

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA  
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**



RELACIÓN ENTRE RESILIENCIA, APOYO SOCIAL Y HABILIDADES  
SOCIOEMOCIONALES EN UNIVERSITARIOS CON EXPERIENCIAS DE  
MALTRATO INFANTIL EN TIJUANA, BAJA CALIFORNIA

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**MAESTRA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

PRESENTA:

**DORA ADRIANA OCEGUERA HEREDIA**

**DIRECTOR DE TESIS**

**DRA. DIANA ALEJANDRA GONZÁLEZ GARCÍA**

TIJUANA, B.C., MÉXICO

MAYO, 2021

**Votos aprobatorios**

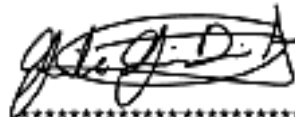
Tijuana, Baja California, a 22 de mayo del 2021

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD  
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como director de la tesis titulada "Relación entre resiliencia, apoyo social y habilidades socioemocionales en universitarios con experiencias de maltrato infantil en Tijuana, Baja California", elaborada por Dora Adriana Ocegüera Heredia, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



\*\*\*\*\*  
Dra. Diana Alejandra González García  
Director de Tesis

Tijuana, Baja California, a 20 de mayo del 2021

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD  
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada "Relación entre resiliencia, apoyo social y habilidades socioemocionales en universitarios con experiencias de maltrato infantil en Tijuana, Baja California", elaborada por Dora Adriana Ocegüera Heredia, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



.....  
Dra. Bertha Margarita Vías Velázquez  
Sinodal

Tijuana, Baja California, a 17 de mayo del 2021

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD  
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada "Relación entre resiliencia, apoyo social y habilidades socioemocionales en universitarios con experiencias de maltrato infantil en Tijuana, Baja California", elaborada por Dora Adriana Ocegüera Heredia, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Luis Eduardo Villalobos Gallegos  
Sinodal

Tijuana, Baja California, a 20 de mayo del 2021

COMITÉ DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD  
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada "Relación entre resiliencia, apoyo social y habilidades socioemocionales en universitarios con experiencias de maltrato infantil en Tijuana, Baja California", elaborada por Dora Adriana Ocegüera Heredia, manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



.....  
Dr. Enrique Berra Ruiz

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA  
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA**



RELACIÓN ENTRE RESILIENCIA, APOYO SOCIAL Y HABILIDADES  
SOCIOEMOCIONALES EN UNIVERSITARIOS CON EXPERIENCIAS DE  
MALTRATO INFANTIL EN TIJUANA, BAJA CALIFORNIA

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**MAESTRA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

PRESENTA:

**DORA ADRIANA OCEGUERA HEREDIA**

**DIRECTOR DE TESIS**

**DRA. DIANA ALEJANDRA GONZÁLEZ GARCÍA**

## **Dedicatoria**

Dedico esta tesis a Dios, por ser mi roca fuerte ante las dificultades de la vida y de este proyecto. A mi directora de tesis, la Dra. Diana Alejandra González, por su constante apoyo y dedicación en mi formación y en la realización de esta tesis. A mis hijos y esposo, son una fuente de motivación e inspiración constante. A mis amigas Lety y Paloma, gracias, fueron una parte muy importante para conseguir esta meta.

## **Agradecimientos**

Agradezco a CONACYT por el apoyo económico brindado durante la realización de la Maestría en Psicología de la Salud.

Quiero agradecer a mi asesora de tesis, la Dra. Diana Alejandra González García, por brindarme conocimientos invaluable para llevar a cabo esta investigación, por el soporte emocional y por su gran paciencia para esperar a que este trabajo llegara a su fin.

Agradezco a los miembros del comité de tesis, la Dra. Diana Alejandra González, la Dra. Bertha Margarita Viñas Velázquez, el Dr. Luis Eduardo Villalobos Gallegos, el Dr. Enrique Berra Ruiz por las valiosas contribuciones que hicieron al trabajo final y por el tiempo que dedicaron para revisarlo, a pesar del gran número de actividades que los ocupan.

Agradezco a los excelentes profesores de la Maestría en Psicología de la Salud no solo por la calidad de las clases recibidas, sino por ir más allá de sus deberes para apoyarnos en el desarrollo de competencias de ese programa.

Agradezco a mis compañeros Mtro. César Quiterio, Mtra. Dalia Lugo, Mtro. Iván Martínez, Mtra. Jazmín Gaillard, Mtra. Kenia Lugo, Mtra. Leticia Cobián, Lic. Nelly Márquez, Psic. Paloma Anzures por el apoyo que me brindaron a lo largo de toda la maestría para perfeccionar mi aprendizaje de las asignaturas y el contenido de mi tesis los llevaré siempre en mi corazón. De entre ellos quiero reconocer especialmente el tiempo y esfuerzo que me brindaron los maestros Leticia, César e Iván para apoyar la aplicación de los instrumentos.

Agradezco a mi padre, Eugenio Ocegüera López, por el tiempo dedicado a apoyar mi aprendizaje de la investigación, por enseñarme la importancia de la práctica bioética.

Agradezco a mi familia, especialmente a mis hijos, Kassandra, Montserrat y Gabriel, a mi esposo y a mi madre, por su paciencia, amor y respaldo para la consecución de la maestría



y la tesis, son una inspiración para seguir creciendo espiritual, personal y profesionalmente, los amo mucho.

## Resumen

**Introducción.** El maltrato infantil repercute en el funcionamiento de quienes lo padecen y se relaciona con el desarrollo de diversas patologías en la edad adulta. Sin embargo, un sector de esta población presenta un funcionamiento resiliente, caracterizado por la ausencia de enfermedades o la disminución de síntomas asociados a ellas. La evidencia indica que el apoyo social y las habilidades socioemocionales podrían tener un papel protector y favorecer la resiliencia, no obstante, la relación de estas variables ha sido poco estudiada en universitarios mexicanos y en la población mexicana en general.

**Objetivo.** Evaluar la influencia de la inteligencia socioemocional y el apoyo social en la resiliencia de estudiantes universitarios con antecedentes de maltrato infantil en Tijuana.

**Método.** Estudio correlacional, transversal, retrospectivo. Se realizó un muestreo no probabilístico de 520 estudiantes universidades públicas y privadas de Tijuana. Los instrumentos utilizados fueron ICSE, ETI, el CD-RISC, AFA-R y HDL. La hipótesis de investigación se evaluó mediante una regresión jerárquica múltiple de tres pasos. análisis de correlación de Pearson para evaluar las hipótesis de investigación.

**Resultados.** Los hallazgos indican que la muestra fue altamente victimizada, con un 85% de personas que experimentaron maltrato infantil, la mayoría polivictimizados (60%). Los análisis de regresión múltiple jerárquica indicaron que después de controlar la exposición a la victimización infantil y la frecuencia del maltrato, una mayor resiliencia en universitarios se asoció a los niveles más altos de habilidades socioemocionales y el apoyo de los amigos (pero no de la familia). En cambio, en el caso de los síntomas de depresión los niveles más altos de apoyo familiar junto con niveles más altos de habilidades socioemocionales fungen como factor de protección.

**Conclusión.** Los hallazgos sugieren que la potencia de los factores protectores supera al de

la adversidad y confirma cómo el funcionamiento puede mejorarse tanto por factores individuales como ambientales en población mexicana.

## Tabla de contenido

Votos aprobatorios .....	ii
Tabla de contenido .....	xii
Lista de Tablas y Figuras .....	xv
Antecedentes .....	1
Maltrato infantil y enfermedades asociadas .....	2
Resiliencia .....	5
Resiliencia y maltrato infantil .....	8
Habilidades socioemocionales .....	10
Apoyo Social .....	4
Planteamiento del problema.....	6
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos .....	7
Hipótesis .....	8
Justificación .....	8
Método .....	10
Diseño.....	10
Participantes .....	10
Estrategia de muestreo .....	12
Instrumentos .....	12
Procedimiento.....	15

Equipo y materiales.....	16
Análisis de datos.....	17
Análisis factorial exploratorio de instrumentos.....	17
Análisis factorial confirmatorio de instrumentos .....	18
Análisis descriptivo de los datos .....	18
Regresión jerárquica múltiple tipo lineal.....	19
Resultados.....	20
Análisis factorial exploratorio y confirmatorio de la escala de resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC).....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Análisis factorial exploratorio y confirmatorio del Inventario de Competencias Socioemocionales (ICSE) .....	21
Análisis factorial confirmatorio de la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R).....	25
Análisis factorial exploratorio y confirmatorio del Inventario de Experiencias Traumáticas en la Infancia Versión Breve (ETI-SRCol).....	26
Discusión.....	38
Impacto de las variables de riesgo en el maltrato infantil ....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Conclusión .....	44
Pregunta de investigación .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Cronograma.....	46
Referencias.....	47
Anexo 1. Escala de resiliencia de Connor–Davidson (CD-RISC).....	56

Anexo 2. Inventario de Competencias Socioemocionales .....	57
Anexo 3. Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R) .....	59
Anexo 4. Inventario de Experiencias Traumáticas en la Infancia – Versión Breve .....	60
Anexo 5. Cuestionario de salud y vida cotidiana (HDL por sus siglas en inglés).....	68
Anexo 6. Presupuesto.....	70
Anexo 7. Consentimiento Informado.....	71

**Lista de Tablas y Figuras**

Tabla 1. Clasificación del maltrato infantil de acuerdo con el DSM 5 (2015) ..... **¡Error!**

**Marcador no definido.**

Tabla 2. Correspondencia de los cinco grandes factores de la personalidad con las habilidades sociales y emocionales.....**¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 3. Características sociodemográficas ..... 11

Figura 1. Gráfico de sedimentación de la Escala de resiliencia de Connor y Davidson **¡Error!**

**Marcador no definido.**

Tabla 4. Estructura factorial de la escala de resiliencia de Connor y Davidson (25 ítems) .....**¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 5. Índice de ajuste esperado para un modelo de ecuaciones estructurales e índices obtenidos para el análisis factorial confirmatorio CD-RISC (Connor y Davidson, 2003) .....**¡Error! Marcador no definido.**

Figura 2. Gráfico de sedimentación del Inventario de Competencias Socioemocionales .....**¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 6. Estructura factorial del Inventario de Competencias Socioemocionales..... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 7. Índice de ajuste esperado para un modelo de ecuaciones estructurales e índices obtenidos para el análisis factorial confirmatorio del ICSE ....**¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 8. Índice de ajuste esperado para un modelo de ecuaciones estructurales e índices obtenidos para el análisis factorial confirmatorio .....**¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 9. Resumen del análisis factorial confirmatorio del ETI versión abreviada ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Figura 3. Modelos del análisis factorial confirmatorio del ETI versión abreviada ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 10. Índice de ajuste esperado para un modelo de ecuaciones estructurales e índices obtenidos para el análisis factorial confirmatorio .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 11. Correlación entre resiliencia, síntomas psicósomáticos y síntomas de depresión .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 12. Puntajes promedio de resiliencia, síntomas psicósomáticos y síntomas depresivos en función haber experimentado o no maltrato físico, abuso emocional y abuso sexual, si se experimentó un solo tipo de maltrato o polivictimización.....	32
Tabla 13. Media de resiliencia con base en el maltrato .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 14. Resumen de la regresión jerárquica múltiple para la variable dependiente resiliencia .....	35
Tabla 15. Resumen egresión jerárquica múltiple de las variables que predicen la depresión .	36



La presente tesis analiza la relación del apoyo social y las habilidades socioemocionales con la resiliencia posterior a las experiencias de maltrato infantil, en universitarios de Tijuana, Baja California. La resiliencia se aborda como una adaptación a un suceso estresante o posiblemente traumático, en este caso el maltrato infantil, que se manifiesta como un correlato de la salud mental. Se presenta el fenómeno del maltrato infantil como un problema al alza en Baja California («Maltrato infantil, una realidad en BC», 2018) y el mundo (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink, y van IJzendoorn, 2015), que está correlacionado con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (Rich-Edwards et al., 2012), depresión y ansiedad (Howell y Miller, 2014; Taillieu, Brownridge, Sareen, y Afifi, 2016), y trastornos en la conducta alimentaria.

### **Antecedentes**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) define al maltrato infantil como los abusos y la desatención que sufren los menores de 18 años. Dichos abusos pueden ser de tipo psicológico, maltrato físico, abuso sexual, negligencia o explotación comercial; que afecten o tengan el potencial de afectar la salud, la dignidad o desarrollo del niño, o poner en peligro su vida. El maltrato infantil se caracteriza por presentarse en una relación de poder desigual entre la persona que comete el maltrato y el niño maltratado.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM 5 presenta una clasificación de los tipos de maltrato infantil (First, 2015) que fue elaborada considerando la persona que infringe el maltrato y el tipo de daño que le causa a la víctima. En la Tabla 1 se muestran las definiciones de cada tipo de maltrato; se puede observar que es similar a la propuesta de la OMS, con excepción de que no se incluye la explotación comercial. A diferencia de ésta, el DSM 5 considera que el maltrato solo puede ser ejercido por un individuo que tiene responsabilidad sobre el niño. Debido a que la evidencia indica que el maltrato infantil

puede tener efectos sobre la salud aunque la persona que lo realiza no tenga responsabilidad sobre el niño, para fines de esta investigación se utilizará como referencia la definición de la OMS(Ward, Artz, Leoschut, Kassanjee, y Burton, 2018).

Tabla 1. Clasificación del maltrato infantil de acuerdo con el DSM 5 (2015)

<b>Tipo de maltrato</b>	<b>Definición</b>
<b>Maltrato físico infantil</b>	Se presenta cuando un individuo con responsabilidad sobre el niño le causa una lesión no accidental, que va desde hematomas hasta provocarle la muerte.
<b>Abuso sexual infantil</b>	Tipo de abuso en el que un individuo con responsabilidad sobre el niño realiza una actividad sexual con este para obtener una satisfacción sexual; como son caricias en los genitales del niño, penetración, violación, exhibicionismo indecente, cualquier explotación del niño sin necesidad de contacto, entre otros.
<b>Negligencia infantil</b>	Se define como cualquier acto atroz u omisión por parte de un progenitor o cuidador, que prive al niño de alguna necesidad básica correspondiente a su edad, y que en consecuencia provoque o genere una probabilidad razonable de un daño físico o psicológico en el niño. Incluye el abandono, la falta de supervisión adecuada, la falta de atención a las necesidades emocionales o psicológicas y el hecho de no proporcionar la necesaria educación, asistencia médica, nutrición, residencia o vestido.
<b>Maltrato psicológico infantil</b>	Se presenta cuando un progenitor o cuidador de un niño realiza actos verbales o simbólicos de forma no accidental a un niño y provoca, o tiene una probabilidad razonable de causarle un daño psicológico, como puede ser humillar o menospreciarlo, abandonarlo, decirle que le van a quitar a personas que ama, obligarlo a causarse daño, disciplinarlo de manera excesiva, sea de forma física o no física

Nota: Elaboración propia a partir del DSM-5 (First, 2015).

### **Maltrato infantil y enfermedades asociadas**

La OMS (2016) reportó que el maltrato durante la niñez se puede asociar con enfermedades físicas (i.e. enfermedades cardiovasculares e hipertensión) y mentales. En relación con las enfermedades físicas, se observó que las mujeres que experimentaron abuso sexual durante la niñez presentaron mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (Rich-Edwards et al., 2012), tal como la hipertensión (Morton y Browne, 1998; Suglia, Clark, Boynton-Jarrett,

Kressin, y Koenen, 2014). En cambio, la hipertensión en hombres se asoció a las experiencias de abuso físico en la niñez (Suglia, Sapra, y Koenen, 2015).

Respecto a la salud mental, el abuso emocional durante la niñez se asoció con un incremento en el diagnóstico de ansiedad y depresión severa en la edad adulta (Taillieu, Brownridge, Sareen, y Afifi, 2016), y se identificó como un predictor confiable de los síntomas de ansiedad social en estudiantes universitarios (Nanda, Reichert, Jones, y Flannery-Schroeder, 2016). Mientras que los antecedentes de negligencia en la niñez se asociaron a trastornos de conducta alimentaria (Pignatelli, Wampers, Loriedo, Biondi, y Vanderlinden, 2017), la combinación entre negligencia y abuso emocional se relacionó con el desarrollo de problemas en el consumo de alcohol en la juventud (Kisely, Mills, Strathearn y Najman, 2019). Además se identificó que aunque los diversos tipos de maltrato infantil incrementan el riesgo de comportamiento suicida, el maltrato emocional es el que tiene el mayor efecto (Liu et al., 2017); por otra parte, el riesgo suicida fue mayor en mujeres e individuos con esquizofrenia que experimentaron maltrato en la niñez. El maltrato infantil se asoció también al desarrollo de mayores síntomas de estrés postraumático y una menor regulación emocional, en un estudio desarrollado con mujeres norteamericanas de entre 18 y 56 años de diferentes etnias (Lilly, London y Bridgett, 2014).

De la misma forma que el sexo y el tipo de maltrato infantil tienen implicaciones en la salud de los individuos, el efecto de maltrato puede variar en función del sexo, la severidad, la frecuencia, la edad de inicio y el tipo de maltrato infantil experimentado (Kim y Cicchetti, 2010). Asimismo, adversidades en la niñez como el abuso físico, el abuso sexual y la negligencia, pueden considerarse como predictoras de psicopatología (i.e., ansiedad, abuso de sustancias y problemas de externalización o del estado de ánimo), como lo identificaron Benjet, Borges, y Medina-Mora (2010) en un estudio realizado con población mexicana.

Dentro de las variables que podrían predecir la severidad del maltrato se encuentran: a) polivictimización, es decir, experimentar diversos tipos de maltrato o polivictimización, se asocia con mayores problemas de ajuste (Higgings y McCabe, 2000) y con un mayor número de síntomas de depresión y ansiedad (Howell y Miller, 2014); b) la severidad del maltrato en la infancia, predice los síntomas de externalización y conductas agresivas; c) el abuso crónico se asocia a un número más alto de síntomas de externalización en niños prescolares o más pequeños; d) un inicio más temprano del maltrato (5 años o menos) predice más síntomas de ansiedad y depresión en la edad adulta, e) un inicio posterior (entre 6 y 11 años) predice más problemas de comportamiento en la edad adulta (Kaplow y Widom, 2007).

Para identificar las experiencias de maltrato en la niñez, los investigadores utilizan frecuentemente la entrevista e instrumentos de auto reporte. Saini, Hoffmann, Pantelis, Everall y Bousman (2019) realizaron una revisión sistemática de la literatura para identificar los instrumentos que contaban con mejores características psicométricas y los más utilizados en estudios relacionados con experiencias tempranas de maltrato en adultos. Los instrumentos más utilizados fueron el Cuestionario de Maltrato Infantil, el Inventario de Experiencias Traumáticas en la Infancia, el Cuestionario de Victimización Juvenil y el Test de Apercepción Infantil. Cada instrumento mencionado anteriormente estaba compuesto por diversas dimensiones y estrategias para identificar el maltrato, algunos evaluaban un tipo de maltrato en particular, y otros, diversos tipos de maltrato o victimización. Por ejemplo, el Inventario de Experiencias Traumáticas en la Infancia permite evaluar la frecuencia, la edad de inicio, el impacto emocional y la gravedad del abuso físico, psicológico y sexual, además de traumas generales (Bremner, Bolus, y Mayer, 2007). Saini et al., (2019) concluyeron que los instrumentos son muy diferentes en estructura, si bien mencionaron que el más utilizado era el Cuestionario de Maltrato Infantil, este se limitó a identificar el tipo de maltrato y la frecuencia de maltrato. En cambio, instrumentos como el Inventario de Experiencias Traumáticas en la

Infancia permiten obtener información más detallada de las experiencias de maltrato, lo que incrementa su sensibilidad.

En resumen, el maltrato durante la niñez tiene consecuencias importantes sobre el desarrollo del individuo, especialmente en la salud física y mental en la edad adulta. Más aún, existe evidencia de que el sexo, el tipo de maltrato, la relación con perpetradores, la severidad, la frecuencia del maltrato infantil y la edad de inicio tienen efectos diferenciales sobre la salud. No obstante, no todos los individuos que sufren de maltrato infantil llegan a desarrollar dichas enfermedades, diversos investigadores han llamado a este fenómeno resiliencia.

### **Resiliencia**

El estudio de la resiliencia en psicología y psiquiatría surgió de los esfuerzos para entender la etiología y el desarrollo de la psicopatología, particularmente el estudio de niños con este “riesgo” debido a diversos factores como enfermedades mentales de sus padres, problemas perinatales, conflictos interparentales, pobreza, exposición a eventos traumáticos o la combinación de éstos. Los estudios se iniciaron después de la Segunda Guerra Mundial, cuando se buscaba comprender los patrones de afrontamiento excepcionales en sobrevivientes de los campos de concentración y del bombardeo de Londres (Coles en 1967; Garnezy, 1983). En algunos casos, a pesar de cumplir con uno o varios factores de riesgo, no desarrollaron psicopatologías. Los investigadores asumieron que estos niños se adaptaron positivamente debido a que eran invulnerables, es decir, podían resistir a la adversidad (J. J. W. Liu, Reed, y Girard, 2017). Posteriormente, los investigadores cambiaron el uso del término invulnerable por el de resiliencia para referirse a la capacidad de recuperación después de eventos traumáticos o exposición a los factores de riesgo (Rutter, 1984).

