un estudio longitudinal en una muestra de 28 lactantes y sus madres, a los cuales observó sistemáticamente por medio de técnicas naturalistas durante nueve meses. Encontró que los comportamientos de los lactantes podían clasificarse en tres grupos: apego seguro (el lactante lloraba poco y se mostraba alegre explorando el medio en presencia de la madre), apego inseguro (exploraba poco y lloraba frecuentemente aun cuando la madre lo cargaba) y no apego (lactantes que no manifestaban conductas diferenciadas). Estas fueron sus primeras aproximaciones a la clasificación de los tipos de vínculos de apego (Ainsworth, 1967, citado en Carrillo, 1999).

Ainsworth es representante de la teoría de la seguridad en la infancia temprana sobre el desarrollo de la personalidad en la vida adulta, explicando que los niños y niñas necesitan desarrollar dependencia segura con sus padres antes de relacionarse en contextos no familiares. Entre sus formulaciones, se dice que el sistema o las conductas de apego se activarán por la percepción de miedo a situaciones peligrosas o que amenazan el sentido de seguridad en el infante (Gayá et al., 2014).

Aporta el concepto de *sensibilidad materna*, que hace referencia a la capacidad de la madre de percibir las señales del niño o niña e interpretarlas consistentemente para dar una respuesta precisa, contingente y apropiada (Ainsworth et al. 1978). De esta manera, la calidad del apego estará relacionada directamente con la calidad de las respuestas que proporciona la figura de apego, componentes esenciales para el desarrollo social y emocional del menor.

La calidad de este lazo puede variar dependiendo de la relación materno-filiar de la que hablábamos, siendo en ocasiones positiva o negativa para el niño o niña. La literatura basada en investigaciones empíricas, iniciadas y encabezadas en su mayoría por Ainsworth,

formulan una clasificación acerca de tres tipos de patrones en la calidad del apego: apego seguro, apego inseguro evitativo y apego inseguro ambivalente, propuestas por esta autora y colaboradores en 1969.

Recientemente, se reconoce un cuarto tipo de apego propuesto por Main y Solomon en 1986 conocido como apego inseguro-desorganizado. Está conformado por características de los otros dos tipos de apego inseguro. Se trata de niños y niñas con altos niveles de inseguridad, cambios repentinos de comportamiento (de la calma al llanto), movimientos estereotipados y posturas rígidas, encontrado principalmente en niños y niñas que habían sufrido maltrato infantil (Gayá, 2014). El apego desorganizado ya había sido detectado en observaciones y situaciones experimentales realizadas por Ainsworth, pero no había podido ser clasificado en ninguno de los tres patrones ya propuestos por la misma autora (Cantón y Cortes, 2014).

Patrones en la calidad del apego

Basándose en observaciones sistemáticas, Ainsworth diseñó una situación experimental, la *Situación Extraña* (Strange Situation) para evaluar las interacciones madre-hijo en presencia de un extraño, y examinar el equilibrio entre las conductas de apego y de exploración del ambiente, bajo condiciones de estrés. En esta situación de laboratorio el niño o niña y la madre se encuentran en una sala en la que se incorpora un desconocido; mientras el extraño juega con el menor la madre sale de la sala dejándolos solos; después el desconocido sale y deja al infante completamente solo. Se esperaba que el niño o niña explorara más el ambiente y jugara en presencia de su madre, y que esta conducta disminuyera en su ausencia y aún más estando solo (Ainsworth y Bell, 1970, citado en Olivia, 2004).

Los resultados esperados podrían comprobar así los postulados de Bowlby donde el niño o niña utiliza a la madre como base segura para explorar el ambiente, y esta conducta podría desaparecer si se percibía cualquier amenaza (ausencia de la madre), activando así las conductas de apego como el llanto, demandas o búsqueda de proximidad (Ainsworth et al., 1978). Ainsworth comprobó sus hipótesis y además encontró que el comportamiento de los niños en esta situación tenía diferencias muy claras, por lo que describió tres patrones de conductas de apego:

1. Apego seguro: estos lactantes presentaban angustia ante la separación de la madre y calma cuando ésta regresaba, además de una interacción de calidez, seguridad y confianza entre ambos (Ainsworth et al., 1978). Cuando se establece una relación de afecto, cariño, sensibilidad y estabilidad se fomenta este vínculo de apego, que, a su vez, proporcionará al niño o niña un mayor sentimiento de seguridad en sí mismo cuando deba enfrentarse a situaciones adversas o estresantes, al igual que mayor confianza y seguridad en su sistema familiar (Cantón et al., 2010).

Revisiones teóricas acerca de los estilos de apego, concuerdan en que en el apego seguro se presentan mayor número de emociones positivas como alegría, confianza, calma, tranquilidad y placer, en comparación con los otros estilos. También se señala que los niños y niñas con este tipo de apego usan estrategias adecuadas para regular sus emociones, por ejemplo, la búsqueda de proximidad, afiliación, exploración, alta capacidad para expresar lo que sienten y búsqueda de apoyo social (Garrido, 2006).

A largo plazo, los jóvenes que presentan un apego seguro tienden a ser estables en sus relaciones interpersonales, demostrando calidez y satisfacción. Tienden a ser más positivos, con perspectivas coherentes de sí mismos, y acceden fácilmente a recuerdos

positivos, lo que provoca que en sus relaciones sociales muestren más confianza e intimidad (Celedón et al., 2016). También es asociado a unas actitudes ante la vida menos negativas, menos pensamientos o deseos de suicidio y menos intentos de cometerlo, tanto en el momento actual como en el futuro (Cantón et al., 2010).

2. Apego inseguro-evitativo: los infantes con este tipo de apego no demostraban angustia o enojo cuando el cuidador se ausentaba, pero si indiferencia cuando este volvía; en la convivencia, demostraba distancia y evitación hacia la figura de apego (Ainsworth et al., 1978)).

Estos niños y niñas presentan niveles altos de emociones como ansiedad, miedo, rabia, desconfianza y hostilidad; además, usan estrategias no adecuadas para regular sus emociones, como la inhibición emocional, distanciamiento de situaciones afectivas, exclusión de recuerdos y pensamientos dolorosos, no buscan proximidad con el prójimo, se alejan de contextos o figuras de apego y suprimen sus emociones negativas (Garrido, 2006).

En la adultez, estos sujetos poseen estructuras cognitivas rígidas, se enfadan con facilidad hasta llegar a estados de cólera y otras emociones negativas, se centran en metas autoperjudiciales y desprecian las demostraciones de afecto (Celedón et al., 2016). Este tipo de apego se relaciona, según estudios, con presentar actitudes más negativas ante la vida y deseos e intentos suicidas, no solo durante las crisis, sino de forma constante en la edad adulta; estas reacciones pueden ser reflejo de una reacción hostil cargada de culpa hacia personas significativas (Cantón et al., 2010).

3. Apego inseguro-ambivalente: estos niños y niñas respondían con conductas altamente ansiosas al ser separados del cuidador, y se les dificultaba volver a la calma cuando este volvía, se mostraban enfadados, displicentes e incluso pueden pegarle o esconderse de la

madre; en las interacciones entre ambos, el niño o la niña demostraba enojo, preocupación, ansiedad y ambivalencia. Este patrón de apego muestra bajos niveles de exploración del entorno y de juego (Ainsworth et al., 1978; Amar y Berdugo, 2006).

Los sujetos con apego ambivalente presentan mayor número de emociones relacionadas con la preocupación, el enojo, el miedo, la ansiedad y el estrés. Con respecto a la forma en como regulan sus emociones, lo hacen mediante estrategias poco adaptativas: inhibición emocional, atención directa al estrés, rumiación, presencia de recuerdos emocionales negativos, hipervigilancia, búsqueda de proximidad hacia la figura de apego, sobreactivación general del organismo y activación crónica y desadaptativa del sistema de apego (Garrido, 2006).

En la edad adulta, estos individuos buscan proximidad en la figura de apego, pero a la vez se resisten a ser calmados y consolados por ella, demostrando agresividad. Ante la separación experimentan altos niveles de angustia y comportamientos de reproche y enojo (Celedón et al., 2016). De igual manera que el apego evitativo, este tipo de apego se relaciona con presentar una percepción negativa de la vida, y más conductas e ideas relacionadas con el suicidio (Cantón et al., 2010).

El *apego desorganizado* fue incorporado posteriormente por Main y Salomón, y se describe como un patrón de conductas desorientadas y desorganizadas, reflejadas por una gran inseguridad en el vínculo con la figura de apego. Los autores que describen este estilo de apego señalan que estos niños y niñas demuestran conductas sin una meta o fin específicos, y comportamientos inusuales y conflictivos: se muestran aprensivos, algunos congelan sus movimientos mientras manifiesta una expresión disociativa; otros lloran, se caen o se tapan la boca con las manos, dan vueltas en círculo y se dirigen hacia el cuidador,

se muestran desorientados, fríos, distantes y con una expresión facial de asombro cuando su madre los coge en brazos, no hacen contacto visual. Este tipo de apego se ha visto reflejado en niños y niñas que sufren maltrato por parte de sus padres o cuidadores (Main y Solomon, 1990 citado en Amar y Berdugo, 2006).

Es necesario mencionar que la literatura puede ser confusa respecto al nombre asignado a cada patrón de apego; si bien la mayoría de los expertos que trabajan el tema utilizan el nombre de los patrones descritos por Ainsworth (apego seguro e inseguro evitativo y ambivalente) y por Main y Salomon (apego desorganizado), existen otros autores como Bakermans-Kranenburg y Van IJzendoorn (2009), que utilizan términos como apegos preocupados, despreocupados y no resueltos, o Blanco y Higes (2019) que usan el nombre de apegos rechazantes y ansiosos. Sin embargo, estos términos hacen referencia a características similares de los estilos de apego inseguros.

Vínculos de Apego en la Edad Adulta

Durante la vida, cada persona va estableciendo un estilo propio para relacionarse con los demás dependiendo del ambiente en el que se encuentre y los roles que cada uno desempeñe (López, 2014). Estas relaciones son importantes porque la base del desarrollo socioafectivo se determina por la calidad de los vínculos afectivos que se construyen a partir de las primeras experiencias de apego en la infancia temprana. Son variados los autores y las posturas que afirman que los distintos modelos de apego construidos en la infancia servirán para predecir cómo se conformarán estos vínculos en la edad adulta y la calidad de los mismos (Santelices et al., 2009; Oliva, 2011). El proceso de apego no termina en la niñez, sino que forma la base para las relaciones afectivas a lo largo de la vida (Moneta, 2014).

La misma teoría del apego propuesta por Bowlby (1969), describe y conceptualiza la necesidad que los seres humanos tenemos de estrechar lazos afectivos con las personas, en la infancia especialmente entre el niño o niña y su cuidador principal. Esta tendencia puede observarse en las conductas que los infantes, después adultos, establecen para mantenerse próximos a la figura de apego en momentos de estrés; estas conductas, que son innatas y orientadas a la supervivencia, surgen a partir de representaciones mentales internas que Bowlby define como *modelos internos*. Estos modelos se conforman por los tres rasgos principales manifestados en el vínculo de apego: la base segura, que permite al niño explorar el entorno por sí mismo; la búsqueda de proximidad, cuando la figura de apego se aleja o existen situaciones de estrés o amenaza y; el refugio seguro, que ocurre cuando el infante vuelve a la figura de apego para buscar seguridad.

Estos modelos son representaciones que se tienen sobre sí mismo y sobre sí mismo interactuando con la figura de apego; influyen directamente en cómo el sujeto se siente con respecto a sus padres y consigo mismo, en cómo espera ser tratado, y cómo tratará a los demás en el futuro; se forman en los primeros años de vida y se trasladan a las nuevas relaciones que se forman durante el desarrollo del individuo (Bowlby, 1995).

Estos modelos son influenciados en gran medida por las respuestas afectivas y conductuales aprendidas en la infancia, mismas con que los adultos responden a las necesidades de sus propios hijos. Es decir, la manera en cómo estos adultos fueron tratados en su infancia por sus propios padres o cuidadores, es la forma en cómo se han desarrollado sus propios modelos internos. Si bien esos modelos tienden a ser estables a lo largo de la vida y a operar de manera inconsciente, estos pueden cambiar por diversas situaciones, por ejemplo, por experiencias de adversidad (Bowlby, 1995).

Conforme el niño y niña crecen van aumentando las relaciones interpersonales que establecen y es probable que los vínculos de apego cambien, desplazándose de los padres a algún amigo cercano o pareja sentimental; aun así, las conductas de apego no cambian y sus objetivos se encaminan también a buscar proximidad, seguridad y apoyo en la figura de apego, encontrando bienestar al estar cerca de ella o malestar si se está ausente (Bowlby, 1995; Simpson y Steven Rholes, 1998 citado en Casullo y Fernández, 2005).

Diversos estudios indican que el apego en la vida adulta puede sufrir modificaciones sobre todo en situaciones de cambio o al experimentar alguna adversidad (Santelices et al., 2009). Si bien esta tendencia afirma que existe cierta estabilidad de los patrones de apego desde la infancia a la vida adulta, estos pueden cambiar proporcionando mayor seguridad o mayor inseguridad. Experiencias en el afrontamiento de estresores, el temperamento, las estrategias para regular emociones, la calidad de las relaciones con iguales y la resiliencia, son fuerte influencia para que los modelos de apego de la infancia cambien en la vida adulta (Oliva, 2011).

A partir de la adolescencia se concreta el pensamiento formal (Allen, 2008 citado en Oliva, 2011), que proporcionará al sujeto la capacidad cognitiva para razonar con mayor complejidad sobre sus vínculos afectivos y sus relaciones de apego; es entonces cuando el sistema de apego se convierte en una reflexión de las experiencias de relaciones previas y que predecirá el comportamiento del adulto con su familia y fuera de ella. A largo plazo lo que determina la calidad de las relaciones sociales será la interpretación que cada uno realice sobre esas experiencias del pasado (Horno, 2014).

Medición del apego en la edad adulta

En la última década la investigación sobre el apego se ha extendido rápidamente y ha generado dos líneas de investigación: el sistema representacional y el sistema comportamental del apego; basadas en diferentes formas de conceptualizar y evaluar este constructo.

La línea representacional del apego surge con psicólogos del desarrollo como Ainsworth que observaba patrones de relación en diadas madre-hijo; más adelante, profesionistas de la psicología clínica diseñaron entrevistas orientadas a conocer el estado mental o el sistema representacional del apego en adultos (Main, Kaplan y Cassidy, 1985, citado en Martínez y Santelices, 2005). El Adult Attachment Interview (AAI) propuesto por George, Caplan y Main en 1985, es el principal instrumento usado para este objetivo. Se trata de una entrevista semiestructurada que evalúa la narrativa que los adultos hacen de sus relaciones con las figuras de apego en la infancia; clasifica el estado mental respecto al apego a partir de la evaluación del entrevistado, es decir, en valorar las relaciones tempranas y sus efectos (Hesse, 2008). Sus resultados se clasifican en cuatro categorías de apego que serían equivalentes a las propuestas por Ainsworth.

El apego seguro-autónomo está marcado por la facilidad y objetividad del sujeto al hablar de las experiencias relacionadas con el apego, mantiene un discurso coherente, da un valor positivo a estas experiencias y las considera importantes para su persona. En el apego evitativo o resistente, el sujeto muestra dificultad para recordar experiencias específicas de apego, en ocasiones se contradice en el discurso, tiende a minimizar la importancia de estas relaciones en su vida y las valora negativamente. Los sujetos con un apego preocupado mantienen un discurso marcado por explicaciones incoherentes y confusas sobre sus experiencias de apego, se muestran preocupados y temerosos, y tienden a exagerar la

importancia de estas experiencias en su vida (George, Kaplan y Main, 1985, citado en Feeney y Noller, 2001). Por último, en el apego desorganizado el discurso de los sujetos está marcado por gran desorganización, se observan grandes lapsos de razonamiento, un discurso de elogios, y en la entrevista se muestran signos de relaciones de apego conflictivas, desamparo o conductas impredecibles (Main, 1996, citado en Martínez y Santelices, 2005).

Por otro lado, la línea comportamental del apego adulto surge por los estudios de psicólogos sociales como Hazan y Shaver (1987, citado en Feeney y Noller, 2001) que presentan un análisis teórico del amor, las relaciones de pareja y el apego. Su principal propuesta es que el amor de pareja puede conceptualizarse como vínculos de apego, tal y como Bowlby (1969) los describió en infantes: como vínculos afectivos duraderos y relativamente estables en el tiempo, y con una carga emocional importante.

Estos autores sostienen que los estilos de apego en la infancia propuestos por Ainsworth, se manifiestan también en el amor de pareja adulto. Los adultos con un apego seguro se sienten tranquilos dependiendo afectivamente de sus parejas y sabiendo que sus parejas dependen de la misma manera de ellos. Los adultos con un apego evitativo o rechazante se muestran incómodos y poco confortables al tener relaciones cercanas y sobrevaloran su autonomía. Por último, los adultos con un apego preocupado son inseguros, débiles, ansiosos y excesivamente dependientes de sus relaciones afectivas (Hazan y Shaver, 1987, citado en Martínez y Santelices, 2005).

Otros de los teóricos más representativos del modelo comportamental del apego son Bartholomew y Horowitz (Bartholomew, 1990, citado en Camps et al., 2014) que proponen una clasificación de los modelos de apego en la adultez a partir de los modelos internos de Bowlby: el modelo interno de sí mismo (la percepción sobre sí) y el modelo interno sobre

los demás (la percepción sobre los demás). Esto proporciona una visión, que puede ser negativa o positiva, y que corresponde a cuatro estilos de apego (seguro, desvalorizado, preocupado y temeroso) medidos por el Peer Attachment Interview (Jiménez, 2018).

En el apego seguro predomina una valoración positiva sobre sí mismo, percibe a los demás como personas de confianza, sensibles y accesibles. Un apego evitativo, aunque se percibe de manera positiva a sí mismo, desconfía de los demás, tiende a evitar la intimidad y desconfía de las relaciones sociales; usa la distancia y su necesidad de independencia para protegerse. El apego preocupado y temeroso tiene una visión negativa de sí mismo; el apego preocupado tiende a devaluarse y a engrandecer a los demás, busca ser aprobado y valorado por otros, confía ciegamente y no ve los riesgos, es vulnerable a la soledad y tiende a presentar depresión; por otro lado, el apego temeroso se percibe a sí mismo y a los demás de forma negativa, se autodevalúa, se mantiene a la defensiva, en sus relaciones se muestra reservado, desconfía y tienen miedo a ser rechazado (Camps et al., 2014).

Hasta la fecha no existe suficiente evidencia para apoyar una u otra línea de investigación, probablemente porque ambas están conectadas. Tanto la categoría representacional como la comportamental se relacionan con la seguridad y las estrategias de regulación emocional y arrojan categorías o dimensiones similares a las identificadas en los primeros estudios hechos por Ainsworth y colaboradores en 1978 (Martínez y Santelices, 2005). En la tabla 1 se muestran las principales características de ambas líneas de investigación.

Tabla 1*Líneas de investigación sobre apego en adultos*

	Sistema representacional	Sistema comportamental
Origen	Psicología evolutiva: <ul style="list-style-type: none"> • Mary Ainsworth et al. (1978) • Mary Main y cols. (1985, 1990) 	Psicología social: <ul style="list-style-type: none"> • Hazan y Shaver (1987) • Bartholomew y Horowitz (1991)
Método de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios de autorreporte • Entrevistas
Foco de estudio	Estado mental sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Relación padres-hijo • Infancia Temprana • Perdidias o separaciones 	Sentimientos, conductas y cogniciones sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones de pareja • Relaciones interpersonales
Principales instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> • Adult Attachment Interview (AAI) • Attachment Style Interview (ASI) • CaMir (Pierrehumbert et al.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Adult Attachment Scale (AAS) • Relationship Scales Questionnaire (RSQ) • Peer Attachment Interview • Experiences in Close Relationship

Fuente: Martínez y Santelices (2005)

Sintomatología Internalizante y Externalizante (SIE)

Las alteraciones psicológicas en la infancia y adolescencia han sido estudiadas tradicionalmente desde dos clasificaciones básicas que enmarcan un conjunto de problemas psicológicos: los del comportamiento o externalizantes y de las emociones o internalizantes (Achenbach et al., 1987). Aunque la mayoría de la literatura en inglés y español utiliza el termino SIE para referirse a alteraciones ocurridas en estas etapas del desarrollo, en la juventud o adultez temprana este término conceptual sigue siendo usado para referirse al mismo tipo de alteraciones y conjunto de síntomas que cada una involucra.

Las alteraciones emocionales o sintomatología internalizante están relacionadas con inestabilidad anímica, alteraciones somáticas, inseguridad, obsesiones, nerviosismo, miedos, fobias, sentimientos de tristeza, inquietud, preocupación, culpabilidad, tensión, disforia, entre

otros (Hudziak et al., 2004). Estas alteraciones se desarrollan y mantienen en el interior de la persona, a veces llamada “enfermedad secreta”, pues no es fácilmente identificada por las demás personas (Tandon et al., 2009).

Por otro lado, las alteraciones en el comportamiento o sintomatología externalizante son aquellas conductas que se manifiestan en el sujeto y pueden ser observables y objetivas, además de que se proyectan hacia el ambiente. Se encuentran las conductas delictivas: no sentir culpa tras hacer algo que está mal, decir mentiras, robar, abusar de sustancias nocivas, tener “malas compañías”, etc.; y las conductas agresivas: es destructivo con sus cosas o las de los demás, discute mucho, es cruel, desobedece, es celoso, pelea frecuentemente, se desborda en ira, grita mucho, es inestable emocionalmente, es temperamental, requiere mucha atención, etc. (Hudziak et al., 2004). Estas conductas afectan gravemente la convivencia social y son el resultado de dificultades en la regulación y expresión conductual de emociones (Lozano y Lozano, 2017).

El hecho de presentar sintomatología de algún tipo no significa quedar exento de manifestar otro tipo de sintomatología, de hecho, hay autores que defienden la existencia de categorías mixtas debido a la alta comorbilidad entre trastornos (López et al., 2010). Según una revisión de estudios epidemiológicos longitudinales de los últimos 15 años realizados por Costello et al. (2011), a medida que se va avanzando por etapas vitales del desarrollo la prevalencia de sufrir depresión y ansiedad incrementa. Sufrir problemas internalizantes en la infancia puede desembocar en sufrir trastornos de conducta a largo plazo; por otro lado, presentar trastornos externalizantes y vivir en algún momento experiencias adversas, puede desencadenar estrés postraumático.

Diferencias de Género en SIE

Existen diversos estudios que señalan diferencias significativas relacionadas con el género y los problemas psicológicos en la infancia y adolescencia. En la mayoría de los casos las niñas o adolescentes presentan más síntomas y conductas de tipo internalizante, mientras que los niños o adolescentes varones manifiestan más conductas de tipo externalizante (Hewitt, 2015; Maestre et al., 2006).

Alarcón y Bárrig (2015) realizaron un estudio con 298 estudiantes adolescentes de secundaria de ambos sexos, con el fin de conocer las conductas internalizantes y externalizantes y diferencias de género. Encontraron diferencias significativas, las mujeres puntuaron más alto en síntomas relacionados con depresión, quejas somáticas y conductas internalizantes, mientras los hombres puntuaron más alto en rompimiento de reglas y conductas externalizantes.

Resultados similares son los obtenidos por Peris et al. (2018) que expresan una asociación entre género y psicopatología en niños y niñas preescolares, donde las conductas externalizantes se presentan principalmente en niños y comienzan su curso en la niñez, mientras que las conductas internalizantes aparecen más frecuentemente en niñas.

