



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y SUS SECUELAS
PSÍQUICAS EN LA ADULTEZ.**

**LIMA ZAMBRANO EMELY FABIANA
LICENCIADA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**OCAMPO SÁNCHEZ MARIA DEL CISNE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**MACHALA
2023**



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y SUS
SECUELAS PSÍQUICAS EN LA ADULTEZ.**

**LIMA ZAMBRANO EMELY FABIANA
LICENCIADA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**OCAMPO SÁNCHEZ MARIA DEL CISNE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**MACHALA
2023**



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

ANÁLISIS DE CASOS

**LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y SUS
SECUELAS PSÍQUICAS EN LA ADULTEZ.**

**LIMA ZAMBRANO EMELY FABIANA
LICENCIADA EN PSICOLOGIA CLINICA**

**OCAMPO SÁNCHEZ MARIA DEL CISNE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA CLINICA**

PLACENCIO LOAYZA MAURICIO RODRIGO

**MACHALA
2023**

LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y SUS SECUELAS PSÍQUICAS EN LA ADULTEZ

por MARÍA DEL CISNE OCAMPO SÁNCHEZ
y EMELY FABIANA LIMA ZAMBRANO

Fecha de entrega: 29-feb-2024 09:07p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2308452351

Nombre del archivo: Experiencias_adversas_en_la_infancia.pdf (263.75K)

Total de palabras: 14528

Total de caracteres: 75991

LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y SUS SECUELAS PSÍQUICAS EN LA ADULTEZ

INFORME DE ORIGINALIDAD

0%

INDICE DE SIMILITUD

0%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL.

Las que suscriben, LIMA ZAMBRANO EMELY FABIANA y OCAMPO SÁNCHEZ MARIA DEL CISNE, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y SUS SECUELAS PSÍQUICAS EN LA ADULTEZ., otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.



LIMA ZAMBRANO EMELY FABIANA

0751076472



OCAMPO SÁNCHEZ MARIA DEL CISNE

0707027041

LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y SUS SECUELAS PSÍQUICAS EN LA ADULTEZ

RESUMEN

Autoras: Ocampo Sánchez María del Cisne

CI: 0707027041

mocampo2@utmachala.edu.ec

Lima Zambrano Emely Fabiana

CI: 0751076472

elima2@utmachala.edu.ec

Coautor: Mauricio Rodrigo Placencio Loayza

CI: 0703693218

mplacencio@utmachala.edu.ec

Los eventos adversos en la niñez comprenden un conjunto de sucesos y circunstancias con un potencial estresante y traumático, que afecta negativamente al bienestar de los niños y adolescentes antes de que cumplan los 18 años. Este tipo de experiencias también influyen en el medio en el que crecen los sujetos que han sufrido estos eventos, provocando consecuencias irreparables que marcan la vida del infante. El presente estudio tiene un enfoque mixto en la medida que se analizan datos cuantitativos y cualitativos donde se evalúan las secuelas y lesiones psíquicas ante las experiencias adversas durante la niñez. Además, tiene un alcance descriptivo de corte transversal, se aplicó un diseño fenomenológico el mismo que analiza el aspecto subjetivo de los involucrados en la investigación. El análisis de caso tiene como objetivo explorar las secuelas psíquicas en adultos que han atravesado experiencias adversas durante la infancia. Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia donde intervinieron cuatro personas mayores de 24 años que han tenido estas experiencias durante la niñez. Como instrumentos de investigación se emplearon la entrevista a través de la cual se obtuvo información valiosa sobre las experiencias adversas vividas y su repercusión en su personalidad; también se utilizó el Test de experiencias adversas que es un cuestionario que permite valorar el abuso y la disfunción doméstica; además se utilizó el Cuestionario de comprobación de 90 síntomas de Derogatis que permite detectar síntomas de trastornos mentales y que puede ser autoadministrado, así como también el Test de Personalidad PAI que permite evaluar variables clínicas y de la personalidad. Previo al proceso de recolección de datos, se firmó el consentimiento informado con los sujetos participantes

donde se garantiza que los datos que proporcionen son de absoluta exclusividad académica, una vez aceptada la petición se continuo con la recolección de datos. Concretados los datos se procedió a realizar el sistema de categorización la misma que consta de: Experiencias adversas en la infancia, Sintomatología clínica y secuelas psíquicas y Rasgos de personalidad. En la información recolectada en la entrevista y el Test de experiencias adversas indican que los individuos investigados experimentaron abuso físico, psicológicos e incluso sexual, fueron testigos de madres tratadas con violencia, vivían con personas que fueron encarceladas y abuso de sustancias como alcohol y drogas, estas situaciones han dejado huellas que interfieren en sus vidas. En lo que respecta a la valoración de la sintomatología clínica y secuelas psíquicas, se aplicó el cuestionario Derogatis que comprende nueve categorías, los resultados indican que dos de los sujetos investigados requieren tratamiento porque presentan patología severa y otra está en riesgo. En el Test de personalidad PAI, los resultados indican que las prevalencias están en paranoia y rasgos límites que son subescalas de las escalas clínicas. En lo que respecta a las escalas relacionadas con el tratamiento, se evidencia que presentan ideaciones suicidas. En conclusión, las experiencias adversas que vivieron los sujetos investigados dejaron lesiones psíquicas que perduran en la adultez y que marcaron los rasgos de su personalidad.

Palabras clave: experiencias adversas, lesiones psíquicas, personalidad, adultez y abuso.

ADVERSE EXPERIENCES IN CHILDHOOD AND THEIR PSYCHOLOGICAL CONSEQUENCES IN ADULTHOOD

ABSTRACT

Authors: Ocampo Sánchez María del Cisne

CI: 0707027041

mocampo2@utmachala.edu.ec

Lima Zambrano Emely Fabiana

CI: 0751076472

elima2@utmachala.edu.ec

Coauthor: Mauricio Rodrigo Placencio Loayza

CI: 0703693218

mplacencio@utmachala.edu.ec

Adverse childhood experiences comprise a set of events and circumstances with a stressful and traumatic potential, which negatively affects the well-being of children and adolescents before they turn 18 years of age. These types of experiences also influence the environment in which the subjects who have suffered these events grow up, causing irreparable consequences that mark the life of the infant. The present study has a mixed approach to the extent that quantitative and qualitative data are analyzed where the consequences and psychological injuries of adverse experiences during childhood are evaluated. In addition, it has a cross-sectional descriptive scope, a phenomenological design was applied, which analyzes the subjective aspect of those involved in the research. The objective of the case analysis is to explore the psychological consequences in adults who have gone through adverse experiences during childhood. A non-probabilistic convenience sampling was applied involving four people over 24 years of age who have had these experiences during childhood. Interviews were used as research instruments, through which valuable information was obtained about the adverse experiences experienced and their impact on their personality; The Adverse Experiences Test was also used, which is a questionnaire that allows assessing abuse and domestic dysfunction; In addition, the Derogatis 90 Symptom Check Questionnaire was used, which allows for the detection of symptoms of mental disorders and which can be self-administered, as well as the PAI Personality Test, which allows for the evaluation of clinical and personality variables. Prior to the application of the instruments, the informed

consent was signed with the research subjects where guarantees that the data they provide is of absolute academic exclusivity. Once the request is accepted, data collection continues. Once the data had been specified, the categorization system was created, which consisted of: Adverse experiences in childhood, clinical symptoms and psychological consequences, and personality traits. The information collected in the interview and the Adverse Experiences Test indicates that the subjects investigated experienced physical, psychological and even sexual abuse, lived experiences of mothers treated with violence, who lived with people who were imprisoned and abused substances such as alcohol and drugs, these situations have left traces that interfere in their lives. Regarding the assessment of clinical symptoms and psychological sequelae, the Derogatis questionnaire was applied, which includes nine categories. The results indicate that two of the subjects investigated require treatment because they present severe pathology and another is at risk. In the PAI Personality Test, the results indicate that the prevalence is in paranoia and borderline traits, which are subscales of the clinical scales. Regarding the scales related to the treatment, it is evident that they present suicidal ideations. In conclusion, the adverse experiences that the investigated subjects lived left psychological injuries that last into adulthood and that marked their personality traits.

Keywords: adverse experiences, psychological injuries, personality, adulthood and abuse.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO	8
1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio	8
1.2 Hechos de interés	14
1.3 Objetivos de la investigación	17
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICO DEL ESTUDIO	18
2.1. Descripción del enfoque epistemológico de referencia	18
2.2 Bases teóricas de la investigación	20
3. PROCESO METODOLÓGICO	22
3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada.	22
3.2 Proceso de recolección de datos en la investigación.	23
3.3 Sistema de categorización en el análisis de los datos.	26
4. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN	37
4.1. Descripción y argumentación teórica de los resultados	37
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	47
BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXOS	56

INTRODUCCIÓN

Las situaciones adversas en la niñez son sucesos o incidentes que se consideran como traumáticos y suceden durante la niñez y adolescencia. Según la UNICEF (2021) las personas que se han expuesto por lo menos a cuatro experiencias adversas durante la niñez, están ligadas a factores de riesgos a nivel sexual, a nivel psicológico, al consumo de alcohol, drogas y a la violencia intra e interpersonal. Cuando los infantes experimentan situaciones adversas, es natural que se produzca en ellos sentimientos de ira, tristeza, angustia. Es decir, que el maltrato en la infancia, en cualquiera de sus formas, impacta significativamente en el bienestar y en su calidad de vida, provocando consecuencias severas en la adultez. Soriano (2022) refiere que existen factores normativos y no normativos que influyen en la adquisición de experiencias positivas o negativas en las personas, de manera especial cuando son adquiridas durante los primeros cinco años. Estas experiencias influyen en los niños, en una de las etapas más vulnerables de su ciclo vital y en diferentes fases de su desarrollo, incluso pueden llegar a definir su personalidad.

Si no se rompe con el trauma del involucrado, las experiencias adversas se pueden repetir de generación en generación. Es importante atender y sanar esas heridas emocionales en los infantes que han estado expuestos a traumas y que, como consecuencia, han desarrollado un apego desorganizado porque durante su primera infancia ya han experimentado al menos cuatro adversidades (Soto-Lagos y Rubí-González, 2021). Las vulneraciones más agresivas se dan a temprana edad, los abusos o maltratos más lacerantes son provocados por sus propios padres o cuidadores.

Dentro de este marco teórico, se presenta el tema del análisis de caso denominado “Las experiencias adversas en la infancia y sus secuelas psíquicas en la adultez”, mismo que tiene como objetivo general explorar las secuelas psíquicas en adultos que han atravesado experiencias adversas durante la infancia, como objetivos específicos identificar la sintomatología clínica presente en un adulto que haya vivido experiencias adversas en la infancia e identificar la sintomatología clínica presente en un adulto que haya vivido experiencias adversas en la infancia.

El presente estudio tiene un enfoque mixto en la medida que se analizan datos cuantitativos y cualitativos donde se evalúan las secuelas y lesiones psíquicas ante las experiencias adversas durante la niñez, mediante la aplicación del Cuestionario Derogatis y Test de personalidad (PAI). La investigación tiene un alcance descriptivo de corte transversal, se aplicó un diseño fenomenológico el mismo que analiza el aspecto subjetivo de los involucrados en el estudio.

El análisis de caso comprende cuatro capítulos: en el primer capítulo se encuentran las generalidades del objeto de estudio que comprende la definición y contextualización del objeto de estudio, los hechos de interés y los objetivos de la investigación. Se realiza un análisis de los eventos adversos en la niñez y las secuelas psíquicas que generan en los niños que estuvieron expuestos a estas adversidades.

En lo que tiene que ver con el capítulo dos, se sitúa la fundamentación teórico-epistemológico del estudio en la que se presenta la descripción del enfoque epistemológico de referencia, aquí se realiza un análisis de la terapia cognitiva conductual basada en el trauma. También se analizan las bases teóricas de la investigación fundamentando científicamente el estudio realizado.

En lo que respecta al tercer capítulo, aquí se ubica el proceso metodológico donde se hace referencia al diseño de investigación seleccionado que contiene el enfoque, alcance, diseño del estudio, participantes, instrumentos que se utilizaron en la investigación. También contiene el proceso de recolección de datos en la investigación y el sistema de categorización en el análisis de datos.

En el cuarto capítulo se presenta la descripción y argumentación teórica de los datos de la investigación donde se hace la triangulación referente a los resultados con la teoría referenciada en el marco teórico, en este apartado también se establecen las conclusiones en función de los objetivos y las recomendaciones.

1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1 Definición y contextualización del objeto de estudio

Las situaciones adversas de la niñez comprenden un conjunto de sucesos y circunstancias con un potencial estresante y traumático, que afecta negativamente al bienestar de los niños y adolescentes antes de que cumplan los 18 años (Casas-Muñoz et al., 2021). Este tipo de experiencias también influyen en el medio en el que crecen los sujetos que han sufrido estos eventos, provocando consecuencias irreparables que marcan la vida del infante.

Según la UNICEF (2021) las personas que se han expuesto por lo menos a cuatro experiencias adversas durante la niñez, están ligadas a factores de riesgos a nivel sexual, a trastornos de salud mental, abuso de alcohol, al consumo de drogas y a la violencia intra e interpersonal. Así mismo, Olmedo et al. (2023) refiere que los datos que proporciona la última encuesta de la situación de niñez en Ecuador, el 40% de niños y niñas han sido objetos de tratos violentos de sus padres, mismos que a su vez también fueron maltratados por sus progenitores.

La teoría de las experiencias adversas surge a partir del siglo XX cuando por primera vez Felitti et al. (1998) realizan un análisis investigativo donde se relaciona la salud general con las experiencias adversas adquiridas durante la infancia y adolescencia; en esta investigación se analizaron siete situaciones adversas: violencia física, abuso psicológico, abuso sexual, maltrato a la madre, convivir con miembros de la familia que son consumidores, que tenga una enfermedad mental o que esté privado de libertad.

Los resultados del estudio que realizó Felitti muestran que la mayoría de las personas investigadas fueron objeto de maltrato infantil o disfunción doméstica, también estuvieron expuestas a otra adversidad y que las consecuencias a largo plazo pueden ocasionar problemas de salud mental y físicos en la etapa de adultos; cuando los infantes experimentan estas situaciones adversas, se produce en ellos ansiedad, ira y depresión. Dichas adversidades influyen de manera desfavorable en el futuro de los niños limitando su desarrollo integral debido a que afecta los ámbitos físicos, cognitivos, afectivos, emocionales, educativos, sociales y conductuales. En sí, el maltrato en la infancia, en cualquiera de sus formas, impacta significativamente en la calidad de vida y en su bienestar, provocando consecuencias severas en la adultez.

Experiencias adversas como la violencia física provocan lesiones en el niño, son heridas o cicatrices causadas con intensión por los padres o por algún miembro de la familia, misma que puede ser leve o grave y puede ser de manera reciente o recurrente (Fernández et al., 2019). Este acontecimiento vivido por el infante deja hematomas, rasguños o heridas que vivirán por siempre en su cuerpo y en su mente.

En lo que respecta al abuso psicológico, este se caracteriza por un maltrato emocional denigrante y humillante provocado por padres, cuidadores o compañeros, causando trauma conductual, emotivo y cognitivo, que por lo general está asociado a estados depresivos, ansiedad, ira, hostilidad y conductas suicidas (Guzmán, 2023).

En cuanto al abuso sexual, es la experiencia adversa que más efecto negativo produce en los niños, incrementa las probabilidades de provocar trastornos de estrés y ansiedad, estos abusos son cometidos por un familiar de ellos mismos (Rúa et al., 2018). El abuso sexual puede ser con o sin contacto físico, cualquiera de las dos formas provoca daños irreparables en los infantes, marcando su vida y definiendo su personalidad.

En relación a ser testigo de madre maltratada, los niños que experimentan la prevalencia del maltrato físico a su madre, sienten impotencia de no poder ayudarla cuando está siendo agredida por su padre o algún otro familiar (Cronholm et al., 2015). Estos actos inciden en el comportamiento de los niños, quienes viven resentidos con los agresores de su madre.

El consumo de drogas dentro del hogar o en el medio en el que se desarrolla la vida del infante, es perjudicial para el bienestar y salud de los menores porque crecen en un ambiente donde consideran que es normal ser consumidores, aumentando las posibilidades de que cuando sean adultos se vuelvan adictos; esta situación adversa provocaría que estos niños en la adolescencia o adultez se involucren en pandillas, adquieran conductas antisociales y conflictivas, causando graves daños a su bienestar emocional (Rojas-Jara et al., 2021).

Las situaciones adversas citadas en párrafos anteriores junto a la experiencia de convivir con personas con enfermedades mentales o con un familiar privado de libertad, deja huellas o secuelas psicológicas con repercusiones en la vida del menor, se vuelve rebelde, baja autoestima, inseguro, envuelto en problemas que no sabe cómo afrontar o resolver. A las experiencias adversas que propone en su estudio Felitti, con el pasar del tiempo, se amplió la conceptualización de las propuestas. Es así como Cronholm et al. (2015)

incrementa negligencia emocional y física, ser testigo de maltrato doméstico, discriminación, sector inseguro, agresividad (hostilidad) y haber crecido en un orfanato. Por su parte, Finkelhor et al. (2015) añaden otras categorías como bajo estrato socioeconómico, victimización entre iguales, rechazo o aislamiento por pares y presenciar actos violentos en la comunidad. Los autores consideraron que las dimensiones originales no eran suficientes y que existían otras evidencias que también incidían negativamente en la salud y conducta de los infantes.

Según Priego-Parra et al. (2022) cuando las personas han tenido por lo menos un evento adverso en la niñez, sostienen que ocasiona riesgos de índole sexual, trastornos mentales malestares crónicos, muertes prematuras, deserción escolar, incluso pueden llegar a involucrarse en bandas delictivas.

Soriano (2022) refiere que existen factores normativos y no normativos que influyen en la adquisición de experiencias positivas o negativas en las personas, de manera especial cuando son adquiridas durante los primeros cinco años; en esta etapa los niños y niñas que experimentan adversidades suelen presentar síntomas de ansiedad, inseguridad y son incapaces de enfrentar situaciones problemáticas del convivir diario.

Los diferentes tipos de violencia y los traumas infantiles, se convierten en uno de los principales riesgos para el bienestar psicológico y el desarrollo físico de los niños en sus primeras etapas de vida; además, señalan que cuando los niños y niñas son abusados sexualmente o han sido maltratados física o emocionalmente en un contexto donde existía confianza y responsabilidad, las secuelas son perjudiciales causan daño a su salud, a su desarrollo integral, a su dignidad, poniendo incluso en riesgo su vida (Posada et al., 2019). Así mismo, el estrés y el abuso constituyen un potencial inconveniente a la salud de quienes padecen estas adversidades debido a que existe una significativa relación entre estrés temprano con la salud y las enfermedades.

Las afectaciones inciden en el desarrollo, estructura y funcionamiento del cerebro impactando en la conducta, en el desarrollo cognitivo y socioemocional, afirman que las desigualdades en la salud no solo están relacionadas con problemas sociales y económicos de las personas, que conforman un declive salud-riqueza; sino que se relacionan, además, con la exposición de los niños y adolescentes a múltiples riesgos (Priego-Parra et al., 2022). Por ello, es necesario proponer estrategias de prevención con la finalidad de que los niños no estén expuestos a adquirir estas experiencias adversas que ponen en riesgo su salud en general.

