



DOCTORADO INTERINSTITUCIONAL EN PSICOLOGÍA UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

Experiencias Adversas en la Infancia, Regulación Emocional, Depresión y Trastorno de Estrés Postraumático en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja

Tesis para obtener el grado de Doctor en Psicología

JOEL ADAM PATIÑO PLATA

Dra. Fabiola González Betanzos (Directora)
Doctora en Metodología en Ciencias del Comportamiento y de la Salud
Dr. Filiberto Toledano-Toledano (Codirector)
Doctor en Ciencias Sociales

Octubre de 2024
Morelia, Michoacán, México



**DOCTORADO INTERINSTITUCIONAL EN PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

**Experiencias Adversas en la Infancia, Regulación Emocional, Depresión y Trastorno de
Estrés Postraumático en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja**

Joel Adam Patiño Plata

COMITÉ TUTORAL:

Dra. Fabiola González Betanzos (Directora)

Doctora en Metodología en Ciencias del Comportamiento y de la Salud

Dr. Filiberto Toledano-Toledano (Codirector)

Doctor en Ciencias Sociales

Dra. Ana María Méndez Puga (Lectora)

Doctora en Filosofía y Ciencias de la Educación

Dra. Elsa Edith Zalapa Lúa (Lectora)

Doctora en Ciencias del Desarrollo Regional

Dr. Roberto Montes Delgado (Lector)

Doctor en Psicología

Octubre de 2024

Morelia, Michoacán, México

DEDICATORIA

A mi amada esposa:

Por ser mi compañera incondicional en este viaje y por sostenerme en los momentos más difíciles.

Gracias por tu paciencia infinita, por creer en mí aun cuando yo dudaba, y por asumir con amor y fortaleza el cuidado de nuestra hija durante mis ausencias. Sin tu apoyo, este logro no habría sido posible.

Con todo mi amor y gratitud.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero agradecer a mis compañeros del doctorado, con quienes compartí retos, aprendizajes y momentos de crecimiento personal y académico. Su apoyo y amistad fueron fundamentales para superar los obstáculos de este proceso.

A los docentes del Doctorado Interinstitucional en Psicología, cuyo compromiso y entrega fueron significativos para mi formación, y su guía ha sido clave en mi desarrollo como investigador.

A los miembros de mi comité académico, por su valiosa orientación y retroalimentación a lo largo de esta trayectoria: la Dra. Ana María Méndez Puga, el Dr. Filiberto Toledano-Toledano, el Dr. Roberto Montes Delgado y la Dra. Elsa Edith Zalapa Lúa. Su experiencia y conocimiento fueron esenciales para el desarrollo de esta investigación.

Un agradecimiento muy especial a mi asesora, la Dra. Fabiola González Betanzos, por su paciencia, dedicación y compromiso. Su guía constante, tanto en los momentos de inspiración como en los más difíciles, fue el pilar que sostuvo esta investigación.

También quiero expresar mi gratitud al Conahcyt, cuyo apoyo fue fundamental para la realización de este proyecto y para que pudiera avanzar en cada etapa del doctorado.

Finalmente, a todas las personas que de alguna forma formaron parte de este camino, mi más sincero agradecimiento. Cada palabra de aliento, consejo y enseñanza contribuyó a que este sueño se hiciera realidad.

Índice de Contenido

	Páginas
Introducción.....	1
Planteamiento del problema.....	4
Justificación.....	8
Pregunta de investigación.....	9
Objetivo general y específicos.....	9
Variables.....	10
Hipótesis.....	12
 Capítulo 1. Experiencias adversas en la infancia.....	15
Definición.....	15
Clasificación de las EAI.....	16
Prevalencia de las EAI.....	17
Prevalencia de las EAI México.....	18
Instrumentos de evaluación de las EAI.....	19
Impacto de las EAI.....	22
 Capítulo 2. Mujeres víctimas de violencia de pareja.....	24
Definición.....	24
Prevalencia.....	25
Prevalencia de MVVP México.....	26
Causas de la violencia de pareja.....	28
Consecuencias en las mujeres víctimas de violencia de pareja.....	30
 Capítulo 3. Depresión.....	34
Definición.....	34
Prevalencia.....	34
Prevalencia de la depresión en México.....	35
Teoría del autocontrol para la depresión.....	36
Instrumentos de evaluación de la depresión.....	38
 Capítulo 4. Trastorno de estrés postraumático.....	41
Definición.....	41
Prevalencia.....	42
Prevalencia del TEPT México.....	42
Teoría cognitiva de Elhers y Clarck para el TEPT.....	43
Instrumentos de evaluación del TEPT.....	45
 Capítulo 5. Regulación emocional.....	48
Definición.....	49
Modelo procesual de Gross para la regulación emocional.....	49
Modelo de regulación emocional de Gratz y Roemer para la regulación emocional.....	51
Instrumentos de evaluación de la regulación emocional.....	52

Capítulo 6. Experiencias adversas en la infancia, depresión, trastorno de estrés postraumático y regulación emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja

Experiencias adversas en la infancia y mujeres víctimas de violencia de pareja.....	54
Depresión y mujeres víctimas de violencia de pareja.....	55
Trastorno de estrés postraumático y mujeres víctimas de violencia de pareja.....	57
Regulación emocional y mujeres víctimas de violencia de pareja.....	59
Experiencias adversas en la infancia, depresión, trastorno de estrés postraumático y regulación emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja.....	61

Capítulo 7. Estudio 1: Revisión sistemática de las propiedades psicométricas de instrumentos desarrollados a partir del ACE-Q.

Método	
Tipo de estudio.....	66
Diseño de investigación.....	66
Estrategia metodológica.....	66
Criterios de elegibilidad.....	66
Fuentes de información.....	67
Estrategia de búsqueda.....	67
Proceso de selección de los estudios.....	68
Proceso de extracción de los datos.....	68
Evaluación del sesgo en la publicación.....	69
Métodos de síntesis.....	69
Evaluación del sesgo en la publicación.....	69
Evaluación de la certeza de la evidencia.....	70
Taxonomía de las propiedades psicométricas.....	70
Rúbrica de evaluación de las propiedades psicométricas de los instrumentos.....	72
Resultados.....	73
Discusión y conclusiones.....	87
Limitaciones e investigaciones a futuro.....	91

Capítulo 8. Estudio 2: Traducción y validación del Adverse Life Experiences Scale en población mexicana

Método	
Diseño de investigación.....	93
Tipo de muestreo.....	93
Participantes.....	93
Muestra.....	93
Instrumentos.....	93
Procedimiento.....	96
Análisis de datos.....	97
Consideraciones éticas.....	100
Resultados	
Análisis descriptivos de los datos sociodemográficos.....	100
Propiedades psicométricas de la ALES-F.....	102
Propiedades psicométricas de la ALES-D.....	117

Discusión y conclusiones.....	131
Limitaciones e investigaciones a futuro.....	135
 Capítulo 9. Estudio 3: Modelos de mediación	
Método	
Tipo de estudio.....	137
Diseño de investigación.....	137
Tipo de muestreo.....	137
Participantes.....	137
Instrumentos.....	138
Procedimiento.....	140
Análisis de datos.....	141
Consideraciones éticas.....	142
Resultados	
Contrastes t para muestras independientes	
Experiencias adversas en la infancia.....	143
Dificultades para la regulación emocional.....	145
Depresión.....	149
Trastorno de estrés postraumático.....	151
Análisis de mediación.....	154
Discusión y conclusiones.....	166
Limitaciones e investigaciones a futuro.....	170
Comentarios finales.....	171
Referencias.....	173
 Anexos	
Anexo 1. Consentimiento informado.....	207
Anexo 2. Batería de instrumentos.....	208
Anexo 3. Análisis de los modelos factoriales de la ALES-F.....	223
Anexo 4. Análisis de los modelos factoriales de la ALES-D.....	230
Anexo 5. Carta para la solicitud de apoyo institucional.....	233

Índice de Tablas y Figuras

	Páginas
Estudio 1: Revisión sistemática de las propiedades psicométricas de instrumentos desarrollados a partir del ACE-Q.	
Tablas	
Tabla 1. Estudios incluidos en la revisión sistemática.....	75
Tabla 2. Características generales de los instrumentos.....	79
Tabla 3. Evidencias de validez de los instrumentos.....	84
Tabla 4. Rúbrica de evaluación de las propiedades psicométricas de los instrumentos...	86
Figuras	
Figura 1. Diagrama de flujo según PRISMA 2020.....	74
 Estudio 2: Traducción y validación del Adverse Life Experiences Scale en población mexicana	
Tablas	
Tabla 1. Estadísticos descriptivos y frecuencia de los datos sociodemográficos.....	101
Tabla 2. Prueba de normalidad de la ALES-F.....	102
Tabla 3. Tamaño de efecto de los ítems de la ALES-F.....	104
Tabla 4. Análisis descriptivo de los ítems de la ALES-F.....	106
Tabla 5. Análisis de componentes principales de la ALES-F.....	109
Tabla 6. Cargas factoriales de la ALES-F.....	109
Tabla 7. Solución factorial final de la ALES-F	111
Tabla 8. Índices de ajuste de los modelos factoriales de la ALES-F.....	113
Tabla 9. Evidencias de validez convergente y divergente de la ALES-F.....	115
Tabla 10. Evidencias de validez discriminativa de la ALES-F.....	117
Tabla 11. Prueba de normalidad de la ALES-D.....	118
Tabla 12. Tamaño de efecto de los ítems de la ALES-D.....	120
Tabla 13. Análisis descriptivo de los ítems de la ALES-D.....	121
Tabla 14. Análisis de componentes principales de la ALES-D.....	123
Tabla 15. Cargas factoriales de la ALES-D.....	124
Tabla 16. Solución factorial final de la ALES-D	126
Tabla 17. Índices de ajuste de los modelos factoriales de la ALES-D.....	127
Tabla 18. Evidencias de validez convergente y divergente de la ALES-D.....	129
Tabla 19. Evidencias de validez discriminativa de la ALES-D.....	130
Figuras	
Figura 1. Gráfico del modelo de dos factores de la ALES-F.....	114
Figura 2. Gráfico del modelo de dos factores de la ALES-D.....	128
 Estudio 3: Modelos de mediación	
Tablas	
Tabla 1. Prueba de contraste de normalidad Shapiro-Wilk: EAI.....	143
Tabla 2. Prueba de igualdad de varianzas de Levene: EAI.....	144
Tabla 3. Estadísticos descriptivos: EAI.....	144
Tabla 4. Pruebas estadísticas de comparación entre grupos: EAI.....	144
Tabla 5. Prueba de contraste de normalidad Shapiro-Wilk: Dificultades para la regulación	

emocional.....	146
Tabla 6. Prueba de igualdad de varianzas de Levene: Dificultades para la regulación emocional.....	146
Tabla 7. Estadísticos descriptivos: Dificultades para la regulación emocional.....	147
Tabla 8. Pruebas estadísticas de comparación entre grupos: Dificultades para la regulación emocional.....	147
Tabla 9. Prueba de contraste de normalidad Shapiro-Wilk: Depresión.....	149
Tabla 10. Prueba de igualdad de varianzas de Levene: Depresión.....	150
Tabla 11. Estadísticos descriptivos: Depresión.....	150
Tabla 12. Pruebas estadísticas de comparación entre grupos: Depresión.....	150
Tabla 13. Prueba de contraste de normalidad Shapiro-Wilk: TEPT.....	151
Tabla 14. Prueba de igualdad de varianzas de Levene: TEPT.....	152
Tabla 15. Estadísticos descriptivos: TEPT.....	152
Tabla 16. Pruebas estadísticas de comparación entre grupos: TEPT.....	153
Tabla 17. Estadísticos descriptivos de los datos sociodemográficos de MVVP.....	155
Tabla 18. Frecuencia y proporciones de los datos sociodemográficos de MVVP.....	155
Tabla 19. Correlaciones de Pearson entre las variables de MVVP.....	157
Mediación de las dificultades para la regulación emocional en las EAI y la depresión	
Tabla 20. Efectos directos.....	159
Tabla 21. Efectos indirectos.....	159
Tabla 22. Efectos totales.....	160
Mediación de las estrategias para la regulación emocional en las EAI y la depresión	
Tabla 23. Efectos directos.....	160
Tabla 24. Efectos indirectos.....	161
Tabla 25. Efectos totales.....	161
Mediación de las dificultades para la regulación emocional en las EAI y el TEPT	
Tabla 26. Efectos directos.....	162
Tabla 27. Efectos indirectos.....	163
Tabla 28. Efectos totales.....	163
Mediación de las estrategias para la regulación emocional en las EAI y el TEPT	
Tabla 29. Efectos directos.....	164
Tabla 30. Efectos indirectos.....	164
Tabla 31. Efectos totales.....	165
Tabla 32. Coeficientes de los senderos del modelo de mediación.....	165
Figuras	
Figura 1. Gráficos de nube con lluvia: EAI.....	145
Figura 2. Gráficos de nube con lluvia: Dificultades para la regulación emocional.....	148
Figura 3. Gráficos de nube con lluvia: Depresión.....	151
Figura 4. Gráficos de nube con lluvia: Trastorno de estrés postraumático.....	154
Figura 5. Gráficos de correlación entre las variables en MVVP.....	157
Figura 6. Gráfico del modelo de mediación entre las variables en MVVP.....	166

Anexos

Análisis de los modelos factoriales de la ALES-F

Tabla 1. Varianzas y covarianzas del modelo de un factor de la ALES-F.....	223

Tabla 2. Cargas factoriales del modelo de un factor de la ALES-F.....	223
Tabla 3. Covarianzas de los errores del modelo de un factor de la ALES-F.....	224
Tabla 4. Varianzas y covarianzas del modelo de dos factores de la ALES-F.....	224
Tabla 5. Cargas factoriales del modelo de dos factores de la ALES-F.....	225
Tabla 6. Covarianzas de los errores del modelo de dos factores de la ALES-F.....	225
Tabla 7. Varianzas y covarianzas del modelo de tres factores de la ALES-F.....	226
Tabla 8. Cargas factoriales del modelo de tres factores de la ALES-F.....	226
Tabla 9. Covarianzas de los errores del modelo de tres factores de la ALES-F.....	227
Tabla 10. Varianzas y covarianzas del modelo de cuatro factores de la ALES-F.....	228
Tabla 11. Cargas factoriales del modelo de cuatro factores de la ALES-F.....	228
Tabla 12. Covarianzas de los errores del modelo de cuatro factores de la ALES-F.....	229
Análisis de los modelos factoriales de la ALES-D	
Tabla 13. Varianzas y covarianzas del modelo de un factor de la ALES-D.....	230
Tabla 14. Cargas factoriales del modelo de un factor de la ALES-D.....	230
Tabla 15. Covarianzas de los errores del modelo de un factor de la ALES-D.....	230
Tabla 16. Varianzas y covarianzas del modelo de dos factores de la ALES-D.....	231
Tabla 17. Cargas factoriales del modelo de dos factores de la ALES-D.....	231
Tabla 18. Covarianzas de los errores del modelo de dos factores de la ALES-D.....	232

Índice de Abreviaturas

Abreviatura	Descripción
ACE-ASF	Adverse Childhood Experiences Abuse Short Form
ACE-I	Immigrant-Specific Adverse Childhood Experiences
ACE-IQ	Cuestionario Internacional de Experiencias Adversas en la Infancia
ACE-Q	Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia
AES	Adverse Experiences Survey
AFC	Análisis Factorial Confirmatorio
AFE	Análisis Factorial Exploratorio
AIRS	Abuse Within Intimate Relationships Scales
ALES	Adverse Life Experiences Scale
ALES-D	Cuestionario Dicotómico de la Escala de Experiencias de Vida Adversas
ALES-F	Escala de frecuencia de la Escala de Experiencias de Vida Adversas
AMAI	Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de mercado y opinión
APA	American Psychological Association
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BAI	Inventario de Ansiedad de Beck
BARC ACE-Q	Pediatric Adverse Childhood Experiences and other Determinants of Health Questionnaire
BDI	Inventario de Depresión de Beck
BIEPS-A	Escala de Bienestar Psicológico
BRFSS-ACE	Behavioral Risk Factor Surveillance System Adverse Childhood Experiences module
BRS	Escala Breve de Resiliencia
BSI-D	Inventario Breve de Síntomas de Depresión
CAPS-5	Escala de Trastorno de Estrés Postraumático del DSM-V
CDCP	Centers for Disease Control & Prevention
CDE	Cuestionario de Dependencia Emocional
CDPH	California Department of Public Health

Abreviatura	Descripción
CDSS	California Department of Social Services
CERQ	Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva
CES	Childhood Experiences Survey
CES-D	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos
CESD-7	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos versión abreviada
CFI	Índice de Ajuste Comparativo
CIDI-SF	Composite International Diagnostic Interview-Short form
CIS-R	Clinical Interview Schedule-Revised
CTS	Conflict Tactics Scale
CYW-ACE-Q	Center for Youth Wellness Adverse Childhood Experiences Questionnaires
D	Índice de Máxima Diferencia Absoluta
DE	Desviación Estándar
DERS	Escala de Dificultades para la Regulación Emocional
DERS-EAM	Escala de Dificultades para la Regulación Emocional para Adultos Michoacanos
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EAI	Experiencias Adversas en la Infancia
EBS-8	Escala de Bienestar Subjetivo
EGS	Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático
ENDIREH	Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
EPC	Errores de Predicción de Covarianza
EPS-25	Emotional Processing Scale
ERQ	Cuestionario de Regulación Emocional
ERQ-CA	Cuestionario de Regulación Emocional para niños y adolescentes
ERQ-CA-9	Cuestionario de Regulación Emocional para niños y adolescentes versión abreviada
EV	Escala de Violencia

Abreviatura	Descripción
FFMQ	Five Facets Mindfulness Questionnaire
GLS	Mínimos Cuadrados Generalizados
HAM-D	Escala Heteroaplicada de Hamilton para Depresión
ICC	Coefficiente de Correlación Intraclass
IHc	Índice de Homogeneidad compuesta
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
JASP	Jeffreys's Amazing Statistics Program
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
KS-L	Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors
M	Media
MSA	Medidas de Adecuación Muestral
mSSI	modified Symptom Severity Index for Post-traumatic Stress
MVVP	Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja
NAMS	Negative Alcohol Metacognitions Scale
NCCMH	National Collaborating Centre for Mental Health
NSCH-ACE	National Survey of Children's Health Adverse Childhood Experiences
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAMS	Positive Alcohol Metacognitions Scale
PCL-5	Lista Checable de Trastorno de Estrés Postraumático para DSM-5
PDS	Posttraumatic Diagnostic Scale
PHQ-9	Brief Patient Health Questionnaire
PMH	Escala de Salud Mental Positiva
RMSEA	Error Cuadrático Medio de Aproximación
SCL-27	Symptom Checklist
SF-8	Formulario de Resultados Médicos
SGM-ACE	Sexual and Gender Minority Adverse Childhood Experiences
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SRMR	Residual Estandarizado de la Raíz del Error Cuadrático Medio
SVAWS	Severity of Violence Against Women Scales
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático

Abreviatura	Descripción
TLI	Índice de Tucker-Lewis
TMMS	Trait Meta-Mood Scale
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
WHO-QoL-BREF	Escala de Calidad de Vida
α	Coefficiente de Cronbach
ω	Coefficiente Omega de McDonald

Resumen

El objetivo de esta investigación es analizar si la regulación emocional media la relación entre las experiencias adversas en la infancia y la depresión y el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia de pareja. La importancia de este estudio radica en sus contribuciones a nivel teórico, práctico, metodológico y social. Se busca mejorar la comprensión de cómo las EAI influyen en la salud mental de las MVVP, evaluar las propiedades psicométricas de los instrumentos que miden las EAI, traducir y validar un nuevo instrumento para medir EAI en la población mexicana, y mejorar las estrategias de intervención para MVVP a través de una comprensión más profunda del rol mediador de la regulación emocional.

Palabras clave: Mujeres víctimas de violencia de pareja, experiencias adversas en la infancia, regulación emocional depresión, trastorno de estrés postraumático.

Abstract

The aim of this research is to analyze whether emotional regulation mediates the relationship between adverse childhood experiences and depression and post-traumatic stress disorder in women victims of intimate partner violence. The significance of this study lies in its theoretical, practical, methodological, and social contributions. The findings aim to enhance the understanding of how ACEs influence the mental health of WVIPV, assess the psychometric properties of instruments measuring ACEs, translate and validate a new instrument for measuring ACEs in the Mexican population, and improve intervention strategies for WVIPV through a deeper understanding of the mediating role of emotional regulation.

Keywords: Women victims of intimate partner violence, adverse childhood experiences, emotional regulation, depression, post-traumatic stress disorder.

Introducción

El objetivo de esta investigación consiste en analizar si en mujeres víctimas de violencia de pareja [MVVP], la regulación emocional es una variable que media la relación de las experiencias adversas en la infancia [EAI] con la depresión y el trastorno de estrés postraumático [TEPT],

La importancia de esta investigación radica en sus aportaciones a la comunidad científica en múltiples niveles: teórico, práctico, metodológico y e intervención. En el ámbito teórico, los hallazgos ofrecen una mejor comprensión de cómo las EAI influyen en la salud mental de MVVP. Además, el estudio profundiza en las propiedades psicométricas de los instrumentos que evalúan las EAI. Metodológicamente, se traduce y valida la ALES para medir este constructo en población mexicana, lo cual es esencial para futuras investigaciones y aplicaciones en contextos similares. En la práctica, se propone una posible mejoran las estrategias de intervención dirigidas a MVVP, destacando el papel mediador de la regulación emocional en la relación entre EAI, depresión y TEPT. Socialmente, la publicación de los resultados busca fomentar que instituciones, organizaciones y grupos que atienden a MVVP optimicen sus estrategias de evaluación y tratamiento, con base en evidencia empírica robusta. Dicho esto, a continuación se presenta la estructura en la que se exponen los temas centrales de esta investigación:-

El segundo capítulo profundiza en la población de MVVP, considerando que la literatura revisada sugiere que es una de las poblaciones en las que existe el antecedente de mayor exposición a EAI. En este capítulo se describe la definición, prevalencia nacional y internacional, así como las causas y consecuencias de esta problemática. A partir de este

punto se define el rumbo de los siguientes capítulos y se realiza el abordaje teórico de las variables de estudio.

En el tercer capítulo se aborda la definición de la depresión, su prevalencia nacional e internacional, la teoría del autocontrol y los instrumentos para su evaluación, al ser una de las principales consecuencias en las MVVP y a su vez uno de los efectos asociados fuertemente a las EAI. Las temáticas expuestas en estos dos primeros capítulos, comienzan a tener sentido como parte de un mismo fenómeno de estudio.

Posteriormente, en la revisión de la literatura se expone que el TEPT se vincula con la exposición a EAI y a su vez es una de las consecuencias de haber sufrido violencia de pareja, motivo por el cual se le dedica el cuarto capítulo para analizar su definición, prevalencia nacional e internacional, la perspectiva teórica propuesta por Elhers y Clarck, así como los instrumentos de evaluación utilizados para el TEPT.

En el quinto capítulo se expone una variable que ha demostrado mediar la relación entre las EAI y sus consecuencias, y ha demostrado estar relacionada con las causas y consecuencias de la victimización: la regulación emocional. Se presenta en este capítulo su definición, el modelo procesual de Gross y el modelo de Gratz y Roemer, así como los instrumentos que se han utilizado para evaluar la regulación emocional desde distintas posturas teóricas.

Una vez expuestas las temáticas centrales de este estudio, se presenta un sexto capítulo dedicado a analizar la relación entre estas variables y exponer la evidencia que orientó el planteamiento de la pregunta de investigación, los objetivos e hipótesis. Este capítulo es de gran relevancia, dado que facilita la comprensión de las relaciones entre las variables de estudio, así como sugiere el posible rol mediador de la regulación emocional.

Con este capítulo también es posible comprender los estudios que fue necesario desarrollar para cumplir con los objetivos y dar respuesta a la pregunta de esta investigación.

En el séptimo capítulo se expone el método, resultados, discusión y conclusiones del primer estudio: la revisión sistemática de las propiedades psicométricas de los instrumentos desarrollados a partir del Adverse Childhood Experiences Questionnaire [ACE-Q], herramienta más utilizada a nivel internacional para evaluar este constructo, pero que cuenta con claras limitaciones y críticas que han puesto en duda su capacidad para evaluar adecuadamente las EAI.

El octavo capítulo se enfoca en la descripción del método, resultados, discusión y conclusiones del segundo estudio, derivado de los hallazgos del primero: la traducción y validación de la Adverse Life Experiences Scale [ALES] a población mexicana, instrumento desarrollado a partir del ACE-Q y otras investigaciones instrumentales que incorpora más categorías de adversidad en la medición del constructo.

Finalmente, en el noveno capítulo se expone el método, resultados, discusión y conclusiones del tercer estudio, que consistió en probar modelos de mediación para conocer si la regulación emocional es una variable que media la relación de las EAI con la depresión y el TEPT en MVVP.

Planteamiento del problema

En el año de 1998 se publicó el ACE Study (por las siglas en inglés del término Adverse Childhood Experiences, Felitti et al., 1998), una investigación de gran magnitud y relevancia en EEUU que integró distintas formas de violencia y dinámicas disfuncionales en los hogares en un solo constructo: las experiencias adversas en la infancia. La relevancia de este estudio fueron las fuertes asociaciones que se encontraron entre haber vivido estas experiencias en los primeros años de vida y el desarrollo de problemas de salud física, mental y comportamientos de riesgo en la edad adulta.

La forma en como se obtuvieron datos de estas asociaciones fue por medio del ACE-Q, un cuestionario sobre la exposición a experiencias adversas durante los primeros 18 años de vida (Felitti et al., 1998). La discusión sobre los hallazgos de este y estudios posteriores (Dong et al., 2004; Dube et al., 2001) llevó a considerar la posibilidad de que el impacto y acumulación de EAI puede propiciar alteraciones en las respuestas fisiológicas de estrés en varios sistemas biológicos (neurológico, inmunológico, hormonal). Estas alteraciones a su vez, pueden generar cambios en el desarrollo emocional, social y cognitivo (Vega-Arce & Núñez-Ulloa, 2017), y conducir a la adopción de comportamientos de riesgo que afectan la salud a lo largo de la vida y derivar en enfermedades o problemas sociales.

Al publicarse estos hallazgos en la comunidad científica, se produjo una ola de estudios y publicaciones que replicaron el estudio original con la intención de profundizar en las asociaciones con otras variables (Brown et al., 2010; Chapman et al., 2004; Dong et al., 2004; Dube et al., 2001; Felitti et al., 1998; Lupien et al., 2009;). Esto generó avances en la conceptualización del constructo de EAI, pero también permitió identificar tres principales problemas metodológicos al estudiar el fenómeno de estudio: la falta de acuerdo

en su conceptualización, los riesgos de sesgo en los métodos para evaluarlas, así como el uso y limitaciones del ACE-Q como el principal instrumento de medición (Appleton et al., 2017).

Hasta el momento de realizar esta investigación, estos problemas continúan y han provocado que se cuestione y critique constantemente el uso del ACE-Q y sus adaptaciones para poder evaluar el constructo en distintas poblaciones (Appleton et al., 2017; Kelly-Irving & Delpierre, 2019). Por ello, el primer objetivo de esta investigación consiste en revisar sistemáticamente las propiedades psicométricas de los instrumentos desarrollados a partir del ACE-Q, para corroborar su capacidad para medir el constructo de EAI.

Por otro lado, hay autores que se han enfocado en desarrollar instrumentos que atienden las limitaciones y críticas realizadas al ACE-Q. La ALES (Hawes et al., 2021) es uno de ellos, pues permite evaluar la exposición a numerosas EAI en períodos específicos de la infancia y su cronicidad a lo largo de la vida, lo que puede explicar la variación única de síntomas actuales de psicopatología y la adversidad que se vive en la actualidad. Esta característica es relevante, ya que comúnmente los instrumentos que evalúan las EAI tienen un tipo de medida dicotómica como el ACE-Q (Felitti et al., 1998). Otras adaptaciones sustituyen la respuesta dicotómica por una escala de frecuencia, como en el caso del Cuestionario Internacional de Experiencias Adversas en la Infancia [ACE-IQ] (WHO, 2015). Aunque en México se ha validado recientemente el ACE-Q (Nevárez Mendoza & Ochoa Meza, 2022) y el ACE-IQ (Téllez et al., 2022), estos instrumentos cuentan con algunas de las limitaciones descritas antes para medir las EAI (Appleton et al., 2017; Kelly-Irving & Delpierre, 2019)

Con base en lo anterior, la ALES plantea una propuesta de evaluación distinta en la que se incorporan más de veinte formas de adversidad, lo que la vuelve una opción viable

para explorar las experiencias adversas en México. Por ello, el segundo objetivo de esta investigación consiste en traducir y validar la ALES a población mexicana.

Por otra parte, antes se comentó que desde la publicación del ACE Study se encontraron asociaciones entre la exposición a las adversidades y problemas de salud física, salud mental y comportamientos de riesgo. En una revisión sistemática y metanálisis sobre el efecto de las EAI en la salud (Hughes et al., 2017), se encontró que existe una fuerte relación entre haber experimentado múltiples EAI y la victimización de violencia en la edad adulta, como en el caso de la violencia sufrida por mujeres por parte de sus parejas (Hughes et al., 2017).

La violencia contra las mujeres es un problema de salud pública por su elevada presencia en la sociedad y por las consecuencias que genera en las víctimas, en las familias y en la sociedad (Keynejad, 2020). A nivel mundial la Organización Mundial de la Salud [OMS] estima que entre un 15% y hasta un 71% de las mujeres, dependiendo de la cultura, ha sufrido violencia a manos de la pareja (OMS, 2021b). Concretamente en México, los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022) señalan que 47.3 millones de mujeres han tenido una relación de pareja, de las cuales el 39.9% reporta haber sufrido violencia y el 20.7% reporta distintas formas de violencia de pareja entre octubre de 2020 y octubre de 2021. Estos datos son una evidencia de la magnitud de este problema.

Además de ocasionar un problema de marginación social, laboral y económica, la violencia de pareja puede provocar graves consecuencias en la salud física y mental (Keynejad, 2020). Está asociada con mayor hospitalización, aumento de las posibilidades de padecer cáncer, tener enfermedades de transmisión sexual y de abortos provocados, así como alteraciones en la alimentación, problemas de sueño y disminución en la actividad física (Rauer et al., 2010; Ruíz Pérez et al., 2007; Wong & Chang, 2016). Y entre los

efectos y consecuencias a la salud mental, se ha evidenciado la presencia de depresión, ideación suicida, consumo de sustancias y síntomas de TEPT, situaciones que deben atenderse para romper con el círculo de la violencia y permitir un tránsito hacia condiciones de vida más favorables para las mujeres (Golding, 1999; Lara et al., 2019).

Con base en lo anterior, se ha encontrado en la literatura que en la última década la regulación emocional ha demostrado ser un factor explicativo en la aparición de problemas de salud mental de quienes han sido expuestos a múltiples adversidades (Cloitre et al., 2019). Este término hace referencia a los actos o estrategias que realiza una persona para regular sus emociones, como expresar o no ciertas emociones, evitar sentirlas, tener pensamientos rumiantes, aceptar o no las respuestas emocionales y la capacidad de pensar de forma distinta sobre lo que ocurre (Visted et al., 2018). Al adoptar estrategias de regulación emocional disfuncionales puede manifestarse la desregulación emocional, una incapacidad para tolerar, aceptar y gestionar la expresión de las emociones, algo característico en trastornos psicopatológicos como el trastorno límite de personalidad, el trastorno de ansiedad generalizada, la depresión y las adicciones (APA, 2013).

La regulación emocional puede actuar como un factor mediador crucial entre las experiencias adversas y la aparición de depresión y TEPT, pues las estrategias disfuncionales de regulación emocional pueden exacerbar la vulnerabilidad a estos trastornos. Sin embargo, no queda claro si la regulación emocional puede actuar como un factor mediador entre las experiencias adversas con la depresión y el TEPT, pues son pocos los trabajos que han explorado estas asociaciones (Cloitre et al., 2019). Por lo tanto, el tercer objetivo de esta investigación consiste en probar modelos de mediación que permitan conocer si la regulación emocional media la relación de experiencias adversas con la depresión y el TEPT en MVVP.

Justificación

Con esta investigación se harán distintas contribuciones en el campo de estudio de las EAI y las MVVP. A nivel teórico, la revisión de las propiedades psicométricas de los instrumentos derivados del ACE-Q será un aporte relevante para las críticas y problemas metodológicos que se han comentado en la literatura con respecto al uso de estos instrumentos para medir retrospectivamente el constructo de las EAI. Asimismo, se aportará conocimiento teórico al campo de las EAI y sus efectos en MVVP a lo largo de la vida.

A nivel metodológico no se encontraron instrumentos con propiedades psicométricas adecuadas para medir las EAI en nuestro país, por lo que traducir y validar un instrumento que permite explorar el constructo en el contexto mexicano es una gran aportación metodológica. Por otro lado, los procedimientos utilizados para la elaboración de la revisión sistemática, para la evaluación de las propiedades psicométricas de las versiones traducidas y validadas de la ALES, para la revisión y selección de instrumentos apropiados para medir los atributos asociados a las EAI, y para el diseño del estudio de mediación, son contribuciones metodológicas importantes que pueden servir de guía para futuros estudios.

A nivel práctico la evidencia empírica sugiere que las consecuencias de la violencia de pareja generan depresión y TEPT que pueden afectar la salud mental de MVVP. Con base en esto, la importancia de esta investigación radica en la mejora de las estrategias de intervención dirigidas a las MVVP, a partir de la comprensión del efecto mediador de las estrategias de regulación emocional y la desregulación emocional en el desarrollo y mantenimiento de psicopatología.

Y a nivel social, esta investigación busca promover el desarrollo de políticas públicas y programas sociales que apoyen a las MVVP que han sufrido las consecuencias de la exposición reiterada a la violencia a lo largo de su vida. Asimismo, al dar a conocer los hallazgos de esta investigación, se podrá orientar a nivel teórico y práctico a las instituciones, organizaciones y grupos que atienden los casos de violencia hacia la mujer, y lograr una mejora en las estrategias de prevención e intervención.

Preguntas de Investigación

¿La regulación emocional media la relación de las experiencias adversas en la infancia con la depresión y el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia de pareja?

Objetivos

Objetivo general

Analizar si la regulación emocional media la relación de las experiencias adversas en la infancia con la depresión y el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia de pareja.

Objetivos específicos

Estudio 1.

Revisar sistemáticamente las propiedades psicométricas de los instrumentos desarrollados a partir del ACE-Q.

Estudio 2.

Traducir y validar la ALES a población mexicana.

Estudio 3.

Evaluar las EAI en MVVP.

Evaluar las dificultades para la regulación emocional en MVVP.

Evaluar las estrategias para la regulación emocional en MVVP.

Evaluar la depresión en MVVP.

Evaluar el TEPT en MVVP.

Analizar la relación entre las variables asociadas a MVVP.

Analizar si las dificultades para la regulación emocional median la relación de las EAI y la depresión en MVVP.

Analizar si las estrategias para la regulación emocional median la relación de las EAI y el TEPT en MVVP.

Variables

Variable predictora

Experiencias adversas en la infancia.

Nivel de medición de la variable. Intervalo.

Definición conceptual. Se definen como una serie de eventos que ocurren en los primeros años de vida en la familia o el entorno social, caracterizados por ser acumulativos, por causar daño, distrés y por variar en cuanto a su severidad y cronicidad, además de que sus efectos interfieren en la salud y el desarrollo físico y psicológico (Kalmakis & Chandler, 2014).

Definición Operacional. Puntajes obtenidos en la *Adverse Life Experiences Scale* (ALES, Hawes et al., 2021). Para este estudio se incorporó una versión traducida de la ALES original con tipo de respuesta dicotómica y una versión traducida con tipo de respuesta de frecuencia.

Variable de criterio

Depresión.

Nivel de medición de la variable. Intervalo.

Definición Conceptual. Es un trastorno o síndrome que pueden derivar en síntomas emocionales, motivacionales, fisiológicos y conductuales, así como puede verse acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan la capacidad funcional del individuo (APA, 2013).

Definición Operacional. Puntaje total obtenido en la *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada* (CESD-7, Salinas-Rodríguez et al., 2013), tomando en cuenta el punto de corte para población adulta mexicana.

Variable de criterio

Trastorno de estrés postraumático.

Nivel de medición de la variable. Intervalo.

Definición Conceptual. Trastorno que se presenta cuando la persona ha sufrido agresión física o algún acontecimiento que representa una amenaza para su vida o su integridad física, o cuando ha sido testigo o ha sabido por personas cercanas de la existencia de este tipo de acontecimientos en otras personas, por lo que la reacción emocional implica una respuesta de temor, desesperanza u horror intensos que pueden generar grupos sintomáticos como la reexperimentación, evitación, activación, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (APA, 2013).

Definición Operacional. Puntaje obtenido en la *Lista de cotejo de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 en Población Mexicana* (PCL-5, Durón Figueroa et al., 2019).

Variable mediadora

Regulación emocional.

Nivel de medición de las variables. Intervalo.

Definición Conceptual. Proceso de iniciar, evitar, inhibir, mantener o modular la ocurrencia, forma, intensidad o duración de estados emocionales, los procesos de atención, los estados motivacionales, y/o concomitantes conductuales de la emoción, para la adaptación social o biológica relacionada con los afectos o el logro de objetivos individuales (Eisenberg & Spinrad, 2004).

Definición Operacional. Puntaje obtenido en la *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional para población adulta mexicana* (DERS-EAM, Carranza-Plancarte et al., 2022). Puntaje obtenido en el *Cuestionario de Regulación Emocional en adultos mexicanos* (ERQ-CA-9, Valencia y De la Rosa-Gómez, 2022).

Hipótesis

Estudio 2. Traducción y validación de la ALES a población mexicana

Tomando en cuenta los hallazgos del Estudio 1, se plantearon para el Estudio 2 las siguientes hipótesis:

H1: La traducción y validación de la ALES a población mexicana cuenta con evidencias de fiabilidad y validez que respaldan su uso para evaluar las EAI en este contexto.

H0: La traducción y validación de la ALES a población mexicana no cuenta con evidencias de fiabilidad y validez que respaldan su uso para evaluar las EAI en este contexto.

Estudio 3. Modelos de mediación

Se evaluaron distintos modelos de mediación a partir de los datos obtenidos en la muestra de MVVP:

Para el modelo de mediación en el que X = Experiencias adversas en la infancia (variable predictora), M_e = Dificultades para la regulación emocional (variable mediadora), Y = Depresión (variable de criterio), se plantean las siguientes hipótesis:

H1: Las dificultades para la regulación emocional median completamente la relación entre las EAI y la depresión.

H0: Las dificultades para la regulación emocional no median la relación entre las EAI y la depresión.

HA: Las dificultades para la regulación emocional median parcialmente la relación entre las EAI y la depresión.

Para el modelo de mediación en el que X = Experiencias adversas en la infancia (variable predictora), M_e = Estrategias para la regulación emocional (variable mediadora), Y = Depresión (variable de criterio), se plantean las siguientes hipótesis:

H2: Las estrategias para la regulación emocional median completamente la relación entre las EAI y la depresión.

H0: Las estrategias para la regulación emocional no median la relación entre las EAI y la depresión.

HA: Las estrategias para la regulación emocional median parcialmente la relación entre las EAI y la depresión.

Para el modelo de mediación en el que X = Experiencias adversas en la infancia (variable predictora), M_e = Dificultades para la regulación emocional (variable mediadora), Y = Trastorno de estrés postraumático (variable de criterio), se plantean las siguientes hipótesis:

H3: Las dificultades para la regulación emocional median completamente la relación entre las EAI y el TEPT.

H0: Las dificultades para la regulación emocional no median la relación entre las EAI y el TEPT.

HA: Las dificultades para la regulación emocional median parcialmente la relación entre las EAI y el TEPT.

Para el modelo de mediación en el que X = Experiencias adversas en la infancia (variable predictora), M_e = Estrategias para la regulación emocional (variable mediadora), Y = Trastorno de estrés postraumático (variable de criterio), se plantean las siguientes hipótesis:

H4: Las estrategias para la regulación emocional median completamente la relación entre las EAI y el TEPT.

H0: Las estrategias para la regulación emocional no median la relación entre las EAI y el TEPT.

HA: Las estrategias para la regulación emocional median parcialmente la relación entre las EAI y el TEPT.

Capítulo 1. Experiencias Adversas en la Infancia

A partir de la conceptualización de las EAI (Felitti et al., 1998), se renovó el interés en el papel que tiene el contexto en el desarrollo de las estructuras y funciones encargadas de los procesos cognitivos, afectivos y relacionales que influyen en la salud y la enfermedad (Vega-Arce & Núñez-Ulloa, 2017). Desde entonces, numerosas investigaciones se han realizado en el campo de las EAI sin haber un consenso general a la hora de definir las, clasificarlas y evaluarlas. Por ello es necesario describir cada uno de estos elementos para facilitar su comprensión.

Definición

Ya desde el primer estudio de EAI, los autores del ACE Study (Felitti et al., 1998) no tenían claridad sobre cómo definir a este conjunto de experiencias, por lo que se limitaron a enumerar sus categorías para definir las. Con el paso de los años y el desarrollo de distintas propuestas para estudiar, definir y conceptualizar este constructo, Kalmakis y Chandler (2014) las definieron como una serie de eventos que ocurren en los primeros años de vida en la familia o el entorno social, caracterizados por ser acumulativos, por causar daño, distrés y por variar en cuanto a su severidad y cronicidad, además de que sus efectos interfieren en la salud y el desarrollo físico y psicológico. Esta definición fue desarrollada a partir de la revisión de la literatura, destacando las principales características de las EAI:

- I. Son dañinas. Si bien las experiencias negativas pueden causar un daño directo y crear un ambiente perjudicial en el hogar, la ausencia de experiencias positivas también puede implicar un daño o afectación (Kalmakis & Chandler, 2014).
- II. Son crónicas. Dado que a menudo son exposiciones prolongadas o frecuentes, suelen asociarse con mayor riesgo de desarrollar psicopatologías o enfermedades

que pueden volverse crónicas y llevar a la muerte prematura (Centers for Disease Control & Prevention [CDCP], 2018).

- III. Producen distrés. Si el estrés es resultado de una respuesta neurobiológica sistémica, el distrés es consecuencia de la exposición prolongada o intensa a distintos estresores, cuya respuesta se puede exacerbar si en la infancia existe una falta de recursos personales, familiares y/o medioambientales para hacerles frente a estos estresores (Vega-Arce & Núñez-Ulloa, 2017).
- IV. Son acumulativas. Su acumulación genera incapacidad para tolerar las respuestas de estrés, lo que merma la capacidad de afrontamiento a nuevas adversidades (Center on the Developing Child, 2013). Además, la evidencia sugiere que la exposición a 3 o más EAI genera problemas que afectan la salud, el desarrollo cognitivo y socioemocional a lo largo de la vida (Bright et al., 2015; Burke et al., 2011; Clarkson, 2014; Jimenez et al., 2016; Roberts et al., 2013; Wing et al., 2015)
- V. Son de distinta severidad. No se basan en una calificación objetiva, sino que la interpretación sobre su gravedad se realiza de manera individual (Chan & Yeung, 2009). Si bien existe evidencia sobre la mayor gravedad de las EAI que ocurren en el ámbito familiar sobre otras (Negriff, 2020; Pinto-Cortez et al., 2018), la percepción individual de cada adversidad es lo que define su grado de severidad.

Habiendo descrito las principales características de las EAI, se requiere aclarar cómo se han clasificado a través de los años.

Clasificación de las EAI

En el ACE Study se nombró el primer conjunto de EAI, las cuales fueron divididas en dos dominios: el maltrato infantil y la disfunción en el hogar. Posteriormente se realizaron distintas propuestas para ampliar y reformular estas categorías. En la segunda ola de

análisis del ACE Study, se agregó un tercer dominio denominado como negligencia (Dong et al., 2004). Luego algunos investigadores añadieron un cuarto dominio que agrupa factores sociales y otros estresores que ocurren en la infancia (Cronholm et al., 2015; Finkelhor et al., 2015), o los denominados determinantes sociales de la salud (Koita et al. 2018).

De acuerdo con esta clasificación, puede observarse mayor consistencia en las categorías de EAI pertenecientes al maltrato infantil, la negligencia y la disfunción en el hogar, dada la gran cantidad de evidencia empírica en que se reporta una mayor asociación con problemas de salud y de comportamiento a lo largo de la vida (Atzl et al., 2019; Burns et al., 2010; Christ et al., 2019; Narayan et al., 2017; Negriff, 2020; Norman et al., 2012; Pinto-Cortez et al., 2018; Trickett et al., 2011). Es comprensible la menor consistencia de los factores sociales, otros estresores y los determinantes sociales de la salud, debido a lo reciente de las propuestas y la menor cantidad de investigación realizada sobre cada una de ellas desde la perspectiva de las EAI.

Sin embargo, debido a las múltiples asociaciones que se han estudiado entre las EAI y distintos problemas de salud, desarrollo y comportamiento, alrededor del mundo se extendió rápidamente el interés en estudiar su prevalencia.

Prevalencia de las EAI

A nivel internacional, EEUU ha sido un referente en este campo de estudio al haberse realizado el ACE Study (Felitti et al., 1998) en California, donde se reportó la prevalencia de las distintas categorías de EAI en 9,508 adultos. Posteriormente, el California Department of Public Health [CDPH] y el California Department of Social Services [CDSS] (2020) actualizaron estos datos de prevalencia en una muestra de 21,183 adultos entre el periodo de 2011 a 2017.

En síntesis, se reportó un aumento importante entre 1998 y 2017 en las categorías de maltrato emocional (11.1% a 30.4%), abuso de sustancias en el hogar (25.6% a 28.2%), maltrato físico (10.8% a 21.7%), violencia doméstica (12.5% a 19.6%) y encarcelamiento de un miembro de la familia (3.4% a 7.5%). Pero también hubo una menor prevalencia entre este periodo en las categorías de enfermedad mental o intento de suicidio en el hogar (18.8% a 16.1%) y abuso sexual (22% a 10.8%) (Felitti et al., 1998; CDPH & CDSS, 2020). Este incremento y disminución en la prevalencia de determinadas EAI, sugieren la participación de múltiples factores que aumentan o disminuyen el riesgo de exposición. Se sabe que en otros países la presencia de EAI también ha sido estudiada en los últimos años.

En la revisión y meta análisis de Hughes et al. (2017) sobre estudios de EAI realizados en distintas partes del mundo, se encontró que el 57% de 252,467 participantes reportaron haber experimentado al menos una adversidad en su infancia y el 13% cuatro o más a lo largo de su vida. Además, se observó la prevalencia de determinadas categorías de acuerdo con el sexo de los participantes, como en el caso de las niñas que tienden a sufrir mayor abuso sexual y los niños están más expuestos al maltrato psicológico (Hughes et al., 2017).

Estos datos nuevamente sugieren que las condiciones del entorno de cada población pueden generar mayor o menor exposición a ciertas adversidades. En Latinoamérica son escasos los estudios de prevalencia de EAI y México no es la excepción, pues se cuenta con una serie de dificultades para recolectar, integrar y publicar datos asociados a este campo de estudio.

Prevalencia de las EAI en México

El INEGI reporta que las EAI no se han evaluado de forma que los datos puedan compararse con estudios a nivel mundial (Álvarez de Lara, 2013). Se han encontrado tres

principales retos al indagar sobre los datos representativos asociados a las EAI en el país (UNICEF, 2014): Existen formas de violencia socialmente aceptadas cuyos efectos negativos suelen pasar desapercibidos, ya que no se perciben como perjudiciales. Tomemos como ejemplo los golpes a los niños: en muchas familias, se consideran con consecuencias positivas y no se perciben o se niegan los posibles efectos negativos. La falta de percepción sobre la gravedad de estos eventos, ya sea debido a la edad o condición de las víctimas, conduce a que raramente se reporten dichos casos. La escasez e inconsistencia de los datos obtenidos puede, por ende, subestimar la importancia de esta problemática.

Hasta el momento de realizado el presente estudio, la única iniciativa que plantea la medición de EAI en población mexicana es la propuesta del Proyecto ACEs (2021). La única estimación que han realizado es que en México alrededor de 28 millones de niños, niñas y adolescentes de diferentes edades y estratos socio económicos, sufren EAI que los posicionan en un alto riesgo para su salud física y mental en el futuro (Proyecto ACES, 2021). Dado que el proyecto sigue en desarrollo, esta es toda la información disponible hasta el momento.

Con base en lo planteado hasta este punto, se entiende que parte de la dificultad para evaluar las EAI en distintos países reside en la conceptualización y la medición del constructo. Por ello es necesario conocer cuáles son los instrumentos que se han utilizado para evaluar las EAI.

Instrumentos de evaluación de las EAI

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2019) tanto en México como alrededor del mundo, se han utilizado gran cantidad de instrumentos para evaluar la presencia de varias formas de violencia, trauma y adversidad durante la infancia. Los instrumentos que evalúan el trauma o las formas de violencia que ocurren en la infancia, se

centran de manera individual en una categoría o en un conjunto de categorías relacionadas con la exposición a EAI, pero no permiten conocer el grado de exposición y la acumulación de adversidades a lo largo de la vida. Entre algunos instrumentos más relevantes a nivel internacional para evaluar las EAI se encuentran: el ACE-Q (Felitti et al., 1998), los Center for Youth Wellness Adverse Childhood Experiences Questionnaires [CYW-ACE-Q] en sus versiones para niños y adolescentes (Burke y Renschler, 2015) y el ACE-IQ (WHO, 2015).

El ACE-Q (Felitti et al., 1998) fue el primer cuestionario desarrollado para evaluar de manera retrospectiva las EAI, por medio de diez preguntas con respuesta dicotómica (sí/no) sobre la exposición a adversidades que forman parte de los dominios de maltrato infantil, negligencia y disfunción en el hogar. Su uso comenzó a extenderse desde la publicación del ACE Study y sigue siendo la principal herramienta para evaluar las EAI. Fue a partir del ACE-Q que se desarrollaron los CYW-ACE-Q (Burke y Renschler, 2015) y el ACE-IQ (WHO, 2015). En otras adaptaciones, como en el Pediatric Adverse Childhood Experiences and other Determinants of Health Questionnaire [BARC ACE-Q] (Koita et al., 2018), se hicieron modificaciones a los ítems y se añadieron adversidades consideradas como determinantes sociales de la salud.

Desde entonces la utilización de estas herramientas para evaluar las EAI se propagó a pesar de no contar con estudios de validación para cada contexto de investigación. Tuvo que pasar un tiempo para que se demostraran las propiedades psicométricas del ACE-Q (Ford et al., 2014), mostrando una buena capacidad para analizar la relación entre las EAI y la salud (Bethell et al., 2017; Hughes et al., 2017) y una buena utilidad en estudios epidemiológicos retrospectivos (Nevárez Mendoza & Ochoa Meza, 2022).

Recientemente Nevárez Mendoza y Ochoa Meza (2022) adaptaron el ACE-Q para muestras mexicanas, y encontraron que esta versión posee propiedades psicométricas de

confiabilidad y validez aceptables para utilizarse en nuestro contexto. Sin embargo, se sugiere que en futuras investigaciones instrumentales se incluyan otros tipos de adversidad para medir el constructo.

Por otro lado, se han desarrollado instrumentos que evalúan el trauma durante la infancia, como el Childhood Trauma Questionnaire [CTQ] (Bernstein et al., 1997) y el Early Trauma Inventory [ETI] (Bremner et al., 2000), que han sido sumamente utilizados para evaluar las EAI, así como algunas entrevistas y autoinformes para trauma (Ordoñez et al., 2016). La deficiencia de estos instrumentos, es que se centran individualmente en una forma de adversidad y conceptualizan a todas estas experiencias como traumáticas, lo que difiere con la conceptualización de EAI.

Con base en esto, se propone utilizar una medida para las EAI que se adapte a los hallazgos recientes sobre este campo de estudio, como la necesidad de incluir mayor número de adversidades y probar distintas medidas para evaluar el constructo, adicionales a la medida dicotómica que fue utilizada desde sus inicios (Felitti et al., 1998; Dong et al., 2004). En este sentido, la ALES (Hawes et al., 2021) es una escala desarrollada a partir del ACE-Q que, además de evaluar las mismas adversidades, incluye factores sociales y otros estresores que pueden ser considerados adversidades en diferentes contextos. Otra diferencia con el ACE-Q es que incluye una medida para conocer el periodo de edad en que se dio la exposición a cada adversidad, lo que ofrece una perspectiva novedosa para recoger información sobre la cronicidad de las EAI a lo largo de la vida.

Dicho esto, ahora es necesario conocer cuál es el impacto de estas experiencias, pues desde la definición de EAI se deja en claro la asociación que existe entre la exposición y acumulación de EAI y la mayor presencia de problemas de salud, problemas del desarrollo y comportamientos de riesgo (Hughes et al., 2017).

Impacto de las EAI

Si bien el impacto de las EAI en mayores de 18 años está ampliamente documentado y se sustenta por la mayoría de estudios realizados para conocer el impacto de las EAI a lo largo de la vida, conocer los cambios que generan a nivel neurobiológico antes de desarrollarse las consecuencias en la salud, da la oportunidad de comprender cuáles estructuras y funciones se ven implicadas en las características que las definen. Al respecto, Soares et al. (2021) realizaron una revisión sistemática sobre la asociación entre EAI y el riesgo biológico en etapas tempranas de desarrollo, cuyos hallazgos se describen a continuación.

En el sistema inmunológico. Se encontró una asociación positiva y fuerte entre la exposición a EAI y los biomarcadores del sistema inmunológico como el cortisol, las proteínas de fase aguda de origen hepático y las citoquinas, implicados en la respuesta inmunológica e inflamatoria del organismo. Las categorías de abuso sexual, abuso físico, negligencia y otros estresores tuvieron mayor relación con estos biomarcadores (Brake et al., 2004; Soares et al., 2021).

En la estructura y funcionamiento cerebral. Se encontraron cambios en el volumen del hipocampo, en la conectividad funcional de la amígdala, en el volumen de la amígdala, la materia gris y la glándula pituitaria, en la morfometría basada en vóxeles y en las anomalías neurológicas. La mayoría de estudios mostraron asociaciones fuertes y el resto moderadas entre las medidas de biomarcadores y la exposición a EAI como el abuso sexual, el abuso físico y la negligencia (Jöels y Karst, 2012; Luo et al., 2008; Radley et al., 2015; Soares et al., 2021).

En la genética y epigenética: se encontró mayor metilación del ADN y menor longitud en los telómeros en participantes expuestos a EAI como el abuso sexual, otros estresores y el abuso físico. La metilación del ADN se altera entre los 3 y los 5 años y los

cambios en la longitud de los telómeros se pueden observar a los 10.2 años (Soares et al., 2021, Uddin et al., 2011). Estos hallazgos sugieren que las EAI pueden tener un impacto a nivel molecular desde edades tempranas, lo que podría contribuir a los efectos a largo plazo en la salud mental y física de quienes han sido expuestos repetidamente a estas experiencias.

Es importante destacar que estas alteraciones neurobiológicas han sido estudiadas desde que comenzó a hablarse de que las EAI eran más que solamente un constructo que presentaba múltiples asociaciones con problemáticas a lo largo de la vida, principalmente debido al periodo de desarrollo temprano en que se afectan estructuras y funciones implicadas en los procesos cognitivos, afectivos y relacionales que influyen en la salud y la enfermedad (Vega-Arce & Núñez-Ulloa, 2017).

Al respecto, Hughes et al. (2017) realizaron un metanálisis sobre los riesgos para la salud asociados a la exposición a múltiples EAI antes de los 18 años. Se encontraron asociaciones fuertes con la ansiedad ($OR= 3.70$, $I^2= 82.2$), la depresión ($OR= 4.74$, $I^2= 75.2$) y el uso problemático de alcohol ($OR= 6.86$, $I^2= 37.6$); y las asociaciones más fuertes con la victimización de la violencia ($OR= 7.51$, $I^2= 59$), la perpetración de la violencia ($OR= 8.10$, $I^2= 68.2$), el uso problemático de drogas ($OR= 10.22$, $I^2= 12$), y el suicidio ($OR= 37.48$, $I^2= 23.9$) (p. 363).

Estos hallazgos dejan en claro que las EAI generan un impacto en la salud mental y en los comportamientos de riesgo. Entre las asociaciones más fuertes que se describen en este metanálisis, la victimización de la violencia es uno de los comportamientos de riesgo más relevantes, motivo por el que a continuación se profundizará en una las formas de victimización con mayor prevalencia en México y a nivel mundial: la violencia de pareja dirigida hacia las mujeres.

Capítulo 2. Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja

La literatura internacional hace énfasis en reconocer a la violencia como un problema social y de salud pública, que aumenta potencialmente el riesgo de presentar consecuencias negativas a la salud a lo largo de la vida (Jaramillo-Sierra & Ripoll-Núñez, 2018).

Específicamente, la violencia de pareja comenzó a ser reconocida como una problemática en países de América Latina dos décadas después que en regiones de mayor desarrollo, por lo que surge la interrogante de hasta qué punto el contexto puede influenciar el reconocimiento de problemas sociales y de salud (Valdez-Santiago et al., 2015). Por ello, resulta necesario ahondar sobre la definición y los hallazgos más relevantes de este campo de estudio.

Definición

La OMS define a la violencia de pareja como “cualquier comportamiento, dentro de una relación íntima, que cause o pueda causar daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación” (2013, p. 1). Estos comportamientos se realizan por uno o ambos miembros de la pareja y pueden implicar un abuso de poder u omisiones con intención de controlar, dominar, someter o agredir al otro, y se manifiestan en cuatro formas: agresiones físicas, abuso psicológico, coacción sexual y comportamientos de control o dominio sobre el otro (Keynejad, 2020).

Al respecto, se consideran como agresiones físicas el abofetear, golpear, patear, pegar o hacer daño utilizando objetos; el abuso psicológico puede manifestarse como insultos, gritos, denigración, humillación, intimidación o amenazas; la coacción sexual se manifiesta como actos dirigidos a forzar relaciones sexuales o utilizar estrategias para lograr tal fin; y en los comportamientos controladores o dominantes se pueden incluir los intentos por aislar, vigilar o manipular al otro, restringir su acceso a bienes patrimoniales,

económicos, o a servicios de salud, educativos, o al empleo (OMS, 2013; OMS & OPS, 2013).

Si bien la violencia de pareja puede manifestarse de mujeres a hombres y viceversa, la OMS (2021b) refiere que en su mayoría se dirige de los hombres hacia las mujeres. Por ello es relevante conocer la prevalencia de las mujeres víctimas de violencia de pareja.

Prevalencia

A nivel mundial, las estimaciones que se han publicado por la OMS (2021b) para 161 países, refieren que una de cada tres mujeres de 15 a 49 años entre el año 2000 y 2018 fueron víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja. A nivel regional, la prevalencia de violencia de pareja en mujeres es del 20% para la región del pacífico occidental, del 22% en países de la región de europa y países de ingresos elevados, del 33% en la región de áfrica, del 31% en la región del mediterráneo oriental y del 33% para la región de asia sudoriental (OMS, 2021b).

Específicamente, al analizar las estimaciones de prevalencia en el continente americano, se encontró una disminución de ciertos tipos de violencia de pareja en Canadá, Guatemala, Perú, República Dominicana, Nicaragua, Colombia, Haití y México en los últimos 15 a 20 años (Bott et al., 2021). Sin embargo, estos cambios fueron mínimos y otros poco consistentes debido a las estrategias utilizadas para realizar las estimaciones.

En cuanto a los datos reportados por cada país (Bott et al., 2021), es posible observar una coincidencia con los aportados por la OMS (2013) a nivel regional, con respecto a que una tercera parte de las mujeres de América Latina y el Caribe han sufrido violencia por parte de su pareja. Esto indica que la violencia de pareja sigue estando presente en todo el continente americano, siendo un problema generalizado de salud y de derechos humanos en la región (Bott et al., 2021). Por tal motivo, es necesario saber cuál es

su prevalencia en México.

Prevalencia de MVVP en México

México es uno de los países de la región de América Latina y el Caribe que cuenta con mayor consistencia en la forma en que se recogen los datos con respecto a la violencia de pareja. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares [ENDIREH] realizada por el INEGI, recoge información sobre la violencia de pareja que se manifiesta como actos de abuso de poder u omisiones que se realizan con la intención de dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexualmente a las mujeres (Casique & Castro, 2016).

Se estima que 47.3 millones de mujeres mayores de 15 años han tenido una relación de pareja, de las cuales el 39.9% reporta haber experimentado violencia en su relación actual o en la última que tuvieron y el 20.7% reporta situaciones de violencia de pareja entre octubre de 2020 y octubre de 2021 (INEGI, 2022, p. 19). De quienes reportan violencia con su pareja actual o en la última que tuvieron, el 35.4% refiere haber sufrido violencia psicológica, el 19.1% violencia económica o patrimonial, el 16.8% violencia física y el 6.9% violencia sexual (p. 20). Por otro lado, de quienes reportan haber sufrido violencia entre octubre de 2020 a 2021, el 18.4% refiere haber sufrido violencia psicológica, el 8.1% violencia económica o patrimonial, el 5.2% violencia física y el 2.1% violencia sexual (p. 20).

Además de los datos a nivel nacional, la ENDIREH cuenta con datos de cada estado de la república mexicana. De manera puntual, en el estado de Chihuahua se estima que un 36.5% de mujeres mayores de 15 años reportan haber sufrido violencia de pareja en su relación actual o en la última que tuvieron, y de octubre de 2020 a 2021 la prevalencia fue de 19.1% (p. 21).

Por otro lado, la ENDIREH reporta datos de prevalencia sobre la violencia en la infancia sufrida por 21.2 millones de mujeres mayores de 15 años, de las cuales el 41.8% reportó haber sido víctima de algún tipo de violencia durante este periodo (p. 22). De este porcentaje, el 33.9% reportan haber sufrido violencia física, el 21.6% violencia psicológica, el 12.6% violencia sexual y el 3.4% reportó no recordar tales eventos (p.22). Sin embargo, es preciso señalar que estos datos solo proporcionan una visión general y no abordan la complejidad de los factores involucrados en la relación entre la violencia sufrida en la infancia y la victimización posterior en la edad adulta.

En cuanto a las acciones que siguieron ante la violencia sufrida, se tiene el dato de que el 78.3% de mujeres no solicitó apoyo ni presentó alguna queja o denuncia, el 8.3% sólo presentó una queja o denunció, el 7.4% solo solicitó apoyo, el 4.8% solicitó apoyo y presentó una queja o denuncia y el 1.2% no realizó ninguna acción específica luego de haber sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja (INEGI, 2022).

Siendo la respuesta más frecuente el hecho de no pedir apoyo ni presentar una queja o denuncia, el 27.7% explicó no haberlo hecho porque se trató de algo sin importancia que no le afectó; el 22.2% tuvo miedo de las consecuencias; el 18% sintió vergüenza; el 13.5% no sabía cómo ni dónde denunciar; el 13.5% no hizo nada por pensar en sus hijos; el 13.5% no hizo nada porque su pareja aseguró que cambiaría; el 12.5% no hizo nada porque no quería que se enterara la familia del suceso; y el 8.7% no hizo nada porque consideró que su pareja aun así no cambiaría (INEGI, 2022)

Por último, es necesario destacar que las repercusiones sociales, económicas y sanitarias provocadas por la pandemia de COVID-19, contribuyeron al aumento de la prevalencia de la violencia de pareja o en algunos casos llegó a intensificar la violencia ya existente (Escalante Ferrer et al., 2021). En México, el Secretariado Ejecutivo del Sistema

Nacional de Seguridad Pública (2020) reportó que de marzo a abril de 2020 se iniciaron 34,823 carpetas de investigación, se recibieron 403,130 llamadas de emergencia al 911 por violencia familiar y se reportó un incremento de más del 80% de las solicitudes de apoyo a la Red Nacional de Refugios, un incremento notorio en comparación con las cifras del 2019 (Escalante Ferrer et al., 2021).

En conjunto, estos datos de prevalencia permiten visualizar la magnitud del fenómeno de la violencia de pareja a nivel mundial, nacional y estatal. Con esto en mente, es posible hablar ahora sobre los factores que pueden propiciar la victimización en las relaciones de pareja.

Causas de la violencia de pareja

En palabras de Pueyo y Redondo (2017), para comprender las expresiones de la conducta violenta en la pareja es necesario reconocer su origen multicausal. Si bien se han realizado investigaciones para identificar las características sociodemográficas asociadas a la violencia de pareja, también se han desarrollado modelos teóricos para abordar esta problemática social y de salud pública.

En lo referente a características sociodemográficas, en México y América Latina se han obtenido hallazgos relevantes. A pesar de que la violencia de pareja puede manifestarse de manera bidireccional, ser mujer aumenta en gran medida el riesgo de ser víctima (Frías, 2017). Asimismo, tener menor edad, un menor nivel de estudios (Castro et al., 2017) y pertenecer a un estrato socioeconómico bajo también puede incrementar el riesgo de ser víctima de violencia de pareja (Escalante Ferrer et al., 2021).

Con respecto al desarrollo de teorías para explicar la violencia de pareja, Dutton (1995) propone el modelo ecológico para exponer la existencia de factores que se manifiestan en distintos niveles que predicen este tipo de violencia. Desde esta perspectiva

se plantean cuatro niveles: el nivel ontogenético/individual, en el que se incluye la historia de abuso y las características personales; el nivel micro/relacional, donde se da la interacción con los grupos pertenecientes al contexto de desarrollo; el nivel del exosistema/comunitario, donde se integran las estructuras individuales formales e informales; y el nivel macroestructural/social, en el que influye la globalización, la política, economía y cultura (Puente-Martínez et al., 2016, p. 295).

Al analizar los factores de riesgo asociados a la violencia de pareja en cada nivel, Puente-Martínez et al. (2016) encontraron en el nivel individual que la menor edad, la depresión, el miedo, el bajo nivel de estudios y el consumo de alcohol son factores de riesgo; en el nivel relacional, tener bajos ingresos y la violencia recíproca con la pareja incrementa el riesgo de violencia; y en los niveles comunitario y social, el bajo desarrollo económico del país, los escasos derechos sociales, la falta de democratización del estado, la cultura del honor y las culturas masculinas pueden considerarse como factores de riesgo para la violencia de pareja (p. 297-302).

Este modelo es retomado por la OMS (2021b), considerando que la comprensión de los factores que se manifiestan en cada nivel son clave para abordar la violencia de pareja, puesto que cada factor influye en quien perpetra los actos de violencia, en quien es víctima de ellos o en ambos.

Esto es relevante, debido a la creciente evidencia que vincula a los factores que se desarrollan a nivel individual y relacional con un mayor riesgo de victimización y perpetración de violencia de pareja, así como en la aparición de consecuencias a la salud (Hughes et al., 2017). A saber, a nivel individual y relacional la OMS (2021b) destaca que la exposición al maltrato durante la infancia, el haber presenciado escenas de violencia familiar, los antecedentes de violencia a lo largo de la vida, los problemas maritales y las

dificultades de comunicación con la pareja son factores de riesgo para la victimización y perpetración de violencia de pareja.

Retomando las categorías de EAI abordadas en el capítulo anterior, resulta notorio el vínculo que mantienen con estos factores que se manifiestan a nivel individual y relacional que predicen tanto la victimización como la perpetración de la violencia de pareja. Hasta este punto, ahora es necesario describir cuáles son las consecuencias que se han documentado en mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja.

Consecuencias en las mujeres víctimas de violencia de pareja

Antes de exponer las consecuencias, hay que hacer énfasis en un aspecto ya mencionado al exponer los datos de prevalencia. Se sabe que la pandemia de COVID-19 redujo las oportunidades para pedir ayuda y acceder a servicios de apoyo a víctimas de violencia, lo que puede haber provocado que las consecuencias se intensificaran durante este periodo (Kofman & Garfin, 2020). Es necesario tener esto en mente mientras se realiza un recorrido por las numerosas consecuencias que puede traer consigo este tipo de violencia a las mujeres.

Dicho esto, entre las consecuencias se encuentra la disfuncionalidad que aparece en la vida diaria en sus relaciones interpersonales, sus actividades laborales y su situación económica, como resultado de la violencia en sí misma y los efectos que aparecen después de que se han tomado acciones para contrarrestar el daño (Escalante Ferrer et al., 2021).

Con respecto al ámbito de relaciones interpersonales, se ha encontrado que las víctimas pueden generar dependencia emocional y económica a la pareja que genera la violencia (Buesa & Calvete, 2013), esto puede deberse a la compleja dinámica de poder y control presente en las relaciones abusivas. También se ha identificado un bajo funcionamiento social y menor conexión social (Bonomi et al., 2006), dada la manipulación

y el aislamiento característico de las relaciones abusivas, que afectan negativamente la relación con amigos y familiares.

Asimismo, se han encontrado dificultades para establecer relaciones sanas y afectaciones en la situación económica y laboral (Ocampo & Amar, 2011), esto puede explicarse por las limitaciones impuestas por la pareja agresora, como el control financiero y las restricciones a la participación laboral, lo que contribuye a la vulnerabilidad de las víctimas.

En el ámbito laboral, debido a los comportamientos de control y dominio sobre las víctimas, se pueden esperar retrasos e inasistencias al trabajo, poca concentración, menor desempeño laboral, falta de estabilidad y en algunos casos pérdida del empleo (Adams & Beeble, 2019; Giesbrecht, 2020).

Por otro lado, como resultado de la violencia económica, la violencia patrimonial y la restricción de actividades laborales debido al control y dominio que se ejerce en la víctima, en el ámbito económico se pueden esperar dificultades para mantener los gastos del hogar (Ocampo & Amar, 2011). Esto ocurre por el impacto económico a la víctima cuando depende de la pareja para cubrir sus gastos, al igual que los gastos adicionales que se generan por la búsqueda de ayuda profesional, el pago de servicios médicos, de servicios policiales, del sistema judicial o del alojamiento y refugio para mujeres e hijos (Ocampo & Amar, 2011).

Estas consecuencias en el ámbito interpersonal, laboral y económico, pueden propiciarse por el desarrollo de problemas físicos y psicológicos como resultado de la violencia de pareja (Peterson et al., 2018). Existe evidencia de que se afecta su salud física, mental, sexual y reproductiva (OMS, 2021b), además de que el vínculo afectivo que mantienen con sus parejas puede aumentar la severidad de estas consecuencias (Casique &

Castro, 2016).

Por una parte, se ha comprobado que la violencia de pareja puede reducir notoriamente el nivel de actividad física (Ruíz Pérez et al., 2007), alterar la alimentación (Wong & Chang, 2016) y provocar problemas de sueño (Rauer et al., 2010). También hay que mencionar los daños directos de la violencia física y sexual, como los moretones, hemorragias, cortadas, quemaduras, pérdida de dientes, hospitalizaciones, fracturas, desmayos, enfermedades de transmisión sexual, abortos o partos prematuros, inmovilidad y ardor o sangrados vaginales (INEGI, 2022).

Por otra parte, se sabe que la violencia de pareja tiene una relación bidireccional con la salud mental, la primera incrementa el riesgo de problemas de salud mental y estos a su vez incrementan la vulnerabilidad de sufrir violencia de pareja (Keynejad, 2020). Esto puede verse reflejado en gran cantidad de estudios enfocados en conocer las consecuencias de la violencia de pareja en la salud mental de las víctimas.

En varios estudios, se han identificado como principales efectos el TEPT (Echeburúa & Corral, 1998; Hegarty et al., 2013; Walker, 2012), la ansiedad y la depresión (Bermúdez et al., 2009; Echeburúa & Corral, 1998; Echeburúa, et al., 1997; Hegarty et al., 2013). Cabe señalar, que hay evidencia sobre la aparición de otras problemáticas de salud mental.

Se reporta también la pérdida de autoestima, la presencia de sentimientos de culpa, aislamiento social y dependencia hacia la pareja (Dutton, 1993); afectaciones en la vida cotidiana y en la salud física, como la presencia de somatizaciones, insomnio y abuso de medicamentos (Menéndez et al., 2013); intentos de suicidio (Devries et al., 2013); problemas con los hijos, dificultades para hacer planes a futuro, la creencia de no poder vivir sin la pareja (Jacobson & Gotman, 2001); la disminución de conductas de autocuidado

y del sentido de competencia (Bermúdez et al., 2009; Matud et al., 2004); la justificación de la violencia, la exculpación del agresor y la conducta protectora hacia él (Arce & Fariñas, 2009); así como la presencia de disociaciones, relaciones interpersonales conflictivas y problemas sexuales (Walker, 2012).

Por su parte, Golding (1999) realizó un metanálisis sobre la violencia de pareja como factor de riesgo en el desarrollo de trastornos mentales en mujeres, encontrando altas tasas de diagnósticos de salud mental; el 63.8% presentó TEPT, el 47.6% depresión, el 18.5% abuso de alcohol, el 17.9% ideaciones suicidas; y el 8.9% abuso de drogas.

De manera similar y más recientemente, Lara et al. (2019) encontraron resultados similares en población mexicana, reportando una relación entre la violencia de pareja en mujeres y la manifestación de síntomas de ansiedad, depresión y TEPT. Queda claro entonces, que las principales consecuencias a la salud mental que se reportan en los estudios son la depresión, la ansiedad y el TEPT.

Antes de finalizar este capítulo, es necesario destacar la importancia de haber abordado la definición de violencia de pareja, su prevalencia, así como las causas y consecuencias que se asocian a su aparición y mantenimiento. En los siguientes capítulos se prestará especial atención a la depresión y el TEPT, siendo estas dos de las principales consecuencias a la salud mental de las MVVP.

Capítulo 3. Depresión

La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes y la principal causa de discapacidad a nivel mundial, dado que cuando su intensidad es moderada o grave puede limitar el funcionamiento personal, laboral, escolar o familiar, siendo las mujeres las más afectadas (OMS, 2021a). Por su alta prevalencia y el riesgo que implica a la salud de la población, es necesario conocer los aspectos que permitan definirla, explicarla y evaluarla en las poblaciones y grupos más afectados por sus efectos.

Definición

Según la OMS (2017), la depresión es un trastorno mental que se manifiesta a través de síntomas como tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y disminución de la concentración; además, puede volverse crónica y dificultar el desempeño laboral, cognitivo y la capacidad de afrontar la vida diaria.

Debido al gran impacto que este trastorno tiene en la población en general y la influencia de factores biológicos, individuales y ambientales que contribuyen a su desarrollo, se han realizado distintas propuestas a lo largo de los años para poder explicar la depresión. Sin embargo, antes es necesario exponer los datos relativos a su prevalencia mundial, regional y nacional.

Prevalencia

Según datos y cifras aportadas por la OMS (2021a) la depresión es la enfermedad mental con mayor prevalencia a lo largo del mundo, pues se estima que afecta a más del 5% de adultos a nivel mundial lo que equivale a más de 350 millones. Esto resulta alarmante considerando que en su forma más grave puede conducir al suicidio y que una de cada 4 personas pasan por un periodo de depresión mayor a lo largo de la vida.

A nivel regional, para 2015 se estimaron 322 millones de casos de depresión en el mundo, de los cuales el 9% se presentaron en la región de África, el 16% en la región del mediterráneo oriental, el 12% en la región europea, el 21% en la región de asia sudoriental, el 27% en la región del pacífico occidental y el 15% en la región de las américas (OPS, 2017, p. 8).

Aunado a esto, los trastornos depresivos se consideran el mayor factor de pérdida de salud a nivel mundial, y es en la región de las américas donde se estima el mayor porcentaje de años vividos con discapacidad en comparación al resto de regiones (p. 13). Debido a las alteraciones en el funcionamiento y su asociación con otros problemas de salud, es de gran importancia conocer la prevalencia nacional de la depresión. En este contexto, es necesario dimensionar la magnitud de la depresión en el país, identificando su prevalencia en mujeres y en aquellas que han sido víctimas de violencia de pareja.

Prevalencia de la depresión en México

Según datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], el 17.9% de mexicanos presentan sintomatología depresiva que indica la presencia de depresión moderada o severa (ENSANUT, 2020). De este porcentaje, el 12.3% son hombres y el 22.5% son mujeres, lo que indica que la sintomatología depresiva moderada o severa en mujeres es casi el doble de la observada en hombres (p. 154). Asimismo, del 17.9% de mexicanos en los que se reporta niveles de depresión moderada o severa, el 18.6% pertenece a la región sur, el 16.3% son de la ciudad de México, el 18.2% pertenece a la región centro y el 17.3% pertenece a la región norte del país (p. 154).

En cuanto a la depresión durante el confinamiento, en México se desarrolló una encuesta mensual para indagar sobre los cambios en la tendencia nacional de la depresión asociada a la pandemia por COVID-19, así como para identificar las diferencias por género

y nivel socioeconómico que evidencian el impacto en la población (Teruel Belismelis et al., 2020).

Con base en lo anterior, la Encovid-19 reportó en abril de 2020 la prevalencia de depresión en el 27.3% de la población, un aumento considerable en comparación a los datos de la ENSANUT; entre abril y junio disminuyó a 22.8% y en octubre a 19.7% (Teruel Belismelis et al., 2021). También se reporta que en los meses de monitoreo, se mantuvo constante la brecha entre hombres y mujeres con una diferencia de entre 10 y 12 puntos porcentuales, siendo las mujeres las que presentaron mayor prevalencia de depresión (p. 66).

Y en cuanto al nivel socioeconómico, a partir de la estratificación de la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de mercado y opinión [AMAI] se reportó una prevalencia del 9.16% para los estratos A/B, del 18.85% para el estrato C, del 25.12% en el estrato D y del 38.51% para el estrato E; lo que hace notorio que las desigualdades económicas durante la pandemia influyeron en el desarrollo de depresión en la población de los estratos socioeconómicos más bajos (p. 67). Habiendo reportado su prevalencia a nivel mundial, regional y nacional, es posible describir el modelo explicativo para la depresión que resulta más relevante para el presente estudio.

Teoría del autocontrol para la depresión

En la búsqueda de teorías y supuestos para explicar la depresión, de las teorías conductuales y cognitivas se han propuesto numerosos modelos explicativos. La principal característica de las aproximaciones conductuales para explicar la depresión, reside en que se basan en una metodología científica basada en la psicología experimental (Antonuccio et al., 1989). Desde esta postura, la depresión se considera un fenómeno aprendido

relacionado con las interacciones negativas de una persona y su entorno, influidas por las cogniciones, conductas, emociones y la relación entre estos aspectos (Vázquez et al., 2000).

Rehm (1977) propone la teoría del autocontrol para explicar que la depresión es resultado de la relación entre recompensas y castigos a través de las respuestas conductuales y cognitivas, mediante la combinación de la consecución progresiva de una meta, el autorrefuerzo, el manejo de contingencias y el rendimiento conductual. Desde esta teoría, el control de la conducta se realiza a partir de tres procesos (Kahn et al., 1990):

- 1) La automonitorización, en la cual una persona con depresión focaliza su atención a las consecuencias inmediatas de la conducta, destacando los aspectos negativos sobre los positivos.
- 2) La autoevaluación, desde la cual se genera contenido negativo y sesgado para el cumplimiento de metas, generando frustración debido a las altas exigencias hacia sí mismo y la incapacidad percibida para alcanzar tales objetivos.
- 3) El autorrefuerzo, que surge de los dos procesos anteriores, aparece como una forma de autocastigo por la focalización en aspectos negativos y las altas exigencias, por no ver reforzada su conducta en el cumplimiento de objetivos (p. 199).

Se entiende entonces que las personas con depresión tienden a realizar pocos refuerzos y su tasa de autocastigos es alta, lo que resulta en una baja frecuencia de acontecimientos positivos acompañados de sesgos cognitivos y escasas estrategias de autocontrol (Rehm, 1977). Esto influye en las expectativas, la autoevaluación negativa, y el procesamiento y recuperación de eventos negativos que elevan el riesgo de continuar el autocastigo de forma cada vez más intensa (Rehm, 1977). Ahora es importante conocer algunos de los instrumentos de evaluación más relevantes siguiendo esta perspectiva.

Instrumentos de evaluación de la depresión

Al evaluar la depresión pueden tener distintos objetivos. Por una parte, puede tenerse la finalidad de generar un diagnóstico a partir de la presencia o ausencia de determinados criterios; por otro lado, puede tenerse la intención de realizar un cribado diagnóstico para cuantificar la frecuencia y gravedad de los síntomas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Independientemente del objetivo que se tenga, la evaluación de la depresión debe basarse en criterios establecidos para la identificación de síntomas o criterios diagnósticos actualizados al campo de estudio.

Desde el enfoque multifactorial de la depresión es posible evaluar distintas áreas: las características del episodio depresivo, su duración, número e intensidad de síntomas y comorbilidad; la evaluación psicosocial, el grado de disfuncionalidad, la respuesta previa al tratamiento y el riesgo de suicidio (National Collaborating Centre for Mental Health, NCCMH, 2009; Patten et al., 2009).

Una vez seleccionada el área a evaluar, es necesario establecer de qué manera se obtendrá la información. La utilización de escalas y entrevistas para la evaluación de la depresión se convierte en la principal fuente de información sobre la presencia de síntomas en un periodo específico, del cual se obtiene un puntaje final que no pretende generar un diagnóstico por sí mismo, sino integrarlo con el resto de información obtenida en la evaluación (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Claro está que existen algunas escalas que presentan mejores propiedades psicométricas que otras para la evaluación de la depresión en adultos, por lo que aquí se describen algunas de las principales.

El Inventario de Depresión de Beck [BDI] es uno de los instrumentos para evaluar la depresión más utilizados para medir la presencia de síntomas depresivos y cuantificar su

gravedad de forma autoaplicada, mediante 21 ítems con alternativas de respuesta que indican una menor o mayor gravedad de cada síntoma (Beck et al., 1996). Cuenta con traducciones y adaptaciones al español para cada una de sus versiones y sus puntuaciones de corte y descriptores permiten distinguir entre la ausencia de depresión o un nivel mínimo, leve, moderado y grave.

La Escala Heteroaplicada de Hamilton para Depresión [HAM-D], se encarga de medir la intensidad y gravedad de la depresión mediante 21 ítems, cuyo uso se enfoca a la práctica clínica e investigación (Hamilton, 1960). Esta escala brinda una puntuación global sobre la gravedad del cuadro depresivo y sus puntos de corte pueden variar dependiendo la versión que se utilice.

El Brief Patient Health Questionnaire [PHQ-9] consta de un instrumento de 9 ítems que mide la presencia de nueve síntomas de depresión. Si cinco síntomas se manifiestan más de la mitad de los días en las últimas dos semanas y uno de ellos se relaciona con el estado de ánimo o anhedonia, se sugiere una evaluación a mayor profundidad para el diagnóstico de depresión mayor (Kroenke et al., 2001).

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), cuenta con diferentes versiones autoaplicables, validadas y de fácil calificación ya que cuenta con validaciones del punto de corte en diferentes grupos poblaciones, por lo que su utilización como herramienta de tamizaje en la detección de casos de depresión en México ha sido ampliamente extendida (Salinas-Rodríguez et al., 2013). Por lo anterior, se convierte en una de las mejores alternativas para evaluar la depresión en el país.

En síntesis, este conjunto de instrumentos podrían resultar útiles para evaluar la depresión, pues aportan información valiosa en una evaluación para dar el seguimiento clínico adecuado y una respuesta al tratamiento (NCCMH, 2009; Patten et al., 2009). Ahora

que se ha expuesto el modelo teórico para la depresión y algunos de los instrumentos de evaluación más relevantes, es posible abordar otra de las consecuencias de mayor presencia en las mujeres víctimas de violencia de pareja, el TEPT.

Capítulo 4. Trastorno de Estrés Postraumático

Como resultado del conjunto de síntomas experimentados por soldados después de la guerra, el ahora TEPT llegó a ser nombrado como neurosis de guerra, neurosis traumática, corazón irritable, shock por bombardeo, entre otros, para referirse a la aparición de un patrón de síntomas como consecuencia de la exposición intensa o reiterada a estímulos estresantes traumáticos (Rincón González, 2003).

Hoy en día, el TEPT se ha vinculado a una amplia gama de eventos potencialmente traumáticos, como ser víctima de delitos, violaciones, tortura, accidentes de tráfico, desastres naturales, así como ser víctima de abuso infantil y el abuso físico en condiciones de violencia doméstica (Astin y Resick, 1997). Desde la primera aparición del TEPT como diagnóstico en la tercera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III, Rincón González, 2003), se ha continuado investigando nuevos procedimientos para su comprensión, evaluación y tratamiento a poblaciones afectadas por eventos sumamente estresantes.

Definición

Desde la propuesta de la APA (2013), el TEPT se presenta cuando una persona ha sufrido agresión física o algún acontecimiento que representa una amenaza para su vida o integridad, o cuando ha sido testigo o se ha enterado de la existencia de este tipo de acontecimientos en personas cercanas, lo que produce una reacción emocional de temor, desesperanza u horror intenso.

En consecuencia, aparecen grupos sintomáticos como la reexperimentación, evitación, activación, y las modificaciones de la quinta versión del DSM incluyen síntomas relacionados con alteraciones cognitivas y el estado de ánimo (APA, 2013). Dicho esto,

conocer su prevalencia es fundamental para estimar el impacto que puede llegar a tener en distintos grupos y poblaciones expuestas a eventos traumáticos.

Prevalencia

A nivel global, se habla de que alrededor del 50% de la población llega a estar expuesta a sucesos traumáticos, de los cuales no todos llegan a manifestar TEPT (Bermúdez Durán 2020). La incidencia de este trastorno en la vida adulta se encuentra del 9 al 15% (Sadock et al., 2015). Y se estima una prevalencia del 3.9% en población general y del 5.2% en población expuesta a alguna situación traumática (Crespo Generelo, 2019)

Con respecto al mayor riesgo de desarrollar TEPT por la exposición a situaciones traumáticas, se ha encontrado en distintos estudios que tener menor edad, el estado civil soltero, el bajo nivel socioeconómico y el menor nivel de escolaridad aumentan este riesgo (Lorenzo Ruiz & Guerrero Angeles, 2017; Polimanti et al., 2019). Además, se tiene evidencia de que ser mujer aumenta el riesgo de TEPT, cuya prevalencia a lo largo de la vida es del 10% a diferencia de los hombres que es del 4% (Shalev et al., 2017).

Prevalencia del TEPT en México

A nivel nacional, se ha encontrado que al menos el 68% de la población ha sido expuesto a un factor estresante que promueve el desarrollo del TEPT, con diferencias importantes entre género y edad en que ocurre el evento (Medina-Mora, 2005). Desde 1987 se tiene información de distintas fuentes referente a la prevalencia del TEPT en población general, con valores que van de 0.5 a 10.8% para los hombres y de 1.3 a 18.3% en mujeres (Leal-Morales, 2013, p. 116).

En ciudades fronterizas se ha estudiado la prevalencia del TEPT, encontrando que los principales factores estresantes que pueden llevar a su desarrollo son los desastres naturales, la muerte violenta o repentina de un familiar y la violencia doméstica; el 73.31%

de esta población expuesta a estos factores estresantes, del cual 38.51% son mujeres y el 15.2% de ellas reportan síntomas de TEPT (p. 117).

También es importante considerar la influencia de la pandemia por COVID-19 en el desarrollo de TEPT. En una muestra representativa de toda la república mexicana, se encontró un aumento en la prevalencia del TEPT a 2 y 10 meses luego del confinamiento; sin embargo, ante las suposiciones de que el aumento de esta prevalencia se asociaba con los cambios en las actividades diarias y el confinamiento en sí mismo, se encontró que este incremento no estuvo presente en población general, pero sí se asociaba con el haber padecido la enfermedad y el ser menor a los 40 años (Serrano-Juárez et al., 2021).

Dicho esto, queda claro que en México es un trastorno común asociado a una amplia gama de sucesos traumáticos. Para entender cómo se desarrolla y se mantiene a lo largo del tiempo, es necesario abordar una teoría que logre vincular los elementos descritos hasta el momento.

Teoría cognitiva de Elhers y Clarck para el TEPT

Considerando los avances en la investigación del TEPT y la actualización de los grupos sintomáticos reportados en la última versión del DSM-V (APA, 2013), las terapias cognitivas presentan propuestas viables para la explicación del trastorno. Desde este modelo teórico, se explica la aparición del TEPT a través de una vulnerabilidad adquirida por seis vías en las que se desarrolla y mantiene a lo largo del tiempo:

Por la evaluación sobre el evento traumático y sus consecuencias. Por medio de esta vía se realizan dos tipos de evaluación: una referente al evento traumático, en la que puede haber una sobregeneralización del evento; y una evaluación de las secuelas o consecuencias, enfocada en cómo se sintió o comportó una persona durante el evento (pp. 320-323).

Por el proceso en que se almacena la información en la memoria. En esta vía se expone que tras el evento traumático pueden presentarse dos tipos de dificultades: la incapacidad para recordar el evento en su totalidad y la aparición involuntaria de recuerdos de la experiencia ante determinados estímulos. La diferencia entre el desarrollo de ambas dificultades se explica a partir de (Elhers & Clarck, 2000):

- a) La naturaleza de la reexperimentación, que consiste en impresiones sensoriales que se perciben de manera fisiológica, pero suelen estar acompañadas de emociones asociadas al evento traumático sin fundamento para que aparezcan en el presente.
- b) La deficiente elaboración e incorporación del evento en la memoria autobiográfica. Esto ocurre mediante dos rutas posibles: una en la que la incorporación de información se basa en significados y la recuperación es intencional, y otra ruta en la que la recuperación de la información se da por la activación que aparece ante determinado estímulo. De esta manera, se dice que la memoria autobiográfica se elabora de manera deficiente, debido a la dificultad para evocar intencionalmente el evento dada la débil ruta de significados que entorpece la recuperación de la información, al igual que la facilidad para darse la activación ante la presencia de determinados estímulos.
- c) La respuesta de reexperimentación creada por condicionamiento clásico u operante. Esto se explica por la posibilidad de que se dé una asociación entre los estímulos que se manifestaron antes, durante o después del evento traumático.
- d) El primado o priming perceptual. Es una memoria implícita conectada a otras formas de memoria que está asociada al evento y se activa ante determinados estímulos, lo que desencadena los síntomas de reexperimentación (pp. 324-326).

La relación entre la memoria y la evaluación del trauma. En esta vía se habla de una relación bidireccional, por lo que cuando se reexperimenta el evento se hace por medio de la información extraída de la evaluación del trauma y la recuperación de la información, motivo por el que no suele haber una impresión total de lo ocurrido y se dificulta el confrontar la información y la evaluación inicial del evento (pp. 326-327).

La relación entre procesos cognitivos y conductas mal adaptativas. Desde esta vía se expone que la evaluación que se realiza del evento se asocia con la estrategia cognitiva que lleva a manifestar determinadas conductas maladaptativas, como la evitación de emociones positivas o negativas, la evitación o conductas de escape o huida de lugares y otros estímulos, así como la rumiación (pp. 327-330).

El procesamiento cognitivo del trauma. Este aspecto alude a las creencias o evaluaciones negativas sobre sí mismo que aparecen ante el evento traumático, lo que incitará al mantenimiento del TEPT y la sensación de incapacidad para enfrentarlo (pp. 331-332).

Las características, experiencias, creencias previas al trauma y el estado actual del sujeto. En la última vía por la que se teoriza el desarrollo y mantenimiento del TEPT se consideran: las características del trauma, es decir, la duración y predicción del evento; el haber tenido experiencias o eventos traumáticos que dificultan el procesamiento de la situación actual; poseer creencias previas sobre invulnerabilidad ante los estresores así como las creencias negativas sobre sí mismo (pp. 332-333).

Instrumentos de evaluación del trastorno de estrés postraumático

En cuanto a la evaluación del TEPT, han aparecido una serie de problemas que es necesario mencionar. La evaluación del trastorno se basa fundamentalmente en entrevistas y la aplicación de medidas de autoinforme (Crespo & Gómez, 2012). Es en estas últimas que

pueden aparecer dificultades que pueden dividirse en tres puntos: la no inclusión de ciertos criterios diagnósticos en las evaluaciones; la tendencia a utilizar instrumentos no adaptados a la población de estudio por parte de investigadores y profesionales del ámbito clínico; y la escasez de herramientas traducidas o adaptadas que tomen en cuenta los grupos sintomáticos del DSM-V.

Primeramente, es necesario destacar que algunos de los instrumentos más utilizados para la evaluación del TEPT, fueron contruídos a partir de los criterios diagnósticos y los grupos sintomáticos presentados en el DSM-IV (Durón-Figueroa et al., 2019). Habiendo la quinta versión disponible, se omitió el hecho de que los nuevos grupos de síntomas brindan una mayor comprensión de las alteraciones cognitivas y el estado de ánimo presente en el TEPT, además de que permite diferenciar los síntomas del estado de ánimo del resto de síntomas (Cox et al., 2014; Guina et al., 2016; Miller et al., 2014; Price & Stolk-Cooke, 2015).

En segunda instancia, existe una tendencia por utilizar instrumentos no validados en la población. La escala de gravedad de síntomas del TEPT [EGS] (Echeburúa et al., 1997), es una de las más utilizadas en México debido a sus propiedades psicométricas y su actualización al DSM-V en la versión revisada, pero no cuenta con estudios de validación.

Lo mismo ocurre con la escala de TEPT del DSM-V [CAPS-5], que se ha traducido y adaptado en otros países hispanohablantes pero no en México (Ramírez et al., 2020). También es posible mencionar a la escala breve del desorden de estrés postraumático (Breslau et al., 1999), la cual es de uso recurrente en investigaciones recientes a pesar de haberse desarrollado a partir de los criterios diagnósticos del DSM-IV y no contar con estudios de validación.

Queda claro entonces que son pocos los esfuerzos que se han realizado para traducir y adaptar instrumentos basados en los grupos sintomáticos expuestos para el DSM-V. Sin embargo, se cuenta con la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático (PCL-5, Weathers et al., 1993), uno de los instrumentos más utilizados en la investigación y práctica clínica (Blevins et al., 2015; Elhai et al., 2005) que cuenta con una versión para DSM-V (Weathers et al., 2013), la cual ha sido validada para población mexicana y tiene el objetivo de identificar la intensidad de los síntomas de los criterios B, C, D y E de la quinta versión del DSM, cumpliendo con los requisitos antes mencionados (Durón-Figueroa et al., 2019). De esta forma, es posible afirmar que se cuenta con un instrumento para la evaluación del TEPT en este contexto y que ha demostrado buenas propiedades psicométricas.