En un estudio con menores tutelados que sufrieron maltrato intrafamiliar donde se evalúa la prevalencia de indicadores psicopatológicos, se encontró un nivel alto de sensibilidad a la ansiedad, sintomatología depresiva (especialmente síntomas disfóricos) y un nivel importante de ira. Las niñas parecen mostrar un mejor control y manejo de las reacciones de ira a comparación de los niños (López et al., 2012).

Estudios más amplios como el de Verhulst et al. (2003) que compararon muestras de adolescentes de siete países, encontraron puntuaciones más altas en ansiedad-depresión, problemas somáticos, problemas de pensamiento y retraimiento en mujeres; mientras que en los hombres se encontraron mayores niveles de conductas externalizantes.

Factores de Riesgo para Desarrollar SIE

Los efectos acumulativos de sufrir maltrato infantil y en general, algún tipo de EAI provoca una serie de problemas psicológicos, emocionales y conductuales.

En un análisis de la literatura, Ocampo et al. (2020) señalaron que el hecho de crecer en condiciones de adversidad social donde predomina la pobreza, el abandono, la negligencia, el maltrato físico, psicológico y el abuso sexual, se considera un alto factor de riesgo para presentar alteraciones en el desarrollo cognitivo, afectando la capacidad de regulación emocional y conductual, que a su vez provoca SIE.

Miranda et al. (2011) examinaron los efectos del abuso ejercido hacia la madre, en los hijos. Con una muestra de 547 niños, niñas y adolescentes, encontraron que los menores cuyas madres sufrieron maltrato en la infancia y fueron testigos de ello, así como violencia de pareja, presentaban más trastornos disruptivos y comportamiento externalizante. Aquellos niños y niñas que fueron testigos de maltrato físico hacia la madre, y además sufrieron castigos físicos, manifestaron un aumento de síntomas internalizantes.

Owen et al. (2009) afirmaron que la angustia psicológica de las madres se relaciona con el ajuste psicológico de sus hijos, específicamente en problemas internalizantes y externalizantes. En este sentido, la combinación de experimentar maltrato infantil y ser testigo de violencia de género en los padres, aumenta el riesgo de presentar SIE, esto ocurre

por la “doble exposición”, que también predice el agravamiento de la sintomatología (Moylan et al., 2010).

Siguiendo esta línea, Peris et al. (2018) analizaron el tipo de prácticas parentales y el nivel socioeconómico y la presencia de SIE. Encontraron que a menor nivel socioeconómico mayor presencia de prácticas parentales negativas (inconsistentes y castigadoras) y a su vez, mayor presencia de sintomatología internalizante y externalizante en los hijos.

Consecuencias Asociadas a la SIE en la Infancia y Adolescencia

A continuación, se expondrán los resultados de diversas investigaciones que abordan las consecuencias asociadas a presentar SIE en la infancia, en la adolescencia y en la adultez temprana.

La sintomatología internalizante está relacionada con diversas problemáticas: favorece el desarrollo de trastornos de conducta y predice el desarrollo de trastornos externalizantes a largo plazo, problemas de relación social, disminución de la autoestima. La prevalencia de depresión y ansiedad aumenta con los años y provoca mayor ideación e intencionalidad suicida, desencadena miedos específicos y problemas de aprendizaje (Lozano y Lozano, 2017). La sintomatología internalizante se considera un factor de riesgo para desarrollar trastorno de estrés postraumático al sufrir también situaciones adversas (Saigh et al. 2002 citado en Venegas, 2015).

En relación con las conductas de externalización, éstas se consideran indicadores tempranos de conductas antisociales, asociadas con la presencia a largo plazo de trastornos disociales, negativistas, desafiantes y antisocial de la personalidad (Lambert et al., 2001). Niños o niñas que presentan este tipo de sintomatología expresan no tener la capacidad para

regular su comportamiento y emociones, mostrándose agresivos la mayor parte del tiempo (Venegas, 2015).

Navarro et al. (2012) indagaron en qué medida el rendimiento académico está relacionado con la presencia de SIE. Evaluaron a 87 niños y niñas de entre 10 y 12 años. La sintomatología externalizante se presenta en 3% de los casos; entre estas, las conductas delictivas están relacionadas con un bajo rendimiento académico, a su vez, la sintomatología externalizante aumenta en relación al fracaso escolar. Según los autores, las conductas delictivas son las que tienen un papel más determinante en la consecución de un nivel académico aceptable.

En estudios como el de Salavera y Usán (2019) evaluaron una muestra de 1402 estudiantes de secundaria para analizar la relación entre SIE y autoeficacia. Se encontró que los problemas internalizantes (obsesión, depresión y compulsión) en los hombres y la depresión y ansiedad en el caso de las mujeres, fueron predictores de la autoeficacia. Una mayor presencia de síntomas internalizantes conlleva una menor autoeficacia en los estudiantes de secundaria.

Entre las consecuencias a largo plazo, estudios indican una asociación significativa entre las dimensiones de sintomatología externalizante en la infancia y los rasgos de personalidad en la vida adulta. Con base en los resultados de Sampaio y Flores (2018), se generó la hipótesis de que los individuos con dificultades para inhibir pensamientos distractores, el olvido y la desorganización, presentan baja disciplina y desorganización en la edad adulta. Aquellos con comportamientos elevados en hiperactividad, impulsividad y comportamiento antisocial se podrían mostrar como poco amables, insensibles, manipuladores y preocupados por sus propios intereses al llegar a la adultez. Estos

comportamientos también se consideran factores de riesgo para presentar personalidad antisocial.

Antecedentes

Existen algunas investigaciones que establecen la relación entre las EAI y los estilos de apego en la vida adulta y la presencia de SIE, la mayoría coinciden en las consecuencias que las EAI ocasionan en la calidad de los vínculos afectivos y la presencia de psicopatología en la edad adulta. A continuación, se expondrán algunas de las investigaciones que abordan estos resultados.

Cocoran y McNulty (2018) encontraron en estudiantes universitarios que el 67% habían experimentado al menos una EAI y que estas se relacionaban positivamente con los síntomas de angustia, el apego ansioso y evitativo en la vida adulta y negativamente con el nivel de bienestar subjetivo a largo plazo. Por otro lado, Blanco y Higes (2019) en un estudio encontraron que, por ejemplo, la privación emocional se correlaciona con un apego ansioso, y que el trastorno mental más influenciado por las experiencias traumáticas es el trastorno psicótico. El estudio demuestra que experimentar adversidad en la infancia influye en la presencia de un apego inseguro, y que estas dos variables juntas presuponen un factor de riesgo para presentar psicopatología en la edad adulta.

Corral (2017) analizó la relación entre las experiencias tempranas de trauma infantil y el comportamiento de riesgo suicida en un grupo de adolescentes de 13 a 18 años de edad a través del Cuestionario de Experiencias Adversas para medir EAI y el ASA para evaluar estilos de apego. Encontró que las experiencias de trauma en la infancia que incluyen factores relacionados con aspectos personales, sociales y familiares se asocian con comportamientos

autolesivos en la adolescencia. El factor de riesgo más importante para este grupo fue la toxicidad familiar, relacionada con conductas de violencia, maltrato psicológico, físico y negligencia. Estos factores fueron la base de la formación de un apego inseguro en los participantes.

Pérez (2016), estudió la frecuencia de exposición infantil a violencia doméstica en una muestra de 925 sujetos y la relación de esta con sintomatología internalizante y externalizante. Encontró que la violencia doméstica aparece estrechamente relacionada con el desarrollo de sintomatología internalizante (depresión, ansiedad, aislamiento y somatización) y externalizante (conductas agresivas y anormativas). Ser mujer, tener una familia reconstituida y con un nivel socioeconómico bajo son variables que aumentan la vulnerabilidad a exposición de violencia de este tipo. A mayor exposición a violencia familiar, mayor índice de psicopatología.

Un antecedente de la presente investigación, realizado por el mismo grupo de trabajo es el de De Anda et al. (2021) cuyo objetivo fue explorar la presencia de EAI y su relación con sintomatología depresiva y consumo de sustancias en una muestra de 317 adolescentes mexicanos. Los datos mostraron que el número de EAI se encuentra relacionado a la presencia de sintomatología depresiva y consumo de sustancias en los adolescentes; el 76.1% de los sujetos han experimentado cuatro o más EAI antes de los 15 años; la omisión de cuidados, entendida como la percepción de algún tipo de descuido o desatención, así como falta de apoyo hacia sus necesidades físicas y emocionales fue presentada por el 87.1% de los encuestados (88.8% hombres y 85.8% mujeres), y la violencia intrafamiliar reportada por el 70.7% de los jóvenes (62.2% hombres y 73.3% mujeres); estas fueron las EAI con mayor frecuencia en esta población. El 17% de los sujetos presentaron síntomas depresivos

en las últimas dos semanas al día de la aplicación del instrumento y son las mujeres las que más reportan estos datos. Por último, el 77.3% consume o consumió alguna vez alcohol, tabaco o algún tipo de droga.

Planteamiento del Problema

Las EAI se definen como un conjunto de experiencias traumáticas sufridas antes de los 18 años de edad que pueden ocasionar altos niveles de estrés (Centers for Disease Control and Prevention, 2019). Esto ocasiona un conjunto de consecuencias en la salud mental y física en la persona. Desde afectaciones en el desarrollo del sistema nervioso central, mayor predisposición a padecer enfermedades crónicas en la vida adulta y presentar psicopatología a lo largo de la vida.

Por otro lado, el apego es el vínculo emocional y afectivo que se establece con los padres o cuidadores en los primeros meses de vida en los que el bebé se siente seguro y receptivo a las manifestaciones de afecto de sus padres y de las cuales teme separarse (Bowlby, 1969; Cantón y Cortés, 2014), este vínculo le brinda protección, seguridad, calidez, confianza y cariño, necesidades básicas para su sano desarrollo. El proceso de apego no termina en la niñez, sino que forma la base para las relaciones afectivas a lo largo de la vida (Moneta, 2014). Son variados los autores y las posturas que afirman que los distintos modelos de apego construidos en la infancia servirán para predecir cómo se conformarán estos vínculos en la edad adulta y la calidad de estos (Santelices et al., 2009; Oliva, 2011). Estas relaciones primarias serán la base del desarrollo socioafectivo y de la personalidad en la edad adulta (Bowlby, 1969). Los primeros investigadores de apego, como Bowlby y Ainsworth, establecieron cuatro patrones de apego a partir de una situación de laboratorio llamada la

situación extraña: el apego seguro, el apego inseguro ambivalente y el inseguro evitativo y el apego desorganizado. Las características de una persona con apego seguro son las que se correlacionan según diversos estudios con la salud mental, desarrollo socioemocional y de la personalidad adecuados, así como con pocas probabilidades de presentar psicopatología a lo largo de la vida. Los otros estilos de apego, en cambio, se relacionan con distintas consecuencias en la salud mental y en la calidad de vida.

Por su parte, la SIE es una de las clasificaciones básicas que enmarcan un conjunto de problemas psicológicos (Achenbach et al., 1987). La sintomatología internalizante hace referencia a un conjunto de alteraciones no externalizadas al ambiente, principalmente alteraciones emocionales como inestabilidad del estado de ánimo, alteraciones somáticas, inseguridad, obsesiones, nerviosismo, miedos, fobias, sentimientos de tristeza, inquietud, preocupación, culpabilidad, tensión, disforia, entre otros. La sintomatología externalizante incluye aquellas conductas que se manifiestan en el sujeto y pueden ser observables y objetivas, además de que se proyectan hacia el ambiente; por ejemplo, conductas delictivas como no sentir culpa tras hacer algo que está mal, mentir, robar, abusar de sustancias nocivas, y conductas agresivas como ser destructivo con las propias cosas o las de los demás, discutir mucho, ser cruel, desbordarse en ira, etc. (Hudziak et al., 2004).

Vivir una EAI es un factor de riesgo que afecta la trayectoria normal del desarrollo, impactando en los mecanismos de regulación y la capacidad de afrontar de manera flexible situaciones adversas (Taylor, 2010). Las EAI también pueden estar relacionadas con los modelos de apego, mismos que pueden jugar un papel protector o ser un factor de riesgo, ya que pueden verse afectados por este tipo de experiencias, sobre todo en las relacionadas al

contexto familiar. Además, tanto los estilos de apego inseguros como las EAI parecen estar relacionadas con la presencia de SIE en la adolescencia y adultez.

Existen estudios que relacionan algunos tipos específicos de EAI con el estilo de apego y/o con algunas psicopatologías. Sin embargo, en nuestra búsqueda no hemos encontrado investigaciones que hayan explorado todas las EAI y la relación que guardan con el estilo de apego adulto o con la SIE de los adultos jóvenes. Es por estas razones que el presente estudio pretende indagar el número y la frecuencia de EAI, y conocer si existe relación con los estilos de apego y la SIE.

Justificación

Las EAI impactan gravemente la calidad de vida de quien las ha padecido, estudios muestran que la exposición a este tipo de experiencias se asocia con mayor riesgo de sufrir problemas de salud física y mental a lo largo de la vida. Sin embargo, vivenciar una EAI se ha vuelto cada vez más común, y sus efectos pueden acumularse con el tiempo y volverse más graves. Cifras expuestas por los CDCs de Estados Unidos informan que para el 2019 al menos el 61% de los adultos había sufrido al menos una EAI y el 16% experimentó cuatro o más tipos de EAI. De ellos, las mujeres y los grupos minoritarios étnicos/raciales presentan un mayor riesgo de sufrir más de cuatro EAI (Centers for Disease Control and Prevention, 2019).

Al menos cinco de las 10 principales causas de muerte en el mundo están asociadas con EAI; sin embargo, los efectos negativos de las EAI son prevenibles si se detectan a tiempo y si se interviene de manera adecuada. Estimaciones realizadas por los CDCs revelan

que se pueden reducir considerablemente los resultados negativos en la salud física a largo plazo con la prevención de las EAI (Centers for Disease Control and Prevention, 2019).

En México, las cifras en salud mental son cada vez más alarmantes y aumentan con los años. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora et al., 2003), reporta que los principales trastornos mentales en el país son el uso de sustancias (9.2%), con mayor ocurrencia en hombres; y los trastornos afectivos (9.1%) con mayor ocurrencia en mujeres. En 2012, el 19% de los estudiantes de la Ciudad de México presentó síntomas depresivos, siendo las mujeres (24.7%) más afectadas que los hombres (13.5%) (Fleiz, et al., 2013).

Para el 2016, el consumo de tabaco en niños y adolescentes mexicanos fue del 30,4% y la edad media de inicio fue de 13.4 años; el 53,2% ha bebido alcohol y el 14,5% ha bebido en exceso. La prevalencia de consumo de drogas es del 17,2% y las drogas más utilizadas son la marihuana (10,6%), seguida de los inhalantes (5,8%) y la cocaína (3,3%) (Villatoro et al., 2016).

Los últimos datos reportados por el INEGI (2017) exponen resultados similares para la población mexicana. El 32.5% de los sujetos entrevistados mayores de 12 años expresaron haber tenido sentimientos de depresión, y se reportaron 7,223 suicidios solamente en el año pasado (INEGI, 2020).

Estudios realizados con adolescentes de San Juan del Río exponen igualmente datos alarmantes: el 76.1% de los sujetos han experimentado cuatro o más EAI antes de los 15 años, el 70.7% de los adolescentes han sufrido violencia intrafamiliar, el 17% presentaron

síntomas depresivos y el 77.3% consume o consumió alguna vez alcohol, tabaco o algún tipo de drogas (De Anda et al, 2021).

En el contexto nacional, estatal y regional existen pocos estudios sobre EAI, los estilos de apego y la SIE en adultos jóvenes; de hecho, existen escasos reportes a nivel nacional de las cifras de maltrato infantil y sobre todo las que pudieran estar relacionadas con un apego inseguro o vínculos afectivos tempranos, como es el caso de la negligencia.

A pesar de conocerse esta problemática, la investigación regional y nacional de este fenómeno en esta población es escasa e insuficiente, y por ello las tareas de prevención y control son tareas pendientes. Sería muy positivo que se incentivara el estudio de las EAI, el apego y la SIE en jóvenes y adolescentes de nuestro país para construir conocimientos adecuados de los mismos, permitir su prevención y control y potenciar la intervención que aumente la calidad de vida, el bienestar y la salud mental de la población.

Preguntas de Investigación

Pregunta General

¿Existe relación entre las EAI y, el estilo de apego y la SIE que se manifiesta en adultos jóvenes?

Preguntas Específicas

¿Qué proporción de adultos jóvenes presentan EAI?

¿Cuáles son los tipos de EAI que más se presentan en los adultos jóvenes?

¿Qué estilo de apego predomina en los adultos jóvenes?

¿Qué proporción de adultos jóvenes presentan SIE?

¿Existe relación entre el número y la frecuencia EAI y el estilo de apego que se manifiesta en los adultos jóvenes?

¿Existe relación entre el número y la frecuencia de EAI y la SIE en los adultos jóvenes?

Hipótesis

General

- Existe relación entre las EAI y, el estilo de apego y la SIE en adultos jóvenes.

Específicas

- Existe una relación positiva entre el número y la frecuencia de EAI y algún estilo de apego inseguro.
- Existe una relación positiva entre el número y la frecuencia de EAI y la SIE.

Objetivo General

Conocer si existe relación entre las EAI y, los estilos de apego y la SIE en adultos jóvenes.

Objetivos específicos

- Medir el número y la frecuencia de EAI en un grupo de adultos jóvenes.
- Describir los tipos de EAI que se presentan en los adultos jóvenes.
- Describir el estilo de apego y la SIE en un grupo de adultos jóvenes.
- Conocer la relación entre el número, la frecuencia y el tipo de EAI y el estilo de apego en un grupo de adultos jóvenes.
- Conocer la relación entre el número, la frecuencia y el tipo de EAI y la SIE en un grupo de jóvenes adultos.

Método

Tipo de Estudio

El enfoque de la presente investigación es de tipo cuantitativo, de diseño no experimental y alcance correlacional.

Tipo de Muestra

La muestra será de tipo no probabilístico por conglomerados.

Variables

Variable independiente: Experiencias Adversas en la Infancia

Variables dependientes: Estilos de apego y Sintomatología Internalizante y Externalizante (ver tabla 2 y 3).

Tabla 2

Variables y unidad de análisis

Unidad de análisis	Adultos jóvenes de entre 18 y 23 años de edad		
Variables	Número de EAI	Estilos de apego	SIE
	Tipos de EAI		
	Frecuencia de EAI		
Definición de variables	Las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) se definen como un conjunto de experiencias traumáticas sufridas durante la infancia que pueden ocasionar altos niveles de estrés (Felitti et al., 1998).	El apego es el vínculo emocional que se establece entre el niño/a y su/s padres o cuidador/es principal/es en los primeros meses de vida, en el cual se siente seguro y receptivo a las manifestaciones de afecto y de los que teme separarse	La SIE es una de las clasificaciones básicas que enmarcan un conjunto de problemas psicológicos (Achenbach et al., 1987). La sintomatología internalizante hace referencia a alteraciones emocionales como inestabilidad del estado de ánimo, alteraciones somáticas, inseguridad, obsesiones, nerviosismo, miedos, etc. La sintomatología externalizante son aquellas conductas que se manifiestan en el sujeto y pueden

		(Cantón y Cortés, 2014). Se describen 3 principales estilos o patrones de apego: apego seguro, apego inseguro evitativo y apego inseguro ambivalente (Ainsworth et al., 1978).	ser observables y objetivas, además que se proyectan hacia el ambiente; por ejemplo, conductas delictivas como no sentir culpa tras hacer algo que está mal, mentir, robar, abusar de sustancias nocivas, y conductas agresivas como ser destructivo con las propias cosas o las de los demás, discutir mucho, ser cruel, desbordarse en ira, etc. (Hudziak et al., 2004).
Valores	Número de EAI de cada sujeto, tipos de EAI y frecuencia de EAI	Apego seguro, inseguro ambivalente o inseguro evitativo	Niveles de sintomatología internalizante y sintomatología externalizante
	Número de EAI: nivel de medición de razón	Nivel de medición nominal	Nivel de medición ordinal
	Tipos de EAI: nivel de medición nominal		
	Frecuencia de EAI: nivel de medición ordinal		
Indicador	Adverse Childhood Experiences (ACE)	CAMir-R	Adult Self Report (ASR)

Definición operacional de las variables

Tabla 3

Definición operacional de las variables

Variable	Definición operacional
EAI	Adaptación del Adverse Childhood Experiences (ACE), instrumento autoaplicable que consta de 34 ítems con preguntas de escala tipo Likert (4= muy frecuentemente, 3= frecuentemente, 2=algunas veces, 1=casi nunca, 0= nunca), por medio del cual obtendremos el número, la frecuencia y el tipo de EAI. En total se evalúan trece EAI.

Número de EAI	Para obtenerlo se considerará cualquier respuesta positiva, es decir, por arriba de 0, que indique que cualquiera de las trece EAI exploradas fueron experimentadas por el sujeto; y a su vez este valor será sumativo para obtener el número total de EAI.
Tipo de EAI	Cualquier respuesta positiva (por arriba de 0) que corresponda a cualquiera de las trece EAI que se indagan en el cuestionario: negligencia; muerte de un familiar cercano; consumo de sustancias en el hogar; antecedentes de tener un familiar en prisión o con cargos penales; con una enfermedad mental; violencia intrafamiliar; abuso físico, psicológico y sexual; bullying; violencia comunitaria y violencia colectiva.
Frecuencia de EAI	Para identificar la intensidad con que se experimentó cada EAI, se considerará cualquier respuesta por arriba de 0 que indique si la EAI se experimentó muy frecuentemente (4), frecuentemente (3), algunas veces (2) y casi nunca (1). Este procedimiento se realizará para todas las EAI vivenciadas y a su vez estas serán sumativas.
Estilo de apego adulto	<p>CaMir-R, escala de 32 ítems con una escala tipo Likert de 5 puntos (1= totalmente en desacuerdo, 5 = totalmente de acuerdo), con el que se obtendrá un estilo de apego predominante.</p> <p>Las dimensiones que componen el CaMir-R son: Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego (ítems 3, 6, 7, 11, 13, 21, 30), Preocupación familiar (ítems 12, 14, 18, 26, 31, 32), Interferencia de los padres (4, 20, 25, 27), Valor de la autoridad de los padres (ítems 5, 19, 29), Permisividad parental (ítems 2, 15, 22), Autosuficiencia y rencor contra los padres (ítems 8, 9, 16, 24) y traumatismo infantil (ítems 1, 10, 17, 23, 28).</p> <p>Para obtener estos resultados, primero se considerarán las puntuaciones T de cada una de las dimensiones: si la puntuación T de corte es de 50 o más en la dimensión <i>Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego</i>, el estilo de apego es seguro. Si es inferior a 50, se considerará un estilo de apego inseguro. Para determinar el tipo de apego inseguro (evitativo o preocupado), se tomarán en cuenta en cuáles dimensiones presenta puntuaciones mayores, si en las dimensiones de preocupación (<i>Preocupación familiar o Interferencia de los padres</i>) o en la de evitación (<i>Autosuficiencia y rencor contra los padres</i>).</p>

Aunque el CaMir-R no evalúa el apego desorganizado, una puntuación T por arriba de 50 en la dimensión de *Traumatismo infantil*, sugiere que el sujeto presenta indicadores de este tipo de apego.

SIE Adaptación al español del Adult Self Report (ASR), cuestionario autoadministrable de 70 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), Retraimiento (ítems 25, 30, 42, 48, 60, 65, 67, 69, 111) y Quejas somáticas (ítems 51, 54, 56a, 56b, 56c, 56d, 56e, 56f, 56g, 56h, 56i, 100). Por otro lado, la sintomatología externalizante está conformada por los síndromes Conducta agresiva (ítems 3, 5, 16, 28, 37, 55, 57, 58, 81, 85, 87, 95, 97, 116, 118), Conducta de romper normas (ítems 6, 20, 23, 26, 39, 41, 43, 76, 82, 90, 92, 114, 117, 122) e Intrusismo (ítems 7, 19, 74, 93, 94, 104).