En este sentido, Soto-Lagos y Rubí-González (2021) manifiestan que las experiencias traumáticas se repiten de generación en generación, el 48% de niños que han estado expuestos a traumas, presentan apego desorganizado, existen niños que durante su primera infancia ya han experimentado al menos cuatro adversidades, así mismo, las vulneraciones más agresivas se presentan antes de los cinco años, los abusos o maltratos más lacerantes son provocados por sus propios padres o cuidadores; en el estudio realizado demuestra que el 81% de individuos con trastornos de personalidad ha sufrido varias experiencias adversas durante los siete primeros años.

Por su parte, Muñoz (2013) manifiesta que de acuerdo al paradigma del estrés, han surgido tres fases en el desarrollo del daño psíquico, las mismas que se describen a continuación: a) Fase de shock o desorganización: esta fase es de reacción súbita y se caracteriza porque el shock es activo o pasivo: el primero se presenta con alaridos, se agita, se perturba la conciencia, hay hiperactividad y deambula por un lado y otro, el pasivo en cambio, presenta rigidez en sus movimientos, hay parálisis en su motricidad y también se enturbia la conciencia; b) Fase de reorganización: puede durar muchas semanas, es una reacción a corto plazo, puede ser de dos tipos: Tipo I cuando presenta síntomas traumáticos agudos, el Tipo II presenta una reacción postraumática con retraso, y, c) Fase de readaptación: esta fase tiene una duración de seis a dos años y es una reacción a largo plazo, ante una recuperación de los síntomas traumáticos.

Los niños, niñas y adolescentes son vulnerables y están expuestos a experiencias traumáticas que dejan huellas o lesiones traumáticas en su salud física, mental, en su nutrición, educación, en sus relaciones interpersonales, en sus capacidades cognitivas, en comprender sus emociones y de los demás, regular sus emociones influyendo en su bienestar y calidad de vida (Martínez et al., 2022). Por ello es necesario brindarle al niño un ambiente acogedor, cálido, rodeado de amor, confianza y apego que le permitan tener seguridad de sí mismo y pueda solucionar los problemas que enfrente a lo largo de su vida.

De acuerdo con Nevárez y Ochoa (2022) las adversidades se convierten en una complicación en la salud de los seres humanos en todo el mundo, la cuarta parte de personas adultas han padecido de violencia física cuando eran infantes. Según la Organización Mundial de la Salud (2020) una mujer de cada cinco ha padecido de abuso sexual, así mismo un hombre de cada 13 ha experimentado este tipo de violencia.

En la etapa de la niñez el contexto influye directamente en su crecimiento y desarrollo cognitivo y afectivo, un contexto donde hay apego, confianza, seguridad, comunicación y amor, es acogedor para el niño; sin embargo, un contexto lleno de adversidades durante los primeros años de vida, con violencia, desmotivador, con desinterés influye negativamente, convirtiéndose en un componente de riesgo que perturba su salud mental (Vega-Arce y Núñez-Ulloa, 2018).

Este criterio concuerda con el proporcionado por Aguado y Álvaro (2019) quienes manifiestan que los cinco primeros años de edad son críticos para el desarrollo infantil, por ello, un entorno positivo con la presencia de apego y apoyo familiar es favorable al niño; en cambio, si el contexto es desfavorable, violento y disfuncional, existen más probabilidades de desarrollar un estrés tóxico, difícil de regular, provocando adversidades y dificultades para generar recursos psicosociales.

Soriano (2022) expresa que los infantes y adolescentes que más experiencias adversas han sufrido, dependiendo del entorno y los escenarios en que se desenvuelve cada uno, no tienen el mismo efecto, cada infante vive su propia realidad, teniendo mayores posibilidades de padecer las tasas más elevadas de trastornos mentales; estas adversidades impactan de manera acumulativa, de tal forma que a más adversidades vividas mayores son las consecuencias: a) Conductuales: abuso de sustancias, consumo de alcohol, huidas del hogar, tendencias suicidas, son agresivos, hostiles e hiperactivos, tienen problemas de atención, se evidencia limitado desarrollo de las funciones ejecutivas e incluso conductas delictivas; b) Emocionales: problemas de apego, desconfiados, tienen miedo a las personas desconocidas, problemas de ansiedad, depresión, baja autoestima y trastornos de estrés postraumático; c) Escolares: bajo rendimiento y problemas de aprendizaje, problemas en la lectura y escritura y dificultades para aprobar el curso; y d) Sociales: problemas de adaptabilidad y relacionarse con los demás.

Por lo expuesto, el abuso y la negligencia de los que son objeto los niños, puede incidir negativamente en su desarrollo, provocando incluso, un incremento en la adquisición de desórdenes psiquiátricos, como trastorno bipolar, estrés postraumático, depresión, ansiedad entre otros (Sereny y Camelo, 2020).

Los individuos que han experimentado eventos adversos en la niñez suelen presentar signos clínicos bien definidos. La sintomatología es el conjunto de síntomas de trastornos mentales y neurológicos que presenta una persona que ha vivido experiencias traumáticas, hace referencia también a la percepción subjetiva que tiene la persona en

relación a su propia salud, la misma que se evidencia en el comportamiento que exterioriza hacia los demás (Jiménez, 2012 como se cita en Mayorga y Moreta, 2019).

En este sentido, Echeburúa y Corral (2005) manifiestan que la lesión psíquica es una alteración clínica aguda que vive un individuo debido a experiencias adversas que ha sufrido incapacitándolo de manera significativa a hacerle frente a los problemas personales, laborales, familiares o sociales; entre las lesiones más frecuentes constan: depresión y ansiedad, trastornos de estrés postraumático; a nivel cognitivo se sienten confusos y tienen problemas al momento de tomar decisiones, están expuestos a todo tipo de peligro, dificultad para mantener el control sobre sus acciones; a nivel psicofisiológico experimentan sobresaltos, no pueden conciliar el sueño y a nivel de la conducta se muestran apáticos y con problemas para continuar con su cotidianidad. Según Castellanos-Suárez (2021) ser víctima de acontecimientos adversos causa graves daños en la vida de quienes las padecen, incidiendo negativamente en su bienestar.

Echeburúa et al. (2004) manifiestan que las lesiones y secuelas psíquicas dependen de intensidad y percepción de la experiencia adversa sufrida; del tipo de suceso y del grado del riesgo que sufrió el niño; del nivel de vulnerabilidad de la persona, de la concurrencia de problemas actuales o pasados y del apoyo social; además, afectan la estabilidad y afianzan los desórdenes psicológicos; es una patología que está presente en la víctima a lo largo de su vida; por ello, es un trauma inalterable que menoscaba su salud mental; entre las secuelas psíquicas más evidentes son que cambian de personalidad, no son estables, no se adaptan fácilmente a nuevas situaciones, son suspicaces y hostiles, lo que conlleva a deteriorar las relaciones interpersonales. Es decir, el daño psíquico surge de un acontecimiento negativo que no puede ser afrontado y que la víctima no puede adaptarse a ese nuevo hecho que ha ocurrido, de esta manera se van formando los rasgos de su personalidad, es decir, su forma de sentir, de pensar y actuar.

De acuerdo con Llopis et al. (2017) los rasgos de personalidad son modelos que persisten en la forma de pensar, de desarrollar relaciones interpersonales, en la forma de actuar en el entorno familiar y social. Estos patrones que se forman desde la niñez son invasivos y afloran en sus emociones, sentimientos, pensamientos y acciones en el convivir diario.

En este sentido, Molina (2015) refiere que la depresión y la ansiedad son lesiones psíquicas complicadas que influyen en las personas en el área social, biológica y psicológica, estas secuelas provocan trastornos emocionales en el individuo que afectan a su salud, sus síntomas son: a) Síntomas emocionales: el niño se siente triste, pierde la

ilusión, se desespera, llora fácilmente, muestra un pesimismo que no se justifica y tiene síntomas de ansiedad, b) Síntomas cognitivos: lentitud psíquica y mental, sus contenidos son negativos, pierde la confianza, se siente inferior e inútil, se siente arruinado, culposo e incluso tiene ideas de suicidio, c) Síntomas volitivos: no es creativo y original, es apático, indeciso, se fatiga de manera fácil, abandona sus actividades diarias y rutinarias y d) Síntomas somáticos: no tiene energía, está sin ganas de hacer cosas positivas, tiene problemas para conciliar el sueño, se despierta de manera súbita y precoz, sufre de pesadillas y pérdida de apetito.

De acuerdo con Gutiérrez (2017) las secuelas psíquicas si no son tratadas a tiempo, se perennizan en la psiquis de la víctima y se pueden convertir en un trauma irreversible que condiciona su vida en el futuro. Los trastornos de personalidad se pueden presentar como “estado crónico o como una secuela irreparable de estrés postraumático” (Echeburúa y Corral, 2005, p.62) que surge como efecto de una experiencia adversa.

Para el presente análisis de caso se trabaja con cuatro sujetos participantes del estudio, específicamente mujeres, que pertenecen a un nivel socioeconómico medio, su nivel de instrucción es educación secundaria, la ocupación que desempeñan es ser amas de casa y en su mayoría viven con sus familiares. Dos de ellas residen en el cantón el Guabo y las dos restantes viven en el cantón Arenillas.

1.2 Hechos de interés

Las experiencias adversas han sido estudiadas por muchos investigadores a nivel internacional, nacional y local quienes analizan el impacto que ocasionan en los niños y adolescentes, repercutiendo tanto en su bienestar emocional como en su calidad de vida. A nivel internacional se encontró la investigación realizada en España por Martín (2020) cuyo objetivo es comprobar la relación entre las experiencias adversas en la niñez y la calidad de vida en personas vulnerables con la finalidad de identificar los elementos implícitos en dicha asociación. La muestra está conformada por 170 adultos que tienen más de 18 años de edad. El estudio indica que las situaciones adversas en la infancia inciden de manera negativa en el bienestar psicológico, satisfacción vital y calidad de vida.

Se encontró un estudio realizado en Estados Unidos por Choi et al. (2017) que tuvo como objetivo examinar la asociación entre diez tipos de situaciones adversas en la niñez y las alteraciones mentales en la vida de individuos mayores de 50 años. Se aplicó una encuesta epidemiológica nacional sobre alcohol y afecciones. El estudio realizado indica que el

3,2% de personas de sexo femenino y el 50,0% de los hombres declararon que han tenido por lo menos una experiencia adversa en la niñez. La investigación concluye que hay una relación significativa, entre las experiencias adversas y el consumo de drogas a lo largo de los años en edades avanzadas.

Un estudio realizado en México por Castellanos-Suárez (2021) tiene como objetivo visibilizar e identificar las secuelas del daño psicológico y esquemas mentales para mejorar la investigación de alteraciones psíquicas de la victimización. Se realiza un estudio con enfoque cualitativo, exploratorio, descriptivo e interpretativo, los resultados indican que las alteraciones de las víctimas tienen como característica el miedo extremo, como conclusión, es necesario el tratamiento terapéutico para mitigar las alteraciones de victimización.

En este mismo nivel se encuentra la investigación presentada por De Anda et al. (2021) cuyo objetivo es indagar la existencia de EAI y relacionarla con los síntomas de depresión y abuso de sustancias en jóvenes. Se aplica una investigación cuantitativa transversal, se trabaja con 317 adolescentes. Los resultados indican que 6 % de dicha población han experimentado cuatro o más adversidades las cuales tuvieron relación con la depresión y el consumo de sustancias, se concluye que es necesario instaurar políticas en salud mental tomando en cuenta las necesidades de las víctimas.

En Cuba se realizó un estudio presentado por Gomis-Pomares y Villanueva (2020) que tiene como objetivo explorar la influencia que tienen los acontecimientos adversos en la conducta social durante la adultez temprana. Se trabajó con 490 jóvenes que fluctúan entre 18 y 20 años quienes completaron un cuestionario de autoinforme. Los resultados mostraron que los eventos adversos vividos eran los causantes de comportamientos delictivos; así mismo, el abuso físico, la negligencia emocional y conductas antisociales provocaron grandes efectos negativos. Por ello es necesario detectar a tiempo las experiencias adversas con la finalidad de disminuir aquellos patrones de comportamiento negativos.

Rojas-Jara et al. (2020) realiza un estudio en Colombia con el objetivo de realizar una revisión de evidencias actuales entre experiencias adversas y el consumo de drogas. El análisis sistemático consistió en investigar publicaciones científicas referentes a las dos variables. Los resultados muestran que hay una significativa correlación entre experiencias adversas en la niñez y el abuso de sustancias tanto en la adolescencia como en la etapa adulta, llegan a la conclusión de que es necesario promocionar el buen trato a

los niños y realizar un abordaje terapéutico a tiempo a aquellos menores que han experimentado estas situaciones traumáticas.

Se indagó también un estudio realizado en Argentina por Lara et al. (2019) que tiene como finalidad identificar si víctimas de maltrato, de sexo femenino, presentan un riesgo elevado de mostrar síntomas de ansiedad y depresión, evaluadas con el Inventario de Beck para la depresión y el PAI. Se aplicó una investigación comparativa entre mujeres víctimas de violencia y las que no lo han sido. Los resultados indican distinciones notables entre las dos alteraciones, lo que indica que siempre están ligadas.

Otro estudio realizado por Colque (2020) en Perú cuyo objetivo es delimitar los efectos psicológicos en víctimas de maltrato por parte de su conviviente, con un diseño no experimental, transversal de alcance descriptivo. Los resultados indican que las mujeres maltratadas por su pareja padecen de estados depresivos, ansiedad, somatización y obsesión.

Una investigación realizada en Chile de los autores Soto-Lagos y Rubí-González (2021) cuyo objetivo es ahondar en las situaciones adversas vividas en la niñez. Se aplicó la revisión bibliográfica. Los resultados muestran que se debe planificar programas de intervención terapéutica recontextualizando el comportamiento adictivo; por ello concluyen que es necesario promover la creación de políticas de prevención y de abordaje que se centren en el autorreporte de la afectación.

A nivel nacional se encontró la investigación realizada por Bustamante (2021) referente a Evidencias de daño psicológico en víctimas de maltrato presentadas en el centro médico de Uncovía, tiene como objetivo exponer evidencias sobre la presencia de alteraciones psicológicas en víctimas de violencia. Se aplica una metodología no experimental, con un enfoque metodológico cuantitativo, de tipo prospectivo; y con un alcance descriptivo. Los resultados indican que hay una tendencia significativa de pacientes con presencia de alteraciones psicológicas producto de vivencias o experiencias traumáticas.

En lo que respecta a El Oro, se indagó el único análisis realizado, como es el estudio de caso presentado por Camacho et al. (2022) titulada Experiencias adversas en la infancia y su relación con la ingesta de alcohol. Los resultados indican que los individuos que consumen alcohol han vivido experiencias adversas durante la primera infancia relacionadas con: maltrato físico, maltrato emocional y violencia intrafamiliar, situación que ocasionó un riesgo a su salud mental en su vida adulta; concluyendo que los individuos que tuvieron vivencias adversas en la etapa infantil, presentan un mayor riesgo

de consumo nocivo de bebidas alcohólicas en la adultez, lo cual le ayuda a escapar de sus problemas y a soportar las emociones negativas producto de las situaciones que vivió siendo un niño.

1.3 Objetivos de la investigación

Explorar las secuelas psíquicas en adultos que han atravesado experiencias adversas durante la infancia.

Identificar la sintomatología clínica presente en un adulto que haya vivido experiencias adversas en la infancia.

Describir los rasgos de personalidad de un sujeto que ha experimentado situaciones adversas durante la niñez.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICO DEL ESTUDIO

2.1. Descripción del enfoque epistemológico de referencia

La investigación tiene como referente el enfoque epistemológico de la terapia cognitivo-conductual basado en el trauma. Habigzang et al. (2019) refieren que la TCC tiene como objetivo el cambio de pensamiento y la conducta disfuncional en los individuos donde interaccionan situaciones biológicas, cognitivas, conductuales y emocionales de los sujetos en el entorno en el que se desenvuelven.

La terapia cognitiva-conductual de manera constante evalúa la efectividad de técnicas mismas que son indispensables para la investigación de evidencias empíricas, para indagar cuáles son los factores relacionados con aspectos positivos en el tratamiento, ayuda en la reinterpretación de situaciones traumáticas y disminuir la ansiedad, depresión y estrés postraumático (Granda y Hernández, 2021).

La eficacia de esta terapia también se evidencia en el alivio a las secuelas que dejan los abusos sexuales, así como también a prevenir o a reducir victimizaciones donde se trabaja tomando en consideración el ciclo de la violencia debido a que las terapias cognitivo-conductuales se fundamentan en la psicología del aprendizaje (Ferreira et al., 2019).

Por otra parte, El-Mosri et al. (2020) manifiestan que esta terapia tiene como característica brindar a las personas un estilo de vida saludable reduciendo los problemas emocionales y conductas inadecuadas; por lo tanto, las personas están en capacidad de poder controlar sus acciones y desenvolverse de manera armónica y placentera. Así mismo, Del Mónaco (2019) expresa que en este tipo de terapia las palabras se constituyen en un puente entre lo que se piensa y se hace, siendo importantes, puntuales y precisas; además, señala que se recurre a la educación psicológica con la finalidad de proporcionar habilidades para que la familia brinde apoyo a las víctimas y se reduzca la ansiedad y controle sus emociones durante el tratamiento.

El propósito de la Terapia Cognitiva Conductual es reconocer el pensamiento, sentimientos y conducta de las víctimas para poder modificar dicha conducta en base a un patrón protocolario con buena fundamentación científica, técnica y con intervenciones. Además, recurre al presente donde se le da importancia al problema, a las creencias y conducta, por ello se fijan metas y se elaboran actividades en cada sesión, por esta razón el modelo resulta fructífero (Kiskeri et al., 2018).

En lo que concierne con la TCC basado en el trauma, Prieto (2015) manifiesta que este modelo de terapia comprende aspectos teóricos cognitivos y conductuales. Desde la teoría conductual se apoya en el aprendizaje clásico y operante indispensables en el tratamiento del estrés postraumático. En lo que tiene que ver con el condicionamiento clásico, estímulos como las evocaciones y recuerdos provocan miedos, iras, resentimientos, para reducir estos sentimientos, las personas tratan de evitarlos, eliminando temporalmente las angustias. A través de la terapia se les enseña a los individuos a desarrollar habilidades de afrontamiento para reducir el estrés y graduar la exposición de los recuerdos del trauma. Según el autor, desde la teoría cognitiva se lleva a las personas a que examinen sus pensamientos y emociones y que evalúen cómo estas actúan en los sentimientos y acciones, a partir de ello, todos los errores y traumas son procesados y reestructurados. El modelo de terapia cognitivo conductual basado en el trauma es la intervención más efectiva para el tratamiento en las secuelas de las víctimas de abuso infantil (Kanter y Pereda, 2020). Mediante este modelo terapéutico se minimizan los síntomas del trastorno de estrés postraumático, ayudando a las víctimas de eventos traumáticos en la niñez a que confronten los recuerdos que le produjeron estas situaciones mediante sesiones de terapia. Según Sánchez (2018) la terapia cognitivo conductual basado en el trauma tiene como finalidad combinar técnicas conductuales estandarizadas donde interviene la familia y están diseñadas para minimizar problemas de conducta y emociones expuestas a una adversidad infantil. Este modelo de terapia fue diseñado por Cohen, Mannarino, y Deblinger en el año 2006 con la finalidad de ayudar a niños, adolescentes y sus padres a que superen los efectos negativos de los traumas ocasionados por estas experiencias negativas, de manera especial en el tratamiento de la depresión, ansiedad y estrés postraumático (Guerra y Barrera, 2017).