La resiliencia ha sido definida y operacionalizada desde diferentes aproximaciones con criterios de evaluación acordes a las perspectivas de cada autor (Haskett, Nears, Sabourin Ward y McPherson, 2006). Por lo anterior y con el fin de clarificar este término, Aburn, Gott y

Hoare (2016) realizaron una revisión sistemática de literatura con definiciones de cien artículos empíricos publicados en Medline, PsycINFO y el Índice Acumulativo de Enfermería y Salud Aliada entre 2000 y 2015. En ella identificaron cinco temas claves: sobreponerse para superar la adversidad, la adaptación y el ajuste, la "magia ordinaria", la buena salud mental representa la resiliencia y la capacidad de recuperarse. Aunque los autores concluyen que no existe una definición universalmente aceptada se identificó que en general definición de resiliencia aborda la capacidad de recuperarse, sobreponerse para superar la adversidad, adaptación y ajuste; es frecuentemente evaluada como la ausencia de una enfermedad o sintomatología o la recuperación de estas.

Posteriormente Happer, Brown y Sharma-Patel (2017) presentan otra perspectiva respecto a la definición y operacionalización de la resiliencia basándose en el tipo de respuesta que caracteriza a este fenómeno, para ello estudiaron los tres principales modelos de resiliencia en jóvenes que recibían terapia cognitivo conductual para el trauma. El modelo uno definía a la resiliencia como un resultado inmediato específico, en el que no existen síntomas después del trauma y/o se presenta un funcionamiento adaptativo posterior él, sin necesidad de una intervención. El modelo dos definía a la resiliencia como un rasgo estable e innato moderador de los resultados de la terapia. El modelo tres definía a la resiliencia como una cualidad dinámica en la que el individuo tiene acceso a un grupo de recursos positivos que le permiten lograr un resultado positivo, como son las habilidades del individuo. Previo a la intervención y posterior a ella se evaluaron la resiliencia y los síntomas de depresión, problemas de externalización y trastorno de estrés postraumático en dos grupos; con base a los resultados se categorizó a los participantes como sintomáticos o asintomáticos. La evidencia empírica apoyó el modelo de la resiliencia como un proceso dinámico, por lo que los evaluadores concluyeron que la resiliencia se puede definir como un proceso para superar la adversidad y los desafíos

enfrentados en un momento de crisis o trauma, donde es crucial identificar variables importantes, el entorno y la interacción con otros dentro de este.

Además de la diversidad de definiciones Aburn et al. (2016) critican el modelo biomédico en el que se basan un gran número de investigaciones de la resiliencia, al señalar que este modelo resulta insuficiente para demostrar la naturaleza dinámica y contextual de este fenómeno, por lo que sugieren el marco del construccionismo social para investigar la resiliencia. Ungar (2019) coincide con esta crítica y señala que la teorización de la resiliencia es pobre, que los diversos estudios muestran ambigüedad epistemológica y ontológica sobre dicho concepto. Los problemas que identificó fueron: a) existen diversas definiciones de resiliencia y por lo tanto diversas maneras de medirla; b) los métodos utilizados para estudiarla variaban considerablemente entre estudios; c) algunos consideraron las características del individuo o factores ambientales limitándose a estudiar la presencia o ausencia, sin examinarla con suficiente detalle, sobre cómo, cuándo y en qué dosis ejerce una influencia positiva o negativa en individuos con diferente exposición al riesgo.

Ungar (2019) señala que las conclusiones de los diversos estudios sobre resiliencia resultan limitadas, más ideológicas que científicas. Por ello propone que las investigaciones de resiliencia consideren: 1) La exposición al riesgo, en la que se evalúa de forma detallada la calidad y cantidad de las amenazas planteadas a un sistema psicológico, social o ecológico, en el estudio de la resiliencia, estas corresponden a la exposición de factores estresantes excepcionales que representan una carga para el crecimiento y desarrollo normales; 2) Los factores y procesos de promoción y protección, que disminuyen la vulnerabilidad al favorecer el acceso a experiencias que promueven la resiliencia y por ende, un rango de funcionamiento adaptativo (ej. apego, apoyo social, cohesión comunitaria, estilos de atribución); 3) Resultados que se verían afectados por los factores de protección y de riesgo, en relación a la capacidad de recuperación, incluyen lo biológico, psicológico, social o ambiental.

Con base en la evidencia señalada anteriormente, en este estudio se analizará la resiliencia como una habilidad que se manifiesta a través del funcionamiento adaptativo posterior al trauma o evento adverso, y que se modifica por la exposición al riesgo, los factores de promoción y protección (características de un individuo, su comportamiento o relaciones que reducen la probabilidad de disfunción o promueven el funcionamiento exitoso; Ladd y Burgess, 2001) y que aborda lo biológico, psicológico y social.

### **Resiliencia y maltrato infantil**

Con relación al maltrato, la resiliencia se presenta cuando, a pesar de que la población expuesta presenta el riesgo de desarrollar diversas patologías o sintomatología, logran con éxito un funcionamiento adaptativo del comportamiento (Masten, Best, y Garmezy, 1990), o un rango normal de competencia a través de varios dominios de funcionamiento, de los que generalmente forman parte la competencia de comportamiento, emocional, social y los logros académicos (Walsh, Dawson, y Mattingly, 2010). Por ello puede considerarse a la resiliencia como un factor de protección ante diversas situaciones adversas, entre ellas el maltrato infantil.

El papel protector de la resiliencia en el maltrato infantil y en otras experiencias adversas en la infancia frente a la depresión en la edad adulta se estudió en una población de 4 mil seis adultos canadienses de entre 18 y 92 años, de alto nivel socioeconómico y educativo, reclutados de clínicas (Poole, Dobson, y Pusch, 2017). Se encontró que la mayoría de ellos estuvieron expuestos a por lo menos una experiencia adversa durante la infancia y dicha exposición aumentó el riesgo de depresión: Sin embargo, los sujetos con baja resiliencia presentaron más fuertemente los síntomas que aquellos con baja resiliencia.

Dentro de los factores que promueven la resiliencia destacan el apoyo social y las habilidades socioemocionales, ya que, aunque han sido poco estudiados en su conjunto, son diversas las investigaciones que respaldan su importancia para disminuir o eliminar las consecuencias del maltrato infantil en la salud mental y favorecer un estado de adaptación



posterior a este. De esta forma, Meng, Fleury, Xiang, Li, y D'Arcy (2018) demostraron en una revisión sistemática de 247 artículos empíricos que el apoyo social y las habilidades de afrontamiento y autocontrol permiten prevenir o disminuir las consecuencias negativas posteriores a este maltrato y se asociaron con la resiliencia a nivel individual, familiar y social. Para ello compararon los factores de protección en diferentes tipos de maltrato y exploraron en la literatura los problemas existentes; examinaron si la resiliencia protegía contra las consecuencias negativas del maltrato infantil y qué factor de protección estaba asociado con un tipo de funcionamiento adaptativo.

Howell y Miller-Graff (2014) estudiaron el papel del apoyo social, la espiritualidad y la inteligencia socioemocional en la promoción de la resiliencia de 321 estudiantes universitarios estadounidenses entre 18 y 24 años que experimentaron violencia infantil diversos tipos. Los participantes debían tener antecedentes de maltrato infantil para participar en el estudio. En su mayoría provenían de familias con ingresos altos, más de la mitad de los participantes estaban en su primer año de universidad. Los resultados revelaron que esta muestra fue altamente victimizada, con un promedio de 9 experiencias violentas reportadas durante la infancia. Se realizaron análisis jerárquicos de regresión múltiple, indicaron que la mayor resiliencia durante la adultez se asoció con mayor espiritualidad, mayor inteligencia socioemocional y apoyo de amigos.

De acuerdo con la evidencia anterior la resiliencia protege a los adultos de los efectos adversos en la salud mental de experiencias de maltrato infantil. La resiliencia se asocia a diversos factores de protección, como el apoyo social, la inteligencia socioemocional, las habilidades de afrontamiento y autocontrol, sin embargo, cuestiones como el nivel del maltrato y el tiempo en que se reciben los factores protectores parece moderar el nivel de resiliencia.

## **Habilidades socioemocionales**

Las habilidades socioemocionales regulan las emociones, pensamientos y comportamiento personales; pueden aprenderse y moldearse en la educación formal e informal, e influyen en un gran número de aspectos en la vida (OCDE, 2017). Estas habilidades han sido estudiadas en relación con la salud principalmente bajo el término de inteligencia emocional, que se define como la capacidad de reconocer y manejar las emociones, su significado y relaciones, de razonar y resolver problemas en base a ellas (Mayer y Salovey, 1997). Salovey y Mayer propusieron por primera vez este término en 1990 (Schutte et al., 1998), posteriormente publicaron un artículo con argumentos para demostrar que cumple con los criterios estándar para considerarse una inteligencia: puede ser operacionalizada como un conjunto de habilidades; estas habilidades forman un conjunto correlacionado con inteligencias preexistentes al mismo tiempo que muestran algunas variaciones únicas; las habilidades de la inteligencia se desarrollan con la experiencia y la edad (Mayer, Caruso, y Salovey, 1999).

Reuve Bar-On (2005) estudió las habilidades sociales y emocionales bajo el término de inteligencia socioemocional, además de estas habilidades incluyó bajo este término las competencias, y facilitadores que determinan la eficacia con la que nos entendemos y expresamos, entendemos a los demás y nos relacionamos con ellos. Bar-On desarrolló el instrumento “Emotional Quotient Inventory” (EQ-i) para la operacionalización de la inteligencia emocional. La utilidad del EQ-i para medir la relación de la inteligencia emocional con la salud se valoró en un metaanálisis (Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar, y Rooke, 2007), que identificó en el EQ-i una asociación significativa más fuerte con la salud mental en comparación con otros instrumentos de inteligencia emocional, sin embargo, este metaanálisis no contempló el modelo de habilidades socioemocionales de los Cinco Factores de Personalidad.

John y Mauskopf (2015 en Chernyshenko, Kankaraš, y Drasgow, 2018) demostraron empíricamente la relación entre las habilidades socioemocionales y el Modelo de Personalidad de los Cinco Factores en un estudio con 452 participantes que autoevaluaron ambas, posteriormente se realizaron análisis de correlación y factoriales. Los resultados indicaron una correspondencia entre la habilidad de colaboración y el factor de amabilidad, la habilidad de desempeño en las tareas y el factor de conciencia, la habilidad de regulación emocional con el factor de estabilidad, la habilidad de compromiso con otros con la extraversión y la habilidad de mente abierta con la apertura a la experiencia, tal como se muestra en la Tabla 2, que también desarrolla los atributos que se evaluaron como habilidades socioemocionales en el estudio. De acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2017) las habilidades socioemocionales son decisivas en la calidad del ajuste de los individuos en el entorno, e influyen la salud y longevidad o bienestar personal y social.

El factor de colaboración está compuesto por la empatía, cooperación y confianza; y se manifiesta por atributos tales como la compasión, cuidado, cooperación amabilidad y respeto por otros. El factor de desempeño en las tareas incluye la motivación por el logro, responsabilidad y persistencia, habilidades que determinan la capacidad de autocontrol; entre sus atributos se encuentran la auto-disciplina, el enfoque, perseverancia, autocontrol en la escuela y la organización. El factor de regulación emocional se compone por resistencia al estrés, control emocional y optimismo; afecta la variedad, frecuencia intensidad y calidad de las emociones, al igual que con la conciencia, la estabilidad emocional parece tener importantes implicaciones en diversos resultados de la vida, impacta, por ejemplo, la auto-confianza, autoestima, determinismo, la forma en que se abordan los problemas del pensamiento y estados de ánimo (Tabla 2).

Tabla 2. Correspondencia de los cinco grandes factores de la personalidad con las habilidades sociales y emocionales

<b>Factor I Colaboración (Amabilidad en 5 Grandes Factores)</b>	<b>Factor II Desempeño en las tareas (Conciencia en 5 Grandes Factores)</b>	<b>Factor III Regulación emocional (Estabilidad emocional en 5 Grandes Factores)</b>	<b>Factor IV Compromiso con otros (Extraversión en 5 Grandes Factores)</b>	<b>Factor V Mente abierta (Apertura a la experiencia en 5 Grandes Factores)</b>
<b>Compasión, cuidado, cooperación, amabilidad.</b>	Auto-disciplina, enfoque, perseverancia, autocontrol en la escuela.	Auto-confianza, autoestima, determinismo, abordar problemas del pensamiento.	Conexión social, trabajo en equipo, conciencia social, hablar en público.	Curiosidad, voluntad de probar nuevas ideas, receptividad.
<b>Respeto por otros, empatía, tolerancia, justicia.</b>	Organización, diligencia, precisión.	Alegría, felicidad, optimismo.	Asertividad, liderazgo, valor, carisma, hablar tomando una posición, valentía.	Innovación, visión, insight, aprendizaje de los errores, excitación de crear algo nuevo.
<b>Confianza, temor, gratitud, aprecio por los demás.</b>	Fiabilidad, consistencia, integridad.	Tranquilidad, balance, estabilidad, ecuanimidad (compostura incluso en situaciones difíciles).	Entusiasmo, pasión, ánimo, inspiración, agallas, espontaneidad, humor.	Apreciar la belleza en el mundo, vivir en armonía con la naturaleza, espiritualidad, atención plena, reverencia.
<b>Vivir en armonía con otros, interconectividad, inclusión.</b>	Orientación a las metas, motivación, trabajo ético, esfuerzo, productividad.	Auto-compasión, auto-amabilidad (Ser positivo y entendimiento propio cuando se sufre, falla o siente inadecuado).		Auto-reflexión, conciencia de sí mismo, auto- actualización, autenticidad.

Fuente: Chernyshenko, O. S., Kankaraš, M., y Drasgow, F. (2018). Social and emotional skills for student success and well-being.

El factor compromiso con otros incluye la actividad o energía, asertividad y sociabilidad; se caracteriza por la tendencia a ser parte de interacciones sociales amigables y a disfrutar de ellas, la búsqueda de la atención y dominio en las relaciones y vigor durante el día favorece la conexión social, el trabajo en equipo, conciencia social. El factor mente abierta se compone por la curiosidad, tolerancia y creatividad, aborda la preferencia de las personas por estímulos, ya sean intelectuales originales o experimentales en la búsqueda caracterizados por la variedad y novedad; favorece el desarrollo de habilidades cognitivas, se manifiesta en la innovación, visión, aprendizaje de los errores, excitación de crear algo nuevo (Tabla 2).

Se ha documentado ampliamente influencia positiva de las habilidades socioemocionales en diversas esferas de la vida, como la salud y longevidad o bienestar personal y social, ya sea de forma directa y por sus efectos persistentes y acumulativos en otros atributos, como las habilidades cognitivas. Por ejemplo, la competencia social puede favorecer una mejor adaptación al ambiente escolar y a un mayor estatus, que se puede traducir en mayor estado de bienestar y salud general (OCDE, 2017). Se ha demostrado la relación de las habilidades socioemocionales, medidas como rasgos de personalidad y el maltrato con el trastorno de personalidad limítrofe (Elices et al., 2015), rasgos esquizotípicos de la personalidad y depresión (Liu et al., 2017).

Otra forma de estudiar las habilidades socioemocionales ha sido bajo el término de competencia socioemocional, en el que además de considerar dichas habilidades se contemplan los conocimientos y actitudes necesarios para realizar actividades con calidad y eficacia. De acuerdo con Bisquerra Alzina y Pérez Escoda (2007) una competencia debe ser aplicable a los individuos de forma individual o grupal; debe implicar conocimientos, habilidades y actitudes y conductas integrados entre sí; estar vinculado al desarrollo y al aprendizaje continuo que surge de la experiencia; constituir un capital o potencial de actuación vinculado

a la capacidad de movilizarse o ponerse en acción; e inscribirse en un contexto determinado con referentes de eficacia y que cuestiona su transferibilidad.

Husin, Santos, Ramos y Nordin, 2013 realizaron una investigación empírica para evaluar si la inteligencia emocional cumplía los estándares para considerarse una inteligencia. Para ello evaluaron a la inteligencia emocional en base a los principales factores de inteligencia existentes, la inteligencia fluida y la inteligencia cristalizada; y correlacionaron la inteligencia emocional con la inteligencia cognitiva general para evaluar la validez convergente. Para realizar lo anterior administraron a 422 participantes la prueba de coeficiente intelectual de Shipley-2 y la prueba de inteligencia emocional basada en el rendimiento de WEIS. Los resultados de los análisis factoriales confirmatorios realizados indicaron que la inteligencia emocional no cumple los requisitos para considerarse una inteligencia y que no es una medida de habilidad pura. Por lo anterior, se utilizará el término de habilidades socioemocionales, evaluadas como competencias socioemocionales, ya que este constructo incluye, además de las habilidades, los conocimientos, capacidades y actitudes responsables de la comprensión, expresión y regulación de las emociones.

Para la operacionalización de las competencias socioemocionales Mikulic, Crespi, y Radusky (2015) diseñaron el Inventario de Competencias Socioemocionales para Adultos (ICSE) en base a una revisión exhaustiva de la literatura en el tema, las nueve competencias que incluyeron fueron conciencia emocional, regulación emocional, empatía, comunicación emocional, autoeficacia, autonomía, comportamiento prosocial, asertividad, optimismo. La evidencia indica que las competencias socioemocionales pueden tener un papel protector al favorecer la adaptación de los individuos al contexto y un buen afrontamiento del estrés.

A pesar de sus aparentes diferencias, el modelo de habilidades socioemocionales y el de inteligencia emocional se relacionan de manera significativa, de acuerdo con Dehghanan,

abdollahi, y Rezaei, (2014) los componentes de extraversión, amabilidad, conciencia, así como apertura tienen una fuerte relación con la inteligencia emocional, además existe una relación inversa entre el neuroticismo del primer modelo y la autorregulación del modelo de inteligencia emocional.

### **Apoyo Social**

El papel del apoyo social como factor de protección ante situaciones adversas como el maltrato fue demostrado desde los inicios del estudio de la resiliencia, inicialmente se enfatizó la importancia de las figuras parentales, posteriormente se evidenció la importancia del apoyo social percibido de las amistades de los adolescentes con antecedentes de maltrato infantil (Cobb, 1976).

Los componentes del apoyo social son: 1) los recursos de la red de apoyo (j. el tamaño, la estructura y características de relación de las redes de apoyo); 2) los actos de apoyo específicos, (ej. escuchar, consolar, asesorar, prestar dinero, socializar) y 3) las evaluaciones subjetivas de apoyo (ej. las percepciones y creencias de que uno está involucrado, cuidado, respetado y / o que se satisfacen sus necesidades sociales); se define como las creencias de que uno es amado, respetado y estimado por la familia, los amigos y otras personas e involucrado con ellos (Cobb, 1976).

Se ha documentado el papel del apoyo social como factor protector en el maltrato y demostrado que el apoyo social puede disminuir el deterioro a largo plazo entre las víctimas adultas de maltrato infantil (Evans et al., 2013; Fritz et al., 2018). El apoyo social se relacionó a traumas más leves en todos los niveles de maltrato para los hombres, en cambio en las mujeres, sólo el apoyo de los amigos y no la familia, favoreció la disminución de los síntomas traumáticos (Pérez-González et al., 2017).

Investigaciones en poblaciones traumatizadas demostraron la importancia del apoyo social en la recuperación de problemas de salud mental (Tsai, Harpaz-Rotem, Pietrzak y

Southwick, citado en Howell y Miller-Graff, 2014 ). El papel del apoyo social como factor de protección asociado a un funcionamiento resiliente fue estudiado en una población de 321 jóvenes adultos universitarios estadounidenses, de 18 a 24 años de edad, que sufrieron violencia en la niñez. Los análisis indicaron que después de controlar la exposición a la victimización infantil, otros eventos potencialmente traumáticos y los síntomas actuales de depresión y ansiedad, la mayor resiliencia durante la adultez emergente se asoció al apoyo de amigos, mayor inteligencia emocional y con una mayor espiritualidad (Howell y Miller-Graff, 2014).

Evans et al. (2013) estudiaron el efecto moderador del apoyo social percibido en las asociaciones entre la gravedad del maltrato infantil y los síntomas de trauma en adultos con 372 individuos recién casados. Identificaron que el aumento de la gravedad del maltrato predijo mayores síntomas de trauma para mujeres y hombres. Sin embargo, el apoyo social percibido tanto de la familia como de los amigos se relacionó con síntomas de trauma más bajos en todos los niveles de maltrato para los hombres. Para las mujeres, un mayor apoyo social percibido de los amigos, pero no de la familia, predijo la disminución de los síntomas traumáticos. Entre las mujeres, a medida que aumentó la gravedad del maltrato disminuyó el efecto amortiguador del apoyo social percibido de la familia sobre los síntomas de trauma

La relación entre el apoyo social y el maltrato se investigó en una muestra de 501 estudiantes universitarios, los resultados indicaron que, aunque la aceptación, el encuadre positivo y el apoyo emocional predijeron significativamente un crecimiento postraumático o resiliencia, solo el factor de los adultos prosociales y el número total de recursos sociales y emocionales experimentados moderaron la relación entre el maltrato infantil y crecimiento postraumático (Mohr y Rosén, 2017).