Instrumentos

En la Tabla 4 se describen los instrumentos utilizados: autor, año, constructo que evalúan y los valores de confiabilidad reportados por los autores.

Tabla 4

Características psicométricas de los instrumentos

Nombre	Autor	Año	Constructo que evalúa	Valores de validez y confiabilidad
Adaptación del Adverse Childhood Experiences (ACE)	Centros para el Control y Prevención de	2014	Cuestionario auto aplicable utilizado para estudiar la relación entre las EAI y el deterioro de la salud y la calidad de vida a largo plazo.	Se encuentra en proceso de evaluación sobre su validez y confiabilidad; estudios como el de Kazeem (2015) y el de Meinck et al. (2017) reportan una

	Enfermedades (CDCs), publicado por la OMS.		Las EAI que indaga son: negligencia; muerte de un familiar cercano; consumo de sustancias en el hogar; antecedentes de tener un familiar en prisión o con cargos penales; con una enfermedad mental; violencia intrafamiliar; abuso físico, psicológico y sexual; bullying; violencia comunitaria y violencia colectiva.	consistencia interna de 0.80, considerada un valor adecuado.
CaMir-R	Balluerka et al.	2011	Cuestionario que mide las representaciones de apego y la concepción del funcionamiento familiar en la adolescencia y principio de la edad adulta. Brinda las dimensiones de apego que permiten conocer las características de las representaciones de apego del sujeto, además algunas de estas dimensiones permiten estimar el estilo de apego de la persona (seguro, evitativo y preocupado).	Reporta una consistencia interna que oscila entre 0,60 y 0,85, lo que se puede considerar como un valor aceptable para sub escalas menores de 8 ítems (Lacasa y Muela, 2014)
Adult Self Report (ASR)	Achenbach y Rescorla	2003	Cuestionario autoadministrable para adultos de entre 18 y 59 años, basado en el modelo de clasificación de psicopatología por síndromes. Consta de cuatro escalas: escala de síndromes internalizantes y externalizantes, escala de funcionamiento adaptativo y escala de uso de sustancias.	Presenta una buena consistencia interna en la mayoría de las escalas, con coeficientes alfa de 0,83 y una fiabilidad test-retest a una semana de $r=0,80$ y $0,90$, valores considerados adecuados. La validez de contenido, de criterio y de constructo es buena.

Procedimiento y Plan de Análisis de Resultados

Para acceder a la población objetivo, se establecieron acuerdos de colaboración con el Servicio Universitario de Salud (SUSALUD) de la Universidad Autónoma de Querétaro perteneciente a la Secretaría de Vinculación y Servicios Universitarios, encargado de

desarrollar los exámenes clínicos integrales a los alumnos y alumnas de nuevo ingreso, que por única ocasión, fueron realizados a los estudiantes de segundo semestre (ingreso en 2021-2), en interés de reducir la brecha de observación suscitada tras 24 meses de contingencia sanitaria.

Inicialmente los alumnos fueron convocados en las fechas y horarios especificados para cada facultad para la examinación clínica integral. En la plataforma utilizada por SUSALUD se incluyó de forma definitiva el Adult Self Report; también se incluyó un hipervínculo que conducirá a los alumnos al formulario digital que contiene los dos instrumentos restantes que conforman nuestra investigación, el Adverse Childhood Experiences y CaMir-R. Desafortunadamente la colaboración con SUSALUD no logró darnos acceso a los datos obtenidos debido a dificultades técnicas externas propias del programa, por lo que se decidió con apoyo del equipo de investigación aplicar los tres instrumentos mencionados en la Facultad de Psicología de la UAQ.

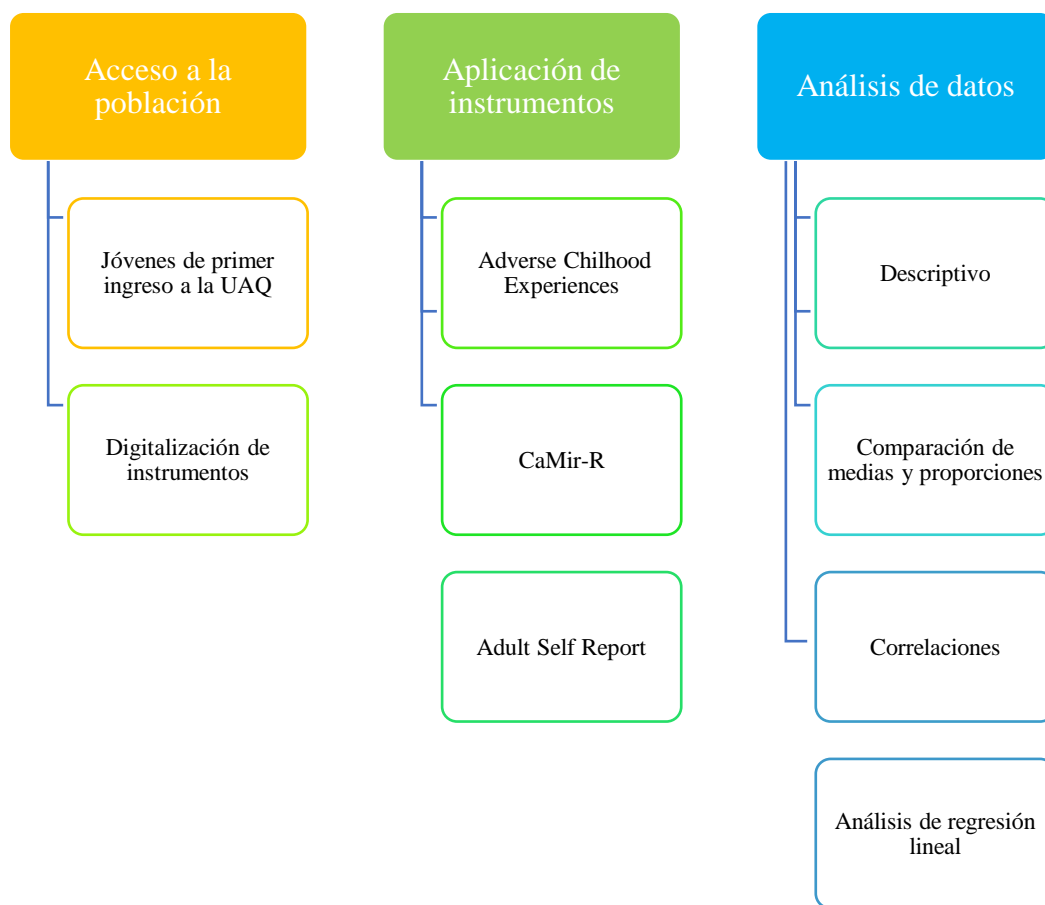
En la figura 1 se muestra el procedimiento que se planeó llevar a cabo y que constaría de tres etapas: el acceso a la población, la aplicación digital de los instrumentos y el análisis de los datos. En la última etapa de análisis de datos, se depuró la base obtenida de la plataforma, se calificaron cada uno de los instrumentos y se analizaron con el apoyo de algunos programas estadísticos, entre ellos Excel y SPSS 26. Después, se describieron los datos estadísticos básicos (media, mediana, moda, desviación estándar, frecuencias, proporciones, etc.) que nos permitieron tener un panorama general acerca de nuestra población con respecto a nuestras variables.

Después se pasó a los análisis inferenciales para conocer las distribuciones de la muestra. Se realizaron comparaciones entre ambos sexos, se contrastaron medias a través del

estadístico z o t (dependiendo de la distribución de los datos) y se compararon proporciones. En todos los casos el nivel de significancia fue de $\alpha= 0.05$. Con la prueba de Pearson se obtuvieron los análisis de correlaciones que nos permitieron aceptar o rechazar la hipótesis nula, y establecer si existe relación entre el número y la frecuencia de las EAI, los estilos de apego y la SIE y si esta relación es positiva. El análisis de regresión lineal permitió predecir el valor de nuestra variable independiente (tipo de EAI) sobre nuestras variables dependientes (apego y SIE), esto permitió comprender y predecir el comportamiento de los diferentes tipos de EAI que se evaluaron sobre los estilos de apego y los índices de SIE.

Figura 1

Descripción del procedimiento



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 nulos 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 fue de forma online, los participantes que decidieron participar en el estudio lo hicieron por medio de una plataforma digital, en la que, primeramente, fueron informados acerca de los objetivos y fines de la investigación, se les pidió su consentimiento para participar con la finalidad de avalar que su participación fue responsable, consciente, informada y libre. El investigador asume 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 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, y conforme al principio de justicia, se les dio a los sujetos el trato merecido, no se les negó información o impuso alguna responsabilidad u obligación indebida.

Resultados

Resultados del Pilotaje

Los resultados presentados a continuación se desprenden del análisis de datos del pilotaje.

Distribución sociodemográfica de la muestra

La muestra obtenida para el pilotaje de los instrumentos se conformó de 75 alumnos que cursaban la licenciatura en psicología en la Universidad Autónoma de Baja California. El 72.6% fueron mujeres y el 17.3% hombres. La edad promedio fue de 21.5 con una desviación estándar de ± 1.91 años. El 72% de los jóvenes se dedica solamente a estudiar y el 28 % a estudiar y trabajar.

En relación con el estado civil, el 93.3% está soltero y 6.6% se encuentran viviendo en unión libre o están casados. El total de los participantes reside en el estado de Baja California Norte; el 96% no tiene hijos y el 4% ya es padre o madre; por último, ninguno de los jóvenes (0%) pertenece a algún grupo indígena.

Análisis de la consistencia interna de los instrumentos

Se obtuvieron datos sobre la consistencia interna de los instrumentos con la muestra estudiada, a través del Alpha de Cronbach. Para el Adverse Childhood Experiences, se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.60, un valor que puede considerarse bajo, sin embargo, la muestra es pequeña por lo que esto influye en los valores obtenidos. Se calculó la consistencia interna por subescalas para este cuestionario: para la subescala de Negligencia Infantil se obtuvo un Alpha de 0.80; para Abuso Infantil (físico, psicológico y sexual) un valor de 0.77; para las EAI relacionadas con el Ambiente Familiar un valor de 0.72; y para

Violencia en la Comunidad un Alpha de 0.69. Estos valores se pueden considerar como suficientes.

Para el CaMir-R se obtuvo un Alpha de Cronbach de .70, un valor suficiente para consistencia interna. Para las subescalas que conforman el cuestionario, se obtuvo un Alpha de 0.89 para la dimensión de Seguridad; para la dimensión de Traumatismo un valor de 0.80; para Autosuficiencia 0.70; para la dimensión de Interferencia un valor de 0.67 y para la dimensión de Preocupación un Alpha de -0.143 (cabe mencionar que esta dimensión solo está compuesta por 3 ítems). Pueden considerarse suficientes y buenos los valores obtenidos en la mayoría de las subescalas.

Por último, para el Adult Self Report, se obtuvo un Alpha de 0.94, un valor bastante bueno de consistencia interna. Para la sintomatología Internalizante se obtuvo un valor de 0.92 y para la sintomatología externalizante 0.89, ambos valores considerados como buenos. En el caso de las subescalas que conforman las sintomatologías, se obtuvieron los siguientes valores: Depresivo ansioso 0.89; Retraimiento 0.80; Quejas somáticas 0.83; Conducta Agresiva 0.85; Conducta de Romper de Normas 0.73 e Intrusismo 0.61. Los valores para las subescalas también pueden considerarse buenos.

Finalmente, se obtuvo un Alpha general de 0.90, un valor adecuado para las tres escalas medidas en conjunto.

Panorama general de las Experiencias Adversas en la Infancia

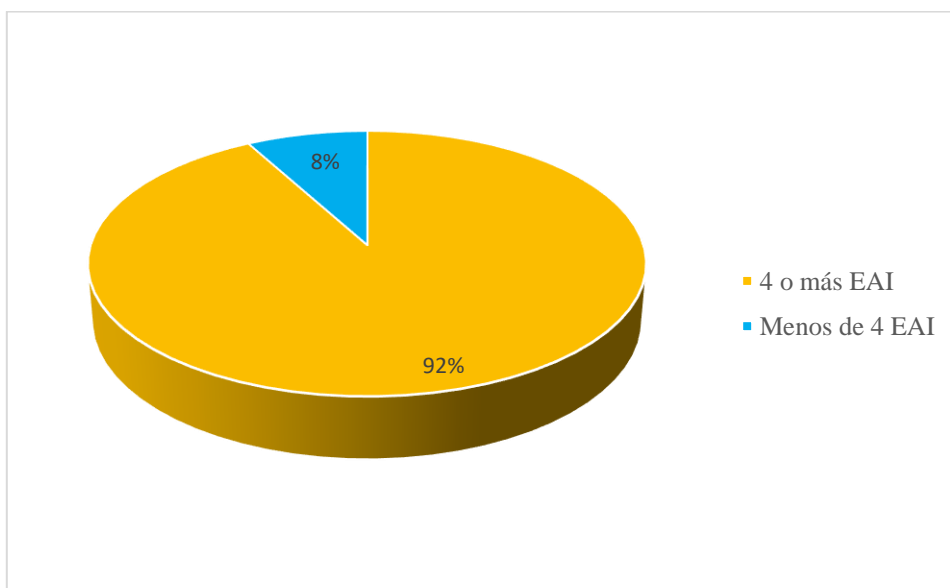
Entre los principales resultados obtenidos en el análisis, se encontró que los jóvenes han experimentado en promedio 7.06 ± 2.38 EAI, de un rango de 0 a 13 EAI evaluadas. El

sujeto con mayor número de EAI acumuló 12 experiencias de este tipo durante su infancia; por otro lado, el sujeto con menos EAI reportó solo 2 de ellas.

El 92% de los jóvenes encuestados presentaron cuatro o más EAI (véase figura 2), y solo el 8% presentó menos de cuatro EAI, entre las que se incluyeron las categorías de abuso físico, emocional y sexual, violencia intrafamiliar, negligencia u omisión de cuidados, antecedentes familiares de abuso de sustancias, cargos penales, trastornos mentales, separación o divorcio de los padres, muerte de alguno de los padres, bullying, violencia comunitaria y violencia colectiva.

Figura 2

Porcentaje de adultos jóvenes según la categoría del número de EAI en el pilotaje



Referente a los tipos de EAI que los estudiantes presentaron (véase tabla 5), el 100% de los sujetos manifestaron haber experimentado en su niñez algún tipo de descuido o desatención por parte de sus padres, falta de apoyo o comprensión a sus necesidades físicas o emocionales, siendo la negligencia la EAI con mayor recurrencia entre los universitarios.

Por otro lado, el 85.3% expresaron haber sido víctimas de abuso emocional en forma de insultos, gritos, humillaciones, amenazas de parte de sus padres o de personas cercanas a ellos. La violencia intrafamiliar fue presentada por el 84% de los sujetos, ya que expresaron en su infancia haber sido testigos de maltrato físico, psicológico o sexual entre los miembros que integran su familia.

Dentro de las EAI que se presentan fuera del ambiente familiar, el 82.6% de los universitarios reportaron ser víctimas de violencia comunitaria, manifestada como peleas o conflictos armados en su comunidad. Por otro lado, el bullying estuvo presente en el 68% de los jóvenes, quienes estuvieron expuestos a burlas por el aspecto físico, nacionalidad o color de piel, eran ignorados en actividades a propósito, recibieron empujones, golpes, patadas, bromas o gestos de contenido sexual.

Referente al abuso físico, el 50.3% de los jóvenes, 42.2% mujeres y 8.4% hombres, estuvieron expuestos a este tipo de violencia, recibiendo durante su infancia patadas, golpes, empujones, cachetadas, cortes o cualquier tipo de daño infringido intencionalmente con o sin un objeto material. Por otro lado, el 45.3% de los universitarios presentan antecedentes familiares de consumo de sustancias; en el 45.3% de los padres o tutores de estos jóvenes se han separado o divorciado y el 41.3% de los estudiantes presentan antecedentes familiares de enfermedades mentales.

El 38.6% de los sujetos, 30.6% de las mujeres y 8% de los hombres, han sido víctimas de abuso sexual, ya sea que fueron tocados o acariciados u obligados a tocar o acariciar en un sentido sexual cuando no querían (61.1%), que hayan intentado abusar de ellos (25.3%) o hayan estado en una relación sexual sin quererlo (20%). El 32% de estos jóvenes presenciaron

o fueron víctimas de violencia colectiva en el lugar donde viven, desde abusos o actos violentos por parte de pandillas, bandos armados, policías o militares.

Por último, el 25.3% manifiesta que alguno de sus familiares ha sido encarcelado o tiene cargos penales, y el 8% de los universitarios, todos del sexo masculino, han sufrido la muerte de sus padres o cuidadores.

Tabla 5

Porcentaje de los tipos de EAI en el pilotaje

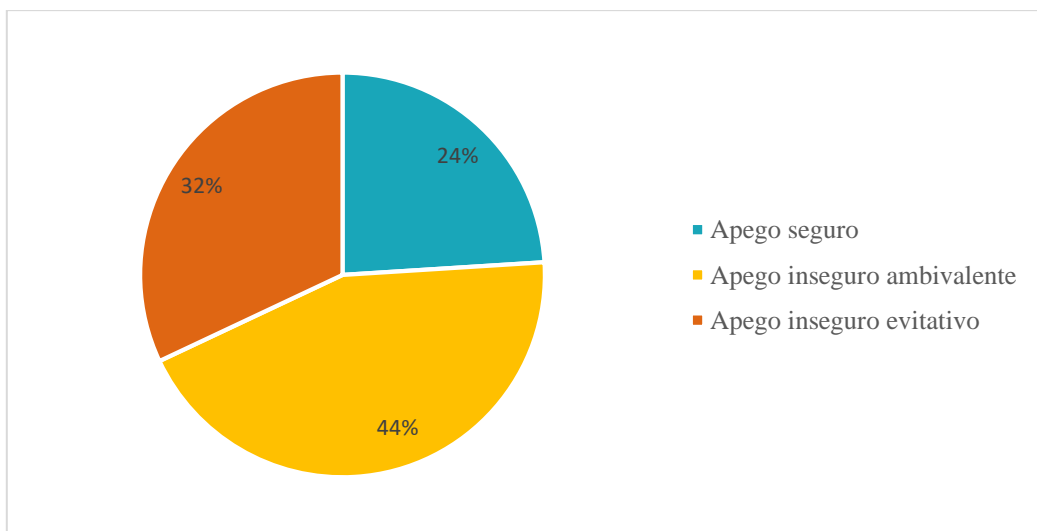
Tipo de EAI	Porcentajes
Negligencia u omisión de cuidados	100%
Abuso emocional	85.3%
Violencia intrafamiliar	84%
Violencia comunitaria	82.6%
Bullying	68%
Abuso físico	50.3%
Antecedentes familiares de consumo de sustancias	45.3%
Separación de los padres	45.3%
Antecedentes familiares de enfermedades mentales	41.3%
Abuso sexual	38.6%
Violencia colectiva	32%
Antecedentes familiares con cargos penales	25.3%
Muerte padres o tutores	8%

Descripción de los estilos de apego

Con respecto al apego, el estilo más predominante entre los sujetos fue el apego inseguro. En primer lugar, el inseguro ambivalente con un 44%, después el apego inseguro evitativo en el 32% de los casos y, por último, el apego seguro, ya que solo el 24% de los jóvenes reportaron este patrón de apego (ver figura 3).

Figura 3

Clasificación de los tipos de apego en los adultos jóvenes del pilotaje



Índices de Sintomatología Internalizante y Externalizante

Con respecto a la SIE, la media para la muestra es de 42.41 ± 20.9 , las tablas 6 y 7 muestran los puntajes medios obtenidos por los sujetos de la muestra, por cada síndrome que compone ambas sintomatologías y por sexo, y su comparación con los puntajes clínicos obtenidos del Manual para los Formularios y Perfiles de Adultos de ASEBA (Achenbach y Rescorla, 2003).

Las tablas 6 y 7 muestran una comparación entre las medias de cada síndrome con el puntaje clínico de cada una de ellas. En el caso de los síndromes que componen la sintomatología internalizante (síndrome depresivo-ansioso, retraimiento y quejas somáticas) tanto la media de los puntajes de hombres como los de mujeres se encontraron por debajo de los rangos clínicos; igualmente en los síndromes de la sintomatología externalizante (conducta agresiva, conducta de romper normas e intrusismo), tanto hombres como mujeres se encontraron por debajo de los rangos clínicos.

Tabla 6*Puntajes promedio de SI y puntajes de rango clínico en el pilotaje*

		Sintomatología Internalizante	
		Mujer	Hombre
Depresivo-ansioso	Puntaje promedio	14.7	12.2
	Desv Est \pm	7.0	7.5
	Rango clínico	16	15
Retraimiento	Puntaje promedio	5.5	4.6
	\pm	4.0	2.8
	Rango clínico	6	7
Quejas somáticas	Puntaje promedio	7.2	6.6
	\pm	5.3	5.5
	Rango clínico	8	8

Tabla 7*Puntajes promedio de SE y puntajes de rango clínico en el pilotaje*

		Sintomatología Externalizante	
		Mujer	Hombre
Conducta agresiva	Puntaje promedio	8.2	7.6
	Desv Est \pm	6.6	4.8
	Rango clínico	13	14
Romper normas	Puntaje promedio	3.2	5
	\pm	2.9	4.8
	Rango clínico	8	9
Intrusismo	Puntaje promedio	1.9	2.6
	\pm	1.8	2.1
	Rango clínico	6	7

Resultados de la Muestra Definitiva*Características sociodemográficas de la muestra definitiva*

La muestra final del estudio quedó conformada por 374 adultos jóvenes estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro. El 78% fueron mujeres y el 22% fueron hombres, de entre 18 y 27 años, con una edad media de 20.4 ± 1.84 años. La edad promedio no fue diferente entre el grupo de mujeres (20.41 ± 1.81) y de hombres

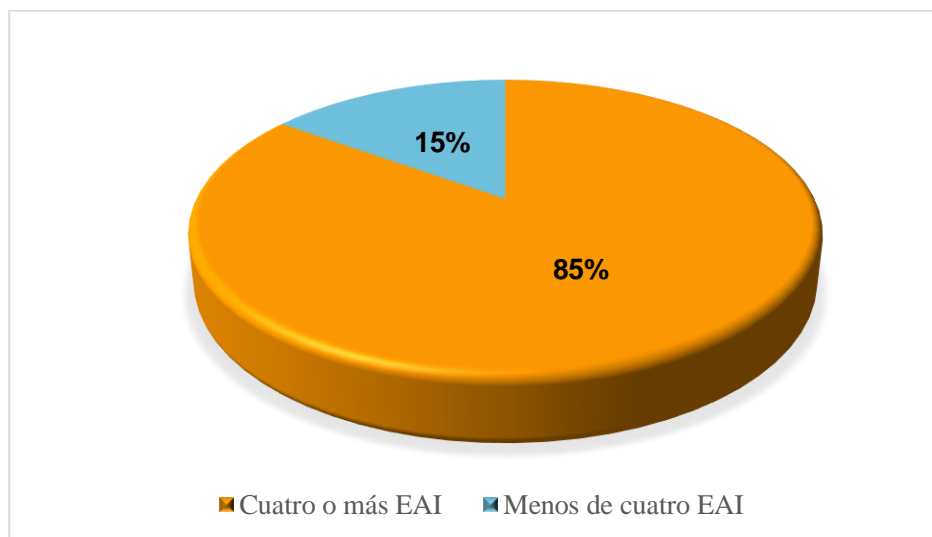
(20.6 ± 1.95) ($t=1.21$, $gl=372$, $p>0.05$). Los participantes son residentes en su mayoría del estado de Querétaro (86%). El 70.3% se dedica solamente a estudiar, y el 29.7% a estudiar y trabajar; el 96.5% es soltero y el 3.5% vive en unión libre o está casado. El 98.9% de los universitarios expone no pertenecer a ningún grupo étnico o racial.