Ruales (2019) manifiesta que este enfoque aborda casos de comportamiento y cogniciones irracionales, mismo que permite que las personas afectadas se enfrenten a las consecuencias de los eventos traumáticos, por medio del relato expresan sus vivencias. En este sentido, la teoría cognitivo-conductual basado en el trauma tiene como finalidad fortalecer la autoconfianza, permitiendo discutir y analizar pensamientos que son negativos para las personas, tratando de reducirlos para gozar de un bienestar emocional. Por otra parte, Garrido y Urra (2021) manifiestan que el abuso sexual, los traumas, abuso físico y psicológico durante la niñez, influyen de manera negativa en el desarrollo

psíquico durante las demás etapas de su vida si es que no es tratado de manera oportuna y adecuada.

En este sentido, el enfoque cognitivo conductual basado en el trauma permite ayudar a las personas que han sido víctimas de sucesos adversos infantiles y que influyen en la formación de lesiones y secuelas traumáticas que es la temática del presente estudio de caso.

2.2 Bases teóricas de la investigación

El enfoque cognitivo conductual basado en el trauma tiene como horizonte la exposición imaginada al suceso traumático y la exposición directa a situaciones evitadas. Por ello, también se trabaja de manera conjunta con la psicoeducación de la violencia y los síntomas de la víctima (Guzmán et al., 2015).

Los síntomas que presentan las personas con traumas inciden en la personalidad del individuo, cambian su humor, se comportan de diversas maneras o formas y sus pensamientos son abrumadores. Como manifiesta Ehmke (2021) la TCC centrada en el trauma permite que las personas aprendan a sobrellevar los síntomas, a que perciban de mejor manera su pensamiento y cómo se sienten, a que sean capaces de expresar sus sentimientos, modifiquen sus emociones, descarten malos pensamientos y a que adquieran habilidades de relajación para que tengan control de los síntomas físicos que lleguen a experimentar. Con el desarrollo de estas habilidades básicas, en las terapias pueden expresar y describir su trauma de manera detallada. Si el individuo prefiere no hablar, no exponer su experiencia, significa que aún no procesa los sucesos ocurridos, lo que le seguirá causando angustia y malestar.

Por su parte, Valero (2022) indica que desde el modelo cognitivo se trata de minimizar los pensamientos distorsionados que tienen tras el trauma que se refleja en sentimientos culposos inadecuados e incluso en admitir que tienen merecido lo que les sucedió. Por ello, mediante esta terapia se plantea identificar y evaluar el impacto y realizar una reestructuración cognitiva. El mismo autor manifiesta que a través de lo conductual se trata de extinguir conductas evitativas con la finalidad de erradicar recuerdos de lugares, personas o acciones del trauma, así como también reacciones de ira o miedo. Por ello, es necesario proporcionar a los individuos víctimas de estos sucesos, estrategias acertadas y acordes a las necesidades de ellos para que afronten estas situaciones y puedan exponer los traumas a los que se enfrentan.

Al respecto, Hernández (2020) realiza una explicación de la Teoría de los dos factores de Mowrer promulgada en el año 1960, misma que pretende explicar cómo se produce el estrés postraumático y cómo se mantiene a través del aprendizaje del condicionamiento clásico y operante, los estímulos neutros como los olores, lugares o determinados tipos de sujetos que se convierten en estímulos condicionados generando de esta manera respuestas condicionadas mismas que se incrementan por la evitación.

El modelo cognitivo conductual hace énfasis en las funciones mentales y en la atención que se les da a las emociones y las motivaciones; por lo tanto, promulga de manera fundamentada que el comportamiento es causado por las cogniciones y se la puede modificar cambiando los procesos cognitivos distorsionados. Aquí juega un papel importante el terapeuta quien es el encargado de enseñar al paciente a que reconozca, evalúe y modifique sus pensamientos y pueda de esta forma aliviar sus síntomas, de tal manera que la misma persona con el tiempo, realice su propio tratamiento terapéutico.

Con este tipo de terapia se modifican las emociones y las acciones interviniendo en el desarrollo cognitivo de las víctimas de trauma para que se den cuenta de los cambios y puedan percibirlos de manera diferente, reemplazando los pensamientos distorsionados por otros mejores enmarcados en la realidad y la lógica; así mismo que sepan reconocer que hay una interacción entre pensamiento, afecto y conducta (Urbano y Peña 2019). Es decir, que esta terapia se orienta a reducir y aplacar un trauma psicológico en un determinado tiempo resolviendo el problema a partir de cambios en la manera de pensar y en el comportamiento.

De acuerdo con Soto-Zentella et al. (2022) en la terapia cognitivo conductual centrada en el trauma, se expone al individuo a explicar aspectos cognitivos como lo que piensa, fisiológicos, qué es lo que siente, aspectos motores, qué es lo que hace; todo ello, con la finalidad de que transforme los aspectos cognitivos y dé valor e interpretación a las reacciones del estrés de una forma real y adaptativa. Es decir, que se les enseña y explica cómo esos pensamientos distorsionados que tiene de que se siente mal, que no confía en nadie, que todo en el contexto que se desenvuelve es peligroso, e incluso que todo lo que le sucedió fue por su culpa, afectan de manera significativa y directa en su conducta y emociones.

3. PROCESO METODOLÓGICO

3.1 Diseño o tradición de investigación seleccionada.

El presente estudio consiste en una investigación de enfoque mixto en la medida que se evalúa las secuelas y lesiones psíquicas antes las experiencias adversas durante la niñez. Según Albayero et al. (2020) en el enfoque mixto se obtiene varios aspectos del objeto de estudio: tantos cualitativos como cuantitativos. Por su parte, Mendizábal (2018) manifiesta que involucra ideas filosóficas que orienta la recolección, análisis y la combinación de procesos cualitativos y cuantitativos en una misma investigación.

La investigación tiene un alcance descriptivo, de acuerdo Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) estos estudios detallan de manera específica las características y perfiles de los sujetos, de los procesos, objetos o fenómenos que se investiga. En la presente investigación se aplica la descripción para analizar las experiencias adversas en la niñez y las secuelas o lesiones psíquicas que inciden en la vida adulta.

Además, se aplica un diseño fenomenológico hermenéutico el mismo que analiza las experiencias y vivencias que son recogidas en un determinado contexto donde ocurre un fenómeno, analiza el aspecto subjetivo de los involucrados en la investigación (Fuster, 2019). Es decir que la fenomenología explora la conciencia del individuo para percibir a través de sus experiencias la vida y lo más significativo de ellos. Se evidencia en la investigación cuando el investigador se involucra en la problemática para analizar las secuelas y lesiones psíquicas de los individuos que vivieron situaciones traumáticas en su niñez.

De acuerdo con el enfoque, se aplica un diseño no experimental en la medida que no se puede influir en las variables en estudio en este caso, las secuelas y lesiones psíquicas ante las experiencias adversas debido a que ya sucedieron y tampoco se influye en sus efectos. Como manifiesta Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) en la investigación no experimental se observa o mide un fenómeno y las variables, así como se encuentran en la naturaleza para analizarlas; es decir que no se generan nuevas situaciones, solo se observa lo que existe y no se provocan de manera intencionada por parte de quien realiza la investigación.

Se realiza un estudio de corte transversal en la medida que se conocen todos los casos de sujetos con una enfermedad o evento de interés en un tiempo determinado, sin tomar en cuenta cuándo ni cómo lo adquirieron, ni en qué tiempo va a permanecer (Manterola et al., 2023) este tipo de estudio se lo aplica porque se trata de adultos que tuvieron

experiencias adversas en la infancia, casos que van a ser analizados para conocer las secuelas o lesiones psíquicas que quedaron en ellos.

El estudio investigativo se aplicó a una muestra de cuatro personas adultas comprendidas entre 24 y 63 años que han vivido experiencias adversas durante la infancia, dos de ellas viven en el cantón Arenillas y dos en el cantón El Guabo. Mucha-Hospinal et al. (2021) indican que la muestra es una parte significativa de la población. Cabe recalcar que los sujetos de investigación son mujeres esto debido a que son las más vulnerables a vivir experiencias adversas, como lo indica Colque (2020) el abuso contra las mujeres es un fenómeno a nivel mundial y en todas las esferas sociales.

Se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia según Otzen y Manterola (2017) con esta técnica de muestreo se conoce la probabilidad que tiene cada persona de ser incluido en un determinado contexto, para seleccionar la muestra se considera las características del contexto que se estudia y ciertos criterios del investigador. La muestra seleccionada fue por conveniencia mediante previa cita la misma que fue acordada vía telefónica y después con visita a sus domicilios para acordar fecha y hora de la aplicación de instrumentos de investigación. Para seleccionar la muestra se tomó en consideración criterios de inclusión como ser personas adultas y haber tenido experiencias adversas en la infancia.

3.2 Proceso de recolección de datos en la investigación.

Revisados los instrumentos de investigación y aprobados por parte de la docente de titulación y el tutor, se procedió a la aplicación de los mismos. Previo a ello, se tuvo un encuentro con los sujetos a investigarse para explicarles en qué consistía el trabajo que se iba a realizar expresando cuál era la finalidad y posteriormente se les preguntó a los sujetos de estudio si desearían participar, una vez aceptada la petición, se aplicó un consentimiento informado el mismo que fue admitido y firmado por las entrevistadas.

Los instrumentos de investigación se aplicaron en cuatro semanas, desde el 11 de diciembre hasta el ocho de enero del 2024. Durante la recolección de datos siempre hubo colaboración y predisposición para la aplicación de los instrumentos y obtener una información empírica real. Para recolectar la información se aplicaron instrumentos como: el Test de personalidad, el Test de las Experiencias Adversas en la Infancia, el Cuestionario de comprobación de 90 síntomas de Derogatis y la entrevista semiestructurada.

En primera instancia, se utilizó el Test de las Experiencias Adversas en la Infancia de adaptado al español por Nevárez y Ochoa (2022), mismo que fue basado en la versión original de Felitti, este cuestionario consta de 10 interrogantes en conjunto que hacen referencia al abuso psicológico, físico y sexual, consumo de sustancias, presenciar violencia doméstica, convivir con miembros de la familia con alguna enfermedad mental o que tengan comportamientos delictivos, en cada ítem las encuestadas deben marcar con una X en el casillero sí o no, siendo esto un indicativo de si hay presencia o ausencia de dichas experiencias. Los autores manifiestan que la validez del instrumento es buena y que la fiabilidad conseguida fue de 0,73.

En cuanto al cuestionario de comprobación de 90 síntomas de Derogatis que se utiliza para detectar síntomas de trastornos mentales y puede ser autoadministrado. Este cuestionario valora la sintomatología de 9 trastornos mentales como: somatización (SOM) compuesta por 12 ítems, obsesiones y compulsiones (OBS) comprende 10 ítems, sensibilidad interpersonal (SI) 9 ítems, depresión (DEP) consta de 13 ítems, ansiedad (ANS) comprende 10 ítems, hostilidad (HOS) contiene 6 ítems, ansiedad fóbica (FOB) comprende 7 ítems, ideación paranoide (PAR) comprende 6 ítems y psicoticismo (PSIC) contiene 10 ítems, los ítems adicionales contiene 7 ítems. En cada uno de ellos el encuestado coloca una puntuación entre 0 y 4. Donde 0 equivale a Nada, 1 Un poco, 2 Moderadamente, 3 Bastante y 4 En extremo. La puntuación de 0 significa ausencia total de molestias relacionadas con el síntoma y 4 que corresponde a máxima molestia. Según Londoño et al. (2018) refieren que la estructura psicométrica del instrumento se considera apropiada y sus valores poseen alta confiabilidad en población clínica con alfas de Cronbach entre 0.74 y 0.90.

En lo que tiene que ver con el Test de personalidad, Ortiz-Tallo et al. (2017) manifiesta que el (PAI) fue diseñado por Leslie C. Morey quien desarrolló el Inventario de evaluación, el mismo que se publicó en 1991, este test permite evaluar variables clínicas y de la personalidad. El inventario contiene la valoración detallada de la psicopatología de adultos, contiene 344 interrogantes, con cuatro dimensiones, distribuidas en 22 escalas: validez (4), clínicas (11), consideraciones para tratamiento (5) e interpersonales (2). Se aplicó este instrumento para conocer aspectos relevantes relacionados a la personalidad de los sujetos de estudio. Cabe destacar que este instrumento fue adaptado al español en Chile, tiene un 0.95% de fiabilidad mostrando valores para el coeficiente alfa de Cronbach altos con una escala de 0.78.

Además, se aplicó la entrevista semiestructurada para dialogar con los sujetos de estudios y conocer profundamente las lesiones y secuelas psíquicas referentes a cómo logró afrontarlas durante la niñez, cómo son sus emociones, cómo ha sido su comportamiento a partir de las situaciones que vivió en la niñez. Según Piza et al. (2019) en la entrevista semiestructurada el contenido, el orden y formulación de preguntas están a criterios de quien investiga, incluso se puede incrementar otras preguntas.

En el proceso de la entrevista se detectó a las adultas algo nerviosas en el instante en que se les hacía las preguntas, se mostraban inquietas al momento de responder, hacían gestos, dudaban un poco en dar las respuestas, debido a que recordaban los sucesos dolorosos del pasado, sin embargo, a pesar de estas circunstancias, colaboraron de manera positiva con las entrevistadoras.

3.3 Sistema de categorización en el análisis de los datos.

Tema: Experiencias adversas en la infancia		
Categoría	Unidad de análisis	Regla y Memo
Abuso emocional o psicológico	<p>1. “me sentía humillada porque cuando era pequeña fui regalada y luego devuelta a mi casa, ahí mi madre me insultaba por todo lo bueno o malo que hacía, no me quería y me botaba de la casa”.</p> <p>2. “cuando éramos pequeños vivíamos asustados y con miedo con mis hermanos debido a que mi papá era agresivo y teníamos que escondernos en otras casas”</p> <p>3. “tenía muchos problemas con mi madre quien me insultaba todos los días por culpa de mi padrastro”</p> <p>4. “sufría mucho porque mi madre nos recalcaba, a mí y a mis hermanos, que fuimos un error, que le desgraciamos completamente la vida por haber nacido, siempre era humillada por mi madre, incluso nos dejó botados y se fue, nos abandonó”</p>	<p>Regla: Es un tipo de violencia emocional en el que se dan humillaciones, insultos y amenazas que por lo general provienen de sus padres o cuidadores, provocando en el infante traumas a nivel emotivo, conductual y cognitivo.</p> <p>Memo: Las participantes sufrían mucho por las palabras hirientes, insultos y humillaciones que recibían por parte de sus padres y demás familiares.</p>
Abuso sexual	<p>1. “no fui abusada sexualmente”</p> <p>2. “no fui abusada sexualmente”</p> <p>3. “mi padrastro intentó abusar sexualmente de mí y como yo no me dejé no lo hizo como tal, pero si se lo hubiera permitido lo hubiera hecho sin dudar. Un día me dijo que</p>	<p>Regla: Produce en mayor relevancia efectos negativos en el infante, incrementando las probabilidades de que los mismos puedan desarrollar trastornos de ansiedad y estrés.</p>

	<p>le diera un beso que no le iba a contar a mi mamá, pero no lo hice y me agarró a la fuerza e intentó tocar mis partes íntimas. En muchas ocasiones me miraba a través del toldo cuando yo estaba acostada en mi cama; yo le contaba a mi madre, pero ella no me creía, nunca me creyó y prefería creerle a él, por eso ella siempre insultaba y me decía que me odiaba”</p> <p>4. “sufrí de abuso sexual por parte del esposo de mi tía, yo pasaba en casa de mi abuela cuando mi padre se iba a trabajar, él se quedaba en casa, a mí y a mis primas nos enseñaba imágenes de parejas que se besaban y que se desnudaban, nos tocaba los labios, la espalda, las piernas y el cabello; cuando subíamos las escalera, se agachaba para vernos el interior, en muchas ocasiones nos llamaba a su casa para regalarnos frutas y entraba al baño que quedaba al lado de la cocina y orinaba con la puerta abierta intencionalmente para que mis hermanas y yo lo viéramos, esto lo comentamos con mi abuela y toda la familia, pero nadie nos creyó”</p>	<p>Memo:</p> <p>Dos participantes manifestaron haber experimentado abuso sexual.</p>
Abuso físico	1. “mi madre me pegaba con ortiga y me mandaba a bañarme al río a	Regla: Es un tipo de violencia física que se

	<p>las cinco de la mañana, me maltrataba porque no hacía bien las cosas, si hacía quebrar un vaso me refregaba en el brazo los vidrios y me cortaban, cuando a veces me orinaba la cama, como castigo, me hacían dormir en un granero donde me tapaba con unas lonas, estar en ese lugar me daba muchísimo miedo y muchas veces no podía dormir por eso. Incluso hubo una vez en que mi madre me estaba ahorcando y los vecinos me salvaron, cuando se molestaba mucho conmigo me botaba al suelo y me ponía el pie en la boca del estómago”.</p> <p>2. “éramos maltratados por mi padre, nos pegaba siempre que mis hermanos y yo no nos dejábamos dar cariño y no era porque no queríamos sino porque le teníamos miedo, teníamos que huir de la casa con mi mamá para que no nos haga daño, nos escondíamos en casa de los vecinos con miedo a que nos encuentre”</p> <p>3. “mi madre me maltrataba físicamente por culpa de mi padrastro, me golpeaba contra la pared, en ocasiones me agarraba del cabello y me arrastraba por el suelo, esto se daba más cuando ella</p>	<p>caracteriza por la presencia de lesiones o heridas causadas al niño por parte de sus padres o algún otro familiar.</p> <p>Memo:</p> <p>Las participantes expresaron haber sido agredidas físicamente por sus padres, los golpes eran tan fuertes que dejaban heridas en sus cuerpos.</p>
--	--	--

	<p>llegaba del trabajo y recibía quejas de mi padrastro acerca de mí, cada que me golpeaba me sentía impotente porque era injusto que le creyera más a él que a su propia hija”</p> <p>4. “mi madre me pegaba y me tiraba al suelo, me daba patadas muy fuertes en las costillas, tanto así, que ya no aguantaba el dolor y no podía hablar ni respirar muy bien. Incluso en cierta ocasión por no haber llegado rápido de la tienda, sólo por haberme quedado un momento conversando con una amiguita, cuando llegué a la casa me golpeó muy duro en las piernas con un cable de extensión, por lo que me quedé en el suelo ya que no podía levantarme del dolor”</p>	
<p>Madre tratada con violencia</p>	<p>1. “no era tratada con violencia”</p> <p>2. “mi papá le pegaba mucho a mi madre, incluso un día trató de ahorcarla delante de nosotros y le suplicábamos que la suelte, que no le haga daño, la vida de mi madre cambió cuando se hizo de otro compromiso, él sí la trataba bien”</p> <p>3. “mi madre era golpeada por mi padrastro casi a diario debido a que el solía ser mujeriego y si mi mamá le reclamaba algo al respecto se enojaba y la golpeaba, en ocasiones</p>	<p>Regla: Es la vivencia en donde el infante es testigo del maltrato hacia su madre, ocasionando en él impotencia al no poder ayudar durante la agresión que es ejercida, en las mayorías de los casos, por la pareja de la madre.</p> <p>Memo: Tres de las participantes experimentaron violencia en el hogar porque fueron</p>