De acuerdo con la evidencia anterior, el apoyo social tiene un efecto amortiguador en los síntomas del maltrato ya que se relaciona a una menor internalización de los síntomas, al disminuir los niveles de estrés y de esta forma favorecer la regulación emocional que se ve



afectada por el maltrato infantil. Existe un efecto diferencial en apoyo social frente al maltrato en relación con la gravedad y el sexo, la evidencia indica que, aparentemente, el apoyo social en las mujeres sólo ofrece un efecto amortiguador en el caso de los amigos, y no de la familia; además el efecto amortiguador del apoyo social disminuye conforme aumenta la gravedad del maltrato infantil.

### **Planteamiento del problema**

El maltrato infantil es un problema de salud pública (UNICEF, 2016), con una prevalencia mundial superior a 50% en la población entre los 2 y 17 años (Hillis, Mercy, Amobi, y Kress, 2016). La tendencia de los últimos 30 años indica que este fenómeno está al alza a nivel mundial (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink, y van IJzendoorn, 2015).

La situación del maltrato en México podría ser más crítica, ya que la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (Instituto Nacional de Salud Pública y Unicef, 2016) reportó que el 63% de los niños y niñas de entre 1 y 14 años experimentaron como mínimo un método de disciplina violenta en el mes anterior a dicha encuesta. En Baja California este fenómeno se ha incrementado en los últimos años, de acuerdo con los datos del DIF y la Procuraduría General de Justicia del Estado («Maltrato infantil, una realidad en BC», 2018). La Comisión de Justicia de Baja California (2017) indicó que este estado ocupa el segundo lugar en abuso sexual a nivel nacional. En Tijuana este fenómeno también presenta una tendencia al alza; esta ciudad, en conjunto con Mexicali, registra el 80% de las denuncias por maltrato infantil en el Estado («Al alza, denuncias de maltrato infantil», 2018). Además, Tijuana está señalada como uno de los cuatro focos rojos de explotación sexual en México (Pinheiro, 2013).

Aunada a su alta prevalencia, la importancia de este fenómeno radica en su impacto en la salud, ya que se correlaciona con el desarrollo de diversas enfermedades físicas y mentales. Los antecedentes de maltrato infantil aumentan el riesgo de padecer en la edad adulta

enfermedades cardiovasculares (Rich-Edwards et al., 2012), ansiedad social (Nanda, Reichert, Jones, y Flannery-Schroeder, 2016), ansiedad y depresión severas (Taillieu et al., 2016), trastornos de conducta alimentaria (Pignatelli, Wampers, Loriedo, Biondi, y Vanderlinden, 2017), síntomas de estrés postraumático y menor regulación emocional riesgo suicida (Lilly, London y Bridgett, 2014), y aumento en el riesgo del comportamiento suicida (Liu et al., 2017).

### **Objetivo general**

Examinar la relación entre las habilidades socioemocionales y el apoyo social con la resiliencia, en universitarios expuestos a maltrato infantil.

### **Objetivos específicos**

1. Evaluar la estructura factorial de la escala de resiliencia de Connor y Davidson, el inventario de competencias socioemocionales, la escala de apoyo social familiar y de amigos, el inventario de experiencias traumáticas en la infancia y el cuestionario de salud y vida cotidiana.
2. Estimar la frecuencia de las experiencias de los diferentes tipos de maltrato infantil, el número de perpetradores que lo infringieron y la polivictimización, y su relación con la resiliencia, los síntomas psicósomáticos y los síntomas de depresión.
3. Comparar la media de habilidades socioemocionales, resiliencia, síntomas psicósomáticos y síntomas de depresión en sujetos con exposición a un tipo de maltrato y la polivictimización.
4. Identificar el grado en que el nivel de las habilidades socioemocionales y del apoyo social familiar y de amigos predicen la resiliencia en función del número de experiencias de maltrato infantil, su frecuencia y una edad de inicio temprano de este (menor a 6 años).

**Hipótesis**

1. A mayor nivel de resiliencia será menor el número de síntomas de enfermedades.
2. Existe una relación positiva entre la resiliencia, el apoyo social y las habilidades socioemocionales en universitarios expuestos a maltrato durante la niñez.
3. La polivictimización tendrá una relación inversa con la resiliencia posterior al maltrato
4. El nivel de habilidades socioemocionales será más alto en universitarios con exposición a maltrato infantil en comparación con universitarios sin exposición.

**Pregunta de investigación**

¿Cuál es la relación entre las habilidades socioemocionales y el apoyo social con la resiliencia en universitarios expuestos a maltrato infantil?

## **Justificación**

El maltrato en la infancia es un fenómeno que ocurre con alta frecuencia en el mundo, (Stoltenborgh et al., 2015b), Este problema no es un fenómeno aislado, sino que afecta a miles de niños en el mundo. En México la situación es más crítica, estudios que indican una prevalencia de hasta 63% (Instituto Nacional de Salud Pública y Unicef, 2016) en comparación con 22% reportado a nivel mundial (OMS, 2016).

La evidencia científica indica que el maltrato infantil tiene consecuencias a corto y largo plazo en la salud, tales como la desregulación emocional, síntomas de estrés postraumático elevado, enfermedades cardiovasculares, depresión e intentos de suicidio y trastornos del desarrollo cerebral temprano (Dube et al., 2001; Kim y Cicchetti, 2010; Lilly, London, y Bridgett, 2014; Suglia, Sapra, y Koenen, 2014). Sin embargo, no todas las personas con antecedentes de maltrato infantil desarrollan estas patologías, algunos presentan un comportamiento resiliente (Masten et al., 1990).

Aunque existe un cúmulo de investigación que señala el efecto de la resiliencia sobre la salud ante experiencias de maltrato infantil, y el que algunos estudios, mostraron una aparente relación entre las habilidades socioemocionales y el apoyo social con la resiliencia posterior al maltrato en adultos (Howell & Miller-Graff, 2014), estos factores de protección han sido poco estudiados en población mexicana (Armstrong, Galligan, y Critchley, 2011; Howell y Miller-Graff, 2014).

Por todo lo anterior, la presente investigación pretende valorar la relación entre la resiliencia, las habilidades socioemocionales y el apoyo social, en adultos con historia de maltrato en la niñez de la ciudad de Tijuana, con la finalidad de realizar una aportación teórica que permita generar futuras intervenciones o incluso apoyar el desarrollo de programas basados en el entrenamiento las competencias y habilidades socioemocionales inherentes a las

habilidades socioemocionales y el desarrollo de redes de apoyo social con el propósito de disminuir el riesgo de enfermedades físicas, psicopatologías e intentos de suicidio en estudiantes universitarios con antecedentes de maltrato en la niñez.

## **Método**

### **Diseño**

Se realizará un estudio de enfoque cuantitativo, transversal, correlacional.

### **Participantes**

Participaron 783 estudiantes universitarios, después de excluir los casos con datos perdidos y los casos atípicos se conservó una muestra de 648. Los participantes eran en su mayoría, mexicanos (94%), el resto extranjeros con residencia en México (i.e., norteamericanos, venezolanos, argentinos y chilenos). Su rango de edad fue de 18 a 39 años ( $\bar{X} = 21.4$ ,  $D.E. = 3.49$ ), el 63.9% de ellos eran mujeres, que estudiaban una licenciatura del área de Ciencias de la Salud (62.85%), Ingeniería (13.52%), Económico Administrativa (7.13%) u otras áreas (16.49%), entre el primer semestre y el 14 (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Características sociodemográficas

Características	n	%
Sexo		
Hombre	234	36.11
Mujer	414	63.89
Estado civil		
Soltero	602	92.90
Casado	22	3.40
Unión libre	20	3.08
Divorciado	4	0.62
Tipo de universidad		
Pública	644	93.21
Privada	44	6.79
Tipo de carrera		
Ciencias de la salud	380	58.64
Ingenierías	54	8.33
Económico administrativas	12	1.85
Educación	7	1.08
Otras	195	30.10
Semestre		
1 a 4	372	57.41
5 a 14	276	42.59

## **Estrategia de muestreo**

Se realizó un muestreo por conveniencia con 783 participantes, estudiantes de las universidades UABC Otay y Valle de las Palmas, Xochicalco, UTT, ITT, Humanitas, CETYS Universidad, UDCI, CUT, CENYCA, UNIFRONT, UPN, Ateneo Universitario, UNEA, UTEL, UAD, CUT Oriente, Universidad Vasconcelos, Tijuana Music School, UDG y FETSE, en Tijuana, Baja California. 384 estudiantes se reclutaron solicitando la participación en los salones de clases de UABC Otay y Valle de las Palmas pero debido al confinamiento en casa de los estudiantes por el COVID-19, la cantidad restante de participantes se reclutaron por medio de una invitación por correo y por medio de grupos de universitarios en Facebook (Tabla 3). Se consideraron criterios de inclusión: Mujeres y hombres mayores de edad, estudiantes de licenciaturas en Tijuana y que deseen participar en la investigación. Como criterios de exclusión se consideraron: la sospecha de la presencia de trastornos psíquicos reportada por docentes y edad de 40 años o más (adultez media o tardía).

## **Instrumentos**

### *Inventario de Competencias Socioemocionales ICSE*

El Inventario de Competencias Socioemocionales ICSE mide el conjunto de habilidades, capacidades, conocimientos y actitudes que permiten entender, expresar y regular apropiadamente los fenómenos emocionales (Mikulic, Crespi y Radusky, 2015). Evalúa nueve dimensiones: conciencia emocional, regulación emocional, empatía, expresión emocional, autoeficacia, prosocialidad, asertividad, optimismo y autonomía emocional. Estas dimensiones se obtuvieron de un análisis, en el que se identificó que los marcos teóricos de los principales investigadores en esta área poseen dichas competencias en común (Mikulic et al., 2015). El formato de respuesta del ICSE abarca una escala Likert de 1 a 5 puntos, siendo 1 completamente en desacuerdo, 3 ni acuerdo ni desacuerdo y 5 completamente de acuerdo (Mikulic et al., 2015).

La validez de contenido se obtuvo a través del acuerdo entre el método de 18 jueces con experiencia en psicometría (Mikulic et al., 2015). Para el estudio de la consistencia interna se calcularon los coeficientes Alpha de Cronbach de cada escala, encontrándose valores entre .60 y .87, y de .89 en el instrumento total (Mikulic et al., 2015). La evidencia de validez concurrente se obtuvo a través de correlaciones significativas y positivas entre ocho escalas del ICSE y el Inventario de Cociente Emocional (EQ-i) de Gómez Dupertuis y Moreno, la Adaptación Argentina de la Escala de Conductas Prosociales de Caprara y Pastorelli, y la Adaptación para Buenos Aires de la Escala de Autoeficacia General (Mikulic et al., 2015)(Anexo 2).

#### *Inventario de experiencias traumáticas en la infancia (ETI-SRCol)*

El Inventario de experiencias traumáticas en la infancia es un cuestionario de 81 ítems desarrollado inicialmente para población norteamericana. Evalúa la frecuencia, la edad de inicio, el impacto emocional y la gravedad del abuso físico, psicológico y sexual, además de traumas generales: violencia sociopolítica, abuso sexual, abuso físico y emocional, acontecimientos generales traumáticos y pobreza. En su versión en inglés demostró una adecuada consistencia interna ( $\alpha = 0.78-0.90$ ) y validez ( $r = 0.39-0.47$ ) para la correlación CAPS (Bremner, Bolus y Mayer, 2007). Fue adaptado y validado al español en población colombiana con una consistencia interna ( $\alpha=0.795$ ) y un índice de gravedad del trauma ( $\alpha=0.832$ ) adecuados(Lía, Gómez, Gaviria Gómez y Londoño, 2019)(Anexo 4).

#### *Escala de resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC)*

La Escala de resiliencia de Connor y Davidson se desarrolló con población norteamericana para evaluar el nivel de resiliencia en adolescentes y adultos (Davidson, 2018). Presenta 25 ítems en los que la persona debe indicar hasta qué punto cada una de las afirmaciones ha sido verdadera en su caso durante el último mes, en una escala de 0 al 4, donde



0 indica que no ha sido verdadera en absoluto y 4 que ha sido verdadera casi siempre. Las puntuaciones totales oscilan entre 0 y 100; a mayores puntuaciones, mayor resiliencia (Davidson, 2018).

Ha sido traducido a más de 50 idiomas en diferentes contextos (Faria Anjos, Heitor Dos Santos, Ribeiro y Moreira, 2019); las propiedades psicométricas de este instrumento se mantuvieron en casi todos los estudios, no obstante, su estructura factorial y su puntuación media cambió acuerdo con el contexto, no se recomienda separar las subescalas de factores que fueron reportadas originalmente por Connor y Davidson (Davidson, 2018).

La versión original presenta un alfa de Cronbach de .89. Se verificó la confiabilidad test-retest en 24 sujetos, no se encontraron cambios clínicos significativos ya que se obtuvo un coeficiente de correlación de .87. Como parte de la validez convergente se obtuvo una correlación positiva del CD-RISC con la medida de resistencia de Kobasa ( $r=.83$ ,  $P<.0001$ ); una correlación negativa con la escala de estrés percibido ( $r=-.76$ ,  $P<.001$ ), con la escala de vulnerabilidad al estrés de Sheenan ( $r=-.32$ ,  $P<.0001$ ) y con la escala de invalidez de Sheenan ( $r=-.62$ ,  $P<.0001$ ) (Connor y Davidson, 2003).

La traducción al español fue realizada por dos miembros del equipo de investigación de Crespo, Fernández-Lansac, y Soberón (2014) y supervisada por una persona bilingüe con formación en Psicología. En esta versión se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.89 y un índice de fiabilidad de SpermanBrown para dos mitades de longitud desigual de 0.86 (Anexo 1).

#### *Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R).*

Escala tipo Likert que evalúa el apoyo social familiar y el apoyo de amigos en adolescentes y adultos, contiene 14 reactivos con cinco alternativas de respuesta (de 1 a 5), en donde 1 significa *nunca* y 5 *siempre*; la dimensión de apoyo familiar comprende los reactivos 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 y 14, la dimensión de apoyo de amigos está comprendida por los reactivos: 2, 4, 6,

8, 10, 12 y 15; las puntuaciones oscilan entre 15 a 75 puntos, a mayor puntaje mayor apoyo social, esto también aplica para cada dimensión; el coeficiente alfa de Cronbach es de .918, que confirma una estructura bifactorial que explica 66.09% de la varianza. Esta escala fue desarrollada con una muestra de 456 estudiantes de Nuevo León, 215 hombres con una edad promedio de 18.3 años (DT 3.3); la media de la edad de las mujeres fue de 17.9 (DT 2.7) (González-Ramírez y Landero, 2014) (Anexo 3).

#### *Cuestionario de salud y vida cotidiana forma B (HDL)*

Cuestionario de autoinforme, que consta de tres partes: (1) índices de salud, (2) lista de eventos vitales y estrategias de afrontamiento, (3) funcionamiento social; sólo se utilizará la primera parte para la presente investigación, la cual es independiente de las otras partes del cuestionario. La subescala de índices de salud se encuentra dividida en cinco secciones, cuatro de ellas son de tipo Likert con escala de 1 al 5, en la sección restante se contesta con *sí* o *no*. Ha sido validado en población mexicana con un Alpha de Cronbach mayor a .69 (Acuña, 1998) (Anexo 5). Se tradujo al español y validó en población mexicana por primera vez en 1989 por Ayala y Aduna-Mondragón.

Para el presente estudio se utilizará la adaptación de primera sección del HDL, validada por Acuña (1998) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México; con el fin de contar con escalas de medición continuas la mayor parte de los reactivos de esta sección son de tipo Likert de 5 puntos, en donde 1 significa nunca y 5 significa siempre (Anexo 6), el resto tiene como opción de respuesta sí o no (Anexo 5).

#### **Procedimiento**

Tras la aprobación del protocolo por UABC, se realizó un estudio piloto con 60 estudiantes de dicha universidad. Debido a que el Inventario de Competencias Socioemocionales no había sido validado en México, se verificó mediante una entrevista

cognitiva que la interpretación que los participantes daban a las preguntas correspondiera con el sentido original de los autores. Posteriormente los cuestionarios fueron sometidos a jueceo por parte de 3 investigadores con formación en psicología. Con base en la entrevista cognitiva y el jueceo se determinó que los reactivos eran adecuados aplicarse en Tijuana

A continuación, se reclutaron participantes universitarios en la Universidad Autónoma de Baja California, campus Otay y Valle de las Palmas, se presentó el consentimiento informado a los posibles participantes y se entregaron los cuestionarios a quienes accedieron a ser parte del presente estudio. Cuando estos terminaron de responder los instrumentos, se entregó una lista de recursos locales para la atención de la salud mental y agradeció a todos su colaboración. Debido al confinamiento que se presentó en la población universitaria por el COVID-19, se cambió la modalidad presencial de la aplicación de instrumentos, por una aplicación en línea, incluyó estudiantes de X universidades de Tijuana que se invitaron a participar por medio de Facebook y correo electrónico.

### **Equipo y materiales**

Recursos materiales: Un paquete por cada participante con un lápiz y una pluma, un cuestionario de datos personales, el Inventario de Competencias Socioemocionales, el Inventario de Experiencias Traumáticas en la Infancia, la Escala de Resiliencia CD-RISC, el Cuestionario de Apoyo Social AFA-R, el Inventario Big Five y el Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana HDL.

Infraestructura: un salón bien iluminado con mesabancos o mesas y sillas para los participantes (proporcionados por las escuelas).

Recursos humanos: Participaron en todo el proceso de investigación Dora Adriana Ocegüera Heredia como investigador principal y la Dra. Diana Alejandra González García como asesora de tesis, un estudiante de la etapa terminal de la carrera en psicología apoyó en la aplicación

de cuestionarios y pruebas, y en el análisis de datos como parte de su servicio social; previo a dichas actividades recibió capacitación en cuanto a las características y al tema de investigación, aplicación de instrumentos, solución de preguntas frecuentes y recursos locales de salud mental.

Financiamiento: Aunque los gastos de la investigación serán autofinanciados, la manutención durante el desarrollo de esta corrió a cargo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). En el Anexo 6 se presenta un desglose del presupuesto.

### **Análisis de datos**

Después de verificar la captura correcta de los datos recabados, se analizaron mediante el programa IBM SPSS Statistics 25. El análisis de valores perdidos indicó que se contaba con 99.59% de datos completos y que ningún reactivo superaba el 4% de datos faltantes, además el análisis indicaba una pérdida de datos aleatoria, por lo que se determinó tratar los datos faltantes por el método de eliminación por listas. De esta manera, los participantes que presentaron por lo menos un reactivo sin responder, fueron eliminados del estudio.

### **Análisis factorial exploratorio de instrumentos**

Este análisis se realizó en aquellos instrumentos que no habían sido validados en México. Se identificaron y eliminaron los datos extremos usando el criterio de tres desviaciones estándar o más y la distancia de Mahalanobis, luego se verificó que los datos se distribuyeran normalmente usando la prueba de Kolmogorov Smirnov y con una inspección visual de los gráficos q-q. Se verificaron los supuestos de normalidad, linealidad y homocedasticidad, posteriormente se procedió a realizar el análisis factorial exploratorio por componentes principales. Para determinar el número de factores se utilizó el análisis

paralelo (Pérez y Medrano, 2010), para realizar la rotación e interpretación de los factores se utilizó una rotación oblicua, en este caso, si se observa una correlación superior a .32 entre los factores se escogió una rotación oblicua y , en caso contrario, una ortogonal (Pérez y Medrano, 2010).

### **Análisis factorial confirmatorio de instrumentos**

Se realizó un análisis factorial confirmatorio con AMOS 23, en el cual se recomienda utilizar la configuración de los reactivos obtenida en los estudios anteriores y si no se cuenta con ella, utilizar la configuración obtenida en el análisis factorial exploratorio calculado en el presente estudio. En el caso de ETI, como la escala está compuesta por datos dicotómicos, se utilizó un análisis factorial confirmatorio para datos dicotómicos utilizando el método de mínimos cuadrados ponderados como estimador y se obtuvo la invarianza parcial. En el caso de las otras escalas se utilizó el método de máxima verosimilitud. Para evaluar el modelo se utilizaron como criterios de índice de ajuste un chi cuadrado ( $\chi^2 > 0.05$ ), discrepancia entre chi cuadrado y grados de libertad (CMIN/DF  $< 5$ ), índice de bondad de ajuste (GFI 0.90 – 1), índice de ajuste ponderado (AGFI 0.90 – 1), índice residual de la raíz cuadrada media (RMR lo más cercano a 0), error cuadrático media de aproximación (RMSEA  $< 0.05/0.08$ ), índice de ajuste comparativo (CFI 0.90 – 1), índice de ajuste normalizado (NFI 0.90 – 1), índice no normalizado de ajuste (TLI 0.90 – 1) (Schreiber et al., 2006). Se consideró la eliminación de los reactivos cuando el error fue mayor a 1. Finalmente se calculó el alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna.