Panorama general de las Experiencias Adversas en la Infancia

Entre los principales resultados obtenidos, y respondiendo a la primera pregunta de investigación planteada: ¿qué proporción de adultos jóvenes presentan EAI?; se encontró que los jóvenes han experimentado en promedio 6.3 ± 2.45 EAI. El sujeto con mayor número de EAI acumuló 13; por otro lado, el sujeto con menor número de EAI acumuló solo una. El 85% de los jóvenes encuestados presentaron cuatro o más EAI (véase figura 4), y solo el 15% presentó menos de cuatro. Referente a la frecuencia con que ocurrieron estas experiencias, el puntaje medio para los participantes fue de 32.7 ± 8.0 , en un rango máximo de 134 y mínimo de 0.

Figura 4

Porcentaje de adultos jóvenes según la categoría del número de EAI



Referente a la siguiente pregunta de investigación: ¿cuáles son los tipos de EAI que más se presentan en los adultos jóvenes?, el 100% de los sujetos manifestaron haber experimentado en su niñez algún tipo de descuido o desatención por parte de sus padres, falta de apoyo o comprensión a sus necesidades físicas o emocionales, siendo la negligencia la EAI con mayor recurrencia entre los universitarios. La violencia intrafamiliar fue experimentada por el 84.4% de los sujetos, ya que expresaron en su infancia haber sido testigos de maltrato físico, psicológico o sexual entre los miembros que integran su familia. Dentro de las EAI que se presentan fuera del ambiente familiar, el 80.2% de los universitarios reportaron ser víctimas de violencia comunitaria, manifestada como peleas o conflictos armados en su comunidad (ver figura 5).

El 79.4 % expresaron haber sido víctimas de abuso emocional en forma de insultos, gritos, humillaciones, amenazas de parte de sus padres o de personas cercanas a ellos. El abuso físico se presentó en el 53.4 % de los jóvenes, quienes recibieron durante su infancia patadas, golpes, empujones, cachetadas, cortes o cualquier tipo de daño infringido intencionalmente con o sin un objeto material. El 45.18% de los sujetos, han sido víctimas de abuso sexual, ya sea porque fueron tocados o acariciados u obligados a tocar o acariciar en un sentido sexual cuando no querían, han intentado abusar de ellos o han estado en una relación sexual sin quererlo

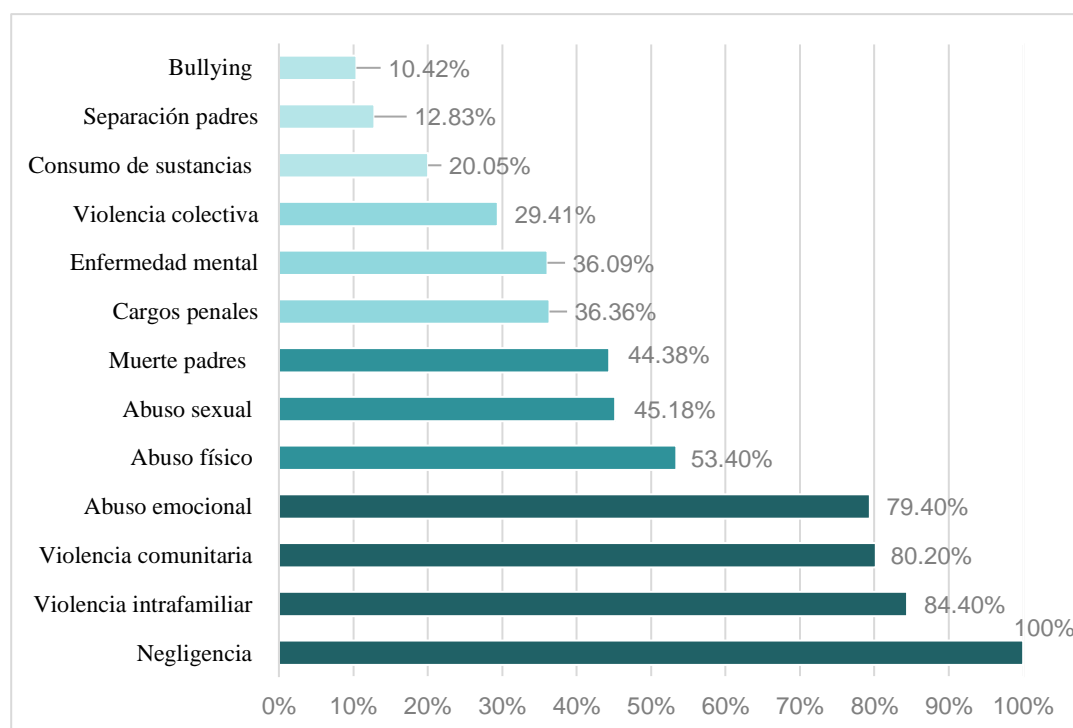
Por otro lado, el 44.38% de los universitarios, han sufrido la muerte de alguno de sus padres o cuidadores; el 36.36% manifiesta que alguno de sus familiares ha sido encarcelado o tiene cargos penales; el 36.09 % de los participantes presentan antecedentes familiares de enfermedades mentales y; 29.41% presenciaron o fueron víctimas de violencia colectiva en

el lugar donde vive, desde abusos o actos violentos por parte de pandillas, bandos armados, policías o militares.

Entre las EAI con menor incidencia se encuentra que el 20.05% de los universitarios presentan antecedentes familiares de consumo de sustancias; en el 12.83% de las familias de estos jóvenes los padres o tutores de se han separado o divorciado y, solo el 10.42% han sido víctimas de bullying.

Figura 5

Porcentaje de alumnos según el tipo de EAI



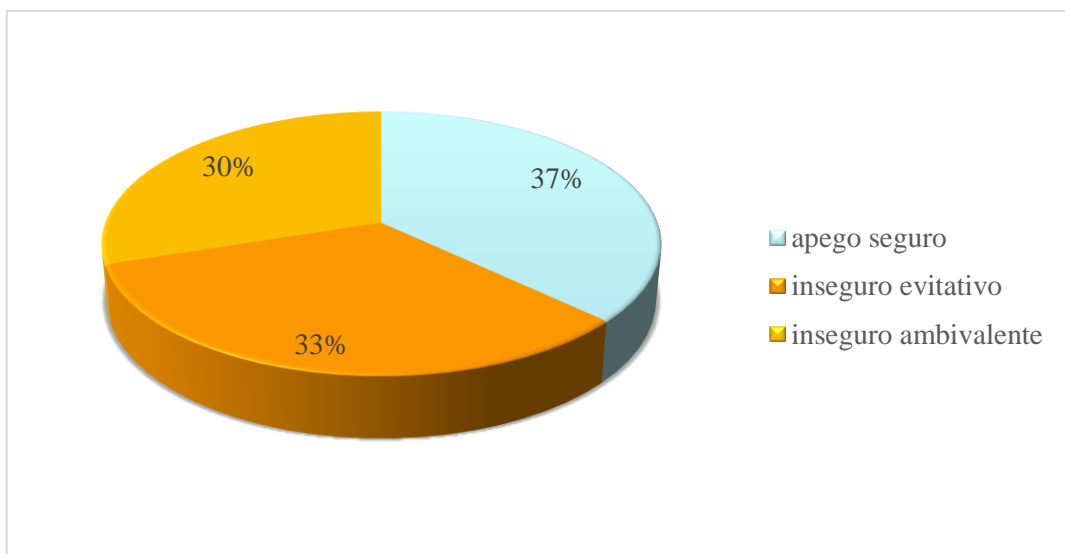
Estilos de apego en los adultos jóvenes

Con respecto al apego y en respuesta a la pregunta ¿Qué estilo de apego predomina en los adultos jóvenes?, se encontró que fue el apego inseguro (63%), que incluye el apego

ambivalente y evitativo, de estos en primer lugar estuvo, el inseguro ambivalente con un 33%, después el apego inseguro evitativo en el 30% de los participantes mientras que, el apego seguro solo fue identificado en el 37% de los adultos jóvenes del estudio (ver figura 6).

Figura 6

Clasificación de los tipos de apego en los adultos jóvenes



Índices de Sintomatología Internalizante y Externalizante

Se clasificó el puntaje obtenido por las y los participantes en la escala para evaluar SIE en normal, límite y clínico. En la tabla 8 se observan las proporciones de mujeres y hombres que se encuentran en los distintos rangos de SI y SE respectivamente, así como en los síndromes que las conforman. En respuesta a la pregunta planteada ¿qué proporción de adultos jóvenes presentan SIE?, se puede observar que el 32.3% de las mujeres y el 22.7% de los varones presentan índices clínicos de SI, y el 15.3% de las mujeres y el 3.7% de los hombres presentan niveles clínicos de SE. Solo un sujeto (mujer) presentó puntajes clínicos

en ambas sintomatologías. Las diferencias entre hombres y mujeres en SIE se detallarán en el apartado de diferencias de género.

Tabla 8

Sintomatología Internalizante y Externalizante por género

Sintomatología Internalizante								
	Depresivo-Ansioso		Retraimiento		Quejas somáticas		Puntaje General	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Clínico	23.0%	15.1%	19.6%	22.7%	25.7%*	12.6%	32.3%	22.7%
Límite	17.6%	17.7%	16.6%	7.5%	18.6%	12.6%	12.9%	8.8%
Normal	59.3%	67.0%	63.7%	69.6%	55.5%	74.6%	54.7%	68.3%
Sintomatología Externalizante								
	Conducta Agresiva		Romper Normas		Conducta Intrusiva		Puntaje General	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Clínico	4.0%	1.2%	5.7%	5.0%	5.7%	11.3%	15.3%**	3.7%
Límite	11.8%	5.0%	3.7%	7.5%	6.7%	5.0%	14.2%	8.8%
Normal	84.0%	94.0%	90.5%	87.3%	87.4%	83.5%	70.4%	87.3%

** $p \leq 0.01$

* $p \leq 0.05$

Se realizaron dos grupos de análisis, uno para el número de EAI y otro para el puntaje obtenido en la frecuencia de EAI, con el objetivo de conocer la relación de estas dos variables con los estilos de apego y la SIE de los adultos jóvenes.

Asociación entre las EAI y los estilos de apego

Para responder a la pregunta planteada ¿existe relación entre el número de EAI y el estilo de apego que se manifiesta en adultos jóvenes?, se exploró la relación entre la categoría de haber experimentado cuatro o más EAI y menos de cuatro EAI, así mismo, los participantes fueron clasificados por sus puntajes entre establecer un apego seguro e inseguro. Se encontró que sí existe una relación positiva entre las EAI y el tipo de apego que establecen los adultos jóvenes ($\chi^2=30.92$, $gl=1$, $p<0.001$), específicamente experimentar cuatro o más EAI está asociado a establecer un apego inseguro, ver tabla 9.

Un análisis similar se realizó con el promedio del número de EAI, para conformar la categoría de haber experimentado seis o más EAI y menos de seis EAI, y los sus puntajes entre establecer un apego seguro e inseguro. Los resultados indican que también existe una relación positiva entre experimentar más de seis EAI y el apego inseguro ($\chi^2 = 29.57$, $gl=1$, $p<0.001$).

Tabla 9

Clasificación entre el número de EAI y el apego seguro e inseguro

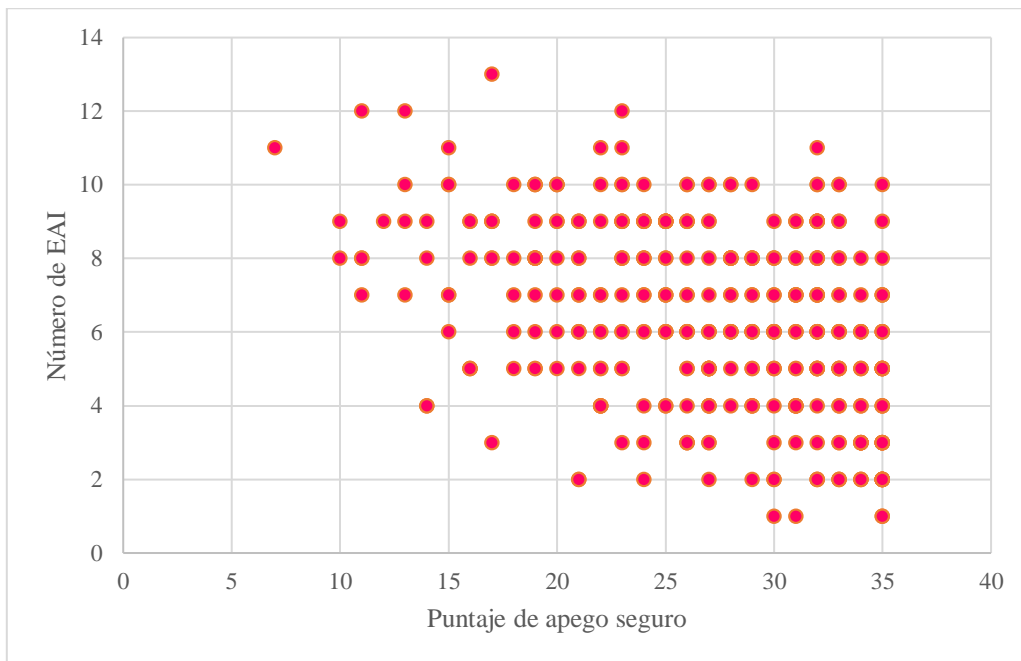
	Apego seguro	Apego inseguro
Cuatro o más EAI	98	220
Menos de cuatro EAI	39	17
Seis o más EAI	62	174
Menos de seis EAI	75	63

Además, se realizaron análisis de correlación de Pearson entre el número de EAI y los puntajes crudos obtenidos que clasifican a los sujetos en un estilo de apego. Se obtuvo una asociación negativa entre el número de EAI y el apego seguro ($r=-0.429$, $gl=1/372$,

$p < 0.01$) (ver figura 7), y una relación positiva entre el número de EAI y el puntaje en apego ambivalente ($r = 0.183$, $gl = 1/372$, $p < 0.01$) y el puntaje en apego evitativo ($r = 0.384$, $gl = 1/372$, $p < 0.01$).

Figura 7

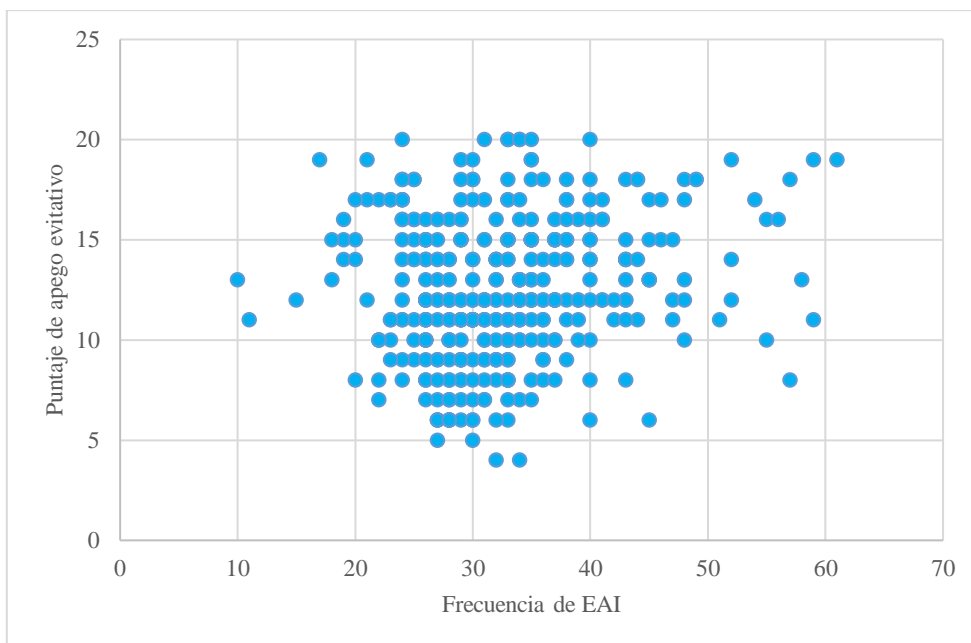
Relación entre el número de EAI y el apego seguro



En respuesta a la pregunta ¿Existe relación entre la frecuencia de EAI y el estilo de apego que se manifiesta en adultos jóvenes?; los resultados de correlación indican que no existe relación entre la frecuencia de EAI y el apego seguro ($r = -0.002$, $gl = 1/372$, $p > 0.05$), pero si una relación positiva entre la frecuencia de EAI y el apego ambivalente ($r = 0.127$, $gl = 1/372$, $p \leq 0.01$) y el apego evitativo ($r = 0.157$, $gl = 1/372$, $p < 0.01$), ver figura 8.

Figura 8

Relación entre la frecuencia de EAI y el apego evitativo



La tabla 10 muestra el resumen de correlaciones entre las variables mencionadas.

Tabla 10

Resumen de correlaciones bivariadas entre las EAI y los estilos de apego

	Número de EAI	Frecuencia de EAI
Apego seguro	$r = -0.429^{**}$	$r = 0.002$
Apego ambivalente	$r = 0.183^{**}$	$r = 0.127^*$
Apego evitativo	$r = 0.384^{**}$	$r = 0.157^{**}$

Usando prueba de correlación de Pearson:

$** p \leq 0.01$

$* p \leq 0.05$

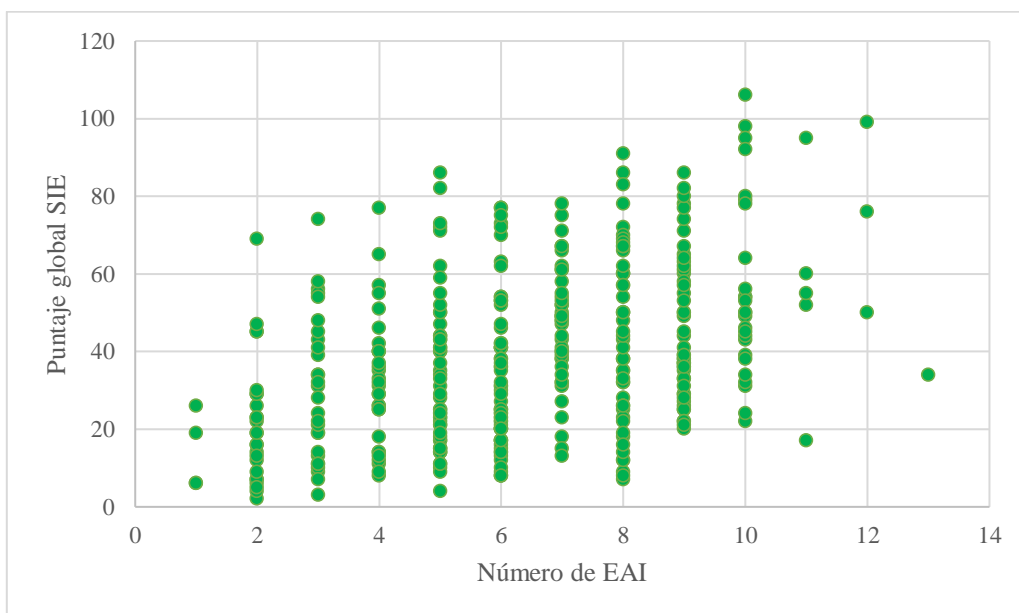
Por último, se compararon las medias en la frecuencia de EAI entre el grupo de sujetos con apego inseguro y el grupo de sujetos con apego seguro, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos ($t = -1.01$, $gl = 348.49$, $p > 0.05$).

Asociación entre las EAI y la SIE

Para conocer la asociación entre las EAI y la SIE en los participantes, y responder a la pregunta de investigación ¿Existe relación entre el número de EAI y la SIE en los adultos jóvenes?, se realizaron correlaciones bivariadas entre el número de EAI y el puntaje global de SIE ($r=0.420$, $1/372$, $p<0.01$) (véase figura 9), entre el número de EAI y SI ($r=0.337$, $gl=1/372$, $p<0.01$) y entre el número de EAI y la SE ($r=0.440$, $1/372$, $p<0.01$), encontrando relaciones positivas en todas las pruebas analizadas.

Figura 9

Relación entre el número de EAI y el puntaje global de SIE

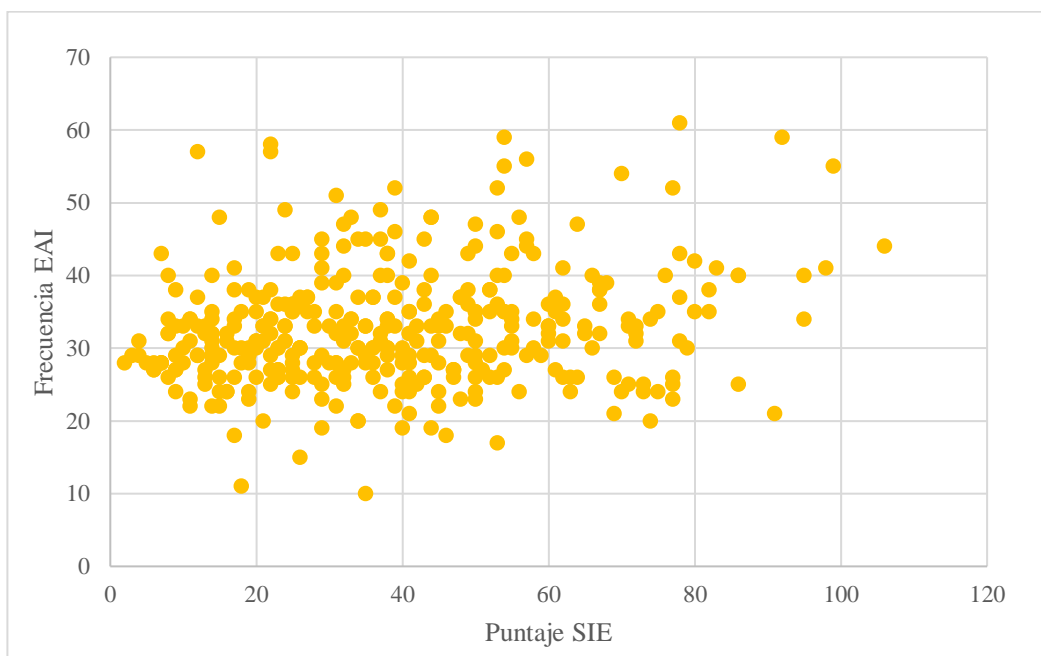


Con respecto a la frecuencia de EAI, y atendiendo a la pregunta ¿existe relación entre la frecuencia de EAI y la SIE en los adultos jóvenes?, los análisis reportaron una relación positiva ($r=0.202$, $gl=1/372$, $p<0.01$) entre el puntaje total de la frecuencia con que ocurrieron las EAI y el puntaje global de SIE (ver figura 10). También se encontraron relaciones

positivas entre la frecuencia de EAI y la SI ($r=0.110$, $gl=1/372$, $p<0.05$) y la SE ($r=0.200$, $gl=1/372$, $p<0.01$).

Figura 10

Relación entre la frecuencia de EAI y el puntaje global de SIE



Se muestra en la tabla 11 el resumen de correlaciones bivariadas entre las variables analizadas.