Hasta este momento, se ha profundizado en dos de las principales consecuencias de ser víctima de violencia de pareja. Es momento de exponer en el siguiente capítulo el rol que la regulación emocional puede tener como variable mediadora en el desarrollo de psicopatologías y problemas de salud mental como los descritos hasta este punto.

Capítulo 5. Regulación Emocional

Para abordar el tema de la regulación emocional es necesario comprender la concepción que se tiene acerca de las emociones, dado que su entendimiento ha permitido hablar de los términos de regulación y desregulación emocional.

Según lo expresado por Hervás (2011), conforme avanzó la investigación en este campo las emociones pasaron de ser percibidas como reacciones desadaptativas o perturbadoras, a poseer un rol fundamental en la adaptación a las demandas externas que incitan a tomar decisiones, a cumplir funciones sociales o a generar respuestas comportamentales ante determinadas situaciones.

Desde esta concepción, si se aprende a disponer de los recursos que brindan las emociones, se pueden llegar a desarrollar habilidades emocionales que serán de utilidad para el funcionamiento de una persona y para permitirle adaptarse a distintas situaciones o contextos. Sin embargo, de no desarrollar tales habilidades se puede generar un desgaste importante en el funcionamiento, por ejemplo debido a las respuestas desadaptativas en el estado de ánimo (Hervás, 2011), a la dificultad para regular los estados emocionales en ciertos entornos o situaciones sociales (Erber et al., 1996), para regular emociones desagradables o que generan malestar (Larsen, 2000), o que no se ajustan a la realidad de quien las está experimentando (Heimpel et al., 2002).

En cada uno de estos casos, podría decirse que no se cuenta con habilidades o estrategias de inteligencia emocional, lo que llevará a intentos de regulación poco efectivos, que merman las expectativas y la comprensión que una persona puede llegar a percibir de sus propios estados emocionales y sus consecuencias (Hervás, 2011). Dicho esto, ahora es posible abordar algunas de las aproximaciones conceptuales a la regulación que se han expuesto en las últimas décadas.

Definición

Teniendo como base el abordaje a las emociones, la definición de regulación puede dividirse en dos principales propuestas que han sido retomadas posteriormente para ampliar su comprensión e investigación en la práctica clínica.

Por una parte, una de las definiciones más extendidas es la propuesta por Thompson (1994) que se refiere a la regulación emocional como la capacidad de una persona para evaluar y modificar sus reacciones emocionales con la finalidad de obtener un objetivo deseado, abarcando una serie de procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de manejar las emociones positivas y negativas hacia el logro de dicha meta. Esta propuesta conceptual dio origen a los planteamientos de investigadores que posteriormente compartieron su particular visión.

Al respecto, según la aproximación de Gross (1999) la regulación emocional hace referencia a “los procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos y sobre cómo las experimentamos y las expresamos” (p. 557). Posteriormente, se originaron nuevas aportaciones para definir a la regulación emocional como el proceso mediante el que las personas ejercen influencia en las emociones que se tienen, sobre cuándo se sienten, cómo se experimentan y cómo se expresan (Gross & Thompson, 2007; Da Costa et al., 2014). Dicho esto, ahora es posible abordar algunos de los modelos teóricos que se han desarrollado para la regulación emocional.

Modelo procesual de Gross para la regulación emocional

Este modelo es el que ha recibido mayor atención empírica desde su desarrollo. Postula que la regulación emocional consiste en un conjunto de estrategias que pueden clasificarse en

función del momento en que aparecen las emociones, dividiéndose en dos categorías: las estrategias centradas en el antecedente y las estrategias centradas en la respuesta.

Con respecto a las estrategias centradas en el antecedente, se distingue entre la reevaluación cognitiva, que consiste en modificar la valoración de una situación a fin de alterar su impacto sobre la respuesta emocional; y la atención emocional, que se entiende como una estrategia desadaptativa que produce la evitación de las situaciones generadoras de emociones (Weissman et al., 2019).

Por otro lado, las estrategias centradas en la respuesta se refieren a las respuestas que se adoptan una vez que ya se está experimentando la emoción y, paradójicamente, pueden aumentar su intensidad, por lo que suelen considerarse desadaptativas (Gross, 1998). Se destacan dos estrategias centradas en la respuesta: la supresión emocional, que se refiere a la inhibición del comportamiento expresivo de emociones; y la rumiación, descrita como un patrón de pensamiento focalizado y repetitivo sobre las causas y consecuencias de la situación desagradable que dificulta el encontrar una solución para aliviar el malestar (Gross, 1998).

Posteriormente se desarrollaron nuevas propuestas que reformulan este modelo procesual. En primera instancia, Gross y John (2003, citados por Gross & Thompson, 2007) postularon los mecanismos de reevaluación cognitiva y supresión, los cuales están vinculados a aspectos experienciales del sujeto. Luego Gross y Thompson (2007) propusieron el modelo modal de regulación emocional, entendido como una transacción entre la persona y la situación en la que la persona presta atención a una situación que tiene un significado particular para ella, esto produce una respuesta flexible a la transacción persona-situación.

Desde el modelo modal, se propone estudiar la regulación emocional en el lugar en que se desarrolla determinada estrategia de regulación durante el proceso en que se generan las emociones (Gross & Thompson, 2007). De esta manera, se presenta la situación, se presta atención a ella, se realiza una evaluación y se da la respuesta emocional, siendo la situación y la respuesta elementos observables y la atención al estímulo y su evaluación aspectos no observables, dado que son mecanismos internos de cada individuo.

Modelo de regulación emocional de Gratz y Roemer para la regulación emocional

Desde esta perspectiva, se entiende a la regulación emocional como un constructo multidimensional conformado por estrategias adaptativas que influyen en la experiencia y expresión de las emociones: la consciencia de las emociones, la comprensión y aceptación de las emociones, la capacidad para adoptar comportamientos dirigidos a metas en situaciones de estrés emocional y el acceso a estrategias efectivas de regulación emocional (Gratz & Roemer, 2004).

A partir de esta conceptualización, se entiende que para lograr una respuesta adaptativa de las emociones se requiere modular las experiencias emocionales en lugar de eliminarlas, mediante el proceso de reducir la respuesta emocional y aumentar el grado de control (Gratz & Roemer, 2004). También resulta fundamental que una persona realice los comportamientos necesarios para lograr las metas o responder de manera satisfactoria ante las demandas de la situación, a pesar de experimentar el malestar generado por las emociones displacenteras (Medrano & Trógolo, 2014).

De esta forma, esta perspectiva considera que para lograr la regulación emocional se requiere fomentar la capacidad para inhibir los impulsos o las conductas inapropiadas o desadaptativas, para en su lugar aprender a modular estas respuestas teniendo en mente el

logro de objetivos, sin dejar de lado la importancia de atender las emociones (Gratz & Roemer, 2014).

Instrumentos de evaluación de la regulación emocional

Con respecto a las formas de evaluación para la regulación emocional, las escalas de regulación emocional con mejores propiedades psicométricas traducidas y adaptadas a habla hispana, son la Escala de Dificultades para la Regulación Emocional [DERS] en México, España y Chile (Marín et al., 2012; Hervás & Jódar, 2008; Guzmán González et al., 2014), el Cuestionario de Regulación Emocional [ERQ] en España, Perú y México (Cabello et al., 2013; Gargurevich & Matos, 2010), y la adaptación del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva [CERQ] en Argentina (Medrano et al., 2015).

Para llegar a tal afirmación, Gómez Pérez y Calleja Bello (2019) analizaron las propiedades psicométricas de un grupo de instrumentos para evaluar la regulación emocional en español, encontrando que estas versiones obtuvieron los puntajes más altos (ocho y nueve puntos de 10) en cuanto a calidad psicométrica.

Acorde a las definiciones de regulación emocional, este grupo de instrumentos tuvieron como objetivos identificar: cuál es el proceso en que se generan las emociones a nivel fisiológico o apreciativo; la estrategia cognitiva, conductual o mixta; el propósito de la regulación, individual o social; y las características de la regulación emocional según la etapa de desarrollo (p. 88).

Con base en el análisis de las escalas, para que un instrumento se considere apropiado para evaluar la regulación emocional debe incluir las subescalas con mayor confiabilidad ($\alpha \geq .75$):

Reapreciación o cambio cognoscitivo, rumiación o concentración, desatención o distracción, modificación de la situación, no aceptación o rechazo, aceptación,

reenfocamiento positivo, autoculpa, reenfocarse en la planeación, poner en perspectiva, catastrofizar, culpar a otros, claridad emocional, orientación a metas, conciencia emocional, estrategias, mejora intrínseca y extrínseca del afecto, empeoramiento intrínseco del afecto, estrategias para facilitar la regulación emocional y estrategias que la dificultan (p. 90).

Recientemente, se realizó la validación en adultos de una versión de 9 ítems del ERQ para niños y adolescentes (ERQ-CA, Valencia y De la Rosa-Gómez, 2022), originalmente utilizada para medir dos estrategias de regulación emocional en niños y adolescentes: reevaluación cognitiva y supresión expresiva. Entre las bondades de este instrumento, se encuentran las evidencias de validez para cada uno de estos factores, encontrando correlaciones significativas con la depresión, ansiedad e ideación suicida, por lo que resulta ser una buena alternativa para evaluar las estrategias de regulación emocional empleadas en población adulta mexicana.

Cabe aclarar, que entre los aspectos que Gómez Pérez y Calleja Bello (2019) sugieren para la selección de instrumentos para evaluar la regulación emocional, se incluyen los criterios de calidad psicométrica, el tipo de población a la que se evaluará y la viabilidad de las subescalas o estrategias de regulación para cada cultura. Tomar en cuenta estos aspectos en cuenta, permitirá identificar de forma más acertada cuál o cuáles instrumentos utilizar para evaluar la regulación emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja.

Una vez abordadas las temáticas modulares del presente estudio de manera individual, se requiere abordar un capítulo que permita relacionarlas e integrar la revisión de la literatura a los objetivos e hipótesis de estudio.

Capítulo 6. Experiencias Adversas en la Infancia, Depresión, Trastorno de Estrés Postraumático y Regulación Emocional en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja

Experiencias adversas en la infancia y mujeres víctimas de violencia de pareja

Anteriormente se mencionó que las EAI pueden encontrarse entre las principales causas de violencia de pareja, dada su influencia en el nivel individual y relacional que se propone desde el modelo ecológico (OMS, 2021b). Se han realizado investigaciones en el campo de estudio de las EAI y las víctimas de violencia de pareja de forma independiente en las que se han encontrado estas asociaciones, así como se han desarrollado estudios con el objetivo de comprender cómo pueden estar vinculadas.

Por una parte, existe evidencia de que las EAI promueven que en la vida adulta se desarrollen problemas de ansiedad, depresión y el uso problemático de alcohol (Hughes et al., 2017). Estos datos coinciden con las consecuencias de ser víctima de violencia de pareja reportadas en distintos estudios, donde se habla del desarrollo de depresión, ansiedad y TEPT (Bermúdez et al., 2009; Echeburúa & Corral, 1998; Echeburúa, et al., 1997; Golding, 1999; Hegarty et al., 2013; Lara et al., 2019).

La OMS refiere que en el campo de estudio de las mujeres víctimas de violencia, se ha encontrado que EAI como el maltrato infantil o la disfunción en el hogar pueden promover la victimización en la edad adulta, el consumo de drogas e intentos de suicidio (Golding et al., 1999; Devries et al., 2013). De manera similar, en una revisión de estudios sobre las consecuencias de las EAI a la salud a lo largo de la vida se reportan fuertes asociaciones con la victimización, la perpetración de la violencia, el uso problemático de drogas y el suicidio (Hughes et al., 2017). Este aspecto resulta de gran interés, puesto que tanto la victimización, como la perpetración de violencia de pareja y el uso de sustancias

suele ser un factor de riesgo para el desarrollo de nuevos eventos de violencia en la pareja (Bermúdez et al., 2009; Echeburúa & Corral, 1998; Echeburúa, et al., 1997).

Habiendo llegado a este punto, es necesario continuar con el abordaje específico de dos de las consecuencias de la violencia de pareja con una alta prevalencia. A saber, la depresión y el TEPT, ambos problemas de salud mental que cuentan con amplia documentación en el campo de las víctimas de violencia de pareja (Bermúdez et al., 2009; Echeburúa & Corral, 1998; Echeburúa, et al., 1997; Golding, 1999; Hegarty et al., 2013; Lara, 2019; Vaca-Ferrer et al., 2020; Walker, 2012).

Depresión y mujeres víctimas de violencia de pareja

La depresión, al igual que el TEPT, han sido las consecuencias mayormente vinculadas a la violencia sufrida entre parejas. Al respecto, Chowdhary y Patel (2008) estudiaron el riesgo de depresión en 1,563 adultos asociado a la violencia física en la relación de pareja.

Evaluaron la violencia de pareja con el Conflict Tactics Scale [CTS] y la depresión con la Clinical Interview Schedule-Revised [CIS-R]. Encontraron que el riesgo de padecer depresión podría ser hasta tres veces mayor cuando se sufre violencia física por parte de la pareja.

También se han realizado estudios que además de la violencia física, contemplan cómo afecta la violencia sexual a las víctimas. A saber, en el estudio de Taft y Watson (2008) se evaluó el riesgo de depresión asociado a la violencia física y sexual en la pareja en 9,683 adultos. Para la evaluación se utilizó el CES-D para evaluar la depresión y la CTS para evaluar los tipos de violencia de pareja. Se encontró que el riesgo de padecer depresión se eleva al doble ante la presencia de violencia física y sexual en la pareja.

Asimismo, en el estudio realizado por Salazar et al. (2009), se evaluaron a 276 adultos mediante la CTS para medir la violencia de pareja y la CES-D para evaluar la

depresión. Encontraron que la violencia física y sexual en la pareja incrementa el riesgo de padecer depresión de dos a tres veces. En el estudio de Suglia et al. (2011), se utilizó nuevamente la CTS y la Composite International Diagnostic Interview-Short form [CIDI-SF] para evaluar la depresión en una muestra de 1,834 adultos. Encontraron que la violencia física y sexual en la pareja aumenta de una a dos veces el riesgo de padecer depresión.

Por otra parte, Levendosky et al. (2011) estudiaron la relación entre formas violencia de pareja y depresión en 150 adultos. Para ello utilizaron las Severity of Violence Against Women Scales [SVAWS] para medir la violencia de pareja y el BDI para la evaluación de la depresión. Encontraron una correlación significativa y positiva entre la depresión y la violencia física y sexual en la pareja. Estas asociaciones fueron de moderadas a grandes en algunos factores de las escalas, lo que indica que es de gran importancia evaluar y atender los casos de depresión en mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja.

Hasta este punto, queda clara la influencia de la violencia física y sexual en la pareja con la aparición, desarrollo y mantenimiento de la depresión. Sin embargo, también se han realizado estudios para analizar la influencia de la violencia psicológica en la pareja. En el metanálisis de Dokkedahl et al. (2022), se examinaron las asociaciones entre la violencia psicológica, TEPT, depresión y ansiedad en víctimas de violencia de pareja. De entre los principales hallazgos, se reporta que la violencia psicológica se asoció fuertemente con el desarrollo de depresión en mujeres, siendo el dominio o aislamiento el tipo de violencia psicológica con la que tuvo mayor relación. Con base en estos estudios, queda en evidencia el desarrollo de la depresión como resultado de las distintas formas de violencia en la pareja.

Trastorno de estrés postraumático y mujeres víctimas de violencia de pareja

Entre la multitud de eventos que pueden ser potencialmente traumáticos y pueden promover el TEPT, el ser víctima de violencia de pareja se ha vinculado ampliamente con el desarrollo de este trastorno. En la investigación de Aguirre et al. (2010), se analizó la presencia de TEPT en 42 mujeres víctimas de violencia doméstica. La evaluación fue mediante una entrevista semiestructurada y la EGS para evaluar el TEPT. Se encontró que el 40.5% de mujeres cumplía con criterio de TEPT; el 26.2% mostró síntomas por debajo del umbral del trastorno y un 39.3% seguían presentando los síntomas a pesar de haber terminado con la relación hace tiempo. Estos hallazgos sugieren que atender la sintomatología de TEPT tiene que ser uno de los principales objetivos de intervención.

Por su parte, Huerta et al. (2014) analizaron el TEPT y la inadaptación en función de la edad en 256 mujeres víctimas de violencia de pareja. La evaluación del TEPT, al igual que en el estudio anterior, se dio por medio de la EGS, la escala de inadaptación y una escala complementaria de síntomas somáticos de ansiedad. Encontraron una correlación entre los grupos sintomáticos de reexperimentación, evitación y activación del TEPT con la inadaptación. Resalta el hecho de que las mujeres de 16 a 21 años son quienes presentan niveles más altos de TEPT, en comparación con las mujeres de 22 a 65 años. También se encontró que el tipo de violencia de pareja es la que predomina en el desarrollo del TEPT y no la edad en la que se da la exposición a los eventos.

Con respecto a la investigación de Saquinaula-Salgado et al. (2021), se tuvo como objetivo analizar la relación entre la violencia de género en la pareja y el TEPT en 105 mujeres víctimas de este tipo de violencia. Para la evaluación utilizaron la Escala de Violencia [EV] y la EGS en su versión revisada para evaluar el TEPT. Encontraron que el 56.2% de mujeres reportaron violencia leve y de este porcentaje el 61.9% no manifestaron

síntomas del TEPT. Sin embargo, en el resto de mujeres se encontró una correlación alta entre la violencia sufrida y el TEPT.

De manera similar, Antezana Marroquín (2021) tuvo como objetivo de investigación analizar la relación entre violencia de pareja y TEPT en una muestra de 386 adolescentes mujeres y hombres de 12 a 17 años. Utilizó el cuestionario sintomatológico del TEPT y el Inventario de Violencia en las relaciones de parejas adolescentes, encontrando una correlación moderada y positiva entre la violencia de pareja y los síntomas de TEPT.

En otro estudio más, Rios Briceño (2021) estudió la relación entre la violencia contra la mujer en la pareja y el TEPT. En su estudio 90 mujeres respondieron la EGS y la escala de violencia contra la pareja, encontrando una prevalencia del 46% en las participantes y una correlación positiva entre las variables. Otro hallazgo relevante fue que la mayoría de dimensiones de violencia se correlacionaron positivamente con las dimensiones del TEPT.

Finalmente, en la revisión y metanálisis de Dokkedahl et al. (2022), se examinaron las asociaciones entre la violencia psicológica, el TEPT, la depresión y la ansiedad en víctimas de violencia de pareja. De entre los principales hallazgos, la violencia psicológica se asoció fuertemente con el desarrollo del TEPT en hombres y mujeres víctimas de violencia de pareja, pero es específicamente en las mujeres que el control coercitivo se asoció fuertemente con el trastorno.

En síntesis, la evidencia expuesta hasta el momento insiste en la aparición del TEPT como una de las principales consecuencias de la violencia de pareja en sus distintas formas. Ahora es posible realizar una revisión de la evidencia empírica que vincula a la regulación emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja.

Regulación emocional y mujeres víctimas de violencia de pareja

Con el desarrollo de este campo de estudio, comenzó a extenderse su investigación en distintos grupos y poblaciones. Existe una cantidad considerable de investigaciones que asocian la regulación emocional y la violencia de pareja, por lo que es de gran importancia destacar los principales hallazgos.

En la revisión sistemática de Jansen (2015), se encontró que las mujeres víctimas de maltrato utilizan cuatro estrategias principales de regulación emocional: el acercamiento o compromiso, las estrategias centradas en el problema, la evitación o desconexión y las estrategias centradas en la emoción; las primeras dos constituyen estrategias adaptativas y las últimas dos estrategias maladaptativas, la selección de una u otra dependerá del contexto y las circunstancias de la relación abusiva que impiden o promueven la gestión de las emociones y la capacidad para afrontar la situación.

Asimismo, en el estudio de Galego Carrillo et al. (2016) se buscó conocer el efecto del maltrato en mujeres. Se realizó un diseño observacional transversal con grupos no equivalentes, de los cuales 51 mujeres de 116 reportaron estar en situación de maltrato. Se evaluó la regulación emocional con el CERQ y se encontró que las mujeres en situación de maltrato utilizan estrategias desadaptativas de regulación emocional, como la rumiación, la aceptación y tienden a catastrofizar y culpabilizar a otros.

Por su parte, Lee et al. (2020) investigaron cómo interactúan los niveles de desregulación emocional entre parejas para predecir la violencia de pareja. Se evaluaron en diadas a 160 adultos jóvenes, por medio de instrumentos de autoinforme para la regulación emocional y la violencia psicológica, física y sexual. Se encontró que los niveles más altos de desregulación emocional se asociaron con mayor riesgo de violencia física y sexual. Cuando los hombres se emparejaban con mujeres reguladas emocionalmente, su propia

desregulación no se relacionaba con la perpetración de violencia hacia ellas; pero cuando se emparejaban con mujeres relativamente desreguladas, su desregulación aumentaba el riesgo de violencia física y sexual.

También se han realizado estudios que buscan conocer la correlación entre la regulación emocional y otras variables en mujeres víctimas de violencia de pareja. Alvarado Alomia y Torres Leyva (2021) investigaron la relación entre regulación emocional y bienestar psicológico en 251 mujeres víctimas de violencia de pareja. Utilizaron el ERQ y la Escala de Bienestar Psicológico [BIEPS-A]. Entre sus hallazgos, encontraron una correlación moderada con un tamaño de efecto pequeño entre las variables, concluyendo que las mujeres con mejor regulación emocional mantienen un mayor nivel de bienestar psicológico.

En otro estudio, Valencia Arévalo (2019) estudió la correlación entre regulación emocional y dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. Participaron 50 mujeres y se les aplicó la dimensión de regulación emocional del Trait Meta-Mood Scale [TMMS] y el Cuestionario de Dependencia Emocional [CDE]. Se encontró una correlación negativa entre la regulación emocional y la dependencia emocional en las dimensiones de ansiedad de separación, expresión límite, búsqueda de atención y miedo a la soledad, así como se encontró una correlación positiva entre la regulación emocional y la expresión de afecto.

A partir de esta evidencia, se entiende que la regulación emocional juega un papel importante en la violencia que se desarrolla entre las parejas. Habiendo presentado evidencia que asocia a las variables de estudio con las mujeres víctimas de violencia, en el siguiente apartado se describen algunas investigaciones que vinculan estas variables entre sí y brindan una mayor comprensión sobre este campo de estudio.

Experiencias adversas en la infancia, depresión, trastorno de estrés postraumático y regulación emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja

Conforme ha avanzado la investigación en la violencia de pareja, se ha intentado comprender el rol que juegan las variables comprendidas como causa o consecuencia de su aparición, así como la mediación que puede darse por variables como la regulación emocional. Dicho esto, en este apartado se describen algunas de las investigaciones más relevantes para este estudio.

En el estudio realizado por Zancan y Habigzang (2018) se analizaron las relaciones entre los niveles de depresión, ansiedad y regulación emocional en 47 mujeres víctimas de violencia conyugal, en comparación con un grupo de mujeres víctimas y a su vez perpetradoras de violencia de pareja. Utilizaron el BDI y el Inventario de Ansiedad de Beck [BAI] para medir la depresión y ansiedad, la DERS para medir la regulación emocional y la versión revisada de la CTS para evaluar la violencia de pareja.

Los resultados indican la presencia de síntomas leves de ansiedad y moderados de depresión y desregulación emocional, además de que se encontraron correlaciones positivas entre las variables. No se encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad, depresión y desregulación emocional en las mujeres víctimas de violencia y aquellas que además de ser víctimas también llegaron a perpetrar violencia conyugal (pp. 261-262).

Por su parte, Weiss et al. (2018) estudiaron la heterogeneidad en las dificultades de regulación emocional en mujeres víctimas de violencia doméstica. Evaluaron a 210 mujeres víctimas de violencia doméstica mediante la DERS para la regulación emocional, la Escala de Diagnóstico de Estrés Postraumático para el TEPT, la CES-D para la depresión y las Pruebas de Identificación de Trastorno por Uso de Alcohol y Drogas.

Se utilizó el análisis de perfil latente para identificar tres grupos de mujeres víctimas de violencia de pareja de acuerdo a su nivel de dificultad para regular las emociones positivas y negativas. Se encontraron mayores niveles de TEPT, depresión, abuso de alcohol y drogas en el grupo con más dificultades de regulación emocional, y menores niveles en los grupos con menos dificultades de regulación emocional (pp. 196-198).

De forma similar, Muñoz-Rivas et al. (2021) tuvieron como objetivo determinar la variabilidad de la desregulación emocional entre mujeres con diferentes tipos de victimización por violencia de pareja y el desarrollo del TEPT. Se evaluaron a 120 mujeres mediante el modified Symptom Severity Index for Post-traumatic Stress Disorder [mSSI], el Emotional Processing Scale [EPS-25], la versión corta y autoaplicada del ETI y se entrevistó sobre el tipo de violencia sufrida.

Se encontraron tres perfiles de regulación emocional en mujeres: emocionalmente reguladas, con evitación o escasa regulación y con abrumamiento emocional. El perfil de abrumamiento emocional se caracterizó por una desregulación general de las experiencias emocionales y una mayor intensidad de TEPT. Estos hallazgos exponen que la desregulación emocional es una vía crítica para la afectación a la salud entre las mujeres víctimas de violencia de pareja (pp. 9-10).

De manera singular, en el estudio de Park y Chung (2018), se investigó cómo distintos patrones de EAI influyen en la aparición de síntomas depresivos, dificultades en la regulación emocional y el desajuste interpersonal. En una muestra de 1,033 adultos de entre 18 a 64 años utilizaron el PHQ-9 para evaluar la depresión, la DERS para evaluar las dificultades para la regulación emocional, la escala de bienestar psicológico de Ryff, el ACE-Q para evaluar la dosis-respuesta de las EAI, y el ETI en su versión corta y autoaplicada para medir la frecuencia de cada adversidad.

Se empleó un análisis de clases latentes para identificar grupos homogéneos de adultos con patrones similares de EAI. Se encontraron tres clases: el grupo de EAI bajas (61%), el grupo de maltrato infantil (20%) y el grupo de violencia familiar y maltrato infantil (19%). En comparación con los adultos del grupo de EAI bajas, los adultos del grupo de maltrato infantil y los del grupo de violencia familiar y maltrato infantil informaron más síntomas depresivos, más dificultades de regulación emocional y mayor desajuste interpersonal. Se reportó que la exposición a múltiples EAI aumenta la susceptibilidad a desarrollar problemas de salud mental durante la edad adulta (p. 94).

Hallazgos como el anterior, llevaron a algunos investigadores a realizar análisis de mediación. Dragan (2018) estudió la relación entre las dificultades en la regulación emocional, diferentes tipos de psicopatología y las EAI en una muestra de 502 mujeres de 18 a 25 años. Utilizó la DERS, la Symptom Checklist [SCL-27], la Posttraumatic Diagnostic Scale [PDS], el Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT], el Positive Alcohol Metacognitions Scale [PAMS] y el Negative Alcohol Metacognitions Scale [NAMS] para evaluar la psicopatología; y para las EAI utilizó el Childhood Questionnaire.

Encontró que los déficits de regulación emocional fueron el principal mediador entre las EAI y diversos síntomas de psicopatología, incluidos los problemas con la bebida. Por una parte, se reporta que los perfiles de síntomas dependen del tipo de EAI, y el abuso sexual se asoció con la sintomatología más grave de TEPT y problemas con la bebida. Además, el riesgo de cualquier psicopatología aumentó principalmente por las dificultades en la regulación de las emociones, siendo el principal factor transdiagnóstico (pp. 5-7).

En otro estudio de mediación, Orozco-Vargas et al. (2021) analizaron si diferentes estrategias de regulación emocional, tanto adaptativas como desadaptativas, median la relación entre la violencia familiar de origen y la violencia de pareja en población

mexicana. Un total de 838 participantes (45,9% hombres y 54,1% mujeres) respondieron la CERQ y la DERS para evaluar la regulación emocional, la escala de violencia e índice de severidad y la versión revisada de la CTS para evaluar la violencia familiar de origen y la violencia de pareja, y la Five Facets Mindfulness Questionnaire [FFMQ].

Los resultados revelaron que los modelos estructurales para hombres y mujeres fueron significativos. Específicamente, los efectos directos de las estrategias adaptativas sobre la violencia de pareja, los efectos directos de la violencia en la familia de origen sobre las estrategias de regulación emocional desadaptativas y los efectos directos de las estrategias desadaptativas sobre la violencia de pareja fueron significativos. A su vez, los efectos indirectos de la violencia familiar de origen se relacionaron con la violencia de pareja a través de estrategias de regulación emocional desadaptativas. Los hombres reportaron niveles más altos de agresión contra las mujeres y una tendencia a utilizar estrategias desadaptativas a diferencia de las mujeres, que emplearon estrategias adaptativas (pp. 10-13).

Asimismo, Oliveros y Coleman (2019) investigaron si la regulación emocional media la relación entre la violencia sufrida en la familia de origen como el maltrato infantil y la exposición a violencia entre los padres durante la infancia y la violencia de pareja en la edad adulta. En el estudio participaron 475 mujeres y 145 hombres adultos de 18 a 30 años que estaban en una relación romántica de al menos 3 meses. Se evaluó la violencia en la familia de origen mediante el Abuse Within Intimate Relationships Scales [AIRS], la regulación emocional mediante la DERS y la violencia de pareja con la versión revisada de la CTS.

Se encontró que las dificultades de regulación emocional mediaron la relación entre la violencia en la familia de origen y la violencia de pareja actual, destacando diferencias

entre tipos específicos de violencia en la familia de origen y el género. Estos resultados respaldan una transmisión intergeneracional de la violencia familiar (pp. 12-13).

Finalmente, el estudio más relevante para esta investigación, fue el realizado por Cloitre et al. (2019), quienes evaluaron la regulación emocional como un mediador potencial entre las EAI y el TEPT, la depresión y la salud física en mujeres. Realizaron un análisis de mediación en una muestra de 290 mujeres inscritas en un ensayo clínico para el TEPT. Utilizaron la DERS para evaluar la regulación emocional, la PCL-5 para el TEPT, la subescala del Inventario Breve de Síntomas de Depresión [BSI-D] y una versión abreviada del Formulario de Resultados Médicos [SF-8] para conocer la salud física.

Se encontró que la regulación emocional medió de forma significativa la relación entre las EAI y las tres áreas que se evaluaron. Las estimaciones de los efectos indirectos estandarizados de las ACE mediados por las puntuaciones de la DERS fueron las siguientes: para el TEPT $\beta = 0,1$, $p < 0,001$; para la depresión $\beta = 0.16$, $p < .001$; y para la salud física $\beta = 0.07$, $p = .002$. De esta forma, se comprueba el éxito del modelo de mediación para estas consecuencias de salud física y mental (pp. 86-89).

Capítulo 7. Estudio 1: Revisión Sistemática de las Propiedades Psicométricas de los Instrumentos desarrollados a partir del ACE-Q

Método

Tipo de estudio

Cuantitativo, transversal.

Diseño de investigación

Investigación teórica, pues en este tipo de diseño se incluyen las investigaciones que recopilan los hallazgos teóricos o metodológicos sobre una temática de investigación específica (Ato et al., 2013).

Estrategia metodológica

Metodología PRISMA 2020, dada su capacidad para mejorar la calidad y transparencia en revisiones sistemáticas mediante un enfoque metodológico con estándares claros, así como su aceptación generalizada y constante actualización como herramienta en la investigación basada en evidencia (Page et al., 2021).

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión. La revisión sistemática incluyó estudios: 1) centrados en el constructo de EAI; 2) relacionados con el desarrollo, adaptación, validación, valoración y/o traducción de instrumentos; 3) publicados en revistas indexadas en JCR con factor de impacto; 4) publicados entre el año de 1998 y 2023; y 5) que emplearan métodos cuantitativos.

Criterios de exclusión. Se excluyeron de la revisión sistemática estudios: 1) que evaluaban propiedades psicométricas de instrumentos relacionados con otros constructos; 2) no centrados específicamente en el desarrollo, adaptación, validación y/o traducción basados en el ACE-Q; 3) e instrumentos que utilizaban métodos cualitativos.

Fuentes de información

Para realizar la búsqueda se seleccionaron bases de datos en inglés, considerando que la gran cantidad de estudios sobre las EAI y los instrumentos desarrollados a partir del ACE-Q se encuentran en este idioma. Con base en esto, las bases de datos seleccionadas para la revisión sistemática fueron PubMed, APA PsycArticles y ScienceDirect.

Estrategia de búsqueda

Considerando el idioma de las bases de datos en las que se realizaría la búsqueda, las palabras clave que se utilizaron fueron: (“adverse childhood experiences questionnaire” OR “ACE” OR “ACEs”) AND (“adapt*” OR “psychometr*” OR “valid*” OR “reliability” OR “dimensionality” OR “factor analysis” OR “exploratory analysis”). Para la búsqueda en PubMed, se configuró la búsqueda de palabras clave en los títulos. Para la búsqueda en APA PsycArticles y Science Direct, se configuró la búsqueda de palabras clave en todos los campos.

En cuanto a los filtros que se aplicaron a las búsquedas, en las tres bases de datos se filtraron los resultados para el periodo de 1998 a 2023, considerando el año de la primera publicación del ACE Study (Felitti et al., 1998) hasta el año de realización de este estudio. En ScienceDirect se aplicó un filtro para restringir la búsqueda solamente a artículos de investigación, y un filtro para delimitar la búsqueda a tres áreas temáticas: psicología, ciencias sociales y neurociencias, considerando la posibilidad de que alguno de los estudios haya sido categorizado en dichas áreas temáticas.

Luego de seleccionar los artículos relevantes de las bases de datos, se aplicó un enfoque de ascendencia, en el cual se revisa la lista de referencias de los artículos seleccionados en búsqueda de estudios potencialmente relevantes que pudieran ser integrados al resto de estudios de la revisión sistemática.

Proceso de selección de los estudios

Inicialmente fueron identificados los estudios de las tres bases de datos que incluyeran en su título o resumen las palabras clave de la búsqueda. Una vez se eliminaron los estudios duplicados, se descartaron los estudios que coincidieron con alguno de los criterios de exclusión. Posteriormente, se realizó la búsqueda y recuperación de los estudios restantes y fueron evaluados para elegibilidad, descartando aquellos que tuvieron que ser excluidos por distintas razones.

Por otro lado se identificaron estudios adicionales mediante el enfoque de ascendencia, que consiste en realizar una búsqueda en la lista de referencias de los estudios para incluirlos en la revisión. Estos estudios también fueron evaluados para elegibilidad, descartando aquellos que tuvieron que ser excluidos por distintas razones. El total de estudios seleccionados mediante el enfoque de ascendencia se sumaron al total de estudios seleccionados para la revisión sistemática procedentes de las tres bases de datos. Finalmente, se descartaron estudios que no obtuvieron un puntaje mínimo de 10 en la rúbrica de evaluación de propiedades psicométricas que fue utilizada para esta revisión y que se presenta posteriormente en este apartado. De esta manera se obtuvo el total de estudios seleccionados para la revisión sistemática.

Durante todo este proceso, un solo autor se encargó del cribado de cada estudio, siendo supervisado y orientado por dos autores que trabajaron de manera independiente durante el proceso de selección de los estudios.

Proceso de extracción de los datos

Para realizar el proceso de extracción de los datos, uno de los autores se encargó de recopilar los datos de cada estudio para posteriormente ser revisados por dos autores de

manera independiente, para aceptar o descartar la inclusión de los datos en la revisión sistemática. No se utilizaron herramientas de automatización durante este proceso.

Evaluación del riesgo del sesgo de los estudios individuales

El método utilizado para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos, consistió en que uno de los autores se encargó de la selección de los estudios y la extracción de los datos, siguiendo los criterios de elegibilidad y las propiedades psicométricas que son objetivo de la revisión. Posteriormente, los datos recopilados de los estudios seleccionados fueron revisados por dos autores diferentes que trabajaron la información de manera independiente. No se utilizaron herramientas de automatización durante este proceso.

Métodos de síntesis

Para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis, se tomaron en cuenta los criterios de elegibilidad, las adaptaciones de instrumentos a diferentes países y las propiedades psicométricas que se reportan en los estudios. Considerando estos elementos, se seleccionaron y dividieron los instrumentos para cada síntesis.

Evaluación del sesgo en la publicación

Para llevar a cabo esta evaluación, los revisores realizaron búsquedas exhaustivas en múltiples bases de datos, incluyendo bases de datos académicas como no académicas, y buscaron informes y estudios no publicados como tesis o informes técnicos. También se contactó con expertos en el campo y autores de estudios incluidos en la revisión para obtener información adicional sobre cualquier estudio no publicado o datos no informados.

De esta forma, se examinó si existía una tendencia hacia la publicación de resultados positivos o favorables sobre la validez, fiabilidad u otras características de los instrumentos, considerando por otra parte que los resultados negativos o desfavorables no se publican o se encuentran subrepresentados. Así se garantiza que la revisión sistemática

no esté sesgada hacia resultados positivos o favorables y que se tenga en cuenta toda la evidencia disponible, tanto publicada como no publicada. Esto mejora la validez y la confiabilidad de los resultados de la revisión y proporciona una imagen más precisa de las propiedades psicométricas de los instrumentos incluidos en la revisión sistemática.

Evaluación de la certeza de la evidencia

La evaluación de la certeza de la evidencia se realizó a partir de un enfoque estandarizado: el enfoque GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation), que proporciona un marco sistemático para evaluar la certeza de la evidencia con base en los siguientes aspectos.

1. La identificación de los resultados clave, considerando la fiabilidad, validez y dimensionalidad de los instrumentos.
2. La evaluación de la calidad de la evidencia, considerando el diseño de los estudios, el riesgo de sesgo, la consistencia de los resultados, la precisión de las estimaciones y la aplicabilidad de los resultados.
3. La asignación de la certeza de la evidencia, asignando una clasificación cualitativa para cada resultado clave. Esta clasificación puede ser alta, moderada, baja o muy baja y refleja el grado de confianza que se tiene en los resultados y su capacidad para respaldar conclusiones o recomendaciones.
4. La presentación de los resultados de manera clara y transparente, utilizando tablas o gráficos para mostrar la clasificación de la certeza de la evidencia y resumir los hallazgos clave.

Taxonomía de las propiedades psicométricas

Para definir las propiedades psicométricas de fiabilidad y validez se utilizó la taxonomía propuesta por Polit (2015) y Polit y Yang (2016). Se tomaron en cuenta los estudios que

evaluaran cualquiera de las propiedades psicométricas que aparecen descritas a continuación:

Consistencia interna: Se refiere al grado en que los ítems miden el mismo constructo y si los ítems seleccionados están interrelacionados entre sí.

Test-retest: Evalúa la estabilidad y reproducibilidad de los resultados, partiendo del supuesto de que el rasgo objeto de estudio no ha cambiado en los sujetos.

Error estándar de medición: Examina en qué medida los resultados del instrumento están libres de error de medición.

Validez de contenido: Se refiere a la idoneidad y la relevancia de los ítems de un instrumento para representar la naturaleza y dimensionalidad del constructo que es objeto de estudio.

Validez concurrente: Comprueba si los resultados son coherentes en comparación con otro instrumento de referencia que mide el mismo constructo.

Validez discriminante: Prueba las hipótesis de que el instrumento mide el constructo objeto de estudio y no un constructo diferente al previsto.

Validez discriminativa: Examina el grado en que el instrumento discrimina entre grupos con diferencias que teóricamente están presentes con respecto al constructo objeto de estudio.

Validez de constructo: Valora si el instrumento capta la dimensionalidad hipotética del constructo objeto de estudio, utilizando análisis factorial.

Validez convergente: Evalúa la correlación entre las puntuaciones del constructo objeto de estudio y las de un constructo de convergencia conceptual.

Validez predictiva: Comprueba si el instrumento predice aquellos constructos que teóricamente debería predecir.

Rúbrica de evaluación de las propiedades psicométricas de los instrumentos

Con base en la taxonomía de propiedades psicométricas de Polit (2015) y Polit y Yang (2016), se utilizó una rúbrica de evaluación de los instrumentos siguiendo la propuesta de Toma (2020, p. 146). Esta rúbrica considera cuatro áreas de evaluación para los instrumentos: marco teórico, fiabilidad, validez y dimensionalidad, generando una puntuación total que va de 0 a 27.

Se realizó una modificación a la rúbrica de Toma (2020) en la puntuación del área de evaluación del marco teórico, que anteriormente se puntuaba con 0 si en el estudio no se reportaban aspectos teóricos relacionados al constructo de interés y se puntuaba con 3 en caso de sí presentar estos antecedentes o bases teóricas. Para este estudio, se modificó el término “marco teórico” por "revisión de literatura", debido a que se consideró más apropiado considerando la información aportada por los estudios sobre EAI. En cuanto a la puntuación, para alcanzar la puntuación máxima de 3 en el área de revisión de literatura los estudios deben cumplir tres aspectos: 1) definir las EAI; 2) describir las categorías de EAI estudiadas; y 3) proporcionar evidencia de la relación de EAI con problemas de salud y/o desarrollo.

Para evaluar la fiabilidad, validez y dimensionalidad de los instrumentos, se siguieron los mismos criterios y puntuaciones utilizadas por Toma (2020). Para evaluar la fiabilidad se asignaron las siguientes puntuaciones a los estudios que informaban valores de consistencia interna: 0 (si no se informaba o $\alpha < 0.60$), 1 ($\alpha = 0.61-0.70$), 2 ($\alpha = 0.71-0.80$) y 3 ($\alpha > 0.80$). Los estudios que informaban fiabilidad test-retest recibieron las siguientes puntuaciones: 0 (si no se informaba o $r < 0.60$), 1 ($r = 0.61-0.70$), 2 ($r = 0.71-0.80$) y 3 ($r > 0.80$). Además, los estudios que informaban error estándar de medición recibieron puntuaciones de 0 (si no se informaba) y 3 (si se informaba el error estándar de medición).

Para la evaluación de la validez, los estudios que reportan evidencias de validez recibieron las siguientes puntuaciones: 0 (si no se reportan evidencias de validez), 3 (si se reportan de 1 a 2 evidencias de validez), 6 (si se reportan de 3 a 4 evidencias de validez) y 9 (si se reportan más de 4 evidencias de validez).

Finalmente, para evaluar la dimensionalidad, los estudios que reportan análisis factorial se puntuaron de la siguiente manera: 0 (si no se reporta ningún tipo de análisis factorial), 3 (si se utiliza una puntuación global para instrumentos unidimensionales o si se utilizan puntuaciones de cada dimensión en instrumentos multidimensionales) y 3 (si el análisis factorial refleja factores apropiados para los instrumentos). La puntuación total de acuerdo a estas áreas de evaluación oscila entre 0 a 27 puntos, lo que sugiere que a mayor puntuación mayor es la calidad psicométrica de los instrumentos para evaluar las EAI.

Resultados

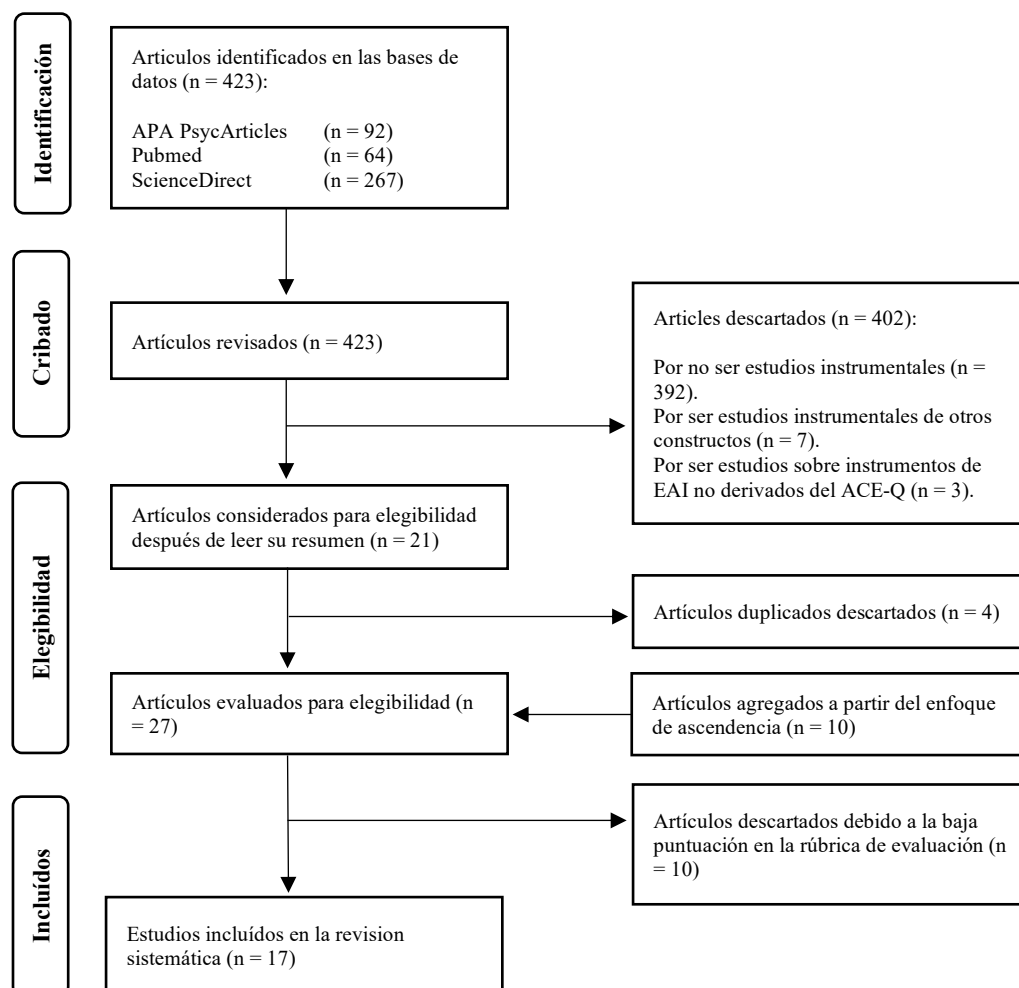
Utilizando la metodología PRISMA 2020 para revisiones sistemáticas, se identificaron un total de 27 estudios para su elegibilidad. Entre estos, 17 se obtuvieron de búsquedas en tres bases de datos y los 10 restantes se obtuvieron mediante el enfoque de ascendencia.

Finalmente, de estos 27 estudios se excluyeron 10 debido a puntajes bajos en la rúbrica de evaluación, por lo que un total de 17 estudios fueron incluidos en la revisión sistemática.

Estas bajas puntuaciones se debieron a que en algunos estudios no se realizaron análisis de fiabilidad de los instrumentos (Colman et al., 2015; Cross et al., 2023; Finkelhor et al., 2013; Finkelhor et al., 2015; Merrick et al., 2017; Wade et al., 2016); y en otros no se reportaron evidencias de validez concurrente, de constructo, de contenido, convergente, discriminante, discriminativa o predictiva (Colman et al., 2015; Cross et al., 2023; Dube et al., 2004; Finkelhor et al., 2013; Finkelhor et al., 2015; Kazeem et al., 2015; Merrick et al., 2017; Pinto et al., 2014; Wade et al., 2016; Zanotti et al., 2018).

Además, ninguno de estos estudios obtuvo la puntuación máxima en el área de revisión de literatura, por lo que su puntaje total en sus propiedades psicométricas fue menor que en los estudios incluidos en la revisión. El proceso selección de estudios para la revisión sistemática de acuerdo a PRISMA 2020 se muestra en la Figura 1.

Figura 1. Diagrama de flujo según PRISMA 2020



Para sintetizar la información de los estudios incluidos en la revisión sistemática, en la Tabla 3 se muestra el país, el tamaño de la muestra, la población y tipo de muestra, y la teoría de medición utilizada en psicometría de cada estudio instrumental. Diez de los

estudios incluidos en la revisión sistemática se realizaron en los Estados Unidos, y los siete restantes en Australia, Canadá, China, Francia, Alemania, Malaui y Rumania.

Los tamaños de muestra variaron entre los estudios, desde el más pequeño que recopiló datos de 79 participantes, hasta el más grande que reunió información de 97,314 participantes. Las poblaciones estudiadas también mostraron variación, mayormente enfocadas en adultos, seguidas por adolescentes, padres/cuidadores, niños, mujeres, estudiantes, familias, hermanos y pacientes.

En cuanto a las teorías de medición utilizadas en los estudios, solo uno optó por la teoría de respuesta al ítem (Mei et al., 2022), uno combinó teoría de respuesta al ítem y teoría clásica de los tests (Louise et al., 2023), mientras que los estudios restantes se adhirieron al marco de la teoría clásica de los tests. La síntesis de esta información general de los estudios incluidos en la revisión sistemática puede observarse en la Tabla 1.

Tabla 1. Estudios incluidos en la revisión sistemática

ID. Estudio. DOI	País	Tamaño de muestra	Población, tipo de muestra	Teoría	
				TCT	TRI
1. Afifi et al. (2017). https://doi.org/10.1016/j.chiab.2017.01.014	Estados Unidos	n = 8316	Adultos	S	N
2. Afifi et al. (2020). https://doi.org/10.1186/s12887-020-02063-3	Canadá	n ₁ = 1002 n ₂ = 1000	Adolescentes Padres	S	N
3. Bethell et al. (2017). https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.04.161	Estados Unidos	n = 95667	Niños	S	N
4. Choi et al. (2020). https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105216	Estados Unidos	n ₁ = 7710 n ₂ = 659 n ₃ = 665	Padres/cuidadores , BI-SPI Mujeres, BI-PVD Adultos	S	N
5. Conway & Lewin (2022). https://doi.org/10.1037/tra0001223	Estados Unidos	n = 338	Adolescentes	S	N
6. Ford et al. (2014). https://doi.org/10.1037/a0037723	Estados Unidos	n ₁ = 27545 n ₂ = 57703	Adultos	S	N

7. Hawes et al. (2021). https://doi.org/10.1037/amp0000760	Australia	n ₁ = 515 n ₂ = 168	Padres/cuidadores Familias	S	N
8. Ho et al. (2019). https://doi.org/10.1016/j.chiab.2018.11.009	China	n = 433	Estudiantes	S	N
9. Kidman et al. (2019). https://doi.org/10.1016/j.chiab.2019.03.015	Malawi	n = 410	Adolescentes	S	N
10. Louise et al. (2023). https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.107007	Francia	n = 367	Adultos	S	S
11. Mei et al. (2022). https://doi.org/10.1186/s40352-022-00198-2	Estados Unidos	n = 97314	Adultos	N	S
12. Meinck et al. (2017). http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.08.016	Rumania	n = 1733	Adolescentes	S	N
13. Mersky et al. (2016). https://doi.org/10.1177/1077559516679513	Estados Unidos	n = 1241	Mujeres	S	N
14. Mersky et al. (2021). https://doi.org/10.1037/tra0000833	Estados Unidos	n = 1747	Mujeres	S	N
15. Morril et al. (2019). https://doi.org/10.1037/pas0000691	Estados Unidos	n = 1194	Hermanos	S	N
16. Schnarrs et al. (2022). https://doi.org/10.1016/j.chiab.2022.105570	Estados Unidos	n = 1725	Adultos, MSG	S	N
17. Wingenfeld et al. (2011). http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1263161	Alemania	n ₁ = 102 n ₂ = 99 n ₃ = 100	Pacientes Estudiantes Adultos	S	N

Nota: S: Sí; N: No; BI-PVD: Bajos Ingresos de un Programa de Visitas Domiciliarias; BI-SPI: Bajo Investigación por Servicios de Protección Infantil; MSG: Minorías Sexuales y de Género; n: Número de muestra; TCT: Teoría Clásica de los Test; TRI: Teoría de Respuesta al Ítem.

Para presentar las características generales de los instrumentos, en la Tabla X se muestra el código psicométrico de los instrumentos, el tipo de estudio instrumental, el número de ítems, el tipo de medida y los factores que componen cada instrumento. El instrumento más utilizado fue el ACE-Q en cuatro estudios [1, 2, 15 y 17], seguido por el ACE-IQ en tres estudios [8, 9 y 10].

El ACE-IQ (OMS, 2015) consta de 43 ítems que incluyen múltiples dominios de adversidad, con variaciones en el tipo de medida de los ítems. Los dominios de matrimonio y entorno familiar utilizan principalmente respuestas dicotómicas (sí/no), aunque este último también incluye 11 ítems en una escala Likert de cinco puntos. Ambos dominios ofrecen opciones para negarse a responder. El dominio de victimización entre pares tiene dos ítems en escala Likert y uno con siete opciones de respuesta para identificar la forma principal de acoso. Los dominios de violencia comunitaria y exposición a la guerra utilizan escalas Likert de cuatro puntos. Todos los ítems en estos dominios brindan a los encuestados la opción de negarse a responder.

La Childhood Experiences Survey [CES] se utilizó en dos estudios [4 y 13]. Esta encuesta consta de 17 ítems, diez ítems adaptados del ACE-Q y siete ítems adicionales derivados de evidencia empírica sobre adversidades complementarias. Estas adversidades se categorizan en cuatro factores: victimización interpersonal y disfunción familiar, negligencia, pobreza extrema y pérdida familiar y separación. En cuanto al tipo de medida de los ítems, siete son de respuesta dicotómica (sí/no), tres emplean una escala Likert de tres puntos que va desde "nunca" hasta "más de una vez", y siete ítems utilizan una escala Likert de cinco puntos que va desde "nunca" hasta "muy a menudo".

El Behavioral Risk Factor Surveillance System Adverse Childhood Experiences module [BRFSS-ACE] se utilizó en dos estudios [6 y 11]. Consta de 11 ítems agrupados en tres factores: disfunción familiar, abuso emocional/físico y abuso sexual. Sobre el tipo de medida, cinco ítems de la dimensión de disfunción familiar utilizan una respuesta dicotómica (sí/no), mientras que tres ítems en las dimensiones de abuso emocional/físico y abuso sexual utilizan una escala Likert de tres puntos, que va desde "nunca" hasta "más de una vez".

La National Survey of Children's Health Adverse Childhood Experiences [NSCH-ACE] fue utilizada por Bethell et al. (2017). Este instrumento consta de 9 ítems diseñados para evaluar las EAI de forma unidimensional. Ocho ítems utilizan un formato de respuesta dicotómico (sí/no), mientras que un ítem utiliza una respuesta de escala Likert de cuatro puntos, que va desde "nunca" hasta "muy a menudo".

La Adverse Experiences Survey [AES] fue empleada por Mersky et al. (2021). Consta de 10 ítems agrupados por igual en dos factores: adversidades con pareja, cónyuge o miembro del hogar, y otras adversidades. Cuatro de estos ítems utilizan un formato de respuesta dicotómico (sí/no), tres ítems utilizan una escala Likert de cinco puntos que va desde "nunca" hasta "muy a menudo", mientras que los tres ítems restantes preguntan si dichas adversidades se experimentaron "una vez" o "más de una vez".

La Sexual and Gender Minority Adverse Childhood Experiences [SGM-ACE] fue desarrollada por Schnarrs et al. (2022). Consta de 17 ítems, con diez ítems adaptados del ACE-Q y siete ítems creados en base a investigaciones cualitativas sobre adversidades reportadas por individuos dentro de la comunidad LGBTQ+. Estos ítems se agrupan en una dimensión para evaluar las SGM-ACEs. En cuanto al formato de respuesta, quince ítems utilizan una escala Likert de cinco puntos que va desde "nunca" hasta "siempre", un ítem emplea una respuesta dicotómica (sí/no), y el ítem que pregunta si un miembro de la familia fue a prisión tiene cinco opciones de respuesta: "nunca", "un poco de mi vida antes de los 18 años", "algo de mi vida antes de los 18 años", "la mayor parte de mi vida antes de los 18 años" y "toda mi vida antes de los 18 años".

El Adverse Childhood Experiences Abuse Short Form [ACE-ASF], adaptado por Meinck et al. (2017), incluye únicamente adversidades relacionadas con el abuso infantil. Consta de 8 ítems agrupados en dos factores: abuso físico/emocional y abuso sexual. El

formato de respuesta utiliza una escala Likert de cuatro puntos que va desde "nunca" hasta "muchas veces", y cada ítem incluye una opción para negarse a responder.

La Immigrant-Specific Adverse Childhood Experiences [ACE-I] fue desarrollada por Conway y Lewin (2022) para evaluar eventos potencialmente traumáticos relacionados con la inmigración. Presenta 13 ítems agrupados en tres factores: disturbios/violencia en el país de origen, viaje peligroso e inestabilidad de la inmigración. El formato de respuesta para los trece ítems es dicotómico (sí/no).

La ALES fue desarrollada por Hawes et al. (2021). Consta de 24 ítems que incluyen adversidades del ACE-Q e integra adversidades de estudios previos que proponían expandir las categorías de ACE. Se crearon dos versiones, una para padres/cuidadores y otra para las adversidades experimentadas por sus hijos, con padres/cuidadores respondiendo en ambos casos. En cuanto al formato de respuesta, todos los ítems son dicotómicos (sí/no), y también agrega un tipo de respuesta para indicar la exposición a adversidades en diferentes etapas del desarrollo. En la escala de los niños, las opciones de respuesta se dan en cinco categorías de edad (0-1; 2-3; 4-5; 6-8; y 9-12 años). En la escala de padres/cuidadores, además de estas categorías de edad, incluye adolescencia (13 a 17 años), edad adulta (18 años), y exposición a adversidades durante el embarazo y en la vida de los padres. Las características generales sobre estos instrumentos puede observarse en la Tabla 2.

Tabla 2. Características generales de los instrumentos

ID. Estudio	Código psicométrico	Tipo de estudio ^a	Ítems	Tipo de medida	Factores
1. Afifi et al. (2017)	ACE-Q	A V	5 ítems	Likert (Frecuencia)	U: Physical/ emotional abuse
2. Afifi et al. (2020)	ACE-Q	A V	Padres: 15 ítems F1: 7 ítems F2: 8 ítems	Dicotómica (Sí/No) Likert (Frecuencia)	Padres y adolescentes: F1: Child maltreatment and

			Adolescentes: 13 items F1: 5 items F2: 8 items		peer victimization F2: Household challenges
3. Bethell et al. (2017)	NSCH-ACE	A V	9 items	Dicotómica (Sí/No)	U: Adverse childhood experiences
4. Choi et al. (2020)	CES	A V	17 items F1: 8 items F2: 2 items F3: 3 items F4: 4 items	Dicotómica (Sí/No) Likert (Frecuencia)	F1: Direct victimization/househ old dysfunction F2: Neglect F3: Poverty F4: Family separation and loss
5. Conway & Lewin (2022)	ACE-I	D V	13 items F1: 5 items F2: 4 items F3: 4 items	Dicotómica (Sí/No)	F1: Unrest/Violence in Home Country F2: Dangerous journey F3: Immigration instability
6. Ford et al. (2014)	BRFSS-ACE	A V	11 items F1: 5 items F2: 3 items F3: 3 items	Dicotómica (Sí/No)	F1: Household dysfunction F2: Emotional/physical abuse F3: Sexual abuse
7. Hawes et al. (2021)	ALES	D V	24 items	Dicotómica (Sí/No) Momento de desarrollo	U: Adverse life experiences
8. Ho et al. (2019)	ACE-IQ	T V	29 items F1: 13 items F2: 8 items F3: 8 items	Dicotómica (Sí/No) Likert (Frecuencia)	F1: Child maltreatment F2: Family/household dysfunction F3: Violence outside the home
9. Kidman et al. (2019)	ACE-IQ	A V	29 items F1: 13 items F2: 8 items F3: 8 items	Dicotómica (Sí/No) Likert (Frecuencia)	F1: Child maltreatment F2: Family dysfunction F3: Violence outside the home
10. Louise et al. (2023)	ACE-IQ	T V	29 items F1: 13 items F2: 8 items F3: 8 items	Dicotómica (Sí/No) Likert	F1: Child maltreatment F2: Family dysfunction

				(Frecuencia)	F3: Violence outside the home
11. Mei et al. (2022)	BRFSS-ACE	V	11 items F1: 5 items F2: 3 items F3: 3 items	Dicotómica (Sí/No) Likert (Frecuencia)	F1: Household dysfunction F2: Emotional/physical abuse F3: Sexual abuse
12. Meinck et al. (2017)	ACE-ASF	V	8 items F1: 4 items F2: 4 items	Likert (Frecuencia)	F1: Physical/emotional abuse F2: Sexual abuse
13. Mersky et al. (2016)	CES	A V	16 items F1: 8 items F2: 2 items F3: 3 items F4: 3 items	Dicotómica (Sí/No) Likert (Frecuencia)	F1: Interpersonal victimization & household dysfunction F2: Neglect F3: Extreme poverty F4: Family loss and separation
14. Mersky et al. (2021)	AES	A V	10 items F1: 5 items F2: 5 items	Dicotómica (Sí/No) Likert (Frecuencia)	F1: Partner, spouse or household member adversities. F2: Other adversities.
15. Morril et al. (2019)	ACE-Q	A V	22 items F1: 14 items F2: 3 items F3: 5 items	Dicotómica (Sí/No)	F1: Chaotic families F2: Stressful environment F3: Poor family-environment fit
16. Schnarrs et al. (2022)	SGM-ACE	D V	7 items	Likert (Frecuencia)	U: Sexual and gender minority adverse childhood experiences
17. Wingenfeld et al. (2011)	ACE-Q	T V	10 items F1: 5 items F2: 5 items	Dicotómica (Sí/No)	F1: Child maltreatment F2: Household dysfunction

^a *Tipo de estudio:* A = Adaptación; D = Desarrollo; T = Traducción; V = Validación.

Nota. ACE-ASF: Adverse Childhood Experiences Abuse Short Form; ACE-DQ: Adverse Childhood Experiences-Dimensions Questionnaire; ACE-I: Immigrant-Specific Adverse Childhood Experiences; ACE-IQ: Adverse Childhood Experiences International Questionnaire; ACE-Q: Adverse Childhood Experiences Questionnaire; AES: Adverse Experiences Survey; ALES: Adverse Life Experiences Scale; BRFSS-ACE: Behavioral Risk Factor Surveillance System Adverse Childhood Experiences module; CES: Childhood Experiences Survey; F: Factor; NSCH-ACE: National Survey of Children's Health Adverse Childhood Experiences; SGM-ACE: Sexual and Gender Minority Adverse Childhood Experiences; U: Unidimensional.

En cuanto a los datos de fiabilidad y estructura interna de los instrumentos, se examinó su consistencia interna, fiabilidad test-retest, análisis de invarianza y análisis factorial. Entre los 17 estudios revisados, nueve [2, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 16 y 17] calcularon la consistencia interna utilizando el coeficiente alfa de Cronbach, con valores que oscilaron entre $\alpha = .71$ y $\alpha = .89$. Un estudio [11] calculó la consistencia interna utilizando el coeficiente Omega, con un valor de $\omega = .906$. Otro estudio [14] evaluó la consistencia interna utilizando la Fórmula Kuder-Richardson 20, con valores que variaron entre $KR-20 = .77$ y $.81$. Cuatro estudios [7, 8, 10 y 13] evaluaron la fiabilidad test-retest mediante el Coeficiente de Correlación Intraclass, con valores que variaron entre $ICC = .79$ y $.91$ en los puntajes totales de los instrumentos. Y un estudio [14] calculó la confiabilidad test-retest con el coeficiente Kappa, con un valor de $k = .83$.

En relación con los análisis de invarianza, cuatro estudios [4, 6, 11 y 12] evaluaron la invarianza configuracional, encontrando que la estructura del instrumento es similar entre los diferentes grupos; tres estudios [6, 11 y 12] evaluaron la invarianza métrica, encontrando que la relación entre los ítems de los instrumentos y el constructo es similar entre los diferentes grupos; y tres estudios [4, 11 y 12] llevaron a cabo análisis de invarianza escalar, revelando que las categorías de respuesta de los ítems de los instrumentos poseen cargas factoriales similares en algunos grupos, aunque muestran variaciones en otros. Los análisis de invarianza reportados en estos estudios se realizaron en diferentes grupos de edad, raza/etnia, género, ingresos/clase socioeconómica y orientación sexual.

En cuanto a los análisis factoriales aplicados a los instrumentos, en nueve estudios [1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 14 y 16] se realizaron análisis factoriales confirmatorios y en siete estudios [6, 9, 11, 12, 13, 14 y 16] análisis factoriales exploratorios. Además, tres estudios

[6, 11 y 12] realizaron análisis factoriales confirmatorios multinivel y solo en un estudio [15] se realizó un análisis factorial multinivel.

Se exploraron las condiciones en las que se llevaron a cabo los análisis factoriales, los modelos de ecuaciones estructurales y los análisis de clases latentes, encontrando que de los 17 estudios, tres [9, 10, 16] realizaron análisis de componentes principales; tres [3, 4, 14] utilizaron modelos de ecuaciones estructurales; dos [3 y 8] emplearon análisis de clases latentes; y uno [15] de los estudios utilizó un modelo de ecuaciones estructurales multinivel.

Además, varios estudios implementaron estrategias para abordar la no normalidad multivariada. Cuatro estudios [2, 4, 6, 9] utilizaron matrices de correlación tetracóricas; dos estudios [12, 13] utilizaron matrices de correlación policóricas; dos estudios [11, 14] emplearon máxima verosimilitud con información completa; y un estudio [6] aplicó la chi-cuadrado de Satorra-Bentler. Solo un estudio [16] utilizó la máxima verosimilitud como prueba para valores atípicos multivariados.

Con respecto al software utilizado para el análisis de datos, diez estudios [1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 13, 14 y 15] utilizaron Mplus versión 7.0 y versiones posteriores hasta la versión 8.4; tres estudios [6, 10 y 16] emplearon el software R versión 3.0 y versiones posteriores hasta la versión 3.6; un estudio [8] utilizó STATA SE versión 14.1; y otro estudio [17] utilizó SPSS versión 17.

En cuanto al método de estimación utilizado en los estudios, nueve [1, 2, 3, 4, 5, 6, 11, 12 y 13] emplearon Mínimos Cuadrados Ponderados y Ajustados por la Varianza; un estudio [3] utilizó la Estimación de Máxima Verosimilitud Robusta; uno [15] empleó la Estimación Bayesiana; y otro [16] utilizó Mínimos Cuadrados Ponderados y Factorización de Ejes Principales.

En relación con los criterios de selección de modelos, dos estudios [3 y 8] emplearon el Criterio de Información Bayesiano y un estudio [8] utilizó el Criterio de Información de Akaike junto con el Criterio de Información Bayesiano Ajustado por el Tamaño de la Muestra.

En cuanto a las pruebas de ajuste de los modelos, un estudio [3] utilizó la Prueba de Lo-Mendell-Rubin y otro estudio [8] empleó la Prueba de Razón de Verosimilitud Bootstrap. Solo un estudio utilizó la Entropía como medida de clasificación en modelos mixtos. Finalmente, doce de los estudios [1, 2, 3, 4, 5, 6, 11, 12, 13, 14, 15 y 16] reportaron buenos índices de ajuste después de llevar a cabo los respectivos análisis.

Por otro lado, en la Tabla 3 se puede observar una síntesis de las evidencias de validez concurrente, de contenido, convergente, discriminante, discriminativa y predictiva que se reportan en los estudios incluidos en la revisión sistemática. Se muestra en la tabla el tipo de validez, las variables asociadas, el ID de los estudios y los instrumentos utilizados para cada evidencia de validez.

Tabla 3. Evidencias de validez de los instrumentos

Tipo de validez	Variables	ID de los estudios	Instrumentos
Concurrente	Experiencias adversas en la infancia	5, 7	ACE-I, ALES
	Perpetración de bullying	12	ACE-ASF
	Victimización por bullying	12	ACE-ASF
	Trauma en la infancia	17	ACE-Q
	Comportamiento externalizante	12	ACE-ASF
	Calidad de vida relacionada con la salud	12	ACE-ASF
	Comportamiento internalizante	12	ACE-ASF
	Satisfacción con la vida	12	ACE-ASF
	Múltiples quejas de salud	12	ACE-ASF
	Salud percibida	12	ACE-ASF
Contenido	Experiencias adversas en la infancia	8, 17	ACE-IQ, ACE-Q
Convergente	Experiencias adversas en la infancia	16	SGM-ACE
	Ansiedad	10	ACE-IQ
	Estrés en la infancia	15	ACE-Q

	Depresión	10	ACE-IQ
	Abuso emocional, abuso físico y negligencia	7	ALES
	Estrés percibido	13	CES
	Calidad del entorno familiar	7	ALES
	Tabaquismo	13	CES
Discriminante	Ansiedad	17	ACE-Q
	Trauma en la infancia	17	ACE-Q
	Depresión	17	ACE-Q
	Tener hijos propios	15	ACE-Q
	Quejas físicas	17	ACE-Q
Discriminativa	Experiencias adversas en la infancia	4, 17	CES, ACE-Q
	Consumo de alcohol	1	ACE-Q
	Ansiedad	4, 7, 16, 17	CES, ALES, SGM-ACE, ACE-Q
	Comportamiento en la infancia y psicopatología	7	ALES
	Síntomas de trastorno de estrés en la infancia	7	ALES
	Depresión	1, 4, 7, 9, 14, 16, 17	ACE-Q, CES, ALES, ACE-IQ, AES, SGM-ACE
	Uso de drogas	1	ACE-Q
	Problemas emocionales, de comportamiento y del desarrollo	3	NSCH-ACE
Predictiva	Salud mental	15	ACE-Q
	Estrés percibido	13	CES
	Quejas físicas	17	ACE-Q
	Salud física	14, 15	AES, ACE-Q
	Estrés postraumático	14, 16	AES, SGM-ACE
	Distrés psicológico	7	ALES
	Repetir un grado escolar	3	NSCH-ACE
	Resiliencia	3	NSCH-ACE
	Participación escolar	3	NSCH-ACE
	Salud mental autoevaluada	2	ACE-Q
	Salud física autoevaluada	2	ACE-Q
	Tabaquismo	13	CES
	Funcionamiento social	15	ACE-Q
	Estrés	7	ALES
	Intento de suicidio	1	ACE-Q

Nota. ACE-ASF: Adverse Childhood Experiences Abuse Short Form; ACE-DQ: Adverse Childhood Experiences-Dimensions Questionnaire; ACE-I: Immigrant-Specific Adverse Childhood Experiences; ACE-IQ: Adverse Childhood Experiences International Questionnaire; ACE-Q: Adverse Childhood Experiences Questionnaire; AES: Adverse Experiences Survey; ALES: Adverse Life Experiences Scale; BRFSS-ACE: Behavioral Risk Factor Surveillance System Adverse Childhood Experiences module; CES:

Childhood Experiences Survey; NSCH-ACE: National Survey of Children's Health Adverse Childhood Experiences; SGM-ACE: Sexual and Gender Minority Adverse Childhood Experiences.

Finalmente, a partir de la síntesis y evaluación de los instrumentos según la rúbrica de Toma (2020), se encontró que las puntuaciones de los instrumentos oscilan entre 11 y 20. Aquellos con mayor calidad psicométrica fueron los desarrollados por Mersky et al. (2016; 2021), Morril et al. (2019) y Schnarrs et al. (2022), con puntuaciones que van de 17 a 20. El resto de instrumentos recibieron puntuaciones entre 11 y 15 puntos. Los áreas de evaluación y las puntuaciones de cada estudio se pueden observar en la Tabla 4.

Tabla 4. Rúbrica de evaluación de las propiedades psicométricas de los instrumentos

ID. Estudio	Revisión de literatura (0-3)	Fiabilidad ^a (0-9)	Evidencias de validez (0-9)	Dimensionalidad (0-6)	Puntaje total (0-27)
1. Afifi et al. (2017)	Sí (2)	No (0)	Concurrente Constructo (3)	Sí (3) Sí (3)	11
2. Afifi et al. (2020)	Sí (3)	$\alpha = .81$ $\alpha = .71$ (2)	Concurrente Constructo (3)	Sí (3) Sí (3)	14
3. Bethell et al. (2017)	Sí (2)	No (0)	Constructo Predictiva (3)	Sí (3) Sí (3)	11
4. Choi et al. (2020)	Sí (3)	No (0)	Constructo Predictiva Discriminativa (6)	Sí (3) Sí (3)	15
5. Conway y Lewis (2022)	Sí (2)	No (0)	Concurrente Constructo (3)	Sí (3) Sí (3)	11
6. Ford et al. (2014)	Sí (2)	$\alpha = 0.78$ (2)	Constructo (3)	Sí (3) Sí (3)	13
7. Hawes et al. (2021)	Sí (2)	$\alpha = .86$, $\alpha = .80$ (2) ICC = .84-.88 (3)	Concurrente Convergente Predictiva (6)	No (0)	13
8. Ho et al. (2019)	Sí (2)	$\alpha = .83$ (3) ICC = .90 (3)	Contenido (3)	No (0)	11
9. Kidman et al. (2019)	Sí (3)	No (0)	Constructo Predictiva	Sí (3) Sí (3)	12

ID. Estudio	Revisión de literatura (0-3)	Fiabilidad ^a (0-9)	Evidencias de validez (0-9)	Dimensionalidad (0-6)	Puntaje total (0-27)
			(3)		
10. Louise et al. (2023)	Sí (3)	$\alpha = .80$, $\alpha = .72$ (2) ICC = 0.79 (2)	Convergente (3)	Sí (3)	11
11. Mei et al. (2022)	Sí (2)	$\omega = .906$ (3)	Constructo (3)	Sí (3) Sí (3)	14
12. Meinck et al. (2017)	Sí (2)	$\alpha = .71$ (2)	Concurrente Constructo (3)	Sí (3) Sí (3)	13
13. Mersky et al. (2016)	Sí (2)	$\alpha = .82$ (3) ICC = .91 (3)	Constructo Convergente Predictiva (6)	Sí (3) Sí (3)	20
14. Mersky et al. (2021)	Sí (2)	KR-20 = .81 (3) k = .83 (3)	Constructo Predictiva (3)	Sí (3) Sí (3)	17
15. Morril et al. (2019)	Sí (2)	No (0)	Constructo Convergente Discriminante Predictiva (9)	Sí (3) Sí (3)	17
16. Schnarrs et al. (2022)	Sí (3)	$\alpha = .89$ (3)	Constructo Convergente Predictiva (6)	Sí (3) Sí (3)	18
17. Wingenfeld et al. (2011)	Sí (2)	$\alpha = .76$ (2)	Concurrente Contenido Discriminante Discriminativa Predictiva (9)	No (0)	13

Discusión y conclusiones

El objetivo central de este estudio fue realizar una revisión sistemática de las propiedades psicométricas del ACE-Q y sus diversas adaptaciones y versiones siguiendo la metodología PRISMA 2020. Los hallazgos más significativos se pueden inferir a través de la rúbrica de evaluación, una herramienta objetiva que facilitó la comparación de la calidad de los

instrumentos seleccionados para esta revisión. Esta rúbrica permitió excluir de la revisión estudios cuyo análisis de las propiedades psicométricas de los instrumentos para evaluar las EAI fue deficiente (Colman et al., 2015; Cross et al., 2023; Dube et al., 2004; Finkelhor et al., 2013; Finkelhor et al., 2015; Kazeem et al., 2012; Merrick et al., 2017; Pinto et al., 2014; Wade et al., 2016; Zanotti et al., 2018).

Con respecto a los instrumentos que si fueron incluidos en la revisión sistemática, se obtuvieron puntuaciones que oscilan entre 11 a 20, lo que sugiere un nivel aceptable de calidad psicométrica de los instrumentos para evaluar las EAI. Si bien el instrumento empleado por Mersky et al. (2016) logró el puntaje más alto con un total de 20 puntos, ningún instrumento alcanzó la puntuación máxima de 29 puntos ni se acercó a este nivel de calidad psicométrica, lo que plantea cuestiones cruciales sobre la fiabilidad y validez del ACE-Q y sus instrumentos derivados.

En cuanto a la consistencia de los resultados entre diferentes estudios instrumentales, el análisis de los enfoques utilizados para evaluar la consistencia interna sugiere una confiabilidad razonable de los instrumentos (Afifi et al., 2020; Ford et al., 2014; Hawes et al., 2021; Ho et al., 2019; Louise et al., 2023; Mei et al., 2022; Meinck et al., 2017; Mersky et al., 2016, 2021; Schnarrs et al., 2021; Wingenfeld et al., 2011), una capacidad sólida para medir las EAI a lo largo del tiempo (Hawes et al., 2021; Ho et al., 2019; Louise et al., 2023; Mersky et al., 2016, 2021) y para evaluarlas en diversos grupos o contextos para garantizar la comparabilidad (Choi et al., 2020; Ford et al., 2014; Mei et al., 2022; Meinck et al., 2017).

Además, estos instrumentos han demostrado su capacidad para capturar el constructo ACE dentro de las dimensiones, factores y subescalas que los componen, así como han reportado índices de ajuste favorables después de análisis de factores (Afifi et al.,

2017, 2020; Bethell et al., 2017; Choi et al., 2020, Conway & Lewis, 2022; Ford et al., 2014; Mei et al., 2022; Meinck et al., 2017; Mersky et al., 2016, 2021; Morril et al., 2019; Schnarrs et al., 2022).

La consistencia de los resultados en las evidencias de validez de los estudios seleccionados para esta revisión, se alinea en varios aspectos clave. En primer lugar, tanto el ACE-Q como el ACE-IQ capturan de manera efectiva la dimensionalidad del constructo de EAI (Ho et al., 2019, Wingenfeld et al., 2011). Se observa una fuerte relación entre el ACE-Q y sus instrumentos derivados, como el ACE-I, la ALES y el ACE-ASF, confirmando su capacidad para medir el mismo constructo (Conway & Lewin, 2022; Hawes et al., 2021; Meinck et al., 2017; Wingenfeld et al., 2011).

Por otro lado, hay evidencia en los estudios para confirmar que los instrumentos evalúan el constructo de EAI y no otros constructos (Morril et al., 2019; Wingenfeld et al., 2011). Estos instrumentos no solo muestran su capacidad para medir las EAI, sino que también demuestran una notable habilidad para distinguir entre grupos con diferentes niveles de exposición a EAI (Choi et al., 2020; Wingenfeld et al., 2011).

Además, los instrumentos diseñados para evaluar EAI se correlacionan significativamente con puntuaciones de constructos que muestran convergencia conceptual, como ansiedad, depresión (Louise et al., 2023), abuso emocional, abuso físico, negligencia, calidad del entorno familiar (Hawes et al., 2021), estrés percibido, tabaquismo (Mersky et al., 2016) y estrés infantil (Morril et al., 2019).

Asimismo, se infiere a partir de los resultados de este estudio que los instrumentos para evaluar las EAI tienen la capacidad de predecir constructos que teóricamente deberían estar relacionados según la literatura existente. Existe una tendencia notable a asociar las EAI con resultados de salud como depresión (Afifi et al., 2017; Choi et al., 2020; Hawes et

al., 2021, Kidman et al., 2019; Mersky et al., 2021; Schnarrs et al., 2022; Wingenfeld et al., 2011), ansiedad (Choi et al., 2020; Hawes et al., 2021; Schnarrs et al., 2022; Wingenfeld et al., 2011), estrés postraumático (Mersky et al., 2021; Schnarrs et al., 2022) y salud física (Schnarrs et al., 2022; Morril et al., 2019).

Por lo tanto, es esencial investigar estas asociaciones en variables menos exploradas para comprender el impacto de las EAI en la salud física y mental, así como en la adopción de comportamientos de riesgo. Estos hallazgos resaltan la capacidad del ACE-Q y sus instrumentos derivados para proporcionar evidencia robusta de validez de contenido, concurrente, discriminante, discriminatoria, convergente y predictiva.

Por otra parte, es necesario destacar que en la revisión sistemática se incluyeron instrumentos que consideran eventos adicionales de adversidad, más allá de los que se abarcan en los dominios del ACE-Q y el ACE-IQ. En el caso del ACE-I, es un instrumento que añade adversidades experimentadas por poblaciones migrantes (Conway & Lewin 2022), y el SGM-ACE integra adversidades experimentadas por minorías sexuales y de género (Schnarrs et al., 2022).

Con respecto a los estudios que fueron excluidos de la revisión dada su baja puntuación en la rúbrica de evaluación, también incluyeron categorías adicionales de adversidad como el castigo físico, formas de victimización en entornos familiares, escolares y comunitarios, así como eventos que pueden ocurrir en el entorno social y facilitar la exposición a otras adversidades (Finkelhor et al., 2013, 2015; Merrick et al., 2017).

Este aspecto ha sido abordado en estudios anteriores, donde se ha sugerido expandir las categorías y dominios de adversidad según la población estudiada (Cronholm et al., 2015; Finkelhor et al., 2015). Sin embargo, la inclusión de un mayor número de dimensiones y categorías de EAI plantea desafíos para la conceptualización y medición del

constructo, aspecto que forma parte de las principales críticas y preocupaciones en la medición de las EAI (Appleton et al., 2017; Kelly-Irving, & Delpierre, 2019).

En resumen, los hallazgos de la revisión sobre las propiedades psicométricas del ACE-Q y sus derivados destacan la necesidad de instrumentos de medición confiables y válidos para este constructo. Estas herramientas de medición son cruciales para orientar y evaluar modelos de atención primaria, estrategias de salud pública y enfoques comunitarios destinados a abordar las consecuencias de las EAI en la salud y el desarrollo.

Adicionalmente, se enfatiza la importancia de validar culturalmente y adaptar instrumentos de EAI en diferentes poblaciones y contextos, dada la diversidad de adversidades que pueden estar presentes en cada entorno de desarrollo y que pueden dificultar el mantener la consistencia de sus propiedades psicométricas.

Limitaciones e investigaciones a futuro

Entre las limitaciones de esta revisión sistemática, vale la pena mencionar que la selección de bases de datos para la búsqueda de estudios se limitó exclusivamente a bases de datos en inglés, considerando que la mayoría de las publicaciones sobre EAI y sus instrumentos de evaluación se han desarrollado en este idioma. Por lo tanto, en futuros estudios, será necesario considerar la realización de una búsqueda sistemática en un rango más amplio de bases de datos en diferentes idiomas, ya que la investigación sobre EAI y sus formas de evaluación está prosperando a nivel mundial.

En investigaciones futuras, se plantea la posibilidad de desarrollar, adaptar, traducir o validar instrumentos para evaluar las EAI que sean funcionales en nuestro contexto, considerando los hallazgos de esta revisión como antecedente para mejorar el nivel de calidad psicométrica de los instrumentos de medición para este constructo.

Por otro lado, dada la identificación de categorías de adversidad adicionales reportadas en varios estudios, puede ser de gran importancia analizar cuáles de estas categorías son consistentes con la conceptualización de las EAI y cuáles no deberían considerarse parte del constructo. En esta revisión se observó que los investigadores tienden a agregar, eliminar o modificar categorías de EAI para que se ajusten al contexto de investigación. Esto complica la forma en como puede conceptualizarse el constructo, lo que, a su vez, dificulta su medición y aplicación generalizada.

Capítulo 8. Estudio 2: Traducción y Validación de la Adverse Life Experiences Scale a población mexicana

Método

Diseño de investigación

Se trata de una investigación instrumental en la que se busca la comprensión y mejora en la medición de un constructo a partir del estudio de sus propiedades psicométricas (Ato et al., 2013).

Tipo de muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Participantes. Se incluyeron en el estudio adultos de 18 años o más. Se excluyeron quienes no fueran capaces de leer el consentimiento informado o responder la batería de instrumentos por sí mismos. Y se eliminó de la muestra a quienes no aceptaron el consentimiento informado u omitieron firmarlo, así como quienes no respondieron en 5% o más de los ítems de la batería de instrumentos.

Muestra. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia para la selección de los participantes. La muestra estuvo conformada por 766 personas adultas de distintas partes de México, 424 mujeres y 334 hombres con un promedio de edad de 33 años.

Instrumentos

Cuestionario de datos sociodemográficos (elaboración propia). Se trata de un cuestionario de elaboración propia que busca recoger datos de tipo sociodemográfico asociados a las MVVP.

Adverse Life Experiences Scale ALES (Hawes et al., 2021). Se utilizaron dos versiones traducidas de la ALES. Consta de un cuestionario de 23 ítems con tipo de respuesta dicotómica (Sí/No) para medir las experiencias de vida adversas, denominado ALES-D. Y

para este estudio se incluyó una escala de frecuencia con un tipo de respuesta Likert de cuatro puntos: 1 = “Nunca”, 2 = “Alguna vez”, 3 = “Varias veces”, y 4 = “Todo el tiempo”, para medir las experiencias de vida adversas, denominada ALES-F. Se reporta un buen nivel de confiabilidad ($\alpha = .86$), una alta correlación entre sus ítems y los del ACE-Q ($r = .92, p < .001$), y buen nivel de confiabilidad test-retest ($ICC = .88$) (Hawes et al., 2021).

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-EAM, Carranza-Plancarte et al., 2022). Es una escala de 21 ítems validada en adultos mexicanos. Es de tipo de respuesta Likert de cinco puntos: 1 = “Casi nunca”, 2 = “Algunas veces”, 3 = “La mitad de las veces”, 4 = “La mayoría de las veces”, y 5 = “Casi siempre”. Cuenta con cuatro dimensiones: la dificultad en el control de impulsos ($\alpha = .878$), la dificultad en el manejo del malestar emocional ($\alpha = .831$), la no aceptación de respuestas emocionales ($\alpha = .77$) y la dificultad por malestar emocional para el logro de objetivos ($\alpha = .628$). Se reporta una excelente consistencia interna ($\alpha = .916$).

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos versión abreviada (CESD-7, Salinas-Rodríguez et al., 2013). Es una escala de 7 ítems validada en adultos mexicanos. Es de respuesta tipo Likert de cuatro puntos: 0 = “Rara vez o nunca (menos de 1 día)”, 1 = “Pocas veces o alguna vez (1-2 días)”, 2 = “Un número de veces considerable (3-4 días)”, y 3 = “Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)”. Cuenta con cinco dimensiones: estado de ánimo deprimido (disforia), disminución de placer (anhedonia), problemas de sueño, fatiga y pensamiento. Se reporta una adecuada consistencia interna ($\alpha = .86$).

Lista Checable de Trastorno de Estrés Postraumático para DSM-5 (PCL-5, Durón-Figueroa et al., 2019). Es una escala de 20 ítems validada en adultos mexicanos. Es de respuesta tipo Likert de cinco puntos: 0 = “Nada”, 1 = “Un poco”, 2 = “Moderadamente,

3 = “Bastante”, y 4 = “Extremadamente”. Cuenta con seis dimensiones: reexperimentación ($\alpha = .92$), evitación ($\alpha = .88$), alteraciones cognitivas ($\alpha = .89$), anhedonia ($\alpha = .91$), activación ansiosa ($\alpha = .75$) y activación disfórica ($\alpha = .83$). Se reporta una excelente consistencia interna del instrumento ($\alpha = .97$).

Escala de Calidad de Vida (WHO-QoL-BREF, López-Huerta et al., 2017). Es una escala de 26 ítems validada en adultos mexicanos. Es de diferentes tipos de respuesta Likert de cinco puntos para evaluar la percepción general, frecuencia y grado de satisfacción con la calidad de vida en cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, ambiente, y relaciones sociales. Se reporta una aceptable consistencia interna en sus dimensiones ($\alpha = .70$) y una adecuada consistencia interna del instrumento completo ($\alpha = .895$).

Escala Breve de Resiliencia (BRS, Hidalgo-Rasmussen y González- Betanzos, 2019). Es una escala de 6 ítems validada en estudiantes universitarios mexicanos. Cuenta con dos dimensiones: resiliencia y vulnerabilidad. Es de tipo de respuesta Likert de cinco puntos: 1 = “Muy de acuerdo”, 2 = “De acuerdo”, 3 = “Ligeramente de acuerdo”, 4 = “Ligeramente en desacuerdo”, 5 = “En desacuerdo”, y 6 = “Muy en desacuerdo”. Se reporta una aceptable consistencia interna en la dimensión de resiliencia ($\alpha = .71$, $\omega = .59$) y vulnerabilidad ($\alpha = .74$, $\omega = .65$).

Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-8, Calleja et al., 2022). Es una versión unidimensional de 8 ítems del EBS-20 validada en adultos mexicanos. Es de tipo de respuesta Likert de seis puntos: 1 = “En desacuerdo”, 2 = “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, 3 = “Ligeramente de acuerdo”, 4 = “De acuerdo”, 5 = “Muy de acuerdo”, y 6 = “Totalmente de acuerdo”. Se reporta una consistencia interna excelente ($\alpha = .958$, $\omega = .957$).

Escala de Salud Mental Positiva (PMH, Lukat et al., 2016). Es una escala de 9 ítems validada en distintas poblaciones. Es de tipo de respuesta Likert de cuatro puntos: 1 = “En

desacuerdo”, 2 = “Algo en desacuerdo”, 3 = “Algo de acuerdo”, y 4 = “De acuerdo”. Se reporta una muy buena consistencia interna ($\alpha = .93$). Dado que durante el periodo en que se llevó a cabo esta investigación no existía una versión traducida al español de este instrumento, se llevó a cabo el proceso de traducción re-traducción.

Procedimiento

Se realizaron los siguientes procedimientos para lograr la equivalencia entre la versión original de la ALES (Hawes et al., 2021) y la versión traducida al español: la equivalencia cultural, la equivalencia de los reactivos, la equivalencia semántica y lingüística, la equivalencia operacional y finalmente la equivalencia de medición o métrica (Hasselman & Reichenheim, 2003; Muñoz et al., 2013; Reyes Lagunes y García Barragán, 2008). Luego de la traducción y pilotaje del instrumento, se redactó el consentimiento informado (Ver Anexo 1) y se integró una batería instrumentos (Ver Anexo 2) para medir atributos relacionados con las EAI y obtener las evidencias de fiabilidad y validez.

Para la recolección de los datos, se recibió el apoyo de estudiantes universitarios que cursaban un verano de investigación y tenían interés en la investigación de las EAI en su contexto. Recibieron capacitación sobre aspectos clave de psicometría y sobre herramientas para la investigación previo al periodo de aplicación, para garantizar condiciones óptimas para la evaluación. Además se les brindó una guía de aplicación donde se incluyó el consentimiento informado y una explicación breve de las instrucciones de cada instrumento y sus formatos de respuesta. Debido a la extensión de la batería y el reporte de los estudiantes sobre algunas dificultades que tuvieron para la aplicación, se decidió dividirla en tres versiones más cortas para evaluar las distintas variables asociadas con las EAI. Una vez finalizado el periodo de aplicación, se orientó a los estudiantes en la captura de la información

en distintas bases de datos creadas para vaciar el contenido de las baterías de instrumentos. Estas bases de datos se integraron en una sola matriz para proceder con los análisis.

Análisis de Datos

Para realizar el análisis estadístico de los datos se utilizó Statistical Package for Social Sciences [SPSS] versión 25 y Jeffreys's Amazing Statistics Program [JASP] versión 0.18.3. SPSS fue utilizado durante el escaneo de los datos, para el cálculo de la estadística descriptiva, las frecuencias y las evidencias de fiabilidad. JASP fue utilizado para el cálculo de los Análisis Factoriales Exploratorios [AFE], Análisis Factoriales Confirmatorios [AFC] y para obtener las evidencias de validez de la ALES-F y la ALES-D

Antes de iniciar con los análisis psicométricos, se realizó un procedimiento de escaneo de los datos para revisar el cumplimiento de los supuestos estadísticos que se requieren para realizar los procedimientos de confiabilidad y validez. Primero se detectaron las respuestas no comprometidas y se eliminaron del análisis. No se imputaron los valores faltantes de los datos, pues no todas las variables fueron evaluadas en la muestra, por lo que se eliminaron los casos por pares (*Pairwise deletion*) para maximizar el número de datos disponibles. Los valores atípicos u outliers se revisaron para decidir incluirlos o excluirlos del análisis. Se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors [KS-L] debido al tamaño de la muestra y se obtuvo el tamaño de efecto con el índice de Máxima Diferencia Absoluta [D], cuyo criterio es que las magnitudes $<.30$ pueden ser aceptables para procedimientos paramétricos y valores $>.50$ necesitan procedimientos para datos no normales (Dominguez-Lara, 2018).

Luego del escaneo de los datos se calcularon los estadísticos descriptivos y la frecuencia de los datos sociodemográficos. También se obtuvieron los estadísticos descriptivos de los ítems de la escala de frecuencia de la ALES y se identificaron distintos

criterios de calidad psicométrica: 1) la media [M] teórica de los ítems; 2) la desviación estándar [DE] es similar entre los ítems; 3) el rango de respuestas; 4) la opción de respuesta con mayor frecuencia es $<50\%$; 5) la primera o última opción de respuesta es $<30\%$; 6) la asimetría y la curtosis es $<|1|$, para la asimetría un valor entre -1 y 1 indica que es leve o cercana a una distribución simétrica, y un valor entre -1 y 1 en la curtosis indica que es leve o cercana a una distribución mesocúrtica/normal; 7) la correlación inter-ítem muestra una r menor $>.20$ y una r mayor $<.85$; 8) el cálculo del Índice de Homogeneidad compuesta [IHc] es $>.30$; 9) y la discriminación entre grupos extremos es $p<.05$ (Howell, 2012; Kline, 2005; Pardo et al., 2009).

Después se calcularon las evidencias de fiabilidad a partir del coeficiente de Cronbach [α] y su medida en elementos estandarizados, el coeficiente de correlación intraclase [ICC] y el coeficiente Omega de McDonald [ω]. Para la interpretación de los valores de alpha de Cronbach: $>.90$ = Excelente, $.80 - .89$ = Adecuado, $.70 - .79$ = Aceptable, $.60 - .69$ = Cuestionable, y $<.60$ = Pobre.

Posteriormente se realizó el AFE a partir de una matriz de correlaciones creada con la mitad de la muestra total seleccionada de forma aleatoria ($n = 371$). Después se calculó la medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin [KMO], la Prueba de Esfericidad de Bartlett, y el valor de los determinantes de la matriz de correlaciones para evaluar la idoneidad del AFE. Debido a las opciones de respuesta de ambos instrumentos se consideró apropiado utilizar una matriz de correlaciones policóricas/tetracóricas (Domínguez Lara, 2014). Se excluyeron del análisis los ítems con medidas de KMO $<.80$. Y se calculó el test de Mardia para evaluar la no normalidad multivariante de los datos.