	<p>la defendíamos mi hermano y yo, pero mi madre se enojaba con nosotros porque decía que eran sus peleas con su marido que nosotros no tenemos que meternos. Estas peleas eran a diario él se enojaba si la comida no estaba bien preparada o si no cuidábamos bien a mi hermanastra pequeña, desquitándose con mi mamá, recuerdo que, en cierta vez, la golpeó en la cara tan fuerte que le sacó tres dientes y le desvió el tabique. En muchas ocasiones, la arrimaba a la pared y la ahorcaba, nosotros solo nos encerrábamos en el cuarto a llorar para no ver eso”</p> <p>4. “mi madre no era maltratada”</p>	<p>testigos del maltrato físico que recibían sus madres por sus esposos o parejas sentimentales.</p>
<p>Vivir con miembros del hogar que fueron encarcelados o tienen enfermedades mentales</p>	<p>1. “no viví con miembros del hogar que fueron encarcelados o eran enfermos mentales”</p> <p>2. “mi padre siempre caía preso, también involucró a mi madre en sus fechorías y estuvo también encarcelada”</p> <p>3. “sí mi primo que vivía a lado de mi casa fue apresado muchas veces”</p> <p>4. “no había familiar encarcelado”</p>	<p>Regla: Es la adversidad que deja marcas en la vida del infante debido a la convivencia con familiares que han sido encarcelados, aumentando la probabilidad de que el niño presente conductas agresivas.</p> <p>Memo: Dos participantes vivieron experiencias adversas de familiares que fueron encarcelados por diferentes motivos.</p>

Abuso de sustancias	<p>1. “no consumían drogas”</p> <p>2. “mi padre consumía droga, cuando llegaba nos hacía problemas y le pegaba a mi mamá, la quería matar a ella y a nosotros, en muchas ocasiones mi padre llegaba de haber consumido a seguirnos con cuchillos y nos obligaba a recibir amor de él, nos daba abrazos de manera grosera y no decía que nos quería agarrándonos fuerte la mano a mí y a mis hermanos”</p> <p>3. “un primo era consumidor y alcohólico y nosotros veíamos cómo las consumía, en muchas ocasiones se ponía violento cuando alguien le decía algo acerca del ejemplo que nos daba, pero él no hacía caso y prefería hacer escandalo a mis primos y mi tía”</p> <p>4. “nadie consumía droga”</p>	<p>Regla: Es una experiencia que perjudica la calidad de vida y la salud del niño, ocasionando que se desarrollen en un medio en el que consideren que el consumo de sustancias es normal, aumentando la posibilidad de que se vuelvan adictos.</p> <p>Memo: Dos de las participantes experimentaron durante la niñez vivir con familiares consumidores de droga, situación que aún recuerdan, por los momentos difíciles y desagradables que les tocó pasar debido a esta situación.</p>
---------------------	--	---

Tema: Sintomatología clínica		
Categoría	Unidad de análisis	Regla y Memo
Somatización	<p>1. No presenta puntajes elevados.</p> <p>2. Refleja una puntuación T de 75.</p> <p>3. No presenta puntajes elevados.</p>	<p>Regla: es la sintomatología asociada con la prevalencia de molestias en el cuerpo de un individuo.</p> <p>Memo:</p>

	4. No presenta puntajes elevados.	Una de las participantes presenta malestares corporales y entumecimiento en el cuerpo.
Obsesiones y compulsiones	<ol style="list-style-type: none"> 1. No refleja puntuaciones elevadas 2. El puntaje T es de 70 3. Presenta una puntuación T de 70 4. No presenta puntuaciones significativas 	<p>Regla: son las tendencias impulsivas que no se desean y que no se pueden evitar.</p> <p>Memo: Dos de las participantes tienen grabado en su memoria los momentos negativos que experimentaron en la niñez y no pueden olvidarlas.</p>
Sensibilidad interpersonal	<ol style="list-style-type: none"> 1. No tuvo puntuaciones significativas. 2. Obtuvo una puntuación T de 75. 3. Denota una puntuación T de 75. 4. Presentó un puntaje T de 70. 	<p>Regla: son sentimientos que hacen sentir inferior e incómodo a los individuos en sus relaciones interpersonales.</p> <p>Memo: Las tres participantes se sentían inferiores a los demás y dos de ellas se molestaban cuando no les prestaron atención en el momento en el que comunicaron el abuso.</p>
Depresión	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentó puntajes límites. 2. Obtuvo una puntuación T de 75. 3. Puntuaciones bajas. 4. Obtuvo una puntuación T de 75. 	<p>Regla: Es una afectación del estado anímico, que se caracteriza por escaso interés, limitada energía para realizar actividades, sentimientos de desaliento que influyen en la cotidianidad de las personas.</p> <p>Memo: Dos de las participantes siempre se sentían tristes, preocupadas,</p>

		con poca energía debido a los recuerdos de las experiencias que vivieron.
Ansiedad	<ol style="list-style-type: none"> 1. La puntuación T fue de 67 2. El puntaje T es de 75 3. Puntuación marcadamente normal. 4. Puntuación dentro de la normalidad. 	<p>Regla: Es un sentimiento de miedo, temor, estrés, nerviosismo, y también se evidencia en las personas crisis de pánico.</p> <p>Memo: Dos de las participantes presentan síntomas de ansiedad, expresaban sentirse nerviosas la mayoría del tiempo, tensas, y manifestaban constantes preocupaciones por diversas situaciones.</p>
Hostilidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. No presenta puntuaciones significativas 2. El puntaje T es de 75 3. No presenta valores elevados 4. El puntaje T es de 75 	<p>Regla: se refiere a la prevalencia de emociones y sentimientos caracterizados por enojo, resentimiento y estados de irritabilidad.</p> <p>Memo: Dos de las participantes se mostraban hostiles al referirse a las situaciones que experimentaron en la niñez.</p>
Ansiedad fóbica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Calificaciones dentro de los límites normales. 2. El puntaje T obtenido es de 75. 3. Obtuvo una puntuación T de 75. 4. Presentó puntajes bajos. 	<p>Regla: Son comportamientos evitativos de lugares o situaciones que causan al sujeto temor y pánico.</p> <p>Memo: Dos de las participantes relataban sentir incomodidad y</p>

		hasta miedo al pasar por ciertos lugares que les recordaban las situaciones adversas vividas.
Ideación paranoide	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obtuvo una calificación T de 63. 2. El puntaje T obtenido es de 75. 3. El puntaje T obtenido es de 75. 4. Obtuvo una puntuación T de 70. 	<p>Regla: Es la creencia o desconfianza de sentirse perseguido, en la que el individuo puede presentar alteraciones del pensamiento y pérdida de autonomía.</p> <p>Memo: Las participantes tienen síntomas de paranoia, desconfían en gran medida de las personas de su alrededor.</p>
Psicoticismo	<ol style="list-style-type: none"> 1. No obtuvo puntuaciones elevadas 2. Refiere un puntaje T de 75 3. Denota una puntuación T de 67 4. Muestra una puntuación T de 67 	<p>Regla: es un patrón de personalidad que se caracteriza por la presencia de síntomas de aislamiento, interés limitado en las relaciones sociales, y en ciertos casos estados alucinatorios.</p> <p>Memo: Tres de las participantes manifiestan tener sentimientos de soledad y mencionan que en varias ocasiones han sentido que algo mal en su mente.</p>

Tema: Rasgos de personalidad		
Categoría	Unidad de análisis	Regla y Memo
Escalas de validez	1. Consistente	Regla: Es la escala que contiene cuatro subescalas

	<p>2. Infrecuencia (71); Impresión Negativa (110)</p> <p>3. Impresión Negativa (88)</p> <p>4. Impresión Negativa (84)</p>	<p>mismas que fueron elaboradas para valorar los elementos que podrían cambiar los resultados del test, verificando si las respuestas tienen consistencia o no.</p> <p>Memo: los sujetos evaluados presentan resultados en su mayoría considerados como bajos, por lo tanto, la interpretación de las estas escalas indica que sus respuestas son consistentes y válidas.</p>
Escalas clínicas	<p>1. Trastornos relacionados con la ansiedad (83); Paranoia (80).</p> <p>2. Ansiedad (95); Trastornos relacionados con la ansiedad (94); Depresión (80); Manía (98); Paranoia (98); Rasgos límites (97); Problemas con el alcohol (88).</p> <p>3. Paranoia (89); Rasgos límites (83); Problemas con el alcohol (86).</p> <p>4. Depresión (84); Paranoia (80) Rasgos límites (91).</p>	<p>Regla: Son las escalas representativas de sintomatologías de desórdenes psiquiátricos que evalúa las características relevantes de los rasgos de personalidad.</p> <p>Memo: los resultados muestran que las cuatro personas presentan rasgos de paranoia.</p>
Relacionadas al tratamiento	<p>1. Ideaciones suicidas (80).</p> <p>2. Ideaciones suicidas (93).</p>	<p>Regla: Son las que proporcionan datos</p>

	<p>3. No presenta puntuaciones elevadas.</p> <p>4. Ideaciones suicidas (95).</p>	<p>relevantes de probables complicaciones en el tratamiento adicional al diagnóstico clínico.</p> <p>Memo: tres de los cuatro sujetos han tenido ideaciones suicidas en un determinado momento de sus vidas.</p>
Relaciones interpersonales	<p>1. Puntuaciones dentro de lo normal.</p> <p>2. Dominancia (72).</p> <p>3. No presenta puntuaciones elevadas.</p> <p>4. Puntaje no elevado.</p>	<p>Regla: valora los elementos relacionados con las interacciones sociales que son más significativas para evaluar los trastornos de personalidad.</p> <p>Memo: uno de los sujetos presenta dominancia, debido a que es poco tolerante y tiene cierta necesidad de controlar lo que sucede a su alrededor, el resto se encuentra dentro de los límites normales.</p>

4. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Descripción y argumentación teórica de los resultados

Según Mendizábal (2018) el enfoque mixto comprende la recolección, análisis y la combinación de procesos cualitativos y cuantitativos en un mismo proceso investigativo. El análisis de caso relacionado a las experiencias adversas en la infancia y sus secuelas psíquicas en la adultez, se lo realiza a partir de las siguientes categorías: a) experiencias adversas en la infancia, b) sintomatología clínica y secuelas psíquicas y c) rasgos de la personalidad. Para ello, primero se realizó la codificación abierta con la finalidad de crear las categorías y poder definir los memos y reglas de cada indicador asignando los respectivos códigos; luego, se realizó la codificación axial donde se compararon las categorías para poder relacionarlas con los objetivos de la investigación.

Experiencias adversas en la infancia

Los sucesos adversos en la niñez comprenden una serie de sucesos y circunstancias con un potencial estresante y traumático, que afecta negativamente al bienestar de los niños y adolescentes antes de que cumplan los 18 años (Casas-Muñoz et al., 2021). Este indicador comprende 6 categorías abuso emocional o psicológico, abuso físico, abuso sexual, madre tratada con violencia, vivir con miembros del hogar que fueron encarcelados o tienen enfermedades mentales y abuso de sustancias.

La experiencia adversa, abuso emocional o psicológico se pudo evidenciar en los sujetos de la siguiente manera: En el **Caso 1** la persona manifestó “me sentía humillada porque cuando era pequeña fui regalada y luego devuelta a mi casa, ahí mi madre me insultaba por todo lo bueno o malo que hacía, no me quería y me botaba de la casa”; en el test de experiencias adversas se evidencia que la señora sufrió de abuso psicológico porque la insultaban y menospreciaban a menudo, incluso temía que le hicieran daño físico. En el **Caso 2** la entrevistada dijo que “cuando éramos pequeños vivíamos asustados y con miedo con mis hermanos debido a que mi papá era agresivo y teníamos que escondernos en otras casas” esta experiencia adversa se corrobora en el test donde los resultados indican que el progenitor actuaba a menudo de un modo que temía que le hiciera daño. En lo que respecta al **Caso 3** manifestó que “tenía muchos problemas con mi madre quien me insultaba todos los días por culpa de mi padrastro” en el TEAI se puede evidenciar que su progenitora la insultaba y menospreciaba muy a menudo e incluso temía que le hiciera daño. En lo que

tiene que ver con el **Caso 4** el sujeto contestó que “sufría mucho porque mi madre nos recalca, a mí y a mis hermanos, que fuimos un error, que le desgraciamos completamente la vida por haber nacido, siempre era humillada por mi madre, incluso nos dejó botados y se fue, nos abandonó”, esta situación se confirma en el test cuyo resultado indica que era insultada y menospreciada frecuentemente.

Por su parte, en cuanto al abuso físico, los sujetos manifestaron: El **Caso 1** expresó que “mi madre me pegaba con ortiga y me mandaba a bañarme al río a las cinco de la mañana, me maltrataba porque no hacía bien las cosas, si hacía quebrar un vaso me refregaba en el brazo los vidrios y me cortaban, cuando a veces me orinaba la cama, como castigo, me hacían dormir en un granero donde me tapaba con unas lonas, estar en ese lugar me daba muchísimo miedo y muchas veces no podía dormir por eso. Incluso hubo una vez en que mi madre me estaba ahorcando y los vecinos me salvaron, cuando se molestaba mucho conmigo me botaba al suelo y me ponía el pie en la boca del estómago”. En el TEAI se evidencia en los resultados que la señora a menudo era empujada o abofeteada, que le pegaban con tanta fuerza que le han dejado marcas causándole daño. En el **Caso 2** “éramos maltratados por mi padre, nos pegaba siempre que mis hermanos y yo no nos dejábamos dar cariño y no era porque no queríamos sino porque le teníamos miedo, teníamos que huir de la casa con mi mamá para que no nos haga daño, nos escondíamos en casa de los vecinos con miedo a que nos encuentre” en el test de experiencias adversas se evidencia que era objeto de empujones y golpes, cuyo abuso físico ha dejado marcas que le han hecho daño. En el **Caso 3** la entrevistada mencionó que “mi madre me maltrataba físicamente por culpa de mi padrastro, me golpeaba contra la pared, en ocasiones me agarraba del cabello y me arrastraba por el suelo, esto se daba más cuando ella llegaba del trabajo y recibía quejas de mi padrastro acerca de mí, cada que me golpeaba me sentía impotente porque era injusto que le creyera más a él que a su propia hija” en el TEAI se pudo evidenciar que le pegaban muy menudo lo que dejó huellas a lo largo de su vida. En el **Caso 4** la participante indica que “mi madre me pegaba y me tiraba al suelo, me daba patadas muy fuertes en las costillas, tanto así, que ya no aguantaba el dolor y no podía hablar ni respirar muy bien. Incluso en cierta ocasión por no haber llegado rápido de la tienda, sólo por haberme quedado un momento conversando con una amiguita, cuando llegué a la casa me golpeó muy duro en las piernas con un cable de extensión, por lo que me quedé en el suelo ya que no podía levantarme del dolor”. En el test se refleja que la

entrevistada ha sido empujada, abofeteada y golpeada a menudo provocándole mucho daño.

En lo que respecta al abuso sexual, únicamente dos de las encuestadas vivieron esta situación adversa en su infancia: **Caso 3** la entrevistada narra que “mi padrastro intentó abusar sexualmente de mí y como yo no me dejé no lo hizo como tal, pero si se lo hubiera permitido lo hubiera hecho sin dudar. Un día me dijo que le diera un beso que no le iba a contar a mi mamá, pero no lo hice y me agarró a la fuerza e intentó tocar mis partes íntimas. En muchas ocasiones me miraba a través del toldo cuando yo estaba acostada en mi cama; yo le contaba a mi madre, pero ella no me creía, nunca me creyó y prefería creerle a él, por eso ella siempre insultaba y me decía que me odiaba” esta situación se evidencia en el TEAI donde los resultados indican que hubo abuso sexual; puesto que decía que su padrastro la acariciaba y la tocaba de forma sexual e incluso intentó tener coito con ella. En el **Caso 4** el sujeto afirmó que “sufrí de abuso sexual por parte del esposo de mi tía, yo pasaba en casa de mi abuela cuando mi padre se iba a trabajar, él se quedaba en casa, a mí y a mis primas nos enseñaba imágenes de parejas que se besaban y que se desnudaban, nos tocaba los labios, la espalda, las piernas y el cabello; cuando subíamos las escalera, se agachaba para vernos el interior, en muchas ocasiones nos llamaba a su casa para regalarnos frutas y entraba al baño que quedaba al lado de la cocina y orinaba con la puerta abierta intencionalmente para que mis hermanas y yo lo viéramos, esto lo comentamos con mi abuela y toda la familia, pero nadie nos creyó” en el TEAI la participante contesta que algún adulto del hogar la tocó o acarició de forma sexual.

En lo que concierne a Madre tratada con violencia, solo dos de las participantes atravesaron esta experiencia, aspecto que se evidencia con las siguientes narraciones: En el **Caso 2** la entrevistada comunicó que “mi papá le pegaba mucho a mi madre, incluso un día trató de ahorcarla delante de nosotros y le suplicábamos que la suelte, que no le haga daño, la vida de mi madre cambió cuando se hizo de otro compromiso, él sí la trataba bien” en el TEAI se evidencia que la madre ha sido tratada con violencia. En lo que respecta al **Caso 3** durante la entrevista menciona “mi madre era golpeada por mi padrastro casi a diario debido a que él solía ser mujeriego y si mi mamá le reclamaba algo al respecto se enojaba y la golpeaba, en ocasiones la defendíamos mi hermano y yo, pero mi madre se enojaba con nosotros porque decía que eran sus peleas con su marido que nosotros no tenemos que meternos. Estas peleas eran a diario él se enojaba si la comida no estaba bien preparada o si no cuidábamos bien a mi hermanastra pequeña,

desquitándose con mi mamá, recuerdo que, en cierta vez, la golpeó en la cara tan fuerte que le sacó tres dientes y le desvió el tabique. En muchas ocasiones, la arrimaba a la pared y la ahorcaba, nosotros solo nos encerrábamos en el cuarto a llorar para no ver eso”, en el TEAI se evidencia que a menudo empujaban a su madre y la golpeaban duro y por un largo tiempo.

Vivir con miembros del hogar que fueron encarcelados o tienen enfermedades mentales: En el **Caso 2** la señora manifestó que “mi padre estuvo un tiempo preso y nosotros íbamos con mi mamá a visitarlo a la cárcel y ahí dentro le armaba problemas a mi mamá”, en el TEAI se evidencia que fue a la cárcel un miembro de su hogar. En el **Caso 3** la entrevistada indicó que “vivía a lado de un primo que siempre lo metían preso por robar cosas ajenas y nosotros veíamos cómo lo cogía la policía para llevarlo a la cárcel” en el test de experiencias adversas se evidencia que fue a la cárcel algún miembro de su hogar.