Tabla 11

Resumen de correlaciones bivariadas entre las EAI y la SIE

	Número de EAI	Frecuencia de EAI
SIE	$r= 0.420^{**}$	$r= 0.202^{**}$
SI	$r= 0.337^{**}$	$r= 0.110^{*}$
SE	$r= 0.440^{**}$	$r= 0.300^{**}$

Usando prueba de correlación de Pearson:

$** p \leq 0.01$

$* p \leq 0.05$

También se realizaron análisis de regresión lineal por pasos, ingresando las 13 EAI exploradas como variables independientes, y los puntajes generales de SIE, SI y SE, como variables dependientes (ver tabla 12). Los predictores para presentar SIE por orden de importancia son la negligencia ($F=78.36, p<0.001$) como primer predictor, seguido el abuso emocional ($F=56.37, p<0.001$), el abuso sexual ($F=43.87, p<0.001$) y, por último, la violencia colectiva ($F=35.36, p<0.01$).

Para que los participantes presenten SI, los predictores son la negligencia ($F=74.04, p<0.001$), el abuso sexual ($F=45.59, p<0.001$), la violencia colectiva ($F=33.75, p<0.05$) y la violencia intrafamiliar ($F=26.62, p<0.05$). Así mismo, los predictores para SE son, en primer lugar el abuso emocional ($F=80.64, p<0.001$), después el bullying ($F=51.23, p<0.001$), la violencia comunitaria ($F=40.02, p<0.001$), la negligencia ($F=33.42, p<0.01$), la separación o divorcio de los padres ($F=28.08, p<0.05$) y como último predictor el consumo de sustancias en el hogar ($F=24.39, p<0.05$).

Tabla 12

Análisis de regresión lineal por pasos para cada tipo de sintomatología

Regresión lineal por pasos para SIE				
#Predictor	EAI	R	R ²	F
1	Negligencia	0.418***	0.174	78.36
2	Abuso emocional	0.484***	0.235	56.73
3	Abuso sexual	0.513***	0.263	43.87
4	Violencia colectiva	0.527**	0.278	35.36
Regresión lineal por pasos para SI				
1	Negligencia	0.408***	0.166	74.04
2	Abuso sexual	0.445***	0.198	45.59
3	Violencia colectiva	0.464*	0.215	33.75
4	Violencia intrafamiliar	0.474*	0.224	26.62

Regresión lineal por pasos para SE				
1	Abuso emocional	0.423***	0.179	80.64
2	Bullying	0.466***	0.217	51.23
3	Violencia comunitaria	0.496***	0.246	40.02
4	Negligencia	0.516**	0.266	33.42
5	Separación de los padres	0.526*	0.277	28.08
6	Consumo de sustancias	0.534*	0.286	24.39

Nota. Se estableció el puntaje de SIE, SI y SE como variables dependientes, y las EAI como variables independientes.

*** $p \leq 0.001$

** $p \leq 0.01$

* $p \leq 0.05$

Diferencias de género en las EAI, los estilos de apego y la SIE

Dados los resultados presentados por el antecedente más importante de este trabajo de investigación, se decidió realizar diversos análisis para conocer las diferencias de género en la relación de las variables analizadas. Los principales resultados indican que, analizadas de forma global, las y los participantes tuvieron en promedio el mismo número de EAI (\bar{X} =mujeres 6.28 ± 2.4 y hombres $\bar{X}=6.47 \pm 2.3$) ($t=0.590$, $gl=372$, $p>0.05$). En relación con la frecuencia con la que ocurrieron estas experiencias, las mujeres presentaron una media de 2.23 ± 2.08 y los hombres de 2.39 ± 5.0 . El 83.7% de las mujeres y el 88.6% de los hombres reportaron haber experimentado cuatro o más EAI, y sin diferencias entre hombres y mujeres ($\chi^2=1.14$, $gl=1$, $p>0.05$).

Los tipos de EAI que vivenciaron las mujeres se muestran en la figura 11 y para los hombres en la figura 12; en ambos, la negligencia (mujeres 100% y hombres 100%), la violencia intrafamiliar (mujeres 84% y hombres 87.3%), la violencia comunitaria (mujeres 77.2% y hombres 91.1%), y el abuso emocional (mujeres 80.9% y hombres 79.6%), son las EAI con mayor prevalencia. La prevalencia del abuso físico (mujeres 51.7% y hombres

60.7%) y sexual (mujeres 48.2% y hombres 34.1%) fueron especialmente altos en las y los participantes.

Figura 11

Porcentaje de mujeres que experimentaron cada una de las EAI exploradas

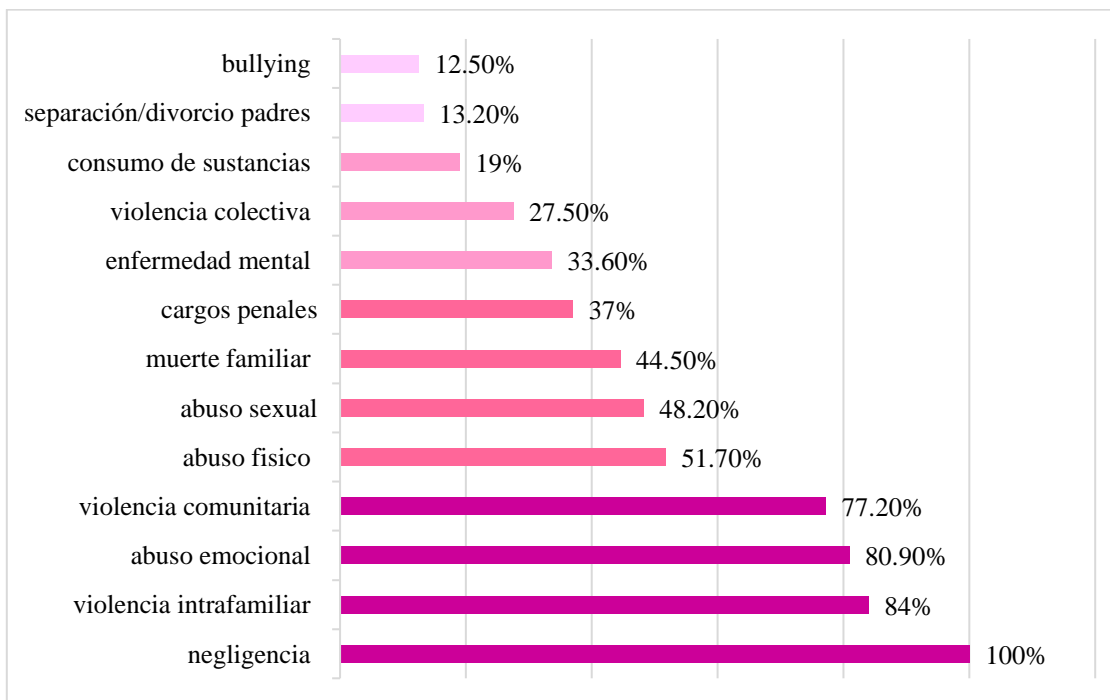
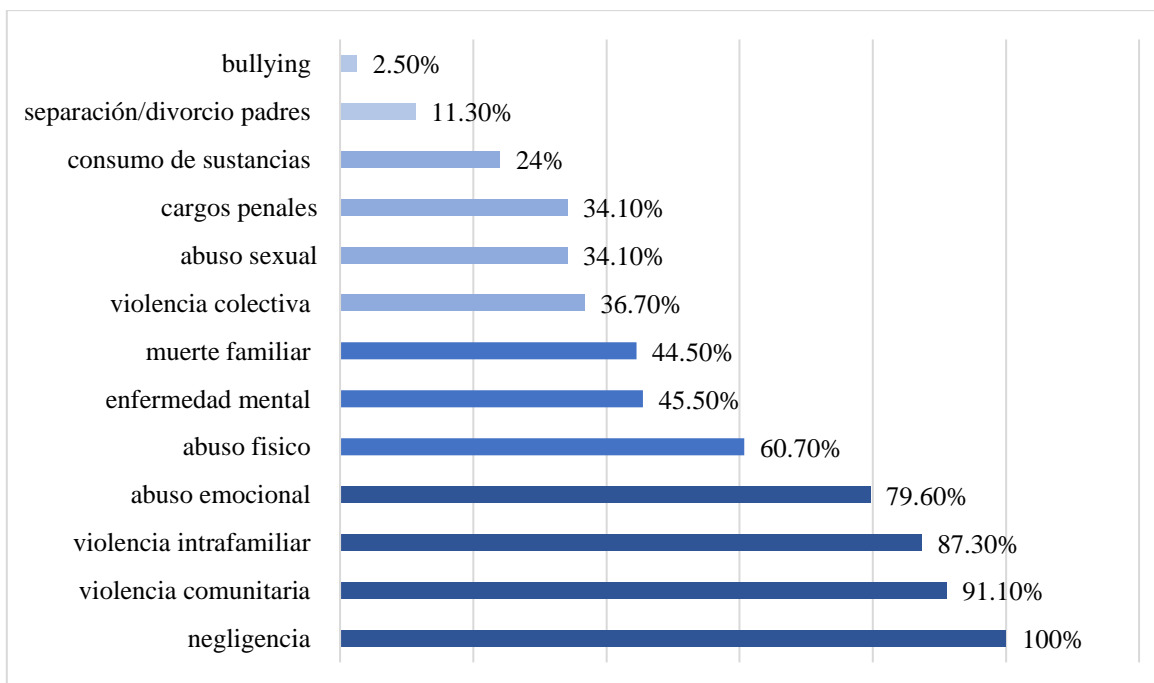


Figura 12

Porcentaje de hombres que experimentaron cada una de las EAI exploradas



Se comparó la frecuencia con la que hombres y mujeres vivieron estas EAI, y se encontró que el abuso sexual ($t=-2.26$, $gl=144.27$, $p<0.05$) y el bullying ($t=-2.14$, $gl=151.75$, $p<0.05$) fue mayor en las mujeres; mientras que la violencia comunitaria ($t=4.19$, $gl=90.56$, $p<0.001$) y el abuso físico ($t=2.51$, $gl=97.39$, $p\leq 0.01$) fue mayor en los hombres (ver tabla 13).

Tabla 13*Comparación de la frecuencia media entre mujeres y hombres en cada EAI*

EAI	Media±Desviación Estándar		Valores
	Mujeres	Hombres	
Violencia comunitaria	1.74±1.56	3.15±2.88	t= 4.19, (90.56), $p<0.001$ ***
Abuso físico	1.03±1.39	1.66±2.08	t=2.51, (97.39), $p\leq 0.01$ **
Abuso sexual	1.31±2.05	0.80±1.71	t=-2.26, (144.27), $p<0.05$ *
Bullying	0.20±0.585	0.06±0.462	t=-2.14, (151.75), $p<0.05$ *
Negligencia	18.64±4.37	17.99±4.58	t=-1.14, (118.81), $p>0.05$
Violencia intrafamiliar	2.79±2.21	2.92±2.18	t=.471, (124.18), $p>0.05$
Abuso emocional	1.79±1.55	2.04±1.93	t= 1.06, (106.32), $p>0.05$
Consumo de sustancias	0.31±0.753	0.33±0.673	t=.274, (134.78), $p>0.05$
Cargos penales	0.37±0.483	0.34±0.477	t= -.457, (124.26), $p>0.05$
Enfermedad mental	0.34±0.473	.46±0.501	t=1.94, (117.86), $p>0.05$
Separación de los padres	0.13±0.339	0.11±0.320	t=-2.14, (151.75), $p>0.05$
Muerte familiar	0.44±0.498	0.44±0.500	t=-.016, (122.61), $p>0.05$
Violencia colectiva	0.58±1.25	0.80±1.800	t=1.027, (99.22), $p>0.05$

Diferencias de género en las EAI y los estilos de apego

Los resultados referentes a los estilos de apego indican que, el 38.9% de las mujeres (ver figura 13) y el 25.5% de los hombres (ver figura 14) presentaron un estilo de apego seguro; el apego inseguro se manifiesta en el 60.6% de las mujeres (31.8% inseguro ambivalente y 28.8% inseguro evitativo) y en el 73.4% de los varones (36.7% inseguro ambivalente y 36.7% inseguro evitativo). No se encontraron diferencias significativas entre

mujeres y hombres y presentar un estilo de apego seguro o inseguro ($\chi^2=4.34$, $gl=1$, $p>0.05$) y entre presentar un tipo de apego ambivalente o evitativo ($\chi^2=.111$, $gl=1$, $p>0.05$).

Figura 13

Estilos de apego en las mujeres

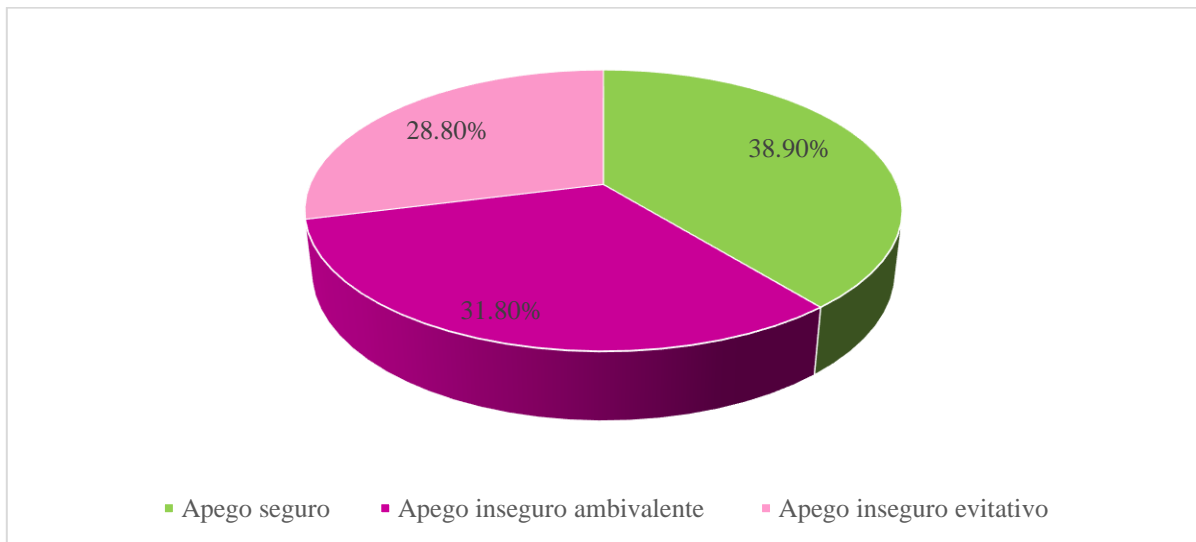
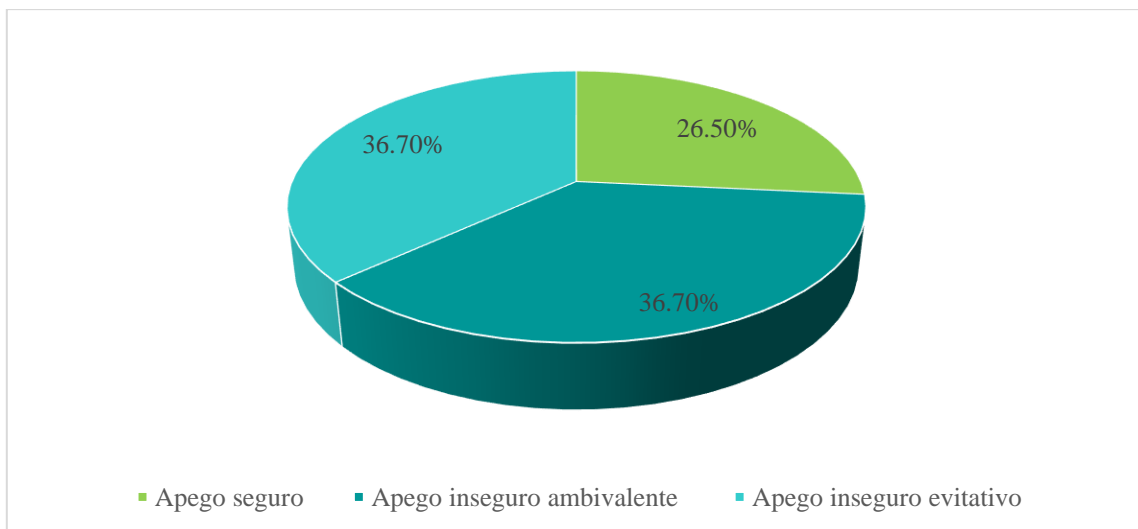


Figura 14

Estilos de apego en los hombres



Se llevaron a cabo correlacionales bivariadas entre estas variables. Respecto al número de EAI, los resultados indican que en el sexo femenino existe una relación negativa entre el número de EAI y el apego seguro ($r=-0.453$, $gl=1/292$, $p<0.01$) (ver figura 15), y una relación positiva entre en el número de EAI y el apego inseguro ambivalente ($r=0.216$, $gl=1/292$, $p<0.01$) y el apego inseguro evitativo ($r=0.392$, $gl=1/292$, $p<0.01$). Para los hombres, también se encontró una asociación negativa entre el número de EAI y el apego seguro ($r=-0.311$, $gl=1/77$, $p<0.01$) (ver figura 16), y una relación positiva solo con el apego inseguro evitativo ($r=0.394$, $gl=1/77$, $p<0.01$).

Figura 15

Relación entre el número de EAI y el apego seguro en mujeres

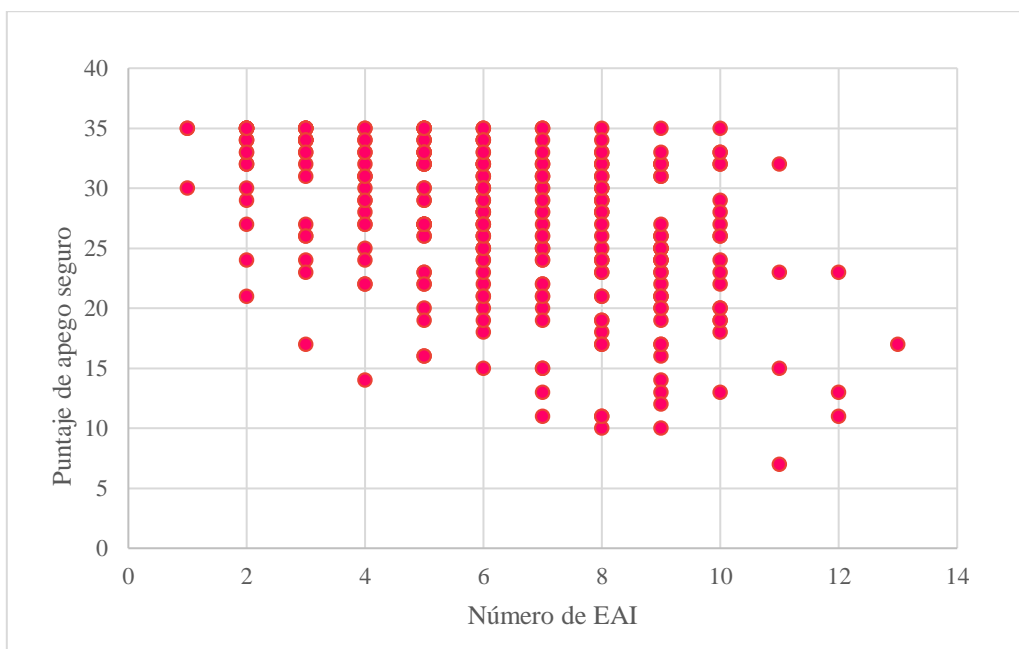
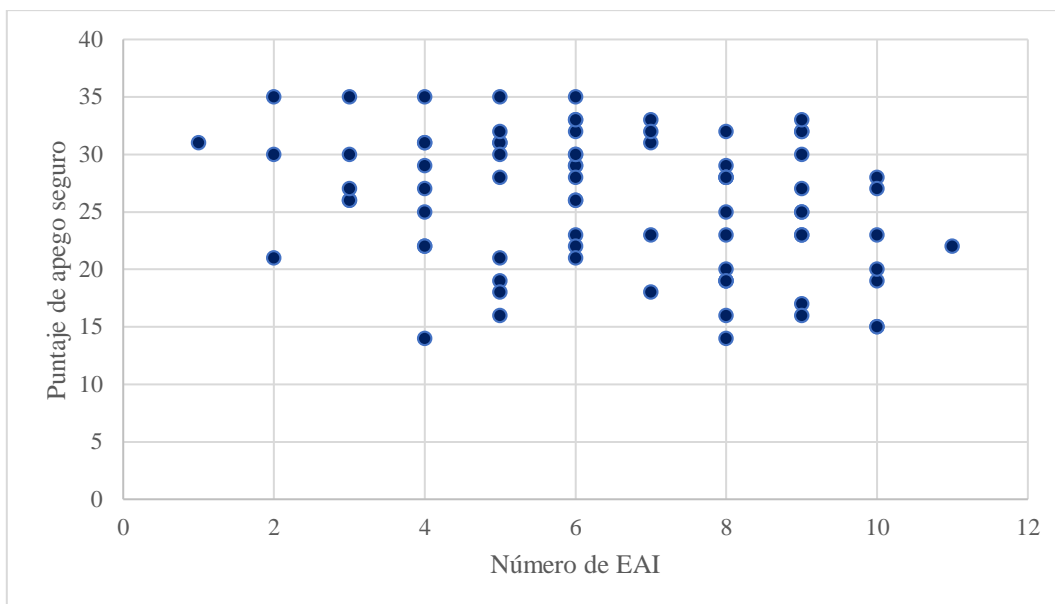


Figura 16

Relación entre el número de EAI y el apego seguro en hombres



En relación con la frecuencia de las EAI, las correlaciones en mujeres indican una asociación positiva con el apego inseguro ambivalente ($r=0.150$, $gl=1/292$, $p<0.05$) y con el apego inseguro evitativo ($r=0.155$, $gl=1/292$, $p<0.01$), en comparación con los hombres en quienes no se encontraron relaciones significativas entre la frecuencia de EAI y el apego. En la tabla 14 se muestra el resumen de correlaciones entre estas variables.

Tabla 14

Resumen de correlaciones bivariadas entre las EAI y el apego en mujeres y hombres

	Número EAI		Frecuencia EAI	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Apego seguro	$r= -0.453^{**}$	$r= -0.311^{**}$	$r= -0.001$	$r= 0.026$
Apego inseguro ambivalente	$r= 0.216^{**}$	$r=0.064$	$r= 0.150^*$	$r= 0.085$
Apego inseguro evitativo	$r= 0.392^{**}$	$r= 0.349^{**}$	$r= 0.155^{**}$	$r= 0.179$

Usando prueba de correlación de Pearson:

$** p \leq 0.01$

$* p \leq 0.05$

Diferencias de género en las EAI y la SIE

Respecto a la SIE, se hicieron comparaciones del puntaje medio de cada tipo de sintomatología y sus síndromes, entre sexos. Las mujeres presentan mayor puntaje de SI ($t=2.24$, $gl=150.18$, $p<0.05$), y en el síndrome de quejas somáticas ($t=-4.63$, $gl=161.05$, $p<0.001$), mientras que los varones presentaron valores más altos en dos síndromes de la SE: conducta de romper normas ($t=2.10$, $gl=109.63$, $p<0.05$) y conducta intrusiva ($t=2.32$, $gl=111.63$, $p<0.05$).

El género femenino se asoció con presentar un puntaje clínico en los síndromes de quejas somáticas ($\chi^2=6.10$, $gl=1$, $p>0.05$) y sintomatología externalizante ($\chi^2=7.59$, $gl=1$, $p\leq 0.01$) (ver tabla 8) mientras que no se encontraron asociaciones con el género masculino. Se analizó además si existe relación entre el número de EAI y la SIE en mujeres y hombres para conocer las diferencias de género en esta asociación. En el caso de las mujeres, se encontró que existe una relación positiva entre el número de EAI y el puntaje general de SIE ($r=0.467$, $gl=1/292$, $p<0.01$), entre el número de EAI y la SI ($r=0.393$, $gl=1/292$, $p<0.01$) y entre el número de EAI y la SE ($r=0.475$, $gl=1/292$, $p<0.01$) (ver figura 17). En el caso de los varones, existe una relación positiva entre el número de EAI y la SE ($r=0.300$, $gl=1/77$, $p<0.01$) (ver figura 18), pero no entre el número de EAI y la SI ($r=0.081$, $gl=1/77$, $p>0.05$) ni entre el número de EAI y el puntaje global de SIE ($r=0.207$, $gl=1/77$, $p>0.05$) (ver tabla 13).