A continuación se realizó un análisis paralelo basado en componentes principales para determinar el número de factores a retener, y se hizo una evaluación y ajuste del modelo hasta

lograr una estructura en la que cada ítem tenga carga alta en un factor y cargas menores en el otro. Luego se estimaron parámetros como la matriz de cargas factoriales, que muestra la fuerza y dirección de las asociaciones, y la unicidad, que muestra la varianza única de cada variable no explicada por los factores, donde valores más bajos indican mayor relación con el factor en el que carga. Se obtuvo la solución factorial final a partir de la evaluación de la pertinencia de los ítems, el tamaño de la carga factorial, la diferencia en las cargas de un ítem en los dos factores y la coherencia teórica de los ítems y factores. Se utilizó el método de Mínimos Cuadrados Generalizados [GLS] para la extracción de factores, y el método Promax para la rotación. Se analizó la correlación entre factores y se realizó la evaluación y el ajuste del modelo, a partir de la varianza explicada y las matrices de cargas factoriales. Este procedimiento se replicó para la ALES-F y la ALES-D.

Después se realizó el AFC, en el que se compararon cuatro modelos factoriales para la ALES-F y dos modelos factoriales para el ALES-D. Se obtuvieron las varianzas y covarianzas para conocer la amplitud de las respuestas. Se estimaron parámetros como las cargas factoriales, los índices de ajuste e índices de modificación de cada modelo. Para la evaluación del ajuste de los modelos se analizaron los siguientes indicadores: Chi-cuadrado [χ^2] y su nivel de significancia ($p < .05$), el Índice de Ajuste Comparativo [CFI] y el Índice de Tucker-Lewis [TLI] $\geq .90$, el Error Cuadrático Medio de Aproximación [RMSEA] $\leq .08$ y el Residual Estandarizado de la Raíz del Error Cuadrático Medio [SRMR] $\leq .10$. Se considera un modelo de buen ajuste del modelo cuando χ^2 no es significativo ($p > .05$), y CFI y TLI $\geq .95$, RMSEA $\leq .05$, y SRMR $\leq .08$. Estos índices se agruparon en un cuadro comparativo de los modelos de ambas escalas.

En cuanto a las evidencias de validez convergente/divergente, se obtuvieron los índices de correlación de los puntajes de la ALES-F y la ALES-D con las escalas que miden

la desregulación emocional (DERS-EAM), la depresión (CESD-7) el trastorno de estrés postraumático (PCL-5), la calidad de vida (WHO-QoL-BREF), la resiliencia (BRS), el bienestar subjetivo (EBS-8) y la salud mental positiva (PMH). Una relación positiva o directa se tratará de una evidencia convergente, si es negativa o inversa será evidencia divergente, y si no existe relación la evidencia será discriminante. Una magnitud es baja si $r=.20$ a $.34$, moderada si $r=.35$ a $.50$, y alta con $r>|.50$ (Luo et al., 2005).

Y con respecto a las evidencias de validez discriminativa, se calcularon las diferencias entre grupos con la prueba ANOVA, se calculó el tamaño de efecto con la corrección de homogeneidad de Brown-Forsythe y Welch. Los grupos se dividieron obteniendo mediante el cálculo del grado de exposición a las adversidades: 1) 0 a 3 experiencias adversas; 2) 4 a 6 experiencias adversas; 3) 7 o más experiencias adversas. Al obtener diferencias estadísticamente significativas entre los grupos se comprueba la validez discriminativa.

Consideraciones éticas

Siguiendo los principios éticos establecidos por la American Psychological Association [APA], en esta investigación se garantizó el respeto a los participantes incluyendo una explicación del objetivo de la evaluación, su duración aproximada y la confidencialidad absoluta de los datos recopilados. También se hizo especial énfasis en el derecho de los participantes a revocar su consentimiento informado, asegurando así su autonomía y protección. Bajo estos principios éticos se desarrolló cada etapa del estudio, asegurando la integridad y validez de los resultados obtenidos.

Resultados

Análisis descriptivos de los datos sociodemográficos

Estos resultados describen las características sociodemográficas de la muestra y permiten obtener información sobre el contexto a partir del cual se interpretarán los resultados y se

discutirán los hallazgos. En la Tabla 1 se reportan los estadísticos descriptivos y los datos de frecuencia de estas variables. Se observa diversidad en las características demográficas y socioeconómicas de la muestra de estudio.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos y frecuencia de los datos sociodemográficos

Variables	Media	Desv. Est.	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	1.45	.519	Mujer	413	55.7
			Hombre	321	43.3
			Prefiero no decirlo	8	1.1
Edad	33.17	11.326	Entre 18 a 72 años	742	100
Ocupación	3.75	1.348	Hogar/Ama/o de casa	97	13.1
			Obrero/a	33	4.4
			Comerciante	64	8.6
			Empleado	350	47.2
			Estudiante	177	23.9
			Pensionado/a	8	1.1
			Desempleado/a	13	1.8
Estado civil	1.89	1.171	Soltero/a	361	48.7
			Casado/a	226	30.5
			Unión libre	84	11.3
			Separado/a	26	3.5
			Divorciado/a	35	4.7
			Viudo/a	10	1.3
Escolaridad	4.35	.904	Sin estudios	4	0.5
			Primaria	21	2.8
			Secundaria	77	10.4
			Preparatoria/carrera técnica	302	40.7
			Universidad	284	38.3
			Posgrado	54	7.3
Ingreso familiar mensual*	2.66	1.435	0 a \$6,223	199	26.8
			\$6, 224 a \$9,334	153	20.6
			\$9,335 a \$18,669	204	27.5
			\$18,670 a \$28,003	97	13.1

			\$28,004 a \$37,337	35	4.7
			\$37,338 o más	45	6.1
			E	1	0.1
			D	13	1.8
			D+	21	2.8
Grupo AMAI	5.95	1.208	C-	62	8.4
			C	104	14
			C+	231	31.1
			A/B	310	41.8

Nota. * El ingreso familiar mensual es la única variable con valores faltantes = 9.

Propiedades psicométricas de la ALES-F

Primeramente se obtuvieron las propiedades psicométricas de la ALES-F, iniciando con el escaneo de los datos, el análisis descriptivo de sus ítems y la obtención de evidencias de fiabilidad y validez que permitan conocer sus propiedades psicométricas.

Escaneo de los datos. Se detectaron un total de 44 casos de respuestas no comprometidas, por lo que se eliminaron para tener una muestra final de $n = 742$. Los valores faltantes se recodificaron como datos perdidos y no fueron imputados considerando que se aplicaron distintas versiones de la batería de instrumentos y algunas variables no fueron evaluadas en los mismos participantes. Los valores atípicos u outliers se revisaron de manera individual y dada la naturaleza de las variables se consideró no eliminarlos, pues pueden brindar información útil para comprender el fenómeno de estudio. Luego se analizó la normalidad de los datos. En la Tabla 2 se muestran los resultados de la prueba de normalidad de KS-L para la ALES-F.

Tabla 2. Prueba de normalidad de la ALES-F

Variables	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Enfermedad o accidente grave:			
Ítem 1. ¿Estuvo enfermo(a) de gravedad o tuvo un accidente grave?	.315	742	.000

Pérdida de educación:		
Ítem 2. ¿Perdió una parte importante de su educación? (Por ejemplo: haber faltado a la escuela durante mucho tiempo o no recibir el apoyo necesario para ir).	.396	742 .000
Aislamiento, rechazo o exclusión por pares:		
Ítem 3. ¿Se sintió solo(a), rechazado(a) o excluido(a) por sus compañeros?	.221	742 .000
Victimización por pares:		
Ítem 4. ¿Fue lastimado(a), molestado(a) o insultado(a) por sus compañeros?	.229	742 .000
Desastre natural:		
Ítem 5. ¿Fue afectado(a) por un desastre natural? (Por ejemplo: inundación, incendio, terremoto, huracán, etc.)	.460	742 .000
Pobreza o problemas económicos:		
Ítem 6. ¿Vivió una etapa en la que su familia fue muy pobre o tuvo problemas económicos graves?	.242	742 .000
Vecindario peligroso o violento:		
Ítem 7. ¿Vivió en un vecindario peligroso o en un lugar en el que vio a personas siendo lastimadas?	.388	742 .000
Negligencia física:		
Ítem 8. ¿NO tuvo suficiente para comer, tuvo que usar ropa sucia, NO fue llevado(a) al médico cuando fue necesario o se quedó solo(a) sin nadie que le cuidara?	.437	742 .000
Abuso emocional:		
Ítem 9. ¿Un adulto le insultó, humilló o amenazó?	.231	742 .000
Negligencia emocional:		
Ítem 10. ¿Sintió que nadie le amaba o que NO era importante para su familia?	.259	742 .000
Pérdida o separación de quien brinda protección o seguridad:		
Ítem 11. ¿Perdió a alguien o fue separada de alguien que le protegía o de quien dependiera su seguridad? (Por ejemplo: al ser abandonado(a), al ser ingresado(a) a una casa hogar, por motivos de migración, guerra, enfermedad severa o muerte).	.430	742 .000
Violencia doméstica:		
Ítem 12. ¿Vio a un familiar ser empujado, sujetado con fuerza, lastimado o amenazado por otro miembro de su familia?	.326	742 .000
Abuso de sustancias de un miembro de la familia:		
Ítem 13. ¿Vivió con alguien que abusaba de las drogas o el alcohol?	.313	742 .000
Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia:		
Ítem 14. ¿Vivió con alguien que sufría depresión, una enfermedad mental o que intentó suicidarse?	.390	742 .000
Arresto o encarcelamiento de un miembro en la familia:		
Ítem 15. ¿Un miembro de su familia fue arrestado(a) o encarcelado(a) por las autoridades?	.429	742 .000
Migración debido a la guerra, violencia o persecución:		
Ítem 16. ¿Tuvo que dejar su país debido a la guerra, violencia y/o persecución?	.533	742 .000
Discriminación:		
Ítem 17. ¿Fue discriminado(a) o le hicieron sentir como una extraño(a)? (Por ejemplo: debido a su raza, género, orientación sexual, lugar de nacimiento, cultura o religión)	.401	742 .000

Aislamiento, o expulsión de una comunidad, grupo cultural o localidad:		
Ítem 18. ¿Fue aislado(a) o expulsado(a) de una comunidad, grupo cultural o localidad?	.524	742 .000
Abuso físico:		
Ítem 19. ¿Fue empujado(a), sujetado(a) con fuerza, cacheteado(a) o lastimado(a) por un adulto?	.335	742 .000
Abuso sexual:		
Ítem 20. ¿Fue forzado(a) a participar en actos sexuales o a observar cosas sexuales?	.501	742 .000
Violencia comunitaria:		
Ítem 21. ¿Vio alguna persona gravemente herida o asesinada, o estuvo expuesta a un entorno violento donde matan o hieren a otros?	.432	742 .000
Exposición a la guerra:		
Ítem 22. ¿Estuvo en combate o estuvo expuesto(a) a una guerra?	.533	742 .000
Muerte de hermano(a), familiar o amigo(a):		
Ítem 23. ¿Experimentó la muerte de un hermano(a), familiar cercano(a) o amigo(a)?	.257	742 .000

Nota. ^a = Corrección de Lilliefors.

Como el valor de significancia en todas las variables es $p < .05$, se rechaza la hipótesis nula de que los datos tienen una distribución normal, por lo que se necesitan aplicar métodos estadísticos para datos no normales. Asimismo, en la Tabla 3 se muestra el cálculo del tamaño de efecto. Se encontró que los ítems “Migración debido a la guerra, violencia y/o persecución”, “Aislamiento o expulsión de una comunidad, grupo cultural o localidad”, “Abuso sexual”, y “Exposición a la guerra” reportan valores de $D > .5$, y la mayoría del resto de ítems reportan un valor de $D > 3.0$, lo que sugiere que las variables deberían de tratarse con procedimientos no paramétricos, dada la distribución de las puntuaciones y la magnitud de estas diferencias no atribuidas al azar.

Tabla 3. Tamaño de efecto de los ítems de la ALES-F

Ítems	Parámetros normales		Máximas diferencias extremas			Estadístico de prueba	Sig. Asintótica (bilateral)
	Media	Desviación	Absoluto	Positivo	Negativo		
1	1.59	.648	.315	.315	-.240	.315	.000
2	1.44	.704	.396	.396	-.264	.396	.000
3	1.98	.824	.221	.221	-.190	.221	.000
4	1.89	.765	.229	.229	-.218	.229	.000
5	1.27	.521	.460	.460	-.301	.460	.000
6	1.82	.770	.242	.242	-.207	.242	.000

7	1.51	.823	.388	.388	-.267	.388	.000
8	1.37	.654	.437	.437	-.287	.437	.000
9	1.88	.789	.231	.231	-.198	.231	.000
10	1.81	.822	.259	.259	-.170	.259	.000
11	1.35	.578	.430	.430	-.271	.430	.000
12	1.62	.749	.326	.326	-.205	.326	.000
13	1.73	.926	.313	.313	-.216	.313	.000
14	1.44	.692	.390	.390	-.261	.390	.000
15	1.34	.572	.429	.429	-.277	.429	.000
16	1.04	.249	.533*	.533	-.438	.533	.000
17	1.44	.692	.401	.401	-.261	.401	.000
18	1.12	.394	.524*	.524	-.383	.524	.000
19	1.63	.764	.335	.335	-.205	.335	.000
20	1.19	.498	.501*	.501	-.348	.501	.000
21	1.34	.575	.432	.432	-.275	.432	.000
22	1.07	.320	.533*	.533	-.410	.533	.000
23	1.97	.703	.257	.256	-.257	.257	.000

Nota. * = señala las variables con un valor de D > .5

Análisis descriptivo de los ítems de la ALES-F. Estos análisis permiten observar la distribución y variabilidad de las respuestas en cada ítem de la ALES, para tener una idea inicial de su estructura y de las consideraciones que se tomarán al obtener las evidencias de fiabilidad y validez. En la Tabla 4 se reporta un concentrado de los análisis descriptivos donde puede observarse el cumplimiento de los ítems en distintos criterios de calidad psicométrica. En los ítems 5, 16, 18, 20 y 22 se observa un menor cumplimiento de estos criterios, lo que será tomado en cuenta para considerar eliminarlos de la escala según los resultados que se tengan del análisis paralelo y el AFE.

Tabla 4. Análisis descriptivo de los ítems de la ALES-F

Índices	M	DE	Rango	Opciones con alta frecuencia	Efectos de piso o techo	Asimetría/ curtosis	Corr. Inter ítem	Corr. Ítem total	Discr. Entre grupos extremos
Criterios de calidad psicométrica									
Ítems	Valores cercanos a la media teórica (2.5)	Similares entre sí	Cubrir el rango posible (1 a 4)	Opción con frecuencia más alta <50%	Primera opción, última opción <30%	</2/, </7/	r menor: >.20 r mayor: <.85	>.30	p<.05
1	1.59	0.648	1-3	49.5	49.5/0.0	0.63/-0.60	.023/.160	0.196	.000
2	1.44	0.704	1-4	66.0	66.0/2.0	1.62/2.27	.047/.361	0.316	.000
3	1.98	0.824	1-4	41.1	31.8/3.0	0.35/-0.71	-.015/.601	0.424	.000
4	1.89	0.765	1-4	44.7	33.8/1.5	0.38/-0.63	-.006/.601	0.422	.000
5	1.27	0.521	1-4	76.0	76.0/0.4	1.94/3.89	.042/.234	0.268	.000
6	1.82	0.77	1-4	42.7	38.5/1.8	0.55/-0.43	.031/.507	0.401	.000
7	1.51	0.823	1-4	65.5	65.5/4.6	1.60/1.80	.006/.323	0.391	.000
8	1.37	0.654	1-4	72.4	72.4/0.5	1.66/1.83	.028/.507	0.472	.000
9	1.88	0.789	1-4	41.1	36.4/1.6	0.41/-0.73	.073/.524	0.602	.000
10	1.81	0.822	1-4	42.0	42.0/2.8	0.66/-0.40	.049/.524	0.579	.000
11	1.35	0.578	1-3	70.1	70.1/0.0	1.41/0.99	.111/.234	0.344	.000
12	1.62	0.749	1-4	53.1	53.1/1.5	0.97/0.17	.043/.451	0.523	.000
13	1.73	0.926	1-4	53.0	53.0/7.3	1.12/0.26	.040/.438	0.413	.000
14	1.44	0.692	1-4	65.1	65.1/2.2	1.64/2.58	.062/.298	0.333	.000
15	1.34	0.572	1-4	70.6	70.6/0.7	1.70/2.97	.097/.345	0.429	.000
16	1.04	0.249	1-4	97.0	97.0/0.3	7.87/72.47	-.008/.269	0.194	.003
17	1.44	0.692	1-4	66.2	66.2/1.1	1.45/1.38	.009/.334	0.431	.000
18	1.12	0.394	1-4	90.7	90.7/0.1	3.67/14.09	.033/.334	0.371	.000
19	1.63	0.764	1-4	54.0	54.0/0.5	0.81/-0.58	.064/.497	0.552	.000
20	1.19	0.498	1-4	84.9	84.9/0.3	2.70/7.07	.039/.329	0.366	.000
21	1.34	0.575	1-4	70.8	70.8/0.1	1.50/1.47	.071/.323	0.285	.000
22	1.07	0.32	1-4	94.3	94.3/0.1	4.98/27.23	.028/.269	0.288	.000
23	1.97	0.703	1-4	51.3	26.0/0.3	0.09/-0.83	.006/.152	0.131	.000

Nota. En negritas aparecen marcados los valores que no cumplen con los criterios sugeridos de viabilidad o calidad individual de los ítems.

Evidencias de fiabilidad de la ALES-F. Se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de $\alpha = 0.83$ que indica un adecuado nivel de consistencia interna entre los ítems de la escala, lo que sugiere que miden de manera fiable el constructo. El coeficiente alfa de Cronbach basado en elementos estandarizados fue de $\alpha = 0.829$, valor que es consistente y respalda aún más la fiabilidad de la escala. Asimismo, para realizar inferencias sobre la población de la que se extrajo la muestra se calculó el ICC = .830 (I.C. 95%: .812-.847), el cual se considera adecuado. Y se calculó el Coeficiente Omega de McDonald ($\omega = 0.838$), que sugiere que los ítems están correlacionados entre sí de manera consistente y reiteran la capacidad del instrumento para medir el constructo.

Análisis factorial exploratorio de la ALES-F. Los procedimientos del AFE se ejecutaron a partir de una matriz de correlaciones en la que se incluyó la mitad de la muestra seleccionada al azar ($n = 371$), ya que se consideró utilizar la segunda parte para el AFC. En el AFE se incluyeron los 23 ítems de la escala con tipo de respuesta Likert de cuatro puntos: “1 = Nunca”, “2 = Alguna vez”, “3 = Varias veces”, “4 = Todo el tiempo”, y se reportan valores de asimetría en los ítems que oscilan entre 0.13 a 6.68 y valores de curtosis que oscilan entre 0.092 a 48.65.

En cuanto a los índices de factibilidad del análisis, se obtuvo una medida de KMO de 0.874, que indica que se puede proceder con el AFE. La prueba de esfericidad de Bartlett dio como resultado $p < 0.001$, lo que rechaza la hipótesis nula de esfericidad y que las variables están correlacionadas entre sí, lo que apoya la idoneidad del análisis factorial. El valor de los determinantes de la matriz de correlaciones fue de 0.006, lo que indica una correlación alta entre los ítems y lo que sugiere que es apropiado realizar el AFE. Además se encontraron valores significativos de no normalidad multivariante según el test de Mardia ($\lambda = 44.115$, $p < .001$).

En cuanto a las Medidas de Adecuación Muestral [MSA], los ítems: 1 = “Enfermedad o accidente grave”, 3 = “Aislamiento, rechazo o exclusión por pares”, 5 = “Desastre natural”, 16 = “Migración debido a la guerra, violencia y/o persecución”, 18 = “Aislamiento, o expulsión de una comunidad, grupo cultural o localidad”, 21 = Violencia comunitaria, 22 = “Exposición a la guerra, 23 = “Muerte de un hermano(a), familiar o amigo(a), tuvieron valores $<.80$ por lo que se consideró excluirlos del AFE. Al revisar el cumplimiento de criterios de los ítems en los análisis descriptivos, se tomó la decisión de omitirlos por completo del análisis. Las MSA de los 15 ítems restantes oscilaron entre $.800$ a $.889$. En conjunto, los índices de factibilidad obtenidos de la matriz de correlaciones comprueban que sí es factible realizar el AFE a estos 15 ítems de la escala de frecuencia de la ALES.

Análisis paralelo. Se realizó un análisis paralelo basado en componentes principales para determinar el número óptimo de factores a retener, mediante la comparación entre los autovalores de los datos reales y de datos simulados. En este análisis el Factor 1 (5.579) y el Factor 2 (1.441) tienen autovalores que superan los autovalores promedio de los datos simulados (1.368 y 1.277 respectivamente), lo que sugiere retenerlos dada su importancia en la explicación de la varianza en los datos reales. El Factor 1 es el principal contribuyente a la estructura subyacente de los datos y el Factor 2 tiene una contribución menor pero aún significativa.

Evaluación y ajuste del modelo. Se hicieron análisis complementarios para evaluar y ajustar el modelo y lograr una estructura en la que cada ítem tenga una carga alta en un factor y cargas menores en el otro factor. En la Tabla 5 se observa la contribución de cada factor a la estructura de los datos tanto en la solución no rotada como en la rotada, lo que ayuda a comprender la dimensionalidad e interpretación de los resultados.

Tabla 5. Análisis de componentes principales de la ALES-F

Factores	Autovalores	Solución no rotada			Solución rotada		
		Sumas de cargas al cuadrado	Proporción de varianza	Acumulativo	Sumas de cargas al cuadrado	Proporción var.	Acumulativo
Factor 1	5.579	5.006	0.334	0.334	3.836	0.256	0.256
Factor 2	1.441	0.875	0.058	0.392	2.073	0.138	0.394

En la solución no rotada, el Factor 1 tiene un autovalor de 5.579, que explica el 33.4% de la varianza total, mientras que el Factor 2 tiene un autovalor de 1.441, que explica el 5.8% adicional de la varianza. Los dos factores en conjunto explican el 39,2% de la variación total.

En la solución rotada, el Factor 1 aún tiene el autovalor más alto (3.836), que explica el 25.6% de la varianza total, seguido por el Factor 2 con un autovalor de 2.073, que explica el 13.8% adicional de la varianza, y ambos factores juntos explican el 39,4% de la varianza total.

Las sumas de las cargas al cuadrado indican la cantidad de varianza de las variables originales explicadas por cada factor. En la solución no rotada, el Factor 1 tiene una suma de cargas al cuadrado de 5.006, mientras que el Factor 2 tiene una suma de 0.875. En la solución rotada, estas cifras cambian a 3.836 para el Factor 1 y 2.073 para el Factor 2. En ambas soluciones, el Factor 1 muestra cargas más altas en comparación con el Factor 2, lo que sugiere que el Factor 1 explica una mayor cantidad de varianza en los datos que el Factor 2.

Estimación de parámetros. El análisis factorial muestra una estructura subyacente de los datos en dos factores principales. En la Tabla 6 se muestra la matriz de cargas factoriales y la unicidad.

Tabla 6. Cargas factoriales de la ALES-F

Ítems	Factor 1	Factor 2	Unicidad
19. Abuso físico	0.667		0.519
10. Negligencia emocional	0.665		0.475

Ítems	Factor 1	Factor 2	Unicidad
20. Abuso sexual	0.664		0.619
9. Abuso emocional	0.664		0.440
14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	0.643		0.700
17. Discriminación	0.611		0.653
12. Violencia doméstica	0.598		0.556
4. Victimización por pares	0.577		0.711
13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	0.453		0.662
15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	0.441		0.624
6. Pobreza o problemas económicos graves		0.753	0.521
8. Negligencia física		0.719	0.436
2. Pérdida de educación		0.688	0.639
7. Vecindario peligroso o violento		0.452	0.727
11. Pérdida o separación de quien brinda protección o seguridad*			0.811

Nota. El método de rotación aplicado es promax. * el ítem 11 fue el único que no cargó hacia ninguno de los dos factores.

En el Factor 1, los ítems con cargas factoriales más altas son "Abuso físico" (0.667), "Negligencia emocional" (0.665), y "Abuso sexual" (0.664), y las cargas factoriales del resto oscilan entre 0.441 a 0.664; los ítems que cargaron en este factor se observa que son distintas formas de maltrato y disfunción en el hogar. En el Factor 2, los ítems con cargas factoriales más altas son "Pobreza o problemas económicos graves" (0.753) y "Negligencia física" (0.719), y las cargas factoriales de los dos ítems "Pérdida de educación" y "Vivir en un vecindario peligroso o violento" fueron 0.688 y 0.452, respectivamente.

La unicidad en el Factor 1, indica que los ítems "Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia" (0.700), "Victimización por pares" (0.711), y "Vivir en un vecindario peligroso o violento" (0.727) tienen la menor unicidad, lo que sugiere mayor relación con este factor. La unicidad en el Factor 2, indica que los ítems "Pérdida o separación de quien brinda protección o seguridad"

(0.811) y "Pobreza o problemas económicos graves" (0.521) tienen la menor unicidad, lo que sugiere una fuerte asociación con este factor.

Solución factorial final. Para evaluar la pertinencia de los ítems, se tomó en cuenta el tamaño de la carga factorial, la diferencia en las cargas de un ítem en los dos factores y la coherencia teórica de los ítems y factores. Siguiendo estos criterios, se obtuvo una solución factorial final que puede observarse en la Tabla 7.

Tabla 7. Solución factorial final de la ALES-F

Conformación de la solución final	Número de factores	2
	Porcentaje de varianza explicada por factor y total	Factor 1: 0.256 Factor 2: 0.394 Total: 0.650
	Método de extracción e iteraciones	Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS)
	Método de rotación e iteraciones	Promax
	Correlaciones inter factor	Factor 1 y 2: $r = 0.642$
Criterios cumplidos	Las cargas factoriales de todos los ítems son $>.40$	(X) Sí () No
	Ningún ítem tiene cargas altas en más de un factor	() Sí (X) No
	Los ítems de cada factor tienen coherencia teórica	(X) Sí () No
	La varianza total explicada es $>50\%$	(X) Sí () No
	Ningún factor tiene <3 ítems	(X) Sí () No
Ítems eliminados	Número de ítems eliminados	1
		(X) Carga factorial $<.40$
	Ítem 11: Pérdida o separación de quien brinda protección o seguridad	(X) Carga en dos o más factores
		() Falta de coherencia teórica

La solución final derivó en una estructura de dos factores que explican el 65% de la varianza total. Se utilizó el método GLS para la extracción de factores y el método Promax para la rotación. Se encontró una correlación positiva significativa entre ambos factores, con un coeficiente de correlación de 0.642. En cuanto al cumplimiento de criterios, las cargas factoriales de todos los ítems superaron el umbral de 0.40, hay ítems con cargas altas en más de un factor, los ítems de cada factor tienen coherencia teórica, la varianza total explicada superó el 50%, y ningún factor tiene menos de tres ítems. La

eliminación del ítem 11 se justifica por la escasa carga factorial, el haber cargado en ambos factores, y el poco cumplimiento de criterios del ítem en los análisis descriptivos.

En síntesis esta solución factorial final cuenta con una estructura de 14 ítems divididos en dos factores de 10 y 4 ítems. Los criterios de validez y consistencia del modelo fueron en su mayoría cumplidos, lo que sugiere una interpretación robusta de los resultados de análisis posteriores.

Análisis factorial confirmatorio de ALES-F. Para reportar los resultados del AFC en los distintos modelos se consideró el cálculo de las varianzas y covarianzas, la estimación de parámetros y el cálculo de índices de ajuste e índices de modificación (Ver Anexo 3). Se utilizó la matriz de correlaciones de la versión de 14 ítems de la ALES seleccionados a partir del AFE, así como los datos de la segunda parte de la muestra total que fue seleccionada al azar ($n = 371$), y en la que se reportan valores de asimetría de entre 0.370 a 2.990 y valores de curtosis de entre -0.766 a 9.267. Se probaron cuatro modelos factoriales para este instrumento.

Modelo de un factor de la ALES-F. El modelo unifactorial examina el supuesto de que todas las experiencias adversas se agrupan en un solo factor. Probar este modelo permite evaluar la homogeneidad de las experiencias adversas y su capacidad para ser conceptualizadas como un único fenómeno.

Modelo de dos factores de la ALES-F. El modelo de dos factores busca examinar si existe una estructura bifactorial que subyace a las experiencias adversas. El primer factor agrupa experiencias adversas que ocurren a nivel relacional y el segundo factor incluye experiencias adversas relacionadas con condiciones contextuales y socioeconómicas. Este modelo ayuda a discernir entre diferentes tipos de adversidad y a entender cómo se relacionan entre sí.

Modelo de tres factores de la ALES-F. Este modelo se fundamenta en la teoría que sugiere que las experiencias adversas pueden agruparse en tres factores principales. El factor de maltrato infantil abarca diversas formas de abuso y negligencia experimentadas durante la infancia. El factor de disfunción en el hogar engloba las adversidades relacionadas con el entorno familiar, como conflictos interpersonales, problemas de convivencia o dinámicas disfuncionales. Y el tercer factor comprende adversidades asociadas con el entorno social y otros estresores que pueden influir en la salud, como el estrés socioeconómico, la discriminación o la inseguridad en la comunidad.

Modelo de cuatro factores de la ALES-F. Este modelo surge de una solución identificada durante el AFE, en el que se propone que las experiencias adversas pueden dividirse en cuatro factores. El primer factor agrupa adversidades relacionadas con la falta de recursos materiales y oportunidades educativas. El segundo factor engloba adversidades asociadas con entornos familiares disfuncionales y situaciones de violencia y trauma. El tercer factor comprende experiencias de abuso, mientras que el cuarto factor incluye otras adversidades que incluyen distintas formas de victimización en el entorno familiar y social.

Comparación de los modelos factoriales de la ALES-F. Para seleccionar el modelo factorial con mejores índices de ajuste, se elaboró un cuadro comparativo de los valores de Chi cuadrado, grados de libertad, SRMR, CFI, TLI, RMSEA, así como la confiabilidad calculada mediante el coeficiente Alpha de Cronbach y Omega de McDonald de los modelos factoriales. En la Tabla 8 se resumen estos resultados.

Tabla 8. Índices de ajuste de los modelos factoriales de la ALES-F

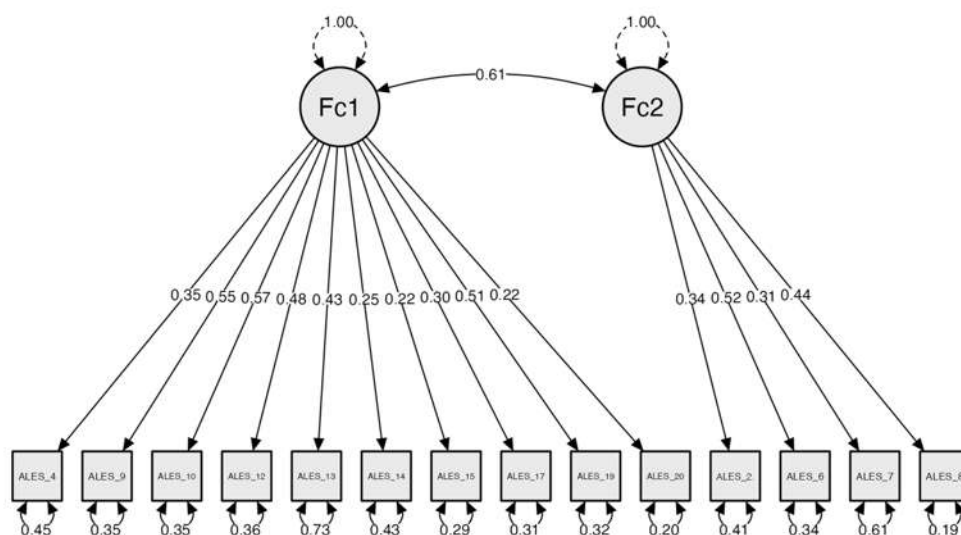
Modelos	X ²	Máxima Verosimilitud (ML)					Fiabilidad	
		gl	SRMR	CFI	TLI	RMSEA [90% CI]	α	ω
ALES-1	257.152*	77	0.060	0.831	0.801	.07 [.06, .09]	.813	.818

ALES-2	186.590*	76	0.054	0.897	0.876	0.06 [.05, .07]	.813	.808
ALES-3	590.954*	77	0.187	0.519	0.432	0.13 [.012, .014]	.813	.302
ALES-4	569.779*	77	0.191	0.539	0.455	0.13 [.012, .014]	.813	.273

Nota. * = valores de $p < .05$, χ^2 = Chi-cuadrado, gl = grados de libertad, SRMR = Raíz Cuadrada Media Residual Estandarizada, CFI = Índice de Bondad de Ajuste Comparativo, TLI = Índice de Tucker-Lewis; RMSEA = Error Cuadrático Medio de Aproximación; α = Alpha de Cronbach, ω = Omega de McDonald.

De esta tabla se pueden sacar una serie de conclusiones sobre cada uno de los modelos factoriales. El modelo factorial de dos factores obtenido a partir del AFC es el que cuenta con mejores índices de ajuste, ya que tiene el SRMR más bajo (0.054), el CFI y el TLI más altos (0.897 y 0.876 respectivamente), y el RMSEA más bajo (0.06). Cabe mencionar que desde el AFE este modelo de dos factores fue el que obtuvo un mejor ajuste, y se observó un ligero incremento en sus índices al aplicar el AFC. Sin embargo, aún así estos índices de ajuste se consideraron deficientes para el modelo. En la Figura 1 se observa el modelo factorial con mejor ajuste.

Figura 1. Gráfico del modelo de dos factores de la ALES-F



Evidencias de validez de constructo de la ALES-F. Este conjunto de evidencias muestran el grado de asociación entre la ALES-F con los puntajes del resto de variables evaluadas de acuerdo con su red nomológica: desregulación emocional (DERS-EAM),

depresión (CESD-7), trastorno por estrés postraumático (PCL-5), calidad de vida (WHO-QoL-BREF), bienestar subjetivo (EBS-8), y salud mental positiva (PMH).

Validez convergente y divergente. Estas evidencias son convergentes cuando la relación entre variables es positiva o directa, divergentes cuando la relación es negativa o indirecta, y discriminantes cuando no existe relación. El cálculo se realizó a partir de correlaciones de Spearman, cuyos valores pueden observarse en la Tabla 9.

Tabla 9. Evidencias de validez convergente y divergente de la ALES-F

Escalas de atributos relacionados	Factores	ALES-F		
		Rho de Spearman		Escala Global
		Factor 1	Factor 2	
Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-EAM)	Dificultad en el control de impulsos	0.353***	0.192***	0.351***
	Dificultad en el manejo del malestar emocional	0.365***	0.198***	0.359***
	No aceptación de respuestas emocionales	0.239***	0.128**	0.233***
	Dificultad por malestar emocional para el logro de objetivos	0.361***	0.197***	0.351***
	Escala global	0.391***	0.206***	0.383***
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos versión abreviada (CESD-7)	Escala global	0.363***	0.093*	0.326***
Lista Checable de Trastorno de Estrés Postraumático para DSM-5 (PCL-5)	Reexperimentación	0.338***	0.176***	0.332***
	Evitación	0.293***	0.138**	0.280***
	Alteraciones cognitivas	0.429***	0.226***	0.419***
	Anhedonia	0.403***	0.171***	0.378***
	Activación ansiosa	0.310***	0.150***	0.302***
	Activación disfórica	0.313***	0.136**	0.299***
	Escala global	0.418***	0.199***	0.402***
Escala de Calidad de Vida (WHO-QoL-BREF)	Salud física	-0.180***	-0.062	-0.165***
	Salud psicológica	-0.231***	-0.084	-0.212***
	Ambiente	-0.197***	-0.210***	-0.225***
	Relaciones sociales	-0.204***	-0.162***	-0.221***
Escala Breve de Resiliencia (BRS)	Escala global	-0.249***	-0.156***	-0.250***
	Resiliencia	0.182*	0.113***	0.185***
	Vulnerabilidad	-0.064	0.011	-0.048
Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-8)	Escala global	0.045	0.062	0.057
Escala de Salud Mental Positiva (PMH)	Escala global	-0.360***	-0.203***	-0.359***
		-0.374***	-0.217***	-0.373***

Nota. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

Se observaron en su mayoría correlaciones moderadas ($r = 0.35$ a $r = 0.50$) y bajas ($r = 0.20$ a $r = 0.34$). Entre la Escala Global de la ALES-F y la DERS-EAM se observan correlaciones positivas entre 0.233 a 0.383; con la CESD-7 una correlación positiva de 0.326; con la PCL-5 correlaciones positivas entre 0.280 y 0.419; con la WHO-QoL-BREF correlaciones negativas entre -0.165 a -0.250 ; con la BRS una correlación baja y positiva de 0.185 con el Factor de Resiliencia, y no se encontró relación con el Factor Vulnerabilidad y la Escala Global de la BRS; con la EBS-8 una correlación negativa de -0.359 ; y con la PMH una correlación negativa de -0.373 .

Entre el Factor 1 de la ALES-F y la DERS-EAM se observan correlaciones positivas entre 0.239 a 0.391; con la CESD-7 una correlación positiva de 0.363; con la PCL-5 correlaciones positivas entre .293 y .429; con la WHO-QoL-BREF correlaciones negativas entre -0.180 a -0.249 , y no se encontró relación con el Factor de Salud Física y el de Salud Psicológica; con la BRS una correlación positiva de 0.182 con el Factor de Resiliencia, y no se encontró relación con el Factor Vulnerabilidad y la Escala Global de la BRS; con la EBS-8 una correlación negativa de -0.360 ; y con la PMH una correlación negativa de -0.374 .

Entre el Factor 2 de la ALES-F y la DERS-EAM se observan correlaciones positivas entre 0.128 a 0.206; con la CESD-7 una correlación positiva de 0.093; con la PCL-5 correlaciones positivas entre .136 y .226; con la WHO-QoL-BREF correlaciones negativas entre -0.156 a -0.210 , y no se encontró relación con el Factor de Salud Física y el de Salud Psicológica; con la BRS una correlación positiva de 0.113 con el Factor de Resiliencia, y no se encontró relación con el Factor Vulnerabilidad y la Escala Global de la BRS; con la EBS-8 una correlación negativa de -0.203 ; y con la PMH una correlación negativa de -0.217 . Cabe mencionar que se observa una mayor correlación entre las variables con el Factor 1 y la Escala Global de la ALES-F a diferencia de con el Factor 2.

Validez discriminativa. Para evaluar la validez discriminativa de la ALES-F se realizó el análisis ANOVA, para comparar los puntajes medios de los Factores y la Escala Global con tres grupos divididos de acuerdo al grado de exposición a adversidades: 0 a 3 adversidades, 4 a 6 adversidades o 7 o más adversidades. En la Tabla 10 se muestra el cálculo de estas puntuaciones.

Tabla 10. Evidencias de validez discriminativa de la ALES-F

Factores	Muestra total (n = 742) M±DE	Grupos de exposición a adversidades			ANOVA							
		0 a 3	4 a 6	7 o más	Brown-Forsythe				Welch			
		(n = 85) M±DE	(n = 142) M±DE	(n = 515) M±DE	(gl=2)				(gl = 2)			
					F	η^2	η^2_p	ω^2	F	η^2	η^2_p	ω^2
Factor 1	15.97±4.36	10.55±.83	12.56±1.56	17.81±3.90	812.08*	0.41			697.68*	0.41		
Factor 2	6.14±2.02	4.45±.80	5.04±1.05	6.73±2.08	212.03*	0.19			171.52*	0.19		
Escala global	22.11±5.61	15.00±1.03	17.59±1.69	24.54±4.95	948.52*	0.43			759.41*	0.43		

Nota. * = $p < .001$, η^2 = Eta cuadrado, η^2_p = Eta cuadrado parcial, ω^2 = Omega parcial

Se encontraron diferencias significativas entre los grupos de exposición a adversidades en el Factor 1, el Factor 2 y la Escala Global ($F = 948.52$, $p < .001$). El tamaño de efecto fue moderado para el Factor 1 (η^2 , η^2_p , $\omega^2 = 0.41$) y la Escala Global (η^2 , η^2_p , $\omega^2 = 0.43$), y fue pequeño para el Factor 2 (η^2 , η^2_p , $\omega^2 = 0.19$). Asimismo, el haber estado expuesto a 7 o más adversidades muestra puntajes más altos entre grupos en el Factor 1 ($M = 17.81$, $DE = 3.90$), el Factor 2 ($M = 6.73$, $DE = 2.08$) y en la Escala Global ($M = 24.54$, $DE = 4.95$). Estos hallazgos respaldan la validez discriminativa de la escala.

En síntesis, los resultados del ANOVA muestran diferencias significativas entre las puntuaciones totales de la escala y los grupos de adversidad, con un tamaño de efecto entre pequeño a moderado. Esto sugiere que la escala es sensible para detectar diferencias en la exposición a adversidades entre los grupos evaluados.

Propiedades psicométricas de la ALES-D

Escaneo de los datos. Durante este procedimiento no se detectaron casos de respuestas no comprometidas, por lo que se tomó en cuenta la misma muestra que en los análisis de propiedades psicométricas de la ALES-F de $n = 742$. Se recodificaron los valores faltantes como datos perdidos y no fueron imputados debido a que algunas variables no fueron evaluadas en los mismos participantes. Los valores atípicos u outliers se revisaron individualmente y se consideró no eliminarlos, pues pueden brindar información útil para comprender el fenómeno de estudio. Luego se analizó la normalidad de los datos. En la Tabla 11 se muestran los resultados de la prueba de normalidad de KS-L para la ALES-D.

Tabla 11. Prueba de normalidad de la ALES-D

Variables	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Enfermedad o accidente grave:			
Ítem 1. <i>¿Estuvo enfermo(a) de gravedad o tuvo un accidente grave?</i>	0.317	742	.000
Pérdida de educación:			
Ítem 2. <i>¿Perdió una parte importante de su educación? (Por ejemplo: haber faltado a la escuela durante mucho tiempo o no recibir el apoyo necesario para ir).</i>	0.397	742	.000
Aislamiento, rechazo o exclusión por pares:			
Ítem 3. <i>¿Se sintió solo(a), rechazado(a) o excluido(a) por sus compañeros?</i>	0.223	742	.000
Victimización por pares:			
Ítem 4. <i>¿Fue lastimado(a), molestado(a) o insultado(a) por sus compañeros?</i>	0.22	742	.000
Desastre natural:			
Ítem 5. <i>¿Fue afectado(a) por un desastre natural? (Por ejemplo: inundación, incendio, terremoto, huracán, etc.)</i>	0.459	742	.000
Pobreza o problemas económicos:			
Ítem 6. <i>¿Vivió una etapa en la que su familia fue muy pobre o tuvo problemas económicos graves?</i>	0.245	742	.000
Vecindario peligroso o violento:			
Ítem 7. <i>¿Vivió en un vecindario peligroso o en un lugar en el que vio a personas siendo lastimadas?</i>	0.403	742	.000

Negligencia física:

Ítem 8. ¿NO tuvo suficiente para comer, tuvo que usar ropa sucia, NO fue llevado(a) al médico cuando fue necesario o se quedó solo(a) sin nadie que le cuidara?

0.431 742 .000

Abuso emocional:

Ítem 9. ¿Un adulto le insultó, humilló o amenazó?

0.225 742 .000

Negligencia emocional:

Ítem 10. ¿Sintió que nadie le amaba o que NO era importante para su familia?

0.261 742 .000

Pérdida o separación de quien brinda protección o seguridad:

Ítem 11. ¿Perdió a alguien o fue separada de alguien que le protegía o de quien dependiera su seguridad? (Por ejemplo: al ser abandonado(a), al ser ingresado(a) a una casa hogar, por motivos de migración, guerra, enfermedad severa o muerte).

0.41 742 .000

Violencia doméstica:

Ítem 12. ¿Vio a un familiar ser empujado, sujetado con fuerza, lastimado o amenazado por otro miembro de su familia?

0.323 742 .000

Abuso de sustancias de un miembro de la familia:

Ítem 13. ¿Vivió con alguien que abusaba de las drogas o el alcohol?

0.322 742 .000

Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia:

Ítem 14. ¿Vivió con alguien que sufría depresión, una enfermedad mental o que intentó suicidarse?

0.391 742 .000

Arresto o encarcelamiento de un miembro en la familia:

Ítem 15. ¿Un miembro de su familia fue arrestado(a) o encarcelado(a) por las autoridades?

0.428 742 .000

Migración debido a la guerra, violencia o persecución:

Ítem 16. ¿Tuvo que dejar su país debido a la guerra, violencia y/o persecución?

0.531 742 .000

Discriminación:

Ítem 17. ¿Fue discriminado(a) o le hicieron hecho sentir como una extraño(a)? (Por ejemplo: debido a su raza, género, orientación sexual, lugar de nacimiento, cultura o religión)

0.402 742 .000

Aislamiento, o expulsión de una comunidad, grupo cultural o localidad:

Ítem 18. ¿Fue aislado(a) o expulsado(a) de una comunidad, grupo cultural o localidad?

0.522 742 .000

Abuso físico:

Ítem 19. ¿Fue empujado(a), sujetado(a) con fuerza, cacheteado(a) o lastimado(a) por un adulto?

0.324 742 .000

Abuso sexual:

Ítem 20. ¿Fue forzado(a) a participar en actos sexuales o a observar cosas sexuales?

0.491 742 .000

Violencia comunitaria:

Ítem 21. ¿Vio alguna persona gravemente herida o asesinada, o estuvo expuesta a un entorno violento donde matan o hieren a otros? 0.431 742 .000

Exposición a la guerra:

Item 22. ¿Estuvo en combate o estuvo expuesto(a) a una guerra? 0.536 742 .000

Muerte de hermano(a), familiar o amigo(a):

Ítem 23. ¿Experimentó la muerte de un hermano(a), familiar cercano(a) o amigo(a)? 0.185 742 .000

Nota. ^a = Corrección de Lilliefors.

Como el valor de significancia en todas las variables es $p < .05$, se rechaza la hipótesis de distribución normal, por lo que se sugiere aplicar métodos estadísticos para datos no normales. Asimismo, en la Tabla 12 se muestra el cálculo del tamaño de efecto. Se encontró que los ítems “Aislamiento o expulsión de una comunidad, grupo cultural o localidad” y “Exposición a la guerra” reportan valores de $D > .5$, y la mayoría del resto de ítems reportan un valor de $D > 3.0$, lo que sugiere que las variables deberían de tratarse con procedimientos no paramétricos, dada la distribución de las puntuaciones y la magnitud de estas diferencias no atribuidas al azar.

Tabla 12. Tamaño de efecto de los ítems de la ALES-D

Ítems	Parámetros normales		Máximas diferencias extremas			Estadístico de prueba	Sig. Asintótica (bilateral)
	Media	Desviación	Absoluto	Positivo	Negativo		
1	2.32	1.447	0.317	0.317	-0.182	0.317	.000
2	1.81	1.247	0.397	0.397	-0.257	0.397	.000
3	2.49	1.202	0.223	0.206	-0.223	0.223	.000
4	2.46	1.243	0.220	0.220	-0.208	0.220	.000
5	1.61	1.146	0.459	0.459	-0.296	0.459	.000
6	2.51	1.422	0.245	0.245	-0.148	0.245	.000
7	1.87	1.290	0.403	0.403	-0.251	0.403	.000
8	1.64	1.121	0.431	0.431	-0.284	0.431	.000
9	2.35	1.208	0.225	0.225	-0.194	0.225	.000
10	2.05	1.048	0.261	0.261	-0.195	0.261	.000
11	1.53	0.990	0.410	0.410	-0.295	0.410	.000
12	1.90	1.105	0.323	0.323	-0.208	0.323	.000
13	2.00	1.239	0.322	0.322	-0.209	0.322	.000
14	1.74	1.111	0.391	0.391	-0.253	0.391	.000
15	1.74	1.194	0.428	0.428	-0.269	0.428	.000
16	1.09	0.530	0.531	0.531	-0.431	0.531	.000
17	1.74	1.120	0.402	0.402	-0.255	0.402	.000
18	1.23	0.741	0.522*	0.522	-0.379	0.522	.000
19	1.88	1.099	0.324	0.324	-0.212	0.324	.000

20	1.25	0.672	0.491	0.491	-0.352	0.491	.000
21	1.67	1.121	0.431	0.431	-0.274	0.431	.000
22	1.15	0.649	0.536*	0.536	-0.411	0.536	.000
23	2.40	1.075	0.185	0.172	-0.185	0.185	.000

Nota. * = señala las variables con un valor de D > .5

Análisis descriptivo de los ítems de la ALES-D. Estos análisis permiten observar la distribución y variabilidad de las respuestas en cada ítem para tener una idea inicial de su estructura, así como de las consideraciones que se tomarán al obtener las evidencias de fiabilidad y validez. En la Tabla 13 se reporta un concentrado de los análisis descriptivos, donde puede observarse el cumplimiento de los ítems en distintos criterios de calidad psicométrica.

Tabla 13. Análisis descriptivo de los ítems de la ALES-D

Índices	Media	D.E.	Asimetría/ curtosis	Corr. Inter ítem	Corr. Ítem total
<i>Criterios de calidad psicométrica</i>					
Ítems	<i>Valores cercanos a la media teórica (0.5)</i>	<i>Similares entre sí</i>	<i></2/, </7/</i>	<i>r menor >.20 r mayor <.85</i>	<i>>.30</i>
1	0.505	0.500	-0.022 / -2.005	.040 / .145	0.202
2	0.340	0.474	0.679 / -1.544	-.008 / .333	0.257
3	0.682	0.466	-0.783 / -1.391	.000 / .466	0.376
4	0.662	0.473	-0.685 / -1.535	-.002 / .359	0.345
5	0.240	0.427	1.221 / -0.511	.019 / .150	0.225
6	0.615	0.487	-0.472 / -1.782	.029 / .365	0.345
7	0.345	0.476	0.653 / -1.577	.004 / .238	0.367
8	0.276	0.447	1.003 / -0.997	.034 / .239	0.412
9	0.636	0.481	-0.567 / -1.683	.017 / .388	0.493
10	0.580	0.494	-0.323 / -1.901	.020 / .391	0.474
11	0.299	0.458	0.879 / -1.231	.071 / .186	0.285
12	0.469	0.499	0.124 / -1.99	.046 / .380	0.438
13	0.470	0.499	0.119 / -1.991	.074 / .274	0.389
14	0.349	0.477	0.635 / -1.602	.022 / .217	0.312
15	0.294	0.456	0.907 / -1.18	.098 / .201	0.367
16	0.030	0.170	5.557 / 28.961	-.041 / .163	0.127
17	0.338	0.473	0.685 / -1.535	.047 / .320	0.409
18	0.093	0.291	2.809 / 5.904	.042 / .189	0.343
19	0.460	0.499	0.163 / -1.979	.090 / .283	0.483
20	0.151	0.358	1.954 / 1.823	.035 / .077	0.332
21	0.292	0.455	0.914 / -1.167	.111 / .176	0.259
22	0.057	0.231	3.845 / 12.821	-.001 / .183	0.213
23	0.740	0.439	-1.096 / -0.801	-.001 / .153	0.129

Nota. En negritas aparecen marcados los valores que no cumplen con los criterios de calidad psicométrica.

La falta de cumplimiento en los criterios de calidad psicométrica de algunos ítems, permite tomar decisiones para la eliminación de ítems de la escala luego de obtener los resultados del AFE.

Evidencias de fiabilidad de la ALES-D. Se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de $\alpha = 0.790$, este valor indica un aceptable nivel de consistencia interna entre los ítems de la escala, lo que sugiere que miden de manera fiable el constructo. El coeficiente alfa de Cronbach basado en elementos estandarizados fue de $\alpha = 0.786$, valor que es consistente y respalda aún más la fiabilidad de la escala. Asimismo, para realizar inferencias sobre la población de la que se extrajo la muestra se calculó el coeficiente de correlación intraclase ICC = .790 (I.C. 95%: .768-.811), el cual se considera aceptable. Y se calculó el Coeficiente Omega ($\omega = 0.795$) de McDonald, que sugiere que los ítems están correlacionados entre sí de manera consistente, y reiteran la capacidad del instrumento para medir el constructo.

Análisis factorial exploratorio de la ALES-D. Luego de realizar distintas pruebas, se optó por incluir en el AFE los mismos 15 ítems que fueron seleccionados para el AFE de la escala de frecuencia, ya que al incluir los 23 ítems no se logró obtener una medida de KMO que sugiriera proceder con el AFE. También es importante mencionar que los 8 ítems que fueron excluidos (ítems 1, 3, 5, 16, 18, 21, 22 y 23) no obtuvieron un valor de MSA suficiente y no cumplieron con algunos criterios de calidad psicométrica al realizar los análisis descriptivos. Dicho esto, los procedimientos del AFE se ejecutaron a partir de una matriz de correlaciones en la que se incluyó la mitad de la muestra seleccionada al azar ($n = 371$), y los 15 ítems del cuestionario dicotómico (Sí/No) de la ALES-D, de los que se obtuvieron valores de asimetría que oscilan entre 0.119 a 5.557 y valores de curtosis que oscilan entre -0.997 a 28.961.

En cuanto a los índices de factibilidad del análisis, se obtuvo una medida de KMO de 0.833, que indica que se puede proceder con el AFE. La prueba de esfericidad de Bartlett dio como resultado $p < 0.001$, lo que rechaza la hipótesis nula de esfericidad y que las variables están correlacionadas entre sí, lo que apoya la idoneidad del análisis factorial. El valor de los determinantes de la matriz de correlaciones fue de 0.038, lo que indica una correlación moderada entre los ítems que se debe tomar en cuenta en la interpretación de los resultados. Además se encontraron valores significativos de no normalidad multivariante según el test de Mardia ($\lambda = 18.710$, $p < .001$). En conjunto, los índices de factibilidad obtenidos de la matriz de correlaciones comprueban que sí es factible realizar el AFE a estos 15 ítems de la escala de frecuencia de la ALES.

Análisis paralelo. Se realizó un análisis paralelo basado en componentes principales para determinar el número óptimo de factores a retener, mediante la comparación entre los autovalores de los datos reales y de datos simulados. En este análisis el Factor 1 (5.766) y el Factor 2 (1.489) tienen autovalores que superan los autovalores promedio de los datos simulados (1.368 y 1.277 respectivamente), lo que sugiere retenerlos dada su importancia en la explicación de la varianza en los datos reales. El Factor 1 es el principal contribuyente a la estructura subyacente de los datos y el Factor 2 tiene una contribución menor pero aún significativa.

Evaluación y ajuste del modelo. Se hicieron análisis complementarios para evaluar y ajustar el modelo y lograr una estructura en la que cada ítem tenga una carga alta en un factor y cargas menores en el otro factor. En la Tabla 14 se observa la contribución de cada factor a la estructura de los datos tanto en la solución no rotada como en la rotada, lo que ayuda a comprender la dimensionalidad e interpretación de los resultados.

Tabla 14. Análisis de componentes principales de la ALES-D

Factores Autovalores		Solución no rotada			Solución rotada		
		Sumas de cargas al cuadrado	Proporción de varianza	Acumulativo	Sumas de cargas al cuadrado	Proporción var.	Acumulativo
Factor 1	5.766	5.213	0.348	0.348	4.206	0.280	0.280
Factor 2	1.489	0.895	0.06	0.407	1.849	0.123	0.404

En la solución no rotada, el Factor 1 tiene un autovalor de 5.766, que explica el 34.8% de la varianza total, mientras que el Factor 2 tiene un autovalor de 1.489, que explica el 6.0% adicional de la varianza. Los dos factores en conjunto explican el 40.8% de la variación total. En la solución rotada, el Factor 1 explica el 28.0% de la varianza total, y el Factor 2 el 12.3% adicional de la varianza, y ambos factores juntos explican el 40.3% de la varianza total.

Las sumas de las cargas al cuadrado indican la cantidad de varianza de las variables originales explicadas por cada factor. En la solución no rotada, el Factor 1 tiene una suma de cargas al cuadrado de 5.213, mientras que el Factor 2 tiene una suma de 0.895. En la solución rotada, estas cifras cambian a 4.206 para el Factor 1 y 1.849 para el Factor 2. En ambas soluciones, el Factor 1 muestra cargas más altas en comparación con el Factor 2, lo que sugiere que el Factor 1 explica una mayor cantidad de varianza en los datos.

Estimación de parámetros. El análisis factorial muestra una estructura subyacente de los datos en dos factores principales. En la Tabla 15 se muestra la matriz de cargas factoriales y la unicidad de cada ítem

Tabla 15. Cargas factoriales de la ALES-D

Variable	Factor 1	Factor 2	Unicidad
19. Maltrato físico	0.819		0.454
9. Maltrato emocional	0.809		0.324
10. Negligencia emocional	0.727		0.433
12. Violencia doméstica	0.710		0.520
20. Abuso sexual	0.600		0.646
15. Arresto o encarcelamiento de un miembro del hogar	0.582		0.597

Variable	Factor 1	Factor 2	Unicidad
14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro del hogar	0.561		0.733
17. Discriminación	0.537		0.685
13. Abuso de sustancias de un miembro del hogar	0.494		0.631
4. Victimización por pares	0.429		0.737
6. Pobreza o problemas económicos graves		0.645	0.544
11. Pérdida o separación de quien brinda protección o seguridad		0.635	0.687
8. Negligencia física		0.633	0.503
2. Pérdida de educación		0.523	0.745
7. Vivir en un vecindario peligroso o violento		0.458	0.706

Nota. El método de rotación aplicado es promax. * el ítem 11 fue el único que no cargó hacia ninguno de los dos factores.

En el Factor 1, los ítems con cargas factoriales más altas son "Abuso físico" (0.819), "Abuso emocional" (0.809), y "Negligencia emocional" (0.664), y las cargas factoriales del resto oscilan entre 0.429 a 0.710; los ítems que cargaron en este factor se observa que son distintas formas de maltrato, victimización y disfunción en el hogar. En el Factor 2, los ítems con cargas factoriales más altas son "Pobreza o problemas económicos graves" (0.645) y "Pérdida o separación de quien brinda protección o seguridad" (0.635), y las cargas factoriales de los ítems restantes oscilan entre 0.458 a 0.633

La unicidad en el Factor 1, indica que los ítems "Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia" (0.733), "Victimización por pares" (0.737), y "Discriminación" (0.685) tienen la menor unicidad, lo que sugiere mayor relación con este factor. La unicidad en el Factor 2, indica que los ítems "Pérdida de educación" (0.687) y "Vivir en un vecindario peligroso o violento" (0.706) tienen la menor unicidad, lo que sugiere una fuerte asociación con este factor.

Solución factorial final. Para evaluar la pertinencia de los ítems se obtuvo el tamaño de la carga factorial, la diferencia en las cargas de ítems en los factores y la

coherencia teórica de los ítems. Siguiendo estos criterios, se obtuvo una solución factorial final que puede observarse en la Tabla 16.

Tabla 16. Solución factorial final de la ALES-D

Conformación de la solución final	Número de factores	2
	Porcentaje de varianza explicada por factor y total	Factor 1: 0.280 Factor 2: 0.123 Total: 0.403
	Método de extracción e iteraciones	Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS)
	Método de rotación e iteraciones	Promax
	Correlaciones inter factor	Factor 1 y 2: $r = 0.632$
Criterios cumplidos	Las cargas factoriales de todos los ítems son $>.40$	(X) Sí () No
	Ningún ítem tiene cargas altas en más de un factor	(X) Sí () No
	Los ítems de cada factor tienen coherencia teórica	(X) Sí () No
	La varianza total explicada es $>50\%$	() Sí (X) No
	Ningún factor tiene <3 ítems	(X) Sí () No

La solución final derivó en una estructura de dos factores que explican el 65% de la varianza total. Se utilizó el método GLS para la extracción de factores y el método Promax para la rotación. Se encontró una correlación positiva significativa entre ambos factores, con un coeficiente de correlación de 0.632. Las cargas factoriales de todos los ítems superaron el umbral de 0.40, no hay ítems con cargas altas en más de un factor, los ítems de cada factor tienen coherencia teórica y ningún factor tiene menos de tres ítems, sin embargo, la varianza total explicada de los factores no superó el 50%, siendo este el único criterio no cumplido. Por otra parte, no se eliminaron ítems dado que todos cargaron adecuadamente a los factores.

En síntesis esta solución factorial final cuenta con una estructura de 15 ítems divididos en dos factores de 10 y 5 ítems. Los criterios de validez y consistencia del modelo fueron en su mayoría cumplidos, lo que sugiere una interpretación robusta de los resultados de análisis posteriores.

Análisis factorial confirmatorio de la ALES-D. Para reportar los resultados del AFC en los distintos modelos se consideró el cálculo de las varianzas y covarianzas, la estimación de parámetros y el cálculo de índices de ajuste e índices de modificación. Se utilizó la matriz de correlaciones obtenida de la solución factorial final del AFE así como los datos de la segunda parte de la muestra total que fue seleccionada al azar ($n = 371$), en la que se reportan valores de asimetría de entre 0.370 a 2.990 y valores de curtosis de entre -0.766 a 9.267. Se probaron dos modelos factoriales para este instrumento.

Modelo de un factor de la ALES-D. El modelo unifactorial examina la hipótesis de que todas las experiencias adversas se agrupan en un solo factor. Probar este modelo permite evaluar la homogeneidad de las experiencias adversas y su capacidad para ser conceptualizadas como un único fenómeno.

Modelo de dos factores de la ALES-D. El modelo de dos factores busca examinar si existe una estructura bifactorial que subyace a las experiencias adversas. El primer factor agrupa experiencias adversas que ocurren a nivel relacional y el segundo factor incluye experiencias adversas relacionadas con condiciones contextuales y socioeconómicas. Este modelo ayuda a discernir entre diferentes tipos de adversidad y a entender cómo se relacionan entre sí.

Comparación de los modelos factoriales de la ALES-D. Para seleccionar el modelo factorial con mejores índices de ajuste, se elaboró un cuadro comparativo de los valores de Chi cuadrado, grados de libertad, SRMR, CFI, TLI, RMSEA, así como la confiabilidad calculada mediante el coeficiente Alpha de Cronbach y Omega de los modelos factoriales. En la Tabla 17 se resumen estos resultados.

Tabla 17. Índices de ajuste de los modelos factoriales de la ALES-D

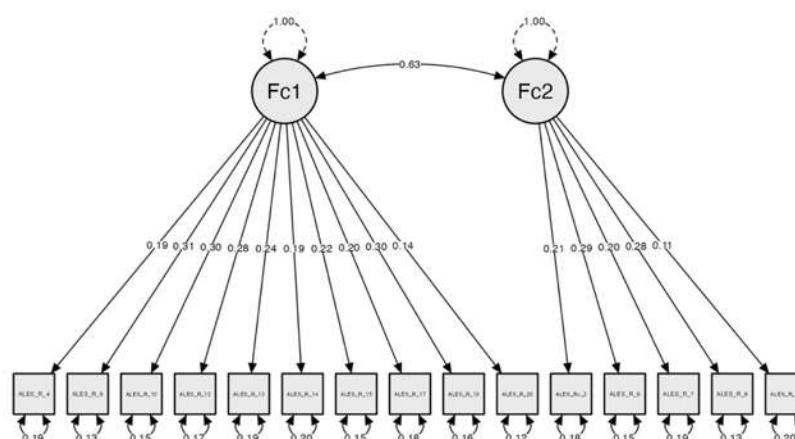
Modelos	χ^2	Máxima Verosimilitud (ML)					Fiabilidad	
		<i>gl</i>	<i>SRMR</i>	<i>CFI</i>	<i>TLI</i>	<i>RMSEA</i>	α	ω

						[90% CI]		
1 Factor	171.202*	90	0.047	0.900	0.883	0.04 [.03, .06]	.790	.788
2 Factores	114.600*	89	0.038	0.968	0.963	0.02 [.00, .04]	.770	.776

Nota. * = valores de $p < .05$, χ^2 = Chi-cuadrado, gl = grados de libertad, SRMR = Raíz Cuadrada Media Residual Estandarizada, CFI = Índice de Bondad de Ajuste Comparativo, TLI = Índice de Tucker-Lewis; RMSEA = Error Cuadrático Medio de Aproximación; α = Alpha de Cronbach, ω = Omega de McDonald.

El modelo factorial de dos factores obtenido a partir del AFC es el que cuenta con mejores índices de ajuste, ya que tiene el SRMR más bajo (0.038), el CFI y el TLI más altos (0.968 y 0.963 respectivamente), y el RMSEA más bajo (0.02). Estos índices de ajuste sugieren que el modelo tiene una buena capacidad para explicar la variabilidad en los datos observados. En la Figura 2 se observa el modelo factorial con mejor ajuste.

Figura 2. Gráfico del modelo de dos factores de la ALES-D



Evidencias de validez de constructo de la ALES-D. Este conjunto de evidencias muestran el grado de asociación entre el ALES-D con los puntajes del resto de variables evaluadas de acuerdo con su red nomológica: desregulación emocional (DERS-EAM), depresión (CESD-7), trastorno por estrés postraumático (PCL-5), calidad de vida (WHO-QoL-BREF), bienestar subjetivo (EBS-8), y salud mental positiva (PMH).

Validez convergente y divergente. El cálculo de la validez convergente y divergente se realizó a partir del coeficiente de correlación de Spearman, cuyos valores pueden observarse en la Tabla 18.

Tabla 18. Evidencias de validez convergente y divergente de la ALES-D

Escala de atributos relacionados	Factores	Escala de frecuencia de la ALES		
		<i>Rho de Spearman</i>		Cuestionario Global
		Factor 1	Factor 2	
Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-EAM)	Dificultad en el control de impulsos	0.290***	0.189***	0.300***
	Dificultad en el manejo del malestar emocional	0.301***	0.206***	0.309***
	No aceptación de respuestas emocionales	0.250***	0.160***	0.253***
	Dificultad por malestar emocional para el logro de objetivos	0.289***	0.190***	0.275***
	Escala global	0.328***	0.218***	0.333***
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos versión abreviada (CESD-7)	Escala global	0.351***	0.155***	0.318***
Lista Checable de Trastorno de Estrés Postraumático para DSM-5 (PCL-5)	Reexperimentación	0.360***	0.233***	0.354***
	Evitación	0.269***	0.163***	0.267***
	Alteraciones cognitivas	0.401***	0.271***	0.395***
	Anhedonia	0.367***	0.183***	0.347***
	Activación ansiosa	0.272***	0.207***	0.283***
	Activación disfórica	0.291***	0.201***	0.303***
	Escala global	0.392***	0.251***	0.389***
Escala de Calidad de Vida (WHO-QoL-BREF)	Salud física	-0.130	-0.033	-0.083
	Salud psicológica	-0.183***	-0.107	-0.157***
	Ambiente	-0.167***	-0.239***	-0.208***
	Relaciones sociales	-0.177***	-0.159***	-0.183***
	Escala global	-0.193***	-0.163***	-0.187***
Escala Breve de Resiliencia (BRS)	Resiliencia	0.168***	0.126	0.177***
	Vulnerabilidad	-0.050	-0.037	-0.067
	Escala global	0.089	0.067	0.082
Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-8)	Escala global	-0.327***	-0.241***	-0.323***
Escala de Salud Mental Positiva (PMH)	Escala global	-0.306***	-0.269***	-0.320***

Nota. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

Se observaron en su mayoría correlaciones moderadas ($r = 0.35$ a $r = 0.50$) y bajas ($r = 0.20$ a $r = 0.34$). Entre el Cuestionario Global de la ALES-D y la DERS-EAM se observan correlaciones positivas entre 0.253 a 0.333; con la CESD-7 una correlación positiva de 0.318; con la PCL-5 correlaciones positivas entre 0.267 y 0.318; con la WHO-QoL-BREF correlaciones negativas entre -0.083 a -0.208; con la BRS una correlación baja y positiva de 0.177 con el factor de resiliencia, y no se encontró

relación con el Factor Vulnerabilidad y la Escala Global de la BRS; con la EBS-8 una correlación negativa de -0.323 ; y con la PMH una correlación negativa de -0.320 .

Entre el Factor 1 y la DERS-EAM se observan correlaciones positivas entre 0.250 a 0.328 ; con la CESD-7 una correlación positiva de 0.351 ; con la PCL-5 correlaciones positivas entre $.269$ y $.401$; con la WHO-QoL-BREF correlaciones negativas entre -0.167 a -0.193 , y no se encontró relación con el Factor de Salud Física; con la BRS una correlación positiva de 0.168 con el Factor de Resiliencia, y no se encontró relación con el Factor Vulnerabilidad y la Escala Global de la BRS; con la EBS-8 una correlación negativa de -0.327 ; y con la PMH una correlación negativa de -0.306 .

Entre el Factor 2 y la DERS-EAM se observan correlaciones positivas entre 0.160 a 0.218 ; con la CESD-7 una correlación positiva de 0.155 ; con la PCL-5 correlaciones positivas entre $.163$ y $.271$; con la WHO-QoL-BREF correlaciones negativas entre -0.159 a -0.239 , y no se encontró relación con el Factor de Salud Física y el de Salud Psicológica; no se encontró correlación con la BRS; con la EBS-8 una correlación negativa de -0.241 ; y con la PMH una correlación negativa de -0.269 . Cabe mencionar que se observa una mayor correlación entre las variables con el Factor 2 y la Escala Global de la ALES-D a diferencia de con el Factor 1.

Validez discriminativa. Para evaluar la validez discriminativa del cuestionario dicotómico de la ALES-D se realizó el análisis ANOVA, para comparar los puntajes medios de los Factores y el Cuestionario Global con tres grupos divididos de acuerdo al grado de exposición a adversidades: 0 a 3 adversidades, 4 a 6 adversidades o 7 o más adversidades. En la Tabla 19 se muestra el cálculo de estas puntuaciones.

Tabla 19. Evidencias de validez discriminativa de la ALES-D

Factores	Muestra total	Grupos de exposición a adversidades	ANOVA

	(n = 742) M±DE	0 a 3 (n = 85) M±DE	4 a 6 (n = 142) M±DE	7 o más (n = 515) M±DE	Brown-Forsythe (gl=2)				Welch (gl = 2)			
					F	η^2	η^2_p	ω^2	F	η^2	η^2_p	ω^2
Factor 1	15.97±4.36	10.55±.83	12.56±1.56	17.81±3.90	1040.26*		0.55		973.49*		0.55	
Factor 2	6.14±2.02	4.45±.80	5.04±1.05	6.73±2.08	232.34*		0.26		204.03*		0.26	
Cuestionario Global	22.11±5.61	15.00±1.03	17.59±1.69	24.54±4.95	2105.29*		0.62		1570.85*		0.62	

Nota. * = $p < .001$, M = Media, DE = Desviación Estándar, η^2 = Eta cuadrado, η^2_p = Eta cuadrado parcial, ω^2 = Omega cuadrado.

Se encontraron diferencias significativas entre los grupos de exposición a adversidades en el Factor 1, el Factor 2 y en el Cuestionario Global. El tamaño de efecto fue grande para el Factor 1 (η^2 , η^2_p , ω^2 = 0.55) y el Cuestionario Global (η^2 , η^2_p , ω^2 = 0.62), y fue pequeño para el Factor 2 (η^2 , η^2_p , ω^2 = 0.26). Asimismo, el haber estado expuesto a 7 o más adversidades muestra puntajes más altos entre grupos en el Factor 1 (M = 17.81, DE = 3.90), el Factor 2 (M = 6.73, DE = 2.08) y en la Escala Global (M = 24.54, DE = 4.95). Estos hallazgos respaldan la validez discriminativa de la escala.

En síntesis, los resultados del ANOVA muestran diferencias significativas entre las puntuaciones totales del cuestionario y los grupos de adversidad, con un tamaño de efecto entre pequeño a grande. Esto sugiere que la escala es sensible para detectar diferencias en la exposición a adversidades entre los grupos evaluados.

Discusión y conclusiones

El objetivo de esta investigación instrumental fue comprobar las propiedades psicométricas de la ALES-F y la ALES-D en población mexicana, dada la importancia de contar con una herramienta válida para evaluar las experiencias de vida adversas en este contexto de estudio. Para lograr tal objetivo, se realizaron procedimientos para lograr la equivalencia lingüística y cultural al contexto mexicano, seguido de la valoración de la equivalencia métrica de ambas versiones. Luego de la recogida y captura de la información, se siguió un procedimiento de escaneo de los datos, se

calculó la estadística descriptiva y frecuencia de los ítems, y se obtuvieron las evidencias de fiabilidad y de validez para comprobar si las propiedades psicométricas de estos instrumentos son adecuadas para utilizarse como herramientas de evaluación de las EAI.

En cuanto a las evidencias de fiabilidad, en la versión de 23 ítems de la ALES-F se obtuvieron coeficientes de $\alpha = 0.83$ y $\omega = 0.838$, que se consideran adecuados para medir de manera fiable el constructo. En la versión de 23 ítems de la ALES-D se obtuvieron coeficientes de $\alpha = 0.79$ y $\omega = 0.79$, que se consideran aceptables. Estos coeficientes se asemejan a los obtenidos por otras adaptaciones que miden la frecuencia de las adversidades (Afifi et al., 2017; Schnarrs et al., 2022) y aquellas con medida dicotómica (Bethell et al. 2017; Conway & Lewin, 2022; Ford et al., 2014; Morril et al., 2019; Wingefeld et al., 2011). Además, se observa que los coeficientes de ambas versiones se acercan a los obtenidos en la escala original dirigida a hijos ($\alpha = 0.80$) y cuidadores ($\alpha = 0.86$) (Hawes et al., 2021). Estos datos confirman que tanto la ALES-F y la ALES-D son instrumentos confiables para evaluar el constructo de EAI.

Con respecto a los hallazgos obtenidos del AFE, en ambas versiones de la ALES se obtuvo una solución factorial final de dos factores. En uno se agrupan las adversidades que incluyen distintas formas de violencia interpersonal y disfunción familiar, y en el otro se agrupan las adversidades relacionadas con condiciones de vulnerabilidad social. En la solución factorial final de la ALES-F se eliminaron 9 ítems por sus bajos índices de calidad psicométrica y escasos valores de MSA, quedando conformada por 14 ítems que explican el 65% de la varianza total, y cuyas correlaciones inter factor fueron de $r = 0.642$; y para la solución factorial final de la ALES-D se eliminaron 8 ítems por bajos índices de calidad psicométrica y escasos valores de MSA, quedando conformada por 15 ítems que explican el 40% de la varianza total, y cuyas

correlaciones inter factor fueron de $r = 0.632$, lo que sugiere que ambas versiones poseen una estructura factorial factible para continuar con los análisis.

En cuanto a los índices de ajuste de los modelos factoriales, el modelo de dos factores de la ALES-F obtuvo los mejores índices entre los modelos que se probaron, pero estos se consideraron inaceptables: $\chi^2 = 308.563$ ($gl = 76$), $p < .05$, SRMR = 0.052, CFI = 0.875, TLI = 0.827, RMSEA = .09 [90% CI = .08, .10]. Ocurre lo mismo con el modelo de dos factores de la ALES-D, cuyos índices sugieren que el modelo no se ajusta perfectamente a los datos: $\chi^2 = 507.992$ ($gl = 76$), $p < .05$, SRMR = 0.064, CFI = 0.801, TLI = 0.724, RMSEA = .12 [90% CI = .11, .13]. Esta estructura de dos factores, ha sido explorada en otros estudios instrumentales aunque con mejores índices de ajuste (Afifi et al., 2020; Meick et al., 2017; Mersky et al., 2021; Wingenfeld et al., 2011).

Dado el desempeño deficiente de estos modelos de dos factores y la posibilidad de mejorar sus índices de ajuste, se realizó el AFC definiendo la misma estructura factorial que fue explorada en el AFE. En el modelo de dos factores de la ALES-F se obtuvieron índices de ajuste ligeramente mejores que los obtenidos en el AFE, pero aún deficientes para el modelo: $\chi^2 = 186.590$ ($gl = 76$), $p < .05$, SRMR = 0.054, CFI = 0.897, TLI = 0.876, RMSEA = .06 [90% CI = .05, .07]. Sin embargo, en el modelo de dos factores de la ALES-D se obtuvieron índices de ajuste óptimos para el modelo: $\chi^2 = 114.600$ ($gl = 89$), $p < .05$, SRMR = 0.038, CFI = 0.968, TLI = 0.963, RMSEA = .02 [90% CI = .00, .04]. Estos hallazgos sugieren que la ALES-D cumple con los criterios de validez de constructo en esta muestra de población mexicana. Si bien la ALES-F obtuvo una mejoría en sus índices de ajuste al confirmar una estructura dos factores, se requiere mejorarla para que pueda ajustarse perfectamente a los datos.

En cuanto a la obtención de evidencias de validez convergente y discriminante para la ALES-F y la ALES-D, se encontró una asociación moderada entre la exposición

a eventos adversos y la depresión, el estrés postraumático y las dificultades en la regulación emocional. También se observó una relación inversa y moderada entre la exposición a adversidades y la calidad de vida, el bienestar subjetivo y la salud mental positiva. Y una muy baja relación entre la exposición a eventos adversos y el aumento en la resiliencia. Estas relaciones se han encontrado en estudios previos (Hughes et al., 2017), lo que sugiere que ambos instrumentos discriminan y convergen con otros atributos.

Asimismo, los factores de ambos instrumentos muestran patrones similares de asociación aunque con algunas diferencias importantes. En el Factor 1 se incluyen distintas formas de violencia interpersonal y disfunción familiar, que tuvieron mayor relación positiva con la depresión, el estrés postraumático y las dificultades en la regulación emocional que las adversidades del Factor 2, que incluyen adversidades relacionadas con distintas condiciones de vulnerabilidad social. Estas asociaciones entre la ALES-F y la ALES-D con distintos atributos se han encontrado en estudios previos, tanto en aquellos que han probado las propiedades psicométricas de distintas adaptaciones del ACE-Q (Afifi et al., 2020; Choi et al., 2020; Ho et al., 2019; Kidman et al., 2019; Louise et al., 2023; Mei et al., 2022; Mersky et al., 2016) como en investigaciones empíricas (Hughes et al., 2017). Estos hallazgos respaldan la validez convergente y discriminante de la ALES-F.

Y con respecto a las evidencias de validez discriminativa, tanto en la ALES-F como en la ALES-D y sus Factores los puntajes aumentaron significativamente a medida que aumentaba la exposición a adversidades. Esto coincide con lo que se ha publicado en la literatura acerca de que la acumulación de adversidades puede predisponer a un estado de vulnerabilidad (Thompson et al., 2015), y a una cadena de riesgos asociados si se carece de una red de apoyo que brinde acompañamiento,

resignificación y que promueva el afrontamiento de las adversidades (Grellert et al., 2017).

En síntesis, los resultados sugieren que tanto la ALES-F como la ALES-D son herramientas que poseen coeficientes de fiabilidad aceptables para evaluar las experiencias de vida adversas. El AFE y AFC revelaron una estructura de dos factores, uno compuesto por distintas formas de violencia interpersonal y disfunción familiar, y el otro por condiciones de vulnerabilidad social, aunque solamente los índices de ajuste de la ALES-D se consideraron óptimos y los de la ALES-F casi aceptables. Se encontraron asociaciones moderadas entre las medidas de exposición a EAI y problemas como la depresión, el estrés postraumático y las dificultades en la regulación emocional, así como una relación moderada e inversa con la calidad de vida, el bienestar subjetivo y la salud mental positiva. Por lo tanto, estas versiones traducidas de la ALES a población mexicana muestran propiedades psicométricas que respaldan su idoneidad para evaluar de manera precisa y confiable las experiencias de vida adversas en este contexto.

Limitaciones e investigaciones a futuro

Entre las principales limitaciones del estudio puede mencionarse el tamaño de la muestra, que pudo ser más amplio para no limitar la generalización de los resultados; el sesgo en la selección de participantes, puesto el tipo de muestreo y la estrategia de recolección de datos puede mejorarse para evitar sesgos en la aplicación y generalización de los hallazgos; y las deficiencias propias de los ítems de la ALES, como la redacción de los ítems, la incorporación de varios indicadores en un mismo ítem o la dificultad para capturar de manera precisa las distintas formas de adversidad y discriminar entre otras experiencias que si bien pueden ser estresantes, no cumplen con las características para ser consideradas adversas.

En última instancia, se sugiere seguir explorando y mejorando estas herramientas de evaluación en contextos de investigación, y en el ámbito clínico sería de gran ayuda evaluar las experiencias adversas para facilitar la detección temprana y la atención a sus consecuencias, que representan un desafío para la capacidad de adaptación de todo individuo.

Capítulo 9. Estudio 3: Modelos de mediación

Método

Tipo de estudio

Cuantitativo, transversal.

Diseño de investigación

Se utilizó un diseño explicativo con variables manifiestas u observables. Para este tipo de diseño se define una red estructural de relaciones entre variables representado en un sistema de ecuaciones de regresión, asumiendo que todas las variables son manifiestas u observables (Ato et al., 2013).

Tipo de muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Participantes. Se incluyeron en la muestra mujeres de entre 18 a 60 años. Se excluyeron quienes que no pudieran leer y responder la batería de instrumentos por sí mismas. Y se eliminaron los datos de quienes no aceptaron el consentimiento informado u omitieron firmarlo, y se eliminaron los casos en que no se respondió en más del 5% de los ítems de la batería. Para realizar las comparaciones entre grupos, se utilizaron datos de las mismas variables de

Mujeres víctimas de violencia de pareja. Se obtuvo una muestra de 56 mujeres víctimas de violencia de pareja, a través del contacto con la Dirección de Seguridad Pública Municipal en Hidalgo del Parral, Chihuahua, como parte del programa: “Puerta Violeta: Parral libre de violencia de género”.

El escenario y condiciones de aplicación fueron acordados con la institución. Se tuvo acceso a las instalaciones de la Dirección de Seguridad Pública Municipal Zona Norte. Se utilizó un espacio reducido para realizar las aplicaciones de manera individual y que usualmente es utilizado como consultorio psicológico, y otro espacio de mayor tamaño para realizar aplicaciones grupales que usualmente es utilizado para brindar

talleres relacionados con temas de violencia, familia y salud. En ambos espacios se cuenta con buena iluminación, la presencia mínima de ruido y distracciones ambientales, así como se dispone de mobiliario adecuado.

Mujeres de población general. El contacto con las participantes se dio mediante el apoyo de estudiantes universitarios capacitados para la aplicación de la batería de instrumentos. Se instruyó a los estudiantes en un verano de investigación donde se les enseñaron aspectos relacionados con psicometría y las experiencias adversas, además de que se desarrolló una guía de aplicación en la que se describe la información expuesta en el consentimiento informado, los instrumentos, sus indicaciones, al igual que algunos elementos clave para evitar el riesgo de sesgo en la aplicación. También se les indicó la importancia de respetar en todo momento los criterios de inclusión, exclusión y eliminación de participantes.

El escenario y condiciones de aplicación fueron acordados con los estudiantes, destacando la necesidad de utilizar espacios con buena iluminación, la presencia mínima de ruido y distracciones ambientales, así como de mobiliario cómodo.

Instrumentos

Cuestionario de datos sociodemográficos (elaboración propia). Se trata de un cuestionario de elaboración propia que busca recoger datos de tipo sociodemográfico asociados a las MVVP.

Adverse Life Experiences Scale ALES (Hawes et al., 2021). Esta escala fue desarrollada a partir del ACE-Q (Felitti et al., 1998) y distintas categorías de experiencias adversas propuestas en otras investigaciones. Para este estudio se utilizaron las versiones de la ALES cuyas propiedades psicométricas fueron evaluadas en el estudio dos para evaluar la frecuencia y la acumulación de experiencias de vida adversas: la ALES-F, versión de 14 ítems con tipo de respuesta Likert de cuatro puntos:

1 = “Nunca”, 2 = “Alguna vez”, 3 = “Varias veces”, 4 = “Todo el tiempo” y una consistencia interna buena ($\alpha = 0.813$ y $\omega = 0.808$); y la ALES-D, versión de 15 ítems con tipo de respuesta dicotómica (Sí/No) y una consistencia interna aceptable ($\alpha = 0.770$ y $\omega = 0.776$).

Escala de Dificultades para la Regulación Emocional (DERS-EAM, Carranza-Plancarte et al., 2022). Es una escala de 21 ítems validada en adultos mexicanos. Es de tipo de respuesta Likert de cinco puntos: 1 = “Casi nunca”, 2 = “Algunas veces”, 3 = “La mitad de las veces”, 4 = “La mayoría de las veces”, y 5 = “Casi siempre”. Cuenta con cuatro factores: la dificultad en el control de impulsos ($\alpha = .878$), la dificultad en el manejo del malestar emocional ($\alpha = .831$), la no aceptación de respuestas emocionales ($\alpha = .77$) y la dificultad por malestar emocional para el logro de objetivos ($\alpha = .628$). Se reporta una excelente consistencia interna ($\alpha = .916$).

Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ-CA-9, Valencia y De la Rosa-Gómez, 2022). Es una versión de 9 ítems del ERQ-CA validada por en adultos mexicanos. Es de tipo de respuesta Likert de cinco puntos: 1 = “Completamente en desacuerdo”, 2 = “Algo en desacuerdo”, 3 = “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, 4 = “Algo de acuerdo”, y 5 = “Completamente de acuerdo”. Cuenta con dos factores: reevaluación cognitiva ($\omega = .76$) y supresión expresiva ($\omega = .75$). Se reportan evidencias de validez entre el factor de reevaluación cognitiva con ansiedad ($r = -.16$, $p = .002$), depresión ($r = -.18$, $p < .001$), e ideación suicida ($r = -.22$, $p < .001$); y entre el factor de supresión expresiva con ansiedad ($r = .21$, $p < .001$), depresión ($r = .29$, $p < 0.001$) e ideación suicida ($r = 0.23$, $p < 0.001$).

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos versión abreviada (CESD-7, Salinas-Rodríguez et al., 2013). Es una escala de 7 ítems validada en adultos mexicanos. Es de respuesta tipo Likert de cuatro puntos: 0 = “Rara vez o nunca

(menos de 1 día)", 1 = "Pocas veces o alguna vez (1-2 días)", 2 = "Un número de veces considerable (3-4 días)", y 3 = "Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)". Cuenta con cinco factores: estado de ánimo deprimido (disforia), disminución de placer (anhedonia), problemas de sueño, fatiga y pensamiento. Se reporta una adecuada consistencia interna ($\alpha = .86$). Se reportan evidencias de validez concurrente con el ICD-10 ($r = 0.9015$, $p < 0.01$), el DSM-IV ($r = 0.8717$, $p < 0.01$) y el BDI ($r = 0.7879$, $p < 0.01$).

Lista Checable de Trastorno de Estrés Postraumático para DSM-5 (PCL-5, Durón-Figueroa et al., 2019). Es una escala de 20 ítems validada en adultos mexicanos. Es de respuesta tipo Likert de cinco puntos: 0 = "Nada", 1 = "Un poco", 2 = "Moderadamente", 3 = "Bastante", y 4 = "Extremadamente". Cuenta con seis factores: reexperimentación ($\alpha = .92$), evitación ($\alpha = .88$), alteraciones cognitivas ($\alpha = .89$), anhedonia ($\alpha = .91$), activación ansiosa ($\alpha = .75$) y activación disfórica ($\alpha = .83$). Se reporta una excelente consistencia interna del instrumento ($\alpha = .97$).

Procedimiento

El proceso para la realización de este estudio constó de cinco pasos:

1. El contacto con la institución: se presentó el proyecto de investigación a quien coordina el programa para solicitar una colaboración académico-institucional para investigar las variables psicosociales asociadas a la población de MVVP (Ver Anexo 5).
2. Se entregó el consentimiento informado (Ver Anexo 1) dirigido a las participantes, para dar a conocer el objetivo de la investigación, la confidencialidad y el uso de los datos, así como el derecho de revocación de su consentimiento.

3. Se inició con la aplicación de la batería de instrumentos de manera individual y grupal, conforme se tuvo acceso a las participantes en ciertos periodos designados por la institución.
4. Luego de finalizar la recolección de datos, se procedió a realizar la captura e iniciar con los análisis.

Análisis de datos

Para realizar el análisis estadístico de los datos se utilizó JASP versión 0.18.3. Se calcularon los estadísticos descriptivos y la frecuencia de los datos sociodemográficos. Se realizaron pruebas de diferencia para contrastar a los grupos. Para cada una de las variables se realizó un análisis exhaustivo comenzando con la verificación de supuestos a partir de la prueba de contraste de normalidad de Shapiro-Wilk y la prueba de igualdad de varianzas de Levene. Posteriormente, se muestran los estadísticos y magnitudes del efecto de tres pruebas de contraste: Student, Welch y Mann Whitney. Esto permite visualizar cual fue la prueba de contraste más apropiada a partir de las pruebas de normalidad y de igualdad de varianzas, brindando una base sólida para la interpretación de los resultados.

Por otro lado, se analizaron los datos mediante la obtención de los coeficientes de correlación de Pearson y el Análisis de Senderos (*Path Analysis*). Este último es una técnica de regresión múltiple que se utiliza para probar los diferentes modelos de mediación. Las dificultades para la regulación emocional (DERS-EAM) y las estrategias de regulación emocional (ERQ-CA-9) se probaron como variables mediadoras, la frecuencia de experiencias adversas (ALES-F) y la acumulación de experiencias adversas (ALES-D) se probaron como variables predictoras, y la depresión (CESD-7) y el trastorno de estrés postraumático (PCL-5) se probaron como variables de criterio.

Del análisis de mediación se obtuvieron los efectos directos, los efectos indirectos, y los efectos totales para definir la presencia de mediación. Los efectos directos miden la influencia de la variable independiente (X) y la variable dependiente (Y) cuando la variable mediadora se mantiene constante (M). Para la interpretación de los efectos directos, si el efecto directo se reduce pero sigue siendo significativo ($p < 0.05$), se sugiere una mediación parcial.

Los efectos indirectos son aquellos que miden la influencia de la variable independiente (X) en la variable dependiente (Y) a través de la variable mediadora (M). Para la interpretación de los efectos indirectos, si el efecto es significativo ($p < 0.05$) se sugiere que la variable mediadora explica parte de la relación entre X y Y.

Los efectos totales se refieren a la suma del efecto directo e indirecto que tiene la variable independiente (X) en la variable dependiente (Y), es decir su grado de relación total sin considerar la mediación de la variable mediadora (M). Para la interpretación de los efectos totales, el efecto total debería ser significativo ($p < 0.05$) para justificar la presencia de mediación. En caso de confirmarse la mediación, se reportan los coeficientes de los senderos y se acompañan de los gráficos de cada modelo de mediación.

Consideraciones éticas

Se tomaron en cuenta los principios éticos que guían la investigación psicológica, por lo que se les explicó a las participantes el objetivo de la evaluación, la confidencialidad de los datos y su uso con fines de investigación, su derecho a la revocación del consentimiento informado, las instrucciones de cada instrumento, y se agradeció su participación y se informó de la publicación de resultados una vez finalizada la investigación.

Además, se compartió con la institución una serie de recursos para poder promover el acceso de las mujeres a los servicios de apoyo y orientación, como líneas de ayuda, centros de atención, y programas de asistencia para ellas y sus familias, facilitando así el proceso de recuperación y fortalecimiento.

Resultados

Contrastes t para muestras independientes

En este apartado se muestran los resultados obtenidos a través del análisis de contrastes t para muestras independientes, considerando dos grupos: uno conformado por mujeres de población general y otro por MVVP.

Este enfoque permite evaluar posibles disparidades entre estos dos grupos en relación con las variables de interés, contribuyendo a la comprensión de las diferencias que pueden surgir entre las EAI, las dificultades para la regulación emocional, las estrategias para la regulación emocional, la depresión y el TEPT. Dicho esto, a continuación se presentan los hallazgos para cada una de las variables ya mencionadas.

Experiencias adversas en la infancia

Comprobación de supuestos.

Normalidad de la distribución de las variables. La Tabla 1 muestra los valores del estadístico de Shapiro-Wilk y su nivel de significancia en las EAI de ambos grupos. Los resultados sugieren que tanto en el grupo de MVVP como en el grupo de mujeres de población general se rechaza la hipótesis nula de que los datos tienen una distribución normal ($p < .05$).

Tabla 1. Prueba de contraste de normalidad Shapiro-Wilk: EAI

Variables	Grupos	W	p
ALES-D	Población general	0.977	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.953	0.028
ALES-F	Población general	0.947	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.946	0.014

Variables	Grupos	W	p

Nota. Los resultados significativos sugieren una desviación respecto a la Normalidad.

Igualdad de varianzas. La Tabla 2 muestra los resultados de la prueba de Levene para la variable de EAI. En la ALES-D y la ALES-F se observan diferencias significativas ($p < .001$), lo que sugiere una diferencia en las varianzas entre los grupos.

Tabla 2. Prueba de igualdad de varianzas de Levene: EAI

Variables	F	df ₁	df ₂	p
ALES-D	15.908	1	382	< .001
ALES-F	13.369	1	382	< .001

Nota. Los resultados significativos sugieren diferencia en las varianzas entre los grupos.