### **Análisis descriptivo de los datos**

Se obtuvo la frecuencia y porcentaje de cada una de las características sociodemográficas. Para cada escala se obtuvo el puntaje en cada subescala y el puntaje total. En el caso de la escala de ETI se identificó el tipo de maltrato considerando por lo menos una respuesta si a uno de los reactivos en cada subescala, además se obtuvo la frecuencia de maltrato más alta agrupando las categorías, varias veces por día, días y semanas; asimismo se obtuvo la edad de inicio más temprana. En ambos casos se calculó para cada uno de los tipos de maltrato y para todos en su conjunto. Con base en esas categorías, también se calcularon las frecuencias y porcentajes.

Para responder al objetivo sobre la relación de la resiliencia con la salud mental, se realizó una correlación de Pearson entre los puntajes totales del CD-RISC con la subescala de síntomas psicósomáticos y con la subescala de síntomas de depresión del HDL. Para conocer el impacto del maltrato sobre la resiliencia se realizaron pruebas t de Student para muestras independientes. Se utilizó como variable dependiente la puntuación del CD-RISC, y las puntuaciones de las subescalas de síntomas psicósomáticos y de salud mental. Como variables independientes se utilizó si se experimentó maltrato físico, maltrato emocional y abuso sexual, si se experimentó victimización o polivictimización. Se evaluaron las diferencias considerando si se había experimentado algún tipo de maltrato o no, si se había experimentado victimización o polivictimización. Asimismo, se comparó el puntaje de resiliencia en función de si se había experimentado maltrato o no.

### **Regresión jerárquica múltiple tipo lineal**

Se realizaron regresiones jerárquicas múltiples de tipo lineal de cuatro pasos utilizando como variable dependiente la resiliencia y como variables independientes las experiencias de maltrato, la edad de su inicio, la frecuencia alta del maltrato, las habilidades

socioemocionales, el apoyo social percibido de la familia y el apoyo social percibido de los amigos. Se introdujeron en el paso uno las experiencias de maltrato, en el paso, como covariables, el estrés vital y depresión, en el paso tres se introdujeron las variables asociadas al riesgo que fueron la edad de inicio y una frecuencia alta de maltrato en el paso cuatro se introdujeron los factores protectores, el puntaje total de la escala de habilidades socioemocionales, y el puntaje de la subescala AFAR de amigos y familia. Posteriormente se realizó el mismo análisis utilizando el sexo como variable de selección, con lo que se obtuvo un modelo independiente para hombres y para mujeres.

## **Resultados**

**Resultado objetivo 1. Evaluar la estructura factorial de la escala de resiliencia de Connor y Davidson, el inventario de competencias socioemocionales, la escala de apoyo social familiar y de amigos, el inventario de experiencias traumáticas en la infancia y el cuestionario de salud y vida cotidiana.**

El análisis factorial confirmatorio (AFC) del CD-RISC (2018) reveló que la estructura factorial encontrada por Connor y Davidson obtuvo un valor de Chi cuadrada con un nivel de significancia menor a 0.05 por lo que puede asumirse que la estructura factorial debe tomarse con cautela (Ver Tabla 6). El error obtenido para cada uno de los reactivos fue menor a 1. Los valores de CMIN/DF (3.64), GFI (0.90), RMR (0.05), RMSEA (0.06), CFI (0.90) se encuentran dentro de los parámetros esperados, y los de AGFI (0.87), NFI (0.84) y TLI (0.86) son muy cercanos a dichos parámetros, con base en lo anterior se considera al modelo factorial del ICSE como aceptable.

Tabla 4. Índice de ajuste esperado para un modelo de ecuaciones estructurales e índices obtenidos para el análisis factorial confirmatorio CD-RISC (Connor y Davidson, 2003)

<b>Índice de ajuste</b>	<b>Esperado</b>	<b>Obtenido</b>
Chi cuadrado $x^2$	>0.05	0.00
Discrepancia entre $x^2$ y grados de libertad (CMIN/DF)	<5	3.64
Índice de bondad de ajuste (GFI)	0.90 - 1	0.90
Índice de ajuste ponderado (AGFI)	0.90 - 1	0.87
Índice residual de la raíz cuadrada media (RMR)	Lo más cercano a 0	0.05
Error cuadrático media de aproximación (RMSEA)	< 0.05/0.08	0.06
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0.90 - 1	0.90
Índice de ajuste normalizado (NFI)	0.90 - 1	0.84
Índice no normalizado de ajuste (NNFI o TLI)	0.90 - 1	0.86

### **Análisis factorial exploratorio y confirmatorio del Inventario de Competencias Socioemocionales (ICSE)**

En el presente estudio se obtuvo la validez y la confiabilidad del Inventario de Competencias Socioemocionales en estudiantes universitarios. Se realizó un análisis factorial de componentes principales. Se revisaron las comunalidades de cada reactivo, se eliminaron los reactivos 4, 10, 11, 13, 15, 16, 19, 28, 37, 41, 49, 65, 66 y 71 porque presentaron un valor menor a .30. La prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa,  $X^2(1653) = 17337.187$ ,  $p < 0.001$  y que el valor KMO fue igual a .953, por lo que se determinó que la matriz de datos es apropiada para realizar la factorización. El criterio de autovalor  $> 1$  reveló 9 factores explican el 48.96% de la varianza, mientras 12 factores el 56.71% (ver Figura 2).



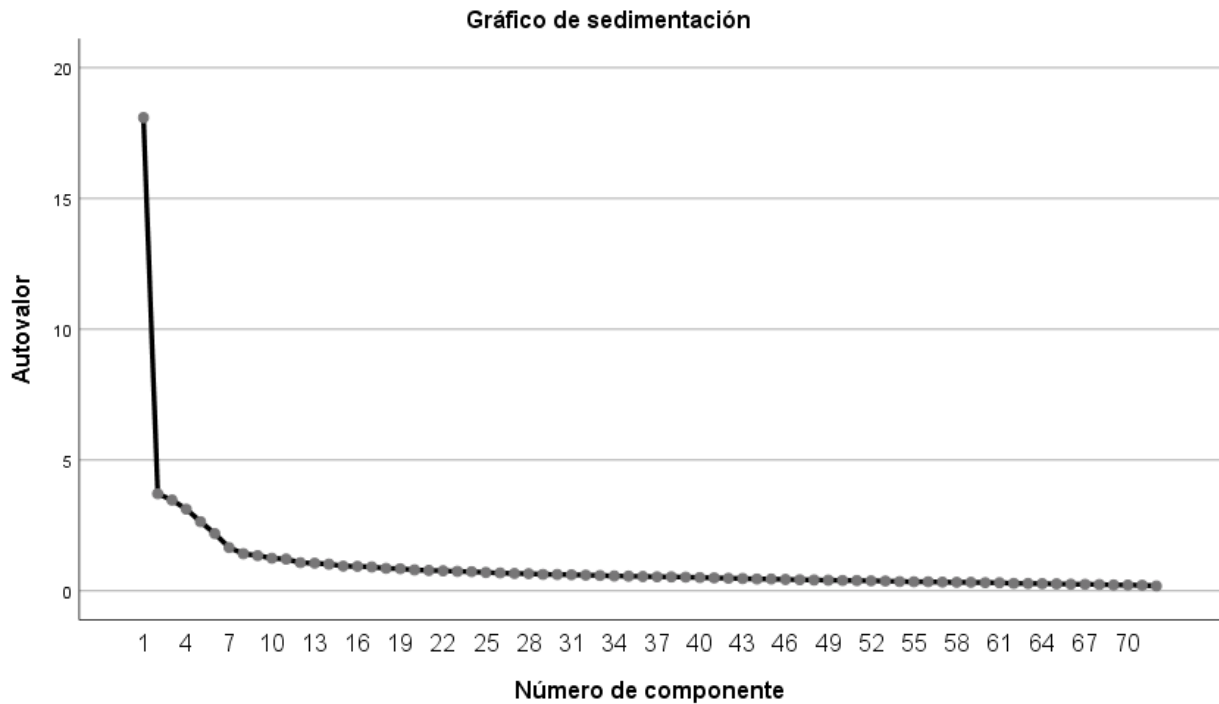


Figura 1. Gráfico de sedimentación del Inventario de Competencias Socioemocionales

Pérez y Medrano (2010) sugieren utilizar el análisis paralelo como método de extracción y determinación de factores. Conforme a dicha recomendación se encontró que los ítems se agrupan en 6 factores. Para determinar el tipo de rotación se realizó una rotación oblicua inicial (Pérez y Medrano, 2010); se encontraron correlaciones inferiores a .32 entre los factores por lo que se realizó una rotación ortogonal equamax. En la Tabla 6 se muestra la estructura factorial del Inventario de Competencias Socioemocionales encontrada en el presente estudio.

Tabla 5. Estructura factorial del Inventario de Competencias Socioemocionales

Ítem	Asertividad- Autoeficacia	Optimismo	Conciencia	Expresión	Regulación emocional- empatía	Prosocialidad
61. Me pongo muy nervioso/a si tengo que contradecir a alguien.	<b>0.677</b>	0.034	0.178	0.017	0.051	0.015
9. Se me dificulta decir que estoy en desacuerdo con algo.	<b>0.609</b>	0.187	0.080	0.023	0.072	0.120
17. Me pone muy incómodo/a decir que algo me molesta.	<b>0.603</b>	0.040	0.327	0.133	0.032	-0.081
51. Se me dificulta mucho decir que "No"	<b>0.602</b>	0.023	0.321	0.110	-0.032	0.021
42. Me resulta difícil poner límites a las personas.	<b>0.594</b>	0.047	0.182	0.108	0.119	-0.009
44. Dependo de los demás para tomar decisiones.	<b>0.588</b>	0.125	0.236	0.086	0.035	-0.172
63. Ante un problema me cuesta pensar con claridad.	<b>0.514</b>	0.321	0.036	0.230	0.264	0.125
18. Dudo de mi capacidad para cumplir los objetivos que me propongo.	<b>0.512</b>	0.419	0.014	0.242	0.111	0.073
56. Creo que a los demás las cosas le salen más fácil que a mí.	<b>0.486</b>	0.470	0.129	0.137	0.018	0.067
8. Cuando tengo un problema se me dificulta resolverlo.	<b>0.473</b>	0.299	0.119	0.207	0.048	0.014
35. Me resulta fácil poner límites a las personas cuando algo me molesta.	<b>0.455</b>	0.498	-0.003	0.165	0.166	0.076
72. Si hay complicaciones, me cuesta continuar.	<b>0.451</b>	0.392	0.098	0.202	0.066	0.251
36. Tengo poca confianza en mí mismo/a para lograr lo que me propongo.	<b>0.438</b>	0.207	0.333	-0.128	0.144	0.090
50. Tengo dificultades para cumplir los objetivos que me propongo	<b>0.433</b>	0.001	0.195	0.203	-0.300	0.051
68. Cuando tengo muchas dificultades, me cuesta pensar en positivo.	<b>0.417</b>	0.196	0.015	0.204	0.306	0.016
52. Me siento seguro/a tomando decisiones por mi cuenta.	<b>0.358</b>	0.395	0.132	0.218	-0.098	0.056
43. Me siento seguro/a de mí mismo/a en la mayoría de las situaciones.	<b>0.362</b>	0.415	0.031	0.262	0.028	0.042
48. Me desaliento fácilmente ante las dificultades de la vida	0.368	<b>0.464</b>	0.284	0.066	-0.030	0.211
32. Tengo una actitud positiva ante la vida.	0.291	<b>0.740</b>	0.243	-0.053	0.175	0.021
60. Acostumbro ver el lado bueno de las cosas.	0.024	<b>0.714</b>	0.065	0.163	-0.064	0.251
14. Puedo centrarme en los aspectos positivos de la vida	-0.048	<b>0.673</b>	-0.166	0.251	0.316	0.229
23. Ante situaciones difíciles de la vida confío que todo saldrá bien.	-0.253	<b>0.657</b>	-0.049	0.167	0.102	0.038
62. Miro al futuro con esperanza.	0.224	<b>0.613</b>	-0.031	0.096	0.157	0.090
54. Me cuesta pensar que las cosas saldrán bien.	0.308	<b>0.519</b>	0.231	-0.141	0.032	0.058
5. Se me dificulta disfrutar de la vida.	0.054	<b>0.464</b>	0.174	0.212	0.081	0.090
27. Cuando me propongo un objetivo lo cumplo.	0.022	<b>0.445</b>	0.179	0.048	0.186	0.079
30. Me cuesta diferenciar mis estados de ánimo.	0.107	0.430	<b>0.673</b>	0.179	0.167	0.062
46. Me resulta difícil darme cuenta qué es lo que estoy sintiendo.	0.035	0.656	<b>0.665</b>	0.003	0.231	0.070
59. Se me dificulta reconocer mis emociones.	-0.018	0.625	<b>0.637</b>	0.099	0.027	0.064
21. Me resulta difícil darme cuenta cuando cambia mi estado de ánimo.	0.301	0.550	<b>0.635</b>	0.324	0.076	0.075
53. Me conecto poco con mis sentimientos.	0.376	0.539	<b>0.567</b>	-0.019	0.102	-0.024
39. Sé diferenciar mis sentimientos.	0.282	0.504	<b>0.526</b>	-0.022	-0.053	0.272
25. Me resulta difícil controlar mis emociones.	0.250	0.493	<b>0.492</b>	0.384	-0.084	-0.038
67. Cuando me siento triste me cuesta saber por qué.	0.459	0.489	<b>0.470</b>	0.157	-0.092	0.209

Tabla 6. Estructura factorial del Inventario de Competencias Socioemocionales  
(continuación)

Ítem	Asertividad- Autoeficacia	Optimismo	Expresión	Conciencia	Regulación emocional- empatía	Prosocialidad
12. Conozco mis sentimientos.	0.411	0.480	<b>0.435</b>	0.023	0.243	0.189
3. Me doy cuenta cuando estoy feliz.	0.265	0.192	<b>0.422</b>	0.126	0.356	-0.069
38. Puedo expresar fácilmente lo que estoy sintiendo.	0.013	0.447	0.336	<b>0.708</b>	-0.007	0.107
20. Digo claramente lo que me pasa a los demás.	0.124	0.217	0.184	<b>0.665</b>	0.152	0.032
55. Expreso mis opiniones con facilidad.	0.067	0.195	0.113	<b>0.639</b>	0.047	-0.012
64. Soy capaz de expresar mis emociones cuando hablo con otros.	0.038	0.183	0.229	<b>0.638</b>	0.063	-0.012
29. Me resulta fácil decir a los otros lo que pienso de ellos.	0.425	0.197	-0.038	<b>0.600</b>	-0.013	0.096
1. Acostumbro decir las cosas que me molestan.	0.159	0.113	-0.021	<b>0.573</b>	0.152	0.088
45. Las personas que me conocen dicen que me expreso bien.	0.235	0.188	0.028	<b>0.551</b>	0.042	0.132
2. Se me dificulta expresar mis sentimientos hacia los demás.	0.293	0.139	-0.107	<b>0.498</b>	-0.125	0.066
58. Me resulta difícil expresar lo que me pasa.	0.091	0.126	0.432	<b>0.493</b>	-0.016	0.180
26. Digo lo que pienso aunque los demás no estén de acuerdo.	0.137	0.097	0.383	<b>0.491</b>	0.027	-0.011
70. Me resulta difícil decir a otros cuánto significan para mí.	0.269	0.168	0.329	<b>0.473</b>	0.144	-0.005
47. Cuando me enojo con alguien intento ponerme en su lugar.	-0.092	0.010	0.124	0.144	<b>0.653</b>	0.072
69. Cuando alguien me ofende soy capaz de mantenerme tranquilo/a.	0.129	0.371	0.146	0.146	<b>0.645</b>	0.054
22. Cuando estoy discutiendo, trato de ponerme en el lugar del otro antes de decir algo.	-0.015	0.118	-0.015	-0.222	<b>0.620</b>	0.087
33. Suelo perder el control cuando algo me enoja.	0.270	0.267	0.141	0.077	<b>0.601</b>	0.120
57. Cuando estoy enojado/a sale lo peor de mí.	0.289	0.202	0.240	0.107	<b>0.596</b>	0.028
7. Puedo manejar mis emociones.	0.274	0.302	0.311	0.153	<b>0.403</b>	0.027
24. Suelo ayudar a las personas que están en problemas.	0.194	0.139	0.127	0.083	0.051	<b>0.809</b>
6. Acostumbro ayudar a otros incluso cuando no me lo piden.	0.110	0.193	0.337	0.096	0.066	<b>0.808</b>
31. Me cuesta ayudar a otras personas.	0.159	0.361	0.344	0.093	0.193	<b>0.764</b>
Eigenvalues	17.530	3.031	2.947	2.501	2.186	1.758
% de varianza explicada	30.220	5.225	5.080	4.311	3.769	3.031
$\alpha$	0.919	0.868	0.887	0.878	0.739	0.775

Se condujo un análisis confirmatorio del ICSE y de la configuración obtenida en el presente estudio. El análisis factorial reveló que la estructura factorial encontrada por Mikulic y su equipo obtuvo un valor de Chi cuadrada con un nivel de significancia menor a 0.05 por lo que puede asumirse que la estructura factorial debe tomarse con cautela. Los resultados se muestran en la Tabla 7. Se condujo un AFC considerando la estructura factorial encontrada en

el presente estudio. Se encontró una Chi cuadrada significativa por lo que también se tomarán con cautela los resultados. Los valores de CFI y RMSEA sugieren que el ajuste del modelo es mejor que la configuración reportada por Mikulic et al. (2015) (Ver Tabla 7).

Tabla 7. Índice de ajuste esperado para un modelo de ecuaciones estructurales e índices obtenidos para el análisis factorial confirmatorio del ICSE

Índice de ajuste	Esperado	Obtenido
Chi cuadrado $\chi^2$	>0.05	>0.05
Discrepancia entre $\chi^2$ y grados de libertad (CMIN/DF)	<5	3.2
Índice de bondad de ajuste (GFI)	0.90 - 1	0.742
Índice de ajuste ponderado (AGFI)	0.90 - 1	0.72
Índice residual de la raíz cuadrada media (RMR)	Cercano a 0	0.067
Error cuadrático media de aproximación (RMSEA)	< 0.05/0.08	0.06
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0.90 - 1	0.793
Índice de ajuste normalizado (NFI)	0.90 - 1	0.725
Índice no normalizado de ajuste (NNFI o TLI)	0.90 - 1	0.784

### **Análisis factorial confirmatorio de la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R)**

Se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) de la estructura del AFA-R sugerida por González y Landero (2014). En la Tabla 8 se presentan los resultados del AFC usando la configuración sugerida por González y Landero (2014). Se encontró un valor de Chi cuadrada con un nivel de significancia menor a 0.05 por lo que puede asumirse que la estructura factorial debe tomarse con cautela. Cabe mencionar que dicho análisis arrojó un error menor a 1 para todos los reactivos, con excepción del reactivo 10, lo que sugirió que eliminar dicho reactivo podría mejorar el modelo. Se condujo de nuevo el AFC excluyendo el reactivo 10. Se obtuvo una Chi cuadrada significativa, por lo que se sigue considerando que la estructura factorial debe tomarse con cautela, aunque los valores obtenidos se

encuentran dentro de los valores esperados. De acuerdo con los resultados, la dimensión de apoyo familiar quedo conformada por los reactivos 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 y 14; y la dimensión de apoyo de amigos por los reactivos 2, 4, 6, 8 y 12. Tabla 8. Índice de ajuste esperado para un modelo de ecuaciones estructurales e índices obtenidos para el análisis factorial confirmatorio

Índice de ajuste	Esperado	González y Landero (2014)	Estudio actual
Chi cuadrado $\chi^2$	>0.05	> 0.05	> 0.05
Discrepancia entre $\chi^2$ y grados de libertad (CMIN/DF)	<5	13.20	10.05
Índice de bondad de ajuste (GFI)	0.90 – 1	.80	0.86
Índice de ajuste ponderado (AGFI)	0.90 - 1	.72	0.80
Índice residual de la raíz cuadrada media (RMR)	Cercano a 0	.08	0.06
Error cuadrático media de aproximación (RMSEA)	< 0.05/0.08	.14	0.12
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0.90 - 1	.87	0.92
Índice de ajuste normalizado (NFI)	0.90 - 1	.86	0.91
Índice no normalizado de ajuste (TLI)	0.90 - 1	.87	0.90

#### Análisis factorial exploratorio y confirmatorio del Inventario de Experiencias Traumáticas en la Infancia Versión Breve (ETI-SRCol)

Se realizó un análisis factorial confirmatorio para datos dicotómicos con dos modelos de la versión breve del ETI-SRCol usando la configuración sugerida por (Bremner et al., 2007). La evaluación de la invarianza factorial indicó que los reactivos 3, 7, 11 y 14 de la escala b y 22, 24 y 26 de la escala no son invariantes, se determinó realizar un procedimiento de estimación parcial con mínimos cuadrados ponderados. En ambos modelos el valor de chi cuadrada no fue significativo y los valores de CFI, RMSEA,  $\Delta$ CFI y  $\Delta$ RMSEA se encuentran dentro de lo esperado con parámetros semejantes (Tabla 9) por lo cual se puede afirmar que ambos modelos cuentan con un buen ajuste. Con base en lo anterior y debido a que su estructura es más simple, para esta investigación se utilizara el modelo b (Figura 3).