Figura 17

Relación entre el número de EAI y la SE en mujeres

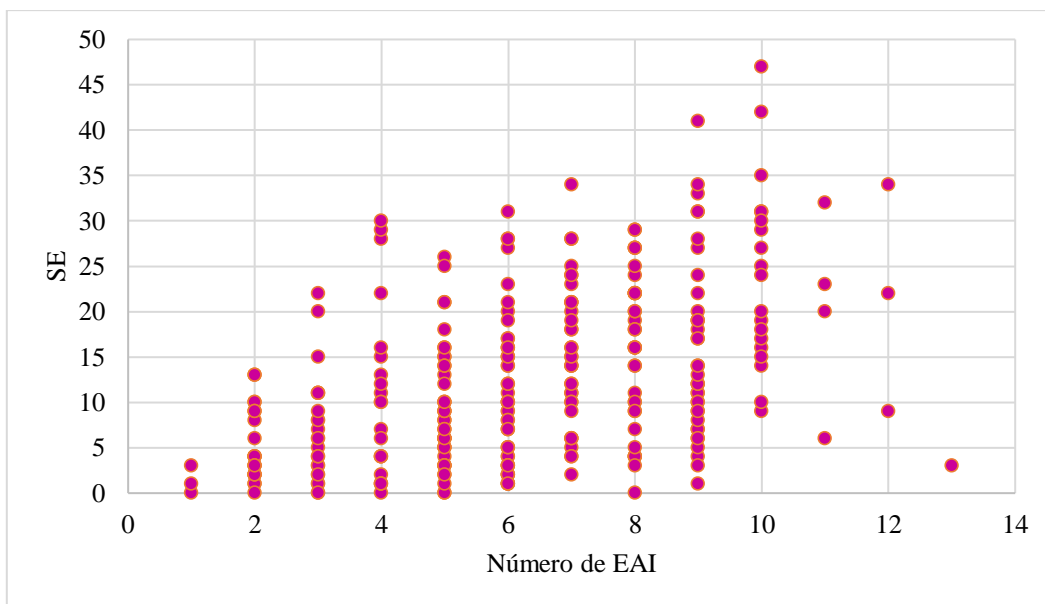
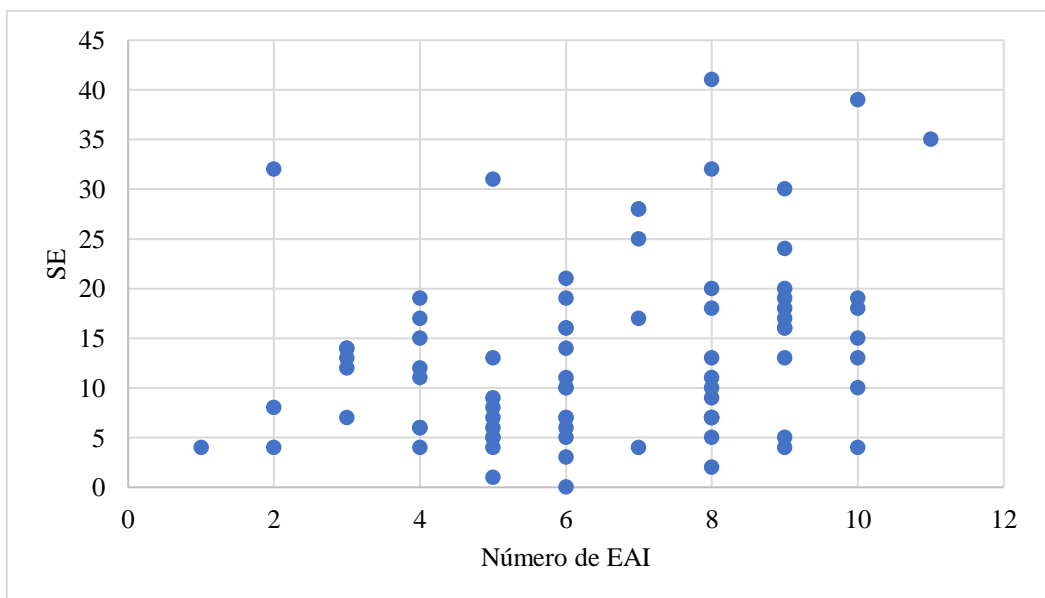


Figura 18

Relación entre el número de EAI y la SE en hombres



Por otro lado, se realizaron correlaciones entre la frecuencia de las EAI y la SIE. En las mujeres, se encontró una relación positiva entre la frecuencia de las EAI y el puntaje

general de SIE ($r=0.207$, $gl=1/372$, $p<0.01$), entre la frecuencia de EAI y la SI ($r=0.144$, $gl=1/292$, $p<0.01$) y entre la frecuencia de EAI y la SE ($r=0.268$, $gl=1/292$, $p<0.01$). Respecto a los hombres, se encontró una relación positiva entre la frecuencia de EAI y el puntaje general de SIE ($r=0.621$, $gl=1/372$, $p<0.01$) y entre la frecuencia de EAI y la SE ($r=0.397$, $gl=1/292$, $p<0.01$), pero no entre la frecuencia de EAI y la SI ($r=0.026$, $gl=1/77$, $p>0.05$) (ver tabla 15).

Tabla 15

Resumen de correlaciones bivariadas entre EAI y SIE en mujeres y hombres

	Número EAI		Frecuencia EAI	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
SI	$r= 0.393^{**}$	$r= 0.081$	$r= 0.144^*$	$r= 0.026$
SE	$r= 0.475^{**}$	$r= 0.300^{**}$	$r= 0.268^{**}$	$r= 0.397^{**}$
SIE	$r= 0.467^{**}$	$r= 0.207$	$r= 0.207^{**}$	$r= 0.621^{**}$

Usando prueba de correlación de Pearson:

$** p \leq 0.01$

$* p \leq 0.05$

Además, se realizaron análisis de regresión lineal por pasos (ver tabla 16); los análisis en mujeres mostraron que, en orden de importancia, los predictores del puntaje de SIE global son la negligencia ($F=87.12$, $p<0.001$), la violencia comunitaria ($F=63.60$, $p<0.001$), el abuso emocional ($F=48.95$, $p<0.001$), y el abuso sexual ($F=39.73$, $p<0.01$). En el caso de los hombres, solo la violencia colectiva ($F=11.52$, $p<0.01$) y el abuso físico ($F=8.28$, $p<0.05$), aparecen como las EAI predictoras de SIE en ese orden de importancia.

Por otro lado, los análisis en mujeres mostraron que, en orden de importancia, los predictores del puntaje de SI son la negligencia ($F=82.69$, $p<0.001$), la violencia comunitaria ($F=55.21$, $p<0.001$), el abuso sexual ($F=40.24$, $p<0.001$), y los antecedentes familiares de cargos

penales ($F=31.86, p<0.05$). La única EAI predictora de SI para los hombres fue la violencia colectiva ($F=6.42, p<0.01$).

Por último, los análisis en mujeres mostraron que en orden de importancia, los predictores del puntaje de SE son, el abuso emocional ($F=66.64, p<0.001$), la negligencia ($F=45.59, p<0.001$), la violencia comunitaria ($F=36.79, p<0.001$), el bullying ($F=31.13, p<0.01$), el divorcio o separación de los padres ($F=26.42, p<0.01$), y el consumo de sustancias en el hogar ($F=23.07, p<0.05$). Para los hombres, las EAI que aparecen como predictoras de SE son el abuso físico como primer predictor ($F=16.34, p<0.01$), y la violencia colectiva como segundo predictor ($F=11.29, p<0.05$).

Tabla 16

Análisis de regresión lineal por pasos para cada tipo de sintomatología en mujeres y hombres

Regresión lineal por pasos para SIE					
Sexo	#Predictor	EAI	R	R ²	F
Mujeres	1	Negligencia	0.479***	0.230	87.12
	2	Violencia comunitaria	0.552***	0.304	63.60
	3	Abuso emocional	0.580***	0.336	48.95
	4	Abuso sexual	0.596**	0.355	39.73
Hombres	1	Violencia colectiva	0.361**	0.130	11.52
	2	Abuso físico	0.423*	0.179	8.28
Regresión lineal por pasos para SI					
Mujeres	1	Negligencia	0.470***	0.221	82.69
	2	Violencia comunitaria	0.525***	0.275	55.21
	3	Abuso sexual	0.542***	0.294	40.24
	4	Antecedentes familiares de cargos penales	0.553*	0.306	31.86
Hombres	1	Violencia colectiva	0.278**	0.077	6.42
Regresión lineal por pasos para SE					
Mujeres	1	Abuso emocional	0.431***	0.186	66.64
	2	Negligencia	0.488***	0.239	45.59

	3	Violencia comunitaria	0.525***	0.276	36.79
	4	Bullying	0.549**	0.301	31.13
	5	Divorcio o separación padres	0.561**	0.315	26.47
	6	Consumo de sustancias en el hogar	0.570*	0.325	23.07
Hombres	1	Abuso físico	0.418**	0.175	16.34
	2	Violencia colectiva	0.479*	0.229	11.29

Nota. Se estableció el puntaje de SIE, SI y SE como variables dependientes, y las EAI como variables independientes.

*** $p \leq 0.001$

** $p \leq 0.01$

* $p \leq 0.05$

Discusión

El objetivo general de esta investigación fue conocer si existe relación entre las EAI, los estilos de apego y la SIE en los adultos jóvenes. Nuestros principales resultados indican que, con lo que respecta a nuestra muestra, más del 80% experimentaron cuatro o más EAI, siendo la negligencia, la violencia intrafamiliar, la violencia comunitaria y el abuso emocional las más frecuentes. Más del 60% de los adultos jóvenes presentaron un apego inseguro y alrededor del 35% de los sujetos presentaron puntajes clínicos de SI y SE. Se encontraron relaciones positivas entre el número de EAI y el apego inseguro ambivalente, el apego inseguro evitativo, la SIE, la SI y la SE; y una relación negativa con el apego seguro. Respecto a la frecuencia de EAI, se encontraron relaciones positivas con el apego inseguro ambivalente, con el apego inseguro evitativo, con la SIE, la SI y la SE; y no se encontró relación con el apego seguro. Los principales predictores para presentar SIE fueron la negligencia, el abuso emocional, el abuso sexual y la violencia colectiva.

El porcentaje de sujetos que reportaron haber experimentado cuatro o más EAI (80%) es consistente con otros estudios regionales (De Anda et al., 2021), pero bastante elevado en comparación con estudios internacionales quienes reportan estadísticas más bajas, por

ejemplo del 12.5% para cuatro o más EAI (Anda et al., 2006; Edwards et al., 2003), estos datos nos proporcionan una perspectiva más amplia de las problemáticas emergentes en la región y dan luz a la realidad a la cual se enfrentan los jóvenes en México, una realidad distinta a la experimentada en otros países donde se han desarrollado la mayoría de las investigaciones en EAI.

La negligencia u omisión de cuidados es la EAI más frecuente en esta población. Todos los adultos jóvenes percibieron que al menos alguna vez en su vida no fueron atendidas sus necesidades físicas y/o emocionales por parte de sus padres o cuidadores. Diversos estudios describen las consecuencias a largo plazo que el descuido o la desatención a edades tempranas ocasiona, repercutiendo mayormente en la salud mental, en la conducta del individuo y en su funcionamiento cognitivo (Gould et al., 2012; Cansado y Álvarez, 2020; Lantrip et al., 2021). En este sentido, también llaman la atención los altos índices de maltrato infantil (emocional, físico y sexual) encontrados, proporciones similares a las expuestas por De Anda y colaboradores (2021) donde este tipo de EAI es de las de mayor ocurrencia en la región. Es sabido que pueden ser diversas las circunstancias que predispongan o favorezcan el maltrato infantil, desde tener padres con una historia de malos tratos en la infancia, los estilos de crianza, las problemáticas de salud mental familiar, las situaciones económicas y sociales desfavorables, entre otros (Moreno, 2006). Aunado a esto, la prevalencia de violencia intrafamiliar y violencia comunitaria nos habla del tipo de espacios sociales y de la dinámica familiar en la que se han desarrollado los jóvenes en su niñez y adolescencia, espacios hostiles donde las manifestaciones de violencia son recurrentes.

Las consecuencias del maltrato infantil y en general de las EAI han sido ampliamente estudiadas, desde afectaciones en la salud física como mayor predisposición a enfermedades

como la diabetes, síndrome de fatiga crónica, enfermedad pulmonar y gastrointestinal, desnutrición, derrame cerebral, cáncer, bronquitis crónica, ataques al corazón, migraña, artritis, daño cerebral, problemas de espalda y presión arterial alta (Widom, Czaja, Bentley y Johnson, 2012; Monnat y Chandler, 2015, McCrory et al., 2015), hasta cambios estructurales en el SNC (Amores y Mateos, 2017; Carbajal-Valenzuela, 2021) que a su vez provocan alteraciones en la salud mental, por ejemplo dificultades en el establecimiento de vínculos afectivos, inseguridad, baja autoestima, depresión, aplanamiento emocional, dificultades para experimentar placer, desorganización de la conducta, hipervigilancia, bajo rendimiento académico y mayor probabilidad de presentar trastornos más graves como el trastorno de estrés postraumático (Barcelata y Álvarez, 2005).

El estilo de apego predominante en los participantes es el apego inseguro, con aproximadamente el mismo nivel de ocurrencia en sus dos variantes; esto significa que la mayoría de los sujetos perciben y percibieron en su infancia (Moneta, 2014) ya sea, miedo y preocupación constante por ser abandonado, una intensa ansiedad de separación de sus seres queridos y una excesiva preocupación por las figuras de apego actuales (apego inseguro ambivalente), o el rechazo hacia los sentimientos de dependencia y reciprocidad afectiva y rencor hacia los seres queridos (apego inseguro evitativo), y poca o nula percepción de sentirse y haberse sentido querido por sus padres, pudiendo confiar en ellos y sabiendo que están disponibles cuando se les necesite, es decir, una ausencia de apego seguro. Estos resultados son distintos a los presentados por el meta-análisis realizado por Bakermans-Kranenbourg y van Ijzendoorn (2009) con adolescentes, considerado el *gold standard* de la distribución de estilos de apego, que reporta una distribución de 52% apego seguro, 13% apego inseguro ambivalente y 35% apego inseguro evitativo, así como con otros estudios en

países extranjeros donde el apego seguro es el predominante (Lacasa y Muela, 2014). Estas diferencias resaltan las necesidades afectivas con las que los adultos jóvenes han crecido.

El apego o las relaciones de apego pueden influir tanto como un factor protector o como un factor de riesgo para presentar problemáticas de salud mental a lo largo de la vida; cuando los cuidadores primarios que fungen como figuras de apego de un niño o niña no poseen la suficiente sensibilidad para responder a tiempo y de manera adecuada a las demandas del menor, y hay una falta de receptividad y sincronía para atender y cuidar a sus hijos, los vínculos de apego se conforman de manera inadecuada conformando lo que llamamos apegos inseguros (De Anda y Carbajal-Valenzuela, en prensa).

Los índices de SIE indican que la SI tiene mayor prevalencia en ambos sexos en comparación a la SE, y hablando de los síndromes que la componen, el síndrome ansioso-depresivo y el síndrome de quejas somáticas son los de mayor prevalencia en ambas poblaciones. Bianchi y colaboradores (2022) realizaron un estudio epidemiológico en distintos países del mundo que analiza los niveles de SIE en sus poblaciones encontrando cifras, según los autores, sumamente elevadas en la mayoría de los síndromes de la SIE. Por ejemplo, para USA la prevalencia clínica de los síndromes depresivo-ansioso fue de 17.9%, para retraimiento de 23.8% y para quejas somáticas de 18.4%, resultados similares a los de nuestra muestra donde encontramos que las mujeres reportan 23%, 19.6% y 25.7% respectivamente. De la misma manera, para países de América Latina como Brasil, los índices de conducta agresiva fueron de 20.2%, para conducta de romper normas de 20.6% y conducta intrusiva de 24.7%, puntajes por arriba de la proporción de universitarios que en nuestra muestra presentaron esos síndromes. Cabe aclarar que los datos de este estudio

reportan porcentajes de una prevalencia general sin distinguir el sexo de los participantes, sin embargo, consideramos nos ofrecen una medida comparativa valiosa con nuestro estudio.

Asociación entre las EAI y el apego

Los resultados correlacionales indican que existe una asociación negativa entre el número de EAI y el apego seguro, es decir, a mayor número de EAI menor probabilidad de presentar un apego seguro, lo que confirmaría nuestra primera hipótesis de trabajo. Por otro lado, se encontraron asociaciones positivas entre el número y la frecuencia de EAI y el apego inseguro ambivalente y el inseguro evitativo, lo que también confirmaría la hipótesis; a mayor número y frecuencia de EAI, mayor probabilidad de presentar un apego inseguro. Estos resultados son congruentes con investigaciones que establecen que experimentar adversidad en la infancia influye en la presencia de un apego inseguro en la vida adulta (Muela et al., 2012; Thompson y Jaque, 2017) y otros estudios que proponen que uno de los factores base para la formación de un apego inseguro es haber vivido en un ambiente tóxico relacionado con conductas de violencia, maltrato físico, psicológico y negligencia (Corral, 2017).

Asociación entre las EAI y la SIE

Las correlaciones en nuestro estudio señalan una asociación positiva entre el número y la frecuencia de EAI y la SIE, la SI y la SE, lo que confirma la hipótesis de esta investigación que plantea que, existe una relación positiva entre el número y la frecuencia de adversidad en la infancia, y la probabilidad de presentar problemas de internalización y externalización. Estos datos coinciden con los resultados de múltiples investigaciones en torno a las consecuencias que las EAI ocasionan en la salud mental a lo largo de la vida,

manifestada en problemas de ansiedad, depresión, somatización, problemas de conducta como el control de ira y el rompimiento de normas (Thyberg et al., 2022; Bevilacqua et al., 2021; Muñiz et al., 2019; Grasso et al., 2016).

Los avances en el estudio del desarrollo de la infancia y adolescencia han dado a conocer que en estas etapas de la vida se atraviesa por periodos sensibles del desarrollo en los que los sistemas biológicos son especialmente moldeables por las influencias del entorno, lo que hace que diversos sistemas y órganos, como el cerebro, sean vulnerables a experiencias negativas. La investigación indica que la exposición severa, prolongada e intensa a experiencias de adversidad en edades tempranas de la vida se asocia con resultados negativos para la salud a largo plazo (Felitti, 2009; Taylor, 2010, Carbajal-Valenzuela, 2021). La literatura explica que estas consecuencias son ocasionadas por una desregulación de la respuesta fisiológica al estrés, y cuando estos periodos sensibles de desarrollo están expuestos a estresores constantes y sin factores protectores adecuados, como vínculos de cuidado sanos y seguros, pueden provocar una desregulación duradera en la respuesta del organismo al estrés, volviéndose crónica y desadaptativa (Shonokoff et al., 2009, Bucci et al., 2016).

Una respuesta adecuada o positiva al estrés ocurre cuando el organismo regresa a un estado de homeostasis, mientras que el llamado estrés crónico o tóxico se caracteriza por una activación prolongada de respuestas a un estresor que producen una alteración en la producción de hormonas y neurotransmisores, desregulando el circuito inmunitario neuroendocrino e hiperactivando los Ejes Simpático-Adrenomodular (SAM) y el Hipotalámico-Hipofisario-Adrenal (HHA) produciendo cambios en la arquitectura cerebral (principalmente en la amígdala, el hipotálamo y el tronco encefálico) y en diversos órganos

(Bucci et al., 2016). A su vez, estos cambios estructurales del SNC se pueden manifestar en psicopatología a través del tiempo (Barcelata y Alvarez, 2005).

Por otro lado, se realizaron análisis de regresión lineal por pasos para explorar los factores de riesgo para que los adultos jóvenes presenten SIE, encontrando principalmente la negligencia, el abuso emocional y el abuso sexual como predictores de ambas sintomatologías; los principales predictores para SI son la negligencia, el abuso sexual, la violencia colectiva y la violencia intrafamiliar, y para SE el abuso emocional, el bullying, la violencia comunitaria, la separación de los padres y el consumo de sustancias.

Un estudio realizado por Muñoz et al. (2019) con 30,909 jóvenes norteamericanos que evaluaba el impacto de cada EAI en el riesgo de presentar SIE, encontró que el factor más pertinente para predecir SE es el abuso emocional, junto con la negligencia y el consumo de sustancias que también predijeron este tipo de sintomatología. En el mismo estudio, el abuso sexual fue un factor de riesgo para presentar SI, y otros estudios también reportan la violencia intrafamiliar como predictor para este tipo de síntomas (Pérez, 2016). Todos estos resultados son consistentes con los encontrados en nuestro estudio, y aunque el nivel de influencia de cada predictor fue distinto al de nuestra muestra, podemos coincidir en los tipos de EAI que tienen un vínculo más fuerte con cada una de las sintomatologías.

Se puede observar que la EAI que representa un predictor en común para presentar todos los tipos de SIE es la negligencia; estudios han determinado que la negligencia es el tipo de maltrato infantil más prevalente pero menos estudiado empíricamente (De Bellis, 2005), y a pesar de que la mayoría de las investigaciones se han centrado en el estudio de este fenómeno a edades tempranas, existen estadísticas de que la omisión de cuidados es aún más frecuente conforme se avanza de edad, además, se ha encontrado relacionada con otro

tipo de victimizaciones por lo que experimentarla aumenta el riesgo de presentar también otros tipos de adversidad (Turner et al., 2019). Estos datos remarcan la importancia de identificar tempranamente aquellos sujetos con mayor riesgo de ser víctimas de múltiples formas de adversidad, así como de la implementación de intervenciones centradas en acompañar a los padres para entrenarlos en habilidades parentales que reduzcan la negligencia y en proporcionarles información sobre las necesidades de los menores.

Con estos datos podemos conformar no solo que los resultados de nuestra investigación son similares a los presentados por nuestro antecedente más cercano (De Anda et al., 2021) sino que la presencia de EAI y de SIE parece mantenerse a lo largo de las dos etapas de vida exploradas por el equipo de investigación: adolescentes tardíos y adultos jóvenes.

Diferencias de género en las EAI, el apego y la SIE

Otro de los resultados de esta investigación da a conocer las diferencias entre hombres y mujeres respecto a la relación entre las EAI, el apego y la SIE, si estas diferencias se mantienen en los adultos jóvenes, así como explorar la relación entre las EAI y una gama más amplia de sintomatologías, dado que nuestro antecedente más directo así lo hizo. Nuestros principales resultados fueron que, en lo que respecta a nuestra muestra, no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto al número o frecuencia de las EAI en conjunto. Sin embargo, la frecuencia con que reportaron abuso sexual y bullying en las mujeres fue mayor en comparación con los hombres, y la frecuencia con la que reportaron violencia comunitaria y abuso físico en los hombres fue mayor que las mujeres. Las mujeres reportan en promedio mayores puntajes en SI y en el síndrome de quejas somáticas (parte de SI) y los hombres en los síndromes de conducta de romper normas y conducta intrusiva (parte

de SE). El género femenino está asociado con presentar puntajes clínicos en el síndrome de quejas somáticas y en la SE en general. En las mujeres existe una correlación positiva entre el número y la frecuencia de EAI y la SIE de forma global, la SI y la SE, mientras que en los hombres solo se encontraron correlaciones significativas entre el número de EAI y SE, y entre la frecuencia de EAI y SE y SIE. Finalmente, en las mujeres muchas de las EAI son predictoras de los puntajes en SIE, especialmente la negligencia, la violencia comunitaria, el abuso emocional y el abuso sexual, mientras que en los hombres solo aparecen como predictores la violencia colectiva y el abuso físico. Confirmando que en los adultos jóvenes al igual que en los adolescentes (De Anda et al., 2021) las EAI se relacionan con la sintomatología de la vida adulta de distinta manera en mujeres que en hombres.