Prueba de hipótesis. En la Tabla 3 se reportan los estadísticos descriptivos de la ALES-D y la ALES-F en ambos grupos, incluyendo el número de muestra, la media y la desviación estándar.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos: EAI

Variables	Grupos	n	Media	DE
ALES-D	Población general	328	6.351	3.492
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	5.875	2.249
ALES-F	Población general	328	22.229	5.676
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	21.696	3.384

En la Tabla 4 se muestran las pruebas estadísticas para la comprobación de la diferencia entre grupos. En este caso, dada la falta de normalidad de los datos en ambos grupos, se sugiere interpretar los resultados de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Tabla 4. Pruebas estadísticas de comparación entre grupos: EAI

Variables	Contraste	Estadístico	gl	p	Magnitud del Efecto	ET Magnitud del Efecto
ALES-D	Student	0.984	382	0.326	0.142	0.145
	Welch	1.332	106.561	0.186	0.162	0.145
	Mann-Whitney	9831		0.398	0.070	0.083
ALES-F	Student	0.681	382	0.496	0.098	0.145
	Welch	0.967	116.015	0.335	0.114	0.145
	Mann-Whitney	9107		0.920	-0.008	0.083

Variables	Contraste	Estadístico	gl	p	Magnitud del Efecto	ET Magnitud del Efecto

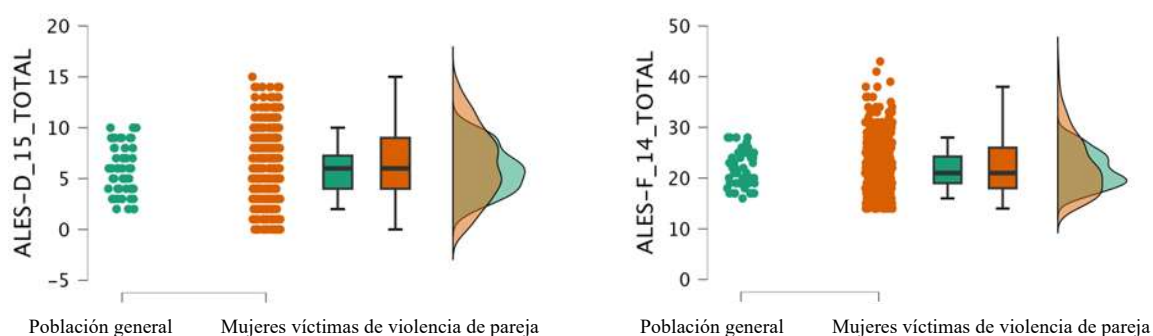
Nota 1. Para el Contraste t de Student y contraste t de Welch, la magnitud del efecto viene dada por D de Cohen. Para el contraste de Mann-Whitney, la magnitud del efecto viene dada por la correlación biserial de rangos.

Nota 2. Se resalta en gris la estadística que debería interpretarse a partir de la comprobación de supuestos.

A partir de las pruebas estadísticas de comparación entre grupos, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en la ALES-D ($U= 9831$, $p = 0.398$), ni tampoco en la ALES-F ($U= 9107$, $p = 0.920$).

Representación de datos. En la Figura 1 se muestran gráficos de nube con lluvia para visualizar las comparaciones entre grupos en la frecuencia de EAI (ALES-D) y en la acumulación de EAI (ALES-F).

Figura 1. Gráficos de nube con lluvia: EAI



Dificultades para la regulación emocional

Comprobación de supuestos.

Normalidad de la distribución de las variables. La Tabla 5 muestra los valores del estadístico de Shapiro-Wilk y su nivel de significancia en las dificultades para la regulación emocional y sus factores en ambos grupos. Los resultados significativos que se observan en el grupo de mujeres de población general en todos los factores y la escala global ($p < .001$), indican que los datos no poseen una distribución normal. Por otro lado, en el grupo de MVVP en la escala global, en el factor de dificultad en el manejo del malestar emocional y en el factor de no aceptación de respuestas

emocionales se obtuvieron resultados significativos ($p < .001$), que sugieren que los datos no tienen una distribución normal. Solo en el factor de dificultad en el control de impulsos y en el factor de dificultad por malestar emocional para el logro de objetivos se observa una distribución normal de los datos ($p > .05$).

Tabla 5. Prueba de contraste de normalidad Shapiro-Wilk: Dificultades para la regulación emocional

Variables	Grupos	W	p
Escala global	Población general	0.91	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.863	< .001
Dificultad en el control de impulsos	Población general	0.866	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.962	0.073
Dificultad en el manejo del malestar emocional	Población general	0.876	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.944	0.011
No aceptación de respuestas emocionales	Población general	0.826	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.951	0.023
Dificultad por malestar emocional para el logro de objetivos	Población general	0.913	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.971	0.19

Nota. Los resultados significativos ($p < .05$) sugieren una desviación respecto a la Normalidad.

Igualdad de varianzas. La Tabla 6 muestra los resultados de la prueba de Levene en la DERS-EAM y sus factores. En estos últimos no se observan diferencias significativas en las varianzas de los grupos, sin embargo, en la escala global las varianzas son significativas ($p < .001$).

Tabla 6. Prueba de igualdad de varianzas de Levene: Dificultades para la regulación emocional

Variables	F	df ₁	df ₂	p
DERS-EAM	13.143	1	265	< .001
Dificultad en el control de impulsos	2.84	1	265	0.093
Dificultad en el manejo del malestar emocional	5.277	1	265	0.022
No aceptación de respuestas emocionales	0.193	1	265	0.661
Dificultad por malestar emocional para el logro de objetivos	1.746	1	265	0.187

Nota. Los resultados significativos sugieren diferencia en las varianzas entre los grupos.

Prueba de hipótesis. En la Tabla 7 se presentan los estadísticos descriptivos de la DERS-EAM y sus factores en ambos grupos, el número de muestra, la media y la desviación estándar.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos: Dificultades para la regulación emocional

Variables	Grupos	n	M	DE
DERS-EAM	Población general	211	42.299	17.754
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	59	11.901
Dificultad en el control de impulsos	Población general	211	15.209	7.136
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	22.893	5.723
Dificultad en el manejo del malestar emocional	Población general	211	14.118	6.788
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	19.464	4.832
No aceptación de respuestas emocionales	Población general	211	5.531	2.872
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	8.054	2.753
Dificultad por malestar emocional para el logro de objetivos	Población general	211	7.441	3.283
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	8.589	2.782

En la Tabla 8 se muestran las pruebas estadísticas para la comprobación de la diferencia entre grupos. En este caso, dada la falta de normalidad de los datos en la DERS-EAM y sus factores, se sugiere interpretar los resultados de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Tabla 8. Pruebas estadísticas de comparación entre grupos: Dificultades para la regulación emocional

Variables	Contraste	Estadístico	gl	p	Magnitud del Efecto	ET Magnitud del Efecto
DERS-EAM	Student	-6.649	265	< .001	-1	0.158
	Welch	-8.327	127.511	< .001	-1.105	0.16
	Mann-Whitney	2495.5		< .001	-0.578	0.087
Dificultad en el control de impulsos	Student	-7.444	265	< .001	-1.119	0.16
	Welch	-8.454	105.076	< .001	-1.188	0.161
	Mann-Whitney	2217.5		< .001	-0.625	0.087
Dificultad en el manejo del malestar emocional	Student	-5.53	265	< .001	-0.831	0.156
	Welch	-6.707	119.153	< .001	-0.907	0.157
	Mann-Whitney	2761.5		< .001	-0.533	0.087
No aceptación de respuestas emocionales	Student	-5.893	265	< .001	-0.886	0.156
	Welch	-6.04	89.416	< .001	-0.897	0.157
	Mann-Whitney	2811		< .001	-0.524	0.087
	Student	-2.398	265	0.017	-0.361	0.151
	Welch	-2.64	99.632	0.01	-0.377	0.151

Variables	Contraste	Estadístico	gl	p	Magnitud del Efecto	ET Magnitud del Efecto
Dificultad por malestar emocional para el logro de objetivos	Mann-Whitney	4385.5		0.003	-0.258	0.087

Nota 1. Para el Contraste t de Student y contraste t de Welch, la magnitud del efecto viene dada por D de Cohen. Para el contraste de Mann-Whitney, la magnitud del efecto viene dada por la correlación biserial de rangos.

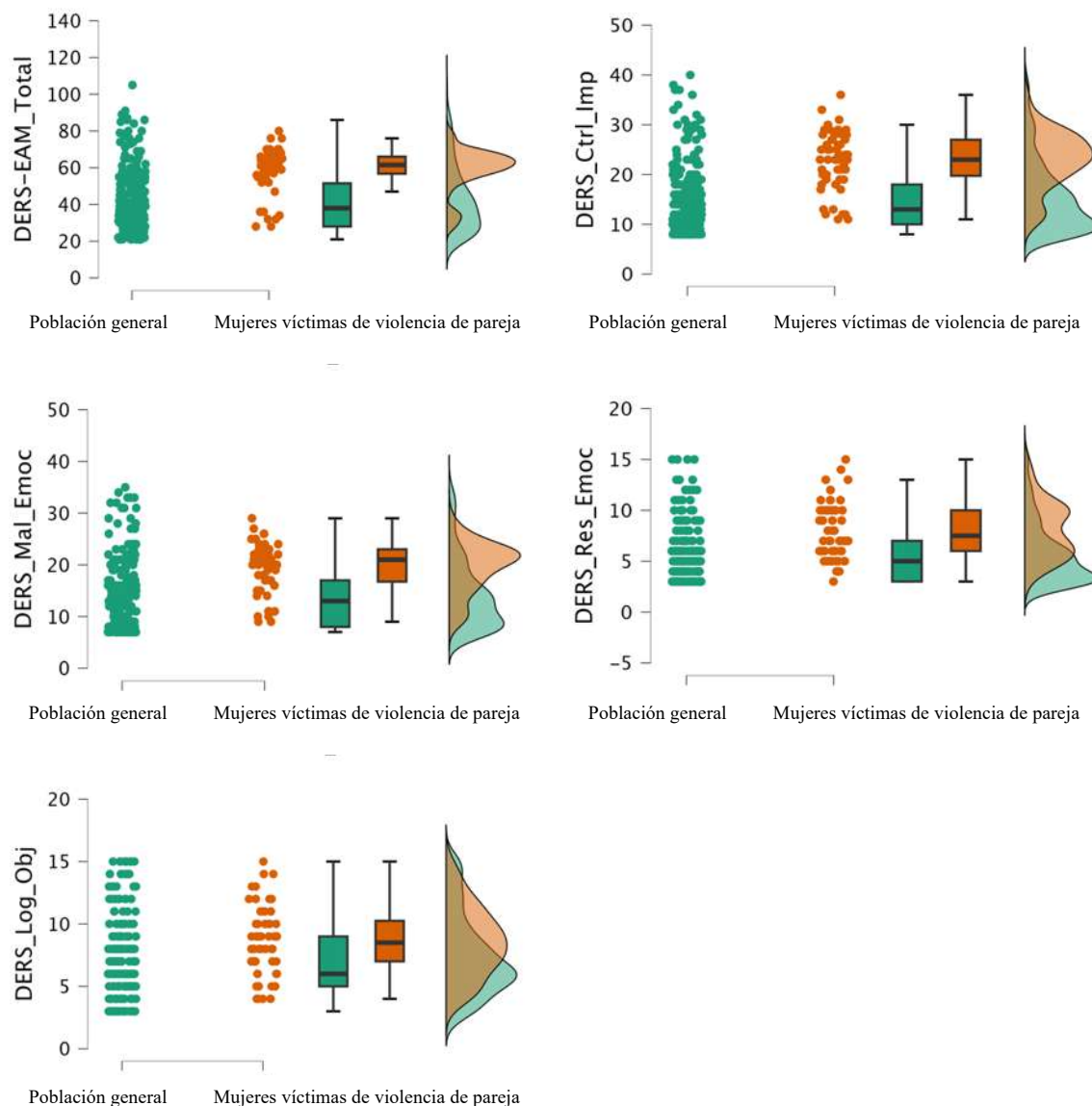
Nota 2. Se resalta en gris la estadística que debería interpretarse a partir de la comprobación de supuestos.

A partir de las pruebas estadísticas, se encontraron diferencias significativas en:

a) la escala global, donde se observan mayores dificultades para la regulación emocional en el grupo de MVVP, con un tamaño de efecto moderado ($U = 2495.5$, $p < .001$, $D = -0.578$); b) mayor dificultad en el control de impulsos, con un tamaño de efecto moderadamente grande ($U = 2217.5$, $p < .001$, $D = -0.625$); c) mayor dificultad en el manejo del malestar emocional, con un tamaño de efecto moderado ($U = 2761.5$, $p < .001$, $D = -0.533$); d) la no aceptación de respuestas emocionales, con un tamaño de efecto moderado ($U = 2811$, $p < .001$, $D = -0.524$); e) y mayor dificultad por malestar emocional para el logro de objetivos, con un tamaño de efecto pequeño ($U = 4385.5$, $p < .001$, $D = -0.258$).

Representación de datos. En la Figura 2 se muestran gráficos de nube con lluvia para visualizar los resultados de los grupos en las dificultades para la regulación emocional y sus factores.

Figura 2. Gráficos de nube con lluvia: Dificultades para la regulación emocional



Depresión

Comprobación de supuestos.

Normalidad de la distribución de las variables. La Tabla 9 muestra los valores del estadístico de Shapiro-Wilk y su nivel de significancia en depresión en ambos grupos. Los resultados significativos que se observan en los dos grupos señalan que los datos no poseen una distribución normal.

Tabla 9. Prueba de contraste de normalidad Shapiro-Wilk: Depresión

Variables	Grupos	W	p
CESD-7	Población general	0.959	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.884	< .001

Variables	Grupos	W	p

Nota. Los resultados significativos sugieren una desviación respecto a la Normalidad.

Igualdad de varianzas. La Tabla 10 muestra los resultados de la prueba de Levene en la CESD-7. No se observan diferencias significativas ($p = 0.169$), lo que sugiere no hay diferencia en las varianzas entre los grupos.

Tabla 10. Prueba de igualdad de varianzas de Levene: Depresión

Variables	F	df ₁	df ₂	p
CESD-7	7.298	1	267	0.007

Nota. Los resultados significativos sugieren diferencia en las varianzas entre los grupos.

Prueba de hipótesis. En la Tabla 11 se presentan los estadísticos descriptivos de la CESD-7 en ambos grupos, incluyendo el número de muestra, la media y la desviación estándar.

Tabla 11. Estadísticos descriptivos: Depresión

Variables	Grupos	n	M	DE
CESD-7	Población general	213	7.648	4.864
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	18.196	3.710

En la Tabla 12 se muestran las pruebas estadísticas para la comprobar la diferencia entre grupos. Por la falta de normalidad de los datos, se sugiere interpretar los resultados de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Tabla 12. Pruebas estadísticas de comparación entre grupos: Depresión

Variables	Contraste	Estadístico	gl	p	Magnitud del Efecto	ET Magnitud del Efecto
CESD-7	Student	-15.108	267	< .001	-2.269	0.186
	Welch	-17.66	110.111	< .001	-2.439	0.191
	Mann-Whitney	648		< .001	-0.891	0.087

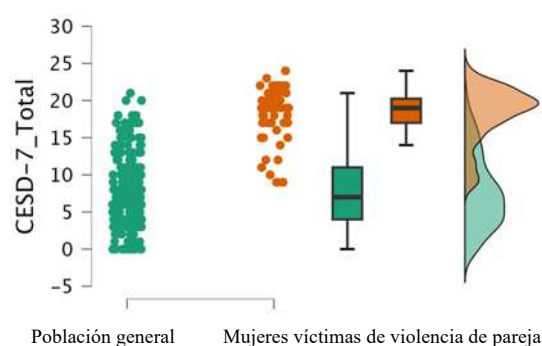
Nota 1. Para el Contraste t de Student y contraste t de Welch, la magnitud del efecto viene dada por D de Cohen. Para el contraste de Mann-Whitney, la magnitud del efecto viene dada por la correlación biserial de rangos.

Nota 2. Se resalta en gris la estadística que debería interpretarse a partir de la comprobación de supuestos.

Se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de la CESD-7. Se reporta mayor depresión en las MVVP, con un tamaño de efecto moderado ($U = 648$, $p < .001$, $D = -0.891$).

Representación de datos. En la Figura 3 se muestran gráficos de nube con lluvia para visualizar los resultados en depresión.

Figura 3. Gráfico de nube con lluvia: Depresión



Trastorno de estrés postraumático

Comprobación de supuestos.

Normalidad de la distribución de las variables. La Tabla 13 muestra los valores del estadístico de Shapiro-Wilk y su nivel de significancia en el TEPT y sus factores en ambos grupos. Los resultados significativos que se observan en el grupo de población general en todos los factores ($p < .001$) y los resultados significativos de ambos grupos en la PCL-5 ($p < .001$), señalan que los datos no tienen una distribución normal. Cabe mencionar que los datos del grupo de MVVP en todos los factores tienen una distribución normal ($p > .05$).

Tabla 13. Prueba de contraste de normalidad Shapiro-Wilk: TEPT

Variables	Grupos	W	p
PCL-5	Población general	0.934	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.903	< .001
Rexperimentación	Población general	0.912	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.977	0.352
Evitación	Población general	0.901	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.951	0.023

Variables	Grupos	W	p
Alteraciones cognitivas	Población general	0.91	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.956	0.041
Anhedonia	Población general	0.887	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.957	0.045
Activación ansiosa	Población general	0.864	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.959	0.055
Activación disfórica	Población general	0.906	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.971	0.196

Nota. Los resultados significativos sugieren una desviación respecto a la Normalidad.

Igualdad de varianzas. La Tabla 14 muestra los resultados de la prueba de Levene en el PCL-5 y sus factores. En ninguno de los factores se observan diferencias significativas ($p < .05$) en la varianza de los grupos, pero sí en la escala global ($< .001$).

Tabla 14. Prueba de igualdad de varianzas de Levene: TEPT

Variables	F	df ₁	df ₂	p
PCL-5	23.701	1	267	< .001
Rexperimentación	5.276	1	267	0.022
Evitación	1.339	1	267	0.248
Alteraciones cognitivas	0.302	1	267	0.583
Anhedonia	9.509	1	267	0.002
Activación ansiosa	0.003	1	267	0.957
Activación disfórica	0.944	1	267	0.332

Nota. Los resultados significativos sugieren diferencia en las varianzas entre los grupos.

Prueba de hipótesis. En la Tabla 15 se muestran los estadísticos descriptivos de la PCL-5 en ambos grupos, incluyendo el número de la muestra, la media y la desviación estándar.

Tabla 15. Estadísticos descriptivos: TEPT

Variables	Grupos	n	M	DE
PCL-5	Población general	213	21.606	16.452
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	57.804	10.088
Rexperimentación	Población general	213	5.108	4.479
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	14.607	3.632
Evitación	Población general	213	2.638	2.3
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	6.018	2.17
Alteraciones cognitivas	Población general	213	4.394	3.779
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	11.732	3.403
Anhedonia	Población general	213	3.39	3.195
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	8.125	2.249
Activación ansiosa	Población general	213	2.023	1.999

Variables	Grupos	n	M	DE
Activació disfórica	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	5.911	1.975
	Población general	213	4.052	3.437
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	11.411	3.032

En la Tabla 16 se muestran las pruebas estadísticas para la comprobación de la diferencia entre grupos. Por la falta de normalidad de los datos, se sugiere interpretar los resultados de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Tabla 16. Pruebas estadísticas de comparación entre grupos: TEPT

Variables	Contraste	Estadístico	gl	p	Magnitud del Efecto	ET Magnitud del Efecto
PCL-5	Student	-15.695	267	< .001	-2.357	0.189
	Welch	-20.599	140.935	< .001	-2.653	0.198
	Mann-Whitney	475		< .001	-0.92	0.087
Rexperimentación	Student	-14.65	267	< .001	-2.2	0.184
	Welch	-16.544	103.488	< .001	-2.33	0.188
	Mann-Whitney	748		< .001	-0.875	0.087
Evitación	Student	-9.898	267	< .001	-1.486	0.167
	Welch	-10.24	90.235	< .001	-1.512	0.167
	Mann-Whitney	1840.5		< .001	-0.691	0.087
Alteraciones cognitivas	Student	-13.19	267	< .001	-1.981	0.178
	Welch	-14.022	93.872	< .001	-2.041	0.18
	Mann-Whitney	1039.5		< .001	-0.826	0.087
Anhedonia	Student	-10.425	267	< .001	-1.566	0.168
	Welch	-12.736	120.113	< .001	-1.714	0.172
	Mann-Whitney	1534		< .001	-0.743	0.087
Activación ansiosa	Student	-12.982	267	< .001	-1.95	0.177
	Welch	-13.073	86.967	< .001	-1.956	0.178
	Mann-Whitney	1158		< .001	-0.806	0.087
Activación disfórica	Student	-14.595	267	< .001	-2.192	0.184
	Welch	-15.704	95.615	< .001	-2.271	0.186
	Mann-Whitney	815		< .001	-0.863	0.087

Nota 1. Para el Contraste t de Student y contraste t de Welch, la magnitud del efecto viene dada por D de Cohen. Para el contraste de Mann-Whitney, la magnitud del efecto viene dada por la correlación biserial de rangos.

Nota 2. Se resalta en gris la estadística que debería interpretarse a partir de la comprobación de supuestos.

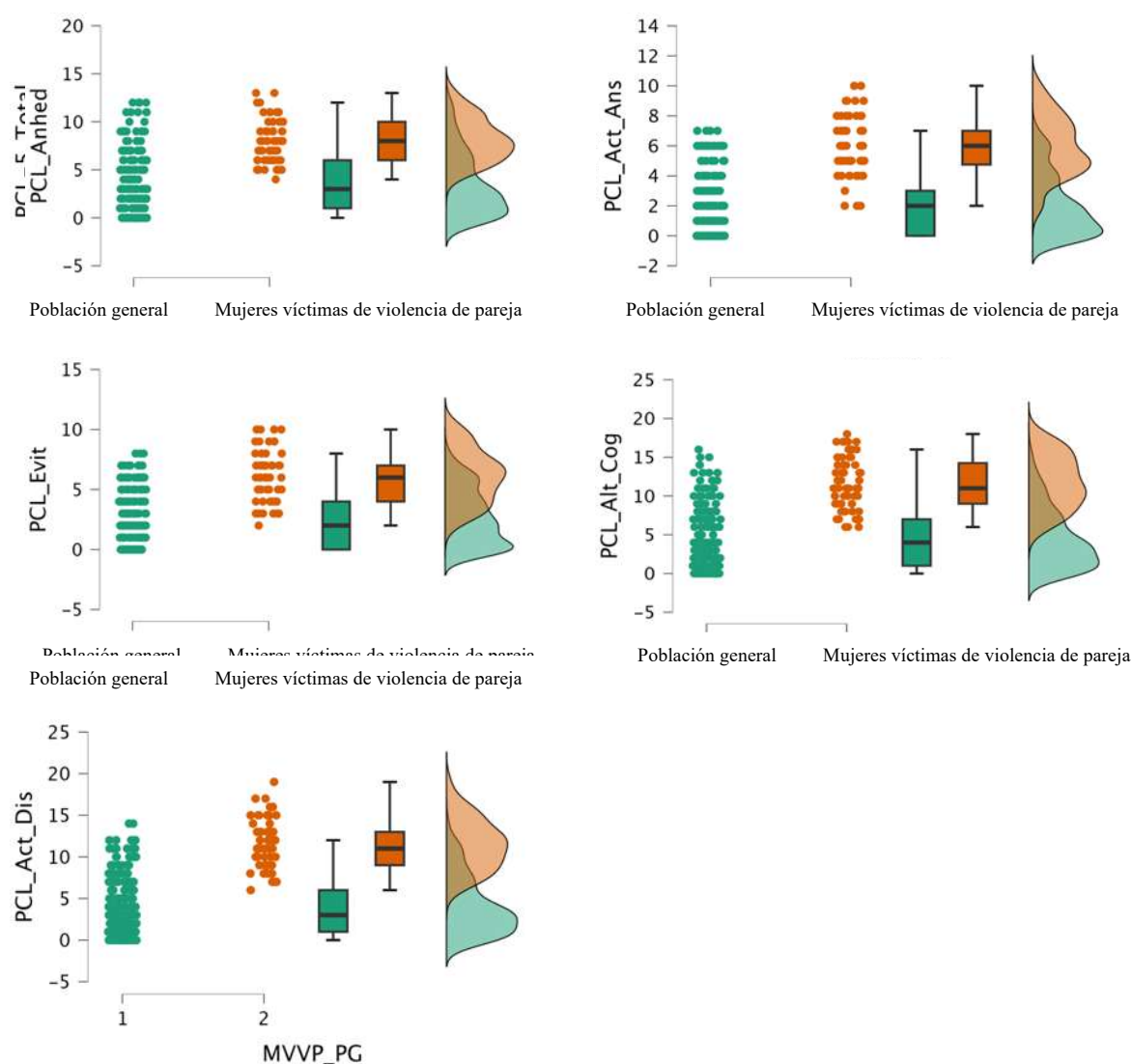
A partir de las pruebas estadísticas, se encontraron diferencias significativas en:

- a) la escala global, donde se observa mayor presencia de TEPT en el grupo de MVVP, con un tamaño de efecto grande ($U = 475$, $p < .001$, $D = -0.92$); b) mayor reexperimentación, con un tamaño de efecto grande ($U = 748$, $p < .001$, $D = -0.875$); c) mayor evitación, con un tamaño de efecto moderadamente grande ($U = 1840.5$, $p < .001$, $D = -0.691$); d) mayores alteraciones cognitivas, con un tamaño de efecto grande ($U =$

1039.5, $p < .001$, $D = -0.826$); d) mayor anhedonia, con un tamaño de efecto grande ($U = 1534$, $p < .001$, $D = -0.743$); f) mayor activación ansiosa, con un tamaño de efecto grande ($U = 1158$, $p < .001$, $D = -0.806$); g) y mayor activación disfórica, con un tamaño de efecto grande ($U = 815$, $p < .001$, $D = -0.863$).

Representación de datos. En la Figura 4 se muestran gráficos de nube con lluvia para visualizar los resultados en el TEPT y cada uno de sus factores.

Figura 4. Gráficos de nube con lluvia: TEPT



Análisis de mediación

Antes de reportar los resultados de los análisis de mediación, se muestran los estadísticos descriptivos y frecuencias de los datos sociodemográficos de la muestra de

MVVP, los coeficientes de correlación de Pearson entre las EAI, las dificultades para la regulación emocional, las estrategias para la regulación emocional, la depresión y el TEPT, y los resultados de los cuatro modelos de mediación que buscan comprobar las hipótesis de investigación.

Estadísticos descriptivos de los datos sociodemográficos. En la Tabla 17 se describen los datos sociodemográficos de la muestra de MVVP en esta investigación. Estos datos proporcionarán una comprensión integral del perfil de las participantes, incluyendo características clave como edad, ocupación, estado civil, escolaridad y medidas de nivel socioeconómico para contextualizar las características del grupo.

Tabla 17. Estadísticos descriptivos de los datos sociodemográficos de MVVP

	Edad	Ocupacion	Estado civil	Escolaridad	Ingreso mensual	AMAI 1	AMAI 2	AMAI 3	AMAI 4	AMAI 5	AMAI 6
Media	29.357	3.268	2.571	3.607	2.125	6.589	2.125	1.964	1.750	2.571	2.696
Desviación Típica	8.775	1.892	1.093	0.947	1.096	3.079	0.470	0.631	0.437	0.710	0.784

Nota. AMAI 1: Piense en quien gana más dinero en su hogar: ¿Cuál es su último nivel de estudios?; AMAI 2: ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en su hogar?; AMAI 3: ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas o con cabina o caja?; AMAI 4: Sin tomar en cuenta si su celular cuenta con datos móviles: ¿Su hogar cuenta con servicio de internet?; AMAI 5: De todas las personas de 14 años o más que viven en su hogar: ¿Cuántos trabajaron en el último mes?; AMAI 6: En su hogar: ¿Cuántos cuartos se utilizan para dormir, sin contar pasillos ni baños?

Frecuencias y proporciones de los datos sociodemográficos. En la Tabla 18 se observan estos datos de la muestra de MVVP. La significancia estadística resalta los patrones distintivos, proporcionando una base para comprender la diversidad sociodemográfica dentro de la muestra y su implicación con las variables del estudio.

Tabla 18. Frecuencia y proporciones de los datos sociodemográficos de MVVP

Variable	Nivel	Frecuencia	Total	Proporción	p
Ocupación	Hogar/Ama/o de casa	17	56	0.304	0.005
	Obrero/a	4	56	0.071	< .001
	Comerciante	7	56	0.125	< .001
	Empleado	12	56	0.214	< .001
	Estudiante	11	56	0.196	< .001
	Pensionado/a	1	56	0.018	< .001

Variable	Nivel	Frecuencia	Total	Proporción	p
Estado civil	Desempleado/a	4	56	0.071	< .001
	Soltero/a	7	56	0.125	< .001
	Casado/a	24	56	0.429	0.350
	Unión libre	15	56	0.268	< .001
	Separado/a	7	56	0.125	< .001
	Divorciado/a	2	56	0.036	< .001
	Viudo/a	1	56	0.018	< .001
Escolaridad	Sin estudios	1	56	0.018	< .001
	Primaria	5	56	0.089	< .001
	Secundaria	18	56	0.321	0.010
	Preparatoria/carrera técnica	24	56	0.429	0.350
	Universidad	7	56	0.125	< .001
	Posgrado	1	56	0.018	< .001
Ingreso mensual	0 a \$6,223	18	56	0.321	0.010
	\$6, 224 a \$9,334	21	56	0.375	0.081
	\$9,335 a \$18,669	12	56	0.214	< .001
	\$18,670 a \$28,003	3	56	0.054	< .001
	\$28,004 a \$37,337	1	56	0.018	< .001
	\$37,338 o más	1	56	0.018	< .001
	Sin estudios	2	56	0.036	< .001
AMAI 1	Primaria incompleta	3	56	0.054	< .001
	Primaria completa	3	56	0.054	< .001
	Secundaria incompleta	7	56	0.125	< .001
	Secundaria completa	12	56	0.214	< .001
	Carrera comercial	1	56	0.018	< .001
	Carrera técnica	5	56	0.089	< .001
	Preparatoria incompleta	7	56	0.125	< .001
	Preparatoria completa	6	56	0.107	< .001
	Licenciatura incompleta	2	56	0.036	< .001
	Licenciatura completa	4	56	0.071	< .001
	Diplomado o maestría	3	56	0.054	< .001
	Doctorado	1	56	0.018	< .001
AMAI 2	0	3	56	0.054	< .001
	1	43	56	0.768	< .001
	2 o más	10	56	0.179	< .001
AMAI 3	0	12	56	0.214	< .001
	1	34	56	0.607	0.141
	2 o más	10	56	0.179	< .001
AMAI 4	No tiene	14	56	0.250	< .001
	Si tiene	42	56	0.750	< .001
AMAI 5	0	2	56	0.036	< .001
	1	25	56	0.446	0.504
	2	24	56	0.429	0.350
	3	5	56	0.089	< .001
AMAI 6	1	26	56	0.464	0.689

Variable	Nivel	Frecuencia	Total	Proporción	p
	2	23	56	0.411	0.229
	3	5	56	0.089	< .001
	4 o más	2	56	0.036	< .001

Nota 1. Proporciones contrastadas en relación al valor de $p < 0.5$.

Nota 2. AMAI 1: Piense en quien gana más dinero en su hogar: ¿Cuál es su último nivel de estudios?; AMAI 2: ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en su hogar?; AMAI 3: ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas o con cabina o caja?; AMAI 4: Sin tomar en cuenta si su celular cuenta con datos móviles: ¿Su hogar cuenta con servicio de internet?; AMAI 5: De todas las personas de 14 años o más que viven en su hogar: ¿Cuántos trabajaron en el último mes?; AMAI 6: En su hogar: ¿Cuántos cuartos se utilizan para dormir, sin contar pasillos ni baños?

Correlación de Pearson. Los coeficientes de correlación que se muestran en la Tabla 19 indican la fuerza y la dirección de las relaciones que se encuentran entre la frecuencia y acumulación de las EAI, las dificultades para la regulación emocional, la depresión, el TEPT y las estrategias para la regulación emocional en la muestra de MVVP.

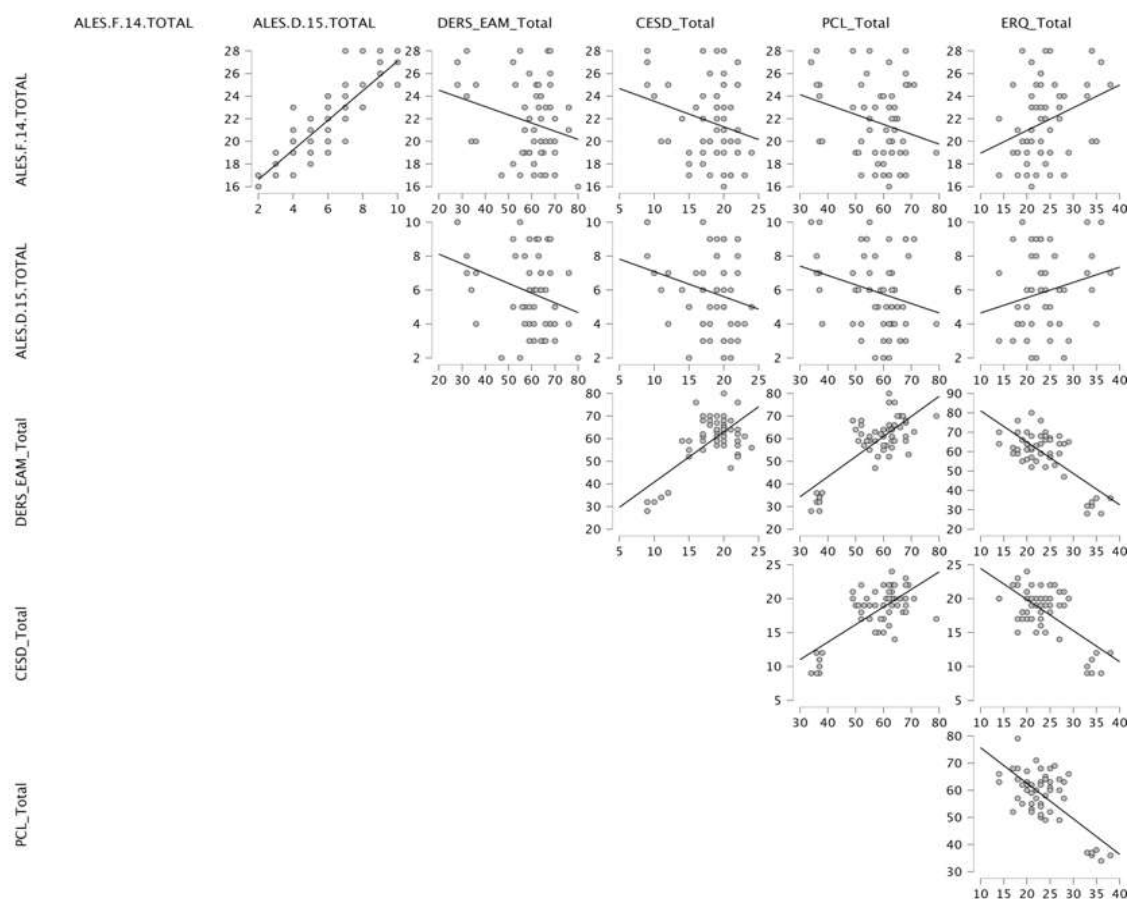
Tabla 19. Correlaciones de Pearson entre las variables de MVVP

Variable		ALES-F	ALES-D	DERS-EAM	CESD-7	PCL-5	ERQ-CA9
ALES-F	R de Pearson	—					
	Valor p	—					
ALES-D	R de Pearson	0.869***	—				
	Valor p	< .001	—				
DERS-EAM	R de Pearson	-0.255	-0.304*	—			
	Valor p	0.058	0.023	—			
CESD-7	R de Pearson	-0.247	-0.243	0.692***	—		
	Valor p	0.066	0.071	< .001	—		
PCL-5	R de Pearson	-0.261	-0.248	0.753***	0.704***	—	
	Valor p	0.052	0.065	< .001	< .001	—	
ERQ-CA9	R de Pearson	0.318*	0.214	-0.726***	-0.660***	-0.694***	—
	Valor p	0.017	0.113	< .001	< .001	< .001	—

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

En la Figura 5 se muestran los gráficos de correlación entre las variables asociadas a las MVVP.

Figura 5. Gráficos de correlación entre las variables en MVVP



Modelos de mediación. Ahora se presentan los resultados de los análisis de mediación, que permiten tener conocer las interacciones entre las variables estudiadas. Se reportan los resultados de distintos modelos de mediación, en los que se considera como variables predictoras (X) a la frecuencia de EAI (ALES-F) y la acumulación de EAI (ALES-D), como variables de criterio (Y) a la depresión (CESD-7) y al TEPT (PCL-5), y como variables mediadoras (M) a las dificultades para la regulación emocional (DERS-EAM) y a las estrategias para la regulación emocional (ERQ-CA-9).

Mediación de las dificultades para la regulación emocional en las EAI y la depresión. Para comprobar esta hipótesis de mediación es necesario analizar los efectos directos, los efectos indirectos y los efectos totales. En la Tabla 20 se muestran los efectos directos del modelo de regresión que examina la influencia de la acumulación y la frecuencia de EAI (X) en la depresión (Y) cuando las dificultades para la regulación emocional se mantienen constantes (M). No se encontró una relación estadísticamente

significativa ($p > .05$), por lo que no hay evidencia de un efecto directo de las EAI en la depresión.

Tabla 20. Efectos directos

						95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
		Estimar	Error Típico	valor Z	p		
ALES-D	→ CESD-7	-0.060	0.167	-0.360	0.719	-0.387	0.267
ALES-F	→ CESD-7	-0.083	0.109	-0.764	0.445	-0.296	0.130

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados significativos ($p > .05$) sugieren que no existe relación entre las variables.

En la Tabla 21 se muestran los efectos indirectos del modelo de regresión que examina la influencia de la acumulación y la frecuencia de las EAI (X) en la depresión (Y) a través de la influencia de las dificultades para la regulación emocional (M). El efecto indirecto entre la acumulación de EAI en la depresión a través de las dificultades para la regulación emocional es estadísticamente significativo $Z = -2.249$, $p = 0.025$ (IC 95% = -0.639, -0.044) y con una estimación de -0.341, que indica que el aumento en la acumulación de EAI se asocia con una disminución en la depresión a través de una mejor regulación emocional. En cambio, el efecto indirecto de la frecuencia de EAI en la depresión a través de las dificultades para la regulación emocional resultó no ser significativo ($p = 0.058$).

Tabla 21. Efectos indirectos

						95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
		Estimar	Error Típico	valor Z	p		
ALES-D	→ DERS-EAM → CESD-7	-0.341	0.152	-2.249	0.025	-0.639	-0.044
ALES-F	→ DERS-EAM → CESD-7	-0.188	0.099	-1.892	0.058	-0.382	-0.007

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados significativos ($p < .05$) sugieren que la variable mediadora explica parte de la relación entre las variables predictoras (X) y la variable de criterio (Y).

En la Tabla 22 se observan los efectos totales del modelo de regresión que examina la suma del efecto directo e indirecto de la acumulación y la frecuencia de las

EAI (X) en la depresión (Y) sin considerar la mediación de las dificultades para la regulación emocional (M). La relación entre la acumulación de experiencias adversas en la depresión y la frecuencia de experiencias adversas en la depresión, no fue estadísticamente significativa ($p > .05$).

Tabla 22. Efectos totales

		Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
ALES-D	→ CESD-7	-0.401	0.214	-1.877	0.061	-0.820	-0.018
ALES-F	→ CESD-7	-0.271	0.142	-1.909	0.056	-0.549	-0.007

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados no significativos ($p > .05$) sugieren que no existe presencia de mediación.

En síntesis, los resultados obtenidos en los efectos directos, indirectos y totales, rechazan la mediación de las dificultades para la regulación emocional entre la frecuencia y acumulación de experiencias adversas y la depresión.

Mediación de las estrategias para la regulación emocional en las EAI y la depresión. Para comprobar esta hipótesis de mediación es necesario analizar los efectos directos, los efectos indirectos y los efectos totales. En la Tabla 23 se muestran los efectos directos del modelo de regresión que examina la influencia de la acumulación y la frecuencia de EAI (X) en la depresión (Y) cuando las estrategias para la regulación emocional se mantienen constantes (M). No se encontró una relación estadísticamente significativa ($p > .05$), por lo que no hay evidencia de un efecto directo de las EAI en la depresión.

Tabla 23. Efectos directos

		Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
ALES-D	→ CESD-7	-0.176	0.168	-1.050	0.294	-0.505	0.153
ALES-F	→ CESD-7	-0.046	0.116	-0.394	0.694	-0.273	0.181

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados no significativos ($p > .05$) sugieren que no existe relación entre las variables.

En la Tabla 24 se muestran los efectos indirectos del modelo de regresión que examina la influencia de la acumulación y la frecuencia de las EAI (X) en la depresión (Y) a través de la influencia de las estrategias para la regulación emocional (M). El efecto indirecto entre la frecuencia de EAI en la depresión a través de las estrategias para la regulación emocional es estadísticamente significativo $Z = -2.320$, $p = 0.020$ (IC 95% = -0.416, -0.035) y con una estimación de -0.225, que indica que el aumento en la frecuencia de EAI se asocia con una disminución en la depresión a través de una mejor regulación emocional. En cambio, el efecto indirecto que se obtuvo de la acumulación de EAI en la depresión a través de las estrategias para la regulación emocional resultó no ser significativo ($p = 0.113$).

Tabla 24. Efectos indirectos

						95% Intervalo de Confianza	
		Estimar	Error Típico	valor Z	p	Inferior	Superior
ALES-D →	ERQ-CA- 9 → CESD-7	-0.225	0.142	-1.587	0.113	-0.503	-0.053
ALES-F →	ERQ-CA- 9 → CESD-7	-0.225	0.097	-2.320	0.020	-0.416	-0.035

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados significativos ($p < .05$) sugieren que la variable mediadora explica parte de la relación entre las variables predictoras (X) y la variable de criterio (Y).

En la Tabla 25 se observan los efectos totales del modelo de regresión que examina la suma del efecto directo e indirecto de la acumulación y la frecuencia de las EAI (X) en la depresión (Y) sin considerar la mediación de las estrategias para la regulación emocional (M). La relación entre la acumulación de EAI en la depresión y la frecuencia de EAI en la depresión, no fue estadísticamente significativa ($p > .05$).

Tabla 25. Efectos totales

						95% Intervalo de Confianza	
		Estimar	Error Típico	valor Z	p	Inferior	Superior
ALES-D →	CESD-7	-0.401	0.214	-1.877	0.061	-0.820	-0.018
ALES-F →	CESD-7	-0.271	0.142	-1.909	0.056	-0.549	-0.007

	Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
					Inferior	Superior

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados no significativos ($p > .05$) sugieren que no existe presencia de mediación.

En síntesis, los resultados obtenidos en los efectos directos, indirectos y totales, rechazan la mediación de las estrategias para la regulación emocional entre la frecuencia y acumulación de experiencias adversas y la depresión.

Mediación de las dificultades para la regulación emocional en las EAI y el TEPT. Para comprobar esta hipótesis de mediación es necesario analizar los efectos directos, los efectos indirectos y los efectos totales. En la Tabla 26 se muestran los efectos directos del modelo de regresión que examina la influencia de la acumulación y la frecuencia de EAI (X) en el TEPT (Y) cuando las dificultades para la regulación emocional se mantienen constantes (M). No se encontró una relación estadísticamente significativa ($p > .05$), por lo que no hay evidencia de un efecto directo de las EAI en el TEPT.

Tabla 26. Efectos directos

						95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
ALES-D	→	PCL-5	-0.095	0.414	-0.229 0.819	-0.906	0.716
ALES-F	→	PCL-5	-0.219	0.269	-0.815 0.415	-0.747	0.308

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados no significativos ($p > .05$) sugieren que no existe relación entre las variables.

En la tabla 27 se muestran los efectos indirectos del modelo de regresión que examina la influencia de la acumulación y la frecuencia de las EAI (X) en el TEPT (Y) a través de la influencia de las dificultades para la regulación emocional (M). El efecto indirecto entre la acumulación de EAI en el TEPT a través de las dificultades para la regulación emocional es estadísticamente significativo $Z = -2.288$, $p = 0.022$ (IC 95% = -1.889, -0.146) y con una estimación de -1.017, que indica que el aumento en la acumulación de EAI se asocia con una disminución en el TEPT a través de una mejor

regulación emocional. En cambio, el efecto indirecto de la frecuencia de TEPT en el TEPT a través de las dificultades para la regulación emocional resultó no ser significativo ($p = 0.056$).

Tabla 27. Efectos indirectos

							95% Intervalo de Confianza	
			Estimar	Error Típico	valor Z	p	Inferior	Superior
ALES-D →	DERS-EAM	→ PCL-5	-1.017	0.445	-2.288	0.022	-1.889	-0.146
ALES-F →	DERS-EAM	→ PCL-5	-0.558	0.291	-1.915	0.056	-1.128	-0.013

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados significativos ($p < .05$) sugieren que la variable mediadora explica parte de la relación entre las variables predictoras (X) y la variable de criterio (Y).

En la Tabla 28 se observan los efectos totales del modelo de regresión que examina la suma del efecto directo e indirecto de la acumulación y la frecuencia de las EAI (X) en el TEPT (Y) sin considerar la mediación de las dificultades para la regulación emocional (M). La relación entre la acumulación de EAI en el TEPT y la frecuencia de EAI en el TEPT fue estadísticamente significativa solo en esta última $Z = -2.020$, $p = 0.043$ (IC = -1.531 y -0.023).

Tabla 28. Efectos totales

						95% Intervalo de Confianza	
		Estimar	Error Típico	valor Z	p	Inferior	Superior
ALES-D	→ PCL-5	-1.112	0.581	-1.915	0.055	-0.251	-0.026
ALES-F	→ PCL-5	-0.777	0.385	-2.020	0.043	-1.531	-0.023

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados no significativos ($p > .05$) sugieren que no existe presencia de mediación.

En síntesis, los resultados obtenidos en los efectos directos, indirectos y totales, rechazan la mediación de las dificultades para la regulación emocional entre la frecuencia y acumulación de EAI y el TEPT.

Mediación de las estrategias para la regulación emocional en las EAI y el

TEPT. Para comprobar esta hipótesis de mediación es necesario analizar los efectos

directos, los efectos indirectos y los efectos totales. En la Tabla 29 se muestran los efectos directos del modelo de regresión que examina la influencia de la acumulación y la frecuencia de EAI (X) en el TEPT (Y) cuando las estrategias para la regulación emocional se mantienen constantes (M). No se encontró una relación estadísticamente significativa ($p > .05$), por lo que no hay evidencia de un efecto directo de las experiencias adversas en el trastorno de estrés postraumático.

Tabla 29. Efectos directos

						95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
		Estimar	Error Típico	valor Z	p		
ALES-D	→ PCL-5	-0.467	0.437	-1.068	0.285	-1.324	0.390
ALES-F	→ PCL-5	-0.133	0.302	-0.441	0.659	-0.725	0.459

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados significativos ($p > .05$) sugieren que no existe relación entre las variables.

En la tabla 30 se muestran los efectos indirectos del modelo de regresión que examina la influencia de la acumulación y la frecuencia de las EAI (X) en el TEPT (Y) a través de la influencia de las estrategias para la regulación emocional (M). El efecto indirecto entre la frecuencia de EAI en el TEPT a través de las estrategias para la regulación emocional es estadísticamente significativo $Z = -2.348$, $p = 0.019$ (IC 95% = -1.181, -0.106) y con una estimación de -0.644, que indica que el aumento en la acumulación de EAI se asocia con una disminución en el TEPT a través de una mejor regulación emocional. En cambio, el efecto indirecto de la acumulación de EAI en el TEPT a través de las estrategias para la regulación emocional resultó no ser significativo ($p = 0.111$).

Tabla 30. Efectos indirectos

						95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
		Estimar	Error Típico	valor Z	p		
ALES-D	→ ERQ-CA- 9 → PCL-5	-0.645	0.404	-1.595	0.111	-1.438	-0.147

						95% Intervalo de Confianza	
		Estimar	Error Típico	valor Z	p	Inferior	Superior
ALES-F →	ERQ-CA-9 → PCL-5	-0.644	0.274	-2.348	0.019	-1.181	-0.106

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados significativos ($p < .05$) sugieren que la variable mediadora explica parte de la relación entre las variables predictoras (X) y la variable de criterio (Y).

En la Tabla 31 se observan los efectos totales del modelo de regresión que examina la suma del efecto directo e indirecto de la acumulación y la frecuencia de las EAI (X) en el TEPT (Y) sin considerar la mediación de las estrategias para la regulación emocional (M). La relación entre la acumulación de EAI en el TEPT y la frecuencia de EAI en el TEPT fue estadísticamente significativa solo en esta última $Z = -2.020$, $p = 0.043$ (IC = -1.531 y -0.023).

Tabla 31. Efectos totales

						95% Intervalo de Confianza	
		Estimar	Error Típico	valor Z	p	Inferior	Superior
ALES-D →	PCL-5	-1.112	0.581	-1.915	0.055	-0.251	-0.026
ALES-F →	PCL-5	-0.777	0.385	-2.020	0.043	-1.531	-0.023

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados no significativos ($p > .05$) sugieren que no existe presencia de mediación.

En síntesis, los resultados obtenidos en los efectos directos, indirectos y totales, sugieren la presencia de una mediación completa por parte las estrategias para la regulación emocional. En la Tabla 32 se reportan los coeficientes de senderos.

Tabla 32. Coeficientes de los senderos del modelo de mediación

						95% Intervalo de Confianza	
		Estimar	Error Típico	valor Z	p	Inferior	Superior
ERQ-CA-9 →	PCL-5	-1.283	0.191	-6.712	< .001	-1.658	-0.909
ALES-F →	PCL-5	-0.133	0.302	-0.441	0.659	-0.725	0.459
ALES-F →	ERQ-CA-9	0.502	0.200	2.507	0.012	0.109	0.894

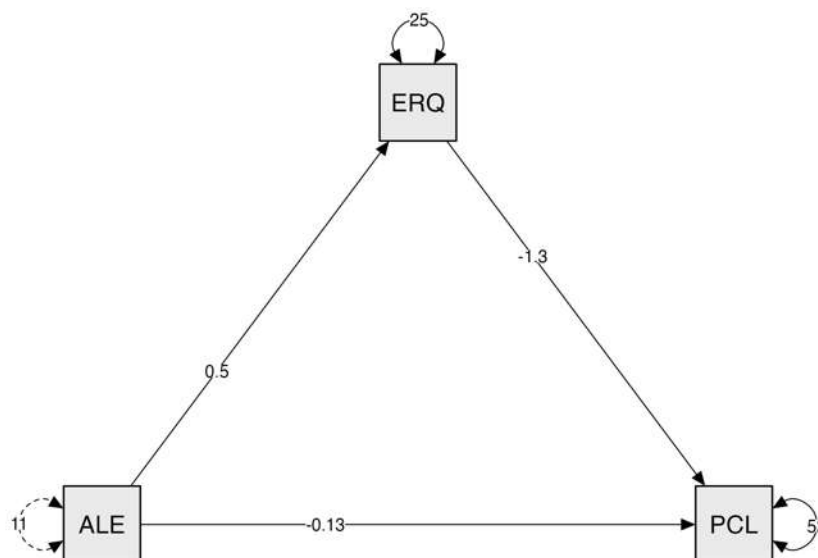
Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados significativos ($p < .05$) indican una relación entre variables.

Entre las estrategias para la regulación emocional y trastorno de estrés postraumático se obtuvo una estimación de -1.283, que indica que peor regulación

emocional está asociada con un aumento en el trastorno de estrés postraumático $Z = 6.712$, $p < 0.001$, (IC 95% = -1.658, -0.909) que sugiere una relación estadísticamente significativa. Entre la frecuencia de experiencias adversas y el trastorno de estrés postraumático se obtuvo una estimación de -0.133, que indica una relación negativa no significativa $Z = -0.441$, $p = 0.659$ (IC 95% = -0.725, 0.459). Y entre la frecuencia de experiencias adversas y las estrategias para la regulación emocional se obtuvo una estimación de 0.502, que sugiere una relación positiva estadísticamente significativa $Z = -2.385$, $p = 0.017$ (IC 95% = -2.928, -0.287). En la Figura 6 se muestra el gráfico de este modelo.

Figura 6. Grafico del modelo de mediación de las estrategias para la regulación emocional



Discusión y conclusiones

El objetivo de este estudio fue analizar si en MVVP la regulación emocional media la relación de las EAI con el TEPT. Antes de discutir los hallazgos de los modelos de mediación, es importante comentar las diferencias encontradas entre las dos muestras de mujeres de las que se obtuvo los datos para esta investigación.

Primeramente, no se encontraron diferencias significativas en la frecuencia y acumulación de EAI de la muestra de MVVP y la de mujeres de población general. La revisión de la literatura reveló que podían esperarse asociaciones entre la exposición a EAI y el riesgo de victimización en la edad adulta, como en el caso de la violencia de pareja (Devries et al., 2013; Golding et al., 1999; Hughes et al., 2017). Sin embargo, entre las muestras de mujeres de esta investigación no se observaron diferencias, lo que podría indicar que la victimización en la edad adulta no está necesariamente determinada por las EAI, sino que otras variables pueden jugar un papel más importante.

En segunda instancia, en la muestra de MVVP se observan mayores dificultades para la regulación emocional en el control de impulsos, en el manejo del malestar emocional, en la no aceptación de respuestas emocionales, y en la dificultad por malestar para el logro de objetivos. Esto sugiere que en MVVP existen mayores dificultades para la regulación emocional al no reconocer, comprender y aceptar las emociones, al tener poca capacidad de adoptar comportamientos dirigidos a metas en situaciones de estrés emocional y al tener menos conocimiento de estrategias efectivas para la regulación emocional (Gratz & Roemer, 2004). Este hallazgo es relevante debido a que existe evidencia de que las estrategias y dificultades para la regulación emocional pueden mediar la violencia experimentada en la familia de origen y la violencia de pareja que se vive en la edad adulta (Orozco-Vargas et al., 2021).

En tercer lugar, en la muestra de MVVP se encontró mucho mayor presencia de depresión que en mujeres de población general. En investigaciones como la realizada por Taft y Watson (2008), y la de Suglia et al. (2011) se encontró que el riesgo de padecer depresión se eleva al doble en mujeres que han sufrido violencia de pareja, y Salazar et al. (2009) encontraron que este riesgo puede ser del doble al triple en algunos

casos. Estos hallazgos reiteran la importancia de atender la presencia de depresión en MVVP con uno de los principales objetivos de intervención, no solo derivada del evento de violencia sino de sus consecuencias a la estructura y dinámica familiar.

Y en cuarto lugar, en la muestra de MVVP se encontró mayor TEPT en síntomas como la reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas, anhedonia, activación ansiosa y activación disfórica. Estos hallazgos se suman a la evidencia de otras investigaciones que han encontrado una relación entre las distintas formas de violencia de pareja y el desarrollo y mantenimiento de síntomas de TEPT (Antezana Marroquín, 2021; Muñoz-Rivas et al., 2021; Rios Briceño, 2021; Saquinaula-Salgado et al., 2021), lo que sugiere que al igual que la depresión, el TEPT es una de las principales áreas de intervención psicológica dirigida a mujeres.

Por otro lado, con respecto a las relaciones encontradas entre las variables de estudio, se encontraron bajas correlaciones entre las EAI con las dificultades para la regulación emocional y las estrategias para la regulación emocional. Esto sugiere que puede haber otras variables relevantes que ejercen influencia sobre la adopción de estrategias o dificultades para la regulación emocional. Sin embargo, considerar la influencia y cronicidad de EAI específicas, podría brindar mayor contexto de las circunstancias en que se adoptan estas estrategias adaptativas o desadaptativas para la regulación emocional, como se ha encontrado en otras investigaciones (Jansen, 2015; Galego Carrillo et al., 2016; Lee et al., 2020). Asimismo, se encontraron fuertes asociaciones entre las dificultades y estrategias para la regulación emocional con la depresión y el TEPT, lo que coincide con las asociaciones encontradas en la literatura que proponen que la regulación emocional es una variable transdiagnóstica para distintas psicopatologías (Dragan et al., 2018; Muñoz-Rivas et al., 2021; Park & Chung, 2018; Weiss et al., 2018; Zancan & Habigzang, 2018).

Finalmente, se obtuvieron hallazgos importantes sobre el papel que juegan las dificultades y estrategias para la regulación emocional en la relación de EAI con la depresión y el TEPT. De los cuatro modelos de mediación, solamente el modelo en el que las EAI son una variable predictora, las estrategias para la regulación emocional son una variable mediadora, y el TEPT es una variable de criterio, se confirma que las estrategias para la regulación emocional median completamente la relación entre las EAI y el TEPT. Este hallazgo puede indicar que en las intervenciones dirigidas a mitigar la presencia de TEPT, es necesario promover el aprendizaje de estrategias para la regulación emocional, dirigidas a facilitar el reconocimiento y expresión emocional, así como promover la reevaluación cognitiva del evento o eventos que facilitan la reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas, anhedonia, activación ansiosa y activación disfórica de quienes han sido víctimas de violencia de pareja.

En el resto de hipótesis, no se rechaza la hipótesis nula de que las dificultades y las estrategias para la regulación emocional no median la relación entre EAI y depresión, y no se rechaza la hipótesis nula de que las dificultades para la regulación emocional no median la relación entre las EAI y el TEPT. Estos resultados no coinciden por completo con los encontrados por Dragan (2018) al estudiar las dificultades para la regulación emocional como mediador entre las EAI con los síntomas de TEPT y depresión, pero sí con los encontrados por Orozco Vargas (2021). Estos hallazgos indican que las dificultades y estrategias para la regulación emocional no median la relación entre EAI y depresión, lo que puede deberse a la influencia de otras variables que pueden mediar o moderar esta relación, como el estrés percibido, el apoyo social (Thananowan et al., 2020), la autoeficacia emocional (Luque-Reca et al., 2016), y el estilo de afrontamiento (Calvete et al., 2008).

En conjunto, los hallazgos obtenidos al probar estos modelos de mediación, contribuyen al entendimiento teórico de la regulación emocional desde la postura Gratz y Roemer (2004) y la postura de Gross (1998), y Gross & Thompson (2007), y su asociación con la presencia de depresión y TEPT en MVVP, tomando como base la teoría del autocontrol para la depresión (Rehm, 1977) y la teoría de Elhers y Clark para el TEPT (2000). Con base en esta fundamentación teórica, el hallazgo más importante es que las estrategias para la regulación emocional median completamente la relación entre las EAI y el TEPT.

Limitaciones e investigaciones a futuro

Es importante mencionar algunas de las limitaciones metodológicas que pudieron influir en los hallazgos de esta investigación. En primer lugar, el contacto con las participantes se realizó a través de un programa que brinda apoyo y seguimiento a las denuncias de violencia, por lo que el tiempo transcurrido entre el evento y el contacto para participar en la investigación pudo variar entre las participantes. Asimismo, algunas de ellas recibieron o estaban recibiendo atención psicológica, apoyo legal o de trabajo social por parte de organizaciones de la sociedad civil y demás instancias encargadas de esta labor. Aunque se tenía conocimiento de esto antes de iniciar con la recogida de los datos, estas limitaciones fueron necesarias para dar prioridad a la atención a las mujeres y salvaguardar su integridad.

Con respecto a las investigaciones a futuro, estos hallazgos subrayan la importancia de incluir el desarrollo de estrategias de regulación emocional en los programas de terapia y apoyo a mujeres, como ha sido propuesto en los hallazgos de investigaciones en distintos contextos (Dragan, 2018; Muñoz-Rivas et al., 2021; Puente-Martínez et al., 2021; Weiss et al., 2018; Zancan & Habigzang, 2018).

Sobre la intervención a estas necesidades de apoyo, se ha encontrado que las intervenciones centradas en la enseñanza de técnicas de regulación emocional con base en la Terapia Dialéctica Conductual (Lee et al., 2017), son efectivas para mejorar este conjunto de habilidades, facilitando una mayor aceptación y comprensión de las emociones, un aumento en la capacidad para manejar las emociones en situaciones estresantes y la adopción de comportamientos dirigidos a metas en situaciones que son emocionalmente desafiantes. Y con base en lo observado durante esta investigación, se incita a que en futuras investigaciones sea crucial brindar un entorno terapéutico seguro y de apoyo que permita a las mujeres explorar y procesar sus EAI y su relación con la violencia de pareja que viven en la actualidad (Tarzia, 2020).

Comentarios finales

Esta investigación contribuye a la comprensión de cómo las EAI afectan la salud mental de MVVP y cómo la regulación emocional es un mediador clave en el desarrollo del TEPT, logrando una mayor claridad teórica sobre los mecanismos que explican la vulnerabilidad de esta población.

A nivel metodológico, se identificaron instrumentos adecuados y culturalmente pertinentes para medir las EAI. Los hallazgos de la revisión sistemática y la posterior traducción y validación de la ALES son un avance metodológico esencial para la adaptación de herramientas fiables para su uso en la investigación y práctica clínica en México. Desde una perspectiva práctica, los hallazgos de esta investigación brindan recomendaciones para el diseño de estrategias de intervención más efectivas, enfocadas en fortalecer la capacidad de regulación emocional de las MVVP. Y en cuanto a su impacto social, se sugiere integrar la regulación emocional en los programas de atención para MVVP, resaltando la necesidad de abordar las secuelas de las EAI en cualquier estrategia de intervención.

En conjunto, esta investigación ofrece una base sólida para futuras investigaciones, al tiempo que destaca la relevancia de contar con instrumentos validados y adaptados culturalmente para avanzar en el estudio de las EAI en contextos específicos.

Referencias

- Adams, A., & Beeble, M. (2019). Intimate Partner Violence and Psychological Well-Being: Examining the Effect of Economic Abuse on Women's Quality of Life. *American Psychological Association*, 9(5), 517-525.
<http://dx.doi.org/10.1037/vio0000174>
- Afifi, T. O., Ford, D., Gershoff, E. T., Merrick, M., Grogan-Kaylor, A., Ports, K. A., MacMillan, H. L., Holden, G. W., Taylor, C. A., Lee, S. J., & Peters Bennett, R. (2017). Spanking and adult mental health impairment: The case for the designation of spanking as an adverse childhood experience. *Child abuse & neglect*, 71, 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.014>
- Afifi, T. O., Salmon, S., Garcés, I., Struck, S., Fortier, J., Taillieu, T., Stewart-Tufescu, A., Asmundson, G. J. G., Sareen, J., & MacMillan, H. L. (2020). Confirmatory factor analysis of adverse childhood experiences (ACEs) among a community-based sample of parents and adolescents. *BMC Pediatrics*, 20(1), 178.
<https://doi.org/10.1186/s12887-020-02063-3>
- Aguirre, D. P., Cova, S. F., Domarchi G., Paz, M., Garrido, C., Mundaca, L., Rincón, G. P., Troncoso, V. P., & Vidal S. P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(2), 114-122. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000300004>
- Alvarado Alomia, M. M., & Torres Leyva, M. (2021). *Regulación emocional y bienestar psicológico en mujeres víctimas de violencia de pareja de Lima Norte, 2021*. Universidad César Vallejo.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/72846/Alvarado_MM-Torres_LM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Álvarez de Lara, R. M. (2013). Maltrato infantil y violencia familiar. *Instituto de*

investigaciones jurídicas, 8, 17-20.

<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3582/4.pdf>

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. APA.

American Psychological Association. (2017). *Código Ético de la American Psychological Association (APA)*. <https://www.apa.org/es/eticas/codigo/index>

Antezana Marroquin, N. R. (2021). *Violencia de Pareja y Estrés Postraumático en adolescentes de Lima Metropolitana, 2021*. Universidad César Vallejo. Antezana_MNR-SD.pdf (ucv.edu.pe)

Antonuccio, D.O., Ward, C.H. y Tearnan, B.H. (1989). The behavioral treatment of unipolar depression in adult outpatients. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (dirs.), *Progress in behavior modification* (pp. 152- 191). Newbury Park, CA: Sage.

Appleton, A. A., Holdsworth, E., Ryan, M., & Tracy, M. (2017). Measuring childhood adversity in life course cardiovascular research: a systematic review. *Psychosomatic Medicine*, 79(4), 434-440. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000430>

Arce, R., & Fariñas, F. (2009). Evaluación Psicológica Forense de la credibilidad y daño psíquico en casos de violencia de género mediante el Sistema de Evaluación Global. En F. Fariña, R. Arce, & G. Buena-Casal (Eds). *Violencia de género. Tratado psicológico y legal* (pp. 147-168). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

Astin, M. C. & Resick, P. A. (1997). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno por estrés postraumático. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el Tratamiento Cognitivo – Conductual de los Trastornos Psicológicos* (pp. 171-209). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

- Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038-1059.
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Atzl, V. M., Narayan, A. J., Rivera, L. M., & Lieberman, A. F. (2019). Adverse childhood experiences and prenatal mental health: Type of ACEs and age of maltreatment onset. *Journal of Family Psychology*, 33(3), 304–314.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/fam0000510>
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual*. The Psychological Corporation.
- Bermúdez, M. P., Matud, P., & Navarro, L. (2009). Consecuencias del maltrato a la mujer por su pareja. En F. Fariñas, R. Arce & G. Buela-Casal (Eds) *Violencia de Género. Tratado psicológico y legal (pp. 109-118)*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Bermúdez Durán, L. V., Barrantes Martínez, M. M., & Bonilla Álvarez, G. (2020). Trastorno por estrés postrauma. *Revista Médica Sinergia*, 5(9), e568.
<https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.568>
- Bernstein, D.P., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 340-348.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199703000-00012>
- Bethell, C.D., Carle, A., Hudziak, J., Gombojav, N., Powers, K., Wade, R., & Braveman, P. (2017). Methods to assess adverse childhood experiences of children and families: toward approaches to promote child well-being in policy and practice. *Academic Pediatrics*, 17(7), 51-69. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.04.161>
- Blevins, C., Weathers, F., Davis, M., Witte, T., & Domino, J. (2015). The Posttraumatic

- Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 489-498.
<https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Bonomi, A. E., Thompson, R. S., & Anderson, M. (2006). Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 458-466.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.01.015>
- Bott, S., Guedes, A., Ruiz-Celis, A. P., & Mendoza, J. A. (2021). La violencia por parte de la pareja íntima en las Américas: una revisión sistemática y reanálisis de las estimaciones nacionales de prevalencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45(34), 1-15. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.34>
- Brake, W.G., Zhang, T.Y., Diorio, J., Meaney, M.J., & Gratton, A. (2004). Influence of early postnatal rearing conditions on mesocorticolimbic dopamine and behavioral responses to psychostimulants and stressors in adult rats. *European Journal of Neuroscience*, 3(19), 1863-1874. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9568.2004.03286.x>
- Bremner, D., Vermetten, E., & Mazure, C. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: The Early Trauma Inventory. *Depression and Anxiety*, 12(1), 1-12.
[https://doi.org/10.1002/1520-6394\(2000\)12:1%3C1::aid-da1%3E3.0.co;2-w](https://doi.org/10.1002/1520-6394(2000)12:1%3C1::aid-da1%3E3.0.co;2-w)
- Breslau, N., Peterson, E. L., Kessler, R. C., & Schultz, L. R. (1999). Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 908-911. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.908>
- Bright, M. A., Knapp, C., & Hinojosa, M. S. (2015). The comorbidity of physical, mental, and developmental conditions associated with childhood adversity: A

- population-based study American Academy of Pediatrics. *Matern Child Health Journal*, 20, 843-853. <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-015-1915-7>
- Brown, D. W., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Malarcher, A. M., Croft, J. B. & Giles, W. H. (2010). Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: a prospective cohort study. *BMC Public Health*, 10. <https://doi.org/10.1186%2F1471-2458-10-311>
- Buesa, S., & Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 31-45. <https://www.ijpsy.com/volumen13/num1/345/violencia-contra-la-mujer-y-sntomasde-ES.pdf>
- Burke, N., Hellman, J. L., & Scott, B. G. (2011). The impact of adverse childhood experiences on an urban pediatric population. *Child Abuse & Neglect*, 35, 408-413. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.02.006>
- Burke, N., & Renschler, T. S. (2015). *Center for Youth Wellness ACE-Questionnaire (CYW ACE-Q Child, Teen, Teen SR)*. <https://centerforyouthwellness.org/wp-content/uploads/2018/06/CYW-ACE-Q-USer-Guide-copy.pdf>
- Burns, E. E., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2010). Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, 19(8), 801–819. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/10926771.2010.522947>
- Cabello, R., Fernández Berrocal, P., & Gross, J. (2013). A Spanish Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29, 234-240. <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027/1015-5759/a000150>

California Department of Public Health, & California Department of Social Services

(2020). *Adverse childhood experiences data report: Behavioral risk factor surveillance System (BRFSS), 2011-2017. An Overview of Adverse Childhood Experiences in California.*

https://www.cdph.ca.gov/Programs/CCDPHP/DCDIC/SACB/CDPH%20Document%20Library/Essentials%20for%20Childhood%20Initiative/ACEs-BRFSS-Update_final%2010.26.20.pdf?TSPD_101_R0=087ed344cfab20002e40bb84717baaf4415916063df5b3ad0847ab11fb958fbd2922a0b7cf6aaff1089aa4cb901430002a9a8e03be3a28d011ebe48849111c5117dc1baa710c4e96b95a4af13b38293601f6f3a058e25b66ed3231ef7598a75b

Calleja, N., Mason, T. A., & Pérez, O. G. (2022). Escala de Bienestar Subjetivo, versión corta (EBS-8): Revalidación, invarianza de medición y teoría de respuesta al ítem. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(1), 203-217.

<https://doi.org/10.14718/acp.2022.25.1.13>

Calvete, E., Corral, S., & Estévez, A. (2008). Afrontamiento como mediador y moderador entre la violencia de pareja y los síntomas de ansiedad y depresión. *Violencia contra la Mujer*, 14, 886-904.

<https://doi.org/10.1177/1077801208320907>

Carranza-Plancarte, J. I., Navarro-Contreras, G., Correa-Romero, F. E., & González-Torres, M. L. (2022). Validación psicométrica de la escala de dificultades en la regulación emocional DERS para adultos michoacanos. *Revista de Educación y Desarrollo*, 61, 39-48.

Casique, I., & Castro, R., (2016). Cambios y constantes en los niveles y factores asociados a las violencias de parejas en México. En *De parejas, hogares, instituciones y espacios comunitarios. Violencias contra las mujeres en México.*

- (Instituto Nacional de las Mujeres; Cuernavaca Morelos: Universidad Nacional Autónoma de México, p.165). Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/ENDIREH%202016%20web.pdf
- Castro, R., Cerellino, L., & Rivera, R. (2017). Risk Factors of Violence against Women in Peru. *Journal of family violence*, 32(1), 807-815.
<https://doi.org/10.1007/s10896-017-9929-0>
- Center on the Developing Child. (2013). *The Science of Neglect (InBrief)*.
www.developingchild.harvard.edu
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018). *Preventing Adverse Childhood Experiences (ACEs) Online Training Module 1 Lesson 1*.
<https://vetoviolenecdc.gov/apps/aces-training/#/training/1-1-1>
- Chan, Y. C., & Yeung, J. W. (2009) Children living with violence within the family and its sequel: a meta-analysis from 1995 to 2006. *Aggression and Violent Behavior* 14(5), 313–322. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.avb.2009.04.001>
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217-25.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.013>
- Choi, C., Mersky, J. P., Janczewski, C. E., Plummer Lee, C-T., Davies, W. H., & Lang, A. C. (2020). Validity of an expanded assessment of adverse childhood experiences: A replication study. *Children and Youth Services Review*, 82, 60-68.
<https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105216>
- Chowdhary, N., & Patel, V. (2008). The effect of spousal violence on women's health: findings from the Stree Arogya Shodh in Goa, India. *J Postgrad Med* 54(306),

312. 24. <https://doi.org/10.4103/0022-3859.43514>

- Christ, C., De Waal, M. M., Dekker, J. J. M., van Kuijk, I., Van Schaik, D. J. F., & Kikkert, M. J. (2019). Linking childhood emotional abuse and depressive symptoms: The role of emotion dysregulation and interpersonal problems. *PLoS One*, 14(2), e0211882. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211882>
- Clarkson, P. (2014). Prevalence and relationship between Adverse Childhood Experiences and child behavior among young children. *Infant Mental Health Journal*, 35, 544-554. <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.21460>
- Cloitre, M., Khan, C., Mackintosh, M. A., Garvert, D. W., Henn-Haase, C. M., Falvey, E. C., & Saito, J. (2019). Emotion regulation mediates the relationship between ACEs and physical and mental health. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 11(1), 82–89. <https://doi.org/10.1037/tra0000374>
- Colman, I., Kingsbury, M., Garad, Y., Zeng, Y., Naicker, K., Patten, S., Jones, P. B., Wild, T. C., & Thompson, H. (2015). Consistency in adult reporting of adverse childhood experiences. *Psychological Medicine*, 46(3), 543-553. <https://doi.org/10.1017/s0033291715002032>
- Conway, C. A., & Lewin, A. (2022). Development and Psychometric Properties of the ACE-I: Measuring Adverse Childhood Experiences Among Latino Immigrant Youth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(8), 1247–1255. <https://doi.org/10.1037/tra0001223>
- Cox, K., Resnick, H., & Kilpatrick, D. (2014). Prevalence and Correlates of Posttrauma Distorted Beliefs: Evaluating DSM-5 PTSD Expanded Cognitive Symptoms in a National Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 299-306. <https://doi.org/10.1002/jts.21925>
- Crespo, M., & Gómez, M. M. (2012). La Evaluación del Estrés Postraumático:

Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP).

Clínica y Salud, 23(1), 25-41. <http://dx.doi.org/10.5093/cl2012a4>

Crespo Generelo, T., Camarillo Gutiérrez, L., & Ruiz, H. (2019). Trastorno por estrés agudo y postraumático. *Medicine*, 12, 4918-4928.

<https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.002>

Cronholm, P. F., Forke, C. M., Wade, R., Bair-Merritt, M. H., Davis, M., Harkins-

Schwarz, M., Pachter, L. M., & Fein, J. A. (2015). Adverse Childhood

Experiences: Expanding the Concept of Adversity. *American Journal of*

Preventive Medicine, 49(3), 354–361.

<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.02.001>

Cross, L. M., Warren-Findlow, J., Bowling, J., Reeve, C. L., & Issel, L. M. (2023). A

pilot study of the adverse childhood experiences-dimensions questionnaire (ACE-

DQ): Associations with depression. *Child abuse & neglect*, 140, 106158.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106158>

Da Costa, S., Páez, D., Granados, X. y Unzueta, C. (2014). Regulación de la afectividad

en el ámbito laboral: validez de las escalas de hetero-regulación EROS y EIM.

Journal of Work and Organizational Psychology, 30, 13-22.

<https://dx.doi.org/10.5093/tr2014a2>

Devries, K. M., Mak, J., Bacchus, L. J., Child, J. C., & Falder, G. (2013). Intimate

Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A

Systematic Review of Longitudinal Studies. *PLoS Med* 10(5), 1-11.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439>

Dokkedahl, S. B., Kirubakaran, R., Bech-Hansen, D., Kristensen, T. R., & Elklit, A.

(2022). The psychological subtype of intimate partner violence and its effect on

mental health: a systematic review with meta-analyses. *Systematic Reviews*,

11(163), 1-16.

<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-022-02025-z>

Dominguez-Lara, S. A. (2014). ¿Matrices Policóricas/Tetracóricas o Matrices Pearson? Un estudio metodológico. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 6(1), 39-48. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v6.n1.6357>

Dominguez-Lara, S. A. (2018). Magnitud del efecto para pruebas de normalidad en investigación en salud. *Investigación en Educación Médica*, 7(27), 92-93. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2018.27.17762007-5057>

Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, C. M., & Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 28, 771-784. <http://theannainstitute.org/ACE%20folder%20for%20website/30TIND.pdf>

Dragan, M. (2018). Adverse experiences, emotional regulation difficulties and psychopathology in a sample of young women: Model of associations and results of cluster and discriminant function analysis. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.12.001>

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*, 286(24), 3089-3096. <https://doi.org/10.1001/jama.286.24.3089>

Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2004). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences

- among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 729-737. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.08.009>
- Durón-Figueroa, R., Cárdenas-López, G., Castro-Calvo, J., & Rosa-Gómez, A. (2019). Adaptación de la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 en Población Mexicana. *Acta de investigación psicológica*, 9(1), 26-36. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2019.1.03>
- Dutton, D. G. (1995). *The domestic assault of women: Psychological and criminal justice perspectives*. UBC Press.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Sarasua, B., & Zubizarreta, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y modificación de conducta*, 26, 325-340. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P., Sarasua, B., & Zubizarreta, B. (1997). Repercusiones Psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: Un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(1), 7-19. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.1.1997.3830>
- Elhai, J., Gray, M., Kashdan, T., & Franklin, C. (2005). Which instruments are most commonly used to assess traumatic event exposure and posttraumatic effects?: A survey of traumatic stress professionals. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 541-545. <https://doi.org/10.1002/jts.20062>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0)
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*

2018-19. *Resultados nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública.

- Erber, R., Wegner, D. M. y Therriault, N. (1996). On being cool and collected: mood regulation in anticipation of social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 757-766. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.70.4.757>
- Escalante Ferrer, A. E., Martínez-Torteya, C., & Morfín López, T. (2021). COVID-19 en México: Violencia de pareja, asociaciones con características sociodemográficas, funcionamiento diario y salud mental. *Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género*, 31(29), 37-64.
<https://revistasacademicas.ucol.mx/index.php/generos/article/view/450/353>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
[https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2013). Improving the adverse childhood experiences study scale. *Jama Pediatrics*, 167(1), 70–75.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.420>
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2015). A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse & Neglect*, 48, 13–21.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.011>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2014). *Hidden in Plain Sight: A Statistical Analysis of Violence Against Children*. Nueva York.
<https://data.unicef.org/resources/hidden-in-plain-sight-a-statistical-analysis-of-violence-against-children/>
- Ford, D. C., Merrick, M. T., Parks, S. E., Breiding, M. J., Gilbert, L. K., & Edwards, V.

- J. (2014). Examination of the factorial structure of Adverse Childhood Experiences and recommendations for three subscale scores. *Psychology of Violence*, 4(4), 432–444.
- Frías, S. (2017). Challenging the representation of intimate partner violence in Mexico: Unidirectional, mutual violence and the role of male control. *Partner abuse*, 8(2), 146-167. <http://dx.doi.org/10.1891/1946-6560.8.2.146>
- Galego Carrillo, V., Santibáñez Gruber, R., & Iraurgi Castillo, L. (2016). Estrategias cognitivas de regulación emocional en mujeres en situación de maltrato. *Revista Interuniversitaria*, 28, 115-125.
<https://www.redalyc.org/pdf/1350/135047100010.pdf>
- Gargurevich, R., & Matos, L. (2010). Propiedades psicométricas del cuestionario de Autorregulación Emocional Adaptado para el Perú (ERQ-P). *Revista Psicológica*, 12(1), 53-67. http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/335
- Giesbrecht, C. (2020). The Impact of Intimate Partner Violence in the Workplace: Results of a Saskatchewan Survey. *Journal of Interpersonal Violence*.
<https://doi.org/10.1177/0886260520921875>
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99–132.
<https://doi.org/10.1023/A:1022079418229>
- Gómez Pérez, O. I., & Calleja Bello, N. (2017). Escalas de medición en español de la regulación emocional: revisión psicométrica. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(2), 82-92.
<https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/1214>
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the

difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.

<https://doi.org/10.1023/B:JOBA.00000007455.08539.94>

- Grellert, A. C., del Tránsito, M., Cafiero, A., Paiva, G. A., Tocalli, C., Buffoni, P. E., Albamonte, L. P., Altuzarra, M. C., Herrera, C. A., Meneses, G. N., Ortiz, M. C., Romero, S. J., Salguero, M. J., Terzi, M. N., & Remogna, L. (2017). *Crianza con ternura. Experiencias adversas en la niñez y fortalezas familiares durante la niñez y su relación con factores de riesgo para la salud*. Undav Ediciones.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, 551-573. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/026999399379186>
- Gross, J. J. y Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundation. In: Gross, J. J. (ed.) *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford, 3-26.
- Guina, J., Welton, R., Broderick, P., Correll, T., & Peirson, R. (2016). DSM-5 Criteria and its implications for diagnosing PTSD in military service members and veterans. *Curr Psychiatry Rep*, 18(23), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0686-1>
- Guzmán González, M., Trabucco, C., Urzúa, A., Garrido, L., & Leiva, J. (2014). Validez y confiabilidad de la Versión Adaptada al Español de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en población chilena. *Terapia Psicológica*, 32(1), 19-29. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000100002
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery*

and Psychiatry, 23(1), 56-62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>

Hasselmann, M. H., & Reichenheim, M. E. (2003). Cross-cultural adaptation of the Portuguese version of the Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1) used to assess marital violence: Semantic and measurement equivalence. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(4), 1083-1093.

Hawes, D. J., Lechowicz, M., Roach, A., Fisher, C., Doyle, F. L., Noble, S., & Dadds, M. R. (2021). Capturing the developmental timing of adverse childhood experiences: The Adverse Life Experiences Scale. *Am Psychol*, 76(2), 253-267. <https://doi.org/10.1037/amp0000760>

Hegarty, K. L., O'Doherty, L. J., Chondros, P., Valpied, J., Taft, A., Astbury, J., & Gunn, J. N. (2013). Effect of Type and Severity of Intimate Partner Violence on Women's Health and Service Use: Finding From a Primary Care Trial of Women Afraid of Their Partners. *Journal of interpersonal violence*, 28(2), 273-294. <https://doi.org/10.1177/0886260512454722>

Heimpel, S. A., Wood, J. V., Marshall, M. y Brown, J. (2002). Do people with low self-esteem really want to feel better? Self-esteem differences in motivation to repair negative moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 128-147. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.82.1.128>

Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: El papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19(2), 347-372. https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/psicopatologiadelaregulacionemocionalelpapeldelosdeficitemocionales.pdf

Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y salud*, 19(2), 139-156.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000200001

- Hidalgo-Rasmussen, C. A. & González-Betanzos, F. (2019). El tratamiento de la Aquiescencia y la Estructura Factorial de la Escala Breve de Resiliencia (BRS) en estudiantes universitarios mexicanos y chilenos. *Anales de psicología*, 35(1), 26-32. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.1.297781>
- Ho, G. W. K., Chan, A. C. Y., Chien, W.-T., Bressington, D. T., & Karatzias, T. (2019). Examining patterns of adversity in Chinese young adults using the Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). *Child Abuse & Neglect*, 88, 78-88. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.11.009>
- Houtepen, L., Heron, J., Suderman, M., Tilling, K., & Howe, L. (2018). Adverse childhood experiences in the children of the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *Wellcome Open Research*, 3(106). <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.14716.1>
- Howell, D. C. (2012). *Statistical methods for psychology*. Cengage Learning.
- Huerta, R. E., Miljanovich, M., Pequeña, J., Campos, E., Santivañez, R., Aliaga, J., Medina, P., Pérez, P., Fernández, E., Uceda, J., Silva, A., & Vidal, R. (2014). Estrés post traumático e inadaptación en mujeres víctimas de violencia doméstica en la relación de pareja en función de la edad. *Revista de Investigación en Psicología*, 17(2), 59-75. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/11258/12646>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*,

2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

Jacobson, N., & Gottman, J. (2001). *Hombres que agreden a sus mujeres. Cómo poner fin a las relaciones abusivas*. Paidós.

Jaramillo-Sierra, A. L., & Ripoll-Núñez, K. (2018). Adaptación de un programa de intervención para violencia situacional de parejas. *Revista de Estudios Sociales*, 66, 55-70. <https://doi.org/10.7440/res66.2018.06>

Jansen, M. (2015). *Emotion regulation in women who are psychologically abused by their intimate partners: a systematic review*. North-West University.

Jimenez, M. E., Wade, R., & Lin, Y. (2016). Adverse experiences in early childhood and kindergarten outcomes. *Pediatrics*, 137, 1-11.
<http://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-1839>

Jöels, M., & Karst, H. (2012). Corticosteroid effects on calcium signaling in limbic neurons. *Cell Calcium*, 51(3-4), 277-283.
<https://doi.org/10.1016/j.ceca.2011.11.002>

Kahn, J. S., Kehle, T. J., Jenson, W. R., & Clark, E. (1990). Comparison of cognitive-behavioral, relaxation, and self-modeling interventions for depression among middle-school students. *School Psychology Review*, 19(2), 196-211.

Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2014). Adverse childhood experiences: Towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1489-1501,
<http://dx.doi.org/10.1111/jan.12329>

Karatekin, C., & Hill, M. (2019). Expanding the original definition of adverse childhood experiences (ACEs). *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 12(3), 289–306.

<https://doi.org/10.1007/s40653-018-0237-5>

Kazeem, O. T. (2015). A validation of the Adverse Childhood Experiences Scale in Nigeria. *Research on Humanities and Social Sciences*, 5(11), 18-24.

<https://core.ac.uk/download/pdf/234674573.pdf>

Kelly-Irving, M., & Delpierre, C. (2019). A Critique of the Adverse Childhood Experiences Framework in Epidemiology and Public Health: Uses and Misuses. *Social Policy and Society*, 18(3), 445-456.

<https://doi.org/10.1017/S1474746419000101>

Keynejad, R. C., Hanlon, C., & Howard, L. M. (2020). Psychological interventions for common mental disorders in women experiencing intimate partner violence in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 7, 173-190. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30510-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30510-3)

Kidman, R., Smith, D., Piccolo, L. R., & Kohler, H. P. (2019). Psychometric evaluation of the Adversity Childhood Experience International Questionnaire (ACE-IQ) in Malawian adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 96, 104082.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104082>

Kline, T. (2005). *Psychological testing: A practical approach to design and evaluation*. Sage.

Kofman, Y., & Garfin, D. (2020). Home is not always a haven: The domestic violence crisis amid the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0000866>

Koita, K., Long, D., Hessler, D., Benson, M., Daley, K., Bucci, M., Thakur, N., & Harris, N. B. (2018). Development and implementation of a pediatric adverse childhood experiences (ACEs) and other determinants of health questionnaire in the pediatric medical home: A pilot study. *PLOS ONE*, 13(12), 1-16.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208088>

Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Lara C. E., Aranda, C., & Zapata, R. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 11(1), 1-8. <http://dx.doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.21864>

Larsen, R. J. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry*, 11, 129-141. https://psycnet.apa.org/doi/10.1207/S15327965PLI1103_01

Leal-Morales, E. I., Vázquez Martínez, V. H., & Cantú Solís, O. N. (2013). Prevalencia de estrés postraumático en unidades de medicina familiar de seis ciudades de la frontera México-Estados Unidos de América. *Atención familiar*, 20(4), 114-117. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30106-7](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30106-7)

Lee, J. (2017). Evaluating a group program for women victims of intimate partner abuse. *Journal of Aggression Maltreatment & Trauma*, 23(2), 93-93. https://consensus.app/papers/evaluating-group-program-women-victims-intimate-partner-lee/28ddc186002154ec84a89d33482728c7/?utm_source=chatgpt

Lee, K. D. M., Rodriguez, L. M., Edwards, K. M., & Neal, A. M. (2020). Emotional dysregulation and intimate partner violence: A dyadic perspective. *Psychology of Violence*, 10(2), 162-171. <https://doi.org/10.1037/vio0000248>

Levendosky, A. A., Bogat, G. A., Huth-Bocks, A. C., Rosenblum, K., & von Eye, A. (2011). The effects of domestic violence on the stability of attachment from infancy to preschool. *J Clin Child Adolesc Psychol* 40(34), 398-410. <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2011.563460>

López-Huerta, J. A., González-Romo, R. A., & Tejada-Tayabas, J. A. (2017).

- Propiedades Psicométricas de la Versión en Español de la Escala de Calidad de Vida WHO QoL BREF en una Muestra de Adultos Mexicanos. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación*, 44(2), 105-115.
<https://www.aidep.org/sites/default/files/2017-09/R44-Art9.pdf>
- Lorenzo Ruiz, A., & Guerrero Angeles, E. (2017). Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta: ¿Trastorno por estrés postraumático o estrés traumático secundario? *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28, 252-265.
<http://www.ojs.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/363/32>
- Louise, T. C., Christine, R., Elise, E., Charles, M-K., Marion, T., & Cyril, T. (2023). Psychometric validation of the French version of the adverse childhood experiences international questionnaire (ACE-IQ). *Children and Youth Services Review*, 150, 107007. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.107007>
- Lukat, J., Margraf, J., Lutz, R., van der Veld, W. M., Becker, E. S. (2016). Psychometric properties of the Positive Mental Health Scale (PMH-scale). *BMC Psychol*, 10, 4-8. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0111-x>
- Luo, D. D., An, S. C., & Zhang, X. Z. (2008). Involvement of hippocampal serotonin and neuropeptide Y in depression induced by chronic unpredicted mild stress. *Brain Research Bulletin*, 77(1), 8-12. <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2008.05.010>
- Luo, N., Johnson, J. A., Shaw, J. W., Feeny, D., & Coons, S. J. (2005). Self-reported health status of the general adult US population as assessed by the EQ-5D and Health Utilities Index. *Medical Care*, 43, 1078-1086.
<https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000182493.57090.cl>
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 434-45. <https://doi.org/10.1038/nrn2639>

- Luque-Reca, O., Augusto-Landa, J., & Pulido-Martos, M. (2016). Inteligencia emocional y síntomas depresivos en mayores institucionalizados españoles: ¿Actúa la autoeficacia emocional como mediadora?. *PeerJ*, 4.
<https://doi.org/10.7717/peerj.2246>
- Marín, M., Robles, R., González Forteza, C., & Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35(6), 521-526.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000600010
- Matud, P., Gutiérrez, A. B., & Padilla, V. (2004). Intervención psicológica en mujeres maltratadas por sus parejas. *Papeles del Psicólogo*, 88, 1-9.
- Medina-Mora, I. M. E., Borges-Guimaraes, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J., & Fleiz-Bautista, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47, 8-22. <https://www.redalyc.org/pdf/106/10647104.pdf>
- Medrano, L. A., Moretti, L., Ortiz, A., & Pereno, G. (2015). Validación del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva en Universitarios de Córdoba, Argentina. *Psykhē*, 22(1), 85-96. <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/473>
- Medrano, L. A., & Trógolo, M. (2014). Validación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en la población universitaria de Córdoba, Argentina. *Universitas Psychologica*, 13(4), 1345-1356.
- Mei, X., Li, J., Li, Z.-S., Huang, S., Li, L.-L., Huang, Y.-H., & Liu, J. (2022). Psychometric evaluation of an Adverse Childhood Experiences (ACEs) measurement tool: An equitable assessment or reinforcing biases? *Health & Justice*, 10(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s40352-022-00198-2>

- Meinck, F., Cosma, A. P., Mikton, C., & Baban, A. (2017). Psychometric properties of the Adverse Childhood Experiences Abuse Short Form (ACE-ASF) among Romanian high school students. *Child Abuse & Neglect*, 76, 533-542.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.08.016>
- Menéndez; S., Pérez, J., & Lorence, B. (2013). La violencia de pareja contra la mujer en España: cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Psychological Intervention*, 22, 41-53. <https://doi.org/10.5093/in2013a6>
- Merrick, M. T., Ports, K. A., Ford, D. C., Afifi, T. O., Gershoff, E. T., & Grogan-Kaylor, A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse & Neglect*, 69, 10-19.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.016>
- Mersky, J. P., Janczewski, C. E., & Topitzes, J. (2016). Rethinking the measurement of adversity: Moving toward second-generation research on adverse childhood experiences. *Child maltreatment*, 22(1), 58-68.
<https://doi.org/10.1177/1077559516679513>
- Mersky, J. P., Plummer Lee, C. T., & Janczewski, C. E. (2021). Toward the Assessment of Adverse Adult Experiences: An Initial Validation Study of the Adult Experiences Survey. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(7), 727-735. <https://doi.org/10.1037/tra0000833>
- Miller, M., Wolf, E., & Keane, T. (2014). Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5: new criteria and controversies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 208-220. <http://dx.doi.org/10.1111/cpsp.12070>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Agencia de Evaluación de

Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t).

Mora Ríos, J., Natera Rey, G., Tiburcio Sáinz, M., & Juárez, F. (2008). *Revista Mexicana de psicología*, 25(1), 107-117.

<https://www.redalyc.org/pdf/2430/243016300008.pdf>

Morrill, M. I., Schulz, M. S., Nevarez, M. D., Preacher, K. J., & Waldinger, R. J. (2019).

Assessing within- and between-family variations in an expanded measure of childhood adversity. *Child Abuse & Neglect*, 108, 104642.

<https://doi.org/10.1037/pas0000691>

Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157.

<http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2013.24>.

Muñoz-Rivas, M., Bellot, A., Montorio, I., Ronzón-Tirado, R., & Redondo, N. (2021).

Profiles of Emotion Regulation and Post-Traumatic Stress Severity among Female Victims of Intimate Partner Violence. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(6865), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136865>

Narayan, A. J., Kalstabakken, A. W., Labella, M. H., Nerenberg, L. S., Monn, A. R., & Masten, A. S. (2017). Intergenerational continuity of adverse childhood experiences in homeless families: Unpacking exposure to maltreatment versus family dysfunction. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(1), 3-14.

<https://doi.org/10.1037/ort0000133>

National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Depression. The treatment and management of depression in adults*. The British Psychological Society.

Negriff, S. (2020). ACEs are not equal: Examining the relative impact of household dysfunction versus childhood maltreatment on mental health in adolescence. *Social science & medicine*, 245, 112696.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112696>

- Nevárez Mendoza, B., & 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/10.25009/pys.v32i2.2742>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Ocampo, L., & Amar, J. (2011). Violencia en la pareja, las caras del fenómeno. *Salud Uninorte*, 27(1), 108-123. <https://www.redalyc.org/pdf/817/81722530013.pdf>
- Oliveros, A. D., & Coleman, A. S. (2019). Does Emotion Regulation Mediate the Relation Between Family-of-Origin Violence and Intimate Partner Violence? *Journal of Interpersonal Violence*, 1-20. <https://doi.org/10.1177/0886260519867146>
- Ordoñez C., N., Fonseca P., E., Paino, M., García Á., L., Pizarro R., J., & Lemos G. S. (2016). Evaluación de experiencias traumáticas tempranas en adultos. *Papeles del Psicólogo*, 37(1), 36-44. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77844204005>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud Ginebra*. OMS. Recuperado de <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento*. Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/

- Organización Mundial de la Salud. (2021a). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2021b). *Violencia contra la mujer*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: violencia sexual*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/98821>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Orozco-Vargas, A. E., Venebra Muñoz, A., Aguilera Reyes, U., & García López, G. I. (2021). The mediating role of emotion regulation strategies in the relationship between family of origin violence and intimate partner violence. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 34(23), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s41155-021-00187-8>
- Page, M. J., McKenzie J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pardo, A., Ruiz, M., & San Martín, R. (2009). *Análisis de datos, en ciencias sociales y de la salud*. Editorial Síntesis.
- Park, A., & Chung, I. J. (2018). Patterns of Adverse Childhood Experiences and Their Influences on Depressive Symptoms, Difficulty in Emotion Regulation, and Interpersonal Maladjustment. *Korean J Child Stud*, 39(6), 85-99. <https://www.childstudies.org/upload/pdf/kjcs-39-6-85.pdf>
- Patten, S. B., Kennedy, S. H., Lam, R. W., O'Donovan, C., Filteau, M. J., Parikh, S. V. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)

Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults.