Tabla 9. Resumen del análisis de factorial confirmatorio por invarianza factorial del ETI versión abreviada

Modelo	Parámetros	$\chi^2$ (gl)	CFI	RMSEA	Comp.	$\Delta\chi^2$ (gl)	$\Delta$ CFI	$\Delta$ RMSEA	
4 factores									
1	Sin restricción	60	546,267 (318)*	0.973	.031 [.027, .035]	N/A	N/A	N/A	
2	Multigrupo	120	805.686 (636)*	0.969	.027, [.021, .032]	N/A	N/A	N/A	
3	Umbrales	93	915.045 (663)*	0.954	.032, [.027, .037]	2	126.612 (27)*	-0.019	0.005
3A	Umbrales-parcial	101	830.041 (655)*	0.968	.027, [.021, .032]	2	27.148 (19)	-0.001	0
4A	Cargas-parcial	74	822.663 (682)*	0.974	.024, [.017, .029]	3A	42.106 (46)	0.006	-0.003
5A	Covarianzas-parcial	68	803.629 (688)*	0.979	.021, [.014, .027]	4A	46.917 (52)	0.005	
4 factores-1 factor orden superior									
6	Sin restricción	58	542.598 (320)*	0.973	.031, [.026, .035]	1a	2.250 (2)	0	0
7	Multigrupo	115	811.148 (641)*	0.969	.027, [.021, .032]	N/A	N/A	N/A	N/A
8	Umbrales	89	919,683 (667)	0.954	.032, [.027, .037]	7	b	-0.019	0.005
8A	Umbrales-parcial	97	836700 (659)*	0.968	.027, [.021, .032]	7	20.256	-0.001	0.000
9A	Cargas de bajo orden-parcial	70	830.103 (686)*	0.974	.024, [.017, .029]	8A	20.283 (17)	0.006	-0.003
10A	Cargas de alto orden-parcial	66	810.597 (690)*	0.978	.022, [.014, .028]	9A	2.952 (4)	0.004	-0.002

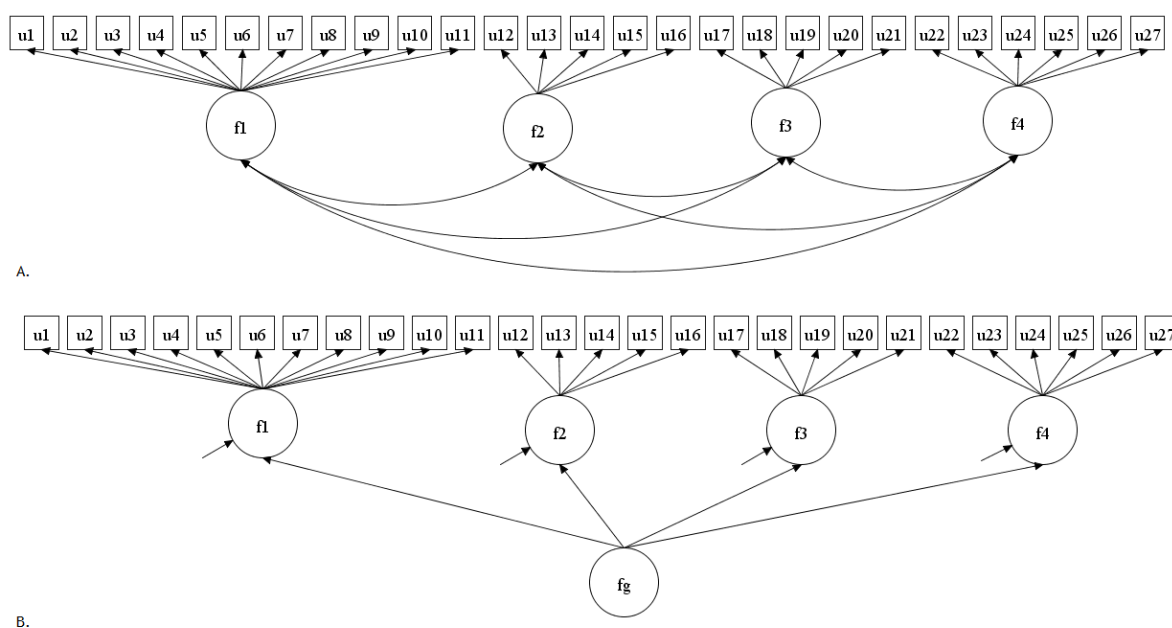


Figura 2. Modelos del análisis factorial confirmatorio del ETI versión abreviada

*Cuestionario de salud y vida cotidiana forma B (HDLF)*. Cuestionario de autoinforme, que consta de tres partes: (1) índices de salud, y estrategias de afrontamiento, (3) funcionamiento social, las cuales son independiente de las otras partes del cuestionario. En el presente estudio se utilizó la subescala de índices de salud, que se encuentra dividida en cinco secciones, cuatro de ellas son de tipo Likert con escala de 1 al 5, en la sección restante se contesta con *sí* o *no*. Fue validado en población mexicana, en la que se obtuvo un Alpha de Cronbach mayor a .69 (Acuña, 1998) (Anexo 5). Se tradujo al español y validó en población mexicana por primera vez en 1989 por Ayala y Aduna-Mondragón. Para el presente estudio se utilizará la adaptación de primera sección del HDL, validada por Acuña (1998) en estudiantes universitarios de la Ciudad de México; con el fin de contar con escalas de medición continuas la mayor parte de los reactivos de esta sección son de tipo Likert de 5 puntos, en donde 1 significa nunca y 5 significa siempre, el resto tiene como opción de respuesta *sí* o *no* (Anexo 5).

Se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) de la estructura factorial propuesta por Moos (1990) en el que se obtuvo un valor de Chi cuadrada con un nivel de significancia menor a 0.05 por lo que puede asumirse que la estructura factorial debe tomarse con cautela. Este análisis reveló que el error para todos de los reactivos fue menor a 1. Los valores de CMIN (3.604), RMR (0.078), RMSEA (0.062) indican un buen ajuste, sin embargo, los valores de GFI, AGFI, CFI, NFI y TLI se encuentran por debajo del mínimo esperado, por lo que los resultados deben tomarse con cautela (Tabla 10).

Tabla 9. Índice de ajuste esperado para un modelo de ecuaciones estructurales e índices obtenidos para el análisis factorial confirmatorio

Índice de ajuste	Esperado	Obtenido
Chi cuadrado $\chi^2$	>0.05	0.000
Discrepancia entre $\chi^2$ y grados de libertad (CMIN/DF)	<5	3.604
Índice de bondad de ajuste (GFI)	0.90 - 1	0.796
Índice de ajuste ponderado (AGFI)	0.90 - 1	0.775
	Lo mas cercano	
Índice residual de la raíz cuadrada media (RMR)	a 0	0.078
Error cuadrático media de aproximación (RMSEA)	< 0.05/0.08	0.062
Índice de ajuste comparativo (CFI)	0.90 - 1	0.857
Índice de ajuste normalizado (NFI)	0.90 - 1	0.813
Índice no normalizado de ajuste (NNFI o TLI)	0.90 - 1	0.849

**Resultado objetivo 2. Estimación de la frecuencia de los diferentes tipos de maltrato infantil, el número de perpetradores que lo infringieron y su relación con la resiliencia, los síntomas psicossomáticos y los síntomas de depresión.**

El primer objetivo del presente estudio fue estimar la frecuencia de las experiencias de los diferentes tipos de maltrato infantil y la polivictimización, y su relación con la resiliencia, los síntomas psicossomáticos y los síntomas de depresión. Al respecto se encontró que la mayoría de los participantes (83.9%) experimentó algún tipo de maltrato infantil, con un promedio de 4 (*D.E.* = 3.20) incidentes. La forma más frecuente de abuso fue el emocional (67%), seguido del físico (64.2%) y el sexual (31.5%). Se presentó polivictimización en el 58.5% de los casos.

Con relación con la edad de inicio del abuso la mayoría de los participantes reportó haber experimentado abuso físico, emocional o sexual entre los 6 y 11 años, en segundo lugar, entre los 12 a 18 años, seguido por edades más tempranas (ver Tabla 11). En relación con la frecuencia del abuso, la mayoría de los participantes reportó haber experimentado más de una vez por día el abuso físico. En el caso del abuso emocional, la mayoría reportó



haberlo experimentado 1 a 11 veces por año, seguido por 1 a 3 veces por mes y luego por 1 a 6 veces por semana. En el caso del abuso sexual, se encontró que la mayoría de los participantes no indicó la frecuencia del abuso, la mayoría de los participantes que contestaron están pregunta indicaron que la frecuencia del abuso fue 1 a 6 veces por semana, seguido por 1 a 11 veces por año y luego por 1 a 3 veces por mes (ver Tabla 11).

Tabla 1110. Porcentaje de participantes que experimentaron algún tipo de abuso en función de la edad de inicio y la frecuencia del abuso

Categoría	Abuso físico	Abuso emocional	Abuso sexual
Edad de inicio			
0-5 años	17.2	14.0	17.1
6-11 años	58.6	49.8	49.8
12-18 años	23.0	35.8	33.2
No se indicó	1.2	0.5	0.0
Frecuencia del abuso			
1 vez por año	42.6	7.8	4.4
1-11 veces por año	28.2	34.9	21.5
1-3 veces por mes	17.9	22.2	17.6
1-6 veces por semana	7.7	22.2	23.4
1 vez por día	1.4	5.7	6.8
No se indicó	2.2	7.1	26.3

Con relación al tipo de perpetrador, en la Tabla 12 se presenta el porcentaje de participantes que señalaron el tipo de perpetrador en función del tipo de abuso. La tabla muestra que la madre fue señalada con más frecuencia como la persona que infringía el abuso físico y emocional, seguida por el padre. En el caso del abuso sexual los adultos conocidos y desconocidos fueron señalados como los perpetradores con más frecuencia. Asimismo, los participantes que experimentaron algún tipo de abuso señalaron que fue infringido por dos o más perpetradores 25% fue abuso físico, 35% abuso emocional y 12% abuso sexual. El coeficiente de correlación de Pearson mostró correlaciones inversas y significativas (0.001)

.entre la resiliencia y los síntomas psicósomáticos (-.209), así como entre la resiliencia y los síntomas de depresión (-.514).

Tabla 11. Porcentaje de participantes por tipo de perpetrador y tipo de abuso

Perpetrador	Abuso físico	Abuso emocional	Abuso sexual
Tipo de perpetrador			
Padre	22.7	39.2	4.4
Madre	67.2	55.3	1.0
Cuidador principal	4.1	8.5	2.0
Hermano	19.6	10.6	5.9
Adulto Conocido	8.4	20.9	63.9
Adulto Desconocido	4.8	5.3	34.6
No indicaron	1.7	1.1	1.5
Número de perpetradores			
Único	73.4	64.0	86.3
Dos o más	24.9	34.9	12.2

**Resultados objetivo 3. Comparar la media de habilidades socioemocionales, resiliencia, síntomas psicósomáticos y síntomas de depresión en sujetos con exposición a un tipo de maltrato y la polivictimización.**

La Tabla 13 muestra el puntaje promedio de resiliencia, síntomas psicósomáticos y síntomas de depresión obtenido en función del tipo de maltrato y el nivel de victimización (i.e., que reportaron solo un tipo de maltrato o polivictimización). Se observa que, en el caso de la resiliencia, el puntaje promedio fue más alto cuando no se experimentó ningún tipo de maltrato. En el caso de los síntomas psicósomáticos y los síntomas depresivos, los puntajes promedio son ligeramente más grandes cuando se experimentó abuso emocional, abuso sexual, cuando se experimentó más de un tipo de maltrato y cuando fue infringido por más de un perpetrador.

Tabla 12. Puntajes promedio de HSE, resiliencia, síntomas psicossomáticos y síntomas depresivos en función del tipo de maltrato experimentado y la presencia de polivictimización

Características del maltrato	CDRISC	Síntomas psicossomáticos	Síntomas depresión
<b>Maltrato físico</b>			
No	73**	29**	42**
Si	68**	34**	52**
<b>Maltrato emocional</b>			
No	73**	28**	39**
Si	68**	33**	52**
<b>Abuso sexual</b>			
No	71**	30**	46**
Si	68**	35**	53**
<b>Un tipo de maltrato</b>			
Polivictimización	73**	28**	41**
<b>Polivictimización</b>			
	68**	34**	52**

Para determinar si las diferencias entre cada par de medias son estadísticamente significativas se compararon con ANOVA. Se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto a haber experimentado maltrato físico [F(2)= 5.284, p=.022] y maltrato emocional [F(2)= 6.197, p=.013] y polivictimización [F(2)= 20.217, p=.000]. Para la variable síntomas psicossomáticos se identificaron diferencias significativas en el caso de maltrato físico [F(2)= 6.498, p=.011], maltrato emocional [F(2)= 19.257, p=.000], abuso sexual [F(2)= 16.079, p=.000] y polivictimización [F(2)= 66.594, p=.000]. Para la variable síntomas depresivos, se encontraron diferencias en el caso de maltrato físico [F(2)= 4.830, p=.028], maltrato emocional [F(2)= 30.262, p=.000], abuso sexual [F(2)= 15.952, p=.000] y polivictimización [F(2)= 76.531, p=.000].

Para verificar el último objetivo, identificar el grado en que el nivel de las habilidades socioemocionales y del apoyo social familiar y de amigos predicen la resiliencia en función del número de experiencias de maltrato infantil, su frecuencia y una edad de inicio temprano de

este (menor a 6 años) se realizó una la regresión jerárquica múltiple. Previo a esta se analizaron los supuestos requeridos para ella. Se consideró adecuado un tamaño de muestra de 648 dadas las nueve variables independientes por incluir en el análisis (Tabachnick y Fidell, 2013). Antes de realizar la regresión jerárquica múltiple se verificó el cumplimiento de los supuestos relevantes para dicho análisis.

Se cumplió el supuesto de singularidad, ya que las variables independientes, número de victimizaciones por maltrato infantil, frecuencia semanal de victimizaciones, frecuencia mensual de victimizaciones, frecuencia diaria de victimizaciones, edad de inicio del maltrato infantil, nivel alto de habilidades socioemocionales, nivel medio de habilidades socioemocionales, percepción de un nivel alto de apoyo social de amigos, percepción de un nivel alto de apoyo social de la familia, no eran el resultado de la combinación de otras variables independientes. Las estadísticas de colinealidad (tolerancia y VIF) estaban dentro de los límites aceptados (Hair et al., 2019). Los valores atípicos extremos identificados en la selección de datos inicial se eliminaron. Se excluyeron 98 datos conforme a la distancia de Mahalanobis. Los gráficos de dispersión y residuales indicaron que los supuestos de normalidad, linealidad y homocedasticidad estaban satisfechos (Hair et al., 2019)

Se realizaron regresiones jerárquicas múltiples de tipo lineal de tres pasos utilizando como variable dependiente la resiliencia y como variables independientes las experiencias de maltrato, la edad de su inicio, la frecuencia alta del maltrato, las habilidades socioemocionales, el apoyo social percibido de la familia y el apoyo social percibido de los amigos. Se introdujeron en el paso uno las experiencias de maltrato, en el paso dos, como covariables, el estrés vital y depresión, en el paso tres se introdujeron las variables asociadas al riesgo que fueron la edad de inicio y una frecuencia alta de maltrato, en el paso cuatro se introdujeron los factores protectores, el puntaje total de la escala de habilidades socioemocionales, y el puntaje de la subescala AFAR de amigos y familia. Posteriormente se realizó el mismo análisis

utilizando el sexo como variable de selección, con lo que se obtuvo un modelo independiente para hombres y para mujeres. La regresión jerárquica múltiple reveló que en la etapa uno, las experiencias de maltrato infantil contribuyeron significativamente al modelo de regresión,  $F(1,539) = 9.451, p < .01$  y representó el 1.7% de la variación en resiliencia. La introducción de las variables de frecuencia diaria, semanal y mensual, y una edad de inicio temprano del maltrato explicaron un 2.4% de variación adicional en la resiliencia, este cambio en  $R^2$  fue significativo  $F(4,535) = 4.652, p < .001$ . Finalmente, la adición de los niveles medio y alto de habilidades socioemocionales y de apoyo social familiar y de amigos al modelo de regresión explicó un 35,2% de la variación adicional en la resiliencia, este cambio en  $R^2$  también fue significativo,  $F(4,531) = 38.272, p < .001$ .

Al incluir las cinco variables independientes en la etapa dos del modelo de regresión, ni una edad temprana de inicio del maltrato infantil, ni una frecuencia mensual de este fueron predictores significativos de la resiliencia. Cuando se incluyen los niveles medio y alto de habilidades socioemocionales y la percepción de apoyo social alto de amigos en la etapa tres, la exposición a eventos de maltrato en la infancia y la frecuencia del maltrato diaria y semanal dejan de tener un impacto significativo en la resiliencia, demostrando así el efecto protector de las variables mencionadas. El predictor más importante de resiliencia fue un nivel alto de habilidades socioemocionales, que explicó de manera única el 11% de la variación en la satisfacción. Juntas, las siete variables independientes explicaron el 39.3% de la varianza en la resiliencia. (Ver tabla 14).

Tabla 13. Resumen de la regresión jerárquica múltiple para la variable dependiente resiliencia

Variable	Beta	t	Sig.	FIV	F	R	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>
Paso 1					9.451	.131	.017	.015
Victimización	-.131	-3.074	.002	1.000				
Paso 2					4.652	.204	.042	.033
Victimización	-.093	-1.972	.049	1.243				
Inicio temprano maltrato	.073	1.622	.105	1.134				
Frecuencia mensual maltrato	-.087	-1.858	.064	1.219				
Frecuencia semanal maltrato	-.164	-3.370	.001	1.319				
Frecuencia diaria maltrato	-.093	-1.981	.048	1.230				
Paso 3					38.272	.627	.393	.383
Victimización	-.057	-1.482	.139	1.279				
Inicio temprano maltrato	.038	1.049	.295	1.142				
Frecuencia mensual maltrato	.023	.602	.548	1.275				
Frecuencia semanal maltrato	-.065	-1.633	.103	1.404				
Frecuencia diaria maltrato	-.028	-.737	.461	1.281				
Apoyo social familiar alto	.063	1.614	.107	1.341				
Apoyo social amigos alto	.166	4.496	.000	1.198				
CSE nivel medio	.286	7.407	.000	1.301				
CSE nivel alto	.597	15.166	.000	1.358				

\*p &lt; .01

**Resultados objetivo 4. Identificar el grado en que el nivel de las habilidades socioemocionales y del apoyo social familiar y de amigos predicen la resiliencia en función del número de experiencias de maltrato infantil, su frecuencia y una edad de inicio temprano de este (menor a 6 años).**

Se realizaron regresiones jerárquicas múltiples de tipo lineal de cuatro pasos utilizando como variable dependiente la resiliencia y como variables independientes las experiencias de maltrato, la edad de su inicio, la frecuencia alta del maltrato, las habilidades socioemocionales, el apoyo social percibido de la familia y el apoyo social percibido de los amigos. Se introdujeron en el paso uno las experiencias de maltrato, en el paso, como covariables, el estrés vital y depresión, en el paso tres se introdujeron las variables asociadas al riesgo que fueron la edad de inicio y una frecuencia alta de maltrato en el paso cuatro se introdujeron los factores protectores, el puntaje total de la escala de habilidades socioemocionales, y el puntaje de la subescala AFAR de amigos y familia. Posteriormente se realizó el mismo análisis utilizando el sexo como variable de selección, con lo que se obtuvo un modelo independiente para hombres y para mujeres.

La regresión jerárquica múltiple reveló que en la etapa uno, las experiencias de maltrato infantil contribuyeron significativamente al modelo de regresión,  $F(1,539) = 65.601$ ,  $p < .01$  y representó el 10.9 % de la variación en síntomas de depresión. La introducción de las variables de frecuencia diaria, semanal y mensual, y una edad de inicio temprano del maltrato explicaron un 2.3% de variación adicional en los síntomas de depresión, este cambio en  $R^2$  fue significativo  $F(4,535) = 16.313$ ,  $p < .001$ . Finalmente, la adición de los niveles medio y alto de habilidades socioemocionales y de apoyo social familiar y de amigos al modelo de regresión explicó un 35,1% de la variación adicional en los síntomas de depresión, este cambio en  $R^2$  también fue significativo,  $F(4,531) = 45.023$ ,  $p < .001$ .