Los datos del estudio actual indican que no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres en el número de EAI y en las EAI acumuladas (menos de cuatro o cuatro o más), resultados distintos a otros estudios internacionales que encuentran mayor prevalencia de EAI acumuladas en mujeres (Felitti et al., 1998; Kim, 2017; Mersky et al., 2021), aunque hay algunos que reportan mayor prevalencia de EAI en hombres (Almuneef et al., 2017; El Mhamdi et al., 2017). Pensamos que estas diferencias pueden ser explicadas por variaciones culturales y regionales y diferencias con respecto a la edad y características de los participantes, pues recordemos que la muestra de este trabajo estuvo compuesta predominantemente por mujeres y específicamente por adultos jóvenes universitarios, lo que podría no ser representativo de las diferencias de género.

Al explorar la frecuencia con que se presentan las EAI analizadas, encontramos que todas y todos los adultos jóvenes reportan haber experimentado negligencia u omisión de cuidados, resultados consistentes con los presentados por De Anda et al. (2021) que reportan

una prevalencia del 87%. Esta percepción se mantiene en ambos grupos de edad; y con otros estudios que reportan la negligencia como una de las EAI con mayor ocurrencia (Moreno, 2002; Lee et al., 2017).

Las mujeres informaron que durante la infancia sufrieron de abuso sexual y de bullying más que los hombres, estadísticas congruentes a las presentadas por otras investigaciones, donde las EAI relacionadas con el abuso infantil (por ejemplo, el abuso sexual) tiende a presentarse en mayor medida en población femenina que en masculina (Winstanley et al., 2020; Liu et al., 2013; Alegria et al., 2013). Por su parte, los varones experimentaron mayores índices de abuso físico y violencia comunitaria en comparación con las mujeres, y esto es similar a lo encontrado por otros estudios incluso internacionales, como por ejemplo el de El Mhamdi et al. (2017) donde las EAI que se manifiestan fuera del hogar, como la violencia comunitaria, parecen tener mayor prevalencia.

El hecho de que las mujeres reporten mayores puntajes en SI y en el síndrome de quejas somáticas en comparación con los hombres, indica la consistencia de nuestros resultados con la literatura internacional existente que demuestra que entre las mujeres que experimentaron adversidad en la infancia, existe un riesgo elevado de presentar problemáticas psicológicas de internalización, como síntomas depresivos, ansiedad y quejas somáticas, en especial si lo comparamos con los hombres (Almuneef et al., 2017; Alegria et al., 2013; Fisher et al., 2009; Kroenke y Spitzer, 1998). De la misma forma, la prevalencia en los varones de los síndromes de conducta de romper normas y conducta intrusiva son mayores que en el sexo femenino, confirmando que, como indican las investigaciones, las conductas de externalización tienden a reportarse con mayor frecuencia en población masculina (Alarcón y Bárrig, 2015; Verhulst et al., 2003). Esta investigación permitió abrir

el panorama respecto al antecedente más directo (De Anda et al., 2021) que solo exploró sintomatología depresiva y consumo de sustancias, identificando áreas en las que se ven reflejadas las consecuencias de haber experimentado EAI por parte de los hombres.

Los análisis indican que, para las mujeres, conforme aumenta el número y la frecuencia de EAI, aumenta también el riesgo de presentar sintomatología internalizante y externalizante; en el caso de los hombres, parece que el número y la frecuencia de EAI solo se relaciona con mayores índices de sintomatología externalizante. Con estos datos podemos confirmar que, en los adultos jóvenes, si existen diferencias de género en la forma en cómo se expresan los efectos de la adversidad en la vida adulta. Se puede observar que, para el género femenino, las consecuencias no solo se manifiestan en SI como se reporta en la literatura (De Anda et al., 2021), sino que también en SE cuando se explora una mayor gama de sintomatología.

Finalmente, la prueba de regresión lineal permitió identificar que tanto las EAI que ocurren dentro del entorno familiar, como aquellas que ocurren fuera en el entorno social, afectan de igual manera a las mujeres, quienes presentan una gama más amplia de predictores en comparación con los hombres, quienes se ven mayormente afectados por la violencia física y colectiva. Esto podría significar que, aunque en general las mujeres no están expuestas a mayor adversidad que los varones, muchas de las EAI exploradas en este estudio tienen en ellas un efecto más profundo y duradero, de manera que su presencia nos permite predecir con mayor certeza la aparición de SIE, esto en comparación con los hombres. En estos últimos, las EAI que predicen SIE son pocas y están bastante delimitadas; lo que nos lleva a generar nuevas preguntas de investigación, por ejemplo, ¿qué determina el tipo de EAI que deja una huella en la psique y por qué esto es distinto entre hombres y mujeres?

Una de las explicaciones que pueden dar respuesta a estos cuestionamientos son las diferencias en los sistemas neurohormonales entre mujeres y hombres. Estudios con roedores han permitido explicar cómo las glándulas gonadales tienen un papel esencial en la respuesta al estrés; la actividad del Eje HHA se ve reducida cuando los índices de testosterona aumentan y esto promueve la supresión de corticosterona. A partir de la adolescencia, los niveles de hormonas gonadales cambian, esto impacta en la modulación de ciertos neurotransmisores involucrados en la regulación del eje HHA, los hombres tienen mayor producción de testosterona y al parecer una respuesta más favorable en la reducción de la actividad del HHA, mientras que las mujeres muestran una respuesta cambiante, que depende del ciclo menstrual y los niveles de estrógeno y progesterona que presentan (Goel y Bale, 2008; Bale y Epperson, 2015).

Consideramos que, el hecho de que las mujeres presenten una gama más amplia de factores de riesgo para presentar SIE en comparación con los hombres también puede explicarse desde el contexto social. Históricamente el rol de la mujer era reducido a la crianza y el cuidado del hogar; según Madrigal et al. (2019), esta percepción limitada se ha mantenido debido a diversas ideologías, que han provocado represión y violencia hacia las mujeres que las ha colocado en situaciones de vulnerabilidad económica, social y psicológica; esta última puede entenderse como aquel conjunto de factores o características que pueden predisponer, desencadenar o aumentar la probabilidad de desarrollar una afectación en la salud mental en una persona (Sivak, 2008). Aún en la actualidad, la exposición a escenarios de conflicto y riesgo social como la pobreza, el desempleo, la discriminación de género, el bajo nivel educativo, la violencia familiar y la explotación sexual, afectan principalmente a las mujeres (Franco et al., 2011).

Los resultados expuestos demarcan algunas de las diferencias de género en términos de EAI y los factores de riesgo asociados a presentar SIE. En general, estos hallazgos destacan la necesidad de desarrollar estrategias preventivas para abordar las EAI en etapas tempranas de la vida, para promover conductas de crianza saludables y espacios sociales y comunitarios libres de violencia. A su vez, señalan la necesidad de realizar acciones diferenciadas por sexo y a nivel regional, para solventar la vulnerabilidad especialmente del género femenino, tales como aumentar el acceso a programas que mejoren las destrezas de las niñas, jóvenes y mujeres para manejar el estrés, resolver conflictos, reducir la violencia y encontrar caminos hacia la resiliencia; y apoyar los programas comunitarios y las políticas que proporcionan condiciones seguras y saludables para todas las y los niños y las familias.

Diferencias de género en las EAI y los estilos de apego

Con respecto al tipo de apego, en primer lugar, los resultados muestran que, tanto en las mujeres como en los hombres evaluados, existe el predominio de los estilos de apego inseguro por sobre los seguros, resultados consistentes con estudios realizados en población latina que muestran resultados similares (Guzmán y Trabucco, 2014). Posteriormente, no se encontraron diferencias significativas entre mujeres y hombres en el estilo de apego que cada uno presenta, hallazgos similares a los encontrados por Pérez-Aranda y colaboradores (2019) que también trabajan con adultos mexicanos (adulthood temprana y media) y en los que analizaron los estilos de apego, encontrando que no existen diferencias significativas de género en el apego que presentan los participantes. Aunque culturalmente y según las medidas de apego, los hombres tienden a categorizarse como más evitantes y resistentes que las mujeres, y a las mujeres como más preocupadas o ansiosas que los hombres (Feeney y Noller, 2001), estadísticas obtenidas de estudios realizados a grandes muestras de adultos

de diferentes culturas han encontrado que los estilos de apego suelen ser similares para hombre y mujeres en sociedades con ambientes reproductivos de alto estrés, alta fertilidad y en vías de desarrollo (Schmitt et al., 2003), como puede ser el caso de la cultura mexicana.

Los análisis de correlación indican que, para las mujeres, conforme aumenta el número y la frecuencia de EAI, aumenta también el riesgo de presentar apego inseguro ambivalente e inseguro evitativo; en el caso de los hombres, parece que solo el número de EAI se relaciona con mayor riesgo de presentar un apego evitativo. De la misma forma, tanto para hombres como para mujeres, cuando el número de EAI disminuye, aumenta la probabilidad de presentar un apego seguro. Si bien no se han encontrado estudios que asocien estas variables por género, sí se han encontrado investigaciones en poblaciones de adultos con estudios universitarios que han reportado una fuerte relación entre el aumento y exposición de EAI y una mayor inseguridad en el apego (Thomson y Jaque, 2017) y otros estudios donde las EAI se correlacionan positivamente con el apego ansioso (no se realizaron análisis por género) y donde la población femenina reporta índices más altos de EAI y de apegos ansiosos a comparación de los hombres y estas diferencias son estadísticamente significativas (Lin et al., 2020), datos que pueden asemejarse a los resultados encontrados en población femenina.

Limitaciones del Estudio

Este estudio tiene distintas limitantes, entre las que consideramos más importantes están las relacionadas al número de los participantes, por la cantidad menor de hombres que de mujeres que conforman la muestra, además de ser una muestra no probabilística. Además, incluir solo a estudiantes universitarios sesga los resultados a un tipo de población que no es

necesariamente representativa del país pues continúa siendo una minoría, el hecho de que un o una joven pueda acceder a educación superior nos habla de los recursos materiales, cognitivos, emocionales y apoyos con los que ha contado a lo largo de su vida. Por otro lado, el uso de cuestionarios de auto-reporte puede ser limitante porque requiere de quienes responden cierta capacidad de reflexión y pueden ser influenciados por respuestas socialmente deseables; además, preguntar por cuestiones del pasado que pueden tener una carga emocional importante, puede tener a distorsionar los recuerdos acerca de cómo en realidad sucedieron los hechos, por lo que los resultados se deben manejar como una mera percepción e interpretación que los jóvenes hacen de los mismos.

Conclusiones

Este estudio permitió entender la relación entre lo vivido en la infancia y las consecuencias que esto tiene en la salud mental de los adultos jóvenes:

- El 85% de los adultos jóvenes presentan más de cuatro EAI.
- La negligencia, la violencia intrafamiliar, la violencia comunitaria y el abuso emocional son las EAI más frecuentes en los participantes.
- El 63% de los universitarios presentan un apego inseguro.
- El 32.3% de las mujeres y el 22.7% de los hombres presentan SI, y el 15.3% de las mujeres y el 3.7% de los hombres presentan SE.
- Existe una relación negativa entre el número de EAI y el apego seguro.
- Existe una relación positiva entre en número y la frecuencia de EAI y el apego inseguro ambivalente y el apego inseguro evitativo.

- Se encontró una relación positiva entre el número y la frecuencia de EAI y la SIE, la SI y la SE.
- Los principales predictores para presentar SIE, SI y SE son la negligencia, el abuso emocional y el abuso sexual.

Referente a los análisis de diferencias de género, podemos concluir:

- El 83.7% de las mujeres y el 88.6% de los hombres han experimentado cuatro o más EAI.
- De forma global, no existen diferencias en el número y la frecuencia de EAI entre mujeres y hombres.
- La negligencia, el abuso emocional, la violencia intrafamiliar y la violencia colectiva son las EAI con más prevalencia en ambos sexos.
- Las mujeres presentan mayores puntajes en frecuencia de abuso sexual y bullying, en SI y quejas somáticas y más mujeres entran en la clasificación clínica de SE y quejas somáticas, en comparación con los hombres.
- Los hombres presentan mayores puntajes en frecuencia de abuso físico y violencia comunitaria, y en la conducta de romper normas y conducta intrusiva, en comparación con las mujeres.
- El 60.6% de las mujeres y el 73.4% de los hombres presentan un apego inseguro.
- Existe una relación negativa entre el número de EAI y el apego seguro tanto para mujeres como para hombres.
- En las mujeres, existe una relación positiva entre el número y la frecuencia de EAI y el apego inseguro ambivalente y evitativo, mientras que en los hombres solo se encontró relación positiva entre el número de EAI y el apego inseguro evitativo.

- En las mujeres, existe una relación positiva entre el número y la frecuencia de EAI y la SIE, entre el número y la frecuencia de EAI y la SI, y entre el número de EAI y la SE mientras que, en los hombres, existe una relación positiva entre el número de EAI y la SE, entre la frecuencia de EAI y la SIE y entre la frecuencia de EAI y la SE.
- Las principales EAI predictoras de SIE en el sexo femenino son la negligencia, la violencia comunitaria, el abuso emocional y el abuso sexual, mientras que en los varones son el abuso físico y la violencia colectiva.

En general, los resultados de esta investigación aportan información valiosa acerca del contexto familiar y social y los factores de riesgo a lo que los niños, niñas, adolescentes y jóvenes están expuestos en la región, y las consecuencias que estos acarrearán a su salud mental. Podemos confirmar como un historial de experiencias de adversidad en la infancia, manifestada principalmente en negligencia y otros tipos de maltrato infantil, conducen a la presencia de apegos inseguros y a problemas de internalización y externalización en la adultez temprana. Datos como estos, tan concretos y aterrizados en el contexto nacional, aportan no solo al conocimiento de una problemática por demás estudiada, sino que dan luz a la implementación de estrategias y planes de acción específicos que vayan desde la promoción y prevención del cuidado infantil, hasta intervenciones estructuradas e individualizadas en casos graves de maltrato.

Referencias

Achenbach, T. M., Edelbrock, C., y Howell, C. T. (1987). Empirically based assessment of the behavioral/emotional problems of 2-and 3-year-old children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(4), 629-650. <https://doi.org/10.1007/BF00917246>

- Achenbach, T. M., y Rescorla, L.A. (2003). Manual for the ASEBA Adult Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth, & Families.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A study of the strange situation*. Hillsdale
- Alarcón, D. y Bárrig, P. (2015). Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *LIBERABIT*, 21(2), 253-259.
- Alegria, A. A., Blanco, C., Petry, N. M., Skodol, A. E., Liu, S. M., Grant, B., y Hasin, D. (2013). Sex differences in antisocial personality disorder: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Personality disorders*, 4(3), 214–222. <https://doi.org/10.1037/a0031681>
- Almenares, M., Louro, I., y Ortiz, M. T. (1999). Comportamiento de la violencia intrafamiliar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(3), 285-292. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421251999000300011&lng=es&tlng=es
- Almuneef, M., ElChoueiry, N., Saleheen, H. N. y Al-Eissa M. (2017). Gender-based disparities in the impact of adverse childhood experiences on adult health: findings from a national study in the Kingdom of Saudi Arabia. *International Journal for Equity Health* 16(90). <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0588-9>
- Amar, J., y Berdugo, M. (2006). Vínculos de apego en niños víctimas de la violencia intrafamiliar. *Psicología desde el Caribe*, (18), 1-22. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21301802>
- Amores, A. y Mateos, R. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa*, 23, 81-88. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pse.2017.05.006>
- Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R., y Williamson, D. F. (2002). Adverse Childhood Experiences, Alcoholic Parents, and

Later Risk of Alcoholism and Depression. *Psychiatric Services*, 53(8), 1001–1009.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.8.1001>

Anderson C. M., Teicher M. H., Polcari A. y Renshaw P. F. (2002). Abnormal T2 relaxation time in the cerebellar vermis of adults sexually abused in childhood: potential role of the vermis in stress-enhanced risk for drug abuse. *Psychoneuroendocrinology*, 27(1-2):231-244. [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(01\)00047-6](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(01)00047-6)

Bakermans-Kranenburg, M. J. y van Ijzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11(3), 223-263. <https://doi.org/10.1080/14616730902814762>

Bale, T. L. y Epperson, C. N. (2015). Sex differences and stress across the lifespan. *Nature Neuroscience*, 18(10), 1413-1420. <https://doi.org/10.1038/nn.4112>

Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23, 486-494. https://www.researchgate.net/publication/303299226_Guia_para_la_aplicacion_e_interpretacion_del_cuestionario_de_apego_CaMir-R

Barcelata, B. & Álvarez, I. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta Colombiana de Psicología*, 8(1), 35-46. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0123-91552005000100003

Bevilacqua, L., Kelly, Y., Heilmann, A., Priest, N. & Lacey, R. E. (2021). Adverse childhood experiences and trajectories of internalizing, externalizing, and prosocial behaviors from childhood to adolescence. *Child Abuse & Neglect*, 112. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104890>

Bianchi, V., Rescorla, L., Rosi, E., Grazioli, S., Mauri, M., Frigerio, A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Csemy, L., Decoster, J., Fontaine, J. R. J., Funabiki, Y., Ndeti, D. M., Ja Oh, K., da Rocha, M. M., Simulioniene, R., Sokoli, E., Molteni, M. & Nobile, M. (2022). Emotional Dysregulation in Adults from 10 World Societies: An

- Epidemiological Latent Class Analysis of the Adult-Self-Report. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 22(2).
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100301>
- Bick, J., & Nelson, C. A. (2016). Early Adverse Experiences and the Developing Brain. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 41(1), 177–196. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.252>
- Blanco, M. A. y Higes, A. I. (2019). Estudio de la relación entre eventos traumáticos precoces, problemas de apego y psicopatología en pacientes en tratamiento en equipo de salud mental (Tesis de licenciatura, Universidad de Valladolid). Repositorio Documental – Universidad de Valladolid.
- Bowlby, J. (1954). Los vínculos maternos y la salud mental. Monografía. Organización Mundial de la Salud.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss -- 1: Attachment*. Basic Books
- Bowlby, J. (1980). *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*. Editorial Paidós.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Ediciones Morata.
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura*. Editorial Paidós
- Bowlby, J. (2009). *Una Base Segura Aplicaciones Clínicas De Una Teoría De Apego* (1.^a ed.). Editorial Paidós.
- Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual review of psychology*, 53, 371–399.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135233>
- Bucci, M., Marques, S. S., Oh, D., Harris, N. B. (2016). Toxic Stress in Children and Adolescents. *Advances in pediatrics*, 63, 403-428.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.002>

- Camps, S., Castillo, J. y Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y salud*, 25, 67-64. <http://dx.doi.org/10.5093/cl2014a6>
- Cánepa, E. T. (2016). Recuerdos de la infancia. Las experiencias tempranas y la epigenética. *Química viva*, 15(1),13-19. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86347589004>
- Cansado, F. J. y Álvarez, M. (2020). Consecuencias de la negligencia infantil: una revisión sistemática. Tesis de licenciatura: Universidad de la laguna. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/19669/Consecuencias%20de%20la%20Negligencia%20infantil%20una%20revisión%20sistemática.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cantón, J. y Cortés, M. R. (2014). Teoría y evaluación del apego. En J. Cantón, M. R. Cortés y D. Cantón, *Desarrollo Socioafectivo y de la Personalidad* (17-45). Alianza Editorial.
- Cantón, J., Cortés, M. R. y Cantón, D. (2010). Apego, seguridad en el sistema familiar y actitudes ante la vida. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 251-258. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832325025>
- Capitán, M. y Artigue J. (2020). Estudio y detección de factores de riesgo en la infancia: un estudio retrospectivo a través del cuestionario LISMEN. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 40(137), 93-108. <https://www.redalyc.org/jatsRepo/2650/265063678012/index.html>
- 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.
- Carrillo, S. (1999). Marv Salter Ainsworth (1913-1999). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31(2), 383-386. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=805/80531211>
- Castillo, A., Cleves, D., García, Á. M., Laverde, L., Medina, V., Cortés, H., Ramírez, D. y Dávalos, D. M. (2016). Experiencias adversas de la infancia en una muestra de

- pacientes con enfermedad crónica en Cali-Colombia. *Medicina U.P.B.*, 36(1), 9–15.
<https://doi.org/10.18566/medupb.v36n1.a02>
- Casullo, M. M. y Fernández, M. (2005). Evaluación de los estilos de apego en adultos. *Anuario de investigaciones*, 12, 183-192.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139941018>
- Celedón, J., Barón, B., Elena, M., Miranda, M. y Martínez, P. (2016). Estilos de apego en un grupo de jóvenes con rasgos antisociales y psicopáticos. *Revista Encuentros*, 14(01), 151-165. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5390715>
- Centers for Disease Control and Prevention (2019). Adverse Childhood Experiences (ACEs) Preventing early trauma to improve adult health. <https://www.cdc.gov/vitalsigns/aces/pdf/vs-1105-aces-H.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention (2019). Preventing Adverse Childhood Experiences: Leveraging the Best Available Evidence. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Child Welfare Information Gateway (2019). ¿Qué es el abuso y la negligencia de menores? Reconociendo los indicios y los síntomas. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Children's Bureau.
- Cocoran, M. & McNully, M. (2018). Examining the role of attachment in the relationship between childhood adversity, psychological distress and subjective well-being. *Child Abuse & Neglect*, 76, 297-309. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.012>
- Cooke, J. E., Racine, N., Plamondon, A., Tough, S & Mandigan, S. (2019). Maternal adverse childhood experiences, attachment style, and mental health: Pathways of transmission to child behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, 93, 27-37. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.04.011>
- Corral, V. J. (2017). *La relación entre experiencias tempranas de trauma infantil y comportamiento de riesgo suicida. trabajo realizado desde la teoría del apego, con pacientes de 13 a 18 años que asisten al departamento de salud mental del hospital*

Enrique Garcés durante el año 2016 (Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador). Repositorio de Tesis de Grado y Posgrado - Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Costello, E. J., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 52(10), 1015-1025. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x>

Crouch, E., Strompolis, M., Bennett, K. J., Morse, M., & Radcliff, E. (2017). Assessing the interrelatedness of multiple types of adverse childhood experiences and odds for poor health in South Carolina adults. *Child abuse & neglect*, 65, 204–211. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.007>

De Anda, D. y Carbajal-Valenzuela, C. C. (en prensa). Una propuesta para promover el establecimiento de apegos seguros: la educación inicial.

De Anda, D., Avecilla, G. N. y Carbajal, C. C. (2021). Eventos adversos en la infancia: secuelas en la adolescencia. *Nthe*, 63-69.

De Anda, D., Avecilla, G. N. y Carbajal-Valenzuela, C. C. (2021). Eventos adversos en la infancia: secuelas en la adolescencia. *Nthe*, 63-69.