I. Classification, Burden and Principles of Management. *Journal of Affective Disorders*, 117(1), 5-14. <https://doi.org/10.1177%2F0706743716659417>

Peterson, C., Liu, Y., & Kresnow, M. (2018). Short-term Lost Productivity per Victim, puntos, comas: Intimate Partner Violence, Sexual Violence, or Stalking. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(1), 106-110.

Pinto, R., Correia, L., & Maia, Â. (2014). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adolescents with documented childhood maltreatment. *Journal of Family Violence*, 29(4), 431–438.
<https://doi.org/10.1007/s10896-014-9602-9>

Pinto-Cortez, C., Moroaga Contreras, C., & Henríquez Henríquez, D. (2018). Experiencias de polivictimización como predictoras de síntomas postraumáticos en una muestra de adolescentes chilenos. *Interciencia: Revista de ciencia y tecnología de América*, 43(5), 329-335. https://www.interciencia.net/wp-content/uploads/2018/05/329-PINTO-43_5.pdf

Polimanti, R., Ratanatharathorn, A., Maihofer, A., Choi, K., Stein, M., Morey, R., Logue, M., Nievergelt, C., Stein, D., Koenen, K., & Gelernter, J. (2019). Association of Economic Status and Educational Attainment with Posttraumatic Stress Disorder. *JAMA Network Open*, 2(5). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.3447>

Polit, D.F. (2015). Assessing measurement in health: Beyond reliability and validity. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1746–1753.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.002>

Polit, D.F., & Yang, F. (2016). *Measurement and the measurement of change: A primer for health professionals*. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.

Price, M., & Stolk-Cooke, K. (2015). Examination of the interrelations between the

- factors of PTSD, major depression and generalized anxiety disorder in a heterogeneous trauma-exposed sample using DSM 5 criteria. *Journal of Affective Disorders*, 186, 149-155. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.012>
- Proyecto ACES. (2021). *Experiencias Adversas en la Infancia (ACES)*.
<https://www.proyectoaces.org/>
- Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E., & Páez-Rovira, D. (2016). Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anales de Psicología*, 32(1), 295-306.
- Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., & Páez-Rovira, D. (2021). Problem-focused coping strategies used by victims of gender violence across the stages of change. *Violence Against Women*, 28(12), 3331-3351.
https://consensus.app/papers/problemfocused-coping-strategies-used-victims-gender-puentemartínez/8799e4f557f65549a67717adbd89b890/?utm_source=chatgpt
- Pueyo, A., & Redondo, S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 157-173.
<https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1500.pdf>
- Radley, J., Morilak, D., Viau, V., & Campeau, S. (2015). Chronic stress and brain plasticity: Mechanisms underlying adaptive and maladaptive changes and implications for stress-related CNS disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.06.018>
- Ramírez, G., Villarán Landolt, V., Gargurevich, R., & Quiroz, N. (2020). Escala de trastorno de estrés postraumático del DSM-V (CAPS-5): Propiedades psicométricas en mujeres violentadas. *Revista de Divulgación Científica de la*

Universidad Tecnológica Indoamérica, 9(3), 1-8.

<http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/367/3671816006/html/>

Rauer, A., Kelly, R., & Buckhalt, J. (2010). Sleeping with one eye open: marital abuse as an antecedent of poor sleep. *Journal of Family Psychology*, 24(6), 667-677.

<https://doi.org/10.1037%2Fa0021354>

Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8 (5), 787-804. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(77\)80150-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(77)80150-0)

Reyes Lagunes, I. & García Barragán, L. F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: Un ejemplo. *La Psicología Social en México*, 12(1), 625-630.

Rincón González, P. P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres y víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención*. Universidad Complutense Madrid. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/4834/1/T26887.pdf>

Rios Briceño, A. H. (2021). *Violencia de pareja y estrés postraumático en mujeres de la provincia de Trujillo, 2021*. Universidad César Vallejo. Rios_BAH-SD.pdf (ucv.edu.pe)

Roberts, Y. H., Ferguson, M., & Crusto, C. A. (2013). Exposure to traumatic events and health-related quality of life in preschool-aged children. *Quality of life research*, 22, 2159-2168. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-012-0330-4>

Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., & del Río-Lozano, M. (2007). Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *European Journal of Public Health*, 17(5), pp. 437-443. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl280>

Sadock, B., Sadock, V., Kaplan, H., & Ruiz, P. (2015). *Sinopsis De Psiquiatría. 11th ed.* Wolters Kluwer.

Salazar, M., Valladares, E., Ohman, A., & Hogberg, U. (2009). Ending intimate partner

- violence after pregnancy: findings from a community-based longitudinal study in Nicaragua. *BMC Public Health* 9(350). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-350>
- Salinas-Rodríguez, A., Manrique-Espinoza, B., Acosta-Castillo, I., Téllez-Rojo, M. M., Franco-Núñez, A., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Sosa-Ortiz, A. L. (2013). Validación de un punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7). *Salud Pública de México*, 55(3), 267-274. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2013/sal133d.pdf>
- Saquinaula-Salgado, M., Castillo-Saavedra, E. F., & Rosales Márquez, C. (2020). Violencia de género y trastorno de estrés postraumático en mujeres peruanas. *Duazary*, 17(4), 23-31. <https://doi.org/10.21676/2389783X.3596>
- Schnarrs, P. W., Stone, A. L., Bond, M. A., Salcido, R., Dorri, A. A., & Nemeroff, C. B. (2022). Development and psychometric properties of the sexual and gender minority adverse childhood experiences (SMG ACEs) Effect on sexual and gender minority adult mental health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105570>
- Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. (2020). *Presuntos Delitos de Violencia Familiar: Tendencia Nacional, Información con corte al 31 de diciembre de 2020*. Recuperado de https://drive.google.com/file/d/1RHUjF-foAgeft_iaAGgXliPvvgRfPT9b/view
- Serrano-Juárez, C. A., Vargas-Cabriada, D. S., de León-Miranda, M. A., & García-Reyes, D. L. (2021). Prevalencia de síntomas de trastorno por estrés post-traumático en población adulta a dos y diez meses del inicio de la cuarentena por COVID-19. *Escritos de Psicología*, 14(2), 63-72. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.12923>

- Shalev, A., Liberzon, I., Marmar, C. (2017). Post-Traumatic Stress Disorder. *New England Journal of Medicine*, 376(25), 2459-2469.
<https://doi.org/10.1056/NEJMra1612499>
- Soares, S., Rocha, V., Kelly-Irving, M., Stringhini, S., & Fraga, S. (2021). Adverse Childhood Events and Health Biomarkers: A Systematic Review. *Frontiers in public health*, 9, 649825. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.649825>
- Suglia, S. F., Duarte, C. S., Sandel, M. T. (2011). Housing quality, housing instability, and maternal mental health. *Journal of urban health*, 88, 1105-1116.
<https://doi.org/10.1007/s11524-011-9587-0>
- Taft, A. J., & Watson, L. F. (2008). Depression and termination of pregnancy (induced abortion) in a national cohort of young Australian women: the confounding effect of women's experience of violence. *BMC Public Health*, 8(75).
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-75>
- Tarzia, L. (2020). Women's emotion work in the context of intimate partner sexual violence. *Journal of Family Violence*, 36(4), 493-501.
https://consensus.app/papers/women-emotion-work-context-intimate-partner-sexual-tarzia/ed33bd80b47e5f9eb4f0df00ab2dcb84/?utm_source=chatgpt
- Téllez, A., Almaraz-Castruita, D. A., Valdez, A., Juárez-García, D. M., Sánchez-Jáuregui, T. J., Hinojosa Fernández, R., López Calderón, S. F., & García Balvaneda, H. (2022). Validating the Spanish Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ): A Mexican Analysis. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, 32(6), 918-934.
<https://doi.org/10.1080/10926771.2022.2144788>
- Teruel Belismelis, G., Gaitán Rossi, P., Leyva Parra, G., & Péres Hernández, V. H. (2021). Depresión en México en tiempos de pandemia. *Coyuntura Demográfica*,

- 19, 63-69. http://coyunturademografica.somede.org/wp-content/uploads/2021/04/Teruel-et-al_CD19.pdf
- Teruel Belismelis, G., Pérez Hernández, V. H., Gaitán Rossi, E., López Escobar, M., Vilar Compte, Triano Enríquez, M., & Hernández Solano, A. M. (2020). *Encuesta Nacional sobre los Efectos del Covid-19 en el Bienestar de los Hogares Mexicanos*. Equide, Universidad Iberoamericana.
<http://doi.org/10.5281/zenodo.3950528>
- Thananowan, N., Vongsirimas, N., & Kedcham, A. (2020). Papeles mediadores de la violencia de pareja, el estrés y el apoyo social en los síntomas depresivos entre las mujeres tailandesas. *Revista de Violencia Interpersonal*, 37, NP6697-NP6719.
<https://doi.org/10.1177/0886260520967140>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition, the development of emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>
- Thompson, R., Flaherty, E. G., & English, D. J. (2015). Trajectories of adverse childhood experiences and self-reported health at age 18. *Acad Pediatr.*, 15, 503-509, <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2014.09.010>
- Toma, R. B. (2020). Revisión sistemática de instrumentos de actitudes hacia la ciencia (2004-2016). *Enseñanza de las Ciencias*, 38(3), 143-159.
<https://doi.org/10.5565/rev/ensciencias.2854>
- Trickett, P. K., Kim, K., & Prindle, J. (2011). Variations in emotional abuse experiences among multiply maltreated young adolescents and relations with developmental outcomes. *Child abuse & neglect*, 35(10), 876-886.
<https://doi.org/10.1016%2Fj.chiabu.2011.08.001>

- Uddin, M., Koenen, K. C., Aiello, A. E., Wildman, D. E., de los Santos, R., & Galea, S. (2011). Epigenetic and inflammatory marker profiles associated with depression in a community-based epidemiologic sample. *Psychological Medicine*, 41(5), 997-1007. <https://doi.org/10.1017%2FS0033291710001674>
- Vaca-Ferrer, R., Ferro-García, R., & Valero-Aguayo, L. (2020). Efficacy of a group intervention program with women victims of gender violence in the framework of contextual therapies. *Anales de psicología*, 36(2), 189-199. <https://doi.org/10.6018/analesps.396901>
- Valdez-Santiago R., Martín-Rodríguez, J., Arenas-Monreal, L., & Hjar-Medina, M. (2015). Adherencia terapéutica a programas de reeducación para mujeres y hombres en relaciones de pareja violentas. *Salud Pública de México*, 57(6), 537-546. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i6.7643>
- Valencia Arévalo, Y. C. (2019). *Regulación emocional y dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, municipio de Rionegro-Antioquia, Colombia, 2017*. Universidad Peruana Unión. https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/2766/Carolina_Tesis_Maestro_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Valencia, P., & De la Rosa-Gómez, A. (2022). Psychometric analysis of a simplified version of the Emotion Regulation Questionnaire in Mexican adults: The ERQ-CA-9. *Interacciones: Journal of family, clinical and health psychology*, 8(e292), 1-10. <https://doi.org/10.24016/10.24016/2022.v8.292>
- Vázquez, V. L., Muñoz, R. F., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf

- Vega-Arce, M., & Nuñez-Ulloa, G. (2017). Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 124–130. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.004>
- Visted, E., Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Schanche, E. (2018). Emotion regulation in current and remitted depression: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 18(9), 756. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00756>
- Wade, Jr. R., Becker, B. D., Bevans, K. B., Ford, D. C., & Forrest, C. B. (2016). Development and evaluation of a short adverse childhood experiences measure. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(4), 389-396. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.09.033>
- Walker, L. E. (2012). *El síndrome de la mujer maltratada*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J., & Keane, T. (1993). *The PTSD Checklist: Reliability, validity, and diagnostic utility*. Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.
- Weathers, F., Litz, B., Keane, T., Palmieri, P., Marx, B., & Schnurr, P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. <http://www.ptsd.va.gov>
- Weiss, N. H., Darosh, A. G., Contractor, A. A., Forkus, S. R., Dixon-Gordon, K. L., & Sullivan, T. P. (2018). Heterogeneity in emotion regulation difficulties among women victims of domestic violence: A latent profile analysis. *Journal of affective disorders*, 239, 192–200. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.009>
- Weissman, D. G., Bitran, D., Miller, A. B., Schaefer, J. D., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2019). Difficulties with emotion regulation as a trans-diagnostic mechanism linking child maltreatment with the emergence of psychopathology. *Development and Psychopathology*, 31(3), 899–915.

<https://doi.org/10.1017/S0954579419000348>

- Wing, R., Gjelsvik, A., & Nocera, M. (2015). Association between adverse childhood experiences in the home and pediatric asthma. *Annals of allergy asthma & immunology*, 114, 379-384. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anai.2015.02.019>
- Wingenfeld, K., Schäfer, I., Terfehr, K., Grabski, H., Driessen, M., Grabe, H., Löwe, B., & Spitzer, C. (2011). The reliable, valid and economic assessment of early traumatization: First psychometric characteristics of the German version of the Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61(1), e10-e14. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1263161>
- Wong, S. P., & Chang, J. C. (2016). Altered eating behaviors in female victims of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(20), 3490-3505. <https://doi.org/10.1177/0886260515585535>
- World Health Organization. (2015). *Adverse childhood experiences international questionnaire (ACE-IQ)*. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/en/
- Zancan, N., & Habigzang, L. F. (2018). Regulación emocional, síntomas de ansiedad y depresión en mujeres con historia de violencia conjugal. *Psico-USF*, 23(2), 253-265. <https://www.scielo.br/j/pusf/a/g3D3JYhThCJDjNGcZ7f4rxd/?format=pdf&lang=pt>
- Zanotti, D. C., Kaier, E., Vanasse, R., Davis, J. L., Strunk, K. C., & DeMarni Cromer, L. (2018). An examination of the test-retest reliability of the ACE-SQ in a sample of college athletes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(6), 710-715. <https://doi.org/10.1037/tra0000299>

Anexos



Anexo 1. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo a través del Doctorado Interinstitucional en Psicología, está llevando a cabo una investigación sobre el rol que tiene la regulación emocional en la aparición de problemas de salud mental como la depresión y el trastorno de estrés postraumático, como consecuencia de haber vivido experiencias adversas durante la infancia y la adolescencia. Este documento tiene como finalidad el poder explicarle todas las cuestiones relativas a su participación como parte de la investigación.

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de investigación. La aplicación dura de 30-40 minutos aproximadamente. No se publicarán los datos personales y serán tratados con completa confidencialidad, cumpliendo con el secreto profesional en el uso de la información. Estamos en disposición de hacer de su conocimiento todo lo concerniente al proyecto si es de su interés, así como aclararle todas sus dudas. Si en algún momento usted desea dejar de participar, puede comunicarse con el equipo investigador y se dará de baja la información suministrada de manera inmediata.

Declaración del consentimiento:

Yo, _____ he leído el documento de consentimiento informado y comprendo su finalidad. Entiendo que en cualquier momento puedo dejar de participar en la investigación, sin necesidad de dar explicaciones por el motivo de la deserción. Y comprendo que mis datos serán tratados de forma confidencial y sólo para fines de investigación por parte del equipo investigador, cuyos datos de contacto son:

Nombre del investigador principal: Mtro. Joel Adam Patiño Plata
Correo: joel.patino.plata@gmail.com

Fecha

Firma

Anexo 2. Batería de instrumentos

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

A continuación le pediremos algunos datos sociodemográficos. Conteste a cada una de las preguntas marcando su respuesta con una **X**.

1. Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Prefiero no decirlo	2. ¿Cuántos años tiene? _____ años cumplidos
3. ¿Cuál es su ocupación? Seleccione todas las que apliquen ☐ Hogar/Ama de casa ☐ Obrera ☐ Comerciante ☐ Empleada ☐ Estudiante ☐ Pensionada ☐ Desempleada	4. ¿Cuál es su estado civil? ☐ Soltera ☐ Casada ☐ Unión libre ☐ Separada ☐ Divorciada ☐ Viuda
5. ¿Cuál es el último nivel de estudios que terminó? ☐ Sin estudios ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Preparatoria/carrera técnica ☐ Universidad ☐ Posgrado	6. ¿Cuál es su ingreso familiar mensual? ☐ 0 a \$6,223 ☐ \$6, 224 a \$9,334 ☐ \$9,335 a \$18,669 ☐ \$18,670 a \$28,003 ☐ \$28,004 a \$37,337 ☐ \$37,338 o más
7. Pensando en quien gana más dinero en su hogar: ¿Cuál es su último nivel de estudios? ☐ Sin estudios ☐ Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☐ Secundaria incompleta ☐ Secundaria completa ☐ Carrera comercial ☐ Carrera técnica ☐ Preparatoria incompleta ☐ Preparatoria completa ☐ Licenciatura incompleta ☐ Licenciatura completa ☐ Diplomado o maestría ☐ Doctorado	8. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en su hogar? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 o más

9. ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas o con cabina o caja? _____0 _____1 _____2 o más	10. Sin tomar en cuenta si su celular cuenta con datos móviles: _____No tiene _____Si tiene ¿Su hogar cuenta con servicio de internet?
11. De todas las personas de 14 años o más que viven en su hogar: _____0 _____1 _____2 ¿Cuántos trabajaron en el último mes? _____3 _____4 o más	12. En su hogar: _____0 ¿Cuántos cuartos se utilizan para dormir, sin contar pasillos ni baños? _____1 _____2 _____3 _____4 o más

SECCIÓN 2: ALES

A continuación encontrará una lista de preguntas sobre experiencias que pueden haberle sucedido a lo largo de su vida. Indique con una **X** cuántas veces vivió estas experiencias a lo largo de su vida y a qué edad las experimentó.

Si vivió alguna de estas experiencias, indique en la última columna la EDAD en la que las experimentó. ¿Cuántas veces...	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Todo el tiempo	¿Qué EDAD tenía cuando esto ocurrió? (Por ejemplo: 2 años, de 7 a 9 años, 25 años).
1. ¿Estuvo enfermo(a) de gravedad o tuvo un accidente grave?					
2. ¿Perdió una parte importante de su educación? (Por ejemplo: haber faltado a la escuela durante mucho tiempo o no recibir el apoyo necesario para ir).					
3. ¿Se sintió solo(a), rechazado(a) o excluido(a) por sus compañeros?					
4. ¿Fue lastimado(a), molestado(a) o insultado(a) por sus compañeros?					

Si vivió alguna de estas experiencias, indique en la última columna la EDAD en la que las experimentó. ¿Cuántas veces...	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Todo el tiempo	¿Qué EDAD tenía cuando esto ocurrió? (Por ejemplo: 2 años, de 7 a 9 años, 25 años).
5. ¿Fue afectado(a) por un desastre natural? (Por ejemplo: inundación, incendio, terremoto, huracán, etc.)					
6. ¿Vivió una etapa en la que su familia fue muy pobre o tuvo problemas económicos graves?					
7. ¿Vivió en un vecindario peligroso o en un lugar en el que vio a personas siendo lastimadas?					
8. ¿NO tuvo suficiente para comer, tuvo que usar ropa sucia, NO fue llevado(a) al médico cuando fue necesario o se quedó solo(a) sin nadie que le cuidara?					
9. ¿Un adulto le insultó, humilló o amenazó?					
10. ¿Sintió que nadie le amaba o que NO era importante para su familia?					
11. ¿Perdió a alguien o fue separada de alguien que le protegía o de quien dependiera su seguridad? (Por ejemplo: al ser abandonado(a), al ser ingresado(a) a una casa hogar, por motivos de migración, guerra, enfermedad severa o muerte).					
12. ¿Vio a un familiar ser empujado, sujetado con fuerza, lastimado o amenazado por otro miembro de su familia?					
13. ¿Vivió con alguien que abusaba de las drogas o el alcohol?					
14. ¿Vivió con alguien que sufría depresión, una enfermedad mental o que intentó suicidarse?					
15. ¿Un miembro de su familia fue arrestado(a) o encarcelado(a) por las autoridades?					
16. ¿Tuvo que dejar su país debido a la guerra, violencia y/o persecución?					
17. ¿Fue discriminado(a) o le hicieron hecho sentir como una extraño(a)? (Por ejemplo: debido a su raza, género, orientación sexual, lugar de nacimiento, cultura o religión)					
18. ¿Fue aislado(a) o expulsado(a) de una comunidad, grupo cultural o localidad?					

Si vivió alguna de estas experiencias, indique en la última columna la EDAD en la que las experimentó. ¿Cuántas veces...	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Todo el tiempo	¿Qué EDAD tenía cuando esto ocurrió? (Por ejemplo: 2 años, de 7 a 9 años, 25 años).
19. ¿Fue empujado(a), sujetado(a) con fuerza, cacheteado(a) o lastimado(a) por un adulto?					
20. ¿Fue forzado(a) a participar en actos sexuales o a observar cosas sexuales?					
21. ¿Vio alguna persona gravemente herida o asesinada, o estuvo expuesta a un entorno violento donde matan o hieren a otros?					
22. ¿Estuvo en combate o estuvo expuesto(a) a una guerra?					
23. ¿Experimentó la muerte de un hermano(a), familiar cercano(a) o amigo(a)?					
24. ¿Fue expuesto(a) a cualquier otro evento o experiencia muy estresante? Si es así especifique cuál: ⇒ _____ _____					

Ahora indique CÓMO LE AFECTARON estas experiencias. Si no ha vivido alguna, indique con una X "Nunca lo viví" y pase a la siguiente experiencia. ¿Cómo le afectó...	Nunca lo viví	Muy negativamente	Negativamente	Ni negativa ni positivamente	Positivamente	Muy positivamente
1. ¿Estuvo enfermo(a) de gravedad o tuvo un accidente grave?						
2. ¿Perdió una parte importante de su educación? (Por ejemplo: haber faltado a la escuela durante mucho tiempo o no recibir el apoyo necesario para ir).						
3. ¿Se sintió solo(a), rechazado(a) o excluido(a) por sus compañeros?						
4. ¿Fue lastimado(a), molestado(a) o insultado(a) por sus compañeros?						
5. ¿Fue afectado(a) por un desastre natural? (Por ejemplo: inundación, incendio, terremoto, huracán, etc.)						

Ahora indique CÓMO LE AFECTARON estas experiencias. Si no ha vivido alguna, indique con una X “<i>Nunca lo viví</i>” y pase a la siguiente experiencia. ¿Cómo le afectó...	Nunca lo viví	Muy negativamente	Negativamente	Ni negativa ni positivamente	Positivamente	Muy positivamente
6. ¿Vivió una etapa en la que su familia fue muy pobre o tuvo problemas económicos graves?						
7. ¿Vivió en un vecindario peligroso o en un lugar en el que vio a personas siendo lastimadas?						
8. ¿NO tuvo suficiente para comer, tuvo que usar ropa sucia, NO fue llevado(a) al médico cuando fue necesario o se quedó solo(a) sin nadie que le cuidara?						
9. ¿Un adulto le insultó, humilló o amenazó?						
10. ¿Sintió que nadie le amaba o que NO era importante para su familia?						
11. ¿Perdió a alguien o fue separada de alguien que le protegía o de quien dependiera su seguridad? (Por ejemplo: al ser abandonado(a), al ser ingresado(a) a una casa hogar, por motivos de migración, guerra, enfermedad severa o muerte).						
12. ¿Vio a un familiar ser empujado, sujetado con fuerza, lastimado o amenazado por otro miembro de su familia?						
13. ¿Vivió con alguien que abusaba de las drogas o el alcohol?						
14. ¿Vivió con alguien que sufría depresión, una enfermedad mental o que intentó suicidarse?						
15. ¿Un miembro de su familia fue arrestado(a) o encarcelado(a) por las autoridades?						
16. ¿Tuvo que dejar su país debido a la guerra, violencia y/o persecución?						
17. ¿Fue discriminado(a) o le hicieron hecho sentir como una extraño(a)? (Por ejemplo: debido a su raza, género, orientación sexual, lugar de nacimiento, cultura o religión)						
18. ¿Fue aislado(a) o expulsado(a) de una comunidad, grupo cultural o localidad?						
19. ¿Fue empujado(a), sujetado(a) con fuerza, cacheteado(a) o lastimado(a) por un adulto?						

Ahora indique CÓMO LE AFECTARON estas experiencias. Si no ha vivido alguna, indique con una X “<i>Nunca lo viví</i>” y pase a la siguiente experiencia. ¿Cómo le afectó...	Nunca lo viví	Muy negativamente	Negativamente	Ni negativa ni positivamente	Positivamente	Muy positivamente
20. ¿Fue forzado(a) a participar en actos sexuales o a observar cosas sexuales?						
21. ¿Vio alguna persona gravemente herida o asesinada, o estuvo expuesta a un entorno violento donde matan o hieren a otros?						
22. ¿Estuvo en combate o estuvo expuesto(a) a una guerra?						
23. ¿Experimentó la muerte de un hermano(a), familiar cercano(a) o amigo(a)?						
24. ¿Fue expuesto(a) a cualquier otro evento o experiencia muy estresante? Si es así especifique cuál: _____						

SECCIÓN 3: DERS-EAM

Existe una variedad de formas en cómo las personas pueden identificar, manejar y expresar sus emociones. Indique con una **X** si le han ocurrido las siguientes situaciones en el **último mes**.

Qué tan frecuentemente...	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
1. Cuando me siento mal, se me dificulta pensar en algo más.					
2. Cuando me siento mal, me enojo conmigo mismo(a) por sentirme de esa manera.					

Qué tan frecuentemente...	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
3. Cuando me siento mal, creo que así me sentiré por mucho tiempo.					
4. Mis sentimientos me sobrepasan y están fuera de control.					
5. Cuando me siento mal, pierdo el control de cómo me porto.					
6. Cuando me molesto, me toma tiempo entender lo que en realidad estoy sintiendo.					
7. Cuando me siento mal, me cuesta trabajo concentrarme.					
8. Cuando me enojo me siento fuera de control.					
9. Cuando me molesto, me siento avergonzado(a) de sentirme así.					
10. Me cuesta trabajo entender por qué me siento como me siento.					
11. Cuando me enojo pierdo el control.					
12. Cuando me siento mal, me cuesta trabajo controlar lo que hago.					
13. Cuando me molesto creo que voy a terminar sintiendome deprimido(a).					
14. Cuando me siento mal, creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor.					
15. Cuando me enojo, me siento avergonzado(a) por sentirme así.					
16. Cuando me siento mal, siento que soy débil.					
17. No tengo idea de cómo me siento.					
18. Cuando me siento mal, me toma mucho tiempo sentirme mejor.					
19. Cuando estoy molesto(a), siento que mis emociones me dominan.					

Qué tan frecuentemente...	Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
20. Cuando me siento mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.					
21. Estoy confundido(a) por cómo me siento.					

SECCIÓN 4: CESD-7

A continuación hay una lista de emociones y situaciones que probablemente haya sentido o tenido. Por favor indique con una **X** durante cuántos días experimentó las siguientes situaciones.

Durante la ÚLTIMA SEMANA usted:	Rara vez o nunca (Menos de un día)	Pocas veces o alguna vez (1 a 2 días)	Un número de veces considerable (3 a 4 días)	Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5 a 7 días)
1. ¿Sentía como si no pudiera quitarse de encima la tristeza?				
2. ¿Le costaba concentrarse en lo que estaba haciendo?				
3. ¿Se sintió deprimido(a)?				
4. ¿Le parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo?				
5. ¿No durmió bien?				
6. ¿Disfrutó de la vida?				
7. ¿Se sintió triste?				

SECCIÓN 5: PCL-5

Ahora encontrará una lista de problemas que se pueden experimentar después de algún acontecimiento estresante o amenazante. Marque con una **X** la opción que mejor le describa.

En el ÚLTIMO MES, qué tanta molestia ha sentido por...	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1. Recuerdos no deseados, repetidos y perturbadores relacionados con una experiencia estresante.					
2. Sueños perturbadores y repetidos relacionados a la experiencia estresante.					
3. Sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estuviera ocurriendo de nuevo (como si lo estuviera reviviendo).					
4. Sentirse muy alterado(a) cuando algo le recuerda la experiencia estresante.					
5. Tener reacciones físicas (aumento de ritmo cardíaco, dificultad para respirar, sudoración, etc.) cuando algo le recuerda la experiencia estresante.					
6. Evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados a la experiencia estresante.					
7. Evitar recuerdos externos relacionados a la experiencia estresante (Por ejemplo: evitar lugares, situaciones, personas o actividades que le recuerden el acontecimiento).					
8. Dificultad para recordar aspectos importantes de la experiencia estresante.					
9. Tener fuertes creencias negativas acerca de ti mismo(a), de otras personas o del mundo en general (Por ejemplo: pensamientos como estoy mal, no puedo confiar en nadie, el mundo es muy peligroso, etc.).					
10. Culparte a ti mismo(a) o alguien más por la experiencia o por lo que sucedió después.					
11. Tener fuertes sentimientos negativos como miedo, horror, enojo, culpa o vergüenza.					
12. Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba.					
13. Sentirse distante o cortante con las demás personas.					
14. Dificultad para experimentar sentimientos positivos (Por ejemplo: ser incapaz de sentirse feliz o sentir cariño por los demás).					
15. Comportamiento irritable, arranques de ira o actuar agresivo(a).					
16. Tomar riesgos o hacer cosas que podrían hacerle daño.					
17. Estar en estado de alerta, vigilante o a la defensiva.					
18. Sentirse alterado(a), angustiado(a) o sobresaltado(a).					
19. Tener dificultad para concentrarse.					
20. Dificultad para dormir o mantenerse dormido(a).					

SECCIÓN 6: WHOQOL-BREF

I. A continuación aparecen preguntas sobre su calidad de vida. Lea cada una y seleccione la respuesta que mejor le describa con una X.	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
1. ¿Cómo evaluaría su calidad de vida?					
	Muy insatisfecho (a)	Poco	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho (a)
2. ¿Qué tan satisfecho(a) está con su salud?					
II. En las últimas DOS SEMANAS...	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
3. ¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?					
4. ¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5. ¿Cuánto disfruta usted la vida?					
6. ¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?					
7. ¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?					
8. ¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?					
9. ¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?					
III. En las últimas DOS SEMANAS...	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10. ¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?					

11. ¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?					
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13. ¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?					
14. ¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?					
15. ¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?					

IV. En las últimas DOS SEMANAS...	Muy insatisfecho (a)	Insatisfecho (a)	Regular	Satisfecho (a)	Muy satisfecho (a)
16. ¿Qué tan satisfecho(a) está con su sueño?					
17. ¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?					
18. ¿Está satisfecho(a) con su capacidad para trabajar?					
19. ¿Se siente satisfecho(a) con su vida?					
20. ¿Qué tan satisfecho(a) está con sus relaciones personales?					
21. ¿Qué tan satisfecho(a) está con su vida sexual?					
22. ¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?					
23. ¿Qué tan satisfecho(a) está con las condiciones del lugar donde vive?					
24. ¿Qué tan satisfecho(a) está con el acceso que tiene a los servicios de salud?					
25. ¿Qué tan satisfecho(a) está con los medios de transporte que utiliza?					

V. En las últimas DOS SEMANAS...	Nunca	A veces	Moderadamente	Muy seguido	Siempre
26. ¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?					

SECCIÓN 7: BRS

A continuación se presentan enunciados que describen cómo usted reacciona ante eventos estresantes o situaciones difíciles. Lea cada uno y seleccione la respuesta que mejor le describa con una X.	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. Tiendo a recuperarme rápidamente después de haber vivido situaciones difíciles.						
2. Tengo dificultad para superar eventos estresantes.						
3. No me toma mucho recuperarme de un evento estresante.						
4. Es difícil para mí recuperarme cuando algo malo sucede.						
5. Usualmente supero situaciones difíciles con poca dificultad.						
6. Me tardo mucho tiempo para recuperarme de las adversidades en mi vida.						

SECCIÓN 8: EBS-8

A continuación encontrará oraciones sobre cómo se siente con respecto a su vida. Lea cada una y seleccione la respuesta que mejor le describa con una X.						
	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me gusta mi vida.						
2. Soy una persona feliz.						
3. Estoy satisfecho(a) con mi vida.						
4. Mi vida me trae alegría.						
5. Mi vida es feliz.						
6. Disfruto de mi vida.						
7. Mi vida es maravillosa.						
8. Estoy de "buenas".						

SECCIÓN 9: PMH

A continuación encontrará afirmaciones sobre su salud mental. Lea cada una y seleccione la respuesta que mejor le describa con una X.				
	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo
1. Con frecuencia estoy despreocupado(a) y de buen humor.				
2. Disfruto de mi vida.				
3. En general, estoy satisfecho(a) con mi vida.				
4. En general, me siento con confianza.				
5. Me las arreglo bien para satisfacer mis necesidades.				
6. Estoy en una buena condición física y emocional.				
7. Siento que estoy realmente bien preparado(a) para enfrentar la vida y sus dificultades.				
8. Gran parte de lo que hago me produce alegría.				

9. Soy un ser humano tranquilo y equilibrado.

SECCIÓN 10: ERQ-CA-9

Ahora encontrará algunas frases sobre cómo usted controla, regula y gestiona sus emociones. Lea cada una y seleccione la respuesta que mejor le describa con una X.	Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1. No hablo de mis emociones con los demás.					
2. Cuando no quiero sentirme tan mal (Por ejemplo: triste, enfadada), pienso en algo diferente.					
3. Cuando estoy feliz intento que no se me note.					
4. Cuando algo me preocupa, me esfuerzo en pensar en eso de una manera que me ayude a sentirme mejor.					
5. Manejo mis emociones no mostrándolas a los demás.					
6. Cuando quiero que algo me haga sentir mejor, cambio mi manera de pensar sobre eso.					
7. Controlo mis emociones cambiando la manera de pensar sobre la situación en la que estoy.					
8. Cuando me siento mal, intento que no se me note.					
9. Cuando no quiero sentirme tan mal con algo, cambio mi manera de pensar sobre eso.					

SECCIÓN 11: CTS-2

A continuación encontrará una serie de afirmaciones que tienen que ver con distintas formas de violencia que se da entre las parejas. Lea cada afirmación y marque con una X su respuesta.	Nunca	Alguna vez en la vida	En los últimos doce meses
1. Mi pareja me sujetó con fuerza y me sacudió.			
2. Mi pareja me golpeó.			
3. Mi pareja me cacheteó.			
4. Sentí dolor físico aún al día siguiente por la pelea que tuvimos.			
5. Mi pareja me empujó o jaloneó.			
6. Mi pareja me insultó o maldijo.			

A continuación encontrará una serie de afirmaciones que tienen que ver con distintas formas de violencia que se da entre las parejas. Lea cada afirmación y marque con una X su respuesta.	Nunca	Alguna vez en la vida	En los últimos doce meses
7. Mi pareja me aventó contra la pared.			
8. Mi pareja me torció el brazo o me jaló del cabello.			
9. Mi pareja me llamó gorda o fea.			
10. Mi pareja me gritó.			
11. Mi pareja usó la fuerza para hacerme tener sexo.			
12. Mi pareja me amenazó para hacer que tuviera sexo.			
13. Mi pareja uso la fuerza para hacerme tener sexo oral o anal.			
14. Mi pareja me acusó de ser mal amante.			
15. Mi pareja me hizo tener sexo sin condón.			
16. Mi pareja me pateó.			
17. Necesité ver a un doctor a causa de una pelea con mi pareja pero no lo hice.			
18. Mi pareja me ahorcó o intentó ahorcarme.			
19. Fui al doctor a causa de una pelea con mi pareja.			
20. Mi pareja usó un cuchillo o una pistola contra mí.			
21. Me rompí un hueso en una pelea con mi pareja.			

Anexo 3. Análisis de los modelos factoriales de la ALES-F

Modelo de un factor de la ALES-F

Tabla 1. Varianzas y covarianzas del modelo de un factor de la ALES-F

Variables	Matriz de covarianzas														Varianza
	2	4	6	7	8	9	10	12	13	14	15	17	19	20	
Ítem 2	0.528	0.083	0.085	0.085	0.07	0.132	0.133	0.115	0.104	0.059	0.055	0.072	0.124	0.052	0.53
Ítem 4		0.576	0.12	0.121	0.099	0.187	0.189	0.162	0.147	0.083	0.077	0.102	0.176	0.074	0.578
Ítem 6			0.619	0.123	0.102	0.191	0.193	0.166	0.15	0.085	0.079	0.104	0.18	0.075	0.621
Ítem 7				0.703	0.102	0.192	0.194	0.167	0.151	0.085	0.079	0.105	0.181	0.076	0.705
Ítem 8					0.384	0.158	0.16	0.137	0.124	0.07	0.065	0.087	0.149	0.062	0.385
Ítem 9						0.648	0.301	0.259	0.234	0.132	0.123	0.163	0.28	0.117	0.65
Ítem 10							0.673	0.261	0.236	0.134	0.124	0.164	0.283	0.118	0.675
Ítem 12								0.589	0.203	0.115	0.107	0.141	0.243	0.102	0.591
Ítem 13									0.913	0.104	0.097	0.128	0.22	0.092	0.913
Ítem 14										0.494	0.055	0.072	0.124	0.052	0.496
Ítem 15											0.342	0.067	0.116	0.048	0.343
Ítem 17												0.403	0.153	0.064	0.404
Ítem 19													0.58	0.11	0.582
Ítem 20														0.247	0.247

Nota. En negritas se muestran los valores más altos de covarianza entre las variables.

Tabla 2. Cargas factoriales del modelo de un factor de la ALES-F

Factores	Indicador	Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
1	2. Pérdida de educación	0.242	0.040	6.042	< .001	0.164	0.321
	4. Victimización por pares	0.343	0.041	8.363	< .001	0.262	0.423
	6. Pobreza o problemas económicos	0.350	0.043	8.240	< .001	0.267	0.434
	7. Vecindario peligroso o violento	0.352	0.045	7.769	< .001	0.263	0.440
	8. Negligencia física	0.290	0.033	8.698	< .001	0.225	0.355
	9. Abuso emocional	0.546	0.040	13.669	< .001	0.468	0.624
	10. Negligencia emocional	0.551	0.041	13.495	< .001	0.471	0.631
	12. Violencia doméstica	0.474	0.039	12.132	< .001	0.397	0.550
	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	0.429	0.051	8.368	< .001	0.329	0.529
	14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	0.243	0.039	6.286	< .001	0.167	0.318
	15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	0.225	0.032	7.054	< .001	0.163	0.288
	17. Discriminación	0.298	0.034	8.819	< .001	0.232	0.365
	19. Abuso físico	0.513	0.038	13.609	< .001	0.439	0.587
	20. Abuso sexual	0.215	0.027	8.036	< .001	0.162	0.267

Tabla 3. Covarianzas de los errores del modelo de un factor de la ALES-F

Variables		λ	EPC
6. Pobreza o problemas económicos	↔ 8. Negligencia física	56.857	0.160
4. Victimización por pares	↔ 9. Abuso emocional	26.976	0.123
2. Pérdida de educación	↔ 8. Negligencia física	23.695	0.099
12. Violencia doméstica	↔ 13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	14.705	0.113
2. Pérdida de educación	↔ 6. Pobreza o problemas económicos	12.445	0.092
15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	↔ 20. Abuso sexual	11.028	0.043
8. Negligencia física	↔ 10. Negligencia emocional	9.637	-0.061
4. Victimización por pares	↔ 17. Discriminación	8.900	0.062
4. Victimización por pares	↔ 13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	8.676	-0.093
2. Pérdida de educación	↔ 12. Violencia doméstica	8.183	-0.067
7. Vecindario peligroso o violento	↔ 10. Negligencia emocional	7.638	-0.075
9. Abuso emocional	↔ 15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	7.531	-0.051
4. Victimización por pares	↔ 8. Negligencia física	6.966	-0.054
9. Abuso emocional	↔ 13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	6.474	-0.076
4. Victimización por pares	↔ 10. Negligencia emocional	6.299	0.061
4. Victimización por pares	↔ 15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	6.036	-0.049
4. Victimización por pares	↔ 20. Abuso sexual	5.925	-0.040
9. Abuso emocional	↔ 10. Negligencia emocional	5.788	0.056
6. Pobreza o problemas económicos	↔ 19. Abuso físico	5.002	-0.052
6. Pobreza o problemas económicos	↔ 10. Negligencia emocional	4.455	-0.053
12. Violencia doméstica	↔ 19. Abuso físico	3.918	0.042
14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	↔ 20. Abuso sexual	3.866	0.031

Nota. λ = Carga cruzada estandarizada; EPC = Error de Predicción de Covarianza

Modelo de dos factores de la ALES-F

Tabla 4. Varianzas y covarianzas del modelo de dos factores de la ALES-F

Variables	Matriz de covarianzas														Varianza
	2	4	6	7	8	9	10	12	13	14	15	17	19	20	
Ítem 2	0.576	0.195	0.202	0.169	0.152	0.088	0.078	0.108	0.182	0.076	0.075	0.114	0.068	0.096	0.530
Ítem 4		0.648	0.313	0.262	0.235	0.136	0.12	0.167	0.282	0.118	0.116	0.177	0.105	0.148	0.578
Ítem 6			0.673	0.271	0.244	0.141	0.125	0.174	0.293	0.123	0.121	0.183	0.109	0.154	0.621
Ítem 7				0.589	0.204	0.118	0.104	0.145	0.245	0.103	0.101	0.153	0.091	0.129	0.705
Ítem 8					0.91	0.106	0.094	0.131	0.22	0.092	0.091	0.138	0.082	0.116	0.385
Ítem 9						0.494	0.054	0.076	0.127	0.053	0.052	0.08	0.047	0.067	0.650
Ítem 10							0.342	0.067	0.113	0.047	0.046	0.071	0.042	0.059	0.675

Ítem 12	0.403	0.157	0.066	0.065	0.098	0.058	0.082	0.591
Ítem 13		0.58	0.111	0.109	0.165	0.098	0.139	0.913
Ítem 14			0.247	0.046	0.069	0.041	0.058	0.496
Ítem 15				0.528	0.181	0.107	0.151	0.343
Ítem 17					0.619	0.163	0.23	0.404
Ítem 19						0.703	0.137	0.582
Ítem 20							0.384	0.247

Nota. En negritas se muestran los valores más altos de covarianza entre las variables.

Tabla 5. Cargas factoriales del modelo de dos factores de la ALES-F

Factores	Indicador	Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
1	4. Victimización por pares	0.355	0.041	8.642	< .001	0.274	0.435
	9. Abuso emocional	0.549	0.040	13.662	< .001	0.470	0.628
	10. Negligencia emocional	0.570	0.041	14.014	< .001	0.490	0.649
	12. Violencia doméstica	0.476	0.039	12.119	< .001	0.399	0.553
	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	0.429	0.052	8.307	< .001	0.328	0.530
	14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	0.248	0.039	6.404	< .001	0.172	0.324
	15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	0.219	0.032	6.807	< .001	0.156	0.282
	17. Discriminación	0.305	0.034	8.989	< .001	0.238	0.371
	19. Abuso físico	0.514	0.038	13.523	< .001	0.439	0.588
	20. Abuso sexual	0.215	0.027	8.002	< .001	0.162	0.268
2	2. Pérdida de educación	0.344	0.042	8.202	< .001	0.262	0.427
	6. Pobreza o problemas económicos	0.524	0.044	11.916	< .001	0.438	0.610
	7. Vecindario peligroso o violento	0.311	0.051	6.131	< .001	0.212	0.411
	8. Negligencia física	0.439	0.035	12.552	< .001	0.371	0.508

Tabla 6. Covarianzas de los errores del modelo de dos factores de la ALES-F

Variables			λ	EPC
6. Pobreza o problemas económicos	↔	9. Abuso emocional	24.325	0.117
4. Victimización por pares	↔	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	14.713	0.114
2. Pérdida de educación	↔	20. Abuso sexual	11.659	0.045
12. Violencia doméstica	↔	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	10.107	-0.100
2. Pérdida de educación	↔	17. Discriminación	7.471	0.057
15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	↔	8. Negligencia física	7.317	-0.068
8. Negligencia física	↔	8. Negligencia física	7.301	0.090
4. Victimización por pares	↔	20. Abuso sexual	7.064	-0.044
12. Violencia doméstica	↔	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	6.992	-0.079

Variables		λ	EPC
15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	↔ 15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	6.711	-0.049
4. Victimización por pares	↔ 15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	6.316	-0.050
4. Victimización por pares	↔ 7. Vecindario peligroso o violento	5.947	0.061
7. Vecindario peligroso o violento	↔ 2. Pérdida de educación	5.708	-0.053
6. Pobreza o problemas económicos	↔ 12. Violencia doméstica	5.579	-0.055
4. Victimización por pares	↔ 6. Pobreza o problemas económicos	5.386	0.046
9. Abuso emocional	↔ 14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	4.813	-0.050
9. Abuso emocional	↔ 15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	3.905	0.037
4. Victimización por pares	↔ 15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	3.886	0.050
19. Abuso físico	↔ 8. Negligencia física	3.861	-0.034

Nota. λ = Carga cruzada estandarizada; EPC = Error de Predicción de Covarianza

Modelo de tres factores de la ALES-F

Tabla 7. Varianzas y covarianzas del modelo de tres factores de la ALES-F

Variables	Matriz de covarianzas														Varianza
	2	4	6	7	8	9	10	12	13	14	15	17	19	20	
Ítem 2	0.648	0.125	0.284	0.33	0.138	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.530
Ítem 4		0.247	0.108	0.125	0.052	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.578
Ítem 6			0.58	0.284	0.119	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.621
Ítem 7				0.673	0.138	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.705
Ítem 8					0.384	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.385
Ítem 9						0.589	0.299	0.115	0.135	0	0	0	0	0	0.650
Ítem 10							0.91	0.113	0.133	0	0	0	0	0	0.675
Ítem 12								0.494	0.051	0	0	0	0	0	0.591
Ítem 13									0.342	0	0	0	0	0	0.913
Ítem 14										0.528	0.082	0.116	0.083	0.079	0.496
Ítem 15											0.576	0.139	0.1	0.094	0.343
Ítem 17												0.619	0.142	0.133	0.404
Ítem 19													0.703	0.096	0.582
Ítem 20														0.403	0.247

Nota. En negritas se muestran los valores más altos de covarianza entre las variables.

Tabla 8. Cargas factoriales del modelo de tres factores de la ALES-F

Factores	Indicador	Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
1	9. Abuso emocional	0.574	0.043	0.574	13.292 < .001	0.490	0.659

Factores	Indicador	Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
	20. Abuso sexual	0.218 0.028	0.218	7.697 < .001	7.697	0.162	0.273
	19. Abuso físico	0.494 0.041	0.494	11.937 < .001	11.937	0.413	0.575
	10. Negligencia emocional	0.574 0.044	0.574	12.998 < .001	12.998	0.487	0.660
	8. Negligencia física	0.241 0.036	0.241	6.728 < .001	6.728	0.171	0.311
	12. Violencia doméstica	0.552 0.06	0.552	9.200 < .001	9.200	0.434	0.669
2	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	0.543 0.067	0.543	8.048 < .001	8.048	0.411	0.675
	14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	0.208 0.045	0.208	4.642 < .001	4.642	0.120	0.296
	15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	0.245 0.038	0.245	6.491 < .001	6.491	0.171	0.318
	2. Pérdida de educación	0.262 0.056	0.262	4.697 < .001	4.697	0.153	0.371
3	4. Victimización por pares	0.313 0.062	0.313	5.054 < .001	5.054	0.192	0.435
	6. Pobreza o problemas económicos	0.445 0.066	0.445	6.723 < .001	6.723	0.315	0.574
	7. Vecindario peligroso o violento	0.318 0.059	0.318	5.442 < .001	5.442	0.204	0.433
	17. Discriminación	0.300 0.051	0.300	5.851 < .001	5.851	0.200	0.401

Tabla 9. Covarianzas de los errores del modelo de tres factores de la ALES-F

Variables		λ	EPC
8. Negligencia física	↔ 6. Pobreza o problemas económicos	59.42	0.17
9. Abuso emocional	↔ 4. Victimización por pares	28.521	0.131
4. Victimización por pares	↔ 17. Discriminación	20.386	0.129
8. Negligencia física	↔ 2. Pérdida de educación	18.576	0.092
20. Abuso sexual	↔ 15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	14.795	0.051
2. Pérdida de educación	↔ 6. Pobreza o problemas económicos	13.409	0.13
19. Abuso físico	↔ 12. Violencia doméstica	12.334	0.079
10. Negligencia emocional	↔ 4. Victimización por pares	9.330	0.077
8. Negligencia física	↔ 4. Victimización por pares	9.152	-0.066
19. Abuso físico	↔ 7. Vecindario peligroso o violento	8.886	0.08
4. Victimización por pares	↔ 6. Pobreza o problemas económicos	8.548	-0.117
9. Abuso emocional	↔ 12. Violencia doméstica	8.535	0.067
10. Negligencia emocional	↔ 14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	8.095	0.067
2. Pérdida de educación	↔ 17. Discriminación	7.927	-0.073
10. Negligencia emocional	↔ 17. Discriminación	6.347	0.052
14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	↔ 4. Victimización por pares	6.016	0.063
19. Abuso físico	↔ 17. Discriminación	6.008	0.049
15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	↔ 7. Vecindario peligroso o violento	5.359	0.054
15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	↔ 2. Pérdida de educación	5.329	0.046

Variables		λ	EPC
20. Abuso sexual	↔ 14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	5.233	0.037
12. Violencia doméstica	↔ 4. Victimización por pares	5.205	0.058
12. Violencia doméstica	↔ 17. Discriminación	4.787	0.046
2. Pérdida de educación	↔ 4. Victimización por pares	4.562	-0.064
20. Abuso sexual	↔ 4. Victimización por pares	3.977	-0.035
14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	↔ 17. Discriminación	3.952	0.042

Nota. λ = Carga cruzada estandarizada; EPC = Error de Predicción de Covarianza

Modelo de cuatro factores de la ALES-F

Tabla 10. Varianzas y covarianzas del modelo de cuatro factores de la ALES-F

Variables	Matriz de covarianzas														Varianza
	2	4	6	7	8	9	10	12	13	14	15	17	19	20	
Ítem 2	0.576	0.108	0.238	0.123	0.145	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.53
Ítem 4		0.703	0.138	0.071	0.083	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.578
Ítem 6			0.673	0.156	0.184	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.621
Ítem 7				0.494	0.095	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.705
Ítem 8					0.403	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.385
Ítem 9						0.528	0.17	0.161	0	0	0	0	0	0	0.65
Ítem 10							0.619	0.245	0	0	0	0	0	0	0.675
Ítem 12								0.384	0	0	0	0	0	0	0.591
Ítem 13									0.589	0.296	0.135	0	0	0	0.913
Ítem 14										0.91	0.139	0	0	0	0.496
Ítem 15											0.342	0	0	0	0.343
Ítem 17												0.648	0.282	0.115	0.404
Ítem 19													0.58	0.104	0.582
Ítem 20														0.247	0.247

Nota. En negritas se muestran los valores más altos de covarianza entre las variables.

Tabla 11. Cargas factoriales del modelo de cuatro factores de la ALES-F

Factores	Indicador	Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
1	4. Victimización por pares	0.433	0.047	9.135	< .001	0.340	0.526
	7. Vecindario peligroso o violento	0.250	0.053	4.750	< .001	0.147	0.353
	10. Negligencia emocional	0.550	0.053	10.459	< .001	0.447	0.653
	14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	0.284	0.044	6.493	< .001	0.198	0.369
	17. Discriminación	0.334	0.039	8.459	< .001	0.256	0.411
2	2. Pérdida de educación	0.335	0.044	7.646	< .001	0.249	0.421

Factores	Indicador	Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
	6. Pobreza o problemas económicos	0.508	0.053	9.583	< .001	0.404	0.611
	8. Negligencia física	0.482	0.045	10.613	< .001	0.393	0.571
3	12. Violencia doméstica	0.536	0.065	8.287	< .001	0.409	0.663
	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	0.553	0.072	7.656	< .001	0.411	0.694
	15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	0.252	0.039	6.514	< .001	0.176	0.328
4	9. Abuso emocional	0.557	0.063	8.814	< .001	0.433	0.68
	19. Abuso físico	0.506	0.058	8.659	< .001	0.392	0.621
	20. Abuso sexual	0.206	0.031	6.604	< .001	0.145	0.267

Tabla 12. Covarianzas de los errores del modelo de cuatro factores de la ALES-

F

Variables		λ	EPC
4. Victimización por pares	↔ 9. Abuso emocional	30.296	0.137
15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	↔ 20. Abuso sexual	18.667	0.058
12. Violencia doméstica	↔ 19. Abuso físico	16.271	0.096
12. Violencia doméstica	↔ 9. Abuso emocional	11.57	0.085
10. Negligencia emocional	↔ 9. Abuso emocional	11.147	0.087
4. Victimización por pares	↔ 20. Abuso sexual	8.074	-0.047
17. Discriminación	↔ 6. Pobreza o problemas económicos	7.417	0.055
10. Negligencia emocional	↔ 2. Pérdida de educación	7.229	0.067
14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	↔ 20. Abuso sexual	7.037	0.043
7. Vecindario peligroso o violento	↔ 19. Abuso físico	7.002	0.075
6. Pobreza o problemas económicos	↔ 9. Abuso emocional	6.922	0.065
10. Negligencia emocional	↔ 20. Abuso sexual	6.848	0.046
17. Discriminación	↔ 19. Abuso físico	6.517	0.051
10. Negligencia emocional	↔ 13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	6.29	0.08
7. Vecindario peligroso o violento	↔ 15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	5.731	0.056
10. Negligencia emocional	↔ 15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	5.679	0.049
10. Negligencia emocional	↔ 19. Abuso físico	5.284	0.057
13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	↔ 19. Abuso físico	5.273	0.069
8. Negligencia física	↔ 19. Abuso físico	5.047	0.04
8. Negligencia física	↔ 12. Violencia doméstica	4.861	0.041
6. Pobreza o problemas económicos	↔ 12. Violencia doméstica	4.717	0.052
10. Negligencia emocional	↔ 12. Violencia doméstica	4.685	0.055

Nota. λ = Carga cruzada estandarizada; EPC = Error de Predicción de Covarianza

Anexo 4. Análisis de los modelos factoriales de la ALES-D

Tabla 13. Varianzas y covarianzas del modelo de un factor de la ALES-D

Variables	Matriz de covarianzas														Varianza
	2	4	6	7	8	9	10	12	13	14	15	17	19	20	
Ítem 2	0.225	0.025	0.028	0.023	0.028	0.042	0.04	0.015	0.037	0.033	0.025	0.029	0.028	0.039	0.226
Ítem 4		0.22	0.038	0.032	0.038	0.057	0.055	0.021	0.051	0.045	0.034	0.040	0.038	0.053	0.220
Ítem 6			0.236	0.035	0.042	0.063	0.061	0.023	0.056	0.05	0.037	0.044	0.042	0.059	0.237
Ítem 7				0.231	0.035	0.053	0.051	0.019	0.047	0.042	0.031	0.037	0.035	0.049	0.231
Ítem 8					0.209	0.063	0.061	0.023	0.056	0.050	0.037	0.044	0.042	0.059	0.209
Ítem 9						0.231	0.092	0.034	0.085	0.076	0.056	0.067	0.063	0.089	0.231
Ítem 10							0.246	0.033	0.082	0.073	0.055	0.065	0.061	0.086	0.246
Ítem 12								0.217	0.031	0.027	0.020	0.024	0.023	0.032	0.217
Ítem 13									0.249	0.068	0.050	0.060	0.056	0.079	0.250
Ítem 14										0.249	0.045	0.053	0.050	0.071	0.249
Ítem 15											0.231	0.040	0.037	0.053	0.231
Ítem 17												0.201	0.044	0.062	0.201
Ítem 19													0.226	0.059	0.227
Ítem 20														0.249	0.250

Tabla 14. Cargas factoriales del modelo de un factor de la ALES-D

Factores	Indicador	Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
1	2. Pérdida de educación	0.135	0.027	5.017	< .001	0.082	0.188
	4. Victimización por pares	0.185	0.026	7.125	< .001	0.134	0.236
	6. Pobreza o problemas económicos	0.205	0.027	7.614	< .001	0.152	0.257
	7. Vecindario peligroso o violento	0.172	0.027	6.402	< .001	0.119	0.224
	8. Negligencia física	0.204	0.025	8.126	< .001	0.155	0.253
	9. Abuso emocional	0.308	0.025	12.499	< .001	0.26	0.357
	10. Negligencia emocional	0.299	0.026	11.576	< .001	0.248	0.35
	11. Pérdida o separación de quien brinda protección o seguridad	0.111	0.026	4.198	< .001	0.059	0.163
	12. Violencia doméstica	0.275	0.027	10.358	< .001	0.223	0.327
	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	0.246	0.027	9.094	< .001	0.193	0.299
	14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	0.182	0.027	6.849	< .001	0.13	0.235
	15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	0.217	0.024	8.952	< .001	0.169	0.264
	17. Discriminación	0.204	0.026	7.828	< .001	0.153	0.255
	19. Abuso físico	0.288	0.026	10.966	< .001	0.237	0.339
	20. Abuso sexual	0.141	0.02	6.937	< .001	0.101	0.181

Tabla 15. Covarianzas de los errores del modelo de un factor de la ALES-D

Variables		λ	EPC
2. Pérdida de educación	↔ 8. Negligencia física	22.047	0.047

Variables			λ	EPC
6. Pobreza o problemas económicos	↔	8. Negligencia física	20.014	0.044
12. Violencia doméstica	↔	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	15.321	0.041
2. Pérdida de educación	↔	6. Pobreza o problemas económicos	12.887	0.039
4. Victimización por pares	↔	9. Abuso emocional	9.067	0.028
6. Pobreza o problemas económicos	↔	7. Vecindario peligroso o violento	7.941	0.03
4. Victimización por pares	↔	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	6.763	-0.027
10. Negligencia emocional	↔	12. Violencia doméstica	6.607	-0.026
8. Negligencia física	↔	19. Abuso físico	6.021	-0.024
7. Vecindario peligroso o violento	↔	19. Abuso físico	4.468	-0.022
19. Abuso físico	↔	20. Abuso sexual	4.057	0.016
14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	↔	17. Discriminación	3.964	0.021
12. Violencia doméstica	↔	15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	3.853	0.018

Nota. λ = Carga cruzada estandarizada; EPC = Error de Predicción de Covarianza

Modelo de dos factores de la ALES-D

Tabla 16. Varianzas y covarianzas del modelo de dos factores de la ALES-D

Variables	Matriz de covarianzas														Varianza
	2	4	6	7	8	9	10	12	13	14	15	17	19	20	
Ítem 2	0.22	0.058	0.056	0.052	0.045	0.034	0.041	0.038	0.055	0.026	0.025	0.033	0.024	0.033	0.226
Ítem 4		0.231	0.095	0.088	0.077	0.058	0.069	0.064	0.094	0.045	0.042	0.057	0.040	0.056	0.220
Ítem 6			0.246	0.085	0.074	0.056	0.066	0.062	0.090	0.043	0.040	0.055	0.039	0.054	0.237
Ítem 7				0.249	0.069	0.052	0.062	0.058	0.084	0.040	0.037	0.051	0.036	0.050	0.231
Ítem 8					0.249	0.045	0.054	0.050	0.073	0.035	0.032	0.044	0.031	0.043	0.209
Ítem 9						0.231	0.041	0.038	0.056	0.026	0.025	0.034	0.024	0.033	0.231
Ítem 10							0.201	0.045	0.065	0.031	0.029	0.040	0.028	0.039	0.246
Ítem 12								0.226	0.061	0.029	0.027	0.037	0.026	0.036	0.217
Ítem 13									0.249	0.043	0.040	0.054	0.038	0.053	0.250
Ítem 14										0.136	0.019	0.026	0.018	0.025	0.249
Ítem 15											0.225	0.061	0.043	0.059	0.231
Ítem 17												0.236	0.059	0.081	0.201
Ítem 19													0.231	0.058	0.227
Ítem 20														0.209	0.250

Nota. En negritas se muestran los valores más altos de covarianza entre las variables.

Tabla 17. Cargas factoriales del modelo de dos factores de la ALES-D

Factores	Indicador	Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
1	4. Victimización por pares	0.355	0.041	8.642	<.001	0.274	0.435

Factores	Indicador	Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
2	9. Abuso emocional	0.549	0.040	13.662	< .001	0.470	0.628
	10. Negligencia emocional	0.570	0.041	14.014	< .001	0.490	0.649
	12. Violencia doméstica	0.476	0.039	12.119	< .001	0.399	0.553
	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	0.429	0.052	8.307	< .001	0.328	0.530
	14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	0.248	0.039	6.404	< .001	0.172	0.324
	15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	0.219	0.032	6.807	< .001	0.156	0.282
	17. Discriminación	0.305	0.034	8.989	< .001	0.238	0.371
	19. Abuso físico	0.514	0.038	13.523	< .001	0.439	0.588
	20. Abuso sexual	0.215	0.027	8.002	< .001	0.162	0.268
	2. Pérdida de educación	0.344	0.042	8.202	< .001	0.262	0.427
2	6. Pobreza o problemas económicos	0.524	0.044	11.916	< .001	0.438	0.610
	7. Vecindario peligroso o violento	0.311	0.051	6.131	< .001	0.212	0.411
	8. Negligencia física	0.439	0.035	12.552	< .001	0.371	0.508
	11. Pérdida o separación de quien brinda protección o seguridad	0.205	0.015	13.224	< .001	0.174	0.235

Tabla 18. Covarianzas de los errores del modelo de dos factores de la ALES-D

Variables			λ	EPC
12. Violencia doméstica	↔	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	14.869	0.040
10. Negligencia emocional	↔	12. Violencia doméstica	9.541	-0.031
4. Victimización por pares	↔	9. Abuso emocional	8.760	0.028
4. Victimización por pares	↔	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	6.656	-0.027
2. Pérdida de educación	↔	8. Negligencia física	4.163	0.023
15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	↔	19. Abuso físico	4.122	-0.019
10. Negligencia emocional	↔	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	4.097	-0.021
13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	↔	11. Pérdida o separación de quien brinda protección o seguridad	3.906	0.021

Nota. λ = Carga cruzada estandarizada; EPC = Error de Predicción de Covarianza

Anexo 5. Carta para la solicitud de apoyo institucional



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Instituto Nacional de Rehabilitación
Luis Guillermo Rivera Torres

80
AÑOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Hidalgo del Parral, a 14 de abril de 2023

Asunto: Apoyo institucional investigación doctoral



DIRECCIÓN DE SEGURIDAD PÚBLICA DE HIDALGO DEL PARRAL

PRESENTE

Con el objetivo de contribuir a la meta académica doctoral del Mtro. Joel Adam Patiño Plata, quien se encuentra cursando el cuarto semestre del Doctorado Interinstitucional en Psicología en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, con el tema *Experiencias adversas en la infancia en población adulta y su relación con la regulación emocional, la depresión y el trastorno por estrés posttraumático*; cuyo objetivo es desarrollar un proyecto de investigación doctoral para medir los factores psicosociales asociados a las experiencias adversas en la infancia en mujeres adultas.

Por tal motivo, solicitamos su apoyo y autorización para que se le permita el acceso a las instalaciones y a la población a la que su institución atiende. Es importante señalar que el alcance institucional de la participación del Mtro. Patiño es únicamente con los fines de investigación doctoral, específicamente para medir y evaluar las variables y constructos del proyecto. Para cumplir con el convenio que se estableció con el CONACYT, el Mtro. Patiño debe abocarse a cumplir con el objetivo de la investigación doctoral, sin la intención de resolver las problemáticas que son objeto de atención de la institución.

Es importante señalar, que los datos obtenidos son para fines de investigación. Y los resultados de investigación que surjan de la participación del estudiante con la población que su institución atiende, estarán disponibles públicamente a partir de la versión final de la tesis doctoral, y a través de la publicación de un artículo científico en una revista internacional.

Sin olvidar que los hallazgos de esta colaboración académica e institucional pueden contribuir al diseño y desarrollo de políticas públicas para prevenir, atender y mitigar las consecuencias de las experiencias adversas en la infancia. Sin más por el momento, reciba nuestros saludos y consideraciones académicas.



Francisco Villa No. 450, Col. Miguel Silva C.P. 58120, Morelia, Mich. Tels. 3129909 Ext. 103/104/105/137
www.psicologia.umich.mx



UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Instituto Nacional
de Rehabilitación
León Calles 10000, Morelia, Michoacán



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

 Dra. Ana María Méndez Puga Coordinadora del Doctorado	 Mtro. Joel Adam Patiño Plata Estudiante del Doctorado
 Dra. Fabiola González Betanzos Directora- UMNSH	 Dr. Filiberto Toledano-Toledano Co-Director Institutos Nacionales de Salud

NOMBRE DEL TRABAJO

Experiencias Adversas en la Infancia, Regulación Emocional, Depresión y Trastorno de Estrés Postrau

AUTOR

Joel Adam Patiño Plata

RECuento DE PALABRAS

70584 Words

RECuento DE CARACTERES

361952 Characters

RECuento DE PÁGINAS

249 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

4.2MB

FECHA DE ENTREGA

Aug 26, 2024 10:26 AM CST

FECHA DEL INFORME

Aug 26, 2024 10:31 AM CST

● **24% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 19% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de trabajos entregados
- 18% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref



DOCTORADO INTERINSTITUCIONAL EN PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

Experiencias Adversas en la Infancia, Regulación Emocional, Depresión y Trastorno de Estrés Postraumático en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja

JOEL ADAM PATIÑO PLATA

2024



DOCTORADO INTERINSTITUCIONAL EN PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO

Experiencias Adversas en la Infancia, Regulación Emocional, Depresión y Trastorno de Estrés Postraumático en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja

Joel Adam Patiño Plata

COMITÉ TUTORAL:

Dra. Fabiola González Betanzos (Directora)
Doctora en Metodología en Ciencias del Comportamiento y de la Salud

Dr. Filiberto Toledano Toledano (Codirector)
Doctor en Ciencias Sociales

Dra. Ana María Méndez Puga (Lectora)
Doctora en Filosofía y Ciencias de la Educación

Dr. Roberto Montes Delgado (Lector)
Doctor en Psicología

Dra. Elsa (Lectora) Pendiente

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

Índice de Contenido

	Páginas
Introducción.....	1
Planteamiento del problema.....	4
Justificación.....	8
Pregunta de investigación.....	9
Objetivo general y específicos.....	9
Variables.....	10
Hipótesis.....	12
 Capítulo 1. Experiencias adversas en la infancia.....	15
Definición.....	15
Clasificación de las EAI.....	16
Prevalencia de las EAI.....	17
Prevalencia de las EAI México.....	18
Instrumentos de evaluación de las EAI.....	19
Impacto de las EAI.....	22
 Capítulo 2. ¹ Mujeres víctimas de violencia de pareja.....	24
Definición.....	24
Prevalencia.....	25
Prevalencia de MVVP México.....	26
¹⁷ Causas de la violencia de pareja.....	28
Consecuencias en las mujeres víctimas de violencia de pareja.....	30
 Capítulo 3. Depresión.....	34
Definición.....	34
Prevalencia.....	34
Prevalencia de la depresión en México.....	35
Teoría del autocontrol para la depresión.....	36
Instrumentos de evaluación de la depresión.....	38
 Capítulo 4. Trastorno de estrés postraumático.....	41
Definición.....	41
Prevalencia.....	42
Prevalencia del TEPT México.....	42
Teoría cognitiva de Elhers y Clarck para el TEPT.....	43
Instrumentos de evaluación del TEPT.....	45
 Capítulo 5. Regulación emocional.....	48
Definición.....	49
Modelo procesual de Gross para la ¹⁴ regulación emocional.....	49
Modelo de regulación emocional de Gratz y Roemer ⁴⁷ para la regulación emocional.....	51
Instrumentos de evaluación de la regulación emocional.....	52

Capítulo 6. Experiencias adversas en la infancia, depresión, trastorno de estrés postraumático y regulación emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja

Experiencias adversas en la infancia y mujeres víctimas de violencia de pareja.....	54
Depresión y mujeres víctimas de violencia de pareja.....	55
Trastorno de estrés postraumático y mujeres víctimas de violencia de pareja.....	57
Regulación emocional y mujeres víctimas de violencia de pareja.....	59
Experiencias adversas en la infancia, depresión, trastorno de estrés postraumático y regulación emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja.....	61

Capítulo 7. Estudio 1: Revisión sistemática de las propiedades psicométricas de instrumentos desarrollados a partir del ACE-Q.

Método

Tipo de estudio.....	66
Diseño de investigación.....	66
Estrategia metodológica.....	66
Criterios de elegibilidad.....	66
Fuentes de información.....	67
Estrategia de búsqueda.....	67
Proceso de selección de los estudios.....	68
Proceso de extracción de los datos.....	68
Evaluación del sesgo en la publicación.....	69
Métodos de síntesis.....	69
Evaluación del sesgo en la publicación.....	69
Evaluación de la certeza de la evidencia.....	70
Taxonomía de las propiedades psicométricas.....	70
Rúbrica de evaluación de las propiedades psicométricas de los instrumentos.....	72
Resultados.....	73
Discusión y conclusiones.....	87
Limitaciones e investigaciones a futuro.....	91

Capítulo 8. Estudio 2: Traducción y validación del Adverse Life Experiences Scale en población mexicana

Método

Diseño de investigación.....	93
Tipo de muestreo.....	93
Participantes.....	93
Muestra.....	93
Instrumentos.....	93
Procedimiento.....	96
Análisis de datos.....	97
Consideraciones éticas.....	100

Resultados

Análisis descriptivos de los datos sociodemográficos.....	100
Propiedades psicométricas de la ALES-F.....	102
Propiedades psicométricas de la ALES-D.....	117

Discusión y conclusiones.....	131
Limitaciones e investigaciones a futuro.....	135
Capítulo 9. Estudio 3: Modelos de mediación	
Método	
Tipo de estudio.....	137
Diseño de investigación.....	137
Tipo de muestreo.....	137
Participantes.....	137
Instrumentos.....	138
Procedimiento.....	140
Análisis de datos.....	141
Consideraciones éticas.....	142
Resultados	
Contrastes t para muestras independientes	
Experiencias adversas en la infancia.....	143
Dificultades para la regulación emocional.....	145
Depresión.....	149
Trastorno de estrés postraumático.....	151
Análisis de mediación.....	154
Discusión y conclusiones.....	166
Limitaciones e investigaciones a futuro.....	170
Referencias.....	172
Anexos	
Anexo 1. Consentimiento informado.....	206
Anexo 2. Batería de instrumentos.....	207
Anexo 3. Análisis de los modelos factoriales de la ALES-F.....	222
Anexo 4. Análisis de los modelos factoriales de la ALES-D.....	229
Anexo 5. Solicitud de apoyo institucional.....	232

Índice de Tablas y Figuras

Páginas

Estudio 1: Revisión sistemática de las propiedades psicométricas de instrumentos desarrollados a partir del ACE-Q.

Tablas

Tabla 1. Estudios incluidos en la revisión sistemática.....	75
Tabla 2. Características generales de los instrumentos.....	79
Tabla 3. Evidencias de validez de los instrumentos.....	84
Tabla 4. Rúbrica de evaluación de las propiedades psicométricas de los instrumentos...	86

Figuras

Figura 1. Diagrama de flujo según PRISMA 2020.....	74

Estudio 2: Traducción y validación del Adverse Life Experiences Scale en población mexicana

Tablas

Tabla 1. Estadísticos descriptivos y frecuencia de los datos sociodemográficos.....	101
Tabla 2. Prueba de normalidad de la ALES-F.....	102
Tabla 3. Tamaño de efecto de los ítems de la ALES-F.....	104
Tabla 4. Análisis descriptivo de los ítems de la ALES-F.....	106
Tabla 5. Análisis de componentes principales de la ALES-F.....	109
Tabla 6. Cargas factoriales de la ALES-F.....	109
Tabla 7. Solución factorial final de la ALES-F	111
Tabla 8. Índices de ajuste de los modelos factoriales de la ALES-F.....	113
Tabla 9. Evidencias de validez convergente y divergente de la ALES-F.....	115
Tabla 10. Evidencias de validez discriminativa de la ALES-F.....	117
Tabla 11. Prueba de normalidad de la ALES-D.....	118
Tabla 12. Tamaño de efecto de los ítems de la ALES-D.....	120
Tabla 13. Análisis descriptivo de los ítems de la ALES-D.....	121
Tabla 14. Análisis de componentes principales de la ALES-D.....	123
Tabla 15. Cargas factoriales de la ALES-D.....	124
Tabla 16. Solución factorial final de la ALES-D	126
Tabla 17. Índices de ajuste de los modelos factoriales de la ALES-D.....	127
Tabla 18. Evidencias de validez convergente y divergente de la ALES-D.....	129
Tabla 19. Evidencias de validez discriminativa de la ALES-D.....	130

Figuras

Figura 1. Gráfico del modelo de dos factores de la ALES-F.....	114
Figura 2. Gráfico del modelo de dos factores de la ALES-D.....	128

Estudio 3: Modelos de mediación

Tablas

Tabla 1. Prueba de contraste de normalidad Shapiro-Wilk: EAI.....	143
Tabla 2. Prueba de igualdad de varianzas de Levene: EAI.....	144
Tabla 3. Estadísticos descriptivos: EAI.....	144
Tabla 4. Pruebas estadísticas de comparación entre grupos: EAI.....	144
Tabla 5. Prueba de contraste de normalidad Shapiro-Wilk: Dificultades para la regulación	

emocional.....	146
Tabla 6. Prueba de igualdad de varianzas de Levene: Dificultades para la regulación emocional.....	146
Tabla 7. Estadísticos descriptivos: Dificultades para la regulación emocional.....	147
Tabla 8. Pruebas estadísticas de comparación entre grupos: Dificultades para la regulación emocional.....	147
Tabla 9. Prueba de contraste de normalidad Shapiro-Wilk: Depresión.....	149
Tabla 10. Prueba de igualdad de varianzas de Levene: Depresión.....	150
Tabla 11. Estadísticos descriptivos: Depresión.....	150
Tabla 12. Pruebas estadísticas de comparación entre grupos: Depresión.....	150
Tabla 13. Prueba de contraste de normalidad Shapiro-Wilk: TEPT.....	151
Tabla 14. Prueba de igualdad de varianzas de Levene: TEPT.....	152
Tabla 15. Estadísticos descriptivos: TEPT.....	152
Tabla 16. Pruebas estadísticas de comparación entre grupos: TEPT.....	153
Tabla 17. Estadísticos descriptivos de los datos sociodemográficos de MVVP.....	155
Tabla 18. Frecuencia y proporciones de los datos sociodemográficos de MVVP.....	155
21 1 Tabla 19. Correlaciones de Pearson entre las variables de MVVP.....	157
Mediación de las dificultades para la regulación emocional en las EAI y la depresión	
Tabla 20. Efectos directos.....	159
Tabla 21. Efectos indirectos.....	159
Tabla 22. Efectos totales.....	160
1 Mediación de las estrategias para la regulación emocional en las EAI y la depresión	
Tabla 23. Efectos directos.....	160
Tabla 24. Efectos indirectos.....	161
Tabla 25. Efectos totales.....	161
1 Mediación de las dificultades para la regulación emocional en las EAI y el TEPT	
Tabla 26. Efectos directos.....	162
Tabla 27. Efectos indirectos.....	163
Tabla 28. Efectos totales.....	163
1 Mediación de las estrategias para la regulación emocional en las EAI y el TEPT	
Tabla 29. Efectos directos.....	164
Tabla 30. Efectos indirectos.....	164
Tabla 31. Efectos totales.....	165
Tabla 32. Coeficientes de los senderos del modelo de mediación.....	165
Figuras	
Figura 1. Gráficos de nube con lluvia: EAI.....	145
Figura 2. Gráficos de nube con lluvia: Dificultades para la regulación emocional.....	148
Figura 3. Gráficos de nube con lluvia: Depresión.....	151
Figura 4. Gráficos de nube con lluvia: Trastorno de estrés postraumático.....	154
Figura 5. Gráficos de correlación entre las variables en MVVP.....	157
Figura 6. Gráfico del modelo de mediación entre las variables en MVVP.....	166

Anexos

Análisis de los modelos factoriales de la ALES-F

19 Tabla 1. Varianzas y covarianzas del modelo de un factor de la ALES-F.....	222

19	Tabla 2. Cargas factoriales del modelo de un factor de la ALES-F.....	222
	Tabla 3. Covarianzas de los errores del modelo de un factor de la ALES-F.....	223
	Tabla 4. Varianzas y covarianzas del modelo de dos factores de la ALES-F.....	223
	Tabla 5. Cargas factoriales del modelo de dos factores de la ALES-F.....	224
	Tabla 6. Covarianzas de los errores del modelo de dos factores de la ALES-F.....	224
	Tabla 7. Varianzas y covarianzas del modelo de tres factores de la ALES-F.....	225
	Tabla 8. Cargas factoriales del modelo de tres factores de la ALES-F.....	225
	Tabla 9. Covarianzas de los errores del modelo de tres factores de la ALES-F.....	226
	Tabla 10. Varianzas y covarianzas del modelo de cuatro factores de la ALES-F.....	227
	Tabla 11. Cargas factoriales del modelo de cuatro factores de la ALES-F.....	227
	Tabla 12. Covarianzas de los errores del modelo de cuatro factores de la ALES-F.....	228
	Análisis de los modelos factoriales de la ALES-D	
	Tabla 13. Varianzas y covarianzas del modelo de un factor de la ALES-D.....	229
	Tabla 14. Cargas factoriales del modelo de un factor de la ALES-D.....	229
	Tabla 15. Covarianzas de los errores del modelo de un factor de la ALES-D.....	229
	Tabla 16. Varianzas y covarianzas del modelo de dos factores de la ALES-D.....	230
	Tabla 17. Cargas factoriales del modelo de dos factores de la ALES-D.....	230
	Tabla 18. Covarianzas de los errores del modelo de dos factores de la ALES-D.....	231

Índice de Abreviaturas

Abreviatura	Descripción
ACE-ASF	¹²² Adverse Childhood Experiences Abuse Short Form
ACE-I	⁸ Immigrant-Specific Adverse Childhood Experiences
ACE-IQ	Cuestionario Internacional de Experiencias Adversas en la Infancia
ACE-Q	Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia
AES	Adverse Experiences Survey
AFC	Análisis Factorial Confirmatorio
AFE	Análisis Factorial Exploratorio
AIRS	Abuse Within Intimate Relationships Scales
ALES	Adverse Life Experiences Scale
ALES-D	⁸ Cuestionario Dicotómico de la Escala de Experiencias de Vida Adversas
ALES-F	⁸ Escala de frecuencia de la Escala de Experiencias de Vida Adversas
AMAI	¹⁰ Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de mercado y opinión
APA	American Psychological Association
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BAI	Inventario de Ansiedad de Beck
BARC ACE-Q	²⁵ Pediatric Adverse Childhood Experiences and other Determinants of Health Questionnaire
BDI	Inventario de Depresión de Beck
BIEPS-A	Escala de Bienestar Psicológico
BRFSS-ACE	¹¹⁰ Behavioral Risk Factor Surveillance System Adverse Childhood Experiences module
BRS	Escala Breve de Resiliencia
BSI-D	Inventario Breve de Síntomas de Depresión
CAPS-5	³⁸ Escala de Trastorno de Estrés Postraumático del DSM-V
CDCP	Centers for Disease Control & Prevention
CDE	Cuestionario de Dependencia Emocional
CDPH	California Department of Public Health
CDSS	California Department of Social Services

Abreviatura	Descripción
CERQ	Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva
CES	Childhood Experiences Survey
CES-D	⁴⁹ Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos
CESD-7	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos versión abreviada
CFI	Índice de Ajuste Comparativo
CIDI-SF	Composite International Diagnostic Interview-Short form
CIS-R	Clinical Interview Schedule-Revised
CTS	Conflict Tactics Scale
CYW-ACE-Q	Center for Youth Wellness Adverse Childhood Experiences Questionnaires
D	Índice de Máxima Diferencia Absoluta
DE	Desviación Estándar
DERS	²⁸ Escala de Dificultades para la Regulación Emocional
DERS-EAM	Escala de Dificultades para la Regulación Emocional para Adultos Michoacanos
DSM	² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EAI	⁸ Experiencias Adversas en la Infancia
EBS-8	Escala de Bienestar Subjetivo
EGS	⁵ Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático
ENDIREH	² Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
EPC	Errores de Predicción de Covarianza
EPS-25	Emotional Processing Scale
ERQ	²¹ Cuestionario de Regulación Emocional
ERQ-CA	Cuestionario de Regulación Emocional para niños y adolescentes
ERQ-CA-9	Cuestionario de Regulación Emocional para niños y adolescentes versión abreviada
EV	Escala de Violencia
FFMQ	Five Facets Mindfulness Questionnaire

Abreviatura	Descripción
GLS	Mínimos Cuadrados Generalizados
HAM-D	Escala Heteroaplicada de Hamilton para Depresión
ICC	Coefficiente de Correlación Intraclass
IHc	Índice de Homogeneidad compuesta
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
JASP	Jeffreys's Amazing Statistics Program
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
KS-L	Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors
M	Media
MSA	Medidas de Adecuación Muestral
mSSI	modified Symptom Severity Index for Post-traumatic Stress
MVVP	Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja
NAMS	Negative Alcohol Metacognitions Scale
NCCMH	²³¹ National Collaborating Centre for Mental Health
NSCH-ACE	¹⁵¹ National Survey of Children's Health Adverse Childhood Experiences
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAMS	Positive Alcohol Metacognitions Scale
PCL-5	⁸ Lista Checable de Trastorno de Estrés Postraumático para DSM-5
PDS	Posttraumatic Diagnostic Scale
PHQ-9	Brief Patient Health Questionnaire
PMH	Escala de Salud Mental Positiva
RMSEA	⁸ Error Cuadrático Medio de Aproximación
SCL-27	Symptom Checklist
SF-8	Formulario de Resultados Médicos
SGM-ACE	Sexual and Gender Minority Adverse Childhood Experiences
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SRMR	Residual Estandarizado de la Raíz del Error Cuadrático Medio
SVAWS	Severity of Violence Against Women Scales
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático
TLI	Índice de Tucker-Lewis

Abreviatura	Descripción
TMMS	4 Trait Meta-Mood Scale
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
WHO-QoL-BREF	Escala de Calidad de Vida
α	1 Coeficiente de Cronbach
ω	Coeficiente Omega de McDonald

Resumen

El objetivo de esta investigación es analizar si la regulación emocional media la relación entre las experiencias adversas en la infancia y la depresión y el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia de pareja. La importancia de este estudio radica en sus contribuciones a nivel teórico, práctico, metodológico y social. Se busca mejorar la comprensión de cómo las EAI influyen en la salud mental de las MVVP, evaluar las propiedades psicométricas de los instrumentos que miden las EAI, traducir y validar un nuevo instrumento para medir EAI en la población mexicana, y mejorar las estrategias de intervención para MVVP a través de una comprensión más profunda del rol mediador de la regulación emocional.

Palabras clave: Mujeres víctimas de violencia de pareja, experiencias adversas en la infancia, regulación emocional depresión, trastorno de estrés postraumático.

18 Abstract

The aim of this research is to analyze whether emotional regulation mediates the relationship between adverse childhood experiences and depression and post-traumatic stress disorder in women victims of intimate partner violence. The significance of this study lies in its theoretical, practical, methodological, and social contributions. The findings aim to enhance the understanding of how ACEs influence the mental health of WVIPV, assess the psychometric properties of instruments measuring ACEs, translate and validate a new instrument for measuring ACEs in the Mexican population, and improve intervention strategies for WVIPV through a deeper understanding of the mediating role of emotional regulation.

Keywords: Women victims of intimate partner violence, adverse childhood experiences, emotional regulation, depression, post-traumatic stress disorder.

Introducción

El objetivo de esta investigación consiste en analizar si en mujeres víctimas de violencia de pareja [MVVP], la regulación emocional es una variable que media la relación de las experiencias adversas en la infancia [EAI] con la depresión y el trastorno de estrés postraumático [TEPT],

La importancia de esta investigación radica en sus aportaciones a la comunidad científica en múltiples niveles: teórico, práctico, metodológico y e intervención. En el ámbito teórico, los hallazgos ofrecen una mejor comprensión de cómo las EAI influyen en la salud mental de MVVP. Además, el estudio profundiza en las propiedades psicométricas de los instrumentos que evalúan las EAI. Metodológicamente, se traduce y valida la ALES para medir este constructo en población mexicana, lo cual es esencial para futuras investigaciones y aplicaciones en contextos similares. En la práctica, se propone una posible mejoran las estrategias de intervención dirigidas a MVVP, destacando el papel mediador de la regulación emocional en la relación entre EAI, depresión y TEPT. Socialmente, la publicación de los resultados busca fomentar que instituciones, organizaciones y grupos que atienden a MVVP optimicen sus estrategias de evaluación y tratamiento, con base en evidencia empírica robusta. Dicho esto, a continuación se presenta la estructura en la que se exponen los temas centrales de esta investigación:

El segundo capítulo profundiza en la población de MVVP, considerando que la literatura revisada sugiere que es una de las poblaciones en las que existe el antecedente de mayor exposición a EAI. En este capítulo se describe la definición, prevalencia nacional y internacional, así como las causas y consecuencias de esta problemática. A partir de este

punto se define el rumbo de los siguientes capítulos y se realiza el abordaje¹ teórico de las variables de estudio.

En el tercer capítulo se aborda la definición de la depresión, su prevalencia nacional e internacional, la teoría del autocontrol y los instrumentos para su evaluación, al ser una de las principales consecuencias en las MVVP y a su vez uno de los efectos asociados fuertemente a las EAI. Las temáticas expuestas en estos dos primeros capítulos, comienzan a tener sentido como parte de un mismo fenómeno de estudio.

Posteriormente, en la revisión de la literatura se expone que el TEPT se vincula con la exposición a EAI y a su vez es una de las consecuencias de haber sufrido violencia de pareja, motivo por el cual se le dedica el cuarto capítulo para analizar su definición, prevalencia nacional e internacional, la perspectiva teórica propuesta por Elhers y Clarck,⁷⁷ así como los instrumentos de evaluación utilizados para el TEPT.

En el quinto capítulo se expone una variable que ha demostrado mediar la relación entre las EAI y sus consecuencias, y ha demostrado estar relacionada con las causas y consecuencias de la victimización: la regulación emocional. Se presentea en este capítulo su definición, el modelo procesual de Gross y el modelo de Gratz y Roemer, así como los¹⁰⁴ instrumentos que se han utilizado para evaluar la regulación emocional desde distintas posturas teóricas.

Una vez expuestas las temáticas centrales de este estudio, se presenta un sexto capítulo dedicado a⁵ analizar la relación entre estas variables y exponer la evidencia que orientó el planteamiento de⁵ la pregunta de investigación, los objetivos e hipótesis. Este capítulo es de gran relevancia, dado que facilita la comprensión de² las relaciones entre las variables de estudio, así como sugiere el posible rol mediador de la regulación emocional.

Con este capítulo también es posible comprender los estudios que fue necesario desarrollar para cumplir con los objetivos y dar respuesta a la pregunta de esta investigación.

En el séptimo capítulo se expone el método, resultados, discusión y conclusiones del primer estudio: la revisión sistemática de las propiedades psicométricas de los instrumentos desarrollados a partir del Adverse Childhood Experiences Questionnaire [ACE-Q], herramienta más utilizada a nivel internacional para evaluar este constructo, pero que cuenta con claras limitaciones y críticas que han puesto en duda su capacidad para evaluar adecuadamente las EAI.

El octavo capítulo se enfoca en la descripción del método, resultados, discusión y conclusiones del segundo estudio, derivado de los hallazgos del primero: la traducción y validación de la Adverse Life Experiences Scale [ALES] a población mexicana, instrumento desarrollado a partir del ACE-Q y otras investigaciones instrumentales que incorpora más categorías de adversidad en la medición del constructo.

Finalmente, en el noveno capítulo se expone el método, resultados, discusión y conclusiones del tercer estudio, que consistió en probar modelos de mediación para conocer si la regulación emocional es una variable que media la relación de las EAI con la depresión y el TEPT en MVVP.

Planteamiento del problema

En el año de 1998 se publicó el ACE Study (por las siglas en inglés del término ¹³Adverse Childhood Experiences, Felitti et al., 1998), una investigación de gran magnitud y relevancia en EEUU que integró ¹distintas formas de violencia y dinámicas disfuncionales en los hogares en un solo constructo: ¹³las experiencias adversas en la infancia. La relevancia de este estudio fueron las fuertes asociaciones que se encontraron entre haber vivido estas experiencias en los primeros años de vida y ²²el desarrollo de problemas de salud física, mental y comportamientos de riesgo en la edad adulta.

La forma en como se obtuvieron datos de estas asociaciones fue por medio del ACE-Q, un cuestionario sobre ⁷la exposición a experiencias adversas durante los primeros 18 años de vida (Felitti et al., 1998). La discusión sobre los hallazgos de este y estudios posteriores (²¹⁶Dong et al., 2004; Dube et al., 2001) llevó a considerar la posibilidad de que el impacto y acumulación de EAI puede propiciar alteraciones en las respuestas fisiológicas de estrés en varios sistemas biológicos (neurológico, inmunológico, hormonal). Estas alteraciones a su vez, pueden generar cambios ²en el desarrollo emocional, social y cognitivo (Vega-Arce & Núñez-Ulloa, 2017), y conducir a ⁹la adopción de comportamientos de riesgo que afectan la salud a lo largo de la vida y derivar en enfermedades o problemas sociales.

Al publicarse estos hallazgos en la comunidad científica, se produjo una ola de estudios y publicaciones que replicaron el estudio original con la intención de profundizar en las asociaciones con otras variables (¹⁶⁰Brown et al., 2010; Chapman et al., 2004; Dong et al., 2004; Dube et al., 2001; Felitti et al., 1998; Lupien et al., 2009;). Esto generó avances en la conceptualización del constructo de EAI, pero también permitió identificar tres principales problemas metodológicos al estudiar el fenómeno de estudio: la falta de acuerdo

en su conceptualización, los riesgos de sesgo en los métodos para evaluarlas, así como el uso y limitaciones del ACE-Q como el principal instrumento de medición (Appleton et al., 2017).

Hasta el momento de realizar esta investigación, estos problemas continúan y han provocado que se cuestione y critique constantemente el uso del ACE-Q y sus adaptaciones para poder evaluar el constructo en distintas poblaciones (Appleton et al., 2017; Kelly-Irving & Delpierre, 2019). Por ello, el primer objetivo de esta investigación consiste en revisar sistemáticamente las propiedades psicométricas de los instrumentos desarrollados a partir del ACE-Q, para corroborar su capacidad para medir el constructo de EAI.

Por otro lado, hay autores que se han enfocado en desarrollar instrumentos que atienden las limitaciones y críticas realizadas al ACE-Q. La ALES (Hawes et al., 2021) es uno de ellos, pues permite evaluar la exposición a numerosas EAI en períodos específicos de la infancia y su cronicidad a lo largo de la vida, lo que puede explicar la variación única de síntomas actuales de psicopatología y la adversidad que se vive en la actualidad. Esta característica es relevante, ya que comúnmente los instrumentos que evalúan las EAI tienen un tipo de medida dicotómica como el ACE-Q (Felitti et al., 1998). Otras adaptaciones sustituyen la respuesta dicotómica por una escala de frecuencia, como en el caso del ⁵⁴ Cuestionario Internacional de Experiencias Adversas en la Infancia [ACE-IQ] (WHO, 2015). Aunque en México se ha validado recientemente el ACE-Q (Nevárez Mendoza & Ochoa Meza, 2022) y el ACE-IQ (Téllez et al., 2022), estos instrumentos cuentan con algunas de las limitaciones descritas antes para medir las EAI (Appleton et al., 2017; Kelly-Irving & Delpierre, 2019)

⁵ Con base en lo anterior, la ALES plantea una propuesta de evaluación distinta en la que se incorporan más de veinte formas de adversidad, lo que la vuelve una opción viable

para explorar las experiencias adversas en México. Por ello, el segundo objetivo de esta investigación consiste en traducir y validar la ALES a población mexicana.

Por otra parte, antes se comentó que desde la publicación del ACE Study se encontraron asociaciones entre la exposición a las adversidades y problemas de salud física, salud mental y comportamientos de riesgo. En una revisión sistemática y metanálisis sobre el efecto de las EAI en la salud (Hughes et al., 2017), se encontró que existe una fuerte relación entre haber experimentado múltiples EAI y la victimización de violencia en la edad adulta, como en el caso de la violencia sufrida por mujeres por parte de sus parejas (Hughes et al., 2017).

La violencia contra las mujeres es un problema de salud pública por su elevada presencia en la sociedad y por las consecuencias que genera en las víctimas, en las familias y en la sociedad (Keynejad, 2020). A nivel mundial la Organización Mundial de la Salud [OMS] estima que entre un 15% y hasta un 71% de las mujeres, dependiendo de la cultura, ha sufrido violencia a manos de la pareja (OMS, 2021b). Concretamente en México, los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2022) señalan que 47.3 millones de mujeres han tenido una relación de pareja, de las cuales el 39.9% reporta haber sufrido violencia y el 20.7% reporta distintas formas de violencia de pareja entre octubre de 2020 y octubre de 2021. Estos datos son una evidencia de la magnitud de este problema.

Además de ocasionar un problema de marginación social, laboral y económica, la violencia de pareja puede provocar graves consecuencias en la salud física y mental (Keynejad, 2020). Está asociada con mayor hospitalización, aumento de las posibilidades de padecer cáncer, tener enfermedades de transmisión sexual y de abortos provocados, así como alteraciones en la alimentación, problemas de sueño y disminución en la actividad física (Rauer et al., 2010; Ruíz Pérez et al., 2007; Wong & Chang, 2016). Y entre los

efectos y consecuencias a la salud mental, se ha evidenciado la presencia de depresión, ideación suicida, consumo de sustancias y síntomas de TEPT, situaciones que deben atenderse para romper con el círculo de la violencia y permitir un tránsito hacia condiciones de vida más favorables para las mujeres (Golding, 1999; Lara et al., 2019).