Tabla 14. Resumen regresión jerárquica múltiple de las variables que predicen la depresión

Variable	Beta	T	Sig.	FIV	F	R	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>
Paso 1					65.601*	.329	.109	.107
Victimización	.329	8.099	.000	1.000				
Paso 2					16.313*	.364	.132	.124
Victimización	.222	4.464	.000	1.525				
Inicio temprano maltrato	.035	.826	.409	1.131				
Frecuencia mensual maltrato	.120	2.641	.009	1.281				
Frecuencia semanal maltrato	.145	2.953	.003	1.488				
Frecuencia diaria maltrato	.137	2.865	.004	1.418				
Paso 3					45.023*	.658	.433	.423
Victimización	.122	2.933	.003	1.615				
Inicio temprano maltrato	.083	2.385	.017	1.143				
Frecuencia mensual maltrato	.040	1.065	.287	1.320				
Frecuencia semanal maltrato	.087	2.144	.033	1.538				
Frecuencia diaria maltrato	.113	2.881	.004	1.441				
Apoyo social familiar alto	-.080	-2.086	.037	1.361				
Apoyo social amigos alto	-.026	-.714	.475	1.196				
CSE nivel medio	-.383	-10.258	.000	1.307				
CSE nivel alto	-.593	-15.524	.000	1.365				

\*p &lt; .01



Al incluir las cinco variables independientes en la etapa dos del modelo de regresión, una edad temprana de inicio del maltrato infantil no fue un predictor significativo de los síntomas de depresión. Cuando se incluyeron los niveles medio y alto de resiliencia y el apoyo de amigos en la etapa tres, la frecuencia mensual y semanal del maltrato, además de la percepción de un apoyo social alto de los amigos, no fueron significativos en la variación de los síntomas de depresión; en cambio, la percepción del apoyo social familiar alto y las habilidades socioemocionales medias y altas mostraron un efecto protector en contra de estos síntomas. El predictor más importante de los síntomas de depresión fue el conflicto, que explicó de manera única el 11.6% de la variación en la satisfacción. Juntas, las cinco variables independientes explicaron el 43,3% de la varianza en los síntomas de depresión.

## **Discusión**

### **Evaluación de la estructura factorial de los instrumentos**

Este estudio examinó variables asociadas al funcionamiento resiliente en universitarios, enfocándose en las experiencias de maltrato infantil, su frecuencia y edad de inicio, la percepción de apoyo social familiar y de amigos, y las habilidades socioemocionales como factores sociales y ambientales que pueden afectar la resiliencia y mejorarla o disminuirla en universitarios con antecedentes de maltrato infantil. Para cumplir los objetivos de esta investigación fue necesario adaptar y validar en México algunos instrumentos. En el caso de la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (González-Ramírez y Landero, 2014), la Escala de resiliencia de Connor y Davidson (Crespo et al., 2014) y el Cuestionario de salud y vida cotidiana forma B (Acuña, 1998), se contaba con validaciones en adultos jóvenes en México. No obstante, era necesario confirmar su validez en la población de Tijuana.

Los análisis confirmatorios mostraron parámetros muy cercanos a los esperados por lo

que se puede concluir que son válidos en dicha población. En relación con el Inventario de Competencias Socioemocionales ICSE (Mikulic et al., 2015), fue necesario adaptarlo realizando el proceso de revisión por expertos y además se realizó una entrevista cognitiva para determinar si los participantes entendían los ítems (Referencia). Una vez realizado dicho proceso, se procedió a realizar un análisis factorial exploratorio, el cual reveló que, aunque era válido en población mexicana, algunos ítems fueron eliminados en el análisis factorial exploratorio. Asimismo, el análisis también reveló que el instrumento estaba compuesto por seis dimensiones (i.e., Asertividad-Autoeficacia, Optimismo-Autoeficacia, Conciencia, Expresión, Regulación emocional y Prosocialidad) en lugar de las nueve que señala el artículo original (Mikulic et al., 2015). Los resultados del análisis factorial confirmatorio señalan que la configuración es aceptable conforme los criterios esperados. En relación con este hallazgo, se puede contar con una escala que mide la competencia y el uso de las habilidades.

Una de las contribuciones más importantes del presente estudio es la validación del Inventario de experiencias traumáticas en la infancia versión breve (ETI-SRSF) en México. Este instrumento fue construido Bremner et al. (2007) para población de Estados Unidos y adaptado al español y validado en Colombia por Posada et al. (2019). Dicho instrumento permite conocer si personas en edad adulta estuvieron expuestas a maltrato en la infancia, así como identificar entre experiencias de abuso físico, abuso emocional y abuso sexual, incluyendo algunas experiencias relacionadas con estrés vital que son relevantes para separar los efectos nocivos del estrés (Bremner et al., 2007). Además, dicho inventario permite indagar sobre la edad de inicio del maltrato, la frecuencia con la que se vivió el maltrato, identificar al principal perpetrador ante cada experiencia de abuso, así como otros indicadores sobre las afectaciones emocionales respecto a cada experiencia en particular y ante cada tipo de maltrato. Aunque no es el instrumento más utilizado, es el instrumento que

permite obtener más información sobre las experiencias de maltrato en la infancia (Saini et al., 2019).

### **Frecuencia de los diferentes tipos de maltrato infantil, el número de perpetradores que lo infringieron y su relación con la resiliencia, los síntomas psicósomáticos y los síntomas de depresión**

En México, se puede dimensionar el problema del maltrato infantil a través de las estadísticas de mortalidad, de ingreso a hospitales o servicios de urgencias y las denuncias ante ministerio público (Secretaría de Gobernación et al., 2017). No obstante, los datos obtenidos de cada fuente de información varían dependiendo del sistema que lo registre y es susceptible a subregistro cuando los niños no llegan a las instituciones (Secretaría de Gobernación et al., 2017). La Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres en México (2015) estima la prevalencia de maltrato infantil en México a través de preguntas relacionadas con los castigos que se infringen debido a la disciplina escolar y solo se limita al maltrato infantil físico y emocional.

Por lo anterior, la versión revisada del ETI-SRCol adaptada al contexto mexicano es una solución para indagar sobre experiencias de maltrato infantil en adultos. Más aún, los resultados del presente estudio, además de mostrar que contaban con un buen ajuste, mostraron que existía varianza imparcial y que los ítems, relacionado con el abuso sexual y con la ocurrencia de lesiones, tenían cargas factoriales diferentes en hombres y en mujeres, esto tal vez se pueda deber a que el abuso sexual es más frecuente en mujeres que en hombres ;y que las lesiones son más frecuentes en hombres que en mujeres (Stoltenborgh et al., 2015.).

De acuerdo con el Senado de la República de México (2021), la OCDE señaló que de los 33 países que la integran este es el que registra el primer lugar en abuso infantil. Los rankings están contruidos mediante denuncias, estadísticas de morbilidad y mortalidad, así

como las estadísticas de urgencias y hospitalizaciones. No obstante, aún es un fenómeno que sigue siendo subestimado en México. En este sentido, la presente investigación identificó una frecuencia de experiencias de maltrato infantil superior en 20 % al porcentaje nacional de 63% señalado por la ENIM (Instituto Nacional de Salud Pública y Unicef, 2016), en el que más de la mitad de los participantes experimentaron abusos emocional y físico cometido en primer lugar por la madre y en segundo lugar por el padre. Lo anterior pone de manifiesto diversos puntos importantes. En primer lugar parece confirmar el subregistro de casos originado principalmente porque el maltrato infantil no se denuncia ni se diagnostica adecuadamente (Abdalá et al., 2013). Aunado a existen pocas encuestas, como el ENIM, estas dejan de lado aspectos importantes del fenómeno, como es el estudiar solo una parte del fenómeno y dejar aspectos relevantes para identificar la gravedad de la situación del maltrato infantil en nuestro país. Por ejemplo, ENIM, solo contabiliza el abuso físico y emocional ejercido para disciplinar a los niños y omite otras situaciones en que puede ser ejercido, además del abuso sexual.

En segundo lugar el que el maltrato físico y emocional tenga una frecuencia tal alta y el que los principales perpetradores sean la madre y el padre pone evidencia la necesidad de intervenciones efectivas para el bienestar psicoemocional de los padre y para la crianza de los hijos. Entre los principales factores que podrían explicar que se ejerza este tipo de maltrato contra los hijos se encuentran: a) Que los padres experimentaran maltrato infantil cuando eran niños. Diversos estudios demuestran un incremento importante en el riesgo de maltratar a los hijos cuando se cuenta con este antecedente, b) Investigaciones en México y en otros países han demostrado una fuerte asociación entre la violencia familiar de la pareja y el maltrato infantil, c) El aislamiento social de los padres y el estrés (Krug y World Health Organization., 2002).

En tercer lugar, más de la mitad de los participantes sufrieron polivictimización

que se asoció a una disminución significativa de los niveles de resiliencia y un incremento significativo en los síntomas psicossomáticos y de depresión mayor que en la exposición a un solo tipo de maltrato infantil. Al ser concordante con la literatura, que señala que la polivictimización es un predictor importante de desajuste psicológico en niveles de “dosis-respuesta” con efectos perjudiciales en la salud mental de la víctima a lo largo de su desarrollo (Cyr, Clément y Chamberland, 2013) este hallazgo podría ser un indicador del riesgo en el que se encuentran los adultos jóvenes mexicanos que han experimentado diversos tipos de maltrato infantil.

Otro dato importante es la frecuencia de los antecedentes de abuso sexual infantil, que se presentó en 31.5% de los casos, este dato parece reflejar la gravedad de la prevalencia del maltrato infantil en el Estado señalada por la Comisión de Justicia del Estado de Baja California (Dictamen No. 17, 2017). lo cual se vinculó a una disminución significativa en el nivel de la resiliencia, el aumento en los síntomas psicossomáticos y los síntomas de depresión, en concordancia con la literatura que señala el impacto de este abuso en la salud física y mental (Domhardt et al., 2014). Los datos indicaron que el abuso sexual fue perpetrado principalmente por un adulto conocido y un adulto desconocido. Tanto el impacto que representa este tipo de abuso como la frecuencia con que se presenta evidencia la necesidad de programas de prevención del abuso infantil y de atención a las secuelas de este, ya que pueden continuar hasta la edad adulta.

**Relación entre las habilidades socioemocionales y el apoyo social familiar y de amigos con la resiliencia en función del número de experiencias de maltrato infantil, su frecuencia y una edad de inicio temprano de este (menor a 6 años).**

El presente estudio brinda una perspectiva ecológica de la relación de los factores de protección y los factores de riesgo en población mexicana que no había sido estudiada anteriormente, no solo permite confirmar la asociación significativa e inversa entre la

resiliencia y con los síntomas de depresión, es congruente con las investigaciones realizadas en otros países (Howell y Miller-Graff 2014), en las que frecuentemente se evalúa con base en la ausencia de una enfermedad o sintomatología (Aburn, Gott, and Hoare 2016), y como una cualidad dinámica en la que el individuo tiene acceso a un grupo de recursos positivos que le permiten lograr un resultado favorable, como son las habilidades socioemocionales y el apoyo social (Happer, Brown y Sharma-Patel, 2017). Los resultados obtenidos en la regresión jerárquica sugieren que las habilidades socioemocionales y el apoyo social podrían tener un papel protector en estudiantes universitarios de Tijuana

Las habilidades socioemocionales y el apoyo social se identificaron como factores que podrían favorecer la resiliencia en estudiantes universitarios, lo que cobra gran importancia debido a la frecuencia alta de experiencias de maltrato infantil identificadas en este estudio, y al potencial riesgo de estas en la salud mental. Se recomienda el desarrollo de estudios que permitan determinar con mayor exactitud la influencia del apoyo social y de las habilidades socioemocionales en el desarrollo de la resiliencia en población expuesta a maltrato infantil.

Este estudio permite reconocer que probablemente existe un subregistro sustancial de casos de maltrato infantil en la población universitaria lo que tiene importantes implicaciones para la adaptación y buen funcionamiento de este sector. El identificar la posible influencia del apoyo social y las habilidades socioemocionales aunado y la gran cantidad de casos en la muestra estudiada, remarca la importancia y el área de oportunidad para el desarrollo de intervenciones que promuevan la salud mental y física a través del desarrollo de habilidades socioemocionales y de redes de apoyo en los estudiantes universitarios en Tijuana (Happer, Brown y Sharma-Patel, 2017). El carácter cautivo de dicha población es un área de oportunidad facilitar el acceso a recursos que funcionan como factor de protección ante el maltrato infantil. A diferencia de los resultados señalados en el estudio de Howell y Miller-Graff (2014) esta investigación muestra que el alto apoyo social

percibido por parte de la familia funciona como un factor de protección contra el desarrollo de síntomas de depresión posteriores al maltrato infantil.

Una de las limitaciones de este estudio se encuentra en el diseño retrospectivo, que podría crear sesgos e inexactitudes en el reporte de experiencias de la niñez en los participantes. La estrategia muestral fue por conveniencia, lo que impide la generalización de los resultados. Debido a que el funcionamiento resiliente no es estable, la correlación obtenida con las HSE y el apoyo social, podrían variar en el tiempo.

## **Conclusión**

El presente estudio presentó una contribución importante para la comprensión del fenómeno del maltrato infantil en México por medio de la validación del Inventario de experiencias traumáticas en la infancia versión breve (ETI-SRSF) en este país. Mediante esta validación se podrá obtener información importante sobre los antecedentes de maltrato infantil físico, abuso emocional y abuso sexual en población adulta e identificar experiencias relacionadas con estrés vital que son relevantes para separar los efectos nocivos del estrés (Bremner et al., 2007).

Gracias a esta investigación conocemos que la población universitaria podría haber sufrido un número importante de victimizaciones por abuso físico, psicológico y emocional, prevaleciendo la polivictimización lo que tiene implicaciones para su salud mental y la resiliencia. Sin embargo, el que la relación obtenida entre las habilidades socioemocionales y el apoyo social con la resiliencia en adultos expuestos a maltrato infantil sea concordante con los resultados de estudios internacionales; muestra un área de oportunidad al indicar que dichas variables podrían fungir como factores de protección.

Lo anterior indica tanto la necesidad de desarrollar en México programas de prevención contra el abuso y sus efectos es necesario desarrollar en México estudios que

confirman las relaciones causales entre dichas variables protectoras con el fin de promover un funcionamiento adaptativo. En caso de obtener resultados favorables, se podría impactar en prácticas más efectivas para la promoción de la salud o prevención de enfermedades mentales, y aprovechar el acceso que se tiene a esta población para identificar factores de riesgo, con el fin de apoyar a la población con factores de riesgo.



## Cronograma

Fase	Agosto 2018	Septiembre 2018	Octubre 2018	Noviembre 2018	Diciembre 2018	Enero 2019	Febrero 2019	Marzo 2019	Abril 2019	Mayo 2019	Junio 2019	Julio 2019	Agosto 2019	Septiembre 2019	Octubre 2019	Noviembre 2019	Diciembre 2019	Enero 2020	Febrero 2020	Marzo 2020	Abril 2020	Mayo 2020	Junio 2020-abril 2021	
1. Elaboración del protocolo de investigación.	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█										
1.1 Problema de investigación		█																						
1.2 Preguntas de investigación		█																						
1.3 Elección del tema y el título			█																					
1.4 Redacción de la primera parte del estado del arte	█	█	█																					
1.5 Redacción de objetivos generales y específicos			█																					
1.6 Elección del diseño tentativo de investigación, variables, instrumento de medición y redacción del consentimiento informado.				█																				
1.7 Plan de trabajo				█																				
1.8 Recursos necesarios para el proyecto.				█																				
1.9 Entrega del estado del arte				█																				
1.10 Calendario de actividades con metas.				█																				
1.11 Presupuesto					█																			
2. Presentación de protocolo en coloquio					█					█														
3. Registro ante el comité de bioética													█											
4.1. Instrumentación														█										
4.2 Aplicación															█	█	█	█	█	█				
5. Análisis																					█	█	█	
6. Elaboración de reporte final de tesis.																					█	█	█	

## Referencias

- Abdalá, A. L., Alejandra, D., Llaguno, M., & Casas Muñoz, A. (2013). *El maltrato infantil Conceptos básicos de una patología médico social legal* (Vol. 56). [www.juvenile.org](http://www.juvenile.org)
- Aburn, G., Gott, M., & Hoare, K. (2016). What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*, 72(5), 980–1000. <https://doi.org/10.1111/jan.12888>
- Acuña, L. (1998). *Apoyo social, roles sexuales y estrategias de afrontamiento, de los problemas, como moduladores de los efectos nocivos del estrés vital, sobre la salud de estudiantes universitarios*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Armstrong, A. R., Galligan, R. F., & Critchley, C. R. (2011). Emotional intelligence and psychological resilience to negative life events. *Personality and Individual Differences*, 51, 331–336. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.03.025>
- Benjet, C., Borges, G., & Medina-Mora, M. E. (2010). Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: Childhood, adolescence and adulthood. *Journal of Psychiatric Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.01.004>
- Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the early trauma inventory-self report. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3), 211–218. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c>
- Chernyshenko, O. S., Kankaraš, M., & Drasgow, F. (2018). *Social and emotional skills for student success and well-being: Conceptual framework for the OECD study on social and emotional skills*. <https://doi.org/10.1787/db1d8e59-en>
- Cobb, S. (1976). *PRESIDENTIAL ADDRESS-1976 Social Support as a Moderator of Life Stress*. <https://pdfs.semanticscholar.org/10ec/c3df00f4472cbdfc5509c77d43ecc85193da.pdf>

Dictamen No. 17, (2017).

Connor, K., & Davidson, J. (2003). Development of a new Resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82.

<https://doi.org/10.1002/da.10113>

Crespo, M., Fernández-Lansac, V., & Soberón, C. (2014). *Spanish Version of the CD-RISC Resilience Scale for Chronic Stress Situations Quality of life in Dementia View project Quality of Life in dementia patients in long-term care View project*.

<https://www.researchgate.net/publication/260882710>

Dehghanan, H., abdollahi, H., & Rezaei, M. (2014). A study on effect of big five personality traits on emotional intelligence. *Management Science Letters*, 4(6), 1279–1284.

<https://doi.org/10.5267/j.msl.2014.4.016>

Domhardt, M., Münzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2014). Resilience in Survivors of Child Sexual Abuse. *Trauma, Violence, & Abuse*. <https://doi.org/10.1177/1524838014557288>

Evans, S. E., Steel, A. L., & DiLillo, D. (2013). Child maltreatment severity and adult trauma symptoms: Does perceived social support play a buffering role? *Child Abuse & Neglect*, 37(11), 934–943. <https://doi.org/10.1016/J.CHIABU.2013.03.005>

Faria Anjos, J., Heitor Dos Santos, M. J., Ribeiro, M. T., & Moreira, S. (2019). Connor-Davidson Resilience Scale: Validation study in a Portuguese sample. *BMJ Open*, 9(6), 26836.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026836>

First, M. B. (2015). *DSM-5 : Manual de diagnóstico diferencial (DSM-V)*. Editorial Médica Panamericana.

<http://libcon.rec.uabc.mx:3766/VisorEbookV2/Ebook/9788498356168#%7B%22Pagina%22:%22Pagina%22,%22Vista%22:%22Indice%22,%22Busqueda%22:%22%22%7D>

- Fritz, J., de Graaff, A. M., Caisley, H., van Harmelen, A.-L., & Wilkinson, P. O. (2018). A Systematic Review of Amenable Resilience Factors That Moderate and/or Mediate the Relationship Between Childhood Adversity and Mental Health in Young People. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 230. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00230>
- González-Ramírez, M., & Landero, R. (2014). Propiedades Psicométricas de la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R) en una Muestra de Estudiantes Psychometric Properties of the Social Support From Parents and Friends Scale (AFA-R) in a Student Sample. In *Acta de Investigación Psicológica (Psychological Research Records)* (Vol. 4, Issue 2). [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(14\)70387-4](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(14)70387-4)
- Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2019). *Multivariate data analysis* (A. Ainscow (ed.); Octava edición). Cengage. [www.cengage.com/highered](http://www.cengage.com/highered)
- Happer, K., Brown, E. J., & Sharma-Patel, K. (2017). *Children's resilience and trauma-specific cognitive behavioral therapy: Comparing resilience as an outcome, a trait, and a process*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.021>
- Haskett, M. E., Nears, K., Sabourin Ward, C., & McPherson, A. V. (2006). Diversity in adjustment of maltreated children: Factors associated with resilient functioning. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 796–812. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.03.005>
- Howell, K. H., & Miller-Graff, L. E. (2014). Protective factors associated with resilient functioning in young adulthood after childhood exposure to violence. *Child Abuse & Neglect*, 38, 1985–1994. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.10.010>
- Husin, W. N. I. W., Santos, A., Ramos, H. M., & Nordin, M. S. (2013). The Place of Emotional Intelligence in the 'Intelligence' Taxonomy: Crystallized Intelligence or Fluid Intelligence Factor? *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 97, 214–223.

<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.10.225>

Instituto Nacional de Salud Pública, & Unicef. (2016). *Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final.*

Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 51(6), 706–716. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02202.x>

Kisely, S., Mills, R., Strathearn, L., & Najman, J. M. (2019). DOES CHILD MALTREATMENT PREDICT ALCOHOL USE DISORDERS IN YOUNG ADULTHOOD? A COHORT STUDY OF LINKED NOTIFICATIONS AND SURVEY DATA. *Addiction*, add.14794.  
<https://doi.org/10.1111/add.14794>

Krug, E. G., & World Health Organization. (2002). *World report on violence and health.* World Health Organization.