Por otro lado, convivir con miembros consumidores de sustancias: En el **Caso 2** la señora manifestó “mi padre consumía droga, cuando llegaba nos hacía problemas y le pegaba a mi mamá, la quería matar a ella y a nosotros, en muchas ocasiones mi padre llegaba de haber consumido a seguirnos con cuchillos y nos obligaba a recibir amor de él, nos daba abrazos de manera grosera y no decía que nos quería agarrándonos fuerte la mano a mí y a mis hermanos” en el TEAI se evidencia que el sujeto convivió con personas consumidores de sustancias. En el **Caso 3** la entrevistada indicó “un primo era consumidor y alcohólico y nosotros veíamos cómo las consumía, en muchas ocasiones se ponía violento cuando alguien le decía algo acerca del ejemplo que nos daba, pero él no hacía caso y prefería hacer escándalo a mis primos y mi tía” en el test de experiencias adversas se evidencia estos datos proporcionados.

Las cuatro personas que son sujetas a análisis de caso han pasado por experiencias adversas en su infancia, mismas que han marcado su vida de recuerdos desagradables, sea por el abuso físico, en otras abuso sexual o psicológico, por observar abusos físicos contra su madre, por el consumo de drogas o el encarcelamiento de algún familiar, estas situaciones han dejado huellas que perturban sus recuerdos y que impactan significativamente en ellas.

En conclusión, las circunstancias adversas que más han sido experimentadas por los cuatro sujetos investigados son el abuso psicológico y físico; con menos prevalencia se encuentra madres tratadas con violencia, abuso sexual, consumo de sustancias y

comportamiento delictivo en el hogar. Estos datos se corroboran con los resultados del TEAI.

Sintomatología clínica

La sintomatología es el conjunto de síntomas de trastornos mentales y neurológicos que presenta una persona que ha vivido experiencias traumáticas, hace referencia también a la percepción subjetiva que tiene la persona en relación a su propia salud, la misma que se evidencia en el comportamiento que exterioriza hacia los demás (Jiménez, 2012 como se cita en Mayorga y Moreta, 2019).

Para valorar este indicador se aplicó el Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis, mismo que comprende 9 categorías: somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. La aplicación de este cuestionario proporcionó los siguientes resultados:

Somatización (SOM): El **Caso 2** refleja una puntuación T de 75 lo que significa que los síntomas son relevantes y requieren atención y tratamiento. El caso 1, 3 y 4 muestran puntuaciones que los ubican en un nivel marcadamente normal.

Obsesiones y compulsiones (OBS): En el **Caso 2** el puntaje es de 70 interpretación que según el baremo de esta dimensión equivale a síntomas relevantes que requieren atención. El **Caso 3** alcanza un puntaje T de 70, que similar al anterior caso, equivale a una sintomatología significativa. En la dimensión OBS tanto el caso 1 y caso 4 adquieren un nivel sintomatológico esperado.

Sensibilidad interpersonal (SI): En el **Caso 2** y **Caso 3** las encuestadas tuvieron una puntuación T de 75. **El caso 4** presentó un puntaje T de 70, indicando que sus síntomas tienen relevancia. Mientras que el caso 1 se encuentra dentro de la normalidad.

Depresión (DEP). En lo que concierne al **Caso 2** y **Caso 4** los sujetos obtuvieron una puntuación T de 75, lo que indican la presencia de una sintomatología significativa. Los casos 1 y 3 obtuvieron puntuaciones bajas.

Ansiedad (ANS): En el **Caso 1** la puntuación T fue de 67 lo que equivale a Respeto y en el **Caso 2** el puntaje T es de 75 lo que significa que es un síntoma relevante que requiere atención y posible tratamiento. Los casos 3 y 4 muestran una calificación marcadamente normal.

Hostilidad (HOS): En el **Caso 2** y en el **Caso 4** los sujetos presentan un puntaje T de 75 lo que significa que se encuentra en un nivel de síntomas definidos, puesto que llegan al

máximo nivel. **El caso 3** tiene una calificación T de 67 revelando puntuaciones elevadas. Mientras que el caso 1 se encuentra en niveles esperados.

Fobias (FOB): En el **Caso 2** y el **Caso 3** la encuestada obtiene un puntaje T de 75, presentando una puntuación elevada. Los casos 1 y 4 tienen calificaciones dentro de los límites normales

Ideación paranoide (PAR): En esta dimensión el **Caso 1** obtiene una calificación T de 63. En el **Caso 2** y el **Caso 3** el puntaje T obtenido es de 75. En el **Caso 4** la encuestada obtiene una puntuación T de 70 lo que da como resultado, en los tres casos, un diagnóstico de síntomas relevantes que requieren atención.

Psicoticismo (PSIC): El **Caso 2** obtiene un puntaje T de 75. En el **Caso 3** y **Caso 4** los sujetos tuvieron una puntuación T de 67, con lo que se puede determinar que presentan un nivel de sintomatología elevado. El caso 1 tiene una calificación baja en esta dimensión.

La sintomatología clínica que tuvo mayor incidencia en los sujetos fue ideación paranoide, debido a las experiencias adversas por las que pasaron en la niñez, desconfían de la gente, piensan que hay individuos que viven en su contexto quienes no tienen buenas intenciones con ellos. Otra sintomatología relevante se relaciona con la depresión, dos de las participantes manifestaban sentirse tristes, preocupadas y con poco interés en aquellas actividades que antes disfrutaban realizar. También existe una prevalencia en sensibilización interpersonal ya que se sentían inferiores a los demás y se mostraban susceptibles a las actitudes u opiniones externas, incluso dos de ellas se expresaban molestia cuando no recibieron atención de sus familiares al momento de comunicar el abuso sexual sufrido.

Rasgos de personalidad

De acuerdo con Llopis et al. (2017) los rasgos de personalidad son modelos que persisten en la forma de pensar, de desarrollar relaciones interpersonales, en la forma de actuar en el entorno familiar y social. Estos patrones que se forman desde la niñez son invasivos y afloran en sus emociones, sentimientos, pensamientos y acciones en el convivir diario. Para evaluar la personalidad de los participantes se aplicó el PAI (Inventario de Evaluación de la Personalidad) el mismo que contiene 22 escalas: 4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas de consideraciones para el tratamiento y 2 escalas de relaciones interpersonales.

Escalas de validez

Impresión negativa: En el **Caso 2** los resultados muestran que el sujeto presenta un valor significativo relevante que bordea un puntaje elevado de (T=110) lo que indica que existe una impresión exagerada o distorsionada de sí mismo. En el **Caso 3** los resultados muestran que el sujeto presenta una puntuación de (T=88) interpretándose que existe la presencia exagerada de problemas y quejas. En el **Caso 4** los resultados muestran que el sujeto presenta una puntuación significativa (T=84) denotando que existe una exageración de sus complicaciones.

Escalas clínicas

Ansiedad: En el **Caso 2** se muestra un puntaje relevante (T=95) indicando que este sujeto tiene una vida gravemente restringida. Es probable que un leve estímulo estresante ocasione una crisis.

Trastornos relacionados con la ansiedad: En el **Caso 1** se evidencia puntuación elevada (T= 83) esto significa que el sujeto puede presentar preocupaciones producidas por miedos relacionados con una situación específica. En el **Caso 2** presenta un elevado puntaje equivalente a (T=94) esto revela que esta persona sufre constantes inquietudes y por lo general se siente culpable por los problemas del pasado sea que estas hayan ocurrido o no.

Depresión: En el **Caso 2** la puntuación es significativa en esta dimensión (T=80) lo que da lugar a interpretar que el sujeto es probable que esté sumido en cuadros de tristeza y apartada de las actividades que antes solía disfrutar. En el **Caso 4** el sujeto obtiene un puntaje de (T=84) indicando que las personas que se encuentran a su alrededor la perciben como un individuo con serios sentimientos de culpabilidad, insatisfechos y deprimidos.

Manía: En el **Caso 2** se evidencia un puntaje elevado (T=98) lo que significa que la persona es impulsiva, caracterizada por la presencia de fuga de ideas e ilusiones de grandeza.

Paranoia: En el **Caso 1** la entidad presenta un puntaje relevante (T= 80) mostrando que el sujeto se caracteriza por ser desconfiado con los que están en su entorno. En el **Caso 2** muestra un valor elevado (T=98) manifestando sentimientos de amargura, evocación de recuerdos negativos, actúa a la defensiva y tiene la creencia de que se quieren aprovechar de ella. En el **Caso 3** la puntuación (T=89) indica que es un sujeto suspicaz y hostil, desconfía de todo y de todos, tiene pocos amigos íntimos. En el **Caso 4** muestra una

puntuación elevada (T=80) la persona puede ser hostil y un poco suspicaz, expresa desconfianza en sus relaciones interpersonales.

Rasgos límites: En el **Caso 2** presenta valores elevados (T=97) esto indica que el sujeto muestra un estado de crisis, que por lo general se relaciona con dificultades en el aspecto social. En el **Caso 3** el puntaje es alto (T= 83) esto significa que el sujeto manifiesta estados impulsivos y fragilidad en sus emociones, sienten que no los comprenden y otras personas los perciben como egocéntricos por lo que se les dificulta tener buenas relaciones interpersonales. En el **Caso 4** su puntaje notable (T=91) muestra que la persona se enfada con facilidad y se siente traicionada por los demás.

Problemas con el alcohol: En el **Caso 2** presenta un valor considerable (T=88) lo que significa que la persona tiene pocas probabilidades de reducir la ingesta de alcohol, esto a pesar de que trata de abstenerse al consumo de bebidas alcohólicas. En el **Caso 3** denota una puntuación de (T=86) esto indica que el sujeto a menudo se siente culpable por beber; sin embargo, no están en capacidad de controlar los efectos que causa el consumo de alcohol.

Escalas relacionadas con el tratamiento

Ideaciones suicidas: En el **Caso 1** el valor significativo (T= 80) muestra que en el sujeto presenta síntomas de ansiedad, depresión y no siente el apoyo que necesita por parte de las personas que están a su lado. En el **Caso 2** presenta un puntaje de (T=93) lo que demuestra tener pocas esperanzas en su futuro. En el **Caso 4** muestra puntuaciones elevadas (T=95) lo que demuestra desesperación, inutilidad e incapacidad para ayudarse a sí misma. A menudo se siente rechazada por los que la rodean, por lo general, expresa sentimientos de amargura debido a la forma que fue tratada por los demás durante la niñez.

Escalas de relaciones interpersonales

Dominancia: En el **Caso 2** denota valores relevantes (T=72) lo que indica que el sujeto es dominante y poco tolerante con los que no desean compartir sus ideas y planificaciones. Se puede indicar que en lo que respecta a las escalas de validez, hay prevalencia en impresión negativa donde se evidencia mayores puntuaciones. En cuanto a las escalas clínicas, denotan mayor elevación en los puntajes, principalmente en paranoia y rasgos límites, reflejando que el caso 2 tiene valores significativos en todas las subescalas de esta categoría, mostrando una afectación relevante. En lo que respecta a las escalas relacionadas con el tratamiento, se evidencia que presentan ideaciones suicidas. En las

escalas de relaciones interpersonales se destaca que en el caso 2 hay dominancia, la cual es caracterizada por la poca tolerancia del sujeto.

Las cuatro personas sujetas a análisis de caso han experimentado diversas situaciones adversas en su infancia, como abuso físico, sexual y psicológico, ser testigos de violencia doméstica, consumo de drogas y encarcelamiento de familiares, dejando huellas que perturban sus recuerdos y tienen un impacto significativo en su bienestar psicológico y emocional. Estas vivencias traumáticas han dado lugar a síntomas clínicos prevalentes como ideación paranoide, manifestada en la desconfianza hacia los demás y en la percepción de malas intenciones en su entorno, en cuanto a la depresión las participantes manifiestan tristeza, preocupación y pérdida de interés en actividades que disfrutaban, y sensibilización interpersonal, haciendo referencia a sentimientos de inferioridad y susceptibilidad a actitudes y opiniones externas. Los resultados del test de personalidad corroboran esto, mostrando una prevalencia de impresión negativa en las escalas de validez, puntuaciones elevadas en paranoia y rasgos límite en las escalas clínicas, alineadas con la ideación paranoide y sensibilización, ideaciones suicidas en escalas de tratamiento, y dominancia en escalas de relaciones interpersonales, sugiriendo dificultades de tolerancia en uno de los casos.

CONCLUSIONES

- Las secuelas psíquicas en los cuatro sujetos investigados que atravesaron situaciones adversas durante su infancia se relacionan con la depresión, ansiedad, hostilidad, e ideación paranoide que en mayor escala se debe al abuso psíquico, físico, madres tratadas con violencia y en menor puntuación el abuso sexual, consumo de sustancias y comportamiento delictivo en el hogar. Estas experiencias adversas que vivieron en la niñez dejaron huellas que perturban sus memorias y que tienen un impacto significativo en su bienestar.
- La sintomatología clínica presente en los sujetos de estudio que han experimentado eventos adversos en la niñez son la ideación paranoide ya que desconfían de las personas que están a su alrededor y piensan que hay malas intenciones en ellas, sensibilidad interpersonal, al sentirse inferiores a los demás, también se evidencia sintomatologías como psicoticismo, ansiedad, hostilidad y obsesiones.
- Los rasgos de personalidad de los individuos que han experimentado circunstancias adversas durante la niñez son paranoia, rasgos límites, trastornos relacionados con la ansiedad y depresión que forman parte de las escalas clínicas, también presentan sintomatología de ideaciones suicidas que pertenecen a escalas relacionadas con el tratamiento. En relaciones interpersonales un sujeto presenta dominancia, denotando que se caracteriza por ser poco tolerante con los que no aprueban sus ideas o planes.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que las instituciones que dependen del Ministerio de Salud Pública dispongan de un departamento de Psicología Clínica con el objetivo de atender a niños y niñas que experimentan circunstancias adversas y puedan encaminarlos y orientarlos con la finalidad de que las víctimas sean resilientes de las circunstancias vividas y no dejen secuelas psíquicas en los sujetos.
- En los cantones Arenillas y El Guabo donde residen los sujetos investigados se hace necesario implementar brigadas de atención psicológica primaria por parte de los GAD Municipales como programas piloto para diagnosticar y tratar problemas de rasgos de personalidad de los individuos que no pueden acudir por ayuda a profesionales por falta de recursos económicos.
- Se sugiere que los centros y subcentros de salud cuenten con los instrumentos necesarios para valorar la sintomatología clínica en los sujetos que han sufrido sucesos traumáticos en su niñez con la finalidad de ayudarlos a salir de estados de depresión, ansiedad, paranoia, sensibilidad interpersonal, hostilidad y obsesiones.
- Se recomienda a los padres de familia o tutores de niños que les brinden, seguridad protección y afecto con el fin de prevenir que atraviesen experiencias adversas que puedan dejar secuelas psíquicas y provocar diversas afecciones en ellos. Por el contrario, se les debe proporcionar una vida de calidad y bienestar que les permita lograr un desarrollo integral que incida en un provechoso futuro.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguado Alba, E. y Álvaro, L. (2020). Análisis de las Experiencias Adversas en la Infancia en la consulta de Pediatría Social del Hospital Fundación Alcorcón. *Conocimiento Enfermero*, 3(10), 12-29.
- Albayero, M., Tejada, M. y Cerritos, J. (2020). Una aproximación teórica para la aplicación de la metodología del enfoque mixto en la investigación en enfermería. *Revista entorno, Universidad Tecnológica de El Salvador*(69), 45-50. <https://doi.org/https://doi.org/10.5377/entorno.v0i69.9562>
- Bustamante García, G. (2021). *videncias de daño psicológico en víctimas de violencia presentadas en el centro de Salud Uncovía*. <https://doi.org/https://repositorio.uotavalo.edu.ec/bitstream/52000/463/1/PP-PSI-JUR-2020-038.pdf>
- Camacho, A., Farias, B. y Placencio, M. (2022). *Experiencias adversas en la infancia y su relación con el consumo de alcohol*. Universidad Técnica de Machala: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/21268/1/TTFCS-PSC-2023-00011-Camacho%20Chamba%20Angie.pdf>
- Casas-Muñoz, A., Loredo-Abdalá, A., Sotres-Velasco, B., Ramírez-Angoa, L., y Román-Olmos, J. (2021). Experiencias adversas en la infancia. Conocimiento y uso por médicos residentes de pediatría. *Gaceta Médica de México*, 57(1), 10-18. <https://doi.org/DOI: 10.24875/GMM.19005644>
- Castellanos-Suárez, V. (2021). Alteraciones psíquicas a partir de vivir violación sexual múltiple: Retos pendientes. *Revista Criminalidad*, 63(3), 215-228. <https://doi.org/https://doi.org/10.47741/17943108.304>
- Choi, N., DiNitto, D., Marti, N. y Choi, B. (2017). Association of adverse childhood experiences with lifetime mental and substance use disorders among men and women aged 50+ years. *International Psychogeriatric Association 2016*, 29(3), 359-372. <https://doi.org/doi:10.1017/S1041610216001800>
- Colque, J. (2020). Consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Educa UMCH. Revista sobre Educación y Sociedad*, 15(1), 5-22.

- Cronholm, P., Forke, C., Wade, R., Bair, M., y Davis, M. (2015). Adverse Childhood Experiences: Expanding the Concept of Adversity, Peter. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(3), 354-361. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.02.001>
- De Anda, D., y Avecilla, G. y Carvajal, C. (2021). Eventos adversos en la infancia: secuelas en la adolescencia. *Revista Nthe*, 63-69. *Revista Nthe*.
- Del Mónaco, R. (2019). Ir al punto”, definir plazos y objetivos. Tiempos y palabras en los tratamientos cognitivo-conductuales en Buenos Aires, Argentina. *Revista Runa*, 40(1), 65-82. <https://doi.org/10.34096/runa.v40i1.4639>
- Echeberúa, E. y Corral, P. (2005). ¿Cómo evaluar la lesiones psíquicas y las secuelas emocionales en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 5, 57-73.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos . *Psicopatología Clínica, Legal y Forense* , 4, 227-244.
- Ehmke, R. (2021). *Tratamiento para el trastorno de estrés postraumático*. <https://childmind.org/es/articulo/tratamiento-para-el-trastorno-de-estres-post-traumatico/#terapia-cognitivo-conductual-centrada-en-el-trauma>
- El-Mosri, F., Rodríguez-Orozco, A. y Santander-Ramírez, A (2020). El trastorno por estrés postraumático desde una mirada cognitivo conductual. *Received*, 25(4), 55-61. <https://doi.org/https://doi.org/10.31157/archneurosciencesmex.v25i4.231>
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, , D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, , V., y Koss, M. y. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Fernández, G., Arráiz, C., Troya, E., Raza, C., Valencia, P., Fernández, M. V., y Marino, C. (2019). La violencia doméstica: una experiencia adversa significativa con grandes complicaciones en el niño. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(3), 140-147.