Con base en lo anterior, se ha encontrado en la literatura que en la última década la regulación emocional ha demostrado ser un factor explicativo en la aparición de problemas de salud mental de quienes han sido expuestos a múltiples adversidades (Cloitre et al., 2019). Este término hace referencia a los actos o estrategias que realiza una persona para regular sus emociones, como expresar o no ciertas emociones, evitar sentirlas, tener pensamientos rumiantes, aceptar o no las respuestas emocionales y la capacidad de pensar de forma distinta sobre lo que ocurre (Visted et al., 2018). Al adoptar estrategias de regulación emocional disfuncionales puede manifestarse la desregulación emocional, una incapacidad para tolerar, aceptar y gestionar la expresión de las emociones, algo característico en trastornos psicopatológicos como el trastorno límite de personalidad, el trastorno de ansiedad generalizada, la depresión y las adicciones (APA, 2013).

La regulación emocional puede actuar como un factor mediador crucial entre las experiencias adversas y la aparición de depresión y TEPT, pues las estrategias disfuncionales de regulación emocional pueden exacerbar la vulnerabilidad a estos trastornos. Sin embargo, no queda claro si la regulación emocional puede actuar como un factor mediador entre las experiencias adversas con la depresión y el TEPT, pues son pocos los trabajos que han explorado estas asociaciones (Cloitre et al., 2019). Por lo tanto, el tercer objetivo de esta investigación consiste en probar modelos de mediación que permitan conocer si la regulación emocional media la relación de experiencias adversas con la depresión y el TEPT en MVVP.

Justificación

Con esta investigación se harán distintas contribuciones en el campo de estudio de las EAI y las MVVP. A nivel teórico, ⁵ la revisión de las propiedades psicométricas de los instrumentos derivados del ACE-Q será un aporte relevante para las críticas y problemas metodológicos que se han comentado en la literatura con respecto al uso de estos instrumentos para medir retrospectivamente el constructo de las EAI. Asimismo, se aportará conocimiento teórico al campo de las EAI y sus efectos en MVVP a lo largo de la vida.

A nivel metodológico no se encontraron instrumentos con propiedades psicométricas adecuadas para medir las EAI en nuestro país, por lo que traducir y validar un instrumento que permite explorar el constructo en el contexto mexicano es una gran aportación metodológica. Por otro lado, los procedimientos utilizados para la elaboración de la revisión sistemática, para la evaluación ¹ de las propiedades psicométricas de las versiones traducidas y validadas de la ALES, para la revisión y selección de instrumentos apropiados para medir los atributos asociados a las EAI, y para el diseño del estudio de mediación, son contribuciones metodológicas importantes que pueden servir de guía para futuros estudios.

A nivel práctico la evidencia empírica sugiere que las consecuencias de la violencia de pareja generan depresión y TEPT que pueden afectar la salud mental de MVVP. Con base en esto, ² la importancia de esta investigación radica en la mejora de las estrategias de intervención dirigidas a las MVVP, a partir de la comprensión del efecto mediador ¹ de las estrategias de regulación emocional y la desregulación ¹⁰⁴ emocional en el desarrollo y mantenimiento de psicopatología.

Y a nivel social, esta investigación busca promover el desarrollo de políticas públicas y programas sociales que apoyen a las MVVP que han sufrido las consecuencias de la exposición reiterada a la violencia a lo largo de su vida. Asimismo, al dar a conocer los hallazgos de esta investigación, se podrá orientar a nivel teórico y práctico a las instituciones, organizaciones y grupos que atienden los casos de violencia hacia la mujer, y lograr una mejora en las estrategias de prevención e intervención.

Preguntas de Investigación

¿La regulación emocional media la relación de las experiencias adversas en la infancia con la depresión y el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia de pareja?

Objetivos

Objetivo general

Analizar si la regulación emocional media la relación de las experiencias adversas en la infancia con la depresión y el trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia de pareja.

Objetivos específicos

Estudio 1.

Revisar sistemáticamente las propiedades psicométricas de los instrumentos desarrollados a partir del ACE-Q.

Estudio 2.

Traducir y validar la ALES a población mexicana.

Estudio 3.

Evaluar las EAI en MVVP.

Evaluar las dificultades para la regulación emocional en MVVP.

Evaluar las estrategias para la regulación emocional en MVVP.

Evaluar la depresión en MVVP.

Evaluar el TEPT en MVVP.

Analizar la relación entre las variables asociadas a MVVP.

Analizar si ¹ las dificultades para la regulación emocional median la ¹ relación de las EAI y ¹ la depresión en MVVP.

Analizar si las estrategias para ¹ la regulación emocional median la ¹ relación de las EAI y ¹ el TEPT en MVVP.

Variables

Variable predictora

⁸ Experiencias adversas en la infancia.

Nivel de medición de la variable. Intervalo.

Definición conceptual. ⁴³ Se definen como una serie de eventos que ocurren ¹⁸ en los primeros años de vida en la familia o el entorno social, caracterizados por ser acumulativos, por causar daño, estrés y por variar en cuanto a su severidad y cronicidad, además de que ³⁶ sus efectos interfieren en la salud y el desarrollo físico y psicológico (Kalmakis & Chandler, 2014).

Definición Operacional. Puntajes obtenidos en la ²⁵ *Adverse Life Experiences Scale* (ALES, Hawes et al., 2021). Para este estudio se incorporó una versión traducida de la ALES original con tipo de respuesta dicotómica y una versión traducida con tipo de respuesta de frecuencia.

Variable de criterio

Depresión.

Nivel de medición de la variable. Intervalo.

Definición Conceptual. Es un trastorno o síndrome que pueden derivar en síntomas emocionales, motivacionales, fisiológicos y conductuales, así como puede verse ¹acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan la capacidad funcional del individuo (APA, 2013).

Definición Operacional. Puntaje total obtenido en ²⁴la *Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada* (CESD-7, Salinas-Rodríguez et al., 2013), tomando en cuenta ³el punto de corte para población adulta mexicana.

Variable de criterio

¹Trastorno de estrés postraumático.

Nivel de medición de la variable. Intervalo.

Definición Conceptual. Trastorno que se presenta cuando la persona ha sufrido agresión física o algún acontecimiento que representa ¹una amenaza para su vida o su integridad física, o cuando ha sido testigo o ha sabido por personas cercanas de la existencia de este tipo de acontecimientos en otras personas, por lo que ³la reacción emocional implica una respuesta de temor, desesperanza u horror intensos que pueden generar grupos sintomáticos como ⁷la reexperimentación, evitación, activación, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (APA, 2013).

Definición Operacional. Puntaje obtenido en ¹la *Lista de cotejo de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 en Población Mexicana* (PCL-5, Durón Figueroa et al., 2019).

Variable mediadora

Regulación emocional.

Nivel de medición de las variables. Intervalo.

Definición Conceptual. Proceso de iniciar, evitar, inhibir, mantener o modular la ocurrencia, forma, intensidad o duración de estados emocionales, los procesos de atención, los estados motivacionales, y/o concomitantes conductuales de la emoción, para la adaptación social o biológica relacionada con los afectos o el logro de objetivos individuales (Eisenberg & Spinrad, 2004).

Definición Operacional. Puntaje obtenido en la *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional para población adulta mexicana* (DERS-EAM, Carranza-Plancarte et al., 2022). Puntaje obtenido en el *Cuestionario de Regulación Emocional en adultos mexicanos* (ERQ-CA-9, Valencia y De la Rosa-Gómez, 2022).

Hipótesis

Estudio 2. Traducción y validación de la ALES a población mexicana

Tomando en cuenta los hallazgos del Estudio 1, se plantearon para el Estudio 2 las siguientes hipótesis:

H1: La traducción y validación de la ALES a población mexicana cuenta con evidencias de fiabilidad y validez que respaldan su uso para evaluar las EAI en este contexto.

H0: La traducción y validación de la ALES a población mexicana no cuenta con evidencias de fiabilidad y validez que respaldan su uso para evaluar las EAI en este contexto.

Estudio 3. Modelos de mediación

Se evaluaron distintos modelos de mediación a partir de los datos obtenidos en la muestra de MVVP:

Para el modelo de mediación en el que $X = \text{Experiencias adversas en la infancia}$ (variable predictora), $M_e = \text{Dificultades para la regulación emocional}$ (variable mediadora), $Y = \text{Depresión}$ (variable de criterio), se plantean las siguientes hipótesis:

H1: Las dificultades para la regulación emocional median completamente la relación entre las EAI y la depresión.

H0: Las dificultades para la regulación emocional no median la relación entre las EAI y la depresión.

HA: Las dificultades para la regulación emocional median parcialmente la relación entre las EAI y la depresión.

Para el modelo de mediación en el que $X = \text{Experiencias adversas en la infancia}$ (variable predictora), $M_e = \text{Estrategias para la regulación emocional}$ (variable mediadora), $Y = \text{Depresión}$ (variable de criterio), se plantean las siguientes hipótesis:

H2: Las estrategias para la regulación emocional median completamente la relación entre las EAI y la depresión.

H0: Las estrategias para la regulación emocional no median la relación entre las EAI y la depresión.

HA: Las estrategias para la regulación emocional median parcialmente la relación entre las EAI y la depresión.

Para el modelo de mediación en el que $X = \text{Experiencias adversas en la infancia}$ (variable predictora), $M_e = \text{Dificultades para la regulación emocional}$ (variable mediadora), $Y = \text{Trastorno de estrés postraumático}$ (variable de criterio), se plantean las siguientes hipótesis:

H3: Las dificultades para la regulación emocional median completamente la relación entre las EAI y el TEPT.

H0: Las dificultades para ¹la regulación emocional no median la relación entre las EAI y el TEPT.

HA: Las dificultades para ¹la regulación emocional median parcialmente la relación entre las EAI y el TEPT.

Para el modelo de mediación en el que X = ¹³Experiencias adversas en la infancia (variable predictora), M_e = Estrategias para la regulación emocional (variable mediadora), Y = Trastorno de estrés postraumático (variable de criterio), se plantean las siguientes hipótesis:

H4: Las estrategias para ¹la regulación emocional median completamente la relación entre las EAI y el TEPT.

H0: Las estrategias para ¹la regulación emocional no median la relación entre las EAI y el TEPT.

HA: Las estrategias para ¹la regulación emocional median parcialmente la relación entre las EAI y el TEPT.

Capítulo 1. Experiencias Adversas en la Infancia

A partir de la conceptualización de las EAI (Felitti et al., 1998), se renovó el interés en el papel que tiene el contexto en el desarrollo de las estructuras y funciones encargadas de los procesos cognitivos, afectivos y relacionales que influyen en la salud y la enfermedad (Vega-Arce & Núñez-Ulloa, 2017). Desde entonces, numerosas investigaciones se han realizado en el campo de las EAI sin haber un consenso general a la hora de definir las, clasificarlas y evaluarlas. Por ello es necesario describir cada uno de estos elementos para facilitar su comprensión.

Definición

Ya desde el primer estudio de EAI, los autores del ACE Study (Felitti et al., 1998) no tenían claridad sobre cómo definir a este conjunto de experiencias, por lo que se limitaron a enumerar sus categorías para definir las. Con el paso de los años y el desarrollo de distintas propuestas para estudiar, definir y conceptualizar este constructo, Kalmakis y Chandler (2014) las definieron como una serie de eventos que ocurren en los primeros años de vida en la familia o el entorno social, caracterizados por ser acumulativos, por causar daño, distrés y por variar en cuanto a su severidad y cronicidad, además de que sus efectos interfieren en la salud y el desarrollo físico y psicológico. Esta definición fue desarrollada a partir de la revisión de la literatura, destacando las principales características de las EAI:

- I. Son dañinas. Si bien las experiencias negativas pueden causar un daño directo y crear un ambiente perjudicial en el hogar, la ausencia de experiencias positivas también puede implicar un daño o afectación (Kalmakis & Chandler, 2014).
- II. Son crónicas. Dado que a menudo son exposiciones prolongadas o frecuentes, suelen asociarse con mayor riesgo de desarrollar psicopatologías o enfermedades

que pueden volverse crónicas y llevar a la muerte prematura (Centers for Disease Control & Prevention [CDCP], 2018).

- III. Producen distrés. Si el estrés es resultado de una respuesta neurobiológica sistémica, el distrés es consecuencia de la exposición prolongada o intensa a distintos estresores, cuya respuesta se puede exacerbar si en la infancia existe una ²⁰³ falta de recursos personales, familiares y/o medioambientales para hacerles frente a estos estresores (Vega-Arce & Núñez-Ulloa, 2017).
- IV. Son acumulativas. Su acumulación genera incapacidad para tolerar las respuestas de estrés, lo que merma la capacidad de afrontamiento a nuevas adversidades (Center on the Developing Child, 2013). Además, ³⁰ la evidencia sugiere que la exposición a 3 o más EAI genera problemas que afectan la salud, el desarrollo cognitivo y socioemocional a lo largo de la vida (Bright ¹ et al., 2015; Burke et al., 2011; Clarkson, 2014; Jimenez et al., 2016; Roberts et al., 2013; Wing et al., 2015)
- V. Son de distinta severidad. No se basan en una calificación objetiva, sino que la interpretación sobre su gravedad se realiza de manera individual (Chan & Yeung, 2009). Si bien existe evidencia sobre la mayor gravedad de las EAI que ocurren en el ámbito familiar sobre otras (Negriff, 2020; Pinto-Cortez et al., 2018), la percepción individual de cada adversidad es lo que define su grado de severidad.

Habiendo descrito las principales características de las EAI, se requiere aclarar cómo se han clasificado a través de los años.

Clasificación de las EAI

En el ACE Study se nombró el primer conjunto de EAI, las cuales fueron divididas en dos dominios: el maltrato infantil y la disfunción en el hogar. Posteriormente se realizaron distintas propuestas para ampliar y reformular estas categorías. En la segunda ola de

análisis del ACE Study, se agregó un tercer dominio denominado como negligencia (Dong et al., 2004). Luego algunos investigadores añadieron un cuarto dominio que agrupa factores sociales y otros estresores que ocurren en la infancia (Cronholm et al., 2015; Finkelhor et al., 2015), o los denominados determinantes sociales de la salud (Koita et al. 2018).

De acuerdo con esta clasificación, puede observarse mayor consistencia en las categorías de EAI pertenecientes al maltrato infantil, la negligencia y la disfunción en el hogar, dada la gran cantidad de evidencia empírica en que se reporta una mayor asociación con problemas de salud y de comportamiento a lo largo de la vida (Atzl et al., 2019; Burns et al., 2010; Christ et al., 2019; Narayan et al., 2017; Negriff, 2020; Norman et al., 2012; Pinto-Cortez et al., 2018; Trickett et al., 2011). Es comprensible la menor consistencia de los factores sociales, otros estresores y los determinantes sociales de la salud, debido a lo reciente de las propuestas y la menor cantidad de investigación realizada sobre cada una de ellas desde la perspectiva de las EAI.

Sin embargo, debido a las múltiples asociaciones que se han estudiado entre las EAI y distintos problemas de salud, desarrollo y comportamiento, alrededor del mundo se extendió rápidamente el interés en estudiar su prevalencia.

Prevalencia de las EAI

A nivel internacional, EEUU ha sido un referente en este campo de estudio al haberse realizado el ACE Study (Felitti et al., 1998) en California, donde se reportó la prevalencia de las distintas categorías de EAI en 9,508 adultos. Posteriormente, el California Department of Public Health [CDPH] y el California Department of Social Services [CDSS] (2020) actualizaron estos datos de prevalencia en una muestra de 21,183 adultos entre el periodo de 2011 a 2017.

En síntesis, se reportó un aumento importante entre 1998 y 2017 en las categorías de maltrato emocional (11.1% a 30.4%), abuso de sustancias en el hogar (25.6% a 28.2%), maltrato físico (10.8% a 21.7%), violencia doméstica (12.5% a 19.6%)¹³ y encarcelamiento de un miembro de la familia (3.4% a 7.5%). Pero también hubo una menor prevalencia entre este periodo en las categorías de enfermedad mental o intento de suicidio en el hogar (18.8% a 16.1%) y abuso sexual (22% a 10.8%) (Felitti et al., 1998; CDPH & CDSS, 2020). Este incremento y disminución en la prevalencia de determinadas EAI, sugieren la participación de múltiples¹ factores que aumentan o disminuyen el riesgo de exposición. Se sabe que en otros países la presencia de EAI también ha sido estudiada en los últimos años.

En la revisión y meta análisis de Hughes et al. (2017) sobre estudios de EAI realizados en distintas partes del mundo, se encontró que el 57% de 252,467 participantes reportaron haber experimentado al menos una adversidad en su infancia y el 13% cuatro o más a lo largo de su vida. Además, se observó la prevalencia de determinadas categorías de acuerdo con el sexo de los participantes, como en el caso de las niñas que tienden a sufrir mayor abuso sexual y los niños están más expuestos al maltrato psicológico (Hughes et al., 2017).

Estos datos nuevamente sugieren que las condiciones del entorno de cada población pueden generar mayor o menor exposición a ciertas adversidades. En Latinoamérica son escasos los estudios de prevalencia de EAI y México no es la excepción, pues se cuenta con una serie de dificultades para recolectar, integrar y publicar datos asociados a este campo de estudio.

Prevalencia de las EAI en México

El INEGI reporta que las EAI no se han evaluado de forma que los datos puedan compararse con estudios a nivel mundial (Álvarez de Lara, 2013). Se han encontrado tres

principales retos al indagar sobre los datos representativos asociados a las EAI en el país (UNICEF, 2014): Existen formas de violencia socialmente aceptadas cuyos efectos negativos suelen pasar desapercibidos, ya que no se perciben como perjudiciales. Tomemos como ejemplo los golpes a los niños: en muchas familias, se consideran con consecuencias positivas y no se perciben o se niegan los posibles efectos negativos. La falta de percepción sobre la gravedad de estos eventos, ya sea debido a la edad o condición de las víctimas, conduce a que raramente se reporten dichos casos. La escasez e inconsistencia de los datos obtenidos puede, por ende, subestimar la importancia de esta problemática.

Hasta el momento de realizado el presente estudio, la única iniciativa que plantea la medición de EAI en población mexicana es la propuesta del Proyecto ACEs (2021). La única estimación que han realizado es que en México alrededor de 28 millones de niños, niñas y adolescentes de diferentes edades y estratos socio económicos, sufren EAI que los posicionan en un alto riesgo para su salud física y mental en el futuro (Proyecto ACES, 2021). Dado que el proyecto sigue en desarrollo, esta es toda la información disponible hasta el momento.

Con base en lo planteado hasta este punto, se entiende que parte de la dificultad para evaluar las EAI en distintos países reside en la conceptualización y la medición del constructo. Por ello es necesario conocer cuáles son los ¹⁰⁴instrumentos que se han utilizado para evaluar las EAI.

Instrumentos de evaluación de las EAI

⁸³Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2019) tanto en México como alrededor del mundo, se han utilizado gran cantidad de instrumentos para evaluar la presencia de varias formas de violencia, trauma y adversidad durante la infancia. Los instrumentos que evalúan el trauma o las formas de violencia que ocurren en la infancia, se

centran de manera individual en una categoría o en un conjunto de categorías relacionadas con la exposición a EAI, pero no permiten conocer el grado de exposición y la acumulación de adversidades a lo largo de la vida. Entre algunos instrumentos más relevantes a nivel internacional para evaluar las EAI se encuentran: el ACE-Q (Felitti et al., 1998), los Center for Youth Wellness Adverse Childhood Experiences Questionnaires [CYW-ACE-Q] en sus versiones para niños y adolescentes (Burke y Renschler, 2015) y el ACE-IQ (WHO, 2015).

El ACE-Q (Felitti et al., 1998) fue el primer cuestionario desarrollado para evaluar de manera retrospectiva las EAI, por medio de diez preguntas con respuesta dicotómica (sí/no) sobre la exposición a adversidades que forman parte de los dominios de maltrato infantil, negligencia y disfunción en el hogar. Su uso comenzó a extenderse desde la publicación del ACE Study y sigue siendo la principal herramienta para evaluar las EAI. Fue a partir del ACE-Q que se desarrollaron los CYW-ACE-Q (Burke y Renschler, 2015) y el ACE-IQ (WHO, 2015). En otras adaptaciones, como en el Pediatric Adverse Childhood Experiences and other Determinants of Health Questionnaire [BARC ACE-Q] (Koita et al., 2018), se hicieron modificaciones a los ítems y se añadieron adversidades consideradas como determinantes sociales de la salud.

Desde entonces la utilización de estas herramientas para evaluar las EAI se propagó a pesar de no contar con estudios de validación para cada contexto de investigación. Tuvo que pasar un tiempo para que se demostraran las propiedades psicométricas del ACE-Q (Ford et al., 2014), mostrando una buena capacidad para analizar la relación entre las EAI y la salud (Bethell et al., 2017; Hughes et al., 2017) y una buena utilidad en estudios epidemiológicos retrospectivos (Nevárez Mendoza & Ochoa Meza, 2022).

Recientemente Nevárez Mendoza y Ochoa Meza (2022) adaptaron el ACE-Q para muestras mexicanas, y encontraron que esta versión posee propiedades psicométricas de

confiabilidad y validez aceptables para utilizarse en nuestro contexto.² Sin embargo, se sugiere que en futuras investigaciones instrumentales se incluyan otros tipos de adversidad para medir el constructo.

Por otro lado, se han desarrollado instrumentos que evalúan el trauma durante la infancia, como el Childhood Trauma Questionnaire [CTQ] (Bernstein et al., 1997) y el Early Trauma Inventory [ETI] (Bremner et al., 2000), que han sido sumamente utilizados para evaluar las EAI, así como algunas entrevistas y autoinformes para trauma (Ordoñez et al., 2016). La deficiencia de estos instrumentos, es que se centran individualmente en una forma de adversidad y conceptualizan a todas estas experiencias como traumáticas, lo que difiere con la conceptualización de EAI.

Con base en esto, se propone utilizar una medida para las EAI que se adapte a los hallazgos recientes sobre este campo de estudio, como la necesidad de incluir mayor número de adversidades y probar distintas medidas para evaluar el constructo, adicionales a la medida dicotómica que fue utilizada desde sus inicios (Telitti et al., 1998; Dong et al., 2004). En este sentido, la ALES (Hawes et al., 2021) es una escala desarrollada a partir del ACE-Q que, además de evaluar las mismas adversidades, incluye factores sociales y otros estresores que pueden ser considerados adversidades en diferentes contextos. Otra diferencia con el ACE-Q es que incluye una medida para conocer el periodo de edad en que se dio la exposición a cada adversidad, lo que ofrece una perspectiva novedosa para recoger información sobre la cronicidad de las EAI a lo largo de la vida.

Dicho esto, ahora es necesario conocer cuál es el impacto de estas experiencias, pues desde la definición de EAI se deja en claro la asociación que existe entre la exposición y acumulación de EAI y la mayor presencia de problemas de salud, problemas del desarrollo y comportamientos de riesgo (Hughes et al., 2017).

Impacto de las EAI

Si bien el impacto de las EAI en mayores de 18 años está ampliamente documentado y se sustenta por la mayoría de estudios realizados para conocer el impacto de las EAI a lo largo de la vida, conocer los cambios que generan a nivel neurobiológico antes de desarrollarse las consecuencias en la salud, da la oportunidad de comprender cuáles estructuras y funciones se ven implicadas en las características que las definen. Al respecto, Soares et al.¹ (2021) realizaron una revisión sistemática sobre la asociación entre EAI y el riesgo biológico en etapas tempranas de desarrollo, cuyos hallazgos se describen a continuación.

En el sistema inmunológico. Se encontró una asociación positiva y fuerte entre la exposición a EAI y los biomarcadores del sistema inmunológico como el cortisol, las proteínas de fase aguda de origen hepático y las citoquinas, implicados en la respuesta inmunológica e inflamatoria del organismo. Las categorías de abuso sexual, abuso físico, negligencia y otros estresores tuvieron mayor relación con estos biomarcadores (Brake et al., 2004; Soares et al., 2021).

¹³ En la estructura y funcionamiento cerebral. Se encontraron cambios en el volumen del hipocampo, en la conectividad funcional de la amígdala, en el volumen de la amígdala, la materia gris y la glándula pituitaria, en la morfometría basada en vóxeles y en las anomalías neurológicas. La mayoría de estudios mostraron asociaciones fuertes y el resto moderadas entre las medidas de biomarcadores y la exposición a EAI como el abuso sexual, el abuso físico y la negligencia (Jöels y Karst, 2012; Luo et al., 2008; Radley et al., 2015; Soares et al., 2021).

En la genética y epigenética: se encontró mayor metilación del ADN y menor longitud en los telómeros en participantes expuestos a EAI como el abuso sexual, otros estresores y el abuso físico. La metilación del ADN se altera entre los 3 y los 5 años y los

cambios en la longitud de los telómeros se pueden observar a los 10.2 años (Soares et al., 2021, Uddin et al., 2011). Estos hallazgos sugieren que las EAI pueden tener un impacto a nivel molecular desde edades tempranas, lo que podría contribuir a los efectos a largo plazo en la salud mental y física de quienes han sido expuestos repetidamente a estas experiencias.

Es importante destacar que estas alteraciones neurobiológicas han sido estudiadas desde que comenzó a hablarse de que las EAI eran más que solamente un constructo que presentaba múltiples asociaciones con problemáticas a lo largo de la vida, principalmente debido al periodo de desarrollo temprano en que se afectan estructuras y funciones implicadas en los procesos cognitivos, afectivos y relacionales que influyen en la salud y la enfermedad (Vega-Arce & Núñez-Ulloa, 2017).

Al respecto, Hughes et al. (2017) realizaron un metanálisis sobre los riesgos para la salud asociados a la exposición a múltiples EAI antes de los 18 años. Se encontraron asociaciones fuertes con la ansiedad ($OR= 3.70$, $I^2= 82.2$), la depresión ($OR= 4.74$, $I^2= 75.2$) y el uso problemático de alcohol ($OR= 6.86$, $I^2= 37.6$); y las asociaciones más fuertes con la victimización de la violencia ($OR= 7.51$, $I^2= 59$), la perpetración de la violencia ($OR= 8.10$, $I^2= 68.2$), el uso problemático de drogas ($OR= 10.22$, $I^2= 12$), y el suicidio ($OR= 37.48$, $I^2= 23.9$) (p. 363).

Estos hallazgos dejan en claro que las EAI generan un impacto en la salud mental y en los comportamientos de riesgo. Entre las asociaciones más fuertes que se describen en este metanálisis, la victimización de la violencia es uno de los comportamientos de riesgo más relevantes, motivo por el que a continuación se profundizará en una las formas de victimización con mayor prevalencia en México y a nivel mundial: la violencia de pareja dirigida hacia las mujeres.

Capítulo 2. Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja

La literatura internacional hace énfasis en reconocer a la violencia como un problema social y de salud pública, que aumenta potencialmente el riesgo de presentar consecuencias negativas a la salud a lo largo de la vida (Jaramillo-Sierra & Ripoll-Núñez, 2018).

Específicamente, la violencia de pareja comenzó a ser reconocida como una problemática en países de América Latina dos décadas después que en regiones de mayor desarrollo, por lo que surge la interrogante de hasta qué punto el contexto puede influenciar el reconocimiento de problemas sociales y de salud (Valdez-Santiago et al., 2015). Por ello, resulta necesario ahondar sobre la definición y los hallazgos más relevantes de este campo de estudio.

Definición

La OMS define a la violencia de pareja como “cualquier comportamiento, dentro de una relación íntima, que cause o pueda causar daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación” (2013, p. 1). Estos comportamientos se realizan por uno o ambos miembros de la pareja y pueden implicar un abuso de poder u omisiones con intención de controlar, dominar, someter o agredir al otro, y se manifiestan en cuatro formas: agresiones físicas, abuso psicológico, coacción sexual y comportamientos de control o dominio sobre el otro (Keynejad, 2020).

Al respecto, se consideran como agresiones físicas el abofetear, golpear, patear, pegar o hacer daño utilizando objetos; el abuso psicológico puede manifestarse como insultos, gritos, denigración, humillación, intimidación o amenazas; la coacción sexual se manifiesta como actos dirigidos a forzar relaciones sexuales o utilizar estrategias para lograr tal fin; y en los comportamientos controladores o dominantes se pueden incluir los intentos por aislar, vigilar o manipular al otro, restringir su acceso a bienes patrimoniales,

económicos, o a servicios de salud, educativos, o al empleo (OMS, 2013; OMS & OPS, 2013).

Si bien la violencia de pareja puede manifestarse de mujeres a hombres y viceversa, la OMS (2021b) refiere que en su mayoría se dirige de los hombres hacia las mujeres. Por ello es relevante conocer la prevalencia de las ¹ mujeres víctimas de violencia de pareja.

Prevalencia

A nivel mundial, las estimaciones que se han publicado por la OMS (2021b) para 161 países, refieren que una de cada tres mujeres de 15 a 49 años entre el año 2000 y 2018 ¹ fueron víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja. A nivel regional, ² la prevalencia de violencia de pareja en mujeres es del 20% para la región del pacífico occidental, del 22% en países de la región de europa y países de ingresos elevados, del 33% en la región de áfrica, del 31% en la región del mediterráneo oriental y del 33% para la región de asia sudoriental (OMS, 2021b).

Específicamente, al analizar las estimaciones de prevalencia en el continente americano, se encontró una disminución de ciertos tipos de violencia de pareja en Canadá, Guatemala, Perú, República Dominicana, Nicaragua, Colombia, Haití y México en los últimos 15 a 20 años (Bott et al., 2021). Sin embargo, estos cambios fueron mínimos y otros poco consistentes debido a las estrategias utilizadas para realizar las estimaciones.

En cuanto a los datos reportados por cada país (Bott et al., 2021), es posible observar una coincidencia con los aportados por la OMS (2013) a nivel regional, con respecto a que una tercera parte de las mujeres ³ de América Latina y el Caribe han sufrido violencia por parte de su pareja. Esto indica ¹ que la violencia de pareja sigue estando presente en todo el continente americano, siendo ² un problema generalizado de salud y de derechos humanos en la región (Bott et al., 2021). Por tal motivo, es necesario saber cuál es

su prevalencia en México.

Prevalencia de MVVP en México

México es uno de los países de la región de América Latina y el Caribe que cuenta con mayor consistencia en la forma en que se recogen los datos con respecto a la violencia de pareja. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares [ENDIREH] realizada por el INEGI, recoge información sobre la violencia de pareja que se manifiesta como actos de abuso de poder u omisiones que se realizan con la intención de dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexualmente a las mujeres (Casique & Castro, 2016).

Se estima que 47.3 millones de mujeres mayores de 15 años han tenido una relación de pareja, de las cuales el 39.9% reporta haber experimentado violencia en su relación actual o en la última que tuvieron y el 20.7% reporta situaciones de violencia de pareja entre octubre de 2020 y octubre de 2021 (INEGI, 2022, p. 19). De quienes reportan violencia con su pareja actual o en la última que tuvieron, el 35.4% refiere haber sufrido violencia psicológica, el 19.1% violencia económica o patrimonial, el 16.8% violencia física y el 6.9% violencia sexual (p. 20). Por otro lado, de quienes reportan haber sufrido violencia entre octubre de 2020 a 2021, el 18.4% refiere haber sufrido violencia psicológica, el 8.1% violencia económica o patrimonial, el 5.2% violencia física y el 2.1% violencia sexual (p. 20).

Además de los datos a nivel nacional, la ENDIREH cuenta con datos de cada estado de la república mexicana. De manera puntual, en el estado de Chihuahua se estima que un 36.5% de mujeres mayores de 15 años reportan haber sufrido violencia de pareja en su relación actual o en la última que tuvieron, y de octubre de 2020 a 2021 la prevalencia fue de 19.1% (p. 21).

Por otro lado, la ENDIREH reporta ¹ datos de prevalencia sobre la violencia en la infancia sufrida por 21.2 millones de mujeres mayores de 15 años, de las cuales el 41.8% reportó ⁶ haber sido víctima de algún tipo de violencia durante este periodo (p. 22). De este porcentaje, el 33.9% reportan haber sufrido violencia física, el 21.6% violencia psicológica, el 12.6% violencia sexual y el 3.4% reportó no recordar tales eventos (p.22). Sin embargo, es preciso señalar que estos datos solo proporcionan una visión general y no abordan la complejidad de los factores involucrados en la relación entre la violencia sufrida ² en la infancia y la victimización posterior en la edad adulta.

En cuanto a las acciones que siguieron ante la violencia sufrida, se tiene el dato de que el 78.3% de mujeres no solicitó apoyo ni presentó alguna queja o denuncia, el 8.3% sólo presentó una queja o denunció, el 7.4% solo solicitó apoyo, el 4.8% solicitó apoyo y presentó una queja o denuncia y el 1.2% no realizó ninguna acción específica luego de ³ haber sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja (INEGI, 2022).

Siendo la respuesta más frecuente el hecho de no pedir apoyo ni presentar una queja o denuncia, el 27.7% explicó no haberlo hecho porque se trató de algo sin importancia que no le afectó; el 22.2% tuvo miedo de las consecuencias; el 18% sintió vergüenza; el 13.5% no sabía cómo ni dónde denunciar; el 13.5% no hizo nada por pensar en sus hijos; el 13.5% no hizo nada porque su pareja aseguró que cambiaría; el 12.5% no hizo nada porque no quería que se enterara la familia del suceso; y el 8.7% no hizo nada porque consideró que su pareja aun así no cambiaría (INEGI, 2022)

Por último, es necesario destacar que las repercusiones sociales, económicas y sanitarias provocadas por la pandemia de COVID-19, contribuyeron al aumento ¹ de la prevalencia de la violencia de pareja o en algunos casos llegó a intensificar la violencia ya existente (Escalante Ferrer et al., 2021). En México, ¹⁷ el Secretariado Ejecutivo del Sistema

Nacional de Seguridad Pública (2020) reportó que de marzo a abril de 2020 se iniciaron 34,823 carpetas de investigación, se recibieron 403,130⁶² llamadas de emergencia al 911 por violencia familiar y se reportó un incremento de más del 80% de las solicitudes de apoyo a la Red Nacional de Refugios, un incremento notorio en comparación con las cifras del 2019 (Escalante Ferrer et al., 2021).

En conjunto, estos datos de prevalencia permiten visualizar la magnitud del fenómeno¹ de la violencia de pareja a nivel mundial, nacional y estatal. Con esto en mente, es posible hablar ahora sobre los factores que pueden propiciar la victimización² en las relaciones de pareja.

Causas de la violencia de pareja

En palabras de Pueyo y Redondo (2017), para comprender⁷¹ las expresiones de la conducta violenta en la pareja es necesario reconocer su origen multicausal. Si bien se han realizado investigaciones para identificar las características sociodemográficas asociadas a la violencia de pareja, también se han desarrollado modelos teóricos para abordar esta problemática social y de salud pública.

En lo referente a características sociodemográficas, en México y América Latina se han obtenido hallazgos relevantes. A pesar de que la violencia de pareja puede manifestarse de manera bidireccional, ser mujer aumenta en gran medida el riesgo de ser víctima (Frías, 2017). Asimismo, tener menor edad, un menor nivel de estudios (Castro et al., 2017)⁸³ y pertenecer a un estrato socioeconómico bajo también puede incrementar⁶ el riesgo de ser víctima de violencia de pareja (Escalante Ferrer et al., 2021).

Con respecto al desarrollo de teorías para explicar¹ la violencia de pareja, Dutton (1995) propone el modelo ecológico para exponer la existencia de factores que se manifiestan en distintos niveles que predicen este tipo de violencia. Desde esta perspectiva

se plantean cuatro niveles: el nivel ontogenético/individual, en el que se incluye la historia de abuso y las características personales; el nivel micro/relacional, donde se da la interacción con los grupos pertenecientes al contexto de desarrollo; el nivel del exosistema/comunitario, donde se integran las estructuras individuales formales e informales; y el nivel macroestructural/social, en el que influye la globalización, la política, economía y cultura (Puente-Martínez et al., 2016, p. 295).

Al analizar los factores de riesgo asociados a la violencia de pareja en cada nivel, Puente-Martínez et al. (2016) encontraron en el nivel individual que la menor edad, la depresión, el miedo, el bajo nivel de estudios y el consumo de alcohol son factores de riesgo; en el nivel relacional, tener bajos ingresos y la violencia recíproca con la pareja incrementa el riesgo de violencia; y en los niveles comunitario y social, el bajo desarrollo económico del país, los escasos derechos sociales, la falta de democratización del estado, la cultura del honor y las culturas masculinas pueden considerarse como factores de riesgo para la violencia de pareja (p. 297-302).

Este modelo es retomado por la OMS (2021b), considerando que la comprensión de los factores que se manifiestan en cada nivel son clave para abordar la violencia de pareja, puesto que cada factor influye en quien perpetra los actos de violencia, en quien es víctima de ellos o en ambos.

Esto es relevante, debido a la creciente evidencia que vincula a los factores que se desarrollan a nivel individual y relacional con un mayor riesgo de victimización y perpetración de violencia de pareja, así como en la aparición de consecuencias a la salud (Hughes et al., 2017). A saber, a nivel individual y relacional la OMS (2021b) destaca que la exposición al maltrato durante la infancia, el haber presenciado escenas de violencia familiar, los antecedentes de violencia a lo largo de la vida, los problemas maritales y las

dificultades de comunicación con la pareja son factores ¹ de riesgo para la victimización y perpetración de violencia de pareja.

Retomando las categorías de EAI abordadas en el capítulo anterior, resulta notorio el vínculo que mantienen con estos factores que se manifiestan a nivel individual y relacional que predicen tanto ¹ la victimización como la perpetración de la violencia de pareja. Hasta este punto, ahora es necesario describir cuáles son las consecuencias que se han documentado en mujeres que han sido ¹ víctimas de violencia de pareja.

Consecuencias en las mujeres víctimas de violencia de pareja

Antes de exponer las consecuencias, hay que hacer énfasis en un aspecto ya mencionado al exponer los datos de prevalencia. Se sabe que la pandemia de COVID-19 redujo las oportunidades para pedir ayuda y acceder a ¹ servicios de apoyo a víctimas de violencia, lo que puede haber provocado que las consecuencias se intensificaran durante este periodo (Kofman & Garfin, 2020). Es necesario tener esto en mente mientras se realiza un recorrido por las numerosas consecuencias que puede traer consigo ¹ este tipo de violencia a las mujeres.

Dicho esto, entre las consecuencias se encuentra la disfuncionalidad que aparece en la vida diaria en sus relaciones interpersonales, sus actividades laborales y su situación económica, como resultado de la violencia en sí misma y los efectos que aparecen después de que se han tomado acciones para contrarrestar el daño (Escalante Ferrer et al., 2021).

Con respecto al ámbito de relaciones interpersonales, se ha encontrado que las víctimas pueden generar dependencia emocional y económica a la pareja que genera la violencia (Buesa & Calvete, 2013), esto puede deberse a la compleja dinámica de poder y control presente en las relaciones abusivas. También se ha identificado un bajo funcionamiento social y menor conexión social (Bonomi et al., 2006), dada la manipulación

y el aislamiento característico de las relaciones abusivas, que afectan negativamente la relación con amigos y familiares.

Asimismo, se han encontrado dificultades para establecer relaciones sanas y afectaciones en la situación económica y laboral (Ocampo & Amar, 2011), esto puede explicarse por las limitaciones impuestas por la pareja agresora, como el control financiero y las restricciones a la participación laboral, lo que contribuye a la vulnerabilidad de las víctimas.

En el ámbito laboral, debido a los comportamientos de control y dominio sobre las víctimas, se pueden esperar retrasos e inasistencias al trabajo, poca concentración, menor desempeño laboral, falta de estabilidad y en algunos casos pérdida del empleo (Adams & Beeble, 2019; Giesbrecht, 2020).

Por otro lado, como resultado de la violencia económica, la violencia patrimonial y la restricción de actividades laborales debido al control y dominio que se ejerce en la víctima, en el ámbito económico se pueden esperar dificultades para mantener los gastos del hogar (Ocampo & Amar, 2011). Esto ocurre por el impacto económico a la víctima cuando depende de la pareja para cubrir sus gastos, al igual que los gastos adicionales que se generan por la búsqueda de ayuda profesional, el pago de servicios médicos, de servicios policiales, del sistema judicial o del alojamiento y refugio para mujeres e hijos (Ocampo & Amar, 2011).

Estas consecuencias en el ámbito interpersonal, laboral y económico, pueden propiciarse por el desarrollo de problemas físicos y psicológicos como resultado de la violencia de pareja (Peterson et al., 2018). Existe evidencia de que se afecta su salud física, mental, sexual y reproductiva (OMS, 2021b), además de que el vínculo afectivo que mantienen con sus parejas puede aumentar la severidad de estas consecuencias (Casique &

Castro, 2016).

Por una parte, se ha comprobado que la violencia de pareja puede reducir notoriamente el nivel de actividad física (Ruíz Pérez et al., 2007), alterar la alimentación (Wong & Chang, 2016) y provocar problemas de sueño (Rauer et al., 2010). También hay que mencionar los daños directos¹ de la violencia física y sexual, como los moretones, hemorragias, cortadas, quemaduras, pérdida de dientes, hospitalizaciones, fracturas, desmayos, enfermedades de transmisión sexual, abortos o partos prematuros, inmovilidad y ardor o sangrados vaginales (INEGI, 2022).

Por otra parte, se sabe que¹ la violencia de pareja tiene una relación bidireccional con la salud mental, la primera incrementa³ el riesgo de problemas de salud mental y estos a su vez incrementan la vulnerabilidad de sufrir violencia de pareja (Keynejad, 2020). Esto puede verse reflejado en gran cantidad de estudios enfocados en conocer las¹ consecuencias de la violencia de pareja en la salud mental de las víctimas.

En varios estudios, se han identificado como principales efectos el TEPT¹⁵ (Echeburúa & Corral, 1998; Hegarty et al., 2013; Walker, 2012), la ansiedad y la depresión (Bermúdez et al., 2009; Echeburúa & Corral, 1998; Echeburúa, et al., 1997; Hegarty et al., 2013). Cabe señalar, que hay evidencia sobre la aparición de otras problemáticas de salud mental.

Se reporta también la pérdida de autoestima, la presencia¹ de sentimientos de culpa, aislamiento social y dependencia hacia la pareja (Dutton, 1993); afectaciones en la vida cotidiana y en la salud física, como la presencia de somatizaciones, insomnio y abuso de medicamentos (Menéndez et al., 2013); intentos de suicidio (Devries et al., 2013); problemas con los hijos, dificultades para hacer planes a futuro, la creencia de no poder vivir sin la pareja (Jacobson & Gotman, 2001); la disminución de conductas de autocuidado

y del sentido de competencia (Bermúdez et al., 2009; Matud et al., 2004); la justificación de la violencia, la exculpación del agresor y la conducta protectora hacia él (Arce & Fariñas, 2009); así como la presencia de disociaciones, relaciones interpersonales conflictivas y problemas sexuales (Walker, 2012).

Por su parte, Golding (1999) realizó un metanálisis sobre la violencia de pareja como factor de riesgo en el desarrollo de trastornos mentales en mujeres, encontrando altas tasas de diagnósticos de salud mental; el 63.8% presentó TEPT, el 47.6% depresión, el 18.5% abuso de alcohol, el 17.9% ideaciones suicidas; y el 8.9% abuso de drogas.

De manera similar y más recientemente, Lara et al. (2019) encontraron resultados similares en población mexicana, reportando una relación entre la violencia de pareja en mujeres y la manifestación de síntomas de ansiedad, depresión y TEPT. Queda claro entonces, que las principales consecuencias a la salud mental que se reportan en los estudios son la depresión, la ansiedad y el TEPT.

Antes de finalizar este capítulo, es necesario destacar la importancia de haber abordado la definición de violencia de pareja, su prevalencia, así como las causas y consecuencias que se asocian a su aparición y mantenimiento. En los siguientes capítulos se prestará especial atención a la depresión y el TEPT, siendo estas dos de las principales consecuencias a la salud mental de las MVVP.

Capítulo 3. Depresión

La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes y la principal causa de discapacidad a nivel mundial, dado que cuando su intensidad es moderada o grave puede limitar el funcionamiento personal, laboral, escolar o familiar, siendo las mujeres las más afectadas (OMS, 2021a). Por su alta prevalencia y el riesgo que implica a la salud de la población, es necesario conocer los aspectos que permitan definirla, explicarla y evaluarla en las poblaciones y grupos más afectados por sus efectos.

Definición

Según la OMS (2017), la depresión es un trastorno mental que se manifiesta a través de síntomas como tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y disminución de la concentración; además, puede volverse crónica y dificultar el desempeño laboral, cognitivo y la capacidad de afrontar la vida diaria.

Debido al gran impacto que este trastorno tiene en la población en general y la influencia de factores biológicos, individuales y ambientales que contribuyen a su desarrollo, se han realizado distintas propuestas a lo largo de los años para poder explicar la depresión. Sin embargo, antes es necesario exponer los datos relativos a su prevalencia mundial, regional y nacional.

Prevalencia

Según datos y cifras aportadas por la OMS (2021a) la depresión es la enfermedad mental con mayor prevalencia a lo largo del mundo, pues se estima que afecta a más del 5% de adultos a nivel mundial lo que equivale a más de 350 millones. Esto resulta alarmante considerando que en su forma más grave puede conducir al suicidio y que una de cada 4 personas pasan por un periodo de depresión mayor a lo largo de la vida.

A nivel regional, para 2015 se estimaron 322 millones de casos de depresión en el mundo, de los cuales el 9% se presentaron en la región de África, el 16% en la región del mediterráneo oriental, el 12% en la región europea, el 21% en la región de asia sudoriental, el 27% en la región del pacífico occidental y el 15% en la región de las américas (OPS, 2017, p. 8).

Aunado a esto, los trastornos depresivos se consideran el mayor factor de pérdida de salud a nivel mundial, y es en la región de las américas donde se estima el mayor porcentaje de años vividos con discapacidad en comparación al resto de regiones (p. 13). Debido a las alteraciones en el funcionamiento y su asociación con otros problemas de salud, es de gran importancia conocer la prevalencia nacional de la depresión. En este contexto, es necesario dimensionar la magnitud de la depresión en el país, identificando su prevalencia en mujeres y en aquellas que han sido víctimas de violencia de pareja.

Prevalencia de la depresión en México

Según datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], el 17.9% de mexicanos presentan sintomatología depresiva que indica la presencia de depresión moderada o severa (ENSANUT, 2020). De este porcentaje, el 12.3% son hombres y el 22.5% son mujeres, lo que indica que la sintomatología depresiva moderada o severa en mujeres es casi el doble de la observada en hombres (p. 154). Asimismo, del 17.9% de mexicanos en los que se reporta niveles de depresión moderada o severa, el 18.6% pertenece a la región sur, el 16.3% son de la ciudad de México, el 18.2% pertenece a la región centro y el 17.3% pertenece a la región norte del país (p. 154).

En cuanto a la depresión durante el confinamiento, en México se desarrolló una encuesta mensual para indagar sobre los cambios en la tendencia nacional de la depresión asociada a la pandemia por COVID-19, así como para identificar las diferencias por género

y nivel socioeconómico que evidencian el impacto en la población (Teruel Belismelis et al., 2020).

Con base en lo anterior, la Encovid-19 reportó en abril de 2020 la prevalencia de depresión en el 27.3% de la población, un aumento considerable en comparación a los datos de la ENSANUT; entre abril y junio disminuyó a 22.8% y en octubre a 19.7% (Teruel Belismelis et al., 2021). También se reporta que en los meses de monitoreo, se mantuvo constante la brecha entre hombres y mujeres con una diferencia de entre 10 y 12 puntos porcentuales, siendo las mujeres las que presentaron mayor prevalencia de depresión (p. 66).

Y en cuanto al nivel socioeconómico, a partir de la estratificación ² de la Asociación Mexicana de Agencias de Inteligencia de mercado y opinión [AMAI] se reportó una prevalencia del 9.16% para los estratos A/B, del 18.85% para el estrato C, del 25.12% en el estrato D y del 38.51% para el estrato E; lo que hace notorio que las desigualdades económicas durante la pandemia influyeron en el desarrollo de depresión en la población de los estratos socioeconómicos más bajos (p. 67). Habiendo reportado su prevalencia a nivel mundial, regional y nacional, es posible describir el modelo explicativo para la depresión que resulta más relevante para el presente estudio.

Teoría del autocontrol para la depresión

En la búsqueda de teorías y supuestos para explicar la depresión, de las teorías conductuales y cognitivas se han propuesto numerosos modelos explicativos. La principal característica de las aproximaciones conductuales para explicar la depresión, reside en que se basan en una metodología científica basada en la psicología experimental (Antonuccio et al., 1989). Desde esta postura, la depresión se considera ¹ un fenómeno aprendido

relacionado con las interacciones negativas de una persona y su entorno, influidas por las cogniciones, conductas, emociones y la relación entre estos aspectos (Vázquez et al., 2000).

Rehm (1977) propone la teoría del autocontrol para explicar que la depresión es resultado de la relación entre recompensas y castigos a través de las respuestas conductuales y cognitivas, mediante la combinación de la consecución progresiva de una meta, el autorrefuerzo, el manejo de contingencias y el rendimiento conductual. Desde esta teoría, el control de la conducta se realiza a partir de tres procesos (Kahn et al., 1990):

- 1) La automonitorización, en la cual una persona con depresión focaliza su atención a las consecuencias inmediatas de la conducta, destacando los aspectos negativos sobre los positivos.
- 2) La autoevaluación, desde la cual se genera contenido negativo y sesgado para el cumplimiento de metas, generando frustración debido a las altas exigencias hacia sí mismo y la incapacidad percibida para alcanzar tales objetivos.
- 3) El autorrefuerzo, que surge de los dos procesos anteriores, aparece como una forma de autocastigo por la focalización en aspectos negativos y las altas exigencias, por no ver reforzada su conducta en el cumplimiento de objetivos (p. 199).

Se entiende entonces que las personas con depresión tienden a realizar pocos refuerzos y su tasa de autocastigos es alta, lo que resulta en una baja frecuencia de acontecimientos positivos acompañados de sesgos cognitivos y escasas estrategias de autocontrol (Rehm, 1977). Esto influye en las expectativas, la autoevaluación negativa, y el procesamiento y recuperación de eventos negativos que elevan el riesgo de continuar el autocastigo de forma cada vez más intensa (Rehm, 1977). Ahora es importante conocer algunos de los instrumentos de evaluación más relevantes siguiendo esta perspectiva.

Instrumentos de evaluación de la depresión

Al evaluar la depresión pueden tener distintos objetivos. Por una parte, puede tenerse la finalidad de generar un diagnóstico a partir de la presencia o ausencia de determinados criterios; por otro lado, puede tenerse la intención de realizar un cribado diagnóstico para cuantificar la frecuencia y gravedad de los síntomas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Independientemente del objetivo que se tenga, la evaluación de la depresión debe basarse en criterios establecidos para la identificación de síntomas o criterios diagnósticos actualizados al campo de estudio.

Desde el enfoque multifactorial de la depresión es posible evaluar distintas áreas: las características del episodio depresivo, su duración, número e intensidad de síntomas y comorbilidad; la evaluación psicosocial, el grado de disfuncionalidad, la respuesta previa al tratamiento y el riesgo de suicidio (National Collaborating Centre for Mental Health, NCCMH, 2009; Patten et al., 2009).

Una vez seleccionada el área a evaluar, es necesario establecer de qué manera se obtendrá la información. La utilización de escalas y entrevistas para la evaluación de la depresión se convierte en la principal fuente de información sobre la presencia de síntomas en un periodo específico, del cual se obtiene un puntaje final que no pretende generar un diagnóstico por sí mismo, sino integrarlo con el resto de información obtenida en la evaluación (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Claro está que existen algunas escalas que presentan mejores propiedades psicométricas que otras para la evaluación de la depresión en adultos, por lo que aquí se describen algunas de las principales.

El Inventario de Depresión de Beck [BDI] es uno de los instrumentos para evaluar la depresión más utilizados para medir la presencia de síntomas depresivos y cuantificar su

gravedad de forma autoaplicada, mediante 21 ítems con alternativas de respuesta que indican una menor o mayor gravedad de cada síntoma (Beck et al., 1996). Cuenta con traducciones y adaptaciones al español para cada una de sus versiones y sus puntuaciones de corte y descriptores permiten distinguir entre la ausencia de depresión o un nivel mínimo, leve, moderado y grave.

La Escala Heteroaplicada de Hamilton para Depresión [HAM-D], se encarga de medir la intensidad y gravedad de la depresión mediante 21 ítems, cuyo uso se enfoca a la práctica clínica e investigación (Hamilton, 1960). Esta escala brinda una puntuación global sobre la gravedad del cuadro depresivo y sus puntos de corte pueden variar dependiendo la versión que se utilice.

El Brief Patient Health Questionnaire [PHQ-9] consta de un instrumento de 9 ítems que mide la presencia de nueve síntomas de depresión. Si cinco síntomas se manifiestan más de la mitad de los días en las últimas dos semanas y uno de ellos se relaciona con el estado de ánimo o anhedonia, se sugiere una evaluación a mayor profundidad para el diagnóstico de depresión mayor (Kroenke et al., 2001).

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), cuenta con diferentes versiones autoaplicables, validadas y de fácil calificación ya que cuenta con validaciones del punto de corte en diferentes grupos poblaciones, por lo que su utilización como herramienta de tamizaje en la detección de casos de depresión en México ha sido ampliamente extendida (Salinas-Rodríguez et al., 2013). Por lo anterior, se convierte en una de las mejores alternativas para evaluar la depresión en el país.

En síntesis, este conjunto de instrumentos podrían resultar útiles para evaluar la depresión, pues aportan información valiosa en una evaluación para dar el seguimiento clínico adecuado y una respuesta al tratamiento (NCCMH, 2009; Patten et al., 2009). Ahora

que se ha expuesto el modelo teórico para la depresión y algunos de los instrumentos de evaluación más relevantes, es posible abordar otra de las consecuencias de mayor presencia

6 en las mujeres víctimas de violencia de pareja, el TEPT.

Capítulo 4. Trastorno de Estrés Postraumático

Como resultado del conjunto de síntomas experimentados por soldados después de la guerra, el ahora TEPT llegó a ser nombrado como neurosis de guerra, neurosis traumática, corazón irritable, shock por bombardeo, entre otros, para referirse a la aparición de un patrón de síntomas como consecuencia de la exposición intensa o reiterada a estímulos estresantes traumáticos (Rincón González, 2003).

Hoy en día, el TEPT se ha vinculado a una amplia gama de eventos potencialmente traumáticos, como ser víctima de delitos, violaciones, tortura, accidentes de tráfico, desastres naturales, así como ser víctima de abuso infantil y el abuso físico en condiciones de violencia doméstica (Astin y Resick, 1997). Desde la primera aparición del TEPT como diagnóstico en la tercera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III, Rincón González, 2003), se ha continuado investigando nuevos procedimientos para su comprensión, evaluación y tratamiento a poblaciones afectadas por eventos sumamente estresantes.

Definición

Desde la propuesta de la APA (2013), el TEPT se presenta cuando una persona ha sufrido agresión física o algún acontecimiento que representa una amenaza para su vida o integridad, o cuando ha sido testigo o se ha enterado de la existencia de este tipo de acontecimientos en personas cercanas, lo que produce una reacción emocional de temor, desesperanza u horror intenso.

En consecuencia, aparecen grupos sintomáticos como la reexperimentación, evitación, activación, y las modificaciones de la quinta versión del DSM incluyen síntomas relacionados con alteraciones cognitivas y el estado de ánimo (APA, 2013). Dicho esto,

conocer su prevalencia es fundamental para estimar el impacto que puede llegar a tener en distintos grupos y poblaciones expuestas a eventos traumáticos.

Prevalencia

A nivel global, se habla de que alrededor del 50% de la población llega a estar expuesta a sucesos traumáticos, de los cuales no todos llegan a manifestar TEPT (Bermúdez Durán 2020). La incidencia de este trastorno en la vida adulta se encuentra del 9 al 15% (Sadock et al., 2015). Y se estima una prevalencia del 3.9% en población general y del 5.2% en población expuesta a alguna situación traumática (Crespo Generelo, 2019)

Con respecto al mayor riesgo de desarrollar TEPT por la exposición a situaciones traumáticas, se ha encontrado en distintos estudios que tener menor edad, el estado civil soltero, el bajo nivel socioeconómico y el menor nivel de escolaridad aumentan este riesgo (Lorenzo Ruiz & Guerrero Angeles, 2017; Polimanti et al., 2019). Además, se tiene evidencia de que ser mujer aumenta el riesgo de TEPT, cuya prevalencia a lo largo de la vida es del 10% a diferencia de los hombres que es del 4% (Shalev et al., 2017).

Prevalencia del TEPT en México

A nivel nacional, se ha encontrado que al menos el 68% de la población ha sido expuesto a un factor estresante que promueve el desarrollo del TEPT, con diferencias importantes entre género y edad en que ocurre el evento (Medina-Mora, 2005). Desde 1987 se tiene información de distintas fuentes referente a la prevalencia del TEPT en población general, con valores que van de 0.5 a 10.8% para los hombres y de 1.3 a 18.3% en mujeres (Leal-Morales, 2013, p. 116).

En ciudades fronterizas se ha estudiado la prevalencia del TEPT, encontrando que los principales factores estresantes que pueden llevar a su desarrollo son los desastres naturales, la muerte violenta o repentina de un familiar y la violencia doméstica; el 73.31%

de esta población expuesta a estos factores estresantes, del cual 38.51% son mujeres y el 15.2% de ellas reportan síntomas de TEPT (p. 117).

También es importante considerar la influencia de la pandemia por COVID-19 en el desarrollo de TEPT. En una muestra representativa de toda la república mexicana, se encontró un aumento en la prevalencia del TEPT a 2 y 10 meses luego del confinamiento; sin embargo, ante las suposiciones de que el aumento de esta prevalencia se asociaba con los cambios en las actividades diarias y el confinamiento en sí mismo, se encontró que este incremento no estuvo presente en población general, pero sí se asociaba con el haber padecido la enfermedad y el ser menor a los 40 años (Serrano-Juárez et al., 2021).

Dicho esto, queda claro que en México es un trastorno común asociado a una amplia gama de sucesos traumáticos. Para entender cómo se desarrolla y se mantiene a lo largo del tiempo, es necesario abordar una teoría que logre vincular los elementos descritos hasta el momento.

Teoría cognitiva de Elhers y Clarck para el TEPT

Considerando los avances en la investigación del TEPT y la actualización de los grupos sintomáticos reportados en la última versión del DSM-V (APA, 2013), las terapias cognitivas presentan propuestas viables para la explicación del trastorno. Desde este modelo teórico, se explica la aparición del TEPT a través de una vulnerabilidad adquirida por seis vías en las que se desarrolla y mantiene a lo largo del tiempo:

Por la evaluación sobre el evento traumático y sus consecuencias. Por medio de esta vía se realizan dos tipos de evaluación: una referente al evento traumático, en la que puede haber una sobregeneralización del evento; y una evaluación de las secuelas o consecuencias, enfocada en cómo se sintió o comportó una persona durante el evento (pp. 320-323).

Por el proceso en que se almacena la información en la memoria. En esta vía se expone que tras el evento traumático pueden presentarse dos tipos de dificultades: la incapacidad para recordar el evento en su totalidad y la aparición involuntaria de recuerdos de la experiencia ante determinados estímulos. La diferencia entre el desarrollo de ambas dificultades se explica a partir de (Elhers & Clarck, 2000):

- a) La naturaleza de la reexperimentación, que consiste en impresiones sensoriales que se perciben de manera fisiológica, pero suelen estar acompañadas de emociones asociadas al evento traumático sin fundamento para que aparezcan en el presente.
- b) La deficiente elaboración e incorporación del evento en la memoria autobiográfica. Esto ocurre mediante dos rutas posibles: una en la que la incorporación de información se basa en significados y la recuperación es intencional, y otra ruta en la que la recuperación de la información se da por la activación que aparece ante determinado estímulo. De esta manera, se dice que la memoria autobiográfica se elabora de manera deficiente, debido a la dificultad para evocar intencionalmente el evento dada la débil ruta de significados que entorpece la recuperación de la información, al igual que la facilidad para darse la activación ante la presencia de determinados estímulos.
- c) La respuesta de reexperimentación creada por condicionamiento clásico u operante. Esto se explica por la posibilidad de que se dé una asociación entre los estímulos que se manifestaron antes, durante o después del evento traumático.
- d) El primado o priming perceptual. Es una memoria implícita conectada a otras formas de memoria que está asociada al evento y se activa ante determinados estímulos, lo que desencadena los síntomas de reexperimentación (pp. 324-326).

La relación entre la memoria y la evaluación del trauma. En esta vía se habla de una relación bidireccional, por lo que cuando se reexperimenta el evento se hace por medio de la información extraída de la evaluación del trauma y la recuperación de la información, motivo por el que no suele haber una impresión total de lo ocurrido y se dificulta el confrontar la información y la evaluación inicial del evento (pp. 326-327).

La relación entre procesos cognitivos y conductas mal adaptativas. Desde esta vía se expone ³³ que la evaluación que se realiza del evento se asocia con la estrategia cognitiva que lleva a manifestar determinadas conductas maladaptativas, como la evitación de emociones positivas o negativas, la evitación o conductas de escape o huida de lugares y otros estímulos, así como la rumiación (pp. 327-330).

El procesamiento cognitivo del trauma. Este aspecto alude a las creencias o evaluaciones negativas sobre sí mismo que aparecen ante el evento traumático, lo que incitará al mantenimiento del TEPT y la sensación de incapacidad para enfrentarlo (pp. 331-332).

Las características, experiencias, creencias previas al trauma y el estado actual del sujeto. En la última vía por la que se teoriza el desarrollo y mantenimiento del TEPT se consideran: las características del trauma, es decir, la duración y predicción del evento; el haber tenido experiencias o eventos traumáticos que dificultan el procesamiento de la situación actual; poseer creencias previas sobre invulnerabilidad ante los estresores así como las creencias negativas sobre sí mismo (pp. 332-333).

Instrumentos de evaluación del ¹ trastorno de estrés postraumático

En cuanto a la evaluación del TEPT, han aparecido una serie de problemas que es necesario mencionar. La evaluación del trastorno se basa fundamentalmente en entrevistas y la aplicación de medidas de autoinforme (Crespo & Gómez, 2012). Es en estas últimas que

pueden aparecer dificultades que pueden dividirse en tres puntos: la no inclusión de ciertos criterios diagnósticos en las evaluaciones; la tendencia a utilizar instrumentos no adaptados a la población de estudio por parte de investigadores y profesionales del ámbito clínico; y la escasez de herramientas traducidas o adaptadas que tomen en cuenta los grupos sintomáticos del DSM-V.

Primeramente, es necesario destacar que algunos de los instrumentos más utilizados para la evaluación del TEPT, fueron contruídos a partir de los criterios diagnósticos y los grupos sintomáticos presentados en el DSM-IV (Durón-Figueroa et al., 2019). Habiendo la quinta versión disponible, se omitió el hecho de que los nuevos grupos de síntomas brindan una mayor comprensión de las alteraciones cognitivas y el estado de ánimo presente en el TEPT, además de que permite diferenciar los síntomas del estado de ánimo del resto de síntomas (Cox et al., 2014; Guina et al., 2016; Miller et al., 2014; Price & Stolk-Cooke, 2015).

En segunda instancia, existe una tendencia por utilizar instrumentos no validados en la población. La escala de gravedad de síntomas del TEPT [EGS] (Echeburúa et al., 1997), es una de las más utilizadas en México debido a sus propiedades psicométricas y su actualización al DSM-V en la versión revisada, pero no cuenta con estudios de validación.

Lo mismo ocurre con la escala de TEPT del DSM-V [CAPS-5], que se ha traducido y adaptado en otros países hispanohablantes pero no en México (Ramírez et al., 2020). También es posible mencionar a la escala breve del desorden de estrés posttraumático (Breslau et al., 1999), la cual es de uso recurrente en investigaciones recientes a pesar de haberse desarrollado a partir de los criterios diagnósticos del DSM-IV y no contar con estudios de validación.

Queda claro entonces que son pocos los esfuerzos que se han realizado para traducir y adaptar instrumentos basados en los grupos sintomáticos expuestos para el DSM-V. Sin embargo, se cuenta con la Lista Checable de ¹Trastorno por Estrés Postraumático (PCL-5, ¹⁹Weathers et al., 1993), uno de los instrumentos más utilizados en la investigación y práctica clínica (Blevins et al., 2015; Elhai et al., 2005) que cuenta con una versión para DSM-V (Weathers et al., 2013), la cual ha sido validada para población mexicana y tiene el objetivo de identificar la intensidad de los síntomas de los criterios B, C, D y E de la quinta versión del DSM, cumpliendo con los requisitos antes mencionados (Durón-Figueroa et al., 2019). De esta forma, es posible afirmar que se cuenta con un instrumento para la evaluación del TEPT en este contexto y que ha demostrado buenas propiedades psicométricas.

Hasta este momento, se ha profundizado en dos de las principales consecuencias de ⁶ser víctima de violencia de pareja. Es momento de exponer en el siguiente capítulo el rol que la regulación emocional puede tener como variable mediadora ²²⁰en el desarrollo de psicopatologías y problemas de salud mental como los descritos hasta este punto.

Capítulo 5. Regulación Emocional

Para abordar el tema de la regulación emocional es necesario comprender la concepción que se tiene acerca de las emociones, dado que su entendimiento ha permitido hablar de los términos de regulación y desregulación emocional.

Según lo expresado por Hervás (2011), conforme avanzó la investigación en este campo las emociones pasaron de ser percibidas como reacciones desadaptativas o perturbadoras, a poseer un rol fundamental en la adaptación a las demandas externas que incitan a tomar decisiones, a cumplir funciones sociales o a generar respuestas comportamentales ante determinadas situaciones.

Desde esta concepción, si se aprende a disponer de los recursos que brindan las emociones, se pueden llegar a desarrollar habilidades emocionales que serán de utilidad para el funcionamiento de una persona y para permitirle adaptarse a distintas situaciones o contextos. Sin embargo, de no desarrollar tales habilidades se puede generar un desgaste importante en el funcionamiento, por ejemplo debido a las respuestas desadaptativas en el estado de ánimo (Hervás, 2011), a la dificultad para regular los estados emocionales en ciertos entornos o situaciones sociales (Erber et al., 1996), para regular emociones desagradables o que generan malestar (Larsen, 2000), o que no se ajustan a la realidad de quien las está experimentando (Heimpel et al., 2002).

En cada uno de estos casos, podría decirse que no se cuenta con habilidades o estrategias de inteligencia emocional, lo que llevará a intentos de regulación poco efectivos, que merman las expectativas y la comprensión que una persona puede llegar a percibir de sus propios estados emocionales y sus consecuencias (Hervás, 2011). Dicho esto, ahora es posible abordar algunas de las aproximaciones conceptuales a la regulación que se han expuesto en las últimas décadas.

Definición

Teniendo como base el abordaje a las emociones, la definición de regulación puede dividirse en dos principales propuestas que han sido retomadas posteriormente para ampliar su comprensión e investigación en la práctica clínica.

Por una parte, una de las definiciones más extendidas es la propuesta por Thompson (1994) que se refiere a la regulación emocional como la capacidad de una persona para evaluar y modificar sus reacciones emocionales con la finalidad de obtener un objetivo deseado, abarcando una serie de procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de manejar las emociones positivas y negativas hacia el logro de dicha meta. Esta propuesta conceptual dio origen a los planteamientos de investigadores que posteriormente compartieron su particular visión.

Al respecto, según la aproximación de Gross (1999) la regulación emocional hace referencia a “los procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos y sobre cómo las experimentamos y las expresamos” (p. 557). Posteriormente, se originaron nuevas aportaciones para definir a la regulación emocional como el proceso mediante el que las personas ejercen influencia en las emociones que se tienen, sobre cuándo se sienten, cómo se experimentan y cómo se expresan (Gross & Thompson, 2007; Da Costa et al., 2014). Dicho esto, ahora es posible abordar algunos de los modelos teóricos que se han desarrollado para la regulación emocional.

Modelo procesual de Gross para la regulación emocional

Este modelo es el que ha recibido mayor atención empírica desde su desarrollo. Postula que la regulación emocional consiste en un conjunto de estrategias que pueden clasificarse en

función del momento en que aparecen las emociones, dividiéndose en dos categorías: las estrategias centradas en el antecedente y las estrategias centradas en la respuesta.

Con respecto a las estrategias centradas en el antecedente, se distingue entre la reevaluación cognitiva, que consiste en modificar la valoración de una situación a fin de alterar su impacto sobre la respuesta emocional; y la atención emocional, que se entiende como una estrategia desadaptativa que produce la evitación de las situaciones generadoras de emociones (Weissman et al., 2019).

Por otro lado, las estrategias centradas en la respuesta se refieren a las respuestas que se adoptan una vez que ya se está experimentando la emoción y, paradójicamente, pueden aumentar su intensidad, por lo que suelen considerarse desadaptativas (Gross, 1998). Se destacan dos estrategias centradas en la respuesta: la supresión emocional, que se refiere a la inhibición del comportamiento expresivo de emociones; y la rumiación, descrita como un patrón de pensamiento focalizado y repetitivo sobre las causas y consecuencias de la situación desagradable que dificulta el encontrar una solución para aliviar el malestar (Gross, 1998).

Posteriormente se desarrollaron nuevas propuestas que reformulan este modelo procesual. En primera instancia, Gross y John (2003, citados por Gross & Thompson, 2007) postularon los mecanismos de reevaluación cognitiva y supresión, los cuales están vinculados a aspectos experienciales del sujeto. Luego Gross y Thompson (2007) propusieron el modelo modal de regulación emocional, entendido como una transacción entre la persona y la situación en la que la persona presta atención a una situación que tiene un significado particular para ella, esto produce una respuesta flexible a la transacción persona-situación.

Desde el modelo modal, se propone estudiar la regulación emocional en el lugar en que se desarrolla determinada estrategia de regulación durante el proceso en que se generan las emociones (Gross & Thompson, 2007). De esta manera, se presenta la situación, se presta atención a ella, se realiza una evaluación y se da la respuesta emocional, siendo la situación y la respuesta elementos observables y la atención al estímulo y su evaluación aspectos no observables, dado que son mecanismos internos de cada individuo.

Modelo de regulación emocional de Gratz y Roemer para la regulación emocional

Desde esta perspectiva, se entiende a la regulación emocional como un constructo multidimensional conformado por estrategias adaptativas que influyen en la experiencia y expresión de las emociones: la consciencia de las emociones, la comprensión y aceptación de las emociones, la capacidad para adoptar comportamientos dirigidos a metas en situaciones de estrés emocional y el acceso a estrategias efectivas de regulación emocional (Gratz & Roemer, 2004).

A partir de esta conceptualización, se entiende que para lograr una respuesta adaptativa de las emociones se requiere modular las experiencias emocionales en lugar de eliminarlas, mediante el proceso de reducir la respuesta emocional y aumentar el grado de control (Gratz & Roemer, 2004). También resulta fundamental que una persona realice los comportamientos necesarios para lograr las metas o responder de manera satisfactoria ante las demandas de la situación, a pesar de experimentar el malestar generado por las emociones displacenteras (Medrano & Trógolo, 2014).

De esta forma, esta perspectiva considera que para lograr la regulación emocional se requiere fomentar la capacidad para inhibir los impulsos o las conductas inapropiadas o desadaptativas, para en su lugar aprender a modular estas respuestas teniendo en mente el

logro de objetivos, sin dejar de lado la importancia de atender las emociones (Gratz & Roemer, 2014).

2 Instrumentos de evaluación de la regulación emocional

Con respecto a las formas de evaluación para la regulación emocional, las escalas de regulación emocional con mejores propiedades psicométricas traducidas y adaptadas a habla hispana, son la Escala de Dificultades para la Regulación Emocional [DERS] en México, España y Chile (Marín et al., 2012; Hervás & Jódar, 2008; Guzmán González et al., 2014), el Cuestionario de Regulación Emocional [ERQ] en España, Perú y México (Cabello et al., 2013; Gargurevich & Matos, 2010), y la adaptación del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva [CERQ] en Argentina (Medrano et al., 2015).

Para llegar a tal afirmación, Gómez Pérez y Calleja Bello (2019) analizaron las propiedades psicométricas de un grupo de instrumentos para evaluar la regulación emocional en español, encontrando que estas versiones obtuvieron los puntajes más altos (ocho y nueve puntos de 10) en cuanto a calidad psicométrica.

Acorde a las definiciones de regulación emocional, este grupo de instrumentos tuvieron como objetivos identificar: cuál es el proceso en que se generan las emociones a nivel fisiológico o apreciativo; la estrategia cognitiva, conductual o mixta; el propósito de la regulación, individual o social; y las características de la regulación emocional según la etapa de desarrollo (p. 88).

Con base en el análisis de las escalas, para que un instrumento se considere apropiado para evaluar la regulación emocional debe incluir las subescalas con mayor confiabilidad ($\alpha \geq .75$):

Reapreciación o cambio cognoscitivo, rumiación o concentración, desatención o distracción, modificación de la situación, no aceptación o rechazo, aceptación,

reenfocamiento positivo, autoculpa, reenfocarse en la planeación, poner en perspectiva, catastrofizar, culpar a otros, claridad emocional, orientación a metas, conciencia emocional, estrategias, mejora intrínseca y extrínseca del afecto, empeoramiento intrínseco del afecto, estrategias para facilitar la regulación emocional y estrategias que la dificultan (p. 90).

Recientemente, se realizó la validación en adultos de una versión de 9 ítems del ERQ para niños y adolescentes (ERQ-CA, Valencia y De la Rosa-Gómez, 2022), originalmente utilizada para medir ¹⁰⁴ dos estrategias de regulación emocional en niños y adolescentes: reevaluación cognitiva y supresión expresiva. Entre las bondades de este instrumento, se encuentran las evidencias de validez para cada uno de estos factores, encontrando correlaciones significativas con la depresión, ansiedad e ideación suicida, por lo que resulta ser una buena alternativa ² para evaluar las estrategias de regulación emocional empleadas en población adulta mexicana.

Cabe aclarar, que entre los aspectos que Gómez Pérez y Calleja Bello (2019) sugieren para la selección de instrumentos para evaluar la regulación emocional, se incluyen los criterios de calidad psicométrica, el tipo de población a la que se evaluará y la viabilidad de las subescalas o estrategias de regulación para cada cultura. Tomar en cuenta estos aspectos en cuenta, permitirá identificar de forma más acertada cuál o cuáles instrumentos utilizar para evaluar ¹ la regulación emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja.

Una vez abordadas las temáticas modulares del presente estudio de manera individual, se requiere abordar un capítulo que permita relacionarlas e integrar ³³ la revisión de la literatura a los objetivos e hipótesis de estudio.

Capítulo 6. Experiencias Adversas en la Infancia, Depresión, Trastorno de Estrés Postraumático y Regulación Emocional en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja

Experiencias adversas en la infancia y mujeres víctimas de violencia de pareja

Anteriormente se mencionó que las EAI pueden encontrarse entre las principales causas de violencia de pareja, dada su influencia en el nivel individual y relacional que se propone desde el modelo ecológico (OMS, 2021b). Se han realizado investigaciones en el campo de estudio de las EAI y las víctimas de violencia de pareja de forma independiente en las que se han encontrado estas asociaciones, así como se han desarrollado estudios con el objetivo de comprender cómo pueden estar vinculadas.

Por una parte, existe evidencia de que las EAI promueven que en la vida adulta se desarrollen problemas de ansiedad, depresión y el uso problemático de alcohol (Hughes et al., 2017). Estos datos coinciden con las consecuencias de ser víctima de violencia de pareja reportadas en distintos estudios, donde se habla del desarrollo de depresión, ansiedad y TEPT (Bermúdez et al., 2009; Echeburúa & Corral, 1998; Echeburúa, et al., 1997; Golding, 1999; Hegarty et al., 2013; Lara et al., 2019).

La OMS refiere que en el campo de estudio de las mujeres víctimas de violencia, se ha encontrado que EAI como el maltrato infantil o la disfunción en el hogar pueden promover la victimización en la edad adulta, el consumo de drogas e intentos de suicidio (Golding et al., 1999; Devries et al., 2013). De manera similar, en una revisión de estudios sobre las consecuencias de las EAI a la salud a lo largo de la vida se reportan fuertes asociaciones con la victimización, la perpetración de la violencia, el uso problemático de drogas y el suicidio (Hughes et al., 2017). Este aspecto resulta de gran interés, puesto que tanto la victimización, como la perpetración de violencia de pareja y el uso de sustancias

suele ser ¹⁰⁸ un factor de riesgo para el desarrollo de nuevos eventos de violencia en la pareja (Bermúdez et al., 2009; Echeburúa & Corral, 1998; Echeburúa, et al., 1997).

Habiendo llegado a este punto, es necesario continuar con el abordaje específico de ¹⁷ las consecuencias de la violencia de pareja con una alta prevalencia. A saber, la depresión y el TEPT, ambos problemas de salud mental que cuentan con amplia ³ documentación en el campo de las víctimas de violencia de pareja (Bermúdez et al., 2009; Echeburúa & Corral, 1998; ¹ Echeburúa, et al., 1997; Golding, 1999; Hegarty et al., 2013; Lara, 2019; Vaca-Ferrer et al., 2020; Walker, 2012).

Depresión y ¹ mujeres víctimas de violencia de pareja

La depresión, al igual que el TEPT, han sido las consecuencias mayormente vinculadas a la violencia sufrida entre parejas. Al respecto, Chowdhary y Patel (2008) estudiaron el riesgo de depresión en 1,563 adultos asociado ¹ a la violencia física en la relación de pareja. Evaluaron la violencia de pareja con el Conflict Tactics Scale [CTS] y la depresión con la Clinical Interview Schedule-Revised [CIS-R]. Encontraron que el riesgo de padecer depresión podría ser hasta tres veces mayor cuando se sufre ¹ violencia física por parte de la pareja.

También se han realizado estudios que además de ¹ la violencia física, contemplan cómo afecta la violencia sexual a las víctimas. A saber, en el estudio de Taft y Watson (2008) se evaluó el riesgo de depresión ⁴⁹ asociado a la violencia física y sexual en la pareja en 9,683 adultos. Para la evaluación se utilizó el CES-D para evaluar la depresión y la CTS para evaluar ¹⁰⁸ los tipos de violencia de pareja. Se encontró que el riesgo de padecer depresión se eleva al doble ante la presencia ¹ de violencia física y sexual en la pareja.

¹ Asimismo, en el estudio realizado por Salazar et al. (2009), se evaluaron a 276 adultos mediante la CTS ¹ para medir la violencia de pareja y la CES-D para evaluar la

depresión. Encontraron¹ que la violencia física y sexual en la pareja incrementa el riesgo de padecer depresión de dos a tres veces. En el estudio de Suglia et al. (2011), se utilizó nuevamente la CTS y la⁶⁹ Composite International Diagnostic Interview-Short form [CIDI-SF] para evaluar la depresión en una muestra de 1,834 adultos. Encontraron¹ que la violencia física y sexual en la pareja aumenta de una a dos veces¹ el riesgo de padecer depresión.

Por otra parte, Levendosky et al. (2011) estudiaron¹ la relación entre formas de violencia de pareja y depresión en 150 adultos. Para ello utilizaron las²²⁸ Severity of Violence Against Women Scales [SVAWS]¹ para medir la violencia de pareja y el BDI para la evaluación de la depresión.¹⁰⁸ Encontraron una correlación significativa y positiva entre la depresión y la violencia física y sexual en la pareja. Estas asociaciones fueron de moderadas a grandes en algunos factores de las escalas, lo que indica que es de gran importancia evaluar y atender los casos de depresión⁵ en mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja.

Hasta este punto, queda clara la influencia¹ de la violencia física y sexual en la pareja con la aparición,² desarrollo y mantenimiento de la depresión. Sin embargo, también se han realizado estudios para analizar la influencia de la violencia psicológica en la pareja.¹⁷¹ En el metanálisis de Dokkedahl et al. (2022), se examinaron las asociaciones entre la violencia psicológica, TEPT,¹ depresión y ansiedad en víctimas de violencia de pareja. De entre los principales hallazgos, se reporta que¹ la violencia psicológica se asoció fuertemente con el desarrollo de depresión en mujeres, siendo el dominio o aislamiento el tipo de violencia psicológica con la que tuvo mayor relación. Con base en estos estudios, queda en evidencia el desarrollo de la depresión como resultado²³ de las distintas formas de violencia en la pareja.

6 Trastorno de estrés postraumático y mujeres víctimas de violencia de pareja

Entre la multitud de eventos que pueden ser potencialmente traumáticos y pueden promover el TEPT, el ser víctima de violencia de pareja se ha vinculado ampliamente con el desarrollo de este trastorno. En la investigación de Aguirre et al. (2010), se analizó la presencia de TEPT en 42 mujeres víctimas de violencia doméstica. La evaluación fue mediante una entrevista semiestructurada y la EGS para evaluar el TEPT. Se encontró que el 40.5% de mujeres cumplía con criterio de TEPT; el 26.2% mostró síntomas por debajo del umbral del trastorno y un 39.3% seguían presentando los síntomas a pesar de haber terminado con la relación hace tiempo. Estos hallazgos sugieren que atender la sintomatología de TEPT tiene que ser uno de los principales objetivos de intervención.

Por su parte, Huerta et al. (2014) analizaron el TEPT y la inadaptación en función de la edad en 256 mujeres víctimas de violencia de pareja. La evaluación del TEPT, al igual que en el estudio anterior, se dio por medio de la EGS, la escala de inadaptación y una escala complementaria de síntomas somáticos de ansiedad. Encontraron una correlación entre los grupos sintomáticos de reexperimentación, evitación y activación del TEPT con la inadaptación. Resalta el hecho de que las mujeres de 16 a 21 años son quienes presentan niveles más altos de TEPT, en comparación con las mujeres de 22 a 65 años. También se encontró que el tipo de violencia de pareja es la que predomina en el desarrollo del TEPT y no la edad en la que se da la exposición a los eventos.

Con respecto a la investigación de Saquinaula-Salgado et al. (2021), se tuvo como objetivo analizar la relación entre la violencia de género en la pareja y el TEPT en 105 mujeres víctimas de este tipo de violencia. Para la evaluación utilizaron la Escala de Violencia [EV] y la EGS en su versión revisada para evaluar el TEPT. Encontraron que el 56.2% de mujeres reportaron violencia leve y de este porcentaje el 61.9% no manifestaron

síntomas del TEPT. Sin embargo, en el resto de mujeres se encontró una correlación alta entre la violencia sufrida y el TEPT.

De manera similar, Antezana Marroquín (2021) tuvo como objetivo de investigación ⁵ analizar la relación entre violencia de pareja y TEPT en una muestra de 386 adolescentes mujeres y hombres de 12 a 17 años. Utilizó el cuestionario sintomatológico del TEPT ¹ y el Inventario de Violencia en las relaciones de parejas adolescentes, encontrando una correlación moderada y positiva ¹ entre la violencia de pareja y los síntomas de TEPT.

En otro estudio más, Rios Briceño (2021) estudió la relación ¹⁷ entre la violencia contra la mujer en la pareja y el TEPT. En su estudio 90 mujeres respondieron la EGS ¹ y la escala de violencia contra la pareja, encontrando una prevalencia del 46% en las participantes y una correlación positiva entre las variables. Otro hallazgo relevante fue que la mayoría de dimensiones de violencia se correlacionaron positivamente con las dimensiones del TEPT.

Finalmente, ¹ en la revisión y metanálisis de Dokkedahl et al. (2022), se examinaron las asociaciones entre la violencia psicológica, el TEPT, ¹ la depresión y la ansiedad en víctimas de violencia de pareja. De entre los principales hallazgos, la violencia psicológica se asoció fuertemente con el desarrollo del TEPT en hombres ¹ y mujeres víctimas de violencia de pareja, pero es específicamente en las mujeres que el control coercitivo se asoció fuertemente con el trastorno.

En síntesis, la evidencia expuesta hasta el momento insiste en la aparición del TEPT ¹⁷ como una de las principales consecuencias de la violencia de pareja en sus distintas formas. Ahora es posible realizar una revisión de la evidencia empírica que vincula a la regulación emocional ¹ en mujeres víctimas de violencia de pareja.

Regulación emocional y mujeres víctimas de violencia de pareja

Con el desarrollo de este campo de estudio, comenzó a extenderse su investigación en distintos grupos y poblaciones. Existe una cantidad considerable de investigaciones que asocian la regulación emocional y la violencia de pareja, por lo que es de gran importancia destacar los principales hallazgos.

En la revisión sistemática de Jansen (2015), se encontró que las mujeres víctimas de maltrato utilizan cuatro estrategias principales de regulación emocional: el acercamiento o compromiso, las estrategias centradas en el problema, la evitación o desconexión y las estrategias centradas en la emoción; las primeras dos constituyen estrategias adaptativas y las últimas dos estrategias maladaptativas, la selección de una u otra dependerá del contexto y las circunstancias de la relación abusiva que impiden o promueven la gestión de las emociones y la capacidad para afrontar la situación.

Asimismo, en el estudio de Galego Carrillo et al. (2016) se buscó conocer el efecto del maltrato en mujeres. Se realizó un diseño observacional transversal con grupos no equivalentes, de los cuales 51 mujeres de 116 reportaron estar en situación de maltrato. Se evaluó la regulación emocional con el CERQ y se encontró que las mujeres en situación de maltrato utilizan estrategias desadaptativas de regulación emocional, como la rumiación, la aceptación y tienden a catastrofizar y culpabilizar a otros.

Por su parte, Lee et al. (2020) investigaron cómo interactúan los niveles de desregulación emocional entre parejas para predecir la violencia de pareja. Se evaluaron en diadas a 160 adultos jóvenes, por medio de instrumentos de autoinforme para la regulación emocional y la violencia psicológica, física y sexual. Se encontró que los niveles más altos de desregulación emocional se asociaron con mayor riesgo de violencia física y sexual. Cuando los hombres se emparejaban con mujeres reguladas emocionalmente, su propia

desregulación no se relacionaba con la perpetración de violencia hacia ellas; pero cuando se emparejaban con mujeres relativamente desreguladas, su desregulación ¹ aumentaba el riesgo de violencia física y sexual.

También se han realizado estudios que buscan conocer la ¹ correlación entre la regulación emocional y otras variables en mujeres víctimas de violencia de pareja.

Alvarado Alomia y Torres Leyva (2021) investigaron ¹ la relación entre regulación emocional y bienestar psicológico en 251 mujeres víctimas de violencia de pareja.

Utilizaron el ERQ ² y la Escala de Bienestar Psicológico [BIEPS-A]. Entre sus hallazgos, encontraron ¹ una correlación moderada con un tamaño de efecto pequeño entre las variables, concluyendo ¹ que las mujeres con mejor regulación emocional mantienen un mayor nivel de bienestar psicológico.

En otro estudio, Valencia Arévalo (2019) estudió la correlación ¹ entre regulación emocional y dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

Participaron 50 mujeres y se les aplicó la dimensión de regulación emocional ¹ del Trait Meta-Mood Scale [TMMS] y el Cuestionario ¹ de Dependencia Emocional [CDE]. Se encontró una correlación negativa entre la regulación emocional y la dependencia emocional ¹ en las dimensiones de ansiedad de separación, expresión límite, búsqueda de atención y miedo a la soledad, así como ² se encontró una correlación positiva entre la regulación emocional y la expresión de afecto.

A partir de esta evidencia, se entiende ¹ que la regulación emocional juega un papel importante en la violencia que se desarrolla entre las parejas. Habiendo presentado evidencia que asocia a las variables de estudio ⁸⁸ con las mujeres víctimas de violencia, en el siguiente apartado se describen algunas investigaciones que vinculan estas variables entre sí y brindan una mayor comprensión sobre este campo de estudio.

Experiencias adversas en la infancia, depresión, trastorno de estrés postraumático y regulación emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja

Conforme ha avanzado la investigación en la violencia de pareja, se ha intentado comprender el rol que juegan las variables comprendidas como causa o consecuencia de su aparición, así como la mediación que puede darse por variables como la regulación emocional. Dicho esto, en este apartado se describen algunas de las investigaciones más relevantes para este estudio.

En el estudio realizado por Zancan y Habigzang (2018) se analizaron las relaciones entre los niveles de depresión, ansiedad y regulación emocional en 47 mujeres víctimas de violencia conyugal, en comparación con un grupo de mujeres víctimas y a su vez perpetradoras de violencia de pareja. Utilizaron el BDI y el Inventario de Ansiedad de Beck [BAI] para medir la depresión y ansiedad, la DERS para medir la regulación emocional y la versión revisada de la CTS para evaluar la violencia de pareja.

Los resultados indican la presencia de síntomas leves de ansiedad y moderados de depresión y desregulación emocional, además de que se encontraron correlaciones positivas entre las variables. No se encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad, depresión y desregulación emocional en las mujeres víctimas de violencia y aquellas que además de ser víctimas también llegaron a perpetrar violencia conyugal (pp. 261-262).

Por su parte, Weiss et al. (2018) estudiaron la heterogeneidad en las dificultades de regulación emocional en mujeres víctimas de violencia doméstica. Evaluaron a 210 mujeres víctimas de violencia doméstica mediante la DERS para la regulación emocional, la Escala de Diagnóstico de Estrés Postraumático para el TEPT, la CES-D para la depresión y las Pruebas de Identificación de Trastorno por Uso de Alcohol y Drogas.

Se utilizó el análisis de perfil latente para identificar tres grupos de mujeres víctimas de violencia de pareja de acuerdo a su nivel de dificultad para regular las emociones positivas y negativas. Se encontraron mayores niveles de TEPT, depresión, abuso de alcohol y drogas en el grupo con más dificultades de regulación emocional, y menores niveles en los grupos con menos dificultades de regulación emocional (pp. 196-198).

De forma similar, Muñoz-Rivas et al. (2021) tuvieron como objetivo determinar la variabilidad de la desregulación emocional entre mujeres con diferentes tipos de victimización por violencia de pareja y el desarrollo del TEPT. Se evaluaron a 120 mujeres mediante el modified Symptom Severity Index for Post-traumatic Stress Disorder [mSSI], el Emotional Processing Scale [EPS-25], la versión corta y autoaplicada del ETI y se entrevistó sobre el tipo de violencia sufrida.

Se encontraron tres perfiles de regulación emocional en mujeres: emocionalmente reguladas, con evitación o escasa regulación y con abrumamiento emocional. El perfil de abrumamiento emocional se caracterizó por una desregulación general de las experiencias emocionales y una mayor intensidad de TEPT. Estos hallazgos exponen que la desregulación emocional es una vía crítica para la afectación a la salud entre las mujeres víctimas de violencia de pareja (pp. 9-10).

De manera singular, en el estudio de Park y Chung (2018), se investigó cómo distintos patrones de EAI influyen en la aparición de síntomas depresivos, dificultades en la regulación emocional y el desajuste interpersonal. En una muestra de 1,033 adultos de entre 18 a 64 años utilizaron el PHQ-9 para evaluar la depresión, la DERS para evaluar las dificultades para la regulación emocional, la escala de bienestar psicológico de Ryff, el ACE-Q para evaluar la dosis-respuesta de las EAI, y el ETI en su versión corta y autoaplicada para medir la frecuencia de cada adversidad.

Se empleó un análisis de clases latentes para identificar grupos homogéneos de adultos con patrones similares de EAI. Se encontraron tres clases: el grupo de EAI bajas (61%), el grupo de maltrato infantil (20%) y el grupo de violencia familiar y maltrato infantil (19%). En comparación con los adultos del grupo de EAI bajas, los adultos del grupo de maltrato infantil y los del grupo de violencia familiar y maltrato infantil informaron más síntomas depresivos, más dificultades de regulación emocional y mayor desajuste interpersonal. Se reportó que la exposición a múltiples EAI aumenta la susceptibilidad a desarrollar problemas de salud mental durante la edad adulta (p. 94).

Hallazgos como el anterior, llevaron a algunos investigadores a realizar análisis de mediación. Dragan (2018) estudió la relación entre las dificultades en la regulación emocional, diferentes tipos de psicopatología y las EAI en una muestra de 502 mujeres de 18 a 25 años. Utilizó la DERS, la Symptom Checklist [SCL-27], la Posttraumatic Diagnostic Scale [PDS], el Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT], el Positive Alcohol Metacognitions Scale [PAMS] y el Negative Alcohol Metacognitions Scale [NAMS] para evaluar la psicopatología; y para las EAI utilizó el Childhood Questionnaire.

Encontró que los déficits de regulación emocional fueron el principal mediador entre las EAI y diversos síntomas de psicopatología, incluidos los problemas con la bebida. Por una parte, se reporta que los perfiles de síntomas dependen del tipo de EAI, y el abuso sexual se asoció con la sintomatología más grave de TEPT y problemas con la bebida. Además, el riesgo de cualquier psicopatología aumentó principalmente por las dificultades en la regulación de las emociones, siendo el principal factor transdiagnóstico (pp. 5-7).

En otro estudio de mediación, Orozco-Vargas et al. (2021) analizaron si diferentes estrategias de regulación emocional, tanto adaptativas como desadaptativas, median la relación entre la violencia familiar de origen y la violencia de pareja en población

mexicana.² Un total de 838 participantes (45,9% hombres y 54,1% mujeres) respondieron la CERQ y la DERS para evaluar la regulación emocional,¹ la escala de violencia e índice de severidad y la versión revisada de la CTS para evaluar la violencia familiar de origen y la violencia de pareja, y la Five Facets Mindfulness Questionnaire [FFMQ].³⁰

Los resultados revelaron que los modelos estructurales para hombres y mujeres fueron significativos. Específicamente, los efectos directos de las estrategias adaptativas sobre la violencia de pareja, los efectos directos de la violencia en la familia de origen sobre las estrategias de regulación emocional desadaptativas y los efectos directos de las estrategias desadaptativas sobre la violencia de pareja fueron significativos. A su vez, los efectos indirectos de la violencia familiar de origen se relacionaron con la violencia de pareja a través de estrategias de regulación emocional desadaptativas.¹⁵⁸ Los hombres reportaron niveles más altos de agresión contra las mujeres y una tendencia a utilizar estrategias desadaptativas a diferencia de las mujeres, que emplearon estrategias adaptativas (pp. 10-13).