Lía, S., Gómez, P., Gaviria Gómez, A. M., & Londoño, N. E. (2019). *Inventario de Experiencias Traumáticas en la Infancia.* <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/980297/8725-17854-1-pb-2.pdf>

Lilly, M. M., London, M. J., & Bridgett, D. J. (2014). Psychological Trauma : Theory , Research , Practice , and Policy Using SEM to Examine Emotion Regulation and Revictimization in Predicting PTSD Symptoms Among Childhood Abuse Survivors Using SEM to Examine Emotion Regulation and Revictimization in Predict. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(6), 644–651. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/a0036460>

Liu, J., Fang, Y., Gong, J., Cui, X., Meng, T., Xiao, B., He, Y., Shen, Y., & Luo, X. (2017). Associations between suicidal behavior and childhood abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 220, 147–155. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.060>

- Liu, J. J. W., Reed, M., & Girard, T. A. (2017). Advancing resilience: An integrative, multi-system model of resilience. *Personality and Individual Differences*.  
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.02.007>
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425–444.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579400005812>
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27(4), 267–298. [https://doi.org/10.1016/S0160-2896\(99\)00016-1](https://doi.org/10.1016/S0160-2896(99)00016-1)
- Meng, X., Fleury, M. J., Xiang, Y. T., Li, M., & D'Arcy, C. (2018). Resilience and protective factors among people with a history of child maltreatment: a systematic review. In *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1485-2>
- Mikulic, I., Crespi, M., & Radusky, P. (2015). Construcción y Validación del Inventario de Competencias Socioemocionales para Adultos (ICSE). *Interdisciplinaria Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 32(2), 307–329. <http://dx.doi.org/10.16888/interd.2015.32.2.7>
- Mohr, D., & Rosén, L. A. (2017). The Impact of Protective Factors on Posttraumatic Growth for College Student Survivors of Childhood Maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 26(7). <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1304478>
- Moos, R. (1990). *Health and daily living form manual : adult form B and youth form* (2nd ed.).  
<https://www.worldcat.org/title/health-and-daily-living-form-manual-adult-form-b-and-youth-form/oclc/872663208?referer=di&ht=edition>
- Morton, N., & Browne, K. D. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: a review. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1093–1104.  
[https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00088-X](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00088-X)

- Nanda, M. M., Reichert, E., Jones, U. J., & Flannery-Schroeder, E. (2016). Childhood Maltreatment and Symptoms of Social Anxiety: Exploring the Role of Emotional Abuse, Neglect, and Cumulative Trauma. *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 9(3), 201–207.  
<https://doi.org/10.1007/s40653-015-0070-z>
- OCDE. (2017). *Social and Emotional Skills: Well-being, Connectedness and Success*.
- OMS. (2016). *Maltrato infantil*. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Pérez-González, A., Guilera, G., Pereda, N., & Jarne, A. (2017). *Protective factors promoting resilience in the relation between child sexual victimization and internalizing and externalizing symptoms* *A R T I C L E I N F O*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.006>
- Pignatelli, A. M., Wampers, M., Lorio, C., Biondi, M., & Vanderlinden, J. (2017). Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of Trauma and Dissociation* (Vol. 18, Issue 1, pp. 100–115). Routledge.  
<https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1198951>
- Pinheiro, P. S. (2013). *Informe mundial sobre la violencia contra los niños, y niñas*.  
[https://www.unicef.org/republicadominicana/Informe\\_Mundial\\_Sobre\\_Violencia\\_1\(2\).pdf](https://www.unicef.org/republicadominicana/Informe_Mundial_Sobre_Violencia_1(2).pdf)
- Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2017). Childhood adversity and adult depression: The protective role of psychological resilience. *Child Abuse & Neglect*, 64, 89–100.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.12.012>
- Posada, S., Londoño, N. H., & Gaviria, A. M. (2019). Propiedades psicométricas de la adaptación para Colombia del inventario de experiencias traumáticas en la infancia (ETI-SRCOL). *Medicina UPB*, 38(1), 33–45. <https://doi.org/10.18566/medupb.v38n1.a05>

- Rich-Edwards, J. W., Mason, S., Rexrode, K., Spiegelman, D., Hibert, E., Kawachi, I., Jun, H. J., & Wright, R. J. (2012). Physical and sexual abuse in childhood as predictors of early-onset cardiovascular events in women. *Circulation, 126*(8), 920–927.  
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.076877>
- Saini, S. M., Hoffmann, C. R., Pantelis, C., Everall, I. P., & Bousman, C. A. (2019). Systematic review and critical appraisal of child abuse measurement instruments. *Psychiatry Research, 272*, 106–113. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2018.12.068>
- Schreiber, J. B., Stage, F. K., King, J., Nora, A., & Barlow, E. A. (2006). *Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results: A Review*.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., & Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. In *Personality and Individual Differences* (Vol. 25). [https://ac.els-cdn.com/S0191886998000014/1-s2.0-S0191886998000014-main.pdf?\\_tid=69bceaeb-c103-4a7f-b772-c4060382234b&acdnat=1542845633\\_b2b3bd07c3162d42e8825c6428913ef2](https://ac.els-cdn.com/S0191886998000014/1-s2.0-S0191886998000014-main.pdf?_tid=69bceaeb-c103-4a7f-b772-c4060382234b&acdnat=1542845633_b2b3bd07c3162d42e8825c6428913ef2)
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N., & Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences, 42*(6), 921–933. <https://doi.org/10.1016/J.PAID.2006.09.003>
- Secretaría de Gobernación, Comisión Nacional de Seguridad, & Sistema Nacional de Protección Integral de niñas, niños y adolescentes. (2017). *De México, P. D. A. Alianza Global para poner fin a la violencia contra niñas, niños y adolescentes*.  
[https://www.unicef.org/mexico/spanish/PLAN\\_ACCION\\_FINAL.pdf](https://www.unicef.org/mexico/spanish/PLAN_ACCION_FINAL.pdf)
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van IJzendoorn, M. H. (2015a). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses.



*Child Abuse Review*, 24(1), 37–50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>

Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van IJzendoorn, M. H. (2015b).

The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses.

*Child Abuse Review*, 24(1), 37–50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>

Suglia, S. F., Clark, C. J., Boynton-Jarrett, R., Kressin, N. R., & Koenen, K. C. (2014). Child

maltreatment and hypertension in young adulthood. *BMC Public Health*, 14(1).

<https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1149>

Suglia, S. F., Sapra, K. J., & Koenen, K. C. (2014). Violence and Cardiovascular Health A Systematic

Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 48(2), 205–212.

<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.09.013>

Tabachnick, B., & Fidell, L. (2013). *Using multivariate statistics: International edition* (Sixth).

Pearson.

Taillieu, T. L., Brownridge, D. A., Sareen, J., & Afifi, T. O. (2016). Childhood emotional maltreatment

and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United

States. *Child Abuse and Neglect*, 59. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.07.005>

Walsh, W. A., Dawson, J., & Mattingly, M. J. (2010). How are we measuring resilience following

childhood maltreatment? is the research adequate and consistent? what is the impact on research, practice, and policy? *Trauma, Violence, and Abuse*, 11(1), 27–41.

<https://doi.org/10.1177/1524838009358892>

Ward, C. L., Artz, L., Leoschut, L., Kassanje, R., & Burton, P. (2018). Sexual violence against

children in South Africa: a nationally representative cross-sectional study of prevalence and

correlates. *The Lancet Global Health*, 6(4), e460–e468. <https://doi.org/10.1016/S2214->

109X(18)30060-3



## Anexo 1. Escala de resiliencia de Connor–Davidson (CD-RISC)

Por favor indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes frases en su caso durante el **mes** último. Si una situación particular no le ha ocurrido recientemente, responda de acuerdo a cómo cree que se habría sentido. Marque con una "X" la opción que mejor describa cómo se siente.

	Nunca (0)	Rara vez (1)	A veces (2)	A menudo (3)	Casi siempre (4)
1. Soy capaz de adaptarme cuando ocurren cambios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo al menos una relación íntima y segura que me ayuda cuando estoy estresado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cuando no hay soluciones claras a mis problemas, a veces la suerte o Dios pueden ayudarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Puedo enfrentarme a cualquier cosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Los éxitos del pasado me dan confianza para enfrentarme con nuevos retos y dificultades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Intento ver el lado divertido de las cosas cuando me enfrento con problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tengo tendencia a recuperarme pronto tras enfermedades, heridas u otras dificultades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bueno o malo, creo que la mayoría de las cosas ocurren por alguna razón.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Siempre me esfuerzo sin importar cuál pueda ser el resultado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. No me doy por vencido a pesar de que las cosas parezcan no tener solución.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Durante los momentos de estrés/ crisis, se dónde puedo buscar ayuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bajo presión, me enfoco y pienso claramente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Prefiero intentar solucionar los problemas por mí mismo(a), a dejar que otros tomen todas las decisiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. No me desanimo fácilmente con el fracaso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los retos y dificultades de la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Puedo tomar decisiones no populares o difíciles que afectan a otras personas, si es necesario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Soy capaz de manejar sentimientos desagradables y dolorosos como la tristeza, el temor y el enfado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Al enfrentarse a los problemas de la vida, a veces uno tiene que actuar por un presentimiento sin saber por qué.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Tengo muy claro lo que quiero en la vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Siento que controlo mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me gustan los retos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Trabajo para conseguir mis objetivos sin importarme las dificultades que encuentro en el camino.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Estoy orgulloso(a) de mis logros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio, electrónico o mecánico, de fotocopia, o por cualquier sistema de almacenamiento de información o de recuperación, sin permiso por escrito del Dr. Davidson en mail@cd-risc.com. Más información sobre la escala y condiciones de uso se puede encontrar en www.cd-risc.com. Copyright © 2001, 2013, 2016 por Kathryn M. Connor, M.D., y Jonathan RT Davidson, M.D. Traducción: J Bobes, MT Bascarán, MP Gargia - Portilla, M Bousoño, PA Saiz, DH Wallace, RB Hidalgo, R Parra-Cardona, J Clark 2001, 2008, 2015.

## Anexo 2. Inventario de Competencias Socioemocionales

**Instrucciones:** Por favor marque con **X** una opción para cada una de las siguientes expresiones, indicando así hasta en qué punto está de acuerdo o en desacuerdo en cómo le describe a usted, en base a las siguientes respuestas:

- 1 Completamente en desacuerdo.
- 2 En desacuerdo.
- 3 Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
- 4 De acuerdo.
- 5 Completamente de acuerdo.

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Acostumbro a decir las cosas que me molestan.	1	2	3	4	5
2. Se me dificulta expresar mis sentimientos hacia los demás.	1	2	3	4	5
3. Me doy cuenta cuando estoy feliz.	1	2	3	4	5
4. Antes de criticar a una persona, intento pensar cómo me sentiría si estuviera en su lugar.	1	2	3	4	5
5. Se me dificulta disfrutar de la vida.	1	2	3	4	5
6. Acostumbro a ayudar a otros incluso cuando no me lo piden.	1	2	3	4	5
7. Puedo manejar mis emociones.	1	2	3	4	5
8. Cuando tengo un problema se me dificulta resolverlo.	1	2	3	4	5
9. Se me dificulta decir que estoy en desacuerdo con algo.	1	2	3	4	5
10. Si estoy decidido/a por algo, no me dejo influenciar por otros.	1	2	3	4	5
11. Me resulta fácil decir a otras personas cuánto valen para mí.	1	2	3	4	5
12. Conozco mis sentimientos.	1	2	3	4	5
13. Los problemas de los demás me afectan poco.	1	2	3	4	5
14. Puedo centrarme en los aspectos positivos de la vida	1	2	3	4	5
15. Es difícil para mí ver las cosas desde el punto de vista del otro.	1	2	3	4	5
16. Me resulta difícil actuar con calma cuando algo me pone muy nervioso/a.	1	2	3	4	5
17. Me pone muy incómodo/a decir que algo me molesta.	1	2	3	4	5
18. Dudo de mi capacidad para cumplir los objetivos que me propongo.	1	2	3	4	5
19. Tomo decisiones importantes sin consultar a otros.	1	2	3	4	5
20. Digo claramente lo que me pasa a los demás.	1	2	3	4	5
21. Me resulta difícil darme cuenta cuando cambia mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5
22. Cuando estoy discutiendo, trato de ponerme en el lugar del otro antes de decir algo.	1	2	3	4	5
23. Ante situaciones difíciles de la vida confío que todo saldrá bien.	1	2	3	4	5
24. Suelo ayudar a las personas que están en problemas.	1	2	3	4	5
25. Me resulta difícil controlar mis emociones.	1	2	3	4	5
26. Digo lo que pienso, aunque los demás no estén de acuerdo.	1	2	3	4	5
27. Cuando me propongo un objetivo lo cumplo.	1	2	3	4	5
28. Dicen que soy muy dependiente de mi familia.	1	2	3	4	5
29. Me resulta fácil decir a los otros lo que pienso de ellos.	1	2	3	4	5
30. Me cuesta diferenciar mis estados de ánimo.	1	2	3	4	5
31. Me cuesta ayudar a otras personas.	1	2	3	4	5
32. Tengo una actitud positiva ante la vida.	1	2	3	4	5
33. Suelo perder el control cuando algo me enoja.	1	2	3	4	5

	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
34. Soy bueno/a para resolver los problemas que tengo.	1	2	3	4	5
35. Me resulta fácil poner límites a las personas cuando algo me molesta.	1	2	3	4	5
36. Tengo poca confianza en mí mismo/a para lograr lo que me propongo.	1	2	3	4	5
37. Acostumbro a consultar todo el tiempo a mi familia.	1	2	3	4	5
38. Puedo expresar fácilmente lo que estoy sintiendo.	1	2	3	4	5
39. Sé diferenciar mis sentimientos.	1	2	3	4	5
40. Me resulta difícil aceptar que otro piense diferente.	1	2	3	4	5
41. Me resulta más fácil hacer cosas que me beneficien a mí que a otros.	1	2	3	4	5
42. Me resulta difícil poner límites a las personas.	1	2	3	4	5
43. Me siento seguro/a de mí mismo/a en la mayoría de las situaciones.	1	2	3	4	5
44. Dependo de los demás para tomar decisiones.	1	2	3	4	5
45. Las personas que me conocen dicen que me expreso bien.	1	2	3	4	5
46. Me resulta difícil darme cuenta qué es lo que estoy sintiendo.	1	2	3	4	5
47. Cuando me enojo con alguien intento ponerme en su lugar.	1	2	3	4	5
48. Me desaliento fácilmente ante las dificultades de la vida	1	2	3	4	5
49. Cuando sé que algo solo beneficia a otros, dudo en hacerlo.	1	2	3	4	5
50. Tengo dificultades para cumplir los objetivos que me propongo	1	2	3	4	5
51. Se me dificulta mucho decir que "No"	1	2	3	4	5
52. Me siento seguro/a tomando decisiones por mi cuenta.	1	2	3	4	5
53. Me conecto poco con mis sentimientos.	1	2	3	4	5
54. Me cuesta pensar que las cosas saldrán bien.	1	2	3	4	5
55. Expreso mis opiniones con facilidad.	1	2	3	4	5
56. Creo que a los demás las cosas le salen más fácil que a mí.	1	2	3	4	5
57. Cuando estoy enojado/a sale lo peor de mí.	1	2	3	4	5
58. Me resulta difícil expresar lo que me pasa.	1	2	3	4	5
59. Se me dificulta reconocer mis emociones.	1	2	3	4	5
60. Acostumbro a ver el lado bueno de las cosas.	1	2	3	4	5
61. Me pongo muy nervioso/a si tengo que contradecir a alguien.	1	2	3	4	5
62. Miro al futuro con esperanza.	1	2	3	4	5
63. Ante un problema me cuesta pensar con claridad.	1	2	3	4	5
64. Soy capaz de expresar mis emociones cuando hablo con otros.	1	2	3	4	5
65. Se me dificulta terminar lo que empiezo.	1	2	3	4	5
66. Aunque tenga razón prefiero callarme antes que discutir.	1	2	3	4	5
67. Cuando me siento triste me cuesta saber por qué.	1	2	3	4	5
68. Cuando tengo muchas dificultades, me cuesta pensar en positivo.	1	2	3	4	5
69. Cuando alguien me ofende soy capaz de mantenerme tranquilo/a.	1	2	3	4	5
70. Me resulta difícil decir a otros cuánto significan para mí.	1	2	3	4	5
71. Me resulta difícil darme cuenta de los sentimientos de los demás.	1	2	3	4	5
72. Si hay complicaciones, me cuesta continuar.	1	2	3	4	5

### Anexo 3. Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R)

¿Con qué frecuencia cuentas con alguien cuando lo necesitas?	Nunca	Muy Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
1. Cuentas con alguien de tu familia para poder platicar cuando lo necesitas	1	2	3	4	5
2. Cuentas con algún amigo(a) con quien puedas platicar cuando lo necesitas	1	2	3	4	5
3. Cuentas con alguien de tu familia que te ayude a resolver algún problema personal	1	2	3	4	5
4. Cuentas con algún amigo(a) que te que te ayude a resolver algún problema personal	1	2	3	4	5
5. Tus padres te demuestran cariño y/o afecto	1	2	3	4	5
6. Cuentas con algún amigo(a) que te demuestre afecto	1	2	3	4	5
7. Confías en tu familia para hablar de las cosas que te preocupan	1	2	3	4	5
8. Confías en algún amigo(a) para hablar de las cosas que te preocupan	1	2	3	4	5
9. Alguien de tu familia te apoya cuando tienes problemas en la escuela	1	2	3	4	5
10. Alguien de tus amigos(as) te ayuda en las tareas de la escuela o trabajo	1	2	3	4	5
11. Alguien de tus amigos(as) te apoya cuando tienes problemas en la escuela	1	2	3	4	5
12. En mi familia se habla de los problemas de todos y nos apoyamos todos (papás, hijos y hermanos)	1	2	3	4	5
13. Estás satisfecho(a) con el apoyo que recibes de tu familia	1	2	3	4	5
14. Estás satisfecho(a) con el apoyo que recibes de tus amigos(as)	1	2	3	4	5

## Anexo 4. Inventario de Experiencias Traumáticas en la Infancia – Versión Breve

### INSTRUCCIONES:

Este cuestionario ha sido diseñado para evaluar experiencias de la niñez. Entender como transcurrió la infancia de la persona es importante porque se ha observado que algunos acontecimientos pueden producir malestar en la vida adulta. Algunas personas pueden hablar de estos acontecimientos sin muchas dificultades, sin embargo, para otras puede ser difícil y mantienen estos hechos en secreto durante mucho tiempo.

No se trata de un examen. No hay preguntas correctas ni incorrectas. Simplemente, responda de forma sincera.

### PARTE A. ACONTECIMIENTOS GENERALES

A veces la gente experimenta acontecimientos que pueden ser considerados estresantes. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes acontecimientos antes de los 18 años? En caso de respuesta afirmativa marque “Sí” y el número de veces que ocurrió. En caso de respuesta negativa marque “No” y pase a la siguiente pregunta.

1. ¿Vivió algún desastre natural que le hizo temer por su vida?	SÍ	NO	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10
2. ¿Estuvo implicado en algún accidente grave?	SÍ	NO	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10
3. ¿Sufrió lesiones graves?	SÍ	NO	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10
4. ¿Vivió una enfermedad o lesión grave de uno de sus padres, o de su cuidador principal?	SÍ	NO	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10
5. ¿Vivió la separación de sus padres?	SÍ	NO	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10
6. ¿Vivió una enfermedad o lesión grave de un/a hermano/a?	SÍ	NO	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10
7. ¿Vivió una lesión grave de un amigo/a?	SÍ	NO	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10
8. ¿Presenció actos violentos hacia otras personas, incluyendo miembros de su familia?	SÍ	NO	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10
9. ¿Alguien de su familia padeció alguna enfermedad mental o sufrió alguna crisis nerviosa grave?	SÍ	NO	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10
10. ¿Sus padres o su cuidador principal tuvieron problemas con el alcohol?	SÍ	NO	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10
11. ¿Presenció un asesinato?	SÍ	NO	Una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	Más de 10

Si contestó “SÍ” a alguno de los acontecimientos mencionados en el apartado anterior, considere qué efectos pueden tener

**ACTUALMENTE sobre Usted.**

<b>1. ¿Cree que estos acontecimientos tienen efectos emocionales actualmente sobre usted? Si la respuesta es “Sí” marque que tipo de efecto.</b>					<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo
<b>2. ¿Cree que estos acontecimientos afectan a su rendimiento actual en el trabajo o en la escuela? Si la respuesta es “Si” marque que tipo de efecto.</b>					<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo
<b>3. ¿Cree que estos acontecimientos afectan a sus relaciones sociales o familiares actuales? Si la respuesta es “Si” marque que tipo de efecto.</b>					<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

**PARTE B. CASTIGO FÍSICOS**

A veces la gente es golpeada, castigada físicamente o sometida a una disciplina excesivamente rígida durante su infancia y/o adolescencia. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes acontecimientos antes de los 18 años? En caso de respuesta afirmativa marque “Sí”. Señale la edad que tenía cuando ocurrió por primera vez, con qué frecuencia ocurría, quien era la persona que más lo hacía generalmente y que efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió. En caso de respuesta negativa marque “No” y pase a la siguiente pregunta.

**1. ¿Recibió alguna cachetada?**

**SÍ**

**NO**

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?

0-5 años

6-11 años

12-18 años

¿Con que frecuencia ocurría?