- Ferreira, M., Carvalho, J., y Creatani, P. y Habigzang, L. (2019). Psicoterapia cognitiva conductual para mujeres en situación de violencia doméstica: Revisión sistemática. *Psicología Clínica*, 31(1), 145-166.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., y Turner, H. y Hambit, J. (2015). A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Abuso y negligencia infantil*, 48, 13-21. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.011>.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2021). Estado Mundial de la Infancia. En mi mente. Estado Mundial de la Infancia: <https://www.unicef.org/es/media/108171/file/SOWC-2021-Resumen-Ejecutivo.pdf>.
- Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.267>
- Garrido, C. y Urra, F. (2021). Terapia Cognitivo Conductual en pacientes con trauma infantil diverso: Evidencia de reducción de síntomas. Artículo de Revisión. *Rev. Chil. Psiquiatr. Neurol. Infanc. Adolesc.*, 32(2), 68-78.
- Gomis-Pomares, A. y Villanueva, L. (2020). ¿Influyen las experiencias adversas infantiles en el comportamiento antisocial y altruista durante la adultez emergente? *Ágora de Salud*, 7(14), 135-145. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.6035/AgoraSalut.2020.7.14>
- Guerra, C., & Barrera, P. (2017). Psicoterapia con víctimas de abuso sexual inspirada en la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma. *Revista de Psicología*, 26(2), 1-13.
- Granda, M. y Hernández, Y. (2021). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en la salud mental de mujeres víctimas de violencia sexual. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 5(41), 91-102. <https://doi.org/https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol5iss41.2021pp91-102>
- Gutiérrez, A. (2017). *Las secuelas psicológicas del maltrato, 'cicatrices' en la mente*. <https://jupsin.com/jupsin/secuelas-psicologicas-maltrato-cicatrices-mente/>

- Guzmán Sescoss, M., Padrós Blázquez, F., Laca Arocena, F. y García Campos, T. (2015). Intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para el trastorno por estrés postraumático. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(3), 1-16.
- Guzmán Mesa, A., Julio Durango, I., Galán Buelvas, L., & Díaz Cárdenas, S. (2023). Experiencias adversas en la infancia en estudiantes de odontología y factores asociados (Informe). Universidad de Cartagena. Recuperado de <https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/16130/EXPERIENCIAS%20ADVERSAS%20EN%20LA%20INFANCIA%20EN%20ESTUDIANTES%20DE%20ODONTOLOG%C3%8DA%20Y%20FACTORES%20ASOCIADOS%20-%20INFORME.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Habigzang, L., y Gomes, M. y Maciel, L. (2019). Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas*, 13(2), 249-264. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i2.1882>
- Hernández León, Y. (2020). *Trastorno de estrés postraumático*. Universidad de La Laguna: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/19751/Trastorno%20de%20Estres%20Postraumatico%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C. V.
- Kanter, B y Pereda, N. (2020). Victimización Sexual en la Infancia e Intervención Basada en la Evidencia: La Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el Trauma. *Revista de Psicoterapia*, 31(115), 197-212. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i115.313>
- Kiskeri Aiguabella, A., Serrat Sastre, L., y Daz Arnal, G. y Schlanger, K. (2018). Terapia Breve-Resolución de Problemas/MRI y Terapia Cognitivo-Conductual. Una Comparación Sucinta de Modelos. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 273-286.
- Lara, E., Aranda, C., Zapata, R., y Bretones, C. y Alarcón, R. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 11(1), 1-18.

- Llopis, C., & Hernández, I. y Rodríguez, M. (2017). Rasgos de personalidad desadaptativos y trastornos de la personalidad en mujeres que denuncian a sus parejas. A propósito de un caso. *Cuad Med Forens*, 23(3), 92-99.
- Londoño, N., Agudelo, D., Martínez, E., Anguila, D., y Aguirre, D. y Arias, J. (2018). Validación del cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis en una muestra clínica colombiana. *Med-UNAB*, 21(2), 45-49.
- Manterola, C., Hernández, M., Otzen, T., Espinosa, M. y Grande, L. (2023). Estudios de Corte Transversal. Un Diseño de Investigación a Considerar en Ciencias Morfológicas. *Int. J. Morphol.*, 41(2), 146-155.
- Martín, M. (2020). *Impacto de las experiencias infantiles adversas en la calidad de vida en población adulta en situaciones de vulnerabilidad social*. Universidad de Oviedo:
https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/60381/TD_MariaYolandaMartinHigarza.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Martínez Morales, D., Gaviria Gómez, A., y Arboleda Ramírez, A. (2022). Experiencias adversas en la infancia asociadas con trastornos neuropsiquiátricos en la adultez: una revisión sistemática. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología* , 22(1), 1-21. <https://doi.org/DOI: 10.18270/chps.v22i1.3967>
- Mayorga-Lascano, M. y Moreta-Herrera, R. (2019). Síntomas clínicos, subclínicos y necesidades de atención psicológica en estudiantes universitarios con bajo rendimiento. *Revista Educación*, vol. 43, núm. 2, 2019, 43(2), 1-15. <https://doi.org/https://doi.org/10.15517/revedu.v43i2.32239>
- Mendizábal, N. (2018). La osadía en la investigación: el uso de los Métodos Mixtos en las ciencias sociales. *Espacio Abierto* , 27(2), 5-20.
- Molina, A. (2015). *Vulnerabilidad y daño psíquico en mujeres víctimas de violencia en el medio familiar*. Tesis doctoral Universidad de Granada:
<https://digibug.ugr.es/handle/10481/43550>
- Mucha-Hospinal, L., Chamorro-Mejía, R., Oseda-Lazo, M. y Contreras-Alania, R. (2021). Evaluación de procedimientos empleados para determinar la población y

- muestra en trabajos de investigación de posgrado. *Desafíos*, 12(1), 44-55.
<https://doi.org/https://doi.org/10.37711/desafios.2021.12.1.253>
- Muñoz, J. (2013). La evaluación psicológica forense del daño psíquico: propuesta de un protocolo de . *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 61-69.
<https://doi.org/DOI: http://dx.doi.org/10.5093/aj2013a10>.
- Nevárez Mendoza, B. y Ochoa Meza G. (2022). Adaptación del Cuestionario de Experiencias Adversas en la infancia en muestras mexicanas. *Psicología y Salud*, 32(2), 203-214. <https://doi.org/https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2742>
- Olmedo Poveda, E. Paredes Paredes, M.; Rivera Reyna, K.; Maldonado Manzano, R ; El maltrato y la agresión en el hogar contra menores de edad en el cantón de Babahoyo, Ecuador; 2023; Vol. 11, No. Especial 1, ISSN2308-0132.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Maltrato infantil, <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>.
- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., y Ferragut, M. y Santamaría, P. (2017). Fiabilidad del inventario de evaluación de la personalidad (PAI) en contextos chilenos y diferencias entre población general y clínica. *Revista Mexicana de Psicología*, 34(2), 110-124.
- Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1), 227-232.
- Piza Burgos, N., Amaiquema Marquez, F. y Beltrán Baquerizo, G. (2019). Métodos y técnicas en la investigación cualitativa. Algunas precisiones necesarias. *Revista Conrado*, 15(70), 455-459.
- Posada, S., y Londoño, N. y. (2019). Propiedades psicométricas de la adaptación para Colombia del inventario de experiencias traumáticas en la infancia (ETI-SRCOL). *Medicina U.P.B*, 38(1), 33-45. <https://doi.org/10.18566/medupb.v38n1a05>
- Priego-Parra, B., y Remes-Troche, J. y.-C. (2022). Experiencias adversas de la infancia. *Estancias. Revista de Investigación en Derecho y Ciencias Sociales*, 2(4), 151-168.
- Prieto Larrocha, M. (2019). *Universidad de Murcia*. Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y de la TCC-Focalizada en el Trauma en infancia maltratada:

<https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/373197/TMPL.pdf?sequence=1>

- Rojas-Jara, C., Polanco-Carrasco, R., Caycho-Rodríguez, T., AcuñaEspinoza, R., González-Serrano, C., Roa-Méndez, P., y Rojas-Román, A. y.-L. (2020). Experiencias adversas en la infancia y el uso de drogas en la adolescencia y la adultez: un análisis de la evidencia. , 20, 1-XX. *Universitas Psychologica*, 20(1), 1-27. <https://doi.org/https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy20.eaiu>
- Rúa, R., y Pérez, V. y González, R. (2018). El abuso sexual infantil: Opinión de los/las profesionales en contexto educativo. *Prisma Social*(23), 46-65.
- Ruales Álvarez, M. (2019). *La Terapia Cognitiva Conductual enfocada en el Trauma para Adolescentes con presencia de ideación suicida víctimas de abuso sexual en su infancia*. Universidad San Francisco de Quito: <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/8144/1/142213.pdf>
- Sánchez, D. (2018). *Revisión de la eficacia de la Terapia Cognitivo-Conductual Focalizada en el trauma en población infantil y adolescente con sintomatología de trauma completo*. Universidad Jaume I: https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/177289/TFM_2018_SanchezMiguelDavinia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sereno, L., & Camelo, S. (2020), L. (2020). Efecto de las experiencias adversas durante la niñez sobre la actividad electroencefalográfica en reposo: Una revisión sistemática. *Psychologia* , 14(2), 81-94. <https://doi.org/https://doi.org/10.21500/19002386.4888>
- Soriano Ferrer, M. (2022). Impacto en la conducta de las experiencias adversas en la infancia. *Pediatría Integral*, 26(1), 68-98.
- Soto-Lagos, A.; Rubí-González, P. Experiencias adversas en la infancia, funcionalidad familiar y salud mental. 2021. TS CUADERNOS DE TRABAJO SOCIAL. n.22. P. 11.24
- Soto-Zentella, W., Zarco-Cárdenas, D., López-Martínez, S., y Guzmán-Díaz, G. y Cisneros-Herrera, J. (2022). Eficacia de una intervención cognitivo-conductual de inoculación al estrés para la disminución de TEPT en mujeres víctimas de abuso

sexual en Hidalgo. *Publicación semestral, Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula*, 9(17), 1-10.

Urbano Hinojoza, D. y Peña Tiburcio, L. (2019). *Eficacia de la terapia cognitivo-conductual para disminuir los síntomas del trastorno de estrés postraumático en los pacientes niños y adolescentes*. Universidad Norbert Wiener: [https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/3350/TRABAJO%20ACAD%
c3%89MICO%20Urbano%20Dennis%20%20Pe%
c3%b1a%20Lizbels.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/3350/TRABAJO%20ACAD%c3%89MICO%20Urbano%20Dennis%20%20Pe%c3%b1a%20Lizbels.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Valero Iglesias, I. (2022). *La mentalización como abordaje del trauma complejo. Análisis comparativo en relación con la terapia cognitivo-conductual focalizada en el trauma (TCC-FT)*. Universitat Oberta de Catalunya: <https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/146488/7/ivaleroiTFG0622memoria.pdf>

Vega-Arce, M. y Nuñez-Ulloa, U. (2018). Experiencias Adversas en la Infancia: mapeo bibliométrico de la literatura científica en la Web of Science. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 29(1), 25-40.

ANEXOS

ANEXO A: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA

D.L. No. 69-04 de 14 de Abril de 1969
Calidad, Pertinencia y Calidez

UNIDAD ACADÉMICA DE CIENCIAS SOCIALES PSICOLOGIA CLINICA PERÍODO ID 2023

Machala, 15 de Diciembre del 2023

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el siguiente documento tiene como finalidad explicar el uso y confidencialidad de los datos, así como sus derechos y compromisos con respecto al proceso de aplicación de instrumentos. En caso de dudas, consúltelas con quienes emitieron el documento.

1. USO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS: La información obtenida durante el proceso de entrevista y aplicación del reactivo, incluyendo cualquier grabación de audio o escrito, son confidenciales y exclusivamente utilizados con fines académicos, por lo tanto no serán divulgadas a ningún otra institución o individuo sin su previo consentimiento.

2. MODELO DE APLICACIÓN: Los instrumentos a utilizarse en el desarrollo de la aplicación tiene como fin recopilar información y puntos de vista sobre la autonomía y la calidad de vida, estos instrumentos tienen soporte en un modelo psicológico validado y al seguir de forma adecuada las indicaciones el resultado será exitoso. Para ello es necesario la visita por parte de las estudiantes dos veces en la semana (lunes y viernes), en primera instancia se aplicará la entrevista semiestructurada y en la sesión posterior se aplicará el test de Experiencias Adversas en la Infancia de Felitti, en la siguiente sesión se aplicará el test de personalidad PAI, por último, se aplicará el test de Derogatis.

3. COMPROMISO: El proceso de aplicación de instrumentos requiere de su compromiso y participación, además es necesario para ello seguir las indicaciones impartidas por las estudiantes.

4. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO:

Yo, _____, con cédula de ciudadanía número _____ manifiesto:

- 1) La aceptación del proceso de aplicación de instrumentos ofrecido por los estudiantes de Noveno Semestre de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Machala (*Lima Zambrano Emely Fabiana y Ocampo Sánchez María del Cisne*) quienes nos han explicado el proceso a desarrollarse, han aclarado las condiciones generales y esto ha sido entendido de forma correcta.
- 2) Que la información que se brinde es verdad y corresponde a la realidad, ya que sobre dicha información servirá de apoyo para el proceso de investigación.
- 3) Que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto su contenido y las consecuencias que de él se deriven y accedo a lo anteriormente mencionado.

.....
Nombre del participante

ANEXO B: ENTREVISTA

Experiencias adversas en la infancia y sus secuelas psíquicas en la adultez

Fecha:

Hora:

Lugar:

Entrevistador:

Datos sociodemográficos

Nombre (opcional):

Edad:

Estado civil:

Grado de instrucción:

Número de hijos:

Objetivo

Identificar la sintomatología clínica presente en un adulto que haya vivido experiencias adversas en la infancia

La entrevista es de absoluta confidencialidad, si no comprende el sentido de las preguntas, nos solicita aclaración que con mucho gusto se la explicamos. El proceso de la entrevista no tardará más de 20 minutos.

Preguntas

-Preguntas generales.

¿Podría indicarnos con quién vive actualmente?

.....
.....

¿Cuánto tiempo lleva viviendo aquí?

.....
.....

¿Podría explicarnos cómo se define usted?

.....
.....

¿Podría realizar un corto relato de su vida?

.....
.....

Experiencias adversas en la infancia

1. La relación familiar es primordial para brindar seguridad emocional a los hijos ¿Cómo considera que era la relación de sus padres hacia usted?

.....
.....

2. Cuando una persona cercana a nosotros es privada de libertad afecta el bienestar en la familia ¿Algún miembro de su círculo familiar más cercano fue encarcelado? Explique.

.....
.....

3. ¿El consumo de drogas afecta la salud mental de las personas que viven alrededor del consumidor ¿En su familia han existido personas consumidoras de drogas, en caso de que la respuesta sea sí, podría describir cómo vivió esa experiencia?

.....
.....

4. Se sabe que el 98,1% de niños y niñas han sufrido de algún tipo de abuso en la infancia ¿Ha experimentado usted algún tipo de abuso en su niñez y por cuánto tiempo? Explique

.....
.....

Secuelas y lesiones psíquicas

5. Los abusos que enfrentan los niños en su infancia repercuten en su futuro ¿Cómo cree usted que afectaron en su vida los hechos o circunstancias que le tocó enfrentar durante su niñez?

.....
.....

6. En virtud de que las experiencias tempranas en las personas tienden a moldear la forma de pensar y recordar en la adultez ¿De qué manera cree usted que las vivencias difíciles durante la niñez pueden influir en la forma en que pensamos y recordamos en la edad adulta?

.....
.....

7. Las emociones son las respuestas o reacciones que emitimos ante un determinado problema o estímulo dependiendo de las circunstancias o lugares ¿Cómo considera que son sus emociones?

.....
.....

8. El comportamiento muchas veces está influenciado por las circunstancias que vivimos en la infancia o alguna adversidad que tuvimos que enfrentar ¿Cómo cree usted que ha sido su comportamiento a partir de estas experiencias que vivió durante su niñez?

.....
.....

9. Relacionarnos con la familia y amigos es agradable para tener una buena comunicación ¿Cómo han sido sus relaciones interpersonales con su familia, amigos o compañeros de trabajo?

.....
.....

ANEXO C: TEST DE EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA

Ítems	Preguntas	Si	No
Ítem 1	¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa lo ofendían, lo insultaban, lo menospreciaban o lo humillaban con frecuencia o con mucha frecuencia, o actuaban de tal forma que temía que lo fueran a lastimar físicamente?		
Ítem 2	¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa lo empujaban, lo jalaban, lo abofeteaban, o le aventaban cosas con frecuencia o con mucha frecuencia?, o ¿alguna vez lo golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o lo lastimaron?		
Ítem 3	¿Algún adulto o alguna otra persona cuando menos cinco años mayor que usted lo tocó alguna vez, lo intentó o le pidió que usted lo tocara de alguna forma sexual?		
Ítem 4	¿Sentía con frecuencia o con mucha frecuencia que nadie en su familia lo quería o pensaba que usted era especial o importante?, o ¿en su familia no se cuidaban unos a los otros, no sentían que tenían una relación cercana, o no se apoyaban?		
Ítem 5	¿Sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que no tenía suficiente comida, que tenía que usar ropa sucia o que no tenía a nadie que lo protegiera? ¿Sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarlo o llevarlo al médico si es que lo necesitaba?		
Ítem 6	¿Alguna vez perdió a su padre o madre biológicos debido a un divorcio, abandono o alguna otra razón?		
Ítem 7	¿Con frecuencia o con mucha frecuencia empujaban, jalaban, golpeaban o le aventaban cosas a su madre o madrastra?, o ¿con frecuencia o con mucha frecuencia, le pegaban, la mordían, le daban puñetazos o la golpeaban con algún objeto duro? ¿Alguna vez la golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaron con una pistola o un cuchillo?		
Ítem 8	¿Vivió usted con alguien que se emborrachaba, que era alcohólico o que usaba drogas?		
Ítem 9	¿Algún miembro de su familia sufría depresión o alguna otra enfermedad mental, o trató de suicidarse?		
Ítem 10	¿Algún miembro de su familia estuvo en la cárcel?		