Asimismo, Oliveros y Coleman (2019) investigaron si la regulación emocional media la relación entre la violencia sufrida en la familia de origen como el maltrato infantil y la exposición a violencia entre los padres durante la infancia y la violencia de pareja en la edad adulta.⁴⁹ En el estudio participaron 475 mujeres y 145 hombres adultos de 18 a 30 años que estaban en una relación romántica de al menos 3 meses. Se evaluó la violencia en la familia de origen mediante el Abuse Within Intimate Relationships Scales [AIRS],²⁸ la regulación emocional mediante la DERS y la violencia de pareja con la versión revisada de la CTS.¹

¹⁹⁸ Se encontró que las dificultades de regulación emocional mediaron la relación entre la violencia en la familia de origen y la violencia de pareja actual, destacando diferencias

entre tipos específicos¹ de violencia en la familia de origen y el género. Estos resultados respaldan una transmisión intergeneracional de la violencia familiar (pp. 12-13).

Finalmente, el estudio más relevante para esta investigación, fue el realizado por Cloitre et al. (2019), quienes evaluaron⁸ la regulación emocional como un mediador potencial entre las EAI y el TEPT, la depresión y la salud física en mujeres.⁹ Realizaron un análisis de mediación en una muestra de 290 mujeres inscritas en un ensayo clínico para el TEPT. Utilizaron la DERS para evaluar la regulación emocional, la PCL-5 para el TEPT, la subescala del Inventario Breve de Síntomas de Depresión [BSI-D] y una versión abreviada del Formulario de Resultados Médicos [SF-8] para conocer la salud física.

³² Se encontró que la regulación emocional medió de forma significativa la relación entre las EAI y las tres áreas que se evaluaron. Las estimaciones de los efectos indirectos estandarizados de las ACE mediados por las puntuaciones de la DERS fueron las siguientes: para el TEPT $\beta = 0,1$, $p < 0,001$; para la depresión $\beta = 0.16$, $p < .001$; y para la salud física $\beta = 0.07$, $p = .002$. De esta forma, se comprueba el éxito del modelo de mediación para estas consecuencias de salud física y mental (pp. 86-89).

Capítulo 7. Estudio 1: Revisión Sistemática de las Propiedades Psicométricas de los Instrumentos desarrollados a partir del ACE-Q

Método

Tipo de estudio

Cuantitativo, transversal.

Diseño de investigación

Investigación teórica, pues en este tipo de diseño se incluyen las investigaciones que recopilan los hallazgos teóricos o metodológicos sobre una temática de investigación específica (Ato et al., 2013).

Estrategia metodológica

Metodología PRISMA 2020, dada su capacidad ²⁹ para mejorar la calidad y transparencia en revisiones sistemáticas mediante un enfoque metodológico con estándares claros, así como su aceptación generalizada y constante actualización como herramienta en la investigación basada en evidencia (Page et al., 2021).

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión. La revisión sistemática incluyó estudios: 1) centrados en el constructo de EAI; 2) relacionados con el desarrollo, adaptación, validación, valoración y/o traducción de instrumentos; 3) publicados en revistas indexadas en JCR con factor de impacto; 4) publicados entre el año de 1998 y 2023; y 5) que emplearan métodos cuantitativos.

Criterios de exclusión. Se excluyeron de la revisión sistemática estudios: 1) que evaluaban propiedades psicométricas de instrumentos relacionados con otros constructos; 2) no centrados específicamente en el desarrollo, adaptación, validación y/o traducción basados en el ACE-Q; 3) e instrumentos que utilizaban métodos cualitativos.

Fuentes de información

Para realizar la búsqueda se seleccionaron bases de datos en inglés, considerando que la gran cantidad de estudios sobre las EAI y los instrumentos desarrollados a partir del ACE-Q se encuentran en este idioma. Con base en esto, las bases de datos seleccionadas para la revisión sistemática fueron PubMed, APA PsycArticles y ScienceDirect.

Estrategia de búsqueda

Considerando el idioma de las bases de datos en las que se realizaría la búsqueda, las palabras clave que se utilizaron fueron: (adverse childhood experiences questionnaire²⁰¹ OR “ACE” OR “ACEs”) AND (“adapt*” OR “psychometr*” OR “valid*” OR “reliability” OR “dimensionality” OR “factor analysis” OR “exploratory analysis”). Para la búsqueda en PubMed, se configuró la búsqueda de palabras clave en los títulos. Para la búsqueda en APA PsycArticles y Science Direct, se configuró la búsqueda de palabras clave en todos los campos.

En cuanto a los filtros que se aplicaron a las búsquedas, en las tres bases de datos se filtraron los resultados para el periodo de 1998 a 2023, considerando el año de la primera publicación del ACE Study (Felitti et al., 1998) hasta el año de realización de este estudio. En ScienceDirect se aplicó un filtro para restringir la búsqueda solamente a artículos de investigación, y un filtro para delimitar la búsqueda a tres áreas temáticas: psicología, ciencias sociales y neurociencias, considerando la posibilidad de que alguno de los estudios haya sido categorizado en dichas áreas temáticas.

Luego de seleccionar los artículos relevantes de las bases de datos, se aplicó un enfoque de ascendencia, en el cual se revisa la lista de referencias de los artículos seleccionados en búsqueda de estudios potencialmente relevantes que pudieran ser integrados al resto de estudios de la revisión sistemática.

163

Proceso de selección de los estudios

Inicialmente fueron identificados los estudios de las tres bases de datos que incluyeran en su título o resumen las palabras clave de la búsqueda. Una vez se eliminaron los estudios duplicados, se descartaron los estudios que coincidieron con alguno de los criterios de exclusión. Posteriormente, se realizó la búsqueda y recuperación de los estudios restantes y fueron evaluados para elegibilidad, descartando aquellos que tuvieron que ser excluidos por distintas razones.

Por otro lado se identificaron estudios adicionales mediante el enfoque de ascendencia, que consiste en realizar una búsqueda en la lista de referencias de los estudios para incluirlos en la revisión. Estos estudios también fueron evaluados para elegibilidad, descartando aquellos que tuvieron que ser excluidos por distintas razones. El total de estudios seleccionados mediante el enfoque de ascendencia se sumaron al total de estudios seleccionados para la revisión sistemática procedentes de las tres bases de datos. Finalmente, se descartaron estudios que no obtuvieron un puntaje mínimo de 10 en la rúbrica de evaluación de propiedades psicométricas que fue utilizada para esta revisión y que se presenta posteriormente en este apartado. De esta manera se obtuvo el total de estudios seleccionados para la revisión sistemática.

Durante todo este proceso, un solo autor se encargó del cribado de cada estudio, siendo supervisado y orientado por dos autores que trabajaron de manera independiente durante el proceso de selección de los estudios.

Proceso de extracción de los datos

Para realizar el proceso de extracción de los datos, uno de los autores se encargó de recopilar los datos de cada estudio para posteriormente ser revisados por dos autores de

manera independiente, para aceptar o descartar la inclusión de los datos en la revisión sistemática. No se utilizaron herramientas de automatización durante este proceso.

Evaluación del riesgo del sesgo de los estudios individuales

El método utilizado para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos, consistió en que uno de los autores se encargó de la selección de los estudios y la extracción de los datos, siguiendo los criterios de elegibilidad y las propiedades psicométricas que son objetivo de la revisión. Posteriormente, los datos recopilados de los estudios seleccionados fueron revisados por dos autores diferentes que trabajaron la información de manera independiente. No se utilizaron herramientas de automatización durante este proceso.

Métodos de síntesis

Para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis, se tomaron en cuenta los criterios de elegibilidad, las adaptaciones de instrumentos a diferentes países y las propiedades psicométricas que se reportan en los estudios. Considerando estos elementos, se seleccionaron y dividieron los instrumentos para cada síntesis.

Evaluación del sesgo en la publicación

Para llevar a cabo esta evaluación, los revisores realizaron búsquedas exhaustivas en múltiples bases de datos, incluyendo bases de datos académicas como no académicas, y buscaron informes y estudios no publicados como tesis o informes técnicos. También se contactó con expertos en el campo y autores de estudios incluidos en la revisión para obtener información adicional sobre cualquier estudio no publicado o datos no informados.

De esta forma, se examinó si existía una tendencia hacia la publicación de resultados positivos o favorables sobre la validez, fiabilidad u otras características de los instrumentos, considerando por otra parte que los resultados negativos o desfavorables no se publican o se encuentran subrepresentados. Así se garantiza que la revisión sistemática

no esté sesgada hacia resultados positivos o favorables y que se tenga en cuenta toda la evidencia disponible, tanto publicada como no publicada. Esto mejora la validez y la confiabilidad de los resultados de la revisión y proporciona una imagen más precisa de las propiedades psicométricas de los instrumentos incluidos en la revisión sistemática.

Evaluación de la certeza de la evidencia

La evaluación de la certeza de la evidencia se realizó a partir de un enfoque estandarizado: el enfoque GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation), que proporciona un marco sistemático para evaluar la certeza de la evidencia con base en los siguientes aspectos.

1. La identificación de los resultados clave, considerando la fiabilidad, validez y dimensionalidad de los instrumentos.
2. La evaluación de la calidad de la evidencia, considerando el diseño de los estudios, el riesgo de sesgo, la consistencia de los resultados, la precisión de las estimaciones y la aplicabilidad de los resultados.
3. La asignación de la certeza de la evidencia, asignando una clasificación cualitativa para cada resultado clave. Esta clasificación puede ser alta, moderada, baja o muy baja y refleja el grado de confianza que se tiene en los resultados y su capacidad para respaldar conclusiones o recomendaciones.
4. La presentación de los resultados de manera clara y transparente, utilizando tablas o gráficos para mostrar la clasificación de la certeza de la evidencia y resumir los hallazgos clave.

Taxonomía de las propiedades psicométricas

Para definir las propiedades psicométricas de fiabilidad y validez se utilizó la taxonomía propuesta por Polit (2015) y Polit y Yang (2016). Se tomaron en cuenta los estudios que

evaluaran cualquiera de las propiedades psicométricas que aparecen descritas a continuación:

Consistencia interna: Se refiere al grado en que los ítems miden el mismo constructo y si los ítems seleccionados están interrelacionados entre sí.

Test-retest: Evalúa la estabilidad y reproducibilidad de los resultados, partiendo del supuesto de que el rasgo objeto de estudio no ha cambiado en los sujetos.

Error estándar de medición: Examina en qué medida los resultados del instrumento están libres de error de medición.

Validez de contenido: Se refiere a la idoneidad y la relevancia de los ítems de un instrumento para representar la naturaleza y dimensionalidad del constructo que es objeto de estudio.

Validez concurrente: Comprueba si los resultados son coherentes en comparación con otro instrumento de referencia que mide el mismo constructo.

Validez discriminante: Prueba las hipótesis de que el instrumento mide el constructo objeto de estudio y no un constructo diferente al previsto.

Validez discriminativa: Examina el grado en que el instrumento discrimina entre grupos con diferencias que teóricamente están presentes con respecto al constructo objeto de estudio.

Validez de constructo: Valora si el instrumento capta la dimensionalidad hipotética del constructo objeto de estudio, utilizando análisis factorial.

Validez convergente: Evalúa la correlación entre las puntuaciones del constructo objeto de estudio y las de un constructo de convergencia conceptual.

Validez predictiva: Comprueba si el instrumento predice aquellos constructos que teóricamente debería predecir.

Rúbrica de evaluación de las propiedades psicométricas de los instrumentos

Con base en la taxonomía de propiedades psicométricas de Polit (2015) y Polit y Yang (2016), se utilizó una rúbrica de evaluación de los instrumentos siguiendo la propuesta de Toma (2020, p. 146). Esta rúbrica considera cuatro áreas de evaluación para los instrumentos: marco teórico, fiabilidad, validez y dimensionalidad, generando una puntuación total que va de 0 a 27.

Se realizó una modificación a la rúbrica de Toma (2020) en la puntuación del área de evaluación del marco teórico, que anteriormente se puntuaba con 0 si en el estudio no se reportaban aspectos teóricos relacionados al constructo de interés y se puntuaba con 3 en caso de sí presentar estos antecedentes o bases teóricas. Para este estudio, se modificó el término “marco teórico” por "revisión de literatura", debido a que se consideró más apropiado considerando la información aportada por los estudios sobre EAI. En cuanto a la puntuación, para alcanzar la puntuación máxima de 3 en el área de revisión de literatura los estudios deben cumplir tres aspectos: 1) definir las EAI; 2) describir las categorías de EAI estudiadas; y 3) proporcionar evidencia de la relación de EAI con problemas de salud y/o desarrollo.

Para evaluar la fiabilidad, validez y dimensionalidad de los instrumentos, se siguieron los mismos criterios y puntuaciones utilizadas por Toma (2020). Para evaluar la fiabilidad se asignaron las siguientes puntuaciones a los estudios que informaban valores de consistencia interna: 0 (si no se informaba o $\alpha < 0.60$), 1 ($\alpha = 0.61-0.70$), 2 ($\alpha = 0.71-0.80$) y 3 ($\alpha > 0.80$). Los estudios que informaban fiabilidad test-retest recibieron las siguientes puntuaciones: 0 (si no se informaba o $r < 0.60$), 1 ($r = 0.61-0.70$), 2 ($r = 0.71-0.80$) y 3 ($r > 0.80$). Además, los estudios que informaban error estándar de medición recibieron puntuaciones de 0 (si no se informaba) y 3 (si se informaba el error estándar de medición).

Para la evaluación de la validez, los estudios que reportan evidencias de validez recibieron las siguientes puntuaciones: 0 (si no se reportan evidencias de validez), 3 (si se reportan de 1 a 2 evidencias de validez), 6 (si se reportan de 3 a 4 evidencias de validez) y 9 (si se reportan más de 4 evidencias de validez).

Finalmente, para evaluar la dimensionalidad, los estudios que reportan análisis factorial se puntuaron de la siguiente manera: 0 (si no se reporta ningún tipo de análisis factorial), 3 (si se utiliza una puntuación global para instrumentos unidimensionales o si se utilizan puntuaciones de cada dimensión en instrumentos multidimensionales) y 3 (si el análisis factorial refleja factores apropiados para los instrumentos). La puntuación total de acuerdo a estas áreas de evaluación oscila entre 0 a 27 puntos, lo que sugiere que a mayor puntuación mayor es la calidad psicométrica de los instrumentos para evaluar las EAI.

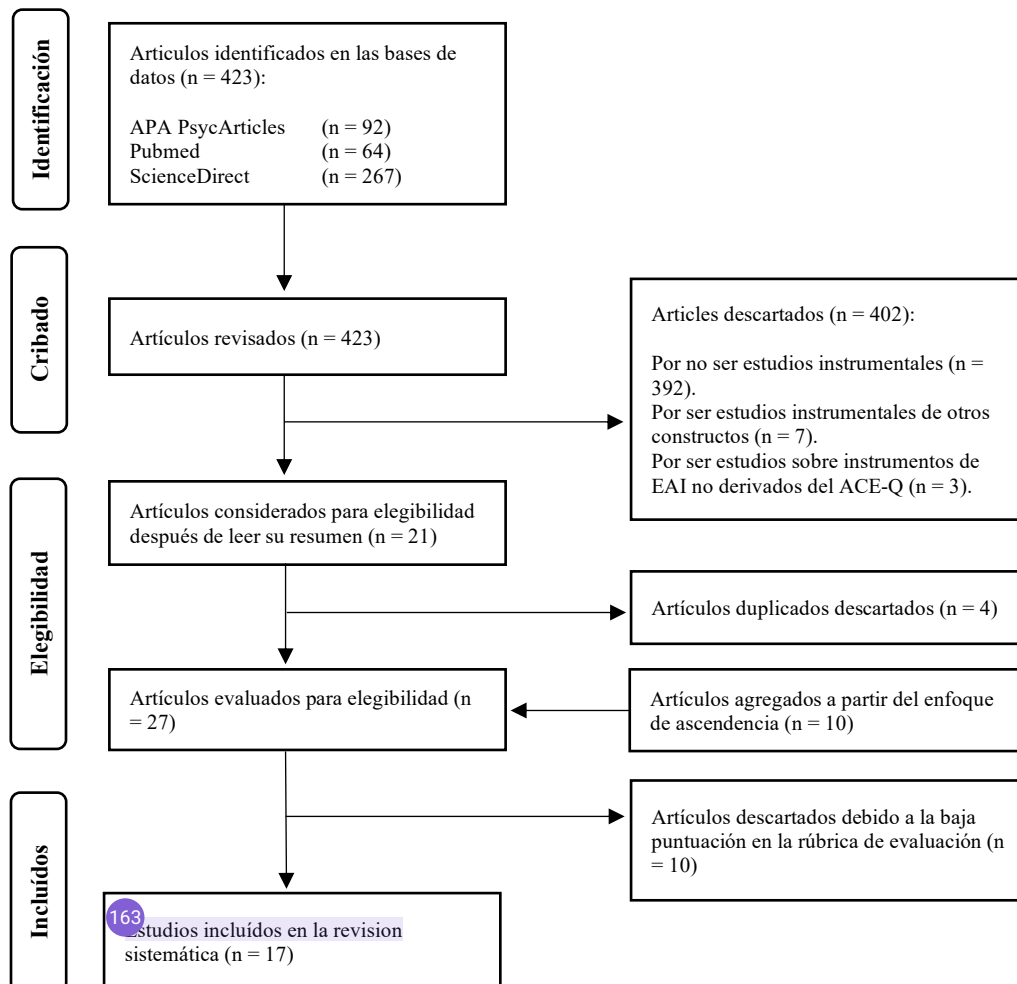
Resultados

Utilizando la metodología PRISMA 2020 para revisiones sistemáticas, se identificaron un total de 27 estudios para su elegibilidad. Entre estos, 17 se obtuvieron de búsquedas en tres bases de datos y los 10 restantes se obtuvieron mediante el enfoque de ascendencia. Finalmente, de estos 27 estudios se excluyeron 10 debido a puntajes bajos en la rúbrica de evaluación, por lo que un total de 17 estudios fueron incluidos en la revisión sistemática.

Estas bajas puntuaciones se debieron a que en algunos estudios no se realizaron análisis de fiabilidad de los instrumentos (Colman ¹ et al., 2015; Cross et al., 2023; Finkelhor et al., 2013; Finkelhor et al., 2015; Merrick et al., 2017; Wade et al., 2016); y en otros no se reportaron evidencias ⁵ de validez concurrente, de constructo, de contenido, convergente, discriminante, discriminativa o predictiva (Colman ⁴³ et al., 2015; Cross et al., 2023; Dube et al., 2004; ⁸⁷ Finkelhor et al., 2013; Finkelhor et al., 2015; Kazeem et al., 2015; Merrick et al., 2017; Pinto et al., 2014; Wade et al., 2016; Zanotti et al., 2018).

Además, ninguno de estos estudios obtuvo la puntuación máxima en el área de revisión de literatura, por lo que su puntaje total en sus propiedades psicométricas fue menor que en los estudios incluidos en la revisión. El proceso selección de estudios para la revisión sistemática de acuerdo a PRISMA 2020 se muestra en la Figura 1.

Figura 1. Diagrama de flujo según PRISMA 2020



Para sintetizar la información de los estudios incluidos en la revisión sistemática, en la Tabla 3 se muestra el país, el tamaño de la muestra, la población y tipo de muestra, y la teoría de medición utilizada en psicometría de cada estudio instrumental. Diez de los

estudios incluidos en la revisión sistemática se realizaron en los Estados Unidos, y los siete restantes en Australia, Canadá, China, Francia, Alemania, Malaui y Rumania.

Los tamaños de muestra variaron entre los estudios, desde el más pequeño que recopiló datos de 79 participantes, hasta el más grande que reunió información de 97,314 participantes. Las poblaciones estudiadas también mostraron variación, mayormente enfocadas en adultos, seguidas por adolescentes, padres/cuidadores, niños, mujeres, estudiantes, familias, hermanos y pacientes.

En cuanto a las teorías de medición utilizadas en los estudios, solo uno optó por la teoría de respuesta al ítem (Mei et al., 2022), uno combinó teoría de respuesta al ítem y teoría clásica de los tests (Louise et al., 2023), mientras que los estudios restantes se adhirieron al marco de la teoría clásica de los tests. La síntesis de esta información general de los estudios incluidos en la revisión sistemática puede observarse en la Tabla 1.

Tabla 1. Estudios incluidos en la revisión sistemática

ID. Estudio. DOI	País	Tamaño de muestra	Población, tipo de muestra	Teoría	
				TCT	TRI
1. Afifi et al. (2017). https://doi.org/10.1016/j.chiab.2017.01.014	Estados Unidos	n = 8316	Adultos	S	N
2. Afifi et al. (2020). https://doi.org/10.1186/s12887-020-02063-3	Canadá	n ₁ = 1002 n ₂ = 1000	Adolescentes Padres	S	N
3. Bethell et al. (2017). https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.04.161	Estados Unidos	n = 95667	Niños	S	N
4. Choi et al. (2020). https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105216	Estados Unidos	n ₁ = 7710 n ₂ = 659 n ₃ = 665	Padres/cuidadores , BI-SPI Mujeres, BI-PVD Adultos	S	N
5. Conway & Lewin (2022). https://doi.org/10.1037/tra0001223	Estados Unidos	n = 338	Adolescentes	S	N
6. Ford et al. (2014). https://doi.org/10.1037/a0037723	Estados Unidos	n ₁ = 27545 n ₂ = 57703	Adultos	S	N

7.	Hawes et al. (2021). https://doi.org/10.1037/amp0000760	Australia	n ₁ = 515 n ₂ = 168	Padres/cuidadores Familias	S	N
8.	Ho et al. (2019). https://doi.org/10.1016/j.chiab.2018.11.009	China	n = 433	Estudiantes	S	N
9.	Kidman et al. (2019). https://doi.org/10.1016/j.chiab.2019.03.015	Malawi	n = 410	Adolescentes	S	N
10.	Louise et al. (2023). https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.107007	Francia	n = 367	Adultos	S	S
11.	Mer et al. (2022). https://doi.org/10.1186/s40352-022-00198-2	Estados Unidos	n = 97314	Adultos	N	S
12.	Meinck et al. (2017). http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.08.016	Rumania	n = 1733	Adolescentes	S	N
13.	Mersky et al. (2016). https://doi.org/10.1177/1077559516679513	Estados Unidos	n = 1241	Mujeres	S	N
14.	Mersky et al. (2021). https://doi.org/10.1037/tra0000833	Estados Unidos	n = 1747	Mujeres	S	N
15.	Morril et al. (2019). https://doi.org/10.1037/pas0000691	Estados Unidos	n = 1194	Hermanos	S	N
16.	Schnarrs et al. (2022). https://doi.org/10.1016/j.chiab.2022.105570	Estados Unidos	n = 1725	Adultos, MSG	S	N
17.	Wingenfeld et al. (2011). http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1263161	Alemania	n ₁ = 102 n ₂ = 99 n ₃ = 100	Pacientes Estudiantes Adultos	S	N

Nota: S: Sí; N: No; BI-PVD: Bajos Ingresos de un Programa de Visitas Domiciliarias; BI-SPI: Bajo Investigación por Servicios de Protección Infantil; MSG: Minorías Sexuales y de Género; n: Número de muestra; TCT: Teoría Clásica de los Test; TRI: Teoría de Respuesta al Ítem.

Para presentar las características generales de los instrumentos, en la Tabla X se muestra el código psicométrico de los instrumentos, el tipo de estudio instrumental, el número de ítems, el tipo de medida y los factores que componen cada instrumento. El instrumento más utilizado fue el ACE-Q en cuatro estudios [1, 2, 15 y 17], seguido por el ACE-IQ en tres estudios [8, 9 y 10].

El ACE-IQ (OMS, 2015) consta de 43 ítems que incluyen múltiples dominios de adversidad, con variaciones en el tipo de medida de los ítems. Los dominios de matrimonio y entorno familiar utilizan principalmente respuestas dicotómicas (sí/no), aunque este último también incluye 11 ítems en una escala Likert de cinco puntos. Ambos dominios ofrecen opciones para negarse a responder. El dominio de victimización entre pares tiene dos ítems en escala Likert y uno con siete opciones de respuesta para identificar la forma principal de acoso. Los dominios de violencia comunitaria y exposición a la guerra utilizan escalas Likert de cuatro puntos. Todos los ítems en estos dominios brindan a los encuestados la opción de negarse a responder.

La Childhood Experiences Survey [CES] se utilizó en dos estudios [4 y 13]. Esta encuesta consta de 17 ítems, diez ítems adaptados del ACE-Q y siete ítems adicionales derivados de evidencia empírica sobre adversidades complementarias. Estas adversidades se categorizan en cuatro factores: victimización interpersonal y disfunción familiar, negligencia, pobreza extrema y pérdida familiar y separación. En cuanto al tipo de medida de los ítems, siete son de respuesta dicotómica (sí/no), tres emplean una escala Likert de tres puntos que va desde "nunca" hasta "más de una vez", y siete ítems utilizan una escala Likert de cinco puntos que va desde "nunca" hasta "muy a menudo".

El Behavioral Risk Factor Surveillance System Adverse Childhood Experiences module [BRFSS-ACE] se utilizó en dos estudios [6 y 11]. Consta de 11 ítems agrupados en tres factores: disfunción familiar, abuso emocional/físico y abuso sexual. Sobre el tipo de medida, cinco ítems de la dimensión de disfunción familiar utilizan una respuesta dicotómica (sí/no), mientras que tres ítems en las dimensiones de abuso emocional/físico y abuso sexual utilizan una escala Likert de tres puntos, que va desde "nunca" hasta "más de una vez".

La ¹⁰⁰ National Survey of Children's Health Adverse Childhood Experiences [NSCH-ACE] fue utilizada por Bethell et al. (2017). Este instrumento consta de 9 ítems diseñados para evaluar las EAI de forma unidimensional. Ocho ítems utilizan un formato de respuesta dicotómico (sí/no), mientras que un ítem utiliza una respuesta de ²⁰ escala Likert de cuatro puntos, que va desde "nunca" hasta "muy a menudo".

La Adverse Experiences Survey [AES] fue empleada por Mersky et al. ⁷ (2021). Consta de 10 ítems agrupados por igual en dos factores: adversidades con pareja, cónyuge o miembro del hogar, y otras adversidades. Cuatro de estos ítems utilizan un formato de respuesta dicotómico (sí/no), tres ítems utilizan ² una escala Likert de cinco puntos que va desde "nunca" hasta "muy a menudo", mientras que los tres ítems restantes preguntan si dichas adversidades se experimentaron "una vez" o "más de una vez".

³¹ La Sexual and Gender Minority Adverse Childhood Experiences [SGM-ACE] fue desarrollada por Schnarrs et al. (2022). Consta de 17 ítems, con diez ítems adaptados del ACE-Q y siete ítems creados en base a investigaciones cualitativas sobre adversidades reportadas por individuos dentro de la comunidad LGBTQ+. Estos ítems se agrupan en una dimensión para evaluar las SGM-ACEs. En cuanto al formato de respuesta, quince ítems utilizan ¹ una escala Likert de cinco puntos que va desde "nunca" hasta "siempre", un ítem emplea una respuesta dicotómica (sí/no), y el ítem que pregunta si un miembro de la familia fue a prisión tiene cinco opciones de respuesta: "nunca", "un poco de mi vida antes de los 18 años", "algo de mi vida antes de los 18 años", "la mayor parte de mi vida antes de los 18 años" y "toda mi vida antes de los 18 años".

⁴⁰ El Adverse Childhood Experiences Abuse Short Form [ACE-ASF], adaptado por Meinck et al. (2017), incluye únicamente adversidades relacionadas con el abuso infantil.

² Consta de 8 ítems agrupados en dos factores: abuso físico/emocional y abuso sexual. El

formato de respuesta utiliza ¹ una escala Likert de cuatro puntos que va desde "nunca" hasta "muchas veces", y cada ítem incluye una opción para negarse a responder.

La Immigrant-Specific Adverse Childhood Experiences [ACE-I] fue desarrollada por Conway y Lewin (2022) para evaluar eventos potencialmente traumáticos relacionados con la inmigración. Presenta 13 ítems agrupados en tres factores: disturbios/violencia en el país de origen, viaje peligroso e inestabilidad de la inmigración. ⁴⁹ El formato de respuesta para los trece ítems es dicotómico (sí/no).

La ALES fue desarrollada por Hawes et al. (2021). Consta de 24 ítems que incluyen adversidades del ACE-Q e integra adversidades de estudios previos que proponían expandir las categorías de ACE. Se crearon dos versiones, una para padres/cuidadores y otra para las adversidades experimentadas por sus hijos, con padres/cuidadores respondiendo en ambos casos. En cuanto al formato de respuesta, todos los ítems son dicotómicos (sí/no), y también agrega un tipo de respuesta para indicar la exposición a adversidades en diferentes etapas del desarrollo. En la escala de los niños, las opciones de respuesta se dan en cinco categorías de edad (0-1; 2-3; 4-5; 6-8; y 9-12 años). En la escala de padres/cuidadores, además de estas categorías de edad, incluye adolescencia (13 a 17 años), edad adulta (18 años), y exposición a adversidades durante el embarazo y en la vida de los padres. Las características generales sobre estos instrumentos puede observarse en la Tabla 2.

Tabla 2. Características generales de los instrumentos

ID. Estudio	Código psicométrico	Tipo de estudio ^a	Ítems	Tipo de medida	Factores
1. Afifi et al. (2017)	ACE-Q	A V	5 ítems	Likert (Frecuencia)	U: Physical/ emotional abuse
2. Afifi et al. (2020)	ACE-Q	A V	Padres: 15 ítems F1: 7 ítems F2: 8 ítems	Dicotómica (Sí/No) Likert (Frecuencia)	Padres y adolescentes: F1: Child maltreatment and

			Adolescentes: 13 items F1: 5 items F2: 8 items		peer victimization F2: Household challenges
3. Bethell et al. (2017)	NSCH-ACE	A V	9 items	Dicotómica (Sí/No)	U: Adverse childhood experiences
4. Choi et al. (2020)	CES	A V	17 items F1: 8 items F2: 2 items F3: 3 items F4: 4 items	Dicotómica (Sí/No) Likert (Frecuencia)	F1: Direct victimization/househ old dysfunction F2: Neglect F3: Poverty F4: Family separation and loss
5. Conway & Lewin (2022)	ACE-I	D V	13 items F1: 5 items F2: 4 items F3: 4 items	Dicotómica (Sí/No)	F1: Unrest/Violence in Home Country F2: Dangerous journey F3: Immigration instability
6. Ford et al. (2014)	BRFSS-ACE	A V	11 items F1: 5 items F2: 3 items F3: 3 items	Dicotómica (Sí/No)	F1: Household dysfunction F2: Emotional/physical abuse F3: Sexual abuse
7. Hawes et al. (2021)	ALES	D V	24 items	Dicotómica (Sí/No) Momento de desarrollo	U: Adverse life experiences
8. Ho et al. (2019)	ACE-IQ	T V	29 items F1: 13 items F2: 8 items F3: 8 items	Dicotómica (Sí/No) Likert (Frecuencia)	F1: Child maltreatment F2: Family/household dysfunction F3: Violence outside the home
9. Kidman et al. (2019)	ACE-IQ	A V	29 items F1: 13 items F2: 8 items F3: 8 items	Dicotómica (Sí/No) Likert (Frecuencia)	F1: Child maltreatment F2: Family dysfunction F3: Violence outside the home
10. Louise et al. (2023)	ACE-IQ	T V	29 items F1: 13 items F2: 8 items F3: 8 items	Dicotómica (Sí/No) Likert	F1: Child maltreatment F2: Family dysfunction

				(Frecuencia)	F3: Violence outside the home
11. Mei et al. (2022)	BRFSS-ACE	V	11 items F1: 5 items F2: 3 items F3: 3 items	Dicotómica (Sí/No) Likert (Frecuencia)	F1: Household dysfunction F2: Emotional/physical abuse F3: Sexual abuse
12. Meinck et al. (2017)	ACE-ASF	V	8 items F1: 4 items F2: 4 items	Likert (Frecuencia)	F1: Physical/emotional abuse F2: Sexual abuse
13. Mersky et al. (2016)	CES	A V	16 items F1: 8 items F2: 2 items F3: 3 items F4: 3 items	Dicotómica (Sí/No) Likert (Frecuencia)	F1: Interpersonal victimization & household dysfunction F2: Neglect F3: Extreme poverty F4: Family loss and separation
14. Mersky et al. (2021)	AES	A V	10 items F1: 5 items F2: 5 items	Dicotómica (Sí/No) Likert (Frecuencia)	F1: Partner, spouse or household member adversities. F2: Other adversities.
15. Morril et al. (2019)	ACE-Q	A V	22 items F1: 14 items F2: 3 items F3: 5 items	Dicotómica (Sí/No)	F1: Chaotic families F2: Stressful environment F3: Poor family-environment fit
16. Schnarrs et al. (2022)	SGM-ACE	D V	7 items	Likert (Frecuencia)	U: Sexual and gender minority adverse childhood experiences
17. Wingenfeld et al. (2011)	ACE-Q	T V	10 items F1: 5 items F2: 5 items	Dicotómica (Sí/No)	F1: Child maltreatment F2: Household dysfunction

^a Tipo de estudio: A = Adaptación; D = Desarrollo; T = Traducción; V = Validación.

Nota. ACE-ASF: Adverse Childhood Experiences Abuse Short Form; ACE-DQ: Adverse Childhood Experiences-Dimensions Questionnaire; ACE-I: Immigrant-Specific Adverse Childhood Experiences; ACE-IQ: Adverse Childhood Experiences International Questionnaire; ACE-Q: Adverse Childhood Experiences Questionnaire; AES: Adverse Experiences Survey; ALES: Adverse Life Experiences Scale; BRFSS-ACE: Behavioral Risk Factor Surveillance System Adverse Childhood Experiences module; CES: Childhood Experiences Survey; F: Factor; NSCH-ACE: National Survey of Children's Health Adverse Childhood Experiences; SGM-ACE: Sexual and Gender Minority Adverse Childhood Experiences; U: Unidimensional.

En cuanto a los datos de fiabilidad y estructura interna de los instrumentos, se examinó su consistencia interna, fiabilidad test-retest, análisis de invarianza y análisis factorial. Entre los 17 estudios revisados, nueve [2, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 16 y 17] calcularon la consistencia interna utilizando el coeficiente alfa de Cronbach, con valores que oscilaron entre $\alpha = .71$ y $\alpha = .89$. Un estudio [11] calculó la consistencia interna utilizando el coeficiente Omega, con un valor de $\omega = .906$. Otro estudio [14] evaluó la consistencia interna utilizando la Fórmula Kuder-Richardson 20, con valores que variaron entre $KR-20 = .77$ y $.81$. Cuatro estudios [7, 8, 10 y 13] evaluaron la fiabilidad test-retest mediante el Coeficiente de Correlación Intraclass, con valores que variaron entre $ICC = .79$ y $.91$ en los puntajes totales de los instrumentos. Y un estudio [14] calculó la confiabilidad test-retest con el coeficiente Kappa, con un valor de $k = .83$.

En relación con los análisis de invarianza, cuatro estudios [4, 6, 11 y 12] evaluaron la invarianza configuracional, encontrando que la estructura del instrumento es similar entre los diferentes grupos; tres estudios [6, 11 y 12] evaluaron la invarianza métrica, encontrando que la relación entre los ítems de los instrumentos y el constructo es similar entre los diferentes grupos; y tres estudios [4, 11 y 12] llevaron a cabo análisis de invarianza escalar, revelando que las categorías de respuesta de los ítems de los instrumentos poseen cargas factoriales similares en algunos grupos, aunque muestran variaciones en otros. Los análisis de invarianza reportados en estos estudios se realizaron en diferentes grupos de edad, raza/etnia, género, ingresos/clase socioeconómica y orientación sexual.

En cuanto a los análisis factoriales aplicados a los instrumentos, en nueve estudios [1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 14 y 16] se realizaron análisis factoriales confirmatorios y en siete estudios [6, 9, 11, 12, 13, 14 y 16] análisis factoriales exploratorios. Además, tres estudios

[6, 11 y 12] realizaron análisis factoriales confirmatorios multinivel y solo en un estudio [15] se realizó un análisis factorial multinivel.

Se exploraron las condiciones en las que se llevaron a cabo los análisis factoriales, los modelos de ecuaciones estructurales y los análisis de clases latentes, encontrando que de los 17 estudios, tres [9, 10, 16] realizaron análisis de componentes principales; tres [3, 4, 14] utilizaron modelos de ecuaciones estructurales; dos [3 y 8] emplearon análisis de clases latentes; y uno [15] de los estudios utilizó un modelo de ecuaciones estructurales multinivel.

Además, varios estudios implementaron estrategias para abordar la no normalidad multivariada. Cuatro estudios [2, 4, 6, 9] utilizaron matrices de correlación tetracóricas; dos estudios [12, 13] utilizaron matrices de correlación policóricas; dos estudios [11, 14] emplearon máxima verosimilitud con información completa; y un estudio [6] aplicó la chi-cuadrado de Satorra-Bentler. Solo un estudio [16] utilizó la máxima verosimilitud como prueba para valores atípicos multivariados.

Con respecto al software utilizado para el análisis de datos, diez estudios [1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 13, 14 y 15] utilizaron Mplus versión 7.0 y versiones posteriores hasta la versión 8.4; tres estudios [6, 10 y 16] emplearon el software R versión 3.0 y versiones posteriores hasta la versión 3.6; un estudio [8] utilizó STATA SE versión 14.1; y otro estudio [17] utilizó SPSS versión 17.

En cuanto al método de estimación utilizado en los estudios, nueve [1, 2, 3, 4, 5, 6, 11, 12 y 13] emplearon Mínimos Cuadrados Ponderados y Ajustados por la Varianza; un estudio [3] utilizó la Estimación de Máxima Verosimilitud Robusta; uno [15] empleó la Estimación Bayesiana; y otro [16] utilizó Mínimos Cuadrados Ponderados y Factorización de Ejes Principales.

En relación con los criterios de selección de modelos, dos estudios [3 y 8] emplearon el Criterio de Información Bayesiano y un estudio [8] utilizó el Criterio de Información de Akaike junto con el Criterio de Información Bayesiano Ajustado por el Tamaño de la Muestra.

En cuanto a las pruebas de ajuste de los modelos, un estudio [3] utilizó la Prueba de Lo-Mendell-Rubin y otro estudio [8] empleó la Prueba de Razón de Verosimilitud Bootstrap. Solo un estudio utilizó la Entropía como medida de clasificación en modelos mixtos. Finalmente, doce de los estudios [1, 2, 3, 4, 5, 6, 11, 12, 13, 14, 15 y 16] reportaron buenos índices de ajuste después de llevar a cabo los respectivos análisis.

Por otro lado, en la Tabla 3 se puede observar una síntesis de las evidencias de validez concurrente, de contenido, convergente, discriminante, discriminativa y predictiva que se reportan en los estudios incluidos en la revisión sistemática. Se muestra en la tabla el tipo de validez, las variables asociadas, el ID de los estudios y los instrumentos utilizados para cada evidencia de validez.

Tabla 3. Evidencias de validez de los instrumentos

Tipo de validez	Variables	ID de los estudios	Instrumentos
Concurrente	Experiencias adversas en la infancia	5, 7	ACE-I, ALES
	Perpetración de bullying	12	ACE-ASF
	Victimización por bullying	12	ACE-ASF
	Trauma en la infancia	17	ACE-Q
	Comportamiento externalizante	12	ACE-ASF
	Calidad de vida relacionada con la salud	12	ACE-ASF
	Comportamiento internalizante	12	ACE-ASF
	Satisfacción con la vida	12	ACE-ASF
	Múltiples quejas de salud	12	ACE-ASF
	Salud percibida	12	ACE-ASF
Contenido	Experiencias adversas en la infancia	8, 17	ACE-IQ, ACE-Q
Convergente	Experiencias adversas en la infancia	16	SGM-ACE
	Ansiedad	10	ACE-IQ
	Estrés en la infancia	15	ACE-Q

	Depresión	10	ACE-IQ
	Abuso emocional, abuso físico y negligencia	7	ALES
	Estrés percibido	13	CES
	Calidad del entorno familiar	7	ALES
	Tabaquismo	13	CES
Discriminante	Ansiedad	17	ACE-Q
	Trauma en la infancia	17	ACE-Q
	Depresión	17	ACE-Q
	Tener hijos propios	15	ACE-Q
	Quejas físicas	17	ACE-Q
Discriminativa	Experiencias adversas en la infancia	4, 17	CES, ACE-Q
	Consumo de alcohol	1	ACE-Q
	Ansiedad	4, 7, 16, 17	CES, ALES, SGM-ACE, ACE-Q
	Comportamiento en la infancia y psicopatología	7	ALES
	Síntomas de trastorno de estrés en la infancia	7	ALES
	Depresión	1, 4, 7, 9, 14, 16, 17	ACE-Q, CES, ALES, ACE-IQ, AES, SGM-ACE
	Uso de drogas	1	ACE-Q
	Problemas emocionales, de comportamiento y del desarrollo	3	NSCH-ACE
Predictiva	Salud mental	15	ACE-Q
	Estrés percibido	13	CES
	Quejas físicas	17	ACE-Q
	Salud física	14, 15	AES, ACE-Q
	Estrés postraumático	14, 16	AES, SGM-ACE
	Distrés psicológico	7	ALES
	Repetir un grado escolar	3	NSCH-ACE
	Resiliencia	3	NSCH-ACE
	Participación escolar	3	NSCH-ACE
	Salud mental autoevaluada	2	ACE-Q
	Salud física autoevaluada	2	ACE-Q
	Tabaquismo	13	CES
	Funcionamiento social	15	ACE-Q
	Estrés	7	ALES
	Intento de suicidio	1	ACE-Q

Nota. ACE-ASF: Adverse Childhood Experiences Abuse Short Form; ACE-DQ: Adverse Childhood Experiences-Dimensions Questionnaire; ACE-I: Immigrant-Specific Adverse Childhood Experiences; ACE-IQ: Adverse Childhood Experiences International Questionnaire; ACE-Q: Adverse Childhood Experiences Questionnaire; AES: Adverse Experiences Survey; ALES: Adverse Life Experiences Scale; BRFSS-ACE: Behavioral Risk Factor Surveillance System Adverse Childhood Experiences module; CES:

Childhood Experiences Survey; NSCH-ACE: National Survey of Children's Health Adverse Childhood Experiences; SGM-ACE: Sexual and Gender Minority Adverse Childhood Experiences.

Finalmente, a partir de la síntesis y evaluación de los instrumentos según la rúbrica de Toma (2020), se encontró que las puntuaciones de los instrumentos oscilan entre 11 y 20. Aquellos con mayor calidad psicométrica fueron los desarrollados por Mersky et al. (2016; 2021), Morril et al. (2019) y Schnarrs et al. (2022), con puntuaciones que van de 17 a 20. El resto de instrumentos recibieron puntuaciones entre 11 y 15 puntos. Los áreas de evaluación y las puntuaciones de cada estudio se pueden observar en la Tabla 4.

Tabla 4. Rúbrica de evaluación de las propiedades psicométricas de los instrumentos

ID. Estudio	Revisión de literatura (0-3)	Fiabilidad ^a (0-9)	Evidencias de validez (0-9)	Dimensionalidad (0-6)	Puntaje total (0-27)
1. Afifi et al. (2017)	Sí (2)	No (0)	Concurrente Constructo (3)	Sí (3) Sí (3)	11
2. Afifi et al. (2020)	Sí (3)	$\alpha = .81$ $\alpha = .71$ (2)	Concurrente Constructo (3)	Sí (3) Sí (3)	14
3. Bethell et al. (2017)	Sí (2)	No (0)	Constructo Predictiva (3)	Sí (3) Sí (3)	11
4. Choi et al. (2020)	Sí (3)	No (0)	Constructo Predictiva Discriminativa (6)	Sí (3) Sí (3)	15
5. Conway y Lewis (2022)	Sí (2)	No (0)	Concurrente Constructo (3)	Sí (3) Sí (3)	11
6. Ford et al. (2014)	Sí (2)	$\alpha = 0.78$ (2)	Constructo (3)	Sí (3) Sí (3)	13
7. Hawes et al. (2021)	Sí (2)	$\alpha = .86$, $\alpha = .80$ (2) ICC = .84–.88 (3)	Concurrente Convergente Predictiva (6)	No (0)	13
8. Ho et al. (2019)	Sí (2)	$\alpha = .83$ (3) ICC = .90 (3)	Contenido (3)	No (0)	11
9. Kidman et al. (2019)	Sí (3)	No (0)	Constructo Predictiva	Sí (3) Sí (3)	12

ID. Estudio	Revisión de literatura (0-3)	Fiabilidad ^a (0-9)	Evidencias de validez (0-9)	Dimensionalidad (0-6)	Puntaje total (0-27)
			(3)		
10. Louise et al. (2023)	Sí (3)	$\alpha = .80$, $\alpha = .72$ (2) ICC = 0.79 (2)	Convergente (3)	Sí (3)	11
11. Mei et al. (2022)	Sí (2)	$\omega = .906$ (3)	Constructo (3)	Sí (3) Sí (3)	14
12. Meinck et al. (2017)	Sí (2)	$\alpha = .71$ (2)	Concurrente Constructo (3)	Sí (3) Sí (3)	13
13. Mersky et al. (2016)	Sí (2)	$\alpha = .82$ (3) ICC = .91 (3)	Constructo Convergente Predictiva (6)	Sí (3) Sí (3)	20
14. Mersky et al. (2021)	Sí (2)	KR-20 = .81 (3) k = .83 (3)	Constructo Predictiva (3)	Sí (3) Sí (3)	17
15. Morril et al. (2019)	Sí (2)	No (0)	Constructo Convergente Discriminante Predictiva (9)	Sí (3) Sí (3)	17
16. Schnarrs et al. (2022)	Sí (3)	$\alpha = .89$ (3)	Constructo Convergente Predictiva (6)	Sí (3) Sí (3)	18
17. Wingenfeld et al. (2011)	Sí (2)	$\alpha = .76$ (2)	Concurrente Contenido Discriminante Discriminativa Predictiva (9)	No (0)	13

Discusión y conclusiones

El objetivo central de este estudio fue realizar una revisión sistemática de las propiedades psicométricas del ACE-Q y sus diversas adaptaciones y versiones siguiendo la metodología PRISMA 2020. Los hallazgos más significativos se pueden inferir a través de la rúbrica de evaluación, una herramienta objetiva que facilitó la comparación de la calidad de los

instrumentos seleccionados para esta revisión. Esta rúbrica permitió excluir de la revisión estudios cuyo análisis de las propiedades psicométricas de los instrumentos para evaluar las EAI fue deficiente (Colman et al., 2015; Cross et al., 2023; Dube et al., 2004; Finkelhor et al., 2013; Finkelhor et al., 2015; Kazeem et al., 2012; Merrick et al., 2017; Pinto et al., 2014; Wade et al., 2016; Zanotti et al., 2018).

Con respecto a los instrumentos que si fueron incluidos en la revisión sistemática, se obtuvieron puntuaciones que oscilan entre 11 a 20, lo que sugiere un nivel aceptable de calidad psicométrica de los instrumentos para evaluar las EAI. Si bien el instrumento empleado por Mersky et al. (2016) logró el puntaje más alto con un total de 20 puntos, ningún instrumento alcanzó la puntuación máxima de 29 puntos ni se acercó a este nivel de calidad psicométrica, lo que plantea cuestiones cruciales sobre la fiabilidad y validez del ACE-Q y sus instrumentos derivados.

En cuanto a la consistencia de los resultados entre diferentes estudios instrumentales, el análisis de los enfoques utilizados para evaluar la consistencia interna sugiere una confiabilidad razonable de los instrumentos (Afifi et al., 2020; Ford et al., 2014; Hawes et al., 2021; Ho et al., 2019; Louise et al., 2023; Mei et al., 2022; Meinck et al., 2017; Mersky et al., 2016, 2021; Schnarrs et al., 2021; Wingenfeld et al., 2011), una capacidad sólida para medir las EAI a lo largo del tiempo (Hawes et al., 2021; Ho et al., 2019; Louise et al., 2023; Mersky et al., 2016, 2021) y para evaluarlas en diversos grupos o contextos para garantizar la comparabilidad (Choi et al., 2020; Ford et al., 2014; Mei et al., 2022; Meinck et al., 2017).

Además, estos instrumentos han demostrado su capacidad para capturar el constructo ACE dentro de las dimensiones, factores y subescalas que los componen, así como han reportado índices de ajuste favorables después de análisis de factores (Afifi et al.,

2017, 2020; Bethell et al., 2017; Choi et al., 2020, Conway & Lewis, 2022; Ford et al., 2014; Mei et al., 2022; Meinck et al., 2017; Mersky et al., 2016, 2021; Morril et al., 2019; Schnarrs et al., 2022).

La consistencia de los resultados en las evidencias de validez de los estudios seleccionados para esta revisión, se alinea en varios aspectos clave. En primer lugar, tanto el ACE-Q como el ACE-IQ capturan de manera efectiva la dimensionalidad del constructo de EAI (Ho et al., 2019, Wingenfeld et al., 2011). Se observa una fuerte relación entre el ACE-Q y sus instrumentos derivados, como el ACE-I, la ALES y el ACE-ASF, confirmando su capacidad para medir el mismo constructo (Conway & Lewin, 2022; Hawes et al., 2021; Meinck et al., 2017; Wingenfeld et al., 2011).

Por otro lado, hay evidencia en los estudios para confirmar que los instrumentos evalúan el constructo de EAI y no otros constructos (Morril et al., 2019; Wingenfeld et al., 2011). Estos instrumentos no solo muestran su capacidad para medir las EAI, sino que también demuestran una notable habilidad para distinguir entre grupos con diferentes niveles de exposición a EAI (Choi et al., 2020; Wingenfeld et al., 2011).

Además, los instrumentos diseñados para evaluar EAI se correlacionan significativamente con puntuaciones de constructos que muestran convergencia conceptual, como ansiedad, depresión (Louise et al., 2023), abuso emocional, abuso físico, negligencia, calidad del entorno familiar (Hawes et al., 2021), estrés percibido, tabaquismo (Mersky et al., 2016) y estrés infantil (Morril et al., 2019).

Asimismo, se infiere a partir de los resultados de este estudio que los instrumentos para evaluar las EAI tienen la capacidad de predecir constructos que teóricamente deberían estar relacionados según la literatura existente. Existe una tendencia notable a asociar las EAI con resultados de salud como depresión (Afifi et al., 2017; Choi et al., 2020; Hawes et

al., 2021, Kidman et al., 2019; Mersky et al., 2021; Schnarrs et al., 2022; Wingenfeld et al., 2011), ansiedad (Choi et al., 2020; Hawes et al., 2021; Schnarrs et al., 2022; Wingenfeld et al., 2011), ¹estrés postraumático (Mersky et al., 2021; Schnarrs et al., 2022) ⁶³y salud física (Schnarrs et al., 2022; Morril et al., 2019).

Por lo tanto, es esencial investigar estas asociaciones en variables menos exploradas ¹⁹⁰para comprender el impacto de las EAI en la salud física y mental, así como en la adopción de comportamientos de riesgo. Estos hallazgos resaltan la capacidad del ACE-Q y sus instrumentos derivados para proporcionar evidencia robusta de validez de contenido, concurrente, discriminante, discriminatoria, convergente y predictiva.

Por otra parte, es necesario destacar que en la revisión sistemática se incluyeron instrumentos que consideran eventos adicionales de adversidad, más allá de los que se abarcan en los dominios del ACE-Q y el ACE-IQ. En el caso del ACE-I, es un instrumento que añade adversidades experimentadas por poblaciones migrantes (Conway & Lewin 2022), y el SGM-ACE integra adversidades experimentadas por minorías sexuales y de género (Schnarrs et al., 2022).

Con respecto a los estudios que fueron excluidos de la revisión dada su baja puntuación en la rúbrica de evaluación, también incluyeron categorías adicionales de adversidad como el castigo físico, formas de victimización en entornos familiares, escolares y comunitarios, así como eventos que pueden ocurrir en el entorno social y facilitar la exposición a otras adversidades (Finkelhor ¹et al., 2013, 2015; Merrick et al., 2017).

Este aspecto ha sido abordado en estudios anteriores, donde se ha sugerido expandir las categorías y dominios de adversidad según la población estudiada ²⁵(Cronholm et al., 2015; Finkelhor et al., 2015). Sin embargo, la inclusión de un mayor número de dimensiones y categorías de EAI patea desafíos para la conceptualización y medición del

constructo, aspecto que forma parte de las principales críticas y preocupaciones en la medición de las EAI (Appleton et al., 2017; Kelly-Irving, & Delpierre, 2019).

En resumen, los hallazgos de la revisión sobre las propiedades psicométricas del ACE-Q y sus derivados destacan la necesidad de instrumentos de medición confiables y válidos para este constructo. Estas herramientas de medición son cruciales para orientar y evaluar modelos de atención primaria, estrategias de salud pública y enfoques comunitarios destinados a abordar las consecuencias de las EAI en la salud y el desarrollo.

Adicionalmente, se enfatiza la importancia de validar culturalmente y adaptar instrumentos de EAI en diferentes poblaciones y contextos, dada la diversidad de adversidades que pueden estar presentes en cada entorno de desarrollo y que pueden dificultar el mantener la consistencia de sus propiedades psicométricas.

Limitaciones e investigaciones a futuro

Entre las limitaciones de esta revisión sistemática, vale la pena mencionar que la selección de bases de datos para la búsqueda de estudios se limitó exclusivamente a bases de datos en inglés, considerando que la mayoría de las publicaciones sobre EAI y sus instrumentos de evaluación se han desarrollado en este idioma. Por lo tanto, en futuros estudios, será necesario considerar la realización de una búsqueda sistemática en un rango más amplio de bases de datos en diferentes idiomas, ya que la investigación sobre EAI y sus formas de evaluación está prosperando a nivel mundial.

En investigaciones futuras, se plantea la posibilidad de desarrollar, adaptar, traducir o validar instrumentos para evaluar las EAI que sean funcionales en nuestro contexto, considerando los hallazgos de esta revisión como antecedente para mejorar el nivel de calidad psicométrica de los instrumentos de medición para este constructo.

Por otro lado, dada la identificación de categorías de adversidad adicionales reportadas en varios estudios, puede ser de gran importancia analizar cuáles de estas categorías son consistentes con la conceptualización de las EAI y cuáles no deberían considerarse parte del constructo. En esta revisión se observó que los investigadores tienden a agregar, eliminar o modificar categorías de EAI para que se ajusten al contexto de investigación. Esto complica la forma en como puede conceptualizarse el constructo, lo que, a su vez, dificulta su medición y aplicación generalizada.

Capítulo 8. Estudio 2: Traducción y Validación de la Adverse Life Experiences Scale a población mexicana

Método

²⁰ *Diseño de investigación*

Se trata de una investigación instrumental en la que se busca la comprensión y mejora en la medición de un constructo a partir del estudio de sus propiedades psicométricas (Ato et al., 2013).

Tipo de muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Participantes. Se incluyeron en el estudio adultos de 18 años o más. Se excluyeron quienes no fueran capaces de leer el consentimiento informado o responder la batería de instrumentos por sí mismos. Y se eliminó de la muestra a quienes no aceptaron el consentimiento informado u omitieron firmarlo, así como quienes no respondieron en 5% o más de los ítems de la batería de instrumentos.

Muestra. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia para la selección de los participantes. La muestra estuvo conformada por 766 personas adultas de distintas partes de México, 424 mujeres y 334 hombres con un promedio de edad de 33 años.

Instrumentos

¹ **Cuestionario de datos sociodemográficos (elaboración propia).** Se trata de un cuestionario de elaboración propia que busca recoger datos de tipo sociodemográfico asociados a las MVVP.

²⁵ **Adverse Life Experiences Scale ALES (Hawes et al., 2021).** Se utilizaron dos versiones traducidas de la ALES. Consta de un cuestionario de 23 ítems con tipo de respuesta dicotómica (Sí/No) para medir las experiencias de vida adversas, denominado ALES-D. Y

para este estudio se incluyó una escala de frecuencia con un tipo de respuesta Likert de cuatro puntos: 1 = “Nunca”, 2 = “Alguna vez”, 3 = “Varias veces”, y 4 = “Todo el tiempo”, para medir las experiencias de vida adversas, denominada ALES-F. Se reporta un buen nivel de confiabilidad ($\alpha = .86$), una alta correlación entre sus ítems y los del ACE-Q ($r = .92, p < .001$), y buen nivel de confiabilidad test-retest ($ICC = .88$) (Hawes et al., 2021).

32 **Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-EAM, Carranza-Plancarte et al., 2022).** **1** Es una escala de 21 ítems validada en adultos mexicanos. Es de tipo **102** de respuesta Likert de cinco puntos: 1 = “Casi nunca”, 2 = “Algunas veces”, 3 = “La mitad de las veces”, 4 = “La mayoría de las veces”, y 5 = “Casi siempre”. Cuenta con cuatro dimensiones: **1** la dificultad en el control de impulsos ($\alpha = .878$), la dificultad en el manejo del malestar emocional ($\alpha = .831$), **28** la no aceptación de respuestas emocionales ($\alpha = .77$) y la dificultad por malestar emocional para el logro de objetivos ($\alpha = .628$). Se reporta una excelente consistencia interna ($\alpha = .916$).

24 **Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos versión abreviada (CESD-7, Salinas-Rodríguez et al., 2013).** **1** Es una escala de 7 ítems validada en adultos mexicanos. Es de respuesta tipo Likert de cuatro puntos: 0 = “Rara vez o nunca (menos de 1 día)”, 1 = “Pocas veces o alguna vez (1-2 días)”, 2 = “Un número de veces considerable (3-4 días)”, y 3 = “Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)”. Cuenta con cinco dimensiones: **1** estado de ánimo deprimido (disforia), disminución de placer (anhedonia), problemas de sueño, fatiga y pensamiento. Se reporta una adecuada consistencia interna ($\alpha = .86$).

1 **Lista Checable de Trastorno de Estrés Postraumático para DSM-5 (PCL-5, Durón-Figueroa et al., 2019).** Es una escala de 20 ítems validada en adultos mexicanos. Es **30** de respuesta tipo Likert de cinco puntos: 0 = “Nada”, 1 = “Un poco”, 2 = “Moderadamente,

3 = “Bastante”, y 4 = “Extremadamente”. Cuenta con seis dimensiones: reexperimentación ($\alpha = .92$), evitación ($\alpha = .88$), alteraciones cognitivas ($\alpha = .89$), anhedonia ($\alpha = .91$), activación ansiosa ($\alpha = .75$) y activación disfórica ($\alpha = .83$). Se reporta una excelente consistencia interna del instrumento ($\alpha = .97$).

²¹⁹ **Escala de Calidad de Vida (WHO-QoL-BREF, López-Huerta et al., 2017).** Es una escala de 26 ítems validada en adultos mexicanos. Es de diferentes tipos de respuesta Likert de cinco puntos para evaluar la percepción general, frecuencia y grado de satisfacción con la calidad de vida en cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, ambiente, y relaciones sociales. Se reporta una aceptable consistencia interna en sus dimensiones ($\alpha = .70$) y una adecuada consistencia interna del instrumento completo ($\alpha = .895$).

Escala Breve de Resiliencia (BRS, Hidalgo-Rasmussen y González- Betanzos, 2019). Es una escala de 6 ítems validada en estudiantes universitarios mexicanos. Cuenta con dos dimensiones: resiliencia y vulnerabilidad. Es de tipo de respuesta Likert de cinco puntos: 1 = “Muy de acuerdo”, 2 = “De acuerdo”, 3 = “Ligeramente de acuerdo”, 4 = “Ligeramente en desacuerdo”, 5 = “En desacuerdo”, y 6 = “Muy en desacuerdo”. Se reporta una aceptable consistencia interna en la dimensión de resiliencia ($\alpha = .71$, $\omega = .59$) y vulnerabilidad ($\alpha = .74$, $\omega = .65$).

Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-8, Calleja et al., 2022). Es una versión unidimensional de 8 ítems del EBS-20 validada en adultos mexicanos. Es de tipo de respuesta Likert de seis puntos: 1 = “En desacuerdo”, 2 = “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, 3 = “Ligeramente de acuerdo”, 4 = “De acuerdo”, 5 = “Muy de acuerdo”, y 6 = “Totalmente de acuerdo”. Se reporta una consistencia interna excelente ($\alpha = .958$, $\omega = .957$).

Escala de Salud Mental Positiva (PMH, Lukat et al., 2016). Es una escala de 9 ítems validada en distintas poblaciones. Es de tipo de respuesta Likert de cuatro puntos: 1 = “En

desacuerdo”, 2 = “Algo en desacuerdo”, 3 = “Algo de acuerdo”, y 4 = “De acuerdo”. Se reporta una muy buena consistencia interna ($\alpha = .93$). Dado que durante el periodo en que se llevó a cabo esta investigación no existía una versión traducida al español de este instrumento, se llevó a cabo el proceso de traducción re-traducción.

Procedimiento

Se realizaron los siguientes procedimientos para lograr la equivalencia entre la versión original de la ALES (Hawes et al., 2021) y la versión traducida al español: la equivalencia cultural, la equivalencia de los reactivos, la equivalencia semántica y lingüística, la equivalencia operacional y finalmente la equivalencia de medición o métrica (Hasselman & Reichenheim, 2003; Muñoz et al., 2013; Reyes Lagunes y García Barragán, 2008). Luego de la traducción y pilotaje del instrumento, se redactó el consentimiento informado (Ver Anexo 1) y se integró una batería instrumentos (Ver Anexo 2) para medir atributos relacionados con las EAI y obtener las evidencias de fiabilidad y validez.

Para la recolección de los datos, se recibió el apoyo de estudiantes universitarios que cursaban un verano de investigación y tenían interés en la investigación de las EAI en su contexto. Recibieron capacitación sobre aspectos clave de psicometría y sobre herramientas para la investigación previo al periodo de aplicación, para garantizar condiciones óptimas para la evaluación. Además se les brindó una guía de aplicación donde se incluyó el consentimiento informado y una explicación breve de las instrucciones de cada instrumento y sus formatos de respuesta. Debido a la extensión de la batería y el reporte de los estudiantes sobre algunas dificultades que tuvieron para la aplicación, se decidió dividirla en tres versiones más cortas para evaluar las distintas variables asociadas con las EAI. Una vez finalizado el periodo de aplicación, se orientó a los estudiantes en la captura de la información

en distintas bases de datos creadas para vaciar el contenido de las baterías de instrumentos.

Estas bases de datos se integraron en una sola matriz para proceder con los análisis.

2 **Análisis de Datos**

Para realizar el análisis estadístico de los datos se utilizó Statistical Package for Social Sciences [SPSS] versión 25 y Jeffreys's Amazing Statistics Program [JASP] versión 0.18.3.

SPSS fue utilizado durante el escaneo de los datos, para el cálculo de la estadística descriptiva, las frecuencias y las evidencias de fiabilidad. JASP fue utilizado para el cálculo de los ¹⁷⁴ Análisis Factoriales Exploratorios [AFE], Análisis Factoriales Confirmatorios [AFC] y para obtener las evidencias de validez de la ALES-F y la ALES-D

Antes de iniciar con los análisis psicométricos, se realizó un procedimiento de escaneo de los datos para revisar el cumplimiento de los supuestos estadísticos que se requieren para realizar los procedimientos de confiabilidad y validez. Primero se detectaron las respuestas no comprometidas y se eliminaron del análisis. No se imputaron los valores faltantes de los datos, pues no todas las variables fueron evaluadas en la muestra, por lo que se eliminaron los casos por pares (*Pairwise deletion*) para maximizar el número de datos disponibles. Los valores atípicos u outliers se revisaron para decidir incluirlos o excluirllos del análisis. Se aplicó ³⁵ la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors [KS-L] debido al tamaño de la muestra y se obtuvo el tamaño de efecto con el índice de Máxima Diferencia Absoluta [D], cuyo criterio es que las magnitudes $<.30$ pueden ser aceptables para procedimientos paramétricos y valores $>.50$ necesitan procedimientos para datos no normales (Dominguez-Lara, 2018).

Luego del escaneo de ¹⁸ los datos se calcularon los estadísticos descriptivos y la frecuencia de los datos sociodemográficos. También se obtuvieron ³⁵ los estadísticos descriptivos de los ítems de la escala de frecuencia de la ALES y se identificaron distintos

criterios de calidad psicométrica: 1) la media [M] teórica de los ítems; 2) la desviación estándar [DE] es similar entre los ítems; 3) el rango de respuestas; 4) la opción de respuesta con mayor frecuencia es $<50\%$; 5) la primera o última opción de respuesta es $<30\%$; 6) la asimetría y la curtosis es $<|1|$, para la asimetría un valor entre -1 y 1 indica que es leve o cercana a una distribución simétrica, y un valor entre -1 y 1 en la curtosis indica que es leve o cercana a una distribución mesocúrtica/normal; 7) la correlación inter-ítem muestra una r menor $>.20$ y una r mayor $<.85$; 8) el cálculo del Índice de Homogeneidad compuesta [IHc] es $>.30$; 9) y la discriminación entre grupos extremos es $p<.05$ (Howell, 2012; Kline, 2005; Pardo et al., 2009).

Después se calcularon las evidencias de fiabilidad a partir del coeficiente de Cronbach [α] y su medida en elementos estandarizados, el ²²¹coeficiente de correlación intraclase [ICC] y el coeficiente Omega de McDonald [ω]. Para la interpretación de los valores de alpha de Cronbach: $>.90$ = Excelente, $.80 - .89$ = Adecuado, $.70 - .79$ = Aceptable, $.60 - .69$ = Cuestionable, y $<.60$ = Pobre.

Posteriormente se realizó el AFE a partir de una matriz de correlaciones creada con la mitad de la muestra total seleccionada de forma aleatoria ($n = 371$). Después se calculó ²la medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin [KMO], la Prueba de Esfericidad de Bartlett, y el valor de los determinantes de la matriz de correlaciones para evaluar la idoneidad del AFE. Debido a las opciones de respuesta de ambos instrumentos se consideró apropiado utilizar una matriz de correlaciones policóricas/tetracóricas (Domínguez Lara, 2014). Se excluyeron del análisis los ítems con medidas de KMO $<.80$. Y ⁷se calculó el test de Mardia para evaluar la no normalidad multivariante de los datos.

A continuación se realizó un análisis paralelo basado en componentes principales para determinar el número de factores a retener, y se hizo una evaluación y ajuste del modelo hasta

lograr una estructura en la que cada ítem tenga carga alta en un factor y cargas menores en el otro. Luego se estimaron parámetros como la matriz de cargas factoriales, que muestra la fuerza y dirección de las asociaciones, y la unicidad, que muestra la varianza única de cada variable no explicada por los factores, donde valores más bajos indican mayor relación con el factor⁵ en el que carga. Se obtuvo la solución factorial final a partir de la evaluación de la pertinencia de los ítems, el tamaño de la carga factorial, la diferencia en las cargas de un ítem en los dos factores y la coherencia teórica de los ítems y factores. Se utilizó el método de Mínimos Cuadrados Generalizados [GLS]¹⁴ para la extracción de factores, y el método Promax para la rotación. Se analizó la correlación entre factores y se realizó la evaluación y el ajuste del modelo, a partir de la varianza explicada y las matrices de cargas factoriales. Este procedimiento se replicó para la ALES-F y la ALES-D.

Después se realizó el AFC, en el que se compararon cuatro modelos factoriales para la ALES-F y dos modelos factoriales para el ALES-D. Se obtuvieron las varianzas y covarianzas para conocer la amplitud de las respuestas. Se estimaron parámetros como las cargas factoriales, los índices de ajuste³³ e índices de modificación de cada modelo.¹⁷⁴ Para la evaluación del ajuste de los modelos se analizaron los siguientes indicadores: Chi-cuadrado [χ^2] y su nivel de significancia ($p.05$), el Índice de Ajuste Comparativo [CFI]¹⁹ y el Índice de Tucker-Lewis [TLI] $\geq .90$, el Error Cuadrático Medio de Aproximación [RMSEA] $\leq .08$ y el Residual Estandarizado de la Raíz del Error Cuadrático Medio [SRMR]¹⁹ $\leq .10$. Se considera un modelo de buen ajuste del modelo cuando χ^2 no es significativo ($p > .05$), y CFI y TLI $\geq .95$, RMSEA $\leq .05$, y SRMR $\leq .08$. Estos índices se agruparon en un cuadro comparativo de los modelos de ambas escalas.

² En cuanto a las evidencias de validez convergente/divergente, se obtuvieron los índices de correlación de los puntajes de la ALES-F y la ALES-D con las escalas que miden

la desregulación emocional (DERS-EAM), la depresión (CESD-7) el trastorno de estrés postraumático (PCL-5), la calidad de vida (WHO-QoL-BREF), la resiliencia (BRS), el bienestar subjetivo (EBS-8) y la salud mental positiva (PMH). Una relación positiva o directa se tratará de una evidencia convergente, si es negativa o inversa será evidencia divergente, y si no existe relación la evidencia será discriminante. Una magnitud es baja si $r=.20$ a $.34$, moderada si $r=.35$ a $.50$, y alta con $r>|.50$ (Luo et al., 2005).

Y con respecto a las evidencias de validez discriminativa, se calcularon las diferencias entre grupos con la prueba ANOVA, se calculó el tamaño de efecto con la corrección de homogeneidad de Brown-Forsythe y Welch. Los grupos se dividieron obteniendo mediante el cálculo del grado de exposición a las adversidades: 1) 0 a 3 experiencias adversas; 2) 4 a 6 experiencias adversas; 3) 7 o más experiencias adversas. Al obtener diferencias estadísticamente significativas entre los grupos se comprueba la validez discriminativa.

Consideraciones éticas

Siguiendo los principios éticos establecidos por la American Psychological Association [APA], en esta investigación se garantizó el respeto a los participantes incluyendo una explicación del objetivo de la evaluación, su duración aproximada y la confidencialidad absoluta de los datos recopilados. También se hizo especial énfasis en el derecho de los participantes a revocar su consentimiento informado, asegurando así su autonomía y protección. Bajo estos principios éticos se desarrolló cada etapa del estudio, asegurando la integridad y validez de los resultados obtenidos.

Resultados

Análisis descriptivos de los datos sociodemográficos

Estos resultados describen las características sociodemográficas de la muestra y permiten obtener información sobre el contexto a partir del cual se interpretarán los resultados y se

discutirán los hallazgos. En la Tabla 1 se reportan los estadísticos descriptivos y los datos de frecuencia de estas variables. Se observa diversidad en las características demográficas y socioeconómicas de la muestra de estudio.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos y frecuencia de los datos sociodemográficos

Variables	Media	Desv. Est.	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	1.45	.519	Mujer	413	55.7
			Hombre	321	43.3
			Prefiero no decirlo	8	1.1
Edad	33.17	11.326	Entre 18 a 72 años	742	100
			Hogar/Ama/o de casa	97	13.1
Ocupación	3.75	1.348	Obrero/a	33	4.4
			Comerciante	64	8.6
			Empleado	350	47.2
			Estudiante	177	23.9
			Pensionado/a	8	1.1
			Desempleado/a	13	1.8
Estado civil	1.89	1.171	153 Soltero/a	361	48.7
			Casado/a	226	30.5
			Unión libre	84	11.3
			Separado/a	26	3.5
			Divorciado/a	35	4.7
			Viudo/a	10	1.3
Escolaridad	4.35	.904	Sin estudios	4	0.5
			Primaria	21	2.8
			Secundaria	77	10.4
			Preparatoria/carrera técnica	302	40.7
			Universidad	284	38.3
			Posgrado	54	7.3
Ingreso familiar mensual*	2.66	1.435	0 a \$6,223	199	26.8
			\$6, 224 a \$9,334	153	20.6
			\$9,335 a \$18,669	204	27.5
			\$18,670 a \$28,003	97	13.1

				\$28,004 a \$37,337	35	4.7
				\$37,338 o más	45	6.1
				E	1	0.1
				D	13	1.8
				D+	21	2.8
Grupo AMAI	5.95	1.208		C-	62	8.4
				C	104	14
				C+	231	31.1
				A/B	310	41.8

Nota. * El ingreso familiar mensual es la única variable con valores faltantes = 9.

Propiedades psicométricas de la ALES-F

Primeramente se obtuvieron las propiedades psicométricas de la ALES-F, iniciando con el escaneo de los datos, el análisis descriptivo de sus ítems y la obtención de evidencias de fiabilidad y validez que permitan conocer sus propiedades psicométricas.

Escaneo de los datos. Se detectaron un total de 44 casos de respuestas no comprometidas, por lo que se eliminaron para tener una muestra final de $n = 742$. Los valores faltantes se recodificaron como datos perdidos y no fueron imputados considerando que se aplicaron distintas versiones de la batería de instrumentos y algunas variables no fueron evaluadas en los mismos participantes. Los valores atípicos u outliers se revisaron de manera individual y dada la naturaleza de las variables se consideró no eliminarlos, pues pueden brindar información útil para comprender el fenómeno de estudio. Luego se analizó la normalidad de los datos. ¹ En la Tabla 2 se muestran los resultados de la prueba de normalidad de KS-L para la ALES-F.

Tabla 2. Prueba de normalidad de la ALES-F

Variables	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Enfermedad o accidente grave:			
Ítem 1. ¿Estuvo enfermo(a) de gravedad o tuvo un accidente grave?	.315	742	.000

Pérdida de educación:		
Ítem 2. ¿Perdió una parte importante de su educación? (Por ejemplo: haber faltado a la escuela durante mucho tiempo o no recibir el apoyo necesario para ir).	.396	742 .000
Aislamiento, rechazo o exclusión por pares:		
Ítem 3. ¿Se sintió solo(a), rechazado(a) o excluido(a) por sus compañeros?	.221	742 .000
Victimización por pares:		
Ítem 4. ¿Fue lastimado(a), molestado(a) o insultado(a) por sus compañeros?	.229	742 .000
Desastre natural:		
Ítem 5. ¿Fue afectado(a) por un desastre natural? (Por ejemplo: inundación, incendio, terremoto, huracán, etc.)	.460	742 .000
Pobreza o problemas económicos:		
Ítem 6. ¿Vivió una etapa en la que su familia fue muy pobre o tuvo problemas económicos graves?	.242	742 .000
Vecindario peligroso o violento:		
Ítem 7. ¿Vivió en un vecindario peligroso o en un lugar en el que vio a personas siendo lastimadas?	.388	742 .000
Negligencia física:		
Ítem 8. ¿NO tuvo suficiente para comer, tuvo que usar ropa sucia, NO fue llevado(a) al médico cuando fue necesario o se quedó solo(a) sin nadie que le cuidara?	.437	742 .000
Abuso emocional:		
Ítem 9. ¿Un adulto le insultó, humilló o amenazó?	.231	742 .000
Negligencia emocional:		
Ítem 10. ¿Sintió que nadie le amaba o que NO era importante para su familia?	.259	742 .000
Pérdida o separación de quien brinda protección o seguridad:		
Ítem 11. ¿Perdió a alguien o fue separada de alguien que le protegía o de quien dependiera su seguridad? (Por ejemplo: al ser abandonado(a), al ser ingresado(a) a una casa hogar, por motivos de migración, guerra, enfermedad severa o muerte).	.430	742 .000
Violencia doméstica:		
Ítem 12. ¿Vio a un familiar ser empujado, sujetado con fuerza, lastimado o amenazado por otro miembro de su familia?	.326	742 .000
Abuso de sustancias de un miembro de la familia:		
Ítem 13. ¿Vivió con alguien que abusaba de las drogas o el alcohol?	.313	742 .000
Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia:		
Ítem 14. ¿Vivió con alguien que sufría depresión, una enfermedad mental o que intentó suicidarse?	.390	742 .000
Arresto o encarcelamiento de un miembro en la familia:		
Ítem 15. ¿Un miembro de su familia fue arrestado(a) o encarcelado(a) por las autoridades?	.429	742 .000
Migración debido a la guerra, violencia o persecución:		
Ítem 16. ¿Tuvo que dejar su país debido a la guerra, violencia y/o persecución?	.533	742 .000
Discriminación:		
Ítem 17. ¿Fue discriminado(a) o le hicieron hecho sentir como una extraño(a)? (Por ejemplo: debido a su raza, género, orientación sexual, lugar de nacimiento, cultura o religión)	.401	742 .000

Aislamiento, o expulsión de una comunidad, grupo cultural o localidad:		
Ítem 18. ¿Fue aislado(a) o expulsado(a) de una comunidad, grupo cultural o localidad?	.524	742 .000
Abuso físico:		
Ítem 19. ¿Fue empujado(a), sujetado(a) con fuerza, cacheteado(a) o lastimado(a) por un adulto?	.335	742 .000
Abuso sexual:		
Ítem 20. ¿Fue forzado(a) a participar en actos sexuales o a observar cosas sexuales?	.501	742 .000
Violencia comunitaria:		
Ítem 21. ¿Vio alguna persona gravemente herida o asesinada, o estuvo expuesta a un entorno violento donde matan o hieren a otros?	.432	742 .000
Exposición a la guerra:		
Ítem 22. ¿Estuvo en combate o estuvo expuesto(a) a una guerra?	.533	742 .000
Muerte de hermano(a), familiar o amigo(a):		
Ítem 23. ¿Experimentó la muerte de un hermano(a), familiar cercano(a) o amigo(a)?	.257	742 .000

Nota. ^a = Corrección de Lilliefors.

Como el valor de significancia en todas las variables es $p < .05$, se rechaza la hipótesis nula de que ² los datos tienen una distribución normal, por lo que se necesitan aplicar métodos estadísticos para datos no normales. Asimismo, en la Tabla 3 se muestra el cálculo del tamaño de efecto. Se encontró que los ítems “Migración debido a la guerra, violencia y/o persecución”, “Aislamiento o expulsión de una comunidad, grupo cultural o localidad”, “Abuso sexual”, y “Exposición a la guerra” reportan valores de $D > .5$, y la mayoría del resto de ítems reportan un valor de $D > 3.0$, lo que sugiere que las variables deberían de tratarse con procedimientos no paramétricos, dada la distribución de las puntuaciones y la magnitud de estas diferencias no atribuidas al azar.

Tabla 3. Tamaño de efecto de los ítems de la ALES-F

Ítems	Parámetros normales		Máximas diferencias extremas			Estadístico de prueba	Sig. Asintótica (bilateral)
	Media	Desviación	Absoluto	Positivo	Negativo		
1	1.59	.648	.315	.315	-.240	.315	.000
2	1.44	.704	.396	.396	-.264	.396	.000
3	1.98	.824	.221	.221	-.190	.221	.000
4	1.89	.765	.229	.229	-.218	.229	.000
5	1.27	.521	.460	.460	-.301	.460	.000
6	1.82	.770	.242	.242	-.207	.242	.000

7	1.51	.823	.388	.388	-.267	.388	.000
8	1.37	.654	.437	.437	-.287	.437	.000
9	1.88	.789	.231	.231	-.198	.231	.000
10	1.81	.822	.259	.259	-.170	.259	.000
11	1.35	.578	.430	.430	-.271	.430	.000
12	1.62	.749	.326	.326	-.205	.326	.000
13	1.73	.926	.313	.313	-.216	.313	.000
14	1.44	.692	.390	.390	-.261	.390	.000
15	1.34	.572	.429	.429	-.277	.429	.000
16	1.04	.249	.533*	.533	-.438	.533	.000
17	1.44	.692	.401	.401	-.261	.401	.000
18	1.12	.394	.524*	.524	-.383	.524	.000
19	1.63	.764	.335	.335	-.205	.335	.000
20	1.19	.498	.501*	.501	-.348	.501	.000
21	1.34	.575	.432	.432	-.275	.432	.000
22	1.07	.320	.533*	.533	-.410	.533	.000
23	1.97	.703	.257	.256	-.257	.257	.000

Nota. * = señala las variables con un valor de D > .5

Análisis descriptivo de los ítems de la ALES-F. Estos análisis permiten observar la distribución y variabilidad de las respuestas en cada ítem de la ALES, para tener una idea inicial de su estructura y de las consideraciones que se tomarán al obtener las evidencias de fiabilidad y validez. En la Tabla 4 se reporta un concentrado de los análisis descriptivos donde puede observarse el cumplimiento de los ítems en distintos criterios de calidad psicométrica. En los ítems 5, 16, 18, 20 y 22 se observa un menor cumplimiento de estos criterios, lo que será tomado en cuenta para considerar eliminarlos de la escala según los resultados que se tengan del análisis paralelo y el AFE.

Tabla 4. Análisis descriptivo de los ítems de la ALES-F

Índices	M	DE	Rango	Opciones con alta frecuencia	Efectos de piso o techo	Asimetría/curtosis	Corr. Inter ítem	Corr. Ítem total	Discr. Entre grupos extremos
Criterios de calidad psicométrica									
Ítems	Valores cercanos a la media teórica (2.5)	Similares entre sí	Cubrir el rango posible (1 a 4)	Opción con frecuencia más alta <50%	Primera opción, última opción <30%	</2/, </7/	r menor: >.20 r mayor: <.85	>.30	p<.05
1	1.59	0.648	1-3	49.5	49.5/0.0	0.63/-0.60	.023/.160	0.196	.000
2	1.44	0.704	1-4	66.0	66.0/2.0	1.62/2.27	.047/.361	0.316	.000
3	1.98	0.824	1-4	41.1	31.8/3.0	0.35/-0.71	-.015/.601	0.424	.000
4	1.89	0.765	1-4	44.7	33.8/1.5	0.38/-0.63	-.006/.601	0.422	.000
5	1.27	0.521	1-4	76.0	76.0/0.4	1.94/3.89	.042/.234	0.268	.000
6	1.82	0.77	1-4	42.7	38.5/1.8	0.55/-0.43	.031/.507	0.401	.000
7	1.51	0.823	1-4	65.5	65.5/4.6	1.60/1.80	.006/.323	0.391	.000
8	1.37	0.654	1-4	72.4	72.4/0.5	1.66/1.83	.028/.507	0.472	.000
9	1.88	0.789	1-4	41.1	36.4/1.6	0.41/-0.73	.073/.524	0.602	.000
10	1.81	0.822	1-4	42.0	42.0/2.8	0.66/-0.40	.049/.524	0.579	.000
11	1.35	0.578	1-3	70.1	70.1/0.0	1.41/0.99	.111/.234	0.344	.000
12	1.62	0.749	1-4	53.1	53.1/1.5	0.97/0.17	.043/.451	0.523	.000
13	1.73	0.926	1-4	53.0	53.0/7.3	1.12/0.26	.040/.438	0.413	.000
14	1.44	0.692	1-4	65.1	65.1/2.2	1.64/2.58	.062/.298	0.333	.000
15	1.34	0.572	1-4	70.6	70.6/0.7	1.70/2.97	.097/.345	0.429	.000
16	1.04	0.249	1-4	97.0	97.0/0.3	7.87/72.47	-.008/.269	0.194	.003
17	1.44	0.692	1-4	66.2	66.2/1.1	1.45/1.38	.009/.334	0.431	.000
18	1.12	0.394	1-4	90.7	90.7/0.1	3.67/14.09	.033/.334	0.371	.000
19	1.63	0.764	1-4	54.0	54.0/0.5	0.81/-0.58	.064/.497	0.552	.000
20	1.19	0.498	1-4	84.9	84.9/0.3	2.70/7.07	.039/.329	0.366	.000
21	1.34	0.575	1-4	70.8	70.8/0.1	1.50/1.47	.071/.323	0.285	.000
22	1.07	0.32	1-4	94.3	94.3/0.1	4.98/27.23	.028/.269	0.288	.000
23	1.97	0.703	1-4	51.3	26.0/0.3	0.09/-0.83	.006/.152	0.131	.000

Nota. En negritas aparecen marcados los valores que no cumplen con los criterios sugeridos de viabilidad o calidad individual de los ítems.

Evidencias de fiabilidad de la ALES-F. Se obtuvo un ⁶ coeficiente alfa de Cronbach de $\alpha = 0.83$ que indica un adecuado nivel de consistencia interna entre los ítems de la escala, lo que sugiere que miden de manera fiable el constructo. El coeficiente alfa de Cronbach basado en elementos estandarizados fue de $\alpha = 0.829$, valor que es consistente y respalda aún más la fiabilidad de la escala. Asimismo, para realizar inferencias sobre ¹³ la población de la que se extrajo la muestra se calculó el ICC = .830 (I.C. 95%: .812-.847), el cual se considera adecuado. Y se calculó el Coeficiente Omega de McDonald ($\omega = 0.838$), que sugiere que los ítems están correlacionados entre sí de manera consistente y reiteran la capacidad del instrumento para medir el constructo.

Análisis factorial exploratorio de la ALES-F. Los procedimientos del AFE se ejecutaron a partir de una matriz de correlaciones en la que se incluyó la mitad de la muestra seleccionada al azar ($n = 371$), ya que se consideró utilizar la segunda parte para el AFC. En el AFE se incluyeron los 23 ítems de la escala con tipo ¹ de respuesta Likert de cuatro puntos: “1 = Nunca”, “2 = Alguna vez”, “3 = Varias veces”, “4 = Todo el tiempo”, y se reportan valores de asimetría en los ítems que oscilan entre 0.13 a 6.68 y valores de curtosis que oscilan entre 0.092 a 48.65.

En cuanto a los índices de factibilidad del análisis, se obtuvo una medida de KMO de 0.874, que indica que se puede proceder con el AFE. ² La prueba de esfericidad de Bartlett dio como resultado $p < 0.001$, ² lo que rechaza la hipótesis nula de esfericidad y que las variables están correlacionadas entre sí, lo que apoya la idoneidad del análisis factorial. El valor de los determinantes de la matriz de correlaciones fue de 0.006, lo que indica una correlación alta entre los ítems y lo que sugiere que es apropiado realizar el AFE. Además se encontraron valores significativos de no normalidad multivariante según el test de Mardia ($\lambda = 44.115$, $p < .001$).

En cuanto a las Medidas de Adecuación Muestral [MSA], los ítems: 1 = “Enfermedad o accidente grave”, 3 = “Aislamiento, rechazo o exclusión por pares”, 5 = “Desastre natural”, 16 = “Migración debido a la guerra, violencia y/o persecución”, 18 = “Aislamiento, o expulsión de una comunidad, grupo cultural o localidad”, 21 = Violencia comunitaria, 22 = “Exposición a la guerra, 23 = “Muerte de un hermano(a), familiar o amigo(a), tuvieron valores $< .80$ por lo que se consideró excluirlos del AFE. Al revisar el cumplimiento de criterios de los ítems en los análisis descriptivos, se tomó la decisión de omitirlos por completo del análisis. Las MSA de los 15 ítems restantes oscilaron entre $.800$ a $.889$. En conjunto, los índices de factibilidad obtenidos de la matriz de correlaciones comprueban que sí es factible realizar el AFE a estos 15 ítems de la escala de frecuencia de la ALES.

Análisis paralelo. Se realizó un análisis paralelo basado en componentes principales para determinar el número óptimo de factores a retener, mediante la comparación entre los autovalores de los datos reales y de datos simulados. En este análisis el Factor 1 (5.579) y el Factor 2 (1.441) tienen autovalores que superan los autovalores promedio de los datos simulados (1.368 y 1.277 respectivamente), lo que sugiere retenerlos dada su importancia en la explicación de la varianza en los datos reales. El Factor 1 es el principal contribuyente a la estructura subyacente de los datos y el Factor 2 tiene una contribución menor pero aún significativa.

Evaluación y ajuste del modelo. Se hicieron análisis complementarios para evaluar y ajustar el modelo y lograr una estructura en la que cada ítem tenga una carga alta en un factor y cargas menores en el otro factor. ⁸⁶ En la Tabla 5 se observa la contribución de cada factor a la estructura de los datos tanto en la solución no rotada como en la rotada, lo que ayuda a comprender la dimensionalidad e interpretación de los resultados.

Tabla 5. Análisis de componentes principales de la ALES-F

Factores	Autovalores	Solución no rotada			Solución rotada		
		Sumas de cargas al cuadrado	Proporción de varianza	Acumulativo	Sumas de cargas al cuadrado	Proporción var.	Acumulativo
Factor 1	5.579	5.006	0.334	0.334	3.836	0.256	0.256
Factor 2	1.441	0.875	0.058	0.392	2.073	0.138	0.394

En la solución no rotada, el Factor 1 tiene un autovalor de 5.579, que explica el 33.4% de la varianza total, mientras que el Factor 2 tiene un autovalor de 1.441, que explica el 5.8% adicional de la varianza. Los dos factores en conjunto explican el 39,2% de la variación total.

En la solución rotada, el Factor 1 aún tiene el autovalor más alto (3.836), que explica el 25.6% de la varianza total, seguido por el Factor 2 con un autovalor de 2.073, que explica el 13.8% adicional de la varianza, y ambos factores juntos explican el 39,4% de la varianza total.

Las sumas de las cargas al cuadrado indican la cantidad de varianza de las variables originales explicadas por cada factor. En la solución no rotada, el Factor 1 tiene una suma de cargas al cuadrado de 5.006, mientras que el Factor 2 tiene una suma de 0.875. En la solución rotada, estas cifras cambian a 3.836 para el Factor 1 y 2.073 para el Factor 2. En ambas soluciones, el Factor 1 muestra cargas más altas en comparación con el Factor 2, lo que sugiere que el Factor 1 explica una mayor cantidad de varianza en los datos que el Factor 2.

Estimación de parámetros. El análisis factorial muestra una estructura subyacente de los datos en dos factores principales. En la Tabla 6 se muestra la matriz de cargas factoriales y la unicidad.

Tabla 6. Cargas factoriales de la ALES-F

Ítems	Factor 1	Factor 2	Unicidad
19. Abuso físico	0.667		0.519
10. Negligencia emocional	0.665		0.475

Ítems	Factor 1	Factor 2	Unicidad
20. Abuso sexual	0.664		0.619
9. Abuso emocional	0.664		0.440
14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	0.643		0.700
17. Discriminación	0.611		0.653
12. Violencia doméstica	0.598		0.556
4. Victimización por pares	0.577		0.711
13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	0.453		0.662
15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	0.441		0.624
6. Pobreza o problemas económicos graves		0.753	0.521
8. Negligencia física		0.719	0.436
2. Pérdida de educación		0.688	0.639
7. Vecindario peligroso o violento		0.452	0.727
11. Pérdida o separación de quien brinda protección o seguridad*			0.811

Nota. El método de rotación aplicado es promax. * el ítem 11 fue el único que no cargó hacia ninguno de los dos factores.

En el Factor 1, los ítems con cargas factoriales más altas son "Abuso físico" (0.667), "Negligencia emocional" (0.665), y "Abuso sexual" (0.664), y las cargas factoriales del resto oscilan entre 0.441 a 0.664; los ítems que cargaron en este factor se observa que son distintas formas de maltrato y disfunción en el hogar. En el Factor 2, los ítems con cargas factoriales más altas son "Pobreza o problemas económicos graves" (0.753) y "Negligencia física" (0.719), y las cargas factoriales de los dos ítems "Pérdida de educación" y "Vivir en un vecindario peligroso o violento" fueron 0.688 y 0.452, respectivamente.

La unicidad en el Factor 1, indica que los ítems "Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia" (0.700), "Victimización por pares" (0.711), y "Vivir en un vecindario peligroso o violento" (0.727) tienen la menor unicidad, lo que sugiere mayor relación con este factor. La unicidad en el Factor 2, indica que los ítems "Pérdida o separación de quien brinda protección o seguridad"

(0.811) y "Pobreza o problemas económicos graves" (0.521) tienen la menor unicidad, lo que sugiere una fuerte asociación con este factor.

Solución factorial final. Para evaluar la pertinencia de los ítems, se tomó en cuenta el tamaño de la carga factorial, la diferencia en las cargas de un ítem en los dos factores y la coherencia teórica de los ítems y factores. Siguiendo estos criterios, se obtuvo una solución factorial final que puede observarse en la Tabla 7.

Tabla 7. Solución factorial final de la ALES-F

Conformación de la solución final	Número de factores	2
	Porcentaje de varianza explicada por factor y total	Factor 1: 0.256 Factor 2: 0.394 Total: 0.650
	Método de extracción e iteraciones	Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS)
	Método de rotación e iteraciones	Promax
	Correlaciones inter factor	Factor 1 y 2: $r = 0.642$
Criterios cumplidos	Las cargas factoriales de todos los ítems son $>.40$	(X) Sí () No
	Ningún ítem tiene cargas altas en más de un factor	() Sí (X) No
	Los ítems de cada factor tienen coherencia teórica	(X) Sí () No
	La varianza total explicada es $>50\%$	(X) Sí () No
	Ningún factor tiene <3 ítems	(X) Sí () No
Ítems eliminados	Número de ítems eliminados	1
	Ítem 11: Pérdida o separación de quien brinda protección o seguridad	(X) Carga factorial $<.40$ (X) Carga en dos o más factores
		() Falta de coherencia teórica

La solución final derivó en una estructura de dos factores que explican el 65% de la varianza total. Se utilizó el método GLS para la extracción de factores y el método Promax para la rotación. Se encontró una correlación positiva significativa entre ambos factores, con un coeficiente de correlación de 0.642. En cuanto al cumplimiento de criterios, las cargas factoriales de todos los ítems superaron el umbral de 0.40, hay ítems con cargas altas en más de un factor, los ítems de cada factor tienen coherencia teórica, la varianza total explicada superó el 50%, y ningún factor tiene menos de tres ítems. La

eliminación del ítem 11 se justifica por la escasa carga factorial, el haber cargado en ambos factores, y el poco cumplimiento de criterios del ítem en los análisis descriptivos.

En síntesis esta solución factorial final cuenta con una estructura de 14 ítems divididos en dos factores de 10 y 4 ítems. Los criterios de validez y consistencia del modelo fueron en su mayoría cumplidos, lo que sugiere una interpretación robusta de los resultados de análisis posteriores.