De Bellis, M. D. (2005). The Psychobiology of Neglect. *Child Maltreatment*, 10(2), 150–172. <https://doi.org/10.1177/1077559505275116>

De Rose, P., Salvaguardia, F., Bergonzini, P., Cirillo, F., Demaria, F., Casini, M. P., Menghini, D., & Vicari, S. (2016). Current Psychopathological Symptoms in Children and Adolescents Who Suffered Different Forms of Maltreatment. *The Scientific World Journal*. <https://doi.org/10.1155/2016/8654169>

Díaz, A. y Esteban, R. (2003). Violencia intrafamiliar. *Gaceta Médica de México*, 139(4). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=4832>

Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community

- Respondents: Results From the Adverse Childhood Experiences Study. *Am J Psychiatry*, 160(8).
- El Mhamdi, S., Lemieux, A., Bouanene, I., Ben Salah, A., Nakajima, M., Ben Salem, K., y al'Absi, M. (2017). Gender differences in adverse childhood experiences, collective violence, and the risk for addictive behaviors among university students in Tunisia. *Preventive medicine*, 99, 99–104. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.02.011>
- Everaerd, D., Gerritsen, L., Rijpkema, M., Frodl, T., van Oostrom, I., Franke, B., Fernández, G., & Tendolkar, I. (2012). Sex modulates the interactive effect of the serotonin transporter gene polymorphism and childhood adversity on hippocampal volume. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 37(8), 1848–1855. <https://doi.org/10.1038/npp.2012.32>
- Feeney, J. y Noller, P. (2001). Apego adulto. Editorial Desclée de Brouwer
- Feeney, J., & Noller, P. (1991). Attachment style and verbal descriptions of romantic partners. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8(2), 187–215. <https://doi.org/10.1177/0265407591082003>
- 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)
- Felitti, V. J. (2009). Adverse Childhood Experiences and Adult Health. *Academic Pediatrics*, 9(3), 131-132. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2009.03.001>
- Fernández, G., de Fernandez, C. A., Troya, E., Raza, C., Valencia, P., Fernandez, M., Valero, N., Marín, C., Giménez, R., Martínez, A. y López, J. (2019). La violencia doméstica: una experiencia adversa significativa con grandes complicaciones en el niño. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(3). <https://search.proquest.com/openview/6f907f24a51017219d8217884deaba7b/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1216408>

- Fisher, H., Morgan, C., Dazzan, P., Craig, T. K., Morgan, K., Hutchinson, G., Jones, P. B., Doody, G. A., Pariante, C., McGuffin, P., Murray, R. M., Leff, J., y Fearon, P. (2009). Gender differences in the association between childhood abuse and psychosis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 194(4), 319–325. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.047985>
- Fleiz, C., Moreno, M., Bustos, M., Oliva, N., Fregoso, D., Villatoro, J., Medina-Mora, M.E. (2013). Me siento triste: ¿Es común estar deprimidos? Resumen Ejecutivo. México DF.: INPRFM, IAPA, AFSEDF. http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/investigaciones/estudiantes_df/Estudiantes%20DF_2012/Factsheet/Mesiento.pdf
- Flórez, M. C., y González, A. A. (2015). Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en Bogotá D.C. durante el año 2011. *Teoría Y Praxis Investigativa*, 8(1), 74 - 91. <https://revia.areandina.edu.co/index.php/Pp/article/view/401>
- Franco, L., Mora, G. M., Mosquera, A. L. y Calvo, V. D. (2011). Planificación familiar en mujeres en condiciones de vulnerabilidad social. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 43(3). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072011000300004
- Gago, J. (2016). Teoría del apego El vínculo. Agintzari S. Coop. de Iniciativa Social. Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar. <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/Teor%C3%ADa-del-apego.-El-v%C3%ADnculo.-J.-Gago-2014.pdf>
- García, A. H., García, C. A. y Orihuela, S. (2019). Negligencia infantil: una mirada integral a su frecuencia y factores asociados. *Acta Pediátrica de México*, 40(4):199-210. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2019/apm194c.pdf>
- Garrido, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80538304>

- Gayá, C., Molero, R. J. y Gil, M. D. (2014). Desorganización del apego y el trastorno traumático del desarrollo (TTD). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 375-383. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851785037>
- Goel, N. y Bale T. L. (2008). Organizational and Activational Effects of Testosterone on Masculinization of Female Physiological and Behavioral Stress Responses. *Endocrinology*, 149(12), 6399–6405. <https://doi.org/10.1210/es.2008-0433>
- González-Pacheco, I., Lartigue, T., y Vázquez, G. (2008). Estudio de casos y controles en un grupo de mujeres embarazadas con experiencias adversas en la infancia y/o adolescencia e infecciones de transmisión sexual. *Salud Mental*, 31, 261–270. <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2008/sam084c.pdf>
- Gould, F., Clarke, J., Heim, C., Harvey, P. D., Majer, M., & Nemeroff, C. B. (2012). The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood. *Journal of Psychiatric Research*, 46(4), 500–506.
- Grasso, D. J., Dierkhising, C.B., Branson, C.E., Ford, C. E. & Lee, R. (2016). Developmental Patterns of Adverse Childhood Experiences and Current Symptoms and Impairment in Youth Referred For Trauma-Specific Services. *J Abnormal Child Psychology*, 44, 871–886. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0086-8>
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of general psychiatry*, 67(2), 113–123. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.186>
- Guzmán, M. y Trabucco, C. (2014). Estilos de Apego y Empatía Diádica en Relaciones de Pareja en Adultos Emergentes. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(3), 61-69. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281943266007.pdf>
- Hein, T. C. y Monk, C. S. (2016). Research Review: Neural response to threat in children, adolescents, and adults after child maltreatment – a quantitative meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12651>

- Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview. Protocol, Method of Analysis, and Empirical Studies. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications (552-598). <https://micpp.org/files/psychotherapy/sroufe-on-attachment/hesse-handbook-article-II.pdf>
- Hewitt, N. (2015). *Predicción de los problemas de banda ancha y banda estrecha mediante la integración de los modelos transaccional, cognitivo social y de regulación emocional* (Tesis doctoral, Universidad de Granada). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=56192>
- Horno, P. (2014). Apego y adolescencia: narrándose en el espejo de los otros. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 2(3), 19-28. <https://www.adolescenciasema.org/apego-y-adolescencia-narrandose-en-el-espejo-de-los-otros-vol-2-no-3-ano-2014-p-horno-goicoechea-temas-de-revision/>
- Hudziak, J. J., Copeland, W, Stanger, C. y Wadsworth, M. (2004). Screening for DSM-IV externalizing disorders with the Child Behavior Checklist: a receiver-operating characteristic analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1299-1307. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00314.x>
- INEGI (2016). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH). <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/default.html#>
- INEGI (2022). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/endireh/Endireh2021_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. (2016). Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015, Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. <https://www.insp.mx/enim2015/informe-final-enim.html>

- Jiménez, D. W. (2018). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Relación de evaluación del apego en jóvenes y adultos de Lima (Tesis de licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas). Repositorio Académico - Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas
- Jordan, N. T. (2007). Síndrome de niño maltratado: variedad negligencia. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 5(3), 128-130.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2007/un073h.pdf>
- Kazeem, O. T. (2015). A Validation of the Adverse Childhood Experiences Scale in Nigeria. *Research on Humanities and Social Sciences*, 5(11), 18–23.
<https://www.iiste.org/Journals/index.php/RHSS/article/view/23421>
- Kim S., Kim J.S., Jin M.J., Im C-H. y Lee S-H. (2018). Dysfunctional frontal lobe activity during inhibitory tasks in individuals with childhood trauma: An event-related potential study. *NeuroImage: Clinical.*, 17, 935- 942.
<https://doi.org/10.1016/j.nicl.2017.12.034>
- Kim, Y. H. (2017). Associations of adverse childhood experiences with depression and alcohol abuse among Korean college students. *Child abuse & neglect*, 67, 338–348.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.009>
- Kokoulina, E. y Fernández, R. (2014). Maltrato físico y emocional en la infancia y conducta suicida en el adulto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19 (2), 93-103.
<http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.2.2014.13060>
- Kroenke, K., y Spitzer, R. L. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic medicine*, 60(2), 150–155.
<https://doi.org/10.1097/00006842-199803000-00006>
- Lacasa, F. y Muela, A. (2014). Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 24, 83-93.
https://www.researchgate.net/publication/303299226_Guia_para_la_aplicacion_e_interpretacion_del_cuestionario_de_apego_CaMir-R

- Lambert, E. W., Wahler, R. G., Andrade, A. R., & Bickman, L. (2001). Looking for the disorder in conduct disorder. *Journal of abnormal psychology, 110*(1), 110–123. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.110.1.110>
- Lantrip, C., Szabo, Y. Z., Paziienza, S., & Bengue, J. (2021). Associations of childhood trauma and executive functioning in everyday life of those with subjective cognitive complaints. *Applied Neuropsychology: Adult, 1–9*. <https://doi.org/10.1080/23279095.2021.1913738>
- Lee, E.P., Hsia, S.H., Huang, J.L., Lin, J.J., Chan, O.W., Lin, C.Y., Lin, K.L., Chang, Y.C., Chou, I.J., Lo, F.S., Lee, J., Hsin, Y.C., Chan, P.C., Hu, M.H., Chiu, C.H., y Wu, H.P. (2017). Epidemiology and clinical analysis of critical patients with child maltreatment admitted to the intensive care units. *Medicine, 96*(23), 1–6. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000007107>
- Lin, H., Yang, Y., Elliott, L. y Green, E. (2020). Individual differences in attachment anxiety shape the association between adverse childhood experiences and adult somatic symptoms. *Child Abuse & Neglect, 101*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104325>
- Liu, Y., Croft, J. B., Chapman, D. P., Perry, G. S., Greenlund, K. J., Zhao, G., y Edwards, V. J. (2013). Relationship between adverse childhood experiences and unemployment among adults from five U.S. states. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 48*(3), 357–369. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0554-1>
- López, C., Alcántara, M. V., Fernández, V. Castro, M., López, J. A. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología, 26*(2), 325-334. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16713079017>
- López, F. (2003). Apego y relaciones amorosas. *Información Psicológica, (82)*, 36-48. <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/382/330#>

- López, F. (2014). Evolución del apego desde la adolescencia hasta la muerte. En López, F., Etxebarria, I., Fuentes, M. & Ortiz, M. (Cord.), *Desarrollo afectivo y social* (67-93). Ediciones Pirámide.
- López-Soler, C., Fernández, M. V., Prieto, M., Alcántara, M. V., Castro, M. y López-Pina, J. A. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales de psicología*, 28(3), 780-788. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.28.3.140441>
- Lozano, L. y Lozano, L. M. (2017). Los trastornos internalizantes: un reto para padres y docentes. *Padres y maestros*, (372). <https://doi.org/10.14422/pym.i372.y2017.009>
- Madrigal, R., Madrigal, B. E., Echerry, D. y Saldaña, S. (2019). Empoderamiento y vulnerabilidad social en mujeres del sur de Jalisco. *Estudios Políticos*, 9 (47),87-115. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426465780004>
- Maestre, E., Moya, J., Edo, S., Mezquita, L., Ruipérez, M. A. y Villa, E. (2006). Relación de la personalidad y los factores de internalización y externalización en niños. *Universitat Jaume I*, (12). <http://hdl.handle.net/10234/78549>
- Martínez, C., y Santelices, M., P. (2005). Evaluación del Apego en el Adulto: Una Revisión. *Psyke*, 14(1), 181-191. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282005000100014>
- Martínez, M. y García, M. C. (2011). Implicaciones de la crianza en la regulación del estrés. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 9(2), 535-545. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=773/77321592004>
- May-Chahal, C., & Cawson, P. (2005). Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child abuse & neglect*, 29(9), 969–984. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.05.009>
- McCrory, C., Dooley, C., Layte, R., & Kenny, R. A. (2015). The lasting legacy of childhood adversity for disease risk in later life. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 34(7), 687–696. <https://doi.org/10.1037/hea0000147>

- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., y Aguilar, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/956
- Meinck, F., Cosma, A. P., Mikton, C., & Baban, A. (2017). Psychometric properties of the Adverse Childhood Experiences Abuse Short Form (ACE-ASF) among Romanian high school students. *Child Abuse and Neglect*, 72, (326–337). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.08.016>
- Mersky, J. P., Choi C., Plummer Lee, C. y Janczewski, C. E. (2021). Disparities in adverse childhood experiences by race/ethnicity, gender, and economic status: Intersectional analysis of a nationally representative sample. *Child Abuse & Neglect*, 117. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105066>
- Mesa, A. M., Estrada, L. F. y Bahamón, A. L. (2009). Experiencias de maltrato infantil y transmisión intergeneracional de patrones de apego madre-infante. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 127-152. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80112469010>
- Miranda, J., de la Osa, N., Granero, R. y Ezpeleta, L. (2011). Maternal experiences of childhood abuse and intimate partner violence: Psychopathology and functional impairment in clinical children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 35, 700-711. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.05.008>
- Modovar, C. y Ubeda, M. E. (2017). La violencia en la primera infancia. Marco Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe. UNICEF. https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org.lac/files/201803/20171023_UNICEF_LACRO_FrameworkViolencia_ECD_ESP.pdf
- Molero, R., Sospedra, R., Sabater, Y. y Plá, L. (2011). La importancia de las experiencias tempranas de cuidado afectivo y responsable en los menores. *Revista Internacional de Psicología del Desarrollo y la Educación*, 1(1), 511-519. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3498/349832328052>

- Molina, J. E., Moreno, J. H., & Vásquez, H. (2010). Análisis referencial de las representaciones sociales sobre la violencia doméstica. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(2), 129-148. <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/375>
- Moneta, M. E. (2014). Apego y pérdida: redescubriendo a John Bowlby. *Revista Chilena de Pediatría*, 85(3): 265-268. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v85n3/art01.pdf>
- Monnat, S.M., y Chandler, R.F. (2015). Long-term physical health consequences of adverse childhood experiences. *The Sociological Quarterly*, 56(4), 723–752. <https://doi.org/10.1111/tsq.12107>
- Moreno J. M. (2002). Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. *Anales de Psicología*, 18(1), 135-150. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16718108.pdf>
- Moreno, J. M. (2006). Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(2), 271-292. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29211205.pdf>
- Moylan, C. A., Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C. y Russo, M. J. (2010). The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Family Violence*. 25(1), 53-63. <https://doi.org/10.1007/s10896-009-9269-9>
- Muela, A., Torres, B. y Balluerka, N. (2012). Attachment style and psychopathology in adolescent victims of child maltreatment. *Journal for the Study of Education and Development*, 35(4), 451-469, <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1174/021037012803495294>
- Muñiz, C. N., Fox, B., Miley, L. N., Delisi, M., Cigarran, G. P., & Birnbaum, A. (2019). The Effects of Adverse Childhood Experiences on Internalizing Versus Externalizing Outcomes. *Criminal Justice and Behavior*, 46(4), 568–589. <https://doi.org/10.1177/0093854819826213>

- Murgatroyd, C., & Spengler, D. (2011). Epigenetics of early child development. *Frontiers in psychiatry*, 2, 16. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2011.00016>
- National Scientific Council on the Developing Child. (2014). *Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain* (Working paper 3). <https://developingchild.harvard.edu/resources/wp3/>
- Navarro, I. y García, D. (2012). Sintomatología externalizante y rendimiento académico. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 657-665. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832342066>
- Ocampo, E., J., Saravia, S. y Rey, C. (2020). Funciones Ejecutivas, Conductas Externalizantes e Internalizantes en Niñas y Adolescentes Expuestas y no Expuestas a un Entorno de Alta Adversidad Social. *Informes Psicológicos*, 20(1), 147-166. <http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v20n1a010>
- Olivia, A. (2004). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 65-81. <https://psiquiatriainfantil.org/numero4/Apego.pdf>
- Olza-Fernández, I., Marín Gabriel, M. A., Gil-Sanchez, A., Garcia-Segura, L. M., & Arevalo, M. A. (2014). Neuroendocrinology of childbirth and mother-child attachment: the basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Frontiers in neuroendocrinology*, 35(4), 459–472. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.03.007>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). OMS
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Maltrato infantil. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2020, 8 junio). Maltrato infantil. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Owen, A. E., Thompson, M. P., Shaffer, A., Jackson, E. B. y Kaslow, N. J. (2009). Family variables that mediate the relation between intimate partner violence (IPV) and child

- adjustment. *Journal of Family Violence*, 24, 433-445.
<https://doi.org/10.1007/s10896-009-9239-2>
- Palacios, J. Moreno, M. C. & Jiménez, J. (2014) Maltrato infantil: concepto, tipos, etiología, *Revista de Estudio de la Educación y el Desarrollo*, 18(71), 7-21.
<https://doi.org/10.1174/02103709560575442>
- Palma-Gudiel H., Córdova-Palomera A., Leza J.C. y Fañanás L. (2015). Glucocorticoid receptor gene (NR3C1) methylation processes as mediators of early adversity in stress-related disorders causality: A critical review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 55, 520-535. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.05.016>
- Pechtel P. y Pizzagalli, D. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology*, 214, 55–70. <https://doi.org/10.1007/s00213-010-2009-2>
- Pérez, A. (2016). *Exposición infantil a violencia doméstica en una muestra comunitaria en España y consecuencias psicopatológicas asociadas* (Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid). Repositorio Académico – Universidad Complutense de Madrid
- Pérez-Aranda, G.I., Peralta-López, V., Estrada-Carmona, S., García-Reyes, L. y Tuz-Sierra (2019). Estilos de apego en la relación de pareja de hombres y mujeres en la adultez temprana y adultez media. *Calidad de vida y salud*, 12(2), 2-15.
<http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/184/186>
- Peris, M., Maganto, C. y Garaigordobil, M. (2018). Prácticas parentales y conductas internalizantes y externalizantes en niños y niñas de 2 a 5 años. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 6(2), 77-88.
<https://doi.org/10.30552/ejpad.v6i2.70>
- Provençal, N., & Binder, E. B. (2015). The effects of early life stress on the epigenome: From the womb to adulthood and even before. *Experimental neurology*, 268, 10–20.
<https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2014.09.001>

- Radcliff, E., Crouch, E., & Strompolis, M. (2018). Rural-urban differences in exposure to adverse childhood experiences among South Carolina adults. *Rural and remote health, 18*(1), 4434. <https://doi.org/10.22605/RRH4434>
- Rosen, A. L., Handley, E. D., Cicchetti, D., y Rogosch, F. C. (2018). The impact of patterns of trauma exposure among low income children with and without histories of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 80*, 301–311. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.04.005>
- Salavera, C. y Usán, P. (2019). Influencia de los problemas internalizantes y externalizantes en la autoeficacia en estudiantes de Secundaria. *Revista de Investigación Educativa, 37*(2), 413-429. <http://dx.doi.org/10.6018/rie.37.2.323351>
- Sampaio, L. y Flores, C. (2018). Relación entre conductas externalizantes en la infancia rasgos de personalidad en la vida adulta. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 5*(3), 36-41. <http://www.revistapcna.com/sites/default/files/05.pdf>
- Schmitt, D. P., Alcalay, L., Allensworth, M., Allik, J., Ault, L., Austers, I., Bennett, K. L., Bianchi, G., Boholst, F., Borg Cunen, M. A., Braeckman, J., Brainerd, E. G., Caral, L. G. A., Caron, G., Casullo, M. M., Cunningham, M., Daibo, I., De Backer, C., De Souza, E., ... SICHONA, FRANCIS. (2003). Are men universally more dismissing than women? Gender differences in romantic attachment across 62 cultural regions. *Personal Relationships, 10*(3), 307-331. <https://doi.org/10.1111/1475-6811.00052>
- Shonkoff, J. P., Boyce W. T. y McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA, 301*(21), 2252–2259. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.754>
- Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, & Section on Developmental and Behavioral Pediatrics (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics, 129*(1), 232–246. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>

- Sivak, R. (2008). Clínica de la vulnerabilidad [versión electrónica]. <http://www.gador.com.ar/iyd/vulner/sivak.htm>
- Sociedad Mexicana de Psicología A.C. (2002). Código Ético del Psicólogo. Trillas
- Soto, P. y Moreno, A. (1994). Las representaciones de la maternidad y la teoría del apego. *Infancia y sociedad: Revista de estudios*, (27), 351-368. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4354022>
- Sterling, S., Chi, F., Weisner, C., Grant, R., Pruzansky, A., Bui, S., Madvig, P., & Pearl, R. (2018). Association of behavioral health factors and social determinants of health with high and persistently high healthcare costs. *Preventive medicine reports*, 11, 154–159. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.06.017>
- Tandon, M., Cardeli, E., & Luby, J. (2009). Internalizing Disorders in Early Childhood: A Review of Depressive and Anxiety Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(3), 593-610. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2009.03.004>
- Taylor, S. E. (2010). Mechanisms linking early life stress to adult health outcomes. *PNAS*, 107(19) 8507-8512. <https://doi.org/10.1073/pnas.1003890107>
- Teicher M.H., Dumont N.L., Ito Y., Vaituzis C., Giedd J.N. y Andersen S.L. (2004). Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biological Psychiatry*, 56(2), 80-85. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.03.016>
- Thompson, P. & Jaque, V. (2017). Adverse childhood experiences (ACE) and adult attachment interview (AAI) in a non-clinical population. *Child Abuse & Neglect*, 70, 255-263. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.001>
- Thomson, P. y Jaque, S. V. (2017). Adverse childhood experiences (ACE) and adult attachment interview (AAI) in a non-clinical population. *Child Abuse & Neglect*, 70, 225-263. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.001>
- Thyberg, C. T. y Lombardi, B. M. (2022). Examining Racial Differences in Internalizing and Externalizing Diagnoses for Children Exposed to Adverse Childhood Experiences. *Clinical Social Work Journal*, 50 ,286–296 <https://doi.org/10.1007/s10615-022-00842-2>

- Turner, H. A., Vanderminden, J., Finkelhor, D., y Hamby, S. (2019). Child Neglect and the Broader Context of Child Victimization. *Child Maltreatment*, 24(3), 265–274. <https://doi.org/10.1177/1077559518825312>
- Unciti, M. (2014). *Narrativa del apego adulto* (Tesis de maestría, Universidad Pública de Navarra). Academica-e
- UNICEF (2019). *Panorama estadístico de la violencia contra niñas, niños y adolescentes en México*. <https://www.unicef.org/mexico/media/1731/file/UNICEF%20PanoramaEstadistico.pdf>
- Van Winkel R., Stefanis N. C. y Myin-Germeys I. (2008). Psychosocial stress and psychosis. A review of the neurobiological mechanisms and the evidence for gene-stress interaction. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1095-1105. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn101>
- Vega, M. y Nuñez, G. (2018). Experiencias Adversas en la Infancia: mapeo bibliométrico de la literatura científica en la Web of Science. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 29(1), 25-40. http://scielo.sld.cu/pdf/ics/v29n1/a3_1185.pdf
- Verhulst, F. C., Achenbach, T. M., van der Ende, J., Erol, N., Lambert, M. C., Leung, P. W., Silva, M. A., Zilber, N., & Zubrick, S. R. (2003). Comparisons of problems reported by youths from seven countries. *The American journal of psychiatry*, 160(8), 1479–1485. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1479>
- Victora, C. G., Adair, L., Fall, C., Hallal, P. C., Martorell, R., Richter, L., Sachdev, H. S., & Maternal and Child Undernutrition Study Group (2008). Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet (London, England)*, 371(9609), 340–357. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61692-4)
- Villatoro, J., Medina-Mora, M., Martín del Campo, R., Fregoso, D., Bustos, M., Reséndiz, E., Mujica, R., Bretón, M., Soto, I., y Cañas, V. (2016). Consumo de drogas en estudiantes mexicanos: tendencias y magnitud del problema. *Salud Mental*, 39(4), 193-203. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2016.023>

- Widom, C. S., Czaja, S. J., Bentley, T., & Johnson, M. S. (2012). A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: new findings from a 30-year follow-up. *American journal of public health, 102*(6), 1135–1144. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300636>
- Winstanley, E. L., Mahoney, J. J., Lander, L. R., Berry, J. H., Marshalek, P., Zheng, W., y Haut, M. W. (2020). Something to despair: Gender differences in adverse childhood experiences among rural patients. *Journal of Substance Abuse Treatment, 116*. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108056>
- Yárnoz-Yaben, S. y Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Acción Psicológica, 8*(2), 67-85. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3440/344030766006>