1 vez / año

1-11 veces / año

1-3 veces / mes

1-6 veces / semana

1 vez / día

Más de 1 vez / día

¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?

Padre

Madre

Cuidador principal

Hermano(a)

Adulto(a) conocido

Adulto(a)  
desconocido

¿Qué efecto tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?

Muy negativo

Moderadamente  
negativo

Ligeramente  
negativo

Ningún efecto

Ligeramente  
positivo

Moderadamente  
positivo

Muy positivo

**2. ¿Fue víctima de quemaduras con agua caliente, un cigarrillo o con algo parecido?**

**SÍ**

**NO**

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?

0-5 años

6-11 años

12-18 años

¿Con que frecuencia ocurría?

1 vez / año

1-11 veces / año

1-3 veces / mes

1-6 veces / semana

1 vez / día

Más de 1 vez / día

¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?

Padre

Madre

Cuidador principal

Hermano(a)

Adulto(a) conocido

Adulto(a)  
desconocido

¿Qué efecto tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?

Muy negativo

Moderadamente  
negativo

Ligeramente  
negativo

Ningún efecto

Ligeramente  
positivo

Moderadamente  
positivo

Muy positivo

**3. ¿Recibió puñetazos o patadas?**

**SÍ**

**NO**

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?

0-5 años

6-11 años

12-18 años

¿Con que frecuencia ocurría?

1 vez / año

1-11 veces / año

1-3 veces / mes

1-6 veces / semana

1 vez / día

Más de 1 vez / día

¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?

Padre

Madre

Cuidador principal

Hermano(a)

Adulto(a) conocido

Adulto(a)  
desconocido

¿Qué efecto tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?

Muy negativo

Moderadamente  
negativo

Ligeramente  
negativo

Ningún efecto

Ligeramente  
positivo

Moderadamente  
positivo

Muy positivo



<b>4. ¿Fue golpeado con un objeto que le lanzaron?</b>						<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?							
0-5 años		6-11 años		12-18 años			
¿Con que frecuencia ocurría?							
1 vez / año	1-11 veces / año	1-3 veces / mes	1-6 veces / semana	1 vez / día	Más de 1 vez / día		
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?							
Padre	Madre	Cuidador principal	Hermano(a)	Adulto(a) conocido	Adulto(a) desconocido		
¿Qué efecto tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?							
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo	
<b>5. ¿Fue empujado o zarandeado?</b>						<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?							
0-5 años		6-11 años		12-18 años			
¿Con que frecuencia ocurría?							
1 vez / año	1-11 veces / año	1-3 veces / mes	1-6 veces / semana	1 vez / día	Más de 1 vez / día		
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?							
Padre	Madre	Cuidador principal	Hermano(a)	Adulto(a) conocido	Adulto(a) desconocido		
¿Qué efecto tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?							
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo	
<b>1. ¿Cree que estos acontecimientos tienen efectos emocionales actualmente sobre usted? Si la respuesta es "Sí" marque que tipo de efecto.</b>						<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo	
<b>2. ¿Cree que estos acontecimientos afectan a su rendimiento actual en el trabajo o en la escuela? Si la respuesta es "Sí" marque que tipo de efecto.</b>						<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo	
<b>3. ¿Cree que estos acontecimientos afectan a sus relaciones sociales o familiares actuales? Si la respuesta es "Sí" marque que tipo de efecto.</b>						<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo	

## PARTE C. ABUSO EMOCIONAL

A veces, mientras los niños se están haciendo mayores, pueden sentir que a los ojos de sus padres nada de lo que hacen está bien; sus padres siempre les humillan, gritan o dicen que no son buenos. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes acontecimientos antes de los 18 años? En caso de respuesta afirmativa marque “Sí”. Señale la edad que tenía cuando ocurrió por primera vez, con qué frecuencia ocurría, quien era la persona que más lo hacía generalmente y que efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió. En caso de respuesta negativa marque “No” y pase a la siguiente pregunta.

**1. ¿A menudo fue humillado o ridiculizado?****SÍ****NO**

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?

0-5 años

6-11 años

12-18 años

¿Con que frecuencia ocurría?

1 vez / año

1-11 veces / año

1-3 veces / mes

1-6 veces / semana

1 vez / día

Más de 1 vez / día

¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?

Padre

Madre

Cuidador principal

Hermano(a)

Adulto(a) conocido

Adulto(a)  
desconocido

¿Qué efecto tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?

Muy negativo

Moderadamente  
negativoLigeramente  
negativo

Ningún efecto

Ligeramente  
positivoModeradamente  
positivo

Muy positivo

**2. ¿A menudo fue ignorado o lo hicieron sentir que no contaba para nada?****SÍ****NO**

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?

0-5 años

6-11 años

12-18 años

¿Con que frecuencia ocurría?

1 vez / año

1-11 veces / año

1-3 veces / mes

1-6 veces / semana

1 vez / día

Más de 1 vez / día

¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?

Padre

Madre

Cuidador principal

Hermano(a)

Adulto(a) conocido

Adulto(a)  
desconocido

¿Qué efecto tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?

Muy negativo

Moderadamente  
negativoLigeramente  
negativo

Ningún efecto

Ligeramente  
positivoModeradamente  
positivo

Muy positivo

**3. ¿A menudo le dijeron que no era bueno?****SÍ****NO**

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?

0-5 años

6-11 años

12-18 años

¿Con que frecuencia ocurría?

1 vez / año

1-11 veces / año

1-3 veces / mes

1-6 veces / semana

1 vez / día

Más de 1 vez / día

¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?

Padre

Madre

Cuidador principal

Hermano(a)

Adulto(a) conocido

Adulto(a)  
desconocido

¿Qué efecto tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?

Muy negativo

Moderadamente  
negativoLigeramente  
negativo

Ningún efecto

Ligeramente  
positivoModeradamente  
positivo

Muy positivo

**4. ¿La mayor parte del tiempo, fue tratado de forma fría y compasiva o le hicieron sentir que no lo querían?**

SÍ

NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?

0-5 años

6-11 años

12-18 años

¿Con que frecuencia ocurría?

1 vez / año

1-11 veces / año

1-3 veces / mes

1-6 veces / semana

1 vez / día

Más de 1 vez / día

¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?

Padre

Madre

Cuidador principal

Hermano(a)

Adulto(a) conocido

Adulto(a)  
desconocido

¿Qué efecto tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?

Muy negativo

Moderadamente  
negativoLigeramente  
negativo

Ningún efecto

Ligeramente  
positivoModeradamente  
positivo

Muy positivo

**5. A menudo, sus padres o cuidadores ¿no pudieron comprenderlo o entender sus necesidades?**

SÍ

NO

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?

0-5 años

6-11 años

12-18 años

¿Ocurría a menudo?

1 vez / año

1-10 veces / año

1-3 veces / mes

1-6 veces / semana

1 vez / día

Más de 1 vez / día

¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?

Padre

Madre

Cuidador principal

Hermano(a)

Adulto(a) conocido

Adulto(a)  
desconocido

¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?

Muy negativo

Moderadamente  
negativoLigeramente  
negativo

Ningún efecto

Ligeramente  
positivoModeradamente  
positivo

Muy positivo

Si contestó "SÍ" a alguno de los acontecimientos mencionados en el apartado anterior, considere qué efectos pueden tener

ACTUALMENTE sobre Usted.

**1. ¿Cree que estos acontecimientos tienen efectos emocionales actualmente sobre usted? Si la respuesta es "SÍ" marque que tipo de efecto.**

SÍ

NO

Muy negativo

Moderadamente  
negativoLigeramente  
negativo

Ningún efecto

Ligeramente  
positivoModeradamente  
positivo

Muy positivo

**2. ¿Cree que estos acontecimientos afectan a su rendimiento actual en el trabajo o en la escuela? Si la respuesta es "SÍ" marque que tipo de efecto.**

SÍ

NO

Muy negativo

Moderadamente  
negativoLigeramente  
negativo

Ningún efecto

Ligeramente  
positivoModeradamente  
positivo

Muy positivo

**3. ¿Cree que estos acontecimientos afectan a sus relaciones sociales o familiares actuales? Si la respuesta es "SÍ" marque que tipo de efecto.**

SÍ

NO

Muy negativo

Moderadamente  
negativoLigeramente  
negativo

Ningún efecto

Ligeramente  
positivoModeradamente  
positivo

Muy positivo

**PARTE D. ACONTECIMIENTOS SEXUALES**

A veces, mientras los niños se están haciendo mayores, pueden tener experiencias sexuales que no desean o que les incomodan. A veces estas experiencias se viven con personas conocidas y a veces con extraños. ¿Experimentó alguno de los siguientes acontecimientos antes de los 18 años? En caso de respuesta afirmativa marque “Sí” Señale la edad que tenía cuando ocurrió por primera vez, con qué frecuencia ocurría, quien era la persona que más lo hacía generalmente y que efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió. En caso de respuesta negativa marque “No” y pase a la siguiente pregunta.

**1. ¿Lo tocaron en alguna parte íntima (pecho, muslos, genitales) creándole desconcierto o haciéndolo sentir incómodo?**

**SÍ**

**NO**

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?

0-5 años

6-11 años

12-18 años

¿Con que frecuencia ocurría?

1 vez / año

1-11 veces / año

1-3 veces / mes

1-6 veces / semana

1 vez / día

Más de 1 vez /día

¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?

Padre

Madre

Cuidador principal

Hermano(a)

Adulto(a) conocido

Adulto(a)  
desconocido

¿Qué efecto tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?

Muy negativo

Moderadamente  
negativo

Ligeramente  
negativo

Ningún efecto

Ligeramente  
positivo

Moderadamente  
positivo

Muy positivo

**2. ¿Alguien frotó sus genitales contra usted en contra de su voluntad?**

**SÍ**

**NO**

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?

0-5 años

6-11 años

12-18 años

¿Con que frecuencia ocurría?

1 vez / año

1-11 veces / año

1-3 veces / mes

1-6 veces / semana

1 vez / día

Más de 1 vez /día

¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?

Padre

Madre

Cuidador principal

Hermano(a)

Adulto(a) conocido

Adulto(a)  
desconocido

¿Qué efecto tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?

Muy negativo

Moderadamente  
negativo

Ligeramente  
negativo

Ningún efecto

Ligeramente  
positivo

Moderadamente  
positivo

Muy positivo

**3. ¿Lo obligaron a tocar una parte íntima del cuerpo de otra persona?**

**SÍ**

**NO**

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?

0-5 años

6-11 años

12-18 años

¿Con que frecuencia ocurría?

1 vez / año

1-11 veces / año

1-3 veces / mes

1-6 veces / semana

1 vez / día

Más de 1 vez /día

¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?

Padre

Madre

Cuidador principal

Hermano(a)

Adulto(a) conocido

Adulto(a)  
desconocido

¿Qué efecto tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?

Muy negativo

Moderadamente  
negativo

Ligeramente  
negativo

Ningún efecto

Ligeramente  
positivo

Moderadamente  
positivo

Muy positivo

**4. ¿Lo obligaron a mantener relaciones sexuales en contra de su voluntad?****SÍ****NO**

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?

0-5 años

6-11 años

12-18 años

¿Con que frecuencia ocurría?

1 vez / año

1-11 veces / año

1-3 veces / mes

1-6 veces / semana

1 vez / día

Más de 1 vez /día

¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?

Padre

Madre

Cuidador principal

Hermano(a)

Adulto(a) conocido

Adulto(a)  
desconocido

¿Qué efecto tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?

Muy negativo

Moderadamente  
negativoLigeramente  
negativo

Ningún efecto

Ligeramente  
positivoModeradamente  
positivo

Muy positivo

**5. ¿Lo obligaron a practicar sexo oral?****SÍ****NO**

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?

0-5 años

6-11 años

12-18 años

¿Con que frecuencia ocurría?

1 vez / año

1-11 veces / año

1-3 veces / mes

1-6 veces / semana

1 vez / día

Más de 1 vez /día

¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?

Padre

Madre

Cuidador principal

Hermano(a)

Adulto(a) conocido

Adulto(a)  
desconocido

¿Qué efecto tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?

Muy negativo

Moderadamente  
negativoLigeramente  
negativo

Ningún efecto

Ligeramente  
positivoModeradamente  
positivo

Muy positivo

**6. ¿Le obligaron a besar a alguien con una intención más sexual que afectiva?****SÍ****NO**

¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez?

0-5 años

6-11 años

12-18 años

¿Con que frecuencia ocurría?

1 vez / año

1-11 veces / año

1-3 veces / mes

1-6 veces / semana

1 vez / día

Más de 1 vez /día

¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?

Padre

Madre

Cuidador principal

Hermano(a)

Adulto(a) conocido

Adulto(a)  
desconocido

¿Qué efecto tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?

Muy negativo

Moderadamente  
negativoLigeramente  
negativo

Ningún efecto

Ligeramente  
positivoModeradamente  
positivo

Muy positivo

Si contestó “SÍ” a alguno de los acontecimientos mencionados en el apartado anterior, considere qué efectos pueden tener

ACTUALMENTE sobre Ud.

<b>1. ¿Cree que estos acontecimientos tienen efectos emocionales actualmente sobre usted? Si la respuesta es “Si” marque que tipo de efecto.</b>					<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo
<b>2. ¿Cree que estos acontecimientos afectan a su rendimiento actual en el trabajo o en la escuela? Si la respuesta es “Si” marque que tipo de efecto.</b>					<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo
<b>3. ¿Cree que estos acontecimientos afectan a sus relaciones sociales o familiares actuales? Si la respuesta es “Si” marque que tipo de efecto.</b>					<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Muy negativo	Moderadamente negativo	Ligeramente negativo	Ningún efecto	Ligeramente positivo	Moderadamente positivo	Muy positivo

## Anexo 5. Cuestionario de salud y vida cotidiana (HDL por sus siglas en inglés)

Su salud en los últimos doce meses

1. Por favor señale si ha tenido alguna de las siguientes enfermedades en el último año. Conteste si solo si la enfermedad fue diagnosticada por un médico.

Anemia	Si	No	Problemas serios con la espalda	Si	No
Asma	Si	No	Problemas con el corazón	Si	No
Ulceras	Si	No	Problemas respiratorios	Si	No
Presión alta	Si	No	Problemas de riñón	Si	No
Cáncer	Si	No	Infecciones	Si	No
Bronquitis	Si	No	Reumas	Si	No
Diabetes	Si	No	Problemas con el hígado	Si	No

2. Por favor señale, usando la siguiente escala, qué tan frecuentemente usó los siguientes medicamentos en el último año:

	NUNCA	RARA VEZ	EN OCASIONES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
a) Pastillas para alergias	①	②	③	④	⑤
b) Pastillas para el dolor	①	②	③	④	⑤
c) Pastillas para dormir	①	②	③	④	⑤
d) Medicamentos para la digestión	①	②	③	④	⑤
e) Tranquilizantes	①	②	③	④	⑤
f) Vitaminas	①	②	③	④	⑤
g) Laxantes	①	②	③	④	⑤
h) Antigripales	①	②	③	④	⑤
i) Antibióticos	①	②	③	④	⑤
j) Antidepresivos	①	②	③	④	⑤
k) Aspirinas	①	②	③	④	⑤
l) Anfetaminas	①	②	③	④	⑤

3. ¿Qué tan frecuentemente ha tenido alguno de los siguientes síntomas durante el último año?

	NUNCA	RARA VEZ	EN OCASIONES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
a) Ha sentido debilidad	①	②	③	④	⑤
b) Ha sentido de repente calor en todo el cuerpo	①	②	③	④	⑤
c) Ha sentido que el corazón le late fuertemente	①	②	③	④	⑤
d) Ha tenido poco apetito	①	②	③	④	⑤
e) Ha tenido mareos	①	②	③	④	⑤
f) Ha tenido dolores en alguna parte del cuerpo	①	②	③	④	⑤
g) Ha tenido acidez estomacal o indigestión	①	②	③	④	⑤
h) Ha sentido escalofríos	①	②	③	④	⑤
i) Ha tenido manos temblorosas	①	②	③	④	⑤
j) Ha tenido dolor de cabeza	①	②	③	④	⑤
k) Ha tenido estreñimientos	①	②	③	④	⑤
l) Ha sufrido insomnio	①	②	③	④	⑤
m) Ha tenido pérdida de peso	①	②	③	④	⑤
n) Ha tenido síntomas físico o enfermedades	①	②	③	④	⑤

4. ¿Qué tan frecuentemente ha sentido o se ha sentido?

	NUNCA	RARA VEZ	EN OCASIONES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
a) Que no puede empezar ninguna actividad	①	②	③	④	⑤
b) Que se preocupa demasiado	①	②	③	④	⑤
c) Que su memoria no está del todo bien	①	②	③	④	⑤
d) Preocupaciones personales que le hacen sentir enfermo	①	②	③	④	⑤
e) Que nada le sale bien	①	②	③	④	⑤
f) Que ya no existe algo que todavía valga la pena	①	②	③	④	⑤
g) Inquieto (a)	①	②	③	④	⑤
h) Deprimido, triste o melancólico(a)	①	②	③	④	⑤
i) Con pensamientos acerca de la muerte o el suicidio	①	②	③	④	⑤
j) Ganas de llorar	①	②	③	④	⑤
k) Lástima o pena por usted mismo	①	②	③	④	⑤
l) Con pérdida de energía, fatiga o cansancio	①	②	③	④	⑤
m) Lentitud o apatía para iniciar actividades	①	②	③	④	⑤
n) Culpabilidad	①	②	③	④	⑤
o) Sin valor o despreciable	①	②	③	④	⑤
p) Que no se puede concentrar	①	②	③	④	⑤
q) Sentimientos negativos o pesimistas	①	②	③	④	⑤
r) Sentimientos de soledad	①	②	③	④	⑤
s) Sentimientos ofensivos, irritabilidad o enojo	①	②	③	④	⑤
t) Necesidad de que lo tranquilicen o ayuden	①	②	③	④	⑤

5. Para cada adjetivo que se menciona a continuación, indique con el número de la siguiente escala, cuánto le describe a usted.

	NO ME DESCRIBE NADA	ME DESCRIBE POCO	ME DESCRIBE ALGO	ME DESCRIBE BIEN	ME DESCRIBE EXACTAMENTE
a) Agresivo	①	②	③	④	⑤
b) Ambicioso	①	②	③	④	⑤
c) Seguro de sí mismo	①	②	③	④	⑤
d) Exitoso	①	②	③	④	⑤
e) Accesible	①	②	③	④	⑤
f) Activo	①	②	③	④	⑤
g) Extrovertido	①	②	③	④	⑤
h) Calmado	①	②	③	④	⑤
i) Confiado	①	②	③	④	⑤
j) Feliz	①	②	③	④	⑤



## Anexo 6. Presupuesto

Tipo	Categoría	Recurso	Descripción	Fuente financiadora	Monto
Recursos disponibles	Infraestructura	Equipo	Laptop	Personal	0
		Equipo	Salón bien iluminado con mesabancos o mesas y sillas para los participantes.	Préstamo de bachillerato	0
		Vehículo	Para traslados a las escuelas en donde se aplicarán las encuestas.	Personal	0
	Recursos humanos	Responsable de la investigación e investigador principal	Dr. Diana Alejandra González García Lic. Dora Adriana Ocegüera Heredia	No aplica	0
Recursos necesarios	Gastos de trabajo de campo	Instrumentos	Un paquete por cada participante con un Inventario ETI, la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson, la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R), el Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana y el Inventario de Competencias Socioemocionales.	Personal	<b>\$8.00 por participante</b>
		Gasolina	Para traslados	Personal	<b>\$150.00 por escuela.</b>
		Oficios	Consentimiento informado	Personal	<b>\$1.00 por persona</b>
		Recursos humanos	Estudiante de etapa terminal de psicología.	Personal	<b>0</b>
	Materiales	Otros	Lápices, plumas, sacapuntas.	Personal	<b>\$5.00 por persona.</b>

## Anexo 7. Consentimiento Informado

Estimado participante:

El propósito de este estudio es conocer si algunas experiencias de maltrato en la niñez se relacionan con la salud de los estudiantes universitarios. Dicho estudio forma parte de la tesis de Dora Adriana Ocegüera Heredia, que actualmente cursa la Maestría en Psicología de la Salud y esta supervisada por su directora de tesis, la Dra. Diana Alejandra González García, profesor-investigador en la Facultad de Medicina y Psicología, UABC.

Te pedimos por favor que contestes de forma honesta seis cuestionarios, te tomará aproximadamente una hora completarlos. Todos los datos que recabemos serán anónimos y confidenciales, no solicitamos ningún dato de identificación personal y servirán para contestar la pregunta de investigación.

Tu participación es voluntaria y si lo deseas puedes interrumpirla en cualquier momento, no conlleva riesgos, solo consiste en que contestes los cuestionarios. No hay un beneficio directo por tu participación en el estudio. Si tienes alguna duda, puedes comunicarte con las investigadoras a los correos [adriana.oceguera@uabc.edu.mx](mailto:adriana.oceguera@uabc.edu.mx) o [alejandra.gonzalez89@uabc.edu.mx](mailto:alejandra.gonzalez89@uabc.edu.mx)

He leído el consentimiento informado y estoy de acuerdo en participar.

Sí      No

Firma del participante:

---

Testigo

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

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