ANEXO D: DEROGATIS

HASTA QUÉ PUNTO SE HA SENTIDO MOLESTO POR EL SÍNTOMA						
0	1	2	3	4		
Nada en absoluto	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho o extremadamente		
RODEE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA ELEGIDA						
1	Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2	Nerviosismo o agitación interior.....	0	1	2	3	4
3	Pensamientos, palabras u ideas no deseadas que no se van de su mente	0	1	2	3	4
4	Sensaciones de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
5	Pérdida de deseo o de placer sexual.....	0	1	2	3	4
6	Ver a la gente de manera negativa, encontrar siempre faltas	0	1	2	3	4
7	La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8	La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
9	La dificultad para recordar las cosas.....	0	1	2	3	4
10	Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización	0	1	2	3	4
11	Sentirse fácilmente molesto, irritado o enfadado	0	1	2	3	4
12	Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
13	Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
14	Sentirse bajo de energías o decaído	0	1	2	3	4
15	Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
16	Oír voces que otras personas no oyen.....	0	1	2	3	4
17	Temblores	0	1	2	3	4
18	La idea de que uno no se puede fiar de la gente	0	1	2	3	4
19	Falta de apetito	0	1	2	3	4
20	Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
21	Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto.	0	1	2	3	4
22	La sensación de estar atrapado o como encerrado	0	1	2	3	4
23	Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
24	Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
25	Miedo a salir de casa solo	0	1	2	3	4
26	Culparse a sí mismo de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
27	Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
28	Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas.	0	1	2	3	4
29	Sentirse solo	0	1	2	3	4
30	Sentirse triste	0	1	2	3	4
31	Preocuparse demasiado por todo	0	1	2	3	4
32	No sentir interés por nada	0	1	2	3	4
33	Sentirse temeroso	0	1	2	3	4
34	Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad.....	0	1	2	3	4
35	La impresión de que los demás se dan cuenta de lo que está pensando	0	1	2	3	4
36	La sensación de que los demás no le comprenden o no le hacen caso	0	1	2	3	4
37	La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
38	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien.	0	1	2	3	4
39	Que su corazón palpite o vaya muy deprisa.	0	1	2	3	4
40	Náuseas o malestar en el estómago.....	0	1	2	3	4
41	Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
42	Dolores musculares	0	1	2	3	4
43	Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
44	Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4
45	Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

RODDE CON UN CÍRCULO LA ALTERNATIVA ELEGIDA

46	Dificultad en tomar decisiones.....	0	1	2	3	4
47	Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes.....	0	1	2	3	4
48	Ahogos o dificultad para respirar.....	0	1	2	3	4
49	Escalofríos, sentir calor u frío de repente.....	0	1	2	3	4
50	Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo.....	0	1	2	3	4
51	Que se le quede la mente en blanco.....	0	1	2	3	4
52	Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo.....	0	1	2	3	4
53	Sentir un nudo en la garganta.....	0	1	2	3	4
54	Sentirse desorientado con respecto al futuro.....	0	1	2	3	4
55	Tener dificultades para concentrarse.....	0	1	2	3	4
56	Sentirse débil en alguna parte del cuerpo.....	0	1	2	3	4
57	Sentirse tenso o con los nervios de punta.....	0	1	2	3	4
58	Pesadez en los brazos o en las piernas.....	0	1	2	3	4
59	Ideas sobre la muerte o el hecho de morir.....	0	1	2	3	4
60	El comer demasiado.....	0	1	2	3	4
61	Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted.....	0	1	2	3	4
62	Tener pensamientos que no son suyos.....	0	1	2	3	4
63	Sentir el impulso de pegar, golpear o hacer daño a alguien.....	0	1	2	3	4
64	Despertarse de madrugada.....	0	1	2	3	4
65	Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida (tocar algo, lavarse...)	0	1	2	3	4
66	Sueño inquieto o perturbado.....	0	1	2	3	4
67	Tener ganas de romper o estrellar algo.....	0	1	2	3	4
68	Tener ideas o creencias que los demás no comparten.....	0	1	2	3	4
69	Sentirse muy cohibido o vergonzoso entre otras personas.....	0	1	2	3	4
70	Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.....	0	1	2	3	4
71	Sentir que todo requiere un gran esfuerzo.....	0	1	2	3	4
72	Ataques de terror o pánico.....	0	1	2	3	4
73	Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público.....	0	1	2	3	4
74	Tener discusiones frecuentes.....	0	1	2	3	4
75	Sentirse nervioso cuando se queda solo.....	0	1	2	3	4
76	El que otros no le reconozcan adecuadamente sus méritos.....	0	1	2	3	4
77	Sentirse solo aunque esté con más gente.....	0	1	2	3	4
78	Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo.....	0	1	2	3	4
79	La sensación de ser inútil o no valer nada.....	0	1	2	3	4
80	Presentimientos de que va a pasar algo malo.....	0	1	2	3	4
81	Gritar o tirar cosas.....	0	1	2	3	4
82	Tener miedo de desmayarse en público.....	0	1	2	3	4
83	La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de ud. si se lo permitiera.....	0	1	2	3	4
84	Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante.....	0	1	2	3	4
85	La idea de que debería ser castigado por sus pecados o sus errores.....	0	1	2	3	4
86	Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo.....	0	1	2	3	4
87	La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo.....	0	1	2	3	4
88	Sentirse siempre distante, sin sensación de intimidad con nadie.....	0	1	2	3	4
89	Sentimientos de culpabilidad.....	0	1	2	3	4
90	La idea de que algo anda mal en su mente.....	0	1	2	3	4

FIN DE LA PRUEBA, COMPRUEBE QUE HA VALORADO TODAS LAS FRASES.

MUY IMPORTANTE

NO ESCRIBA NADA EN ESTE RECUADRO O PODRÍA INVALIDAR SU EJERCICIO.

ANEXO E: INVENTARIO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD

Inventario PAI (Personality Assessment Inventory) Morey (1991)

Si el significado de la oración es Absolutamente falso, rellene con una X en AF. Si el significado de la oración es Ligeramente cierto, rellene con X a LC. Si el significado de la oración es Principalmente cierto, rellene con X a PC. Si el significado de la oración es Muy cierto, rellene con X a MC

		Absolutamente falso	Ligeramente cierto	Principalmente cierto	Muy cierto
1	Mis amigos/as están a mis disposición si los/as necesito				
2	Tengo luchas internas que me causan problemas				
3	Mis condiciones de salud han restringido mis actividades				
4	Estoy tan tenso/a en ciertas situaciones que tengo gran dificultad en manejarlo				
5	Tengo que hacer algunas cosas de cierta manera, si no me pongo nervioso/a				
6	Casi todo el tiempo estoy triste sin ninguna razón				
7	A menudo pienso y hablo tan rápido que la otra gente no puede seguirme				
8	Se puede confiar en casi toda las personas que conozco				
9	A veces no me acuerdo quién soy				
10	Tengo algunas ideas que otros piensan que son raras				
11	Normalmente me porto/portaba bien en la escuela				
12	Por años he ido a muchos médicos				
13	Soy una persona muy sociable				
14	Puedo cambiar de humor muy de repente				
15	A veces me siento culpable por lo mucho que bebo (alcohol)				
16	Soy una persona que se enfrenta a la vida				
17	Mi actitud acerca de mí mismo/a cambia mucho				
18	Las personas se sorprenderían si le gritara a alguien				
19	Mis relaciones han sido atormentadas				
20	A veces quisiera estar muerto/a				
21	Las personas tiene miedo de mi humor				
22	A veces uso drogas para sentirme mejor				
23	He probado casi todo tipo de drogas				
24	A veces dejo que me molesten mucho cosas de poca importancia				
25	A menudo tengo problemas concentrándome porque estoy nervioso				
26	A menudo tengo miedo de meter la pata y decir algo malo				
27	Creo que he quedado mal con todos				
28	Tengo muchas ideas brillantes				
29	Algunas personas se salen de su camino para molestarme				
30	Parece que no me relaciono muy bien con las personas				
31	He pedido prestado dinero sabiendo que no iba a pagarlo				
32	Casi todo el tiempo me siento bien				
33	Con frecuencia me siento con miedo				
34	Sigo reviviendo algo terrible que me pasó				
35	Casi todo el tiempo no me siento bien				
36	Puedo ser muy exigente cuando quiero que las cosas se hagan rápido				
37	Por lo común la gente me trata justamente				
38	Mi modo de pensar se ha puesto confuso				
39	Me fascina hacer cosas peligrosas				
40	Me encantan las películas de humor negro				
41	Me gusta estar junto con mi familia				
42	Necesito hacer algunos cambios importantes en mi vida				
43	He tenido enfermedades que los médicos no podían explicar				
44	No puedo hacer algunas cosas bien debido al nerviosismo				
45	Tengo impulsos fuertes y lucho para controlarlos				
46	Se me ha olvidado lo que es estar contento/a				
47	Me echo tantas responsabilidades encima que no puedo con ellas				
48	Tengo que estar en alerta a la posibilidad de que las personas me sean infieles				
49	Tengo visiones en las que me veo forzado/a a cometer delitos				
50	A veces, otras personas me ponen ideas en la cabeza				
51	A propósito he dañado la propiedad de otra persona				
52	Mis problemas de salud son muy complicados				
53	Me resulta fácil encontrar nuevos amigos				

54	Mis estados de ánimo se vuelven muy intensos o fuertes				
55	Tengo problemas controlando la bebida alcohólica				
56	Soy un/a líder de nacimiento				
57	Algunas veces me siento terriblemente vacío/a por dentro				
58	Les digo todo lo que pienso a las personas cuando lo merecen				
59	Quiero que ciertas personas sepan cuánto me han lastimado				
60	He pensado en las formas en que puedo matarme				
61	Algunas veces me da rabia y me descontrolo completamente				
62	Las personas me han dicho que tengo problemas con las drogas				
63	Nunca uso drogas para ayudarme a desenvolverme en la vida				
64	Algunas veces evito verme con alguien que no me gusta nada				
65	Con frecuencia me es difícil divertirme porque me preocupo de las cosas				
66	Tengo temores exagerados				
67	Algunas veces siento que no valgo nada				
68	Tengo algunos talentos especiales que pocos otros tienen				
69	Algunas personas hacen cosas para hacerme quedar mal				
70	No tengo mucho que decirle a nadie				
71	Me aprovecho de los demás si me dan la oportunidad				
72	Sufro de mucho dolor				
73	Me preocupo tanto que a veces siento que voy a desmayarme				
74	Pensamientos acerca de mi pasado, con frecuencia me molestan cuando estoy pensando en otra cosa				
75	No tengo problemas para dormir				
76	Me irrita mucho cuando la gente trata de impedir que alcance mis objetivos				
77	Parece que tengo tanta suerte en la vida como los demás				
78	Mis ideas me confunden algunas veces				
79	Hago muchas cosas alborotadas por el simple placer de hacerlo				
80	Algunas veces recibo anuncios en el correo o e-mail que en verdad no quiero				
81	Si tengo problemas, tengo con quién hablar				
82	Tengo que cambiar algunas de mis cosas, aunque me duelan				
83	No puedo explicarme por qué he tenido falta de sentido en partes de mi cuerpo				
84	A veces tengo miedo sin ninguna razón				
85	Me molesta cuando las cosas están fuera de su lugar				
86	Todo parece requerir un esfuerzo grande				
87	Recientemente he tenido mucha más energía de lo común				
88	La mayoría de la gente tiene buenas intenciones				
89	Desde el día en que nací estaba destinado/a a ser desdichado/a				
90	A veces parece que mis pensamientos se anuncian para que los otros puedan oírlos				
91	He hecho algunas cosas que no eran del todo legales				
92	Es una lucha para mí hacer las cosas con los problemas médicos que tengo				
93	Me gusta conocer gente nueva				
94	Mi forma de ser es muy estable				
95	Ha habido momentos en que he tenido que limitarme en la bebida				
96	Yo sería bueno/a en un trabajo donde le dijera qué hacer a los demás				
97	Me preocupa mucho que otras personas me abandonen				
98	Cuando me enoja con los otras personas desconocidas en la calle, se los hago saber				
99	Algunas personas que antes eran buenas amistades, han quedado mal conmigo				
100	He planeado cómo matarme				
101	A veces soy muy violento/a				
102	El uso de drogas me ha causado problemas de dinero				
103	Nunca he tenido problemas en el trabajo por las drogas				
104	A veces me quejo demasiado				
105	Con frecuencia estoy tan preocupado/a y nervioso/a que apenas puedo aguantarlo				
106	Me pongo muy nervioso/a cuando tengo que hacer algo delante de los demás				
107	No tengo ganas de hacer más esfuerzos				
108	Mis planes me harán famoso/a algún día				
109	Me son fieles las personas a mi alrededor				
110	Soy solitario/a				
111	Estoy dispuesto/a a hacer casi todo si considero que vale la pena				
112	Estoy bien de salud				
113	Algunas veces me siento mareado/a cuando he estado bajo mucha presión				
114	Hace mucho tiempo que me molestan los recuerdos de una mala experiencia				
115	Es raro que tenga problemas de sueño				
116	Algunas veces me enoja porque los demás no entienden mis planes				

117	He dado bastante pero no he recibido mucho a cambio				
118	Algunas veces tengo problemas distinguiendo entre ideas diferentes				
119	Mi comportamiento a veces es alborotado				
120	Me gustan los deportes poco comunes				
121	Paso casi todo el tiempo solo/a				
122	Necesito ayuda para enfrentarme con problemas importantes				
123	He tenido episodios de visión doble o de visión borrosa				
124	No soy el tipo de persona que se asusta fácilmente				
125	Puedo relajarme aun cuando mi casa esté desordenada				
126	Nada parece darme mucho placer				
127	A veces mis ideas se mueven rápidamente				
128	Normalmente supongo que la gente dice la verdad				
129	Creo que tengo tres o cuatro personalidades completamente diferentes dentro de mí				
130	Los demás pueden leer mis pensamientos				
131	Decía muchas mentiras para salir de apuros				
132	Mis problemas médicos siempre parecen difíciles de solucionar				
133	Soy una persona calurosa				
134	No controlo muy bien mi humor				
135	La bebida parece causarme problemas en mis relaciones con los demás				
136	Me es difícil defender mis intereses				
137	Con frecuencia me pregunto lo que debo hacer con mi vida				
138	No tengo miedo de gritarle a alguien para que me entienda				
139	Es raro que me sienta solo/a				
140	Recientemente he estado pensando en el suicidio				
141	Algunas veces rompo cosas cuando estoy enojado/a				
142	Nunca uso drogas ilegales				
143	A veces hago las cosas tan impulsivamente que me meto en líos				
144	A veces soy demasiado impaciente				
145	Mis amigos/as dicen que me preocupo mucho				
146	No me meten miedo con facilidad				
147	Parece que no puedo concentrarme muy bien				
148	He hecho algunas cosas extraordinarias				
149	Alguna gente trata de evitar que yo progrese				
150	No tengo relaciones cercanas con nadie				
151	Hablando puedo salirme de cualquier apuro				
152	Casi nunca me quejo de cómo me siento físicamente				
153	A menudo siento el corazón latíéndome fuerte				
154	No parece que pueda olvidarme de algo del pasado				
155	Estoy moviéndome mas lento que de lo normal				
156	Tengo grandes planes y me irrita que la gente trate de meterse en ellos				
157	La gente no aprecia lo que he hecho por ellos				
158	Algunas veces parece que alguien está bloqueando mis pensamientos				
159	Si me canso de un lugar, simplemente recojo mis cosas y me voy				
160	La mayoría de la gente prefiere ganar o perder				
161	La mayoría de mis amistades me apoyan				
162	Me da curiosidad saber por qué me porto como me porto				
163	Ha habido momentos en que la vida se me ha puesto mala y después ha mejorado otra vez				
164	Soy una persona muy calmada y relajada				
165	La gente dice que soy perfeccionista				
166	He perdido interés en las cosas que antes me gustaban				
167	Mis amigos/as no pueden alcanzarme en las actividades sociales				
168	La gente generalmente esconde sus motivos verdaderos				
169	La gente no entiende cuánto sufro				
170	He oído voces que nadie mas podía oír				
171	Me gusta saber hasta qué punto puedo salirme con la mía				
172	Solamente he tenido los problemas de salud que la mayoría de la gente tiene				
173	Tardo un poco en acercarme a la gente				
174	Siempre he sido una persona bastante feliz				
175	La bebida me ayuda a compartir situaciones sociales				
176	Me siento mejor en situaciones en las que soy líder				
177	No puedo aguantar bien la separación de aquellos que están cerca de mí				
178	Si puedo siempre evito discusiones				
179	He cometido verdaderos errores con la gente que escojo como amigos				

243	Ha habido veces en que las piernas las tenía tan débiles que no podía caminar				
244	Casi nunca me siento ansioso/a o tenso/a				
245	Las personas me ven como alguien que pone mucha atención en los pequeños detalles				
246	Últimamente eh estado contento/a casi todo el tiempo				
247	Recientemente he necesitado menos sueño de lo normal				
248	Las cosas casi nunca son como parecen por afuera				
249	Algunas veces lo veo todo en blanco y negro				
250	Tengo un sexto sentido que me dice lo que va a pasar				
251	Nunca he tenido problemas con la justicia				
252	Para mi edad, tengo bastante buena salud				
253	Trato de incluir a la gente que parece estar aislada				
254	Algunas veces lo primero que hago por la mañana es tomarme una bebida alcohólica				
255	La bebida me ha causado problemas en casa				
256	Digo lo que tengo en la mente				
257	Normalmente hago lo que otras personas me dicen				
258	Tengo mal genio				
259	Aguanto mucho antes de enfadarme				
260	He pensado lo que diría en una nota suicida				
261	No se me ocurre nada para seguir viviendo				
262	He tenido problemas de salud por usar drogas				
263	Gasto dinero demasiado fácilmente				
264	Algunas veces hago promesas que no puedo cumplir				
265	Normalmente me preocupo de las cosas más de lo que debo				
266	No subo a aviones				
267	Puedo contribuir algo de valor				
268	Recientemente me siento tan confiado/a de mi mismo/a que creo que puedo realizar cualquier cosa.				
269	La gente me la tiene jurada				
270	Entablo amistad fácilmente				
271	Me preocupo primero de mí mismo/a, que los otros se cuiden a sí mismos.				
272	Me dan más dolores de cabeza que a la mayoría de las personas				
273	Me transpiran las manos a menudo				
274	Desde que tuve una mala experiencia no me interesan más las cosas que antes disfrutaba				
275	Con frecuencia me despierto a mitad de la noche				
276	A veces estoy muy resentido/a y fácil de disgustar				
277	No soy el tipo de persona que guarda resentimientos				
278	Las ideas de pronto se me van de la cabeza				
279	No soy una persona que evita provocaciones arriesgadas				
280	La mayoría de las personas anticipan con agrado la visita al dentista				
281	Le dedico poco tiempo a mi familia				
282	Puedo resolver mis problemas por mí mismo/a				
283	A veces se me han paralizado partes del cuerpo				
284	Me asusto fácilmente				
285	Me mantengo bajo un control absoluto				
286	Casi siempre soy una persona feliz y positiva				
287	Casi nunca compro cosas por impulso				
288	La gente tiene que ganarse mi confianza				
289	No tengo ningún buen recuerdo de mi niñez				
290	No creo que haya gente pueda leer la mente				
291	Nunca me he llevado o apropiado de cosas que no fueran mías				
292	Me gusta hablar con la gente de sus problemas médicos				
293	Soy una persona afectuosa				
294	Nunca manejo o manejaría en estado de ebriedad				
295	Casi nunca tomo alcohol				
296	La gente escucha mis opiniones				
297	Si recibo mala atención en un comercio, se lo digo al gerente o jefe				
298	Mi carácter nunca me mete en problemas				
299	La ira nunca se me va de las manos				
300	He pensado en cómo los demás reaccionarían si me matara				
301	He tenido muchos incentivos para vivir				
302	Mis mejores amigos/as son aquellos con los que uso drogas				
303	Soy una persona desenfrenada				
304	Ha habido momentos en que podría haber sido más considerado/a de lo que fui				
305	Algunas veces me pongo tan nervioso/a que temo que voy a morir				

ANEXO F

Las experiencias adversas en la infancia y sus secuelas psíquicas en la adultez

Explorar las secuelas psíquicas en adultos que han atravesado experiencias adversas durante la infancia

Bases teóricas

Los sucesos adversos en la niñez comprenden una serie de sucesos y circunstancias con un potencial estresante y traumático, que afecta negativamente al bienestar de los niños y adolescentes antes de que cumplan los 18 años (Casas-Muñoz et al., 2021).

Según Priego-Parra et al. (2022) cuando las personas han padecido por lo menos una experiencia adversa en la infancia, está comprobado que ocasiona conductas sexuales de alto riesgo, alteraciones en la salud mental (ansiedad, depresión, ideación suicida, alucinaciones, trastornos del sueño).

Resultados

La experiencia adversa, abuso emocional o psicológico se pudo evidenciar en los sujetos de la siguiente manera: En el Caso 1 la persona manifestó "me sentía humillada porque cuando era pequeña fui regalada y luego devuelta a mi casa, ahí mi madre me insultaba por todo lo bueno o malo que hacía, no me quería y me botaba de la casa"; en el test de experiencias adversas se evidencia que la señora sufrió de abuso psicológico porque la insultaban y menospreciaban a menudo, incluso temía que le hicieran daño físico. En el Caso 2 la entrevistada dijo que "cuando éramos pequeños vivíamos asustados y con miedo con mis hermanos debido a que mi papá era agresivo y teníamos que escondernos en otras casas" esta experiencia adversa se corrobora en el test donde los resultados indican que el progenitor actuaba a menudo de un modo que temía que le hiciera daño. En lo que respecta al Caso 3 manifestó que "tenía muchos problemas con mi madre quien me insultaba todos los días por culpa de mi padrastro" en el TEAI se puede evidenciar que su progenitora la insultaba y menospreciaba muy a menudo e incluso temía que le hiciera daño. En lo que tiene que ver con el Caso 4 el sujeto contestó que "sufría mucho porque mi madre nos decía, a mis hermanos y a mí, que fuimos un error, que le desgraciamos completamente la vida por haber nacido, siempre era humillada por mi madre, incluso nos dejó botados y se fue, nos abandonó", esta situación se confirma en el test cuyo resultado indica que era insultada y menospreciada frecuentemente.

Por su parte, en cuanto al abuso físico, los sujetos manifestaron: El Caso 1 expresó que "mi madre me pegaba con ortiga y me mandaba a bañarme al río a las cinco de la mañana, me maltrataba porque no hacía bien las cosas, si hacía quebrar un vaso me refregaba en el brazo los vidrios y me cortaban, cuando a veces me orinaba la cama, como castigo, me hacían dormir en un granero donde me tapaba con unas lonas, estar en ese lugar me daba muchísimo miedo y muchas veces no podía dormir por eso. Incluso hubo una vez en que mi madre me estaba ahorcando y los vecinos me salvaron, cuando se molestaba mucho conmigo me botaba al suelo y me ponía el pie en la boca del estómago". En el TEAI se evidencia en los resultados que la señora a menudo era empujada o abofeteada, que le pegaban con tanta fuerza que le han dejado marcas causándole daño. En el Caso 2 "éramos maltratados por mi padre, nos pegaba siempre que mis hermanos y yo no nos dejábamos dar cariño y no era porque no queríamos sino porque le teníamos miedo, teníamos que huir de la casa con mi mamá para que no nos haga daño, nos escondíamos en casa de los vecinos con miedo a que nos encuentre" en el test de experiencias adversas se evidencia que era objeto de empujones y golpes, cuyo abuso físico ha dejado marcas que le han hecho daño. En el Caso 3 la entrevistada mencionó que "mi madre me maltrataba físicamente por culpa de mi padrastro, me golpeaba contra la pared, en ocasiones me agarraba del cabello y me arrastraba por el suelo, esto se daba más cuando ella llegaba del trabajo y recibía quejas de mi padrastro acerca de mí, cada que me golpeaba me sentía impotente porque era injusto que le creyera más a él que a su propia hija" en el TEAI se pudo evidenciar que le pegaban muy menudo lo que dejó huellas a lo largo de su vida. En el Caso 4 la participante indica que "mi madre me pegaba y me tiraba al suelo, me daba patadas muy fuertes en las costillas, tanto así, que ya no aguantaba el dolor y no podía hablar ni respirar muy bien. Incluso en cierta ocasión por no haber llegado rápido de la tienda, sólo por haberme quedado un momento conversando con una amiguita, cuando llegué a la casa me golpeó muy duro en las piernas con un cable de extensión, por lo que me quedé en el suelo ya que no podía levantarme del dolor". En el test se refleja que la entrevistada ha sido empujada, abofeteada y golpeada a menudo provocándole mucho daño.

Interpretación

Las cuatro personas que son sujetas a análisis de caso han pasado por experiencias adversas en su infancia, mismas que han marcado su vida de recuerdos desagradables, sea por el abuso físico, en otras abuso sexual o psicológico, por ser testigos del maltrato a su madre, por el consumo de drogas o el encarcelamiento de algún familiar, estas situaciones han dejado huellas que perturban sus recuerdos y que impactan significativamente en ellas.

En conclusión, las circunstancias adversas que más han sido experimentadas por los cuatro sujetos investigados son el abuso psicológico y físico; con menos prevalencia se encuentra madres tratadas con violencia, abuso sexual, consumo de sustancias y comportamiento delictivo en el hogar. Estos datos se corroboran con los resultados del Test de Experiencias Adversas en la Infancia.

Estas experiencias vividas como los insultos, ofensas, humillaciones, castigo físico que dejaron marcas en su cuerpo siguen en sus recuerdos y afloran a través de lágrimas y tristeza al recordar estos hechos.

En lo que respecta al abuso sexual, únicamente dos de las encuestadas vivieron esta situación adversa en su infancia: Caso 3 la entrevistada narra que "mi padrastro intentó abusar sexualmente de mí y como yo no me dejé no lo hizo como tal, pero si se lo hubiera permitido lo hubiera hecho sin dudar. Un día me dijo que le diera un beso que no le iba a contar a mi mamá, pero no lo hice y me agarró a la fuerza e intentó tocar mis partes íntimas. En muchas ocasiones me miraba a través del toldo cuando yo estaba acostada en mi cama; yo le contaba a mi madre, pero ella no me creía, nunca me creyó y prefería creerle a él, por eso ella siempre insultaba y me decía que me odiaba" esta situación se evidencia en el TEAI donde los resultados indican que hubo abuso sexual; puesto que decía que su padrastro la acariciaba y la tocaba de forma sexual e incluso intentó tener coito con ella. En el Caso 4 el sujeto afirmó que "sufrí de abuso sexual por parte del esposo de mi tía, yo pasaba en casa de mi abuela cuando mi padre se iba a trabajar, él se quedaba en casa, a mí y a mis primas nos enseñaba imágenes de parejas que se besaban y que se desnudaban, nos tocaba los labios, la espalda, las piernas y el cabello; cuando subíamos las escaleras, se agachaba para vernos el interior, en muchas ocasiones nos llamaba a su casa para regalarnos frutas y entraba al baño que quedaba al lado de la cocina y orinaba con la puerta abierta intencionalmente para que mis hermanas y yo lo viéramos, esto lo comentamos con mi abuela y toda la familia, pero nadie nos creyó" en el TEAI la participante contesta que algún adulto del hogar la tocó o acarició de forma sexual.

En lo que concierne a Madre tratada con violencia, solo dos de las participantes atravesaron esta experiencia, aspecto que se evidencia con las siguientes narraciones: En el Caso 2 la entrevistada comunicó que "mi papá le pegaba mucho a mi madre, incluso un día trató de ahorcarla delante de nosotros y le suplicábamos que la suelte, que no le haga daño, la vida de mi madre cambió cuando se hizo de otro compromiso, él si la trataba bien" en el TEAI se evidencia que la madre ha sido tratada con violencia. En lo que respecta al Caso 3 durante la entrevista menciona "mi madre era golpeada por mi padrastro casi a diario debido a que él solía ser mujeriego y si mi mamá le reclamaba algo al respecto se enojaba y la golpeaba, en ocasiones la defendíamos mi hermano y yo, pero mi madre se enojaba con nosotros porque decía que eran sus peleas con su marido que nosotros no tenemos que meternos. Estas peleas eran a diario él se enojaba si la comida no estaba bien preparada o si no cuidábamos bien a mi hermanastra pequeña, desquitándose con mi mamá, recuerdo que, en cierta vez, la golpeó en la cara tan fuerte que le sacó tres dientes y le desvió el tabique. En muchas ocasiones, la arrimaba a la pared y la ahorcaba, nosotros solo nos encerrábamos en el cuarto a llorar para no ver eso", en el TEAI se evidencia que a menudo empujaban a su madre y la golpeaban duro y por un largo tiempo.

Vivir con miembros del hogar que fueron encarcelados o tienen enfermedades mentales: En el Caso 2 la señora manifestó que "mi padre estuvo un tiempo preso y nosotros íbamos con mi mamá a visitarlo a la cárcel y ahí dentro le armaba problemas a mi mamá", en el TEAI se evidencia que fue a la cárcel un miembro de su hogar. En el Caso 3 la entrevistada indicó que "vivía a lado de un primo que siempre lo metían preso por robar cosas ajenas y nosotros veíamos cómo lo cogía la policía para llevarlo a la cárcel" en el test de experiencias adversas se evidencia que fue a la cárcel algún miembro de su hogar.

Por otro lado, convivir con miembros consumidores de sustancias: En el Caso 2 la señora manifestó "mi padre consumía droga, cuando llegaba nos hacía problemas y le pegaba a mi mamá, la quería matar a ella y a nosotros, en muchas ocasiones mi padre llegaba de haber consumido a seguirnos con cuchillos y nos obligaba a recibir amor de él, nos daba abrazos de manera grosera y no decía que nos quería agarrándonos fuerte la mano a mí y a mis hermanos" en el TEAI se evidencia que el sujeto vivió con alguien que era bebedor problemático o alcohólico. En el Caso 3 la entrevistada indicó "un primo era consumidor y alcohólico y nosotros veíamos cómo las consumía, en muchas ocasiones se ponía violento cuando alguien le decía algo acerca del ejemplo que nos daba, pero él no hacía caso y prefería hacer escándalo a mis primos y mi tía" en el test de experiencias adversas se evidencia que vivía con alguien que era bebedor problemático o alcohólico.

Identificar la sintomatología clínica presente en un adulto que haya vivido experiencias adversas en la infancia

Bases teóricas

La sintomatología clínica es el conjunto de síntomas de trastornos mentales y neurológicos que presenta una persona que ha vivido experiencias traumáticas, hace referencia también a la percepción subjetiva que tiene la persona en relación a su propia salud, la misma que se evidencia en el comportamiento que exterioriza hacia los demás (Jiménez, 2012 como se cita en Mayorga y Moreta, 2019). Para valorar este indicador se aplica el Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis, mismo que comprende 9 categorías: somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. La aplicación de este cuestionario proporcionó los siguientes resultados.

Resultados

Somatización (SOM): El Caso 2 refleja una puntuación T de 75 lo que significa que los síntomas son relevantes y requieren atención y tratamiento. El caso 1, 3 y 4 muestran puntuaciones que los ubican en un nivel marcadamente normal.

Obsesiones y compulsiones (OBS): En el Caso 2 el puntaje es de 70 interpretación que según el baremo de esta dimensión equivale a síntomas relevantes que requieren atención. El Caso 3 alcanza un puntaje T de 70, que similar al anterior caso, equivale a una sintomatología significativa. En la dimensión OBS tanto el caso 1 y caso 4 adquieren un nivel sintomatológico esperado.

Sensibilidad interpersonal (SI): En el Caso 2 y Caso 3 las encuestadas tuvieron una puntuación T de 75. El caso 4 presentó un puntaje T de 70, indicando que sus síntomas tienen relevancia. Mientras que el caso 1 se encuentra dentro de la normalidad.

Depresión (DEP): En lo que concierne al Caso 2 y Caso 4 los sujetos obtuvieron una puntuación T de 75, lo que indican la presencia de una sintomatología significativa. Los casos 1 y 3 obtuvieron puntuaciones bajas.

Ansiedad (ANS): En el Caso 1 la puntuación T fue de 67 lo que equivale a Respecto y en el Caso 2 el puntaje T es de 75 lo que significa que es un síntoma relevante que requiere atención y posible tratamiento. Los casos 3 y 4 muestran una calificación marcadamente normal.

Hostilidad (HOS): En el Caso 2 y en el Caso 4 los sujetos presentan un puntaje T de 75 lo que significa que se encuentra en un nivel de síntomas definidos, puesto que llegan al máximo nivel. El caso 3 tiene una calificación T de 67 revelando puntuaciones elevadas. Mientras que el caso 1 se encuentra en niveles esperados.

Fobias (FOB): En el Caso 2 y el Caso 3 la encuestada obtiene un puntaje T de 75, presentando una puntuación elevada. Los casos 1 y 4 tienen calificaciones dentro de los límites normales.

Ideación paranoide (PAR): En esta dimensión el Caso 1 obtiene una calificación T de 63. En el Caso 2 y el Caso 3 el puntaje T obtenido es de 75. En el Caso 4 la encuestada obtiene una puntuación T de 70 lo que da como resultado, en los tres casos, un diagnóstico de síntomas relevantes que requieren atención.

Psicoticismo (PSIC): El Caso 2 obtiene un puntaje T de 75. En el Caso 3 y Caso 4 los sujetos tuvieron una puntuación T de 67, con lo que se puede determinar que presentan un nivel de sintomatología elevado. El caso 1

Interpretación

Los sujetos que han sufrido experiencias adversas en la niñez presentan una sintomatología clínica relacionada con ideación paranoide donde los cuatro sujetos piensan que los demás son responsables de todos sus problemas, por ello son desconfiados.

Los sujetos presentaron también altos puntajes en sensibilidad interpersonal caracterizado por sentir que los demás no los comprenden o escuchan, se sienten cohibidos y vergonzosos, dos de ellas cuando eran niñas no fueron escuchadas por sus familiares cuando les contaban que eran acosadas sexualmente.

También presentan puntuaciones elevadas en depresión y hostilidad incluso no tiene esperanza en un mejor futuro.

Describir los rasgos de personalidad de un sujeto que ha experimentado situaciones adversas durante la niñez

Bases teóricas

De acuerdo con Llopis et al. (2017) los rasgos de personalidad son modelos que persisten en la forma de pensar, de desarrollar relaciones interpersonales, en la forma de actuar en el entorno familiar y social. Estos patrones que se forman desde la niñez son invasivos y afloran en sus emociones, sentimientos, pensamientos y acciones en el convivir diario. El instrumento para evaluar la personalidad es el PAI (Inventario de Evaluación de la Personalidad) que contiene 22 escalas: 4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas de consideraciones para el tratamiento y 2 escalas de relaciones interpersonales.

Resultados

Escalas de validez

Impresión Negativa: En el **Caso 2** los resultados muestran que el sujeto presenta un valor significativo relevante que bordea un puntaje elevado de (T=110) lo que indica que existe una impresión exagerada o distorsionada de sí mismo. En el **Caso 3** los resultados muestran que el sujeto presenta una puntuación de (T=88) interpretándose la presencia exagerada de quejas y problemas. En el **Caso 4** los resultados muestran que el sujeto presenta una puntuación significativa (T=84) interpretándose que existe una exageración de sus complicaciones.

Escalas clínicas

Ansiedad: En el **Caso 2** adquiere un puntaje de significativo de (T=95) indicando que este sujeto tiene una vida gravemente restringida. Es probable que un leve estrés ocasione una crisis.

Trastornos relacionados con la ansiedad: En el **Caso 1** se evidencia puntuación elevada (T= 83) esto significa que el sujeto puede que presente preocupaciones producidas por miedos debido a alguna situación. En el **Caso 2** presenta un elevado puntaje equivalente a (T=94) esto revela que esta persona sufre constantes inquietudes y por lo general se siente culpable por los problemas del pasado sea que estas hayan ocurrido o no.

Depresión: En el **Caso 2** la puntuación es significativa en esta dimensión (T=80) lo que da lugar a interpretar que el sujeto es probable que esté sumido en cuadros de tristeza y apartada de las actividades que antes solía disfrutar. En el **Caso 4** el sujeto obtiene un puntaje de (T=84) indicando que las personas que se encuentran a su alrededor la perciben como un ser con serios sentimientos de culpabilidad, deprimidos e insatisfechos.

Mantía: En el **Caso 2** se evidencia un puntaje elevado (T=98) lo que significa que la persona es impulsiva, caracterizada por fuga de ideas e ilusiones de grandeza.

Paranoia: En el **Caso 1** la entidad presenta un puntaje relevante (T= 80) mostrando que el sujeto se caracteriza por ser desconfiado con los que están en su entorno. En el **Caso 2** muestra un valor elevado (T=98) muestra sentimientos de amargura, tiene malos recuerdos de la forma cómo fue tratada por los demás, actúa a la defensiva y piensa que se quieren aprovechar de ella. En el **Caso 3** la puntuación (T=89) indica que es un sujeto suspicaz y hostil, desconfía de todo y de todo, tiene pocos amigos íntimos. En el **Caso 4** muestra una puntuación elevada (T=80) la persona puede ser suspicaz y hostil, es desconfiado en sus relaciones interpersonales.

Rasgos límites: En el **Caso 2** presenta valores elevados (T=97) esto indica que el sujeto muestra un estado de crisis, que por lo general se relaciona con dificultades en el aspecto social. En el **Caso 3** el puntaje es alto (T= 83) esto significa que el sujeto manifiesta estados impulsivos y fragilidad en sus emociones, sienten que no los comprenden, otras personas los perciben como egocéntricos por lo que se les dificulta tener buenas relaciones interpersonales. En el **Caso 4** su puntaje notable (T=91) muestra que la persona se enfada con facilidad y se siente traicionada por los demás.

Problemas con el alcohol: En el **Caso 2** presenta un valor considerable (T=88) lo que significa que la persona tiene pocas probabilidades de reducir la ingesta de alcohol, esto a pesar de que trata de abstenerse al consumo de bebidas alcohólicas. En el **Caso 3** denota una puntuación de (T=86) esto indica que el sujeto a menudo se siente culpable por beber; sin embargo, no están en capacidad de controlar los efectos que causa el consumo de alcohol.

Escalas relacionadas con el tratamiento

Ideaciones suicidas: En el **Caso 1** el valor significativo (T= 80) muestra que en el sujeto presenta síntomas de ansiedad, depresión y no siente el apoyo que necesita por parte de las personas que están a su lado. En el **Caso 2** presenta un puntaje de (T=93) lo que demuestra tener pocas esperanzas en su futuro. En el **Caso 4** muestra puntuaciones elevadas (T=95) lo que demuestra desesperación, inutilidad e incapacidad para ayudarse a sí misma. A menudo se siente rechazada por los que la rodean, siempre presenta sentimientos de amargura debido a la forma que fue tratada por los demás durante la niñez.

Escalas de relaciones interpersonales

Dominancia: En el **Caso 2** denota valores relevantes (T=72) lo que indica que el sujeto es dominante y poco tolerante con los que no desean compartir sus ideas y planificaciones.

Interpretación

Se puede indicar que en lo que respecta a las escalas de validez, hay prevalencia en impresión negativa donde se evidencia mayores puntuaciones. En cuanto a las escalas clínicas, denotan mayor elevación en los puntajes, principalmente en paranoia y rasgos límites, reflejando que el caso 2 tiene valores significativos en todas las subescalas de esta categoría, mostrando una afectación relevante. En lo que respecta a las escalas relacionadas con el tratamiento, se evidencia que presentan ideaciones suicidas. En las escalas de relaciones interpersonales se destaca que en el caso 2 hay dominancia, la cual es caracterizada por la poca tolerancia del sujeto.