Análisis factorial confirmatorio de ALES-F. Para reportar los resultados del AFC en los distintos modelos se consideró el cálculo de las varianzas y covarianzas, la estimación de parámetros y el cálculo de índices de ajuste e índices de modificación (Ver Anexo 3). Se utilizó la matriz de correlaciones de la versión de 14 ítems de la ALES seleccionados a partir del AFE, así como los datos de la segunda parte de la muestra total que fue seleccionada al azar ($n = 371$), y en la que se reportan valores de asimetría de entre 0.370 a 2.990 y valores de curtosis de entre -0.766 a 9.267. Se probaron cuatro modelos factoriales para este instrumento.

Modelo de un factor de la ALES-F. El modelo unifactorial examina el supuesto de que todas las experiencias adversas se agrupan en un solo factor. Probar este modelo permite evaluar la homogeneidad de las experiencias adversas y su capacidad para ser conceptualizadas como un único fenómeno.

Modelo de dos factores de la ALES-F. El modelo de dos factores busca examinar si existe una estructura bifactorial que subyace a las experiencias adversas. El primer factor agrupa experiencias adversas que ocurren a nivel relacional y el segundo factor incluye experiencias adversas relacionadas con condiciones contextuales y socioeconómicas. Este modelo ayuda a discernir entre diferentes tipos de adversidad y a entender cómo se relacionan entre sí.

Modelo de tres factores de la ALES-F. Este modelo se fundamenta en la teoría que sugiere que las experiencias adversas pueden agruparse en tres factores principales. El factor de maltrato infantil abarca diversas formas de abuso y negligencia experimentadas durante la infancia. El factor de disfunción en el hogar engloba las adversidades relacionadas con el entorno familiar, como conflictos interpersonales, problemas de convivencia o dinámicas disfuncionales. Y el tercer factor comprende adversidades asociadas con el entorno social y otros estresores que pueden influir en la salud, como el estrés socioeconómico, la discriminación o la inseguridad en la comunidad.

Modelo de cuatro factores de la ALES-F. Este modelo surge de una solución identificada durante el AFE, en el que se propone que las experiencias adversas pueden dividirse en cuatro factores. El primer factor agrupa adversidades relacionadas con la falta de recursos materiales y oportunidades educativas. El segundo factor engloba adversidades asociadas con entornos familiares disfuncionales y situaciones de violencia y trauma. El tercer factor comprende experiencias de abuso, mientras que el cuarto factor incluye otras adversidades que incluyen distintas formas de victimización en el entorno familiar y social.

Comparación de los modelos factoriales de la ALES-F. Para seleccionar el modelo factorial con mejores índices de ajuste, se elaboró un cuadro comparativo de los valores de Chi cuadrado, grados de libertad, SRMR, CFI, TLI, RMSEA, así como la confiabilidad calculada mediante el coeficiente Alpha de Cronbach y Omega de McDonald de los modelos factoriales. En la Tabla 8 se resumen estos resultados.

Tabla 8. Índices de ajuste de los modelos factoriales de la ALES-F

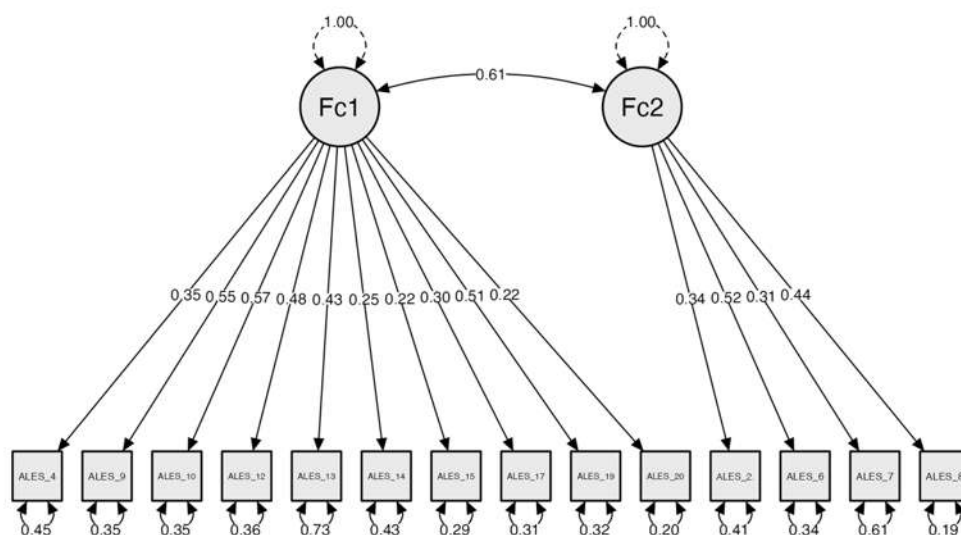
Modelos	X ²	Máxima Verosimilitud (ML)					Fiabilidad	
		gl	SRMR	CFI	TLI	RMSEA [90% CI]	α	ω
ALES-1	257.152*	77	0.060	0.831	0.801	.07 [.06, .09]	.813	.818

ALES-2	186.590*	76	0.054	0.897	0.876	0.06 [.05, .07]	.813	.808
ALES-3	590.954*	77	0.187	0.519	0.432	0.13 [.012, .014]	.813	.302
ALES-4	569.779*	77	0.191	0.539	0.455	0.13 [.012, .014]	.813	.273

Nota. * = valores de $p < .05$, χ^2 = Chi-cuadrado, gl = grados de libertad, SRMR = Raíz Cuadrada Media Residual Estandarizada, CFI = Índice de Bondad de Ajuste Comparativo, TLI = Índice de Tucker-Lewis; RMSEA = Error Cuadrático Medio de Aproximación; α = Alpha de Cronbach, ω = Omega de McDonald.

De esta tabla se pueden sacar una serie de conclusiones sobre cada uno de los modelos factoriales. El modelo factorial de dos factores obtenido a partir del AFC es el que cuenta con mejores índices de ajuste, ya que tiene el SRMR más bajo (0.054), el CFI y el TLI más altos (0.897 y 0.876 respectivamente), y el RMSEA más bajo (0.06). Cabe mencionar que desde el AFE este modelo de dos factores fue el que obtuvo un mejor ajuste, y se observó un ligero incremento en sus índices al aplicar el AFC. Sin embargo, aún así estos índices de ajuste se consideraron deficientes para el modelo. En la Figura 1 se observa el modelo factorial con mejor ajuste.

Figura 1. Gráfico del modelo de dos factores de la ALES-F



Evidencias de validez de constructo de la ALES-F. Este conjunto de evidencias muestran el grado de asociación entre la ALES-F con los puntajes del resto de variables evaluadas de acuerdo con su red nomológica: desregulación emocional (DERS-EAM),

depresión (CESD-7), trastorno por estrés postraumático (PCL-5), calidad de vida (WHO-QoL-BREF), bienestar subjetivo (EBS-8), y salud mental positiva (PMH).

Validez convergente y divergente. Estas evidencias son convergentes cuando la relación entre variables es positiva o directa, divergentes cuando la relación es negativa o indirecta, y discriminantes cuando no existe relación. El cálculo se realizó a partir de correlaciones de Spearman, cuyos valores ¹ pueden observarse en la Tabla 9.

Tabla 9. Evidencias de validez convergente y divergente de la ALES-F

Escalas de atributos relacionados	Factores	ALES-F <i>Rho de Spearman</i>		
		Factor 1	Factor 2	Escala Global
Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-EAM)	²⁸ Dificultad en el control de impulsos	0.353***	0.192***	0.351***
	Dificultad en el manejo del malestar emocional	0.365***	0.198***	0.359***
	¹ No aceptación de respuestas emocionales	0.239***	0.128**	0.233***
	Dificultad por malestar emocional para el logro de objetivos	0.361***	0.197***	0.351***
	Escala global	0.391***	0.206***	0.383***
²⁴ Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos versión abreviada (CESD-7)	Escala global	0.363***	0.093*	0.326***
Lista Checable ³³ de Trastorno de Estrés Postraumático para DSM-5 (PCL-5)	Reexperimentación	0.338***	0.176***	0.332***
	Evitación	0.293***	0.138**	0.280***
	Alteraciones cognitivas	0.429***	0.226***	0.419***
	Anhedonia	0.403***	0.171***	0.378***
	Activación ansiosa	0.310***	0.150***	0.302***
	Activación disfórica	0.313***	0.136**	0.299***
	Escala global	0.418***	0.199***	0.402***
¹ Escala de Calidad de Vida (WHO-QoL-BREF)	Salud física	-0.180***	-0.062	-0.165***
	Salud psicológica	-0.231***	-0.084	-0.212***
	Ambiente	-0.197***	-0.210***	-0.225***
	Relaciones sociales	-0.204***	-0.162***	-0.221***
	Escala global	-0.249***	-0.156***	-0.250***
Escala Breve de Resiliencia (BRS)	Resiliencia	0.182*	0.113***	0.185***
	Vulnerabilidad	-0.064	0.011	-0.048
	Escala global	0.045	0.062	0.057
Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-8)	Escala global	-0.360***	-0.203***	-0.359***
Escala de Salud Mental Positiva (PMH)	Escala global	-0.374***	-0.217***	-0.373***

Nota. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

Se observaron en su mayoría correlaciones moderadas ($r = 0.35$ a $r = 0.50$) y bajas ($r = 0.20$ a $r = 0.34$). Entre la Escala Global de la ALES-F y la DERS-EAM se observan correlaciones positivas entre 0.233 a 0.383; con la CESD-7 una correlación positiva de 0.326; con la PCL-5 correlaciones positivas entre 0.280 y 0.419; con la WHO-QoL-BREF correlaciones negativas entre -0.165 a -0.250 ; con la BRS una correlación baja y positiva de 0.185 con el Factor de Resiliencia, y no se encontró relación con el Factor Vulnerabilidad y la Escala Global de la BRS; con la EBS-8 una correlación negativa de -0.359 ; y con la PMH una correlación negativa de -0.373 .

Entre el Factor 1 de la ALES-F y la DERS-EAM se observan correlaciones positivas entre 0.239 a 0.391; con la CESD-7 una correlación positiva de 0.363; con la PCL-5 correlaciones positivas entre .293 y .429; con la WHO-QoL-BREF correlaciones negativas entre -0.180 a -0.249 , y no se encontró ⁶⁶relación con el Factor de Salud Física y el de Salud Psicológica; con la BRS una correlación positiva de 0.182 con el Factor de Resiliencia, y no se encontró relación con el Factor Vulnerabilidad y la Escala Global de la BRS; con la EBS-8 una correlación negativa de -0.360 ; y con la PMH una correlación negativa de -0.374 .

Entre el Factor 2 de la ALES-F y la DERS-EAM se observan correlaciones positivas entre 0.128 a 0.206; con la CESD-7 una correlación positiva de 0.093; con la PCL-5 correlaciones positivas entre .136 y .226; con la WHO-QoL-BREF correlaciones negativas entre -0.156 a -0.210 , y no se encontró ⁶⁶relación con el Factor de Salud Física y el de Salud Psicológica; con la BRS una correlación positiva de 0.113 con el Factor de Resiliencia, y no se encontró relación con el Factor Vulnerabilidad y la Escala Global de la BRS; con la EBS-8 una correlación negativa de -0.203 ; y con la PMH una correlación negativa de -0.217 . Cabe mencionar que se observa una mayor correlación entre las variables con el Factor 1 y la Escala Global de la ALES-F a diferencia de con el Factor 2.

Validez discriminativa. Para evaluar la validez discriminativa de la ALES-F se realizó el análisis ANOVA, para comparar los puntajes medios de los Factores y la Escala Global con tres grupos divididos de acuerdo al grado de exposición a adversidades: 0 a 3 adversidades, 4 a 6 adversidades o 7 o más adversidades. En la Tabla 10 se muestra el cálculo de estas puntuaciones.

Tabla 10. Evidencias de validez discriminativa de la ALES-F

Factores	Muestra total (n = 742) M±DE	Grupos de exposición a adversidades			ANOVA			
		0 a 3 (n = 85) M±DE	4 a 6 (n = 142) M±DE	7 o más (n = 515) M±DE	Brown-Forsythe (gl=2)		Welch (gl = 2)	
					F	η^2	η^2_p	ω^2
Factor 1	15.97±4.36	10.55±.83	12.56±1.56	17.81±3.90	812.08*	0.41	697.68*	0.41
Factor 2	6.14±2.02	4.45±.80	5.04±1.05	6.73±2.08	212.03*	0.19	171.52*	0.19
Escala global	22.11±5.61	15.00±1.03	17.59±1.69	24.54±4.95	948.52*	0.43	759.41*	0.43

Nota. * = $p < .001$, η^2 = Eta cuadrado, η^2_p = Eta cuadrado parcial, ω^2 = Omega parcial

Se encontraron diferencias significativas entre los grupos de exposición a adversidades en el Factor 1, el Factor 2 y la Escala Global ($F = 948.52$, $p < .001$). El tamaño de efecto fue moderado para el Factor 1 (η^2 , η^2_p , $\omega^2 = 0.41$) y la Escala Global (η^2 , η^2_p , $\omega^2 = 0.43$), y fue pequeño para el Factor 2 (η^2 , η^2_p , $\omega^2 = 0.19$). Asimismo, el haber estado expuesto a 7 o más adversidades muestra puntajes más altos entre grupos en el Factor 1 ($M = 17.81$, $DE = 3.90$), el Factor 2 ($M = 6.73$, $DE = 2.08$) y en la Escala Global ($M = 24.54$, $DE = 4.95$). Estos hallazgos respaldan la validez discriminativa de la escala.

En síntesis, los resultados del ANOVA muestran diferencias significativas entre las puntuaciones totales de la escala y los grupos de adversidad, con un tamaño de efecto entre pequeño a moderado. Esto sugiere que la escala es sensible para detectar diferencias en la exposición a adversidades entre los grupos evaluados.

Propiedades psicométricas de la ALES-D

Escaneo de los datos. Durante este procedimiento no se detectaron casos de respuestas no comprometidas, por lo que se tomó en cuenta la misma muestra que en los análisis de propiedades psicométricas de la ALES-F de $n = 742$. Se recodificaron los valores faltantes como datos perdidos y no fueron imputados debido a que algunas variables no fueron evaluadas en los mismos participantes. Los valores atípicos u outliers se revisaron individualmente y se consideró no eliminarlos, pues pueden brindar información útil para comprender el fenómeno de estudio. Luego se analizó la normalidad de los datos. ¹ En la Tabla 11 se muestran los resultados de la prueba de normalidad de KS-L para la ALES-D.

Tabla 11. Prueba de normalidad de la ALES-D

Variables	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Enfermedad o accidente grave:			
Ítem 1. ¿Estuvo enfermo(a) de gravedad o tuvo un accidente grave?	0.317	742	.000
Pérdida de educación:			
Ítem 2. ¿Perdió una parte importante de su educación? (Por ejemplo: haber faltado a la escuela durante mucho tiempo o no recibir el apoyo necesario para ir).	0.397	742	.000
Aislamiento, rechazo o exclusión por pares:			
Ítem 3. ¿Se sintió solo(a), rechazado(a) o excluido(a) por sus compañeros?	0.223	742	.000
Victimización por pares:			
Ítem 4. ¿Fue lastimado(a), molestado(a) o insultado(a) por sus compañeros?	0.22	742	.000
Desastre natural:			
Ítem 5. ¿Fue afectado(a) por un desastre natural? (Por ejemplo: inundación, incendio, terremoto, huracán, etc.)	0.459	742	.000
Pobreza o problemas económicos:			
Ítem 6. ¿Vivió una etapa en la que su familia fue muy pobre o tuvo problemas económicos graves?	0.245	742	.000
Vecindario peligroso o violento:			
Ítem 7. ¿Vivió en un vecindario peligroso o en un lugar en el que vio a personas siendo lastimadas?	0.403	742	.000

Negligencia física:

Ítem 8. ¿NO tuvo suficiente para comer, tuvo que usar ropa sucia, NO fue llevado(a) al médico cuando fue necesario o se quedó solo(a) sin nadie que le cuidara?

0.431 742 .000

Abuso emocional:

Ítem 9. ¿Un adulto le insultó, humilló o amenazó?

0.225 742 .000

Negligencia emocional:

Ítem 10. ¿Sintió que nadie le amaba o que NO era importante para su familia?

0.261 742 .000

Pérdida o separación de quien brinda protección o seguridad:

Ítem 11. ¿Perdió a alguien o fue separada de alguien que le protegía o de quien dependiera su seguridad? (Por ejemplo: al ser abandonado(a), al ser ingresado(a) a una casa hogar, por motivos de migración, guerra, enfermedad severa o muerte).

0.41 742 .000

Violencia doméstica:

Ítem 12. ¿Vio a un familiar ser empujado, sujetado con fuerza, lastimado o amenazado por otro miembro de su familia?

0.323 742 .000

Abuso de sustancias de un miembro de la familia:

Ítem 13. ¿Vivió con alguien que abusaba de las drogas o el alcohol?

0.322 742 .000

Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia:

Ítem 14. ¿Vivió con alguien que sufría depresión, una enfermedad mental o que intentó suicidarse?

0.391 742 .000

Arresto o encarcelamiento de un miembro en la familia:

Ítem 15. ¿Un miembro de su familia fue arrestado(a) o encarcelado(a) por las autoridades?

0.428 742 .000

Migración debido a la guerra, violencia o persecución:

Ítem 16. ¿Tuvo que dejar su país debido a la guerra, violencia y/o persecución?

0.531 742 .000

Discriminación:

Ítem 17. ¿Fue discriminado(a) o le hicieron hecho sentir como una extraño(a)? (Por ejemplo: debido a su raza, género, orientación sexual, lugar de nacimiento, cultura o religión)

0.402 742 .000

Aislamiento, o expulsión de una comunidad, grupo cultural o localidad:

Ítem 18. ¿Fue aislado(a) o expulsado(a) de una comunidad, grupo cultural o localidad?

0.522 742 .000

Abuso físico:

Ítem 19. ¿Fue empujado(a), sujetado(a) con fuerza, cacheteado(a) o lastimado(a) por un adulto?

0.324 742 .000

Abuso sexual:

Ítem 20. ¿Fue forzado(a) a participar en actos sexuales o a observar cosas sexuales?

0.491 742 .000

Violencia comunitaria:

Ítem 21. ¿Vio alguna persona gravemente herida o asesinada, o estuvo expuesta a un entorno violento donde matan o hieren a otros? 0.431 742 .000

Exposición a la guerra:

Item 22. ¿Estuvo en combate o estuvo expuesto(a) a una guerra? 0.536 742 .000

Muerte de hermano(a), familiar o amigo(a):

Ítem 23. ¿Experimentó la muerte de un hermano(a), familiar cercano(a) o amigo(a)? 0.185 742 .000

Nota. ^a = Corrección de Lilliefors.

Como el valor de significancia en todas las variables es $p < .05$, se rechaza la hipótesis de distribución normal, por lo que se sugiere aplicar métodos estadísticos para datos no normales. Asimismo, en la Tabla 12 se muestra el cálculo del tamaño de efecto. Se encontró que los ítems “Aislamiento o expulsión de una comunidad, grupo cultural o localidad” y “Exposición a la guerra” reportan valores de $D > .5$, y la mayoría del resto de ítems reportan un valor de $D > 3.0$, lo que sugiere que las variables deberían de tratarse con procedimientos no paramétricos, dada la distribución de las puntuaciones y la magnitud de estas diferencias no atribuidas al azar.

Tabla 12. Tamaño de efecto de los ítems de la ALES-D

Ítems	Parámetros normales		Máximas diferencias extremas			Estadístico de prueba	Sig. Asintótica (bilateral)
	Media	Desviación	Absoluto	Positivo	Negativo		
1	2.32	1.447	0.317	0.317	-0.182	0.317	.000
2	1.81	1.247	0.397	0.397	-0.257	0.397	.000
3	2.49	1.202	0.223	0.206	-0.223	0.223	.000
4	2.46	1.243	0.220	0.220	-0.208	0.220	.000
5	1.61	1.146	0.459	0.459	-0.296	0.459	.000
6	2.51	1.422	0.245	0.245	-0.148	0.245	.000
7	1.87	1.290	0.403	0.403	-0.251	0.403	.000
8	1.64	1.121	0.431	0.431	-0.284	0.431	.000
9	2.35	1.208	0.225	0.225	-0.194	0.225	.000
10	2.05	1.048	0.261	0.261	-0.195	0.261	.000
11	1.53	0.990	0.410	0.410	-0.295	0.410	.000
12	1.90	1.105	0.323	0.323	-0.208	0.323	.000
13	2.00	1.239	0.322	0.322	-0.209	0.322	.000
14	1.74	1.111	0.391	0.391	-0.253	0.391	.000
15	1.74	1.194	0.428	0.428	-0.269	0.428	.000
16	1.09	0.530	0.531	0.531	-0.431	0.531	.000
17	1.74	1.120	0.402	0.402	-0.255	0.402	.000
18	1.23	0.741	0.522*	0.522	-0.379	0.522	.000
19	1.88	1.099	0.324	0.324	-0.212	0.324	.000

20	1.25	0.672	0.491	0.491	-0.352	0.491	.000
21	1.67	1.121	0.431	0.431	-0.274	0.431	.000
22	1.15	0.649	0.536*	0.536	-0.411	0.536	.000
23	2.40	1.075	0.185	0.172	-0.185	0.185	.000

Nota. * = señala las variables con un valor de D > .5

Análisis descriptivo de los ítems de la ALES-D. Estos análisis permiten

157 observar la distribución y variabilidad de las respuestas en cada ítem para tener una idea inicial de su estructura, así como de las consideraciones que se tomarán al obtener las evidencias de fiabilidad y validez. En la Tabla 13 se reporta un concentrado de los análisis descriptivos, donde puede observarse el cumplimiento de los ítems en distintos criterios de calidad psicométrica.

1 **Tabla 13.** Análisis descriptivo de los ítems de la ALES-D

Índices	Media	D.E.	Asimetría/ curtosis	Corr. Inter ítem	Corr. Ítem total
<i>Criterios de calidad psicométrica</i>					
Ítems	Valores cercanos a la media teórica (0.5)	Similares entre sí	</2/, </7/	r menor >.20 r mayor <.85	>.30
1	0.505	0.500	-0.022 / -2.005	.040 / .145	0.202
2	0.340	0.474	0.679 / -1.544	-.008 / .333	0.257
3	0.682	0.466	-0.783 / -1.391	.000 / .466	0.376
4	0.662	0.473	-0.685 / -1.535	-.002 / .359	0.345
5	0.240	0.427	1.221 / -0.511	.019 / .150	0.225
6	0.615	0.487	-0.472 / -1.782	.029 / .365	0.345
7	0.345	0.476	0.653 / -1.577	.004 / .238	0.367
8	0.276	0.447	1.003 / -0.997	.034 / .239	0.412
9	0.636	0.481	-0.567 / -1.683	.017 / .388	0.493
10	0.580	0.494	-0.323 / -1.901	.020 / .391	0.474
11	0.299	0.458	0.879 / -1.231	.071 / .186	0.285
12	0.469	0.499	0.124 / -1.99	.046 / .380	0.438
13	0.470	0.499	0.119 / -1.991	.074 / .274	0.389
14	0.349	0.477	0.635 / -1.602	.022 / .217	0.312
15	0.294	0.456	0.907 / -1.18	.098 / .201	0.367
16	0.030	0.170	5.557 / 28.961	-.041 / .163	0.127
17	0.338	0.473	0.685 / -1.535	.047 / .320	0.409
18	0.093	0.291	2.809 / 5.904	.042 / .189	0.343
19	0.460	0.499	0.163 / -1.979	.090 / .283	0.483
20	0.151	0.358	1.954 / 1.823	.035 / .077	0.332
21	0.292	0.455	0.914 / -1.167	.111 / .176	0.259
22	0.057	0.231	3.845 / 12.821	-.001 / .183	0.213
23	0.740	0.439	-1.096 / -0.801	-.001 / .153	0.129

Nota. En negritas aparecen marcados los valores que no cumplen con los criterios de calidad psicométrica.

La falta de cumplimiento en los criterios de calidad psicométrica de algunos ítems, permite tomar decisiones para la eliminación¹ de ítems de la escala luego de obtener los resultados del AFE.

Evidencias de fiabilidad de la ALES-D.⁵ Se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de $\alpha = 0.790$, este valor indica un aceptable nivel de consistencia interna entre los ítems de la escala, lo que sugiere que miden de manera fiable el constructo. El coeficiente alfa de Cronbach basado en elementos estandarizados fue de $\alpha = 0.786$, valor que es consistente y respalda aún más la fiabilidad de la escala. Asimismo, para realizar inferencias sobre¹⁹¹ la población de la que se extrajo la muestra se calculó el coeficiente de correlación intraclase ICC = .790 (I.C. 95%: .768-.811), el cual se considera aceptable. Y se calculó el Coeficiente Omega ($\omega = 0.795$) de McDonald, que sugiere que los ítems están correlacionados entre sí de manera consistente, y reiteran la capacidad del instrumento para medir el constructo.

Análisis factorial exploratorio de la ALES-D. Luego de realizar distintas pruebas, se optó por incluir en el AFE los mismos 15 ítems que fueron seleccionados para el AFE de la escala de frecuencia, ya que al incluir los 23 ítems no se logró obtener una medida de KMO que sugiriera proceder con el AFE. También es importante mencionar que los 8 ítems que fueron excluidos (ítems 1, 3, 5, 16, 18, 21, 22 y 23) no obtuvieron un valor de MSA suficiente y no cumplieron con algunos criterios de calidad psicométrica al realizar los análisis descriptivos. Dicho esto, los procedimientos del AFE se ejecutaron a partir de una matriz de correlaciones en la que se incluyó la mitad de la muestra seleccionada al azar ($n = 371$), y los 15 ítems del cuestionario dicotómico (Sí/No) de la ALES-D, de los que se obtuvieron valores de asimetría que oscilan entre 0.119 a 5.557 y valores de curtosis que oscilan entre -0.997 a 28.961.

En cuanto a los índices de factibilidad del análisis, se obtuvo una medida de KMO de 0.833, que indica que se puede proceder con el AFE. La prueba de esfericidad de Bartlett dio como resultado $p < 0.001$, lo que rechaza la hipótesis nula de esfericidad y que las variables están correlacionadas entre sí, lo que apoya la idoneidad del análisis factorial. El valor de los determinantes de la matriz de correlaciones fue de 0.038, lo que indica una correlación moderada entre los ítems que se debe tomar en cuenta en la interpretación de los resultados. Además se encontraron valores significativos de no normalidad multivariante según el test de Mardia ($\lambda = 18.710$, $p < .001$). En conjunto, los índices de factibilidad obtenidos de la matriz de correlaciones comprueban que sí es factible realizar el AFE a estos 15 ítems de la escala de frecuencia de la ALES.

Análisis paralelo. Se realizó un análisis paralelo basado en componentes principales para determinar el número óptimo de factores a retener, mediante la comparación entre los autovalores de los datos reales y de datos simulados. En este análisis el Factor 1 (5.766) y el Factor 2 (1.489) tienen autovalores que superan los autovalores promedio de los datos simulados (1.368 y 1.277 respectivamente), lo que sugiere retenerlos dada su importancia en la explicación de la varianza en los datos reales. El Factor 1 es el principal contribuyente a la estructura subyacente de los datos y el Factor 2 tiene una contribución menor pero aún significativa.

Evaluación y ajuste del modelo. Se hicieron análisis complementarios para evaluar y ajustar el modelo y lograr una estructura en la que cada ítem tenga una carga alta en un factor y cargas menores en el otro factor. En la Tabla 14 se observa la contribución de cada factor a la estructura de los datos tanto en la solución no rotada como en la rotada, lo que ayuda a comprender la dimensionalidad e interpretación de los resultados.

Tabla 14. Análisis de componentes principales de la ALES-D

Factores Autovalores		Solución no rotada			Solución rotada		
		Sumas de cargas al cuadrado	Proporción de varianza	Acumulativo	Sumas de cargas al cuadrado	Proporción var.	Acumulativo
Factor 1	5.766	5.213	0.348	0.348	4.206	0.280	0.280
Factor 2	1.489	0.895	0.06	0.407	1.849	0.123	0.404

En la solución no rotada, el Factor 1 tiene un autovalor de 5.766, ²⁰ que explica el 34.8% de la varianza total, mientras que el Factor 2 tiene un autovalor de 1.489, que explica el 6.0% adicional de la varianza. Los dos factores en conjunto explican el 40.8% de la variación total. En la solución rotada, ² el Factor 1 explica el 28.0% de la varianza total, y el Factor 2 el 12.3% adicional de la varianza, y ambos factores juntos explican el ⁶ 40.3% de la varianza total.

Las sumas de las cargas al cuadrado indican la cantidad de varianza de las variables originales explicadas por cada factor. En la solución no rotada, el Factor 1 tiene una suma de cargas al cuadrado de 5.213, mientras que el Factor 2 tiene una suma de 0.895. En la solución rotada, estas cifras cambian a 4.206 para el Factor 1 y 1.849 para el Factor 2. En ambas soluciones, el Factor 1 muestra cargas más altas en comparación con el Factor 2, lo que sugiere que el Factor 1 explica una mayor cantidad de varianza en los datos.

Estimación de parámetros. El análisis factorial muestra una estructura subyacente de los datos en dos factores principales. ¹⁸ En la Tabla 15 se muestra la matriz de cargas factoriales y la unicidad de cada ítem

Tabla 15. Cargas factoriales de la ALES-D

Variable	Factor 1	Factor 2	Unicidad
19. Maltrato físico	0.819		0.454
9. Maltrato emocional	0.809		0.324
10. Negligencia emocional	0.727		0.433
12. Violencia doméstica	0.710		0.520
20. Abuso sexual	0.600		0.646
15. Arresto o encarcelamiento de un miembro del hogar	0.582		0.597

Variable	Factor 1	Factor 2	Unicidad
14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro del hogar	0.561		0.733
17. Discriminación	0.537		0.685
13. ²⁰⁷ Abuso de sustancias de un miembro del hogar	0.494		0.631
4. Victimización por pares	0.429		0.737
6. Pobreza o problemas económicos graves		0.645	0.544
11. Pérdida o separación de quien brinda protección o seguridad		0.635	0.687
8. Negligencia física		0.633	0.503
2. Pérdida de educación		0.523	0.745
7. Vivir en un vecindario peligroso o violento		0.458	0.706

Nota. El método de rotación aplicado es promax. * el ítem 11 fue el único que no cargó hacia ninguno de los dos factores.

En el Factor 1, los ítems con cargas factoriales más altas son "Abuso físico" (0.819), "Abuso emocional" (0.809), y "Negligencia emocional" (0.664), y las cargas factoriales del resto oscilan entre 0.429 a 0.710; los ítems que cargaron en este factor se observa que son distintas formas de maltrato, victimización y disfunción en el hogar. En el Factor 2, los ítems con cargas factoriales más altas son "Pobreza o problemas económicos graves" (0.645) y "Pérdida o separación de quien brinda protección o seguridad" (0.635), y las cargas factoriales de los ítems restantes oscilan entre 0.458 a 0.633

La unicidad en el Factor 1, indica que los ítems "Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia" (0.733), "Victimización por pares" (0.737), y "Discriminación" (0.685) tienen la menor unicidad, lo que sugiere mayor relación con este factor. La unicidad en el Factor 2, indica que los ítems "Pérdida de educación" (0.687) y "Vivir en un vecindario peligroso o violento" (0.706) tienen la menor unicidad, lo que sugiere una fuerte asociación con este factor.

Solución factorial final. Para evaluar la pertinencia de los ítems se obtuvo el tamaño de la carga factorial, la diferencia en las cargas de ítems en los factores y la

coherencia teórica de los ítems. Siguiendo estos criterios, se obtuvo una solución factorial final que puede observarse en la Tabla 16.

Tabla 16. Solución factorial final de la ALES-D

Conformación de la solución final	Número de factores	2
	86 Porcentaje de varianza explicada por factor y total	Factor 1: 0.280 Factor 2: 0.123 Total: 0.403
	Método de extracción e iteraciones	Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS)
	Método de rotación e iteraciones	Promax
	Correlaciones inter factor	Factor 1 y 2: $r = 0.632$
Criterios cumplidos	Las cargas factoriales de todos los ítems son $>.40$	(X) Sí () No
	Ningún ítem tiene cargas altas en más de un factor	(X) Sí () No
	Los ítems de cada factor tienen coherencia teórica	(X) Sí () No
	La varianza total explicada es $>50\%$	() Sí (X) No
	Ningún factor tiene <3 ítems	(X) Sí () No

La solución final derivó en una estructura de dos factores que explican el 65% de la varianza total. Se utilizó el método GLS para la extracción de factores y el método Promax para la rotación. Se encontró una correlación positiva significativa entre ambos factores, con un coeficiente de correlación de 0.632. Las cargas factoriales de todos los ítems superaron el umbral de 0.40, no hay ítems con cargas altas en más de un factor, los ítems de cada factor tienen coherencia teórica y ningún factor tiene menos de tres ítems, sin embargo, la varianza total explicada de los factores no superó el 50%, siendo este el único criterio no cumplido. Por otra parte, no se eliminaron ítems dado que todos cargaron adecuadamente a los factores.

En síntesis esta solución factorial final cuenta con una estructura de 15 ítems divididos en dos factores de 10 y 5 ítems. Los criterios de validez y consistencia del modelo fueron en su mayoría cumplidos, lo que sugiere una interpretación robusta de los resultados de análisis posteriores.

Análisis factorial confirmatorio de la ALES-D. Para reportar los resultados del AFC en los distintos modelos se consideró el cálculo de las varianzas y covarianzas, la estimación de parámetros y el cálculo de índices de ajuste e índices de modificación. Se utilizó la matriz de correlaciones obtenida de la solución factorial final del AFE así como los datos de la segunda parte de la muestra total que fue seleccionada al azar ($n = 371$), en la que se reportan valores de asimetría de entre 0.370 a 2.990 y valores de curtosis de entre -0.766 a 9.267. Se probaron dos modelos factoriales para este instrumento.

Modelo de un factor de la ALES-D. El modelo unifactorial examina la hipótesis de que todas las experiencias adversas se agrupan en un solo factor. Probar este modelo permite evaluar la homogeneidad de las experiencias adversas y su capacidad para ser conceptualizadas como un único fenómeno.

Modelo de dos factores de la ALES-D. El modelo de dos factores busca examinar si existe una estructura bifactorial que subyace a las experiencias adversas. El primer factor agrupa experiencias adversas que ocurren a nivel relacional y el segundo factor incluye experiencias adversas relacionadas con condiciones contextuales y socioeconómicas. Este modelo ayuda a discernir entre diferentes tipos de adversidad y a entender cómo se relacionan entre sí.

Comparación de los modelos factoriales de la ALES-D. Para seleccionar el modelo factorial con mejores índices de ajuste, se elaboró un cuadro comparativo de los valores de Chi cuadrado, grados de libertad, SRMR, CFI, TLI, RMSEA, así como la confiabilidad calculada mediante el coeficiente Alpha de Cronbach y Omega de los modelos factoriales. En la Tabla 17 se resumen estos resultados.

Tabla 17. Índices de ajuste de los modelos factoriales de la ALES-D

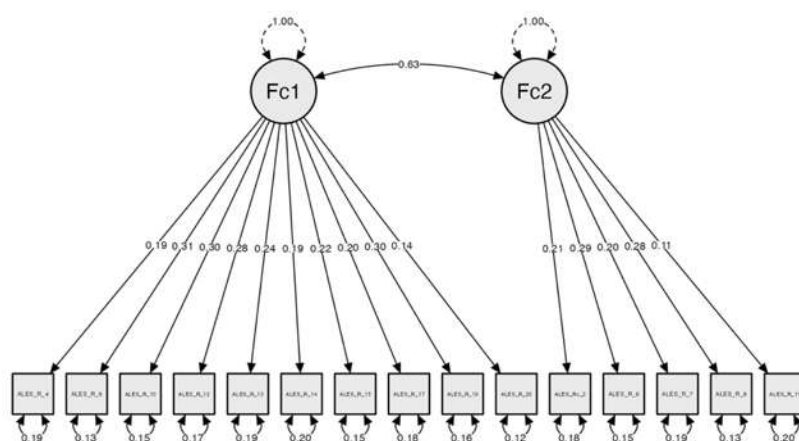
Modelos	χ^2	Máxima Verosimilitud (ML)					Fiabilidad	
		gl	SRMR	CFI	TLI	RMSEA	α	ω

						[90% CI]		
1 Factor	171.202*	90	0.047	0.900	0.883	0.04 [.03, .06]	.790	.788
2 Factores	114.600*	89	0.038	0.968	0.963	0.02 [.00, .04]	.770	.776

Nota. * = valores de $p < .05$, χ^2 = Chi-cuadrado, gl = grados de libertad, SRMR = Raíz Cuadrada Media Residual Estandarizada, CFI = Índice de Bondad de Ajuste Comparativo, TLI = Índice de Tucker-Lewis; RMSEA = Error Cuadrático Medio de Aproximación; α = Alpha de Cronbach, ω = Omega de McDonald.

El modelo factorial de dos factores obtenido a partir del AFC es el que cuenta con mejores índices de ajuste, ya que tiene el SRMR más bajo (0.038), el CFI y el TLI más altos (0.968 y 0.963 respectivamente), y el RMSEA más bajo (0.02). Estos índices de ajuste sugieren que el modelo tiene una buena capacidad para explicar la variabilidad en los datos observados. En la Figura 2 se observa el modelo factorial con mejor ajuste.

Figura 2. Gráfico del modelo de dos factores de la ALES-D



Evidencias de validez de constructo de la ALES-D. Este conjunto de evidencias muestran el grado de asociación entre el ALES-D con los puntajes del resto de variables evaluadas de acuerdo con su red nomológica: desregulación emocional (DERS-EAM), depresión (CESD-7), trastorno por estrés postraumático (PCL-5), calidad de vida (WHO-QoL-BREF), bienestar subjetivo (EBS-8), y salud mental positiva (PMH).

Validez convergente y divergente. El cálculo de la validez convergente y divergente se realizó a partir del coeficiente de correlación de Spearman, cuyos valores pueden observarse en la Tabla 18.

Tabla 18. Evidencias de validez convergente y divergente de la ALES-D

Escala de atributos relacionados	Factores	Escala de frecuencia de la ALES		
		<i>Rho de Spearman</i>		Cuestionario Global
		Factor 1	Factor 2	
28 Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-EAM)	28 Dificultad en el control de impulsos	0.290***	0.189***	0.300***
	Dificultad en el manejo del malestar emocional	0.301***	0.206***	0.309***
	No aceptación de respuestas emocionales	0.250***	0.160***	0.253***
	Dificultad por malestar emocional para el logro de objetivos	0.289***	0.190***	0.275***
24 Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos versión abreviada (CESD-7)	Escala global	0.328***	0.218***	0.333***
	Escala global	0.351***	0.155***	0.318***
Lista Checable de Trastorno de Estrés Postraumático para DSM-5 (PCL-5)	Reexperimentación	0.360***	0.233***	0.354***
	Evitación	0.269***	0.163***	0.267***
	Alteraciones cognitivas	0.401***	0.271***	0.395***
	Anhedonia	0.367***	0.183***	0.347***
	Activación ansiosa	0.272***	0.207***	0.283***
	Activación disfórica	0.291***	0.201***	0.303***
1 Escala de Calidad de Vida (WHO-QoL-BREF)	Escala global	0.392***	0.251***	0.389***
	Salud física	-0.130	-0.033	-0.083
	Salud psicológica	-0.183***	-0.107	-0.157***
	Ambiente	-0.167***	-0.239***	-0.208***
	Relaciones sociales	-0.177***	-0.159***	-0.183***
	Escala global	-0.193***	-0.163***	-0.187***
Escala Breve de Resiliencia (BRS)	Resiliencia	0.168***	0.126	0.177***
	Vulnerabilidad	-0.050	-0.037	-0.067
Escala de Bienestar Subjetivo (EBS-8)	Escala global	0.089	0.067	0.082
	Escala global	-0.327***	-0.241***	-0.323***
	Escala global	-0.306***	-0.269***	-0.320***

Nota. * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$

Se observaron en su mayoría correlaciones moderadas ($r = 0.35$ a $r = 0.50$) y bajas ($r = 0.20$ a $r = 0.34$). Entre el Cuestionario Global de la ALES-D y la DERS-EAM se observan correlaciones positivas entre 0.253 a 0.333; con la CESD-7 una correlación positiva de 0.318; con la PCL-5 correlaciones positivas entre 0.267 y 0.318; con la WHO-QoL-BREF correlaciones negativas entre -0.083 a -0.208; con la BRS una correlación baja y positiva de 0.177 con el factor de resiliencia, y no se encontró

relación con el Factor Vulnerabilidad y la Escala Global de la BRS; con la EBS-8 una correlación negativa de -0.323 ; y con la PMH una correlación negativa de -0.320 .

Entre el Factor 1 y la DERS-EAM se observan correlaciones positivas entre 0.250 a 0.328 ; con la CESD-7 una correlación positiva de 0.351 ; con la PCL-5 correlaciones positivas entre $.269$ y $.401$; con la WHO-QoL-BREF correlaciones negativas entre -0.167 a -0.193 , y no se encontró relación con el Factor de Salud Física; con la BRS una correlación positiva de 0.168 con el Factor de Resiliencia, y no se encontró relación con el Factor Vulnerabilidad y la Escala Global de la BRS; con la EBS-8 una correlación negativa de -0.327 ; y con la PMH una correlación negativa de -0.306 .

Entre el Factor 2 y la DERS-EAM se observan correlaciones positivas entre 0.160 a 0.218 ; con la CESD-7 una correlación positiva de 0.155 ; con la PCL-5 correlaciones positivas entre $.163$ y $.271$; con la WHO-QoL-BREF correlaciones negativas entre -0.159 a -0.239 , y no se encontró relación con el Factor de Salud Física y el de Salud Psicológica; no se encontró correlación con la BRS; con la EBS-8 una correlación negativa de -0.241 ; y con la PMH una correlación negativa de -0.269 . Cabe mencionar que se observa una mayor correlación entre las variables con el Factor 2 y la Escala Global de la ALES-D a diferencia de con el Factor 1.

Validez discriminativa. Para evaluar la validez discriminativa del cuestionario dicotómico de la ALES-D se realizó el análisis ANOVA, para comparar los puntajes medios de los Factores y el Cuestionario Global con tres grupos divididos de acuerdo al grado de exposición a adversidades: 0 a 3 adversidades, 4 a 6 adversidades o 7 o más adversidades. En la Tabla 19 se muestra el cálculo de estas puntuaciones.

Tabla 19. Evidencias de validez discriminativa de la ALES-D

Factores	Muestra total	Grupos de exposición a adversidades	ANOVA

	(n = 742) M±DE	0 a 3 (n = 85) M±DE	4 a 6 (n = 142) M±DE	7 o más (n = 515) M±DE	Brown-Forsythe (gl=2)				Welch (gl = 2)			
					F	η^2	η^2_p	ω^2	F	η^2	η^2_p	ω^2
Factor 1	15.97±4.36	10.55±.83	12.56±1.56	17.81±3.90	1040.26*		0.55		973.49*		0.55	
Factor 2	6.14±2.02	4.45±.80	5.04±1.05	6.73±2.08	232.34*		0.26		204.03*		0.26	
Cuestionario Global	22.11±5.61	15.00±1.03	17.59±1.69	24.54±4.95	2105.29*		0.62		1570.85*		0.62	

Nota. * = $p < .001$, M = Media, DE = Desviación Estándar, η^2 = Eta cuadrado, η^2_p = Eta cuadrado parcial, ω^2 = Omega cuadrado.

Se encontraron diferencias significativas entre los grupos de exposición a adversidades en el Factor 1, el Factor 2 y en el Cuestionario Global. El tamaño de efecto fue grande para el Factor 1 (η^2 , η^2_p , ω^2 = 0.55) y el Cuestionario Global (η^2 , η^2_p , ω^2 = 0.62), y fue pequeño para el Factor 2 (η^2 , η^2_p , ω^2 = 0.26). Asimismo, el haber estado expuesto a 7 o más adversidades muestra puntajes más altos entre grupos en el Factor 1 (M = 17.81, DE = 3.90), el Factor 2 (M = 6.73, DE = 2.08) y en la Escala Global (M = 24.54, DE = 4.95). Estos hallazgos respaldan la validez discriminativa de la escala.

En síntesis, los resultados del ANOVA muestran diferencias significativas entre las puntuaciones totales del cuestionario y los grupos de adversidad, con un tamaño de efecto entre pequeño a grande. Esto sugiere que la escala es sensible para detectar diferencias en la exposición a adversidades entre los grupos evaluados.

Discusión y conclusiones

El objetivo de esta investigación instrumental fue comprobar las propiedades psicométricas de la ALES-F y la ALES-D en población mexicana, dada la importancia de contar con una herramienta válida para evaluar las experiencias de vida adversas en este contexto de estudio. Para lograr tal objetivo, se realizaron procedimientos para lograr la equivalencia lingüística y cultural al contexto mexicano, seguido de la valoración de la equivalencia métrica de ambas versiones. Luego de la recogida y captura de la información, se siguió un procedimiento de escaneo de los datos, se

calculó la estadística descriptiva y frecuencia de los ítems, y se obtuvieron las evidencias de fiabilidad y de validez para comprobar si las propiedades psicométricas de estos instrumentos son adecuadas para utilizarse como herramientas de evaluación de las EAI.

En cuanto a las evidencias de fiabilidad, en la versión de 23 ítems de la ALES-F se obtuvieron coeficientes de $\alpha = 0.83$ y $\omega = 0.838$, que se consideran adecuados para medir de manera fiable el constructo. En la versión de 23 ítems de la ALES-D se obtuvieron coeficientes de $\alpha = 0.79$ y $\omega = 0.79$, que se consideran aceptables. Estos coeficientes se asemejan a los obtenidos por otras adaptaciones que miden la frecuencia de las adversidades (Afifi et al., 2017; Schnarrs et al., 2022) y aquellas con medida dicotómica (Bethell et al. 2017; Conway & Lewin, 2022; Ford et al., 2014; Morril et al., 2019; Wingenfeld et al., 2011). Además, se observa que los coeficientes de ambas versiones se acercan a los obtenidos en la escala original dirigida a hijos ($\alpha = 0.80$) y cuidadores ($\alpha = 0.86$) (Hawes et al., 2021). Estos datos confirman que tanto la ALES-F y la ALES-D son instrumentos confiables para evaluar el constructo de EAI.

Con respecto a los hallazgos obtenidos del AFE, en ambas versiones de la ALES se obtuvo una solución factorial final de dos factores. En uno se agrupan las adversidades que incluyen distintas formas de violencia interpersonal y disfunción familiar, y en el otro se agrupan las adversidades relacionadas con condiciones de vulnerabilidad social. En la solución factorial final de la ALES-F se eliminaron 9 ítems por sus bajos índices de calidad psicométrica y escasos valores de MSA, quedando conformada por 14 ítems que explican el 65% de la varianza total, y cuyas correlaciones inter factor fueron de $r = 0.642$; y para la solución factorial final de la ALES-D se eliminaron 8 ítems por bajos índices de calidad psicométrica y escasos valores de MSA, quedando conformada por 15 ítems que explican el 40% de la varianza total, y cuyas

correlaciones inter factor fueron de $r = 0.632$, lo que sugiere que ambas versiones poseen una estructura factorial factible para continuar con los análisis.

En cuanto a los índices de ajuste de los modelos factoriales, el modelo de dos factores de la ALES-F obtuvo los mejores índices entre los modelos que se probaron, pero estos se consideraron inaceptables: $\chi^2 = 308.563$ ($gl = 76$), $p < .05$, SRMR = 0.052, CFI = 0.875, TLI = 0.827, RMSEA = .09 [90% CI = .08, .10]. Ocurre lo mismo con el modelo de dos factores de la ALES-D, cuyos índices sugieren que el modelo no se ajusta perfectamente a los datos: $\chi^2 = 507.992$ ($gl = 76$), $p < .05$, SRMR = 0.064, CFI = 0.801, TLI = 0.724, RMSEA = .12 [90% CI = .11, .13]. Esta estructura de dos factores, ha sido explorada en otros estudios instrumentales aunque con mejores índices de ajuste (Afifi et al., 2020; Meick et al., 2017; Mersky et al., 2021; Wingenfeld et al., 2011).

Dado el desempeño deficiente de estos modelos de dos factores y la posibilidad de mejorar sus índices de ajuste, se realizó el AFC definiendo la misma estructura factorial que fue explorada en el AFE. En el modelo de dos factores de la ALES-F se obtuvieron índices de ajuste ligeramente mejores que los obtenidos en el AFE, pero aún deficientes para el modelo: $\chi^2 = 186.590$ ($gl = 76$), $p < .05$, SRMR = 0.054, CFI = 0.897, TLI = 0.876, RMSEA = .06 [90% CI = .05, .07]. Sin embargo, en el modelo de dos factores de la ALES-D se obtuvieron índices de ajuste óptimos para el modelo: $\chi^2 = 114.600$ ($gl = 89$), $p < .05$, SRMR = 0.038, CFI = 0.968, TLI = 0.963, RMSEA = .02 [90% CI = .00, .04]. Estos hallazgos sugieren que la ALES-D cumple con los criterios de validez de constructo en esta muestra de población mexicana. Si bien la ALES-F obtuvo una mejoría en sus índices de ajuste al confirmar una estructura dos factores, se requiere mejorarla para que pueda ajustarse perfectamente a los datos.

En cuanto a la obtención de evidencias de validez convergente y discriminante para la ALES-F y la ALES-D, se encontró una asociación moderada entre la exposición

a eventos adversos y la depresión, el estrés postraumático y las dificultades en la regulación emocional. También se observó una relación inversa y moderada entre la exposición a adversidades y la calidad de vida, el bienestar subjetivo y la salud mental positiva. Y una muy baja relación entre la exposición a eventos adversos y el aumento en la resiliencia. Estas relaciones se han encontrado en estudios previos (Hughes et al., 2017), lo que sugiere que ambos instrumentos discriminan y convergen con otros atributos.

Asimismo, los factores de ambos instrumentos muestran patrones similares de asociación aunque con algunas diferencias importantes. En el Factor 1 se incluyen distintas formas de violencia interpersonal y disfunción familiar, que tuvieron mayor relación positiva con la depresión, el estrés postraumático y las dificultades en la regulación emocional que las adversidades del Factor 2, que incluyen adversidades relacionadas con distintas condiciones de vulnerabilidad social. Estas asociaciones entre la ALES-F y la ALES-D con distintos atributos se han encontrado en estudios previos, tanto en aquellos que han probado las propiedades psicométricas de distintas adaptaciones del ACE-Q (Afifi et al., 2020; Choi et al., 2020; Ho et al., 2019; Kidman et al., 2019; Louise et al., 2023; Mei et al., 2022; Mersky et al., 2016) como en investigaciones empíricas (Hughes et al., 2017). Estos hallazgos respaldan la validez convergente y discriminante de la ALES-F.

Y con respecto a las evidencias de validez discriminativa, tanto en la ALES-F como en la ALES-D y sus Factores los puntajes aumentaron significativamente a medida que aumentaba la exposición a adversidades. Esto coincide con lo que se ha publicado en la literatura acerca de que la acumulación de adversidades puede predisponer a un estado de vulnerabilidad (Thompson et al., 2015), y a una cadena de riesgos asociados si se carece de una red de apoyo que brinde acompañamiento,

resignificación y que promueva el afrontamiento de las adversidades (Grellert et al., 2017).

En síntesis, los resultados sugieren que tanto la ALES-F como la ALES-D son herramientas que poseen coeficientes de fiabilidad aceptables para evaluar las experiencias de vida adversas. El AFE y AFC revelaron una estructura de dos factores, uno compuesto por distintas formas de violencia interpersonal y disfunción familiar, y el otro por condiciones de vulnerabilidad social, aunque solamente los índices de ajuste de la ALES-D se consideraron óptimos y los de la ALES-F casi aceptables. Se encontraron asociaciones moderadas entre las medidas de exposición a EAI y problemas como la depresión, el estrés postraumático y las dificultades en la regulación emocional, así como una relación moderada e inversa con la calidad de vida, el bienestar subjetivo y la salud mental positiva. Por lo tanto, estas versiones traducidas de la ALES a población mexicana muestran propiedades psicométricas que respaldan su idoneidad para evaluar de manera precisa y confiable las experiencias de vida adversas en este contexto.

Limitaciones e investigaciones a futuro

Entre las principales limitaciones del estudio puede mencionarse el tamaño de la muestra, que pudo ser más amplio para no limitar la generalización de los resultados; el sesgo en la selección de participantes, puesto el tipo de muestreo y la estrategia de recolección de datos puede mejorarse para evitar sesgos en la aplicación y generalización de los hallazgos; y las deficiencias propias de los ítems de la ALES, como la redacción de los ítems, la incorporación de varios indicadores en un mismo ítem o la dificultad para capturar de manera precisa las distintas formas de adversidad y discriminar entre otras experiencias que si bien pueden ser estresantes, no cumplen con las características para ser consideradas adversas.

En última instancia, se sugiere seguir explorando y mejorando estas herramientas de evaluación en contextos de investigación, y en el ámbito clínico sería de gran ayuda evaluar las experiencias adversas para facilitar la detección temprana y la atención a sus consecuencias, que representan un desafío para la capacidad de adaptación de todo individuo.

Capítulo 9. Estudio 3: Modelos de mediación

Método

Tipo de estudio

Cuantitativo, transversal.

² *Diseño de investigación*

Se utilizó un diseño explicativo con variables manifiestas u observables. Para este tipo de diseño se define una red estructural de relaciones entre variables representado en un sistema de ecuaciones de regresión, asumiendo que todas las variables son manifiestas u observables (Ato et al., 2013).

Tipo de muestreo

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

Participantes. Se incluyeron en la muestra mujeres de entre 18 a 60 años. Se excluyeron quienes que no pudieran leer y responder la batería de instrumentos por sí mismas. Y se eliminaron los datos de quienes no aceptaron el consentimiento informado u omitieron firmarlo, y se eliminaron los casos en que no se respondió en más del 5% de los ítems de la batería. Para realizar las comparaciones entre grupos, se utilizaron datos de las mismas variables de

Mujeres víctimas de violencia de pareja. Se obtuvo una muestra de 56 mujeres víctimas de violencia de pareja, a través del contacto con la Dirección de Seguridad Pública Municipal en Hidalgo del Parral, Chihuahua, como parte del programa: “Puerta Violeta: Parral libre de violencia de género”.

El escenario y condiciones de aplicación fueron acordados con la institución. Se tuvo acceso a las instalaciones de la Dirección de Seguridad Pública Municipal Zona Norte. Se utilizó un espacio reducido para realizar las aplicaciones de manera individual y que usualmente es utilizado como consultorio psicológico, y otro espacio de mayor tamaño para realizar aplicaciones grupales que usualmente es utilizado para brindar

talleres relacionados con temas de violencia, familia y salud. En ambos espacios se cuenta con buena iluminación, la presencia mínima de ruido y distracciones ambientales, así como se dispone de mobiliario adecuado.

Mujeres de población general. El contacto con las participantes se dio mediante el apoyo de estudiantes universitarios capacitados para la aplicación de la batería de instrumentos. Se instruyó a los estudiantes en un verano de investigación donde se les enseñaron aspectos relacionados con psicometría y las experiencias adversas, además de que se desarrolló una guía de aplicación en la que se describe la información expuesta en el consentimiento informado, los instrumentos, sus indicaciones, al igual que algunos elementos clave para evitar el riesgo de sesgo en la aplicación. También se les indicó la importancia de respetar en todo momento los criterios de inclusión, exclusión y eliminación de participantes.

El escenario y condiciones de aplicación fueron acordados con los estudiantes, destacando la necesidad de utilizar espacios con buena iluminación, la presencia mínima de ruido y distracciones ambientales, así como de mobiliario cómodo.

Instrumentos

1 Cuestionario de datos sociodemográficos (elaboración propia). Se trata de un cuestionario de elaboración propia que busca recoger datos de tipo sociodemográfico asociados a las MVVP.

25 Adverse Life Experiences Scale ALES (Hawes et al., 2021). Esta escala fue desarrollada a partir del ACE-Q (Felitti et al., 1998) y distintas categorías de experiencias adversas propuestas en otras investigaciones. Para este estudio se utilizaron las versiones de la ALES cuyas propiedades psicométricas fueron evaluadas en el estudio dos para evaluar la frecuencia y la acumulación de experiencias de vida adversas: la ALES-F, versión de 14 items con tipo de respuesta Likert de cuatro puntos:

1 = “Nunca”, 2 = “Alguna vez”, 3 = “Varias veces”, 4 = “Todo el tiempo” y una consistencia interna buena ($\alpha = 0.813$ y $\omega = 0.808$); y la ALES-D, versión de 15 ítems con tipo de respuesta dicotómica (Sí/No) y una consistencia interna aceptable ($\alpha = 0.770$ y $\omega = 0.776$).

32 Escala de Dificultades para la Regulación Emocional (DERS-EAM, Carranza-Plancarte et al., 2022). Es una escala de 21 ítems validada en adultos mexicanos. Es de tipo de respuesta Likert de cinco puntos: 1 = “Casi nunca”, 2 = “Algunas veces”, 3 = “La mitad de las veces”, 4 = “La mayoría de las veces”, y 5 = “Casi siempre”. Cuenta con cuatro factores: 1 la dificultad en el control de impulsos ($\alpha = .878$), 102 la dificultad en el manejo del malestar emocional ($\alpha = .831$), 28 la no aceptación de respuestas emocionales ($\alpha = .77$) y la dificultad por malestar emocional para el logro de objetivos ($\alpha = .628$). Se reporta una excelente consistencia interna ($\alpha = .916$).

1 Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ-CA-9, Valencia y De la Rosa-Gómez, 2022). Es una versión de 9 ítems del ERQ-CA validada por en adultos mexicanos. Es de tipo de respuesta Likert de cinco puntos: 1 = “Completamente en desacuerdo”, 2 = “Algo en desacuerdo”, 3 = “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, 4 = “Algo de acuerdo”, y 5 = “Completamente de acuerdo”. Cuenta con dos factores: reevaluación cognitiva ($\omega = .76$) y supresión expresiva ($\omega = .75$). Se reportan evidencias de validez entre el factor de reevaluación cognitiva con ansiedad ($r = -.16$, $p = .002$), depresión ($r = -.18$, $p < .001$), e ideación suicida ($r = -.22$, $p < .001$); y entre el factor de supresión expresiva con ansiedad ($r = .21$, $p < .001$), depresión ($r = .29$, $p < 0.001$) e ideación suicida ($r = 0.23$, $p < 0.001$).

24 Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos versión abreviada (CESD-7, Salinas-Rodríguez et al., 2013). Es una escala de 7 ítems validada en adultos mexicanos. Es de respuesta tipo Likert de cuatro puntos: 0 = “Rara vez o nunca

(menos de 1 día)", 1 = "Pocas veces o alguna vez (1-2 días)", 2 = "Un número de veces considerable (3-4 días)", y 3 = "Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)". Cuenta con cinco factores: ¹ estado de ánimo deprimido (disforia), disminución de placer (anhedonia), problemas de sueño, fatiga y pensamiento. Se reporta una adecuada consistencia interna ($\alpha = .86$). Se reportan evidencias de validez concurrente con el ICD-10 ($r = 0.9015$, $p < 0.01$), el DSM-IV ($r = 0.8717$, $p < 0.01$) y el BDI ($r = 0.7879$, $p < 0.01$).

Lista Checable de ¹ Trastorno de Estrés Postraumático para DSM-5 (PCL-5, Durón-Figueroa et al., 2019). Es una escala de 20 ítems validada en adultos mexicanos. Es ³⁰ de respuesta tipo Likert de cinco puntos: 0 = "Nada", 1 = "Un poco", 2 = "Moderadamente", 3 = "Bastante", y 4 = "Extremadamente". Cuenta con seis factores: reexperimentación ($\alpha = .92$), evitación ($\alpha = .88$), alteraciones cognitivas ($\alpha = .89$), anhedonia ($\alpha = .91$), activación ansiosa ($\alpha = .75$) y activación disfórica ($\alpha = .83$). Se reporta una excelente consistencia interna del instrumento ($\alpha = .97$).

Procedimiento

El proceso para la realización de este estudio constó de cinco pasos:

1. El contacto con la institución: se presentó el proyecto de investigación a quien coordina el programa para solicitar una colaboración académico-institucional para investigar las variables psicosociales asociadas a la población de MVVP (Ver Anexo 5).
2. Se entregó el consentimiento informado (Ver Anexo 1) dirigido a las participantes, para dar a conocer ³⁵ el objetivo de la investigación, la confidencialidad y el uso de los datos, así como el derecho de revocación de su consentimiento.

3. Se inició con la aplicación de la batería de instrumentos de manera individual y grupal, conforme se tuvo acceso a las participantes en ciertos periodos designados por la institución.
4. Luego de finalizar la recolección de datos, se procedió a realizar la captura e iniciar con los análisis.

2 **Análisis de datos**

Para realizar el análisis estadístico de los datos se utilizó JASP versión 0.18.3. Se calcularon los estadísticos descriptivos y la frecuencia de los datos sociodemográficos. Se realizaron pruebas de diferencia para contrastar a los grupos. Para cada una de las variables se realizó un análisis exhaustivo comenzando con la verificación de supuestos a partir de la prueba de contraste de normalidad de Shapiro-Wilk y la prueba de igualdad de varianzas de Levene. Posteriormente, se muestran los estadísticos y magnitudes del efecto de tres pruebas de contraste: Student, Welch y Mann Whitney. Esto permite visualizar cual fue la prueba de contraste más apropiada a partir de las pruebas de normalidad y de igualdad de varianzas, brindando una base sólida para la interpretación de los resultados.

Por otro lado, se analizaron los datos mediante la obtención de los coeficientes de correlación de Pearson y el Análisis de Senderos (*Path Analysis*). Este último es una técnica de regresión múltiple que se utiliza para probar los diferentes modelos de mediación. Las dificultades para la regulación emocional (DERS-EAM) y las estrategias de regulación emocional (ERQ-CA-9) se probaron como variables mediadoras, la frecuencia de experiencias adversas (ALES-F) y la acumulación de experiencias adversas (ALES-D) se probaron como variables predictoras, y la depresión (CESD-7) y el trastorno de estrés postraumático (PCL-5) se probaron como variables de criterio.

Del análisis de mediación se obtuvieron los efectos directos, los efectos indirectos, y los efectos totales para definir la presencia de mediación. Los efectos directos miden la influencia de la variable independiente (X) y la variable dependiente (Y) cuando la variable mediadora se mantiene constante (M). Para la interpretación de los efectos directos, si el efecto directo se reduce pero sigue siendo significativo ($p < 0.05$), se sugiere una mediación parcial.

Los efectos indirectos son aquellos que miden la influencia de la variable independiente (X) en la variable dependiente (Y) a través de la variable mediadora (M). Para la interpretación de los efectos indirectos, si el efecto es significativo ($p < 0.05$) se sugiere que la variable mediadora explica parte de la relación entre X y Y.

Los efectos totales se refieren a la suma del efecto directo e indirecto que tiene la variable independiente (X) en la variable dependiente (Y), es decir su grado de relación total sin considerar la mediación de la variable mediadora (M). Para la interpretación de los efectos totales, el efecto total debería ser significativo ($p < 0.05$) para justificar la presencia de mediación. En caso de confirmarse la mediación, se reportan los coeficientes de los senderos y se acompañan de los gráficos de cada modelo de mediación.

Consideraciones éticas

Se tomaron en cuenta los principios éticos que guían la investigación psicológica, por lo que se les explicó a las participantes el objetivo de la evaluación, la confidencialidad de los datos y su uso con fines de investigación, su derecho a la revocación del consentimiento informado, las instrucciones de cada instrumento, y se agradeció su participación y se informó de la publicación de resultados una vez finalizada la investigación.

Además, se compartió con la institución una serie de recursos para poder promover el acceso de las mujeres a los servicios de apoyo y orientación, como líneas de ayuda, centros de atención, y programas de asistencia para ellas y sus familias, facilitando así el proceso de recuperación y fortalecimiento.

Resultados

Contrastes t para muestras independientes

En este apartado se muestran los resultados obtenidos a través del análisis de contrastes t para muestras independientes, considerando dos grupos: uno conformado por mujeres de población general y otro por MVVP.

Este enfoque permite evaluar posibles disparidades entre estos dos grupos en relación con las variables de interés, contribuyendo a la comprensión de las diferencias que pueden surgir entre las EAI, las dificultades para la regulación emocional, las estrategias para la regulación emocional, la depresión y el TEPT. Dicho esto, a continuación se presentan los hallazgos para cada una de las variables ya mencionadas.

Experiencias adversas en la infancia

Comprobación de supuestos.

Normalidad de la distribución de las variables. La Tabla 1 muestra los valores del estadístico de Shapiro-Wilk y su nivel de significancia en las EAI de ambos grupos. Los resultados sugieren que tanto en el grupo de MVVP como en el grupo de mujeres de población general se rechaza la hipótesis nula de que los datos tienen una distribución normal ($p < .05$).

Tabla 1. Prueba de contraste de normalidad Shapiro-Wilk: EAI

Variables	Grupos	W	p
ALES-D	Población general	0.977	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.953	0.028
ALES-F	Población general	0.947	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.946	0.014

Variables	Grupos	W	p

Nota. Los resultados significativos sugieren una desviación respecto a la Normalidad.

Igualdad de varianzas. La Tabla 2 muestra los resultados de la prueba de

Levene para la variable de EAI. En la ALES-D y la ALES-F se observan diferencias significativas ($p < .001$), lo que sugiere una diferencia en las varianzas entre los grupos.

Tabla 2. Prueba de igualdad de varianzas de Levene: EAI

Variables	F	df ₁	df ₂	p
ALES-D	15.908	1	382	< .001
ALES-F	13.369	1	382	< .001

Nota. Los resultados significativos sugieren diferencia en las varianzas entre los grupos.

Prueba de hipótesis. En la Tabla 3 se reportan los estadísticos descriptivos de la ALES-D y la ALES-F en ambos grupos, incluyendo el número de muestra, la media y la desviación estándar.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos: EAI

Variables	Grupos	n	Media	DE
ALES-D	Población general	328	6.351	3.492
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	5.875	2.249
ALES-F	Población general	328	22.229	5.676
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	21.696	3.384

En la Tabla 4 se muestran las pruebas estadísticas para la comprobación de la diferencia entre grupos. En este caso, dada la falta de normalidad de los datos en ambos grupos, se sugiere interpretar los resultados de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Tabla 4. Pruebas estadísticas de comparación entre grupos: EAI

Variables	Contraste	Estadístico	gl	p	Magnitud del Efecto	ET Magnitud del Efecto
ALES-D	Student	0.984	382	0.326	0.142	0.145
	Welch	1.332	106.561	0.186	0.162	0.145
	Mann-Whitney	9831		0.398	0.070	0.083
ALES-F	Student	0.681	382	0.496	0.098	0.145
	Welch	0.967	116.015	0.335	0.114	0.145
	Mann-Whitney	9107		0.920	-0.008	0.083

Variables	Contraste	Estadístico	gl	p	Magnitud del Efecto	ET Magnitud del Efecto

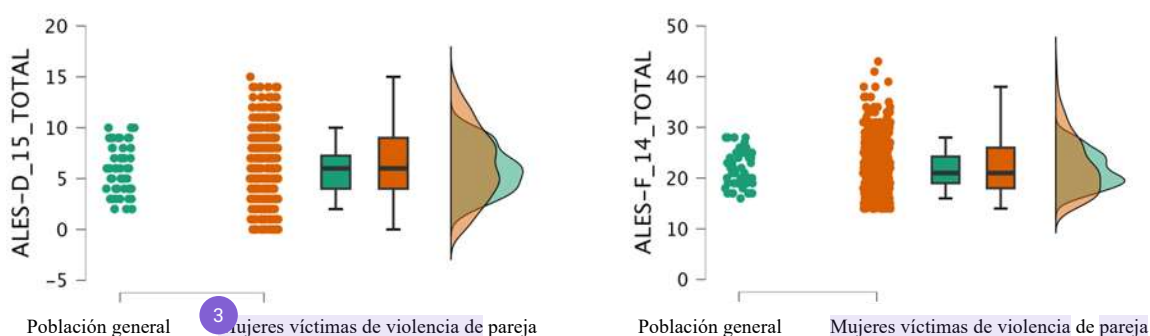
Nota 1. Para el Contraste t de Student y contraste t de Welch, la magnitud del efecto viene dada por D de Cohen. Para el contraste de Mann-Whitney, la magnitud del efecto viene dada por la correlación biserial de rangos.

Nota 2. Se resalta en gris la estadística que debería interpretarse a partir de la comprobación de supuestos.

A partir de las pruebas estadísticas de comparación entre grupos, ⁵ no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en la ALES-D ($U = 9831$, $p = 0.398$), ni tampoco en la ALES-F ($U = 9107$, $p = 0.920$).

Representación de datos. En la Figura 1 se muestran gráficos de nube con lluvia para visualizar las comparaciones entre grupos en la frecuencia de EAI (ALES-D) y en la acumulación de EAI (ALES-F).

Figura 1. Gráficos de nube con lluvia: EAI



Dificultades para la regulación emocional

Comprobación de supuestos.

Normalidad de la distribución de las variables. ¹ La Tabla 5 muestra los valores del estadístico de Shapiro-Wilk y su nivel de significancia ¹ en las dificultades para la regulación emocional y sus factores en ambos grupos. Los resultados significativos que se observan ³ en el grupo de mujeres de población general en todos los factores y la escala global ($p < .001$), indican ²⁹ que los datos no poseen una distribución normal. Por otro lado, ³ en el grupo de MVVP en la escala global, en el factor de dificultad en el manejo del malestar emocional y en el factor de no aceptación de respuestas

emocionales se obtuvieron resultados significativos ($p < .001$), que sugieren que los datos no tienen una distribución normal. Solo en el factor de dificultad en el control de impulsos y en el factor de dificultad por malestar emocional para el logro de objetivos se observa una distribución normal de los datos ($p > .05$).

Tabla 5. Prueba de contraste de normalidad Shapiro-Wilk: Dificultades para la regulación emocional

Variables	Grupos	W	p
Escala global	Población general	0.91	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.863	< .001
Dificultad en el control de impulsos	Población general	0.866	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.962	0.073
Dificultad en el manejo del malestar emocional	Población general	0.876	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.944	0.011
No aceptación de respuestas emocionales	Población general	0.826	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.951	0.023
Dificultad por malestar emocional para el logro de objetivos	Población general	0.913	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.971	0.19

Nota. Los resultados significativos ($p < .05$) sugieren una desviación respecto a la Normalidad.

Igualdad de varianzas. La Tabla 6 muestra los resultados de la prueba de Levene en la DERS-EAM y sus factores. En estos últimos no se observan diferencias significativas en las varianzas de los grupos, sin embargo, en la escala global las varianzas son significativas ($p < .001$).

Tabla 6. Prueba de igualdad de varianzas de Levene: Dificultades para la regulación emocional

Variables	F	df ₁	df ₂	p
DERS-EAM	13.143	1	265	< .001
Dificultad en el control de impulsos	2.84	1	265	0.093
Dificultad en el manejo del malestar emocional	5.277	1	265	0.022
No aceptación de respuestas emocionales	0.193	1	265	0.661
Dificultad por malestar emocional para el logro de objetivos	1.746	1	265	0.187

Nota. Los resultados significativos sugieren diferencia en las varianzas entre los grupos.

Prueba de hipótesis. En la Tabla 7 se presentan los estadísticos descriptivos de la DERS-EAM y sus factores en ambos grupos, el número de muestra, la media y la desviación estándar.

Tabla 7. Estadísticos descriptivos: Dificultades para la regulación emocional

Variables	Grupos	n	M	DE
DERS-EAM	Población general	211	42.299	17.754
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	59	11.901
Dificultad en el control de impulsos	Población general	211	15.209	7.136
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	22.893	5.723
Dificultad en el manejo del malestar emocional	Población general	211	14.118	6.788
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	19.464	4.832
No aceptación de respuestas emocionales	Población general	211	5.531	2.872
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	8.054	2.753
Dificultad por malestar emocional para el logro de objetivos	Población general	211	7.441	3.283
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	8.589	2.782

En la Tabla 8 se muestran las pruebas estadísticas para la comprobación de la diferencia entre grupos. En este caso, dada la falta de normalidad de los datos en la DERS-EAM y sus factores, se sugiere interpretar los resultados de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Tabla 8. Pruebas estadísticas de comparación entre grupos: Dificultades para la regulación emocional

Variables	Contraste	Estadístico	gl	p	Magnitud del Efecto	ET Magnitud del Efecto
DERS-EAM	Student	-6.649	265	< .001	-1	0.158
	Welch	-8.327	127.511	< .001	-1.105	0.16
	Mann-Whitney	2495.5		< .001	-0.578	0.087
Dificultad en el control de impulsos	Student	-7.444	265	< .001	-1.119	0.16
	Welch	-8.454	105.076	< .001	-1.188	0.161
	Mann-Whitney	2217.5		< .001	-0.625	0.087
Dificultad en el manejo del malestar emocional	Student	-5.53	265	< .001	-0.831	0.156
	Welch	-6.707	119.153	< .001	-0.907	0.157
	Mann-Whitney	2761.5		< .001	-0.533	0.087
No aceptación de respuestas emocionales	Student	-5.893	265	< .001	-0.886	0.156
	Welch	-6.04	89.416	< .001	-0.897	0.157
	Mann-Whitney	2811		< .001	-0.524	0.087
	Student	-2.398	265	0.017	-0.361	0.151
	Welch	-2.64	99.632	0.01	-0.377	0.151

Variables	Contraste	Estadístico	gl	p	Magnitud del Efecto	ET Magnitud del Efecto
Dificultad por malestar emocional para el logro de objetivos	Mann-Whitney	4385.5		0.003	-0.258	0.087

Nota 1. Para el Contraste t de Student y contraste t de Welch, la magnitud del efecto viene dada por D de Cohen. Para el contraste de Mann-Whitney, la magnitud del efecto viene dada por la correlación biserial de rangos.

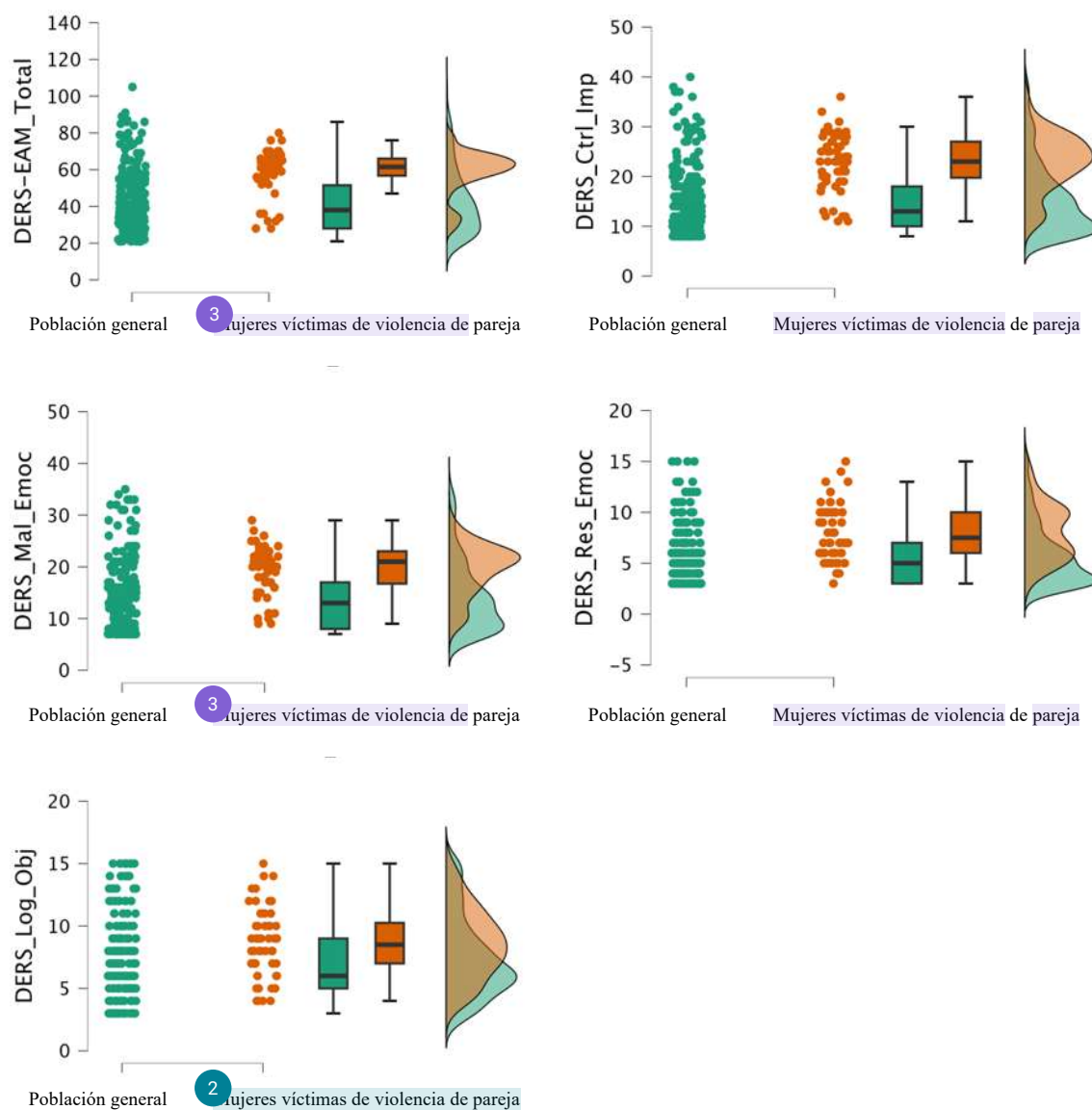
Nota 2. Se resalta en gris la estadística que debería interpretarse a partir de la comprobación de supuestos.

A partir de las pruebas estadísticas, se encontraron diferencias significativas en:

a) la escala global, donde se observan mayores dificultades para la regulación emocional en el grupo de MVVP, con un tamaño de efecto moderado ($U = 2495.5$, $p < .001$, $D = -0.578$); b) mayor dificultad en el control de impulsos, con un tamaño de efecto moderadamente grande ($U = 2217.5$, $p < .001$, $D = -0.625$); c) mayor dificultad en el manejo del malestar emocional, con un tamaño de efecto moderado ($U = 2761.5$, $p < .001$, $D = -0.533$); d) la no aceptación de respuestas emocionales, con un tamaño de efecto moderado ($U = 2811$, $p < .001$, $D = -0.524$); e) y mayor dificultad por malestar emocional para el logro de objetivos, con un tamaño de efecto pequeño ($U = 4385.5$, $p < .001$, $D = -0.258$).

Representación de datos. En la Figura 2 se muestran gráficos de nube con lluvia para visualizar los resultados de los grupos en las dificultades para la regulación emocional y sus factores.

Figura 2. Gráficos de nube con lluvia: Dificultades para la regulación emocional



Depresión

Comprobación de supuestos.

Normalidad de la distribución de las variables. La Tabla 9 muestra los valores del estadístico de Shapiro-Wilk y su nivel de significancia en depresión en ambos grupos. Los resultados significativos que se observan en los dos grupos señalan que los datos no poseen una distribución normal.

Tabla 9. Prueba de contraste de normalidad Shapiro-Wilk: Depresión

Variables	Grupos	W	p
CESD-7	Población general	0.959	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.884	< .001

Variables	Grupos	W	p

Nota. Los resultados significativos sugieren una desviación respecto a la Normalidad.

Igualdad de varianzas. La Tabla 10 muestra los resultados de la prueba de Levene en la CESD-7. No se observan diferencias significativas ($p = 0.169$), lo que sugiere no hay diferencia en las varianzas entre los grupos.

Tabla 10. Prueba de igualdad de varianzas de Levene: Depresión

Variables	F	df ₁	df ₂	p
CESD-7	7.298	1	267	0.007

Nota. Los resultados significativos sugieren diferencia en las varianzas entre los grupos.

Prueba de hipótesis. En la Tabla 11 se presentan los estadísticos descriptivos de la CESD-7 en ambos grupos, incluyendo el número de muestra, la media y la desviación estándar.

Tabla 11. Estadísticos descriptivos: Depresión

Variables	Grupos	n	M	DE
CESD-7	Población general	213	7.648	4.864
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	18.196	3.710

En la Tabla 12 se muestran las pruebas estadísticas para la comprobar la diferencia entre grupos. Por la falta de normalidad de los datos, se sugiere interpretar los resultados de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Tabla 12. Pruebas estadísticas de comparación entre grupos: Depresión

Variables	Contraste	Estadístico	gl	p	Magnitud del Efecto	ET Magnitud del Efecto
CESD-7	Student	-15.108	267	< .001	-2.269	0.186
	Welch	-17.66	110.111	< .001	-2.439	0.191
	Mann-Whitney	648		< .001	-0.891	0.087

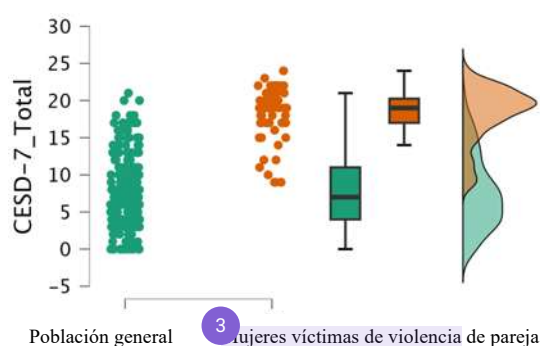
Nota 1. Para el Contraste t de Student y contraste t de Welch, la magnitud del efecto viene dada por D de Cohen. Para el contraste de Mann-Whitney, la magnitud del efecto viene dada por la correlación biserial de rangos.

Nota 2. Se resalta en gris la estadística que debería interpretarse a partir de la comprobación de supuestos.

Se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de la CESD-7. Se reporta mayor depresión en las MVVP, con un tamaño de efecto moderado ($U = 648$, $p < .001$, $D = -0.891$).

Representación de datos. En la Figura 3 se muestran gráficos de nube con lluvia para visualizar los resultados en depresión.

Figura 3. Gráfico de nube con lluvia: Depresión



Trastorno de estrés postraumático

Comprobación de supuestos.

Normalidad de la distribución de las variables. La Tabla 13 muestra los valores del estadístico de Shapiro-Wilk y su nivel de significancia en el TEPT y sus factores en ambos grupos. Los resultados significativos que se observan en el grupo de población general en todos los factores ($p < .001$) y los resultados significativos de ambos grupos en la PCL-5 ($p < .001$), señalan que los datos no tienen una distribución normal. Cabe mencionar que los datos del grupo de MVVP en todos los factores tienen una distribución normal ($p > .05$).

Tabla 13. Prueba de contraste de normalidad Shapiro-Wilk: TEPT

Variables	Grupos	W	p
PCL-5	Población general	0.934	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.903	< .001
Rexperimentación	Población general	0.912	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.977	0.352
Evitación	Población general	0.901	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.951	0.023

Variables	Grupos	W	p
Alteraciones cognitivas	Población general	0.91	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.956	0.041
Anhedonia	Población general	0.887	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.957	0.045
Activación ansiosa	Población general	0.864	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.959	0.055
Activación disfórica	Población general	0.906	< .001
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	0.971	0.196

Nota. Los resultados significativos sugieren una desviación respecto a la Normalidad.

Igualdad de varianzas. La Tabla 14 muestra los resultados de la prueba de Levene en el PCL-5 y sus factores. En ninguno de los factores se observan diferencias significativas ($p < .05$) en la varianza de los grupos, pero sí en la escala global ($< .001$).

Tabla 14. Prueba de igualdad de varianzas de Levene: TEPT

Variables	F	df ₁	df ₂	p
PCL-5	23.701	1	267	< .001
Rexperimentación	5.276	1	267	0.022
Evitación	1.339	1	267	0.248
Alteraciones cognitivas	0.302	1	267	0.583
Anhedonia	9.509	1	267	0.002
Activación ansiosa	0.003	1	267	0.957
Activación disfórica	0.944	1	267	0.332

Nota. Los resultados significativos sugieren diferencia en las varianzas entre los grupos.

Prueba de hipótesis. En la Tabla 15 se muestran los estadísticos descriptivos de la PCL-5 en ambos grupos, incluyendo el número de la muestra, la media y la desviación estándar.

Tabla 15. Estadísticos descriptivos: TEPT

Variables	Grupos	n	M	DE
PCL-5	Población general	213	21.606	16.452
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	57.804	10.088
Rexperimentación	Población general	213	5.108	4.479
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	14.607	3.632
Evitación	Población general	213	2.638	2.3
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	6.018	2.17
Alteraciones cognitivas	Población general	213	4.394	3.779
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	11.732	3.403
Anhedonia	Población general	213	3.39	3.195
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	8.125	2.249
Activación ansiosa	Población general	213	2.023	1.999

Variables	Grupos	n	M	DE
Activació disfórica	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	5.911	1.975
	Población general	213	4.052	3.437
	Mujeres víctimas de violencia de pareja	56	11.411	3.032

En la Tabla 16 se muestran las pruebas estadísticas para la comprobación de la diferencia entre grupos. Por la falta de normalidad de los datos, se sugiere interpretar los resultados de la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Tabla 16. Pruebas estadísticas de comparación entre grupos: TEPT

Variables	Contraste	Estadístico	gl	p	Magnitud del Efecto	ET Magnitud del Efecto
PCL-5	Student	-15.695	267	< .001	-2.357	0.189
	Welch	-20.599	140.935	< .001	-2.653	0.198
	Mann-Whitney	475		< .001	-0.92	0.087
Rexperimentación	Student	-14.65	267	< .001	-2.2	0.184
	Welch	-16.544	103.488	< .001	-2.33	0.188
	Mann-Whitney	748		< .001	-0.875	0.087
Evitación	Student	-9.898	267	< .001	-1.486	0.167
	Welch	-10.24	90.235	< .001	-1.512	0.167
	Mann-Whitney	1840.5		< .001	-0.691	0.087
Alteraciones cognitivas	Student	-13.19	267	< .001	-1.981	0.178
	Welch	-14.022	93.872	< .001	-2.041	0.18
	Mann-Whitney	1039.5		< .001	-0.826	0.087
Anhedonia	Student	-10.425	267	< .001	-1.566	0.168
	Welch	-12.736	120.113	< .001	-1.714	0.172
	Mann-Whitney	1534		< .001	-0.743	0.087
Activación ansiosa	Student	-12.982	267	< .001	-1.95	0.177
	Welch	-13.073	86.967	< .001	-1.956	0.178
	Mann-Whitney	1158		< .001	-0.806	0.087
Activación disfórica	Student	-14.595	267	< .001	-2.192	0.184
	Welch	-15.704	95.615	< .001	-2.271	0.186
	Mann-Whitney	815		< .001	-0.863	0.087

Nota 1. Para el Contraste t de Student y contraste t de Welch, la magnitud del efecto viene dada por D de Cohen. Para el contraste de Mann-Whitney, la magnitud del efecto viene dada por la correlación biserial de rangos.

Nota 2. Se resalta en gris la estadística que debería interpretarse a partir de la comprobación de supuestos.

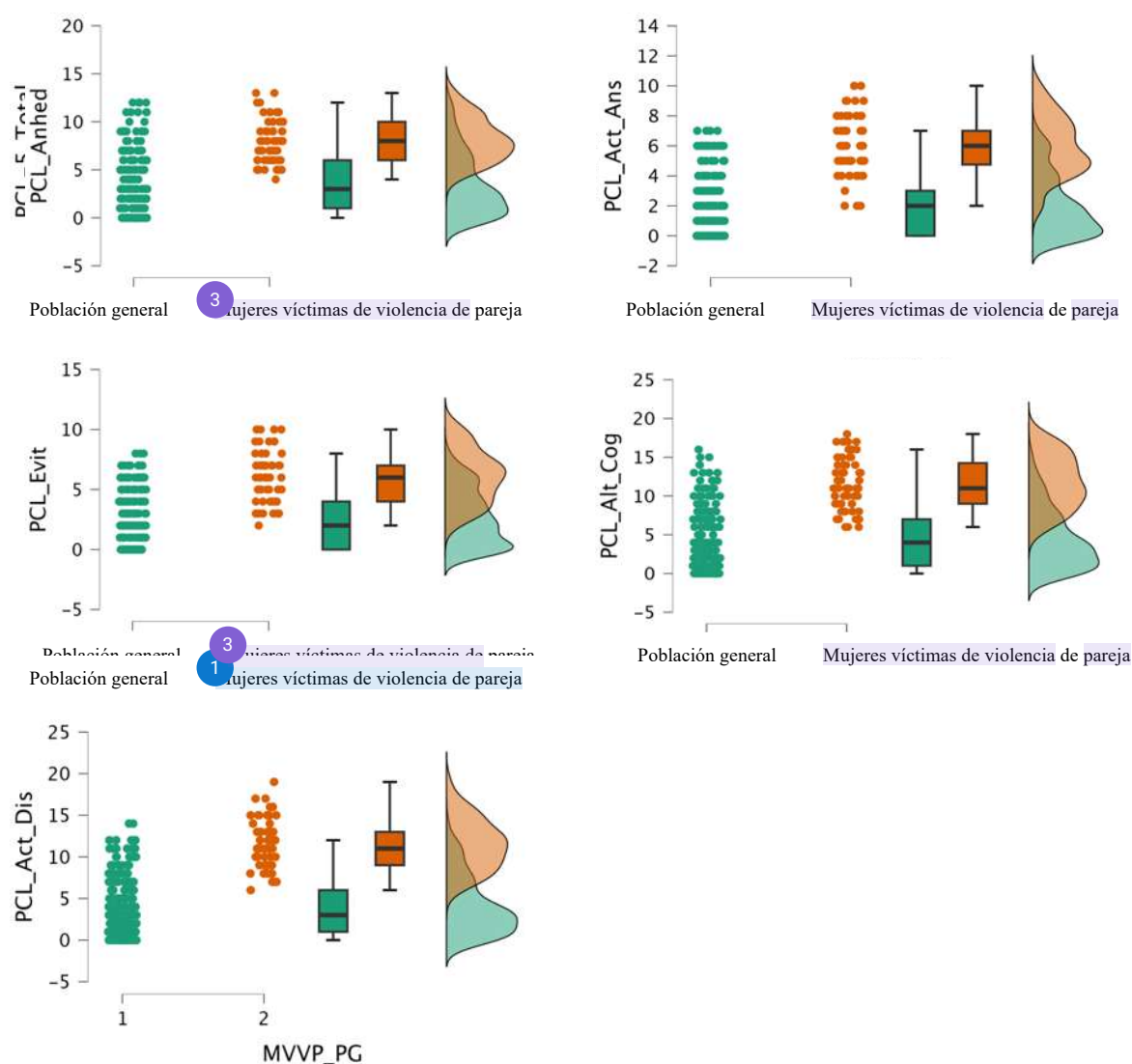
A partir de las pruebas estadísticas, se encontraron diferencias significativas en:

- la escala global, donde se observa mayor presencia de TEPT en el grupo de MVVP, con un tamaño de efecto grande ($U = 475$, $p < .001$, $D = -0.92$);
- mayor reexperimentación, con un tamaño de efecto grande ($U = 748$, $p < .001$, $D = -0.875$);
- mayor evitación, con un tamaño de efecto moderadamente grande ($U = 1840.5$, $p < .001$, $D = -0.691$);
- mayores alteraciones cognitivas, con un tamaño de efecto grande ($U =$

1039.5, $p < .001$, $D = -0.826$); d) mayor anhedonia, con un tamaño de efecto grande ($U = 1534$, $p < .001$, $D = -0.743$); f) mayor activación ansiosa, con un tamaño de efecto grande ($U = 1158$, $p < .001$, $D = -0.806$); g) y mayor activación disfórica, con un tamaño de efecto grande ($U = 815$, $p < .001$, $D = -0.863$).

Representación de datos. En la Figura 4 se muestran gráficos de nube con lluvia para visualizar los resultados en el TEPT y cada uno de sus factores.

Figura 4. Gráficos de nube con lluvia: TEPT



Análisis de mediación

Antes de reportar los resultados de los análisis de mediación, se muestran los estadísticos descriptivos y frecuencias de los datos sociodemográficos de la muestra de

MVVP, los coeficientes de correlación de Pearson entre las EAI, las dificultades para la regulación emocional, las estrategias para la regulación emocional, la depresión y el TEPT, y los resultados de los cuatro modelos de mediación que buscan comprobar las hipótesis de investigación.

Estadísticos descriptivos de los datos sociodemográficos. En la Tabla 17 se describen los datos sociodemográficos de la muestra de MVVP en esta investigación. Estos datos proporcionarán una comprensión integral del perfil de las participantes, incluyendo características clave como edad, ocupación, estado civil, escolaridad y medidas de nivel socioeconómico para contextualizar las características del grupo.

Tabla 17. Estadísticos descriptivos de los datos sociodemográficos de MVVP

	Edad	Ocupacion	Estado civil	Escolaridad	Ingreso mensual	AMAI 1	AMAI 2	AMAI 3	AMAI 4	AMAI 5	AMAI 6
Media	29.357	3.268	2.571	3.607	2.125	6.589	2.125	1.964	1.750	2.571	2.696
Desviación Típica	8.775	1.892	1.093	0.947	1.096	3.079	0.470	0.631	0.437	0.710	0.784

Nota. AMAI 1: Piense en quien gana más dinero en su hogar: ¿Cuál es su último nivel de estudios?; AMAI 2: ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en su hogar?; AMAI 3: ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas o con cabina o caja?; AMAI 4: Sin tomar en cuenta si su celular cuenta con datos móviles: ¿Su hogar cuenta con servicio de internet?; AMAI 5: De todas las personas de 14 años o más que viven en su hogar: ¿Cuántos trabajaron en el último mes?; AMAI 6: En su hogar: ¿Cuántos cuartos se utilizan para dormir, sin contar pasillos ni baños?

Frecuencias y proporciones de los datos sociodemográficos. En la Tabla 18 se observan estos datos de la muestra de MVVP. La significancia estadística resalta los patrones distintivos, proporcionando una base para comprender la diversidad sociodemográfica dentro de la muestra y su implicación con las variables del estudio.

Tabla 18. Frecuencia y proporciones de los datos sociodemográficos de MVVP

Variable	Nivel	Frecuencia	Total	Proporción	p
Ocupación	Hogar/Ama/o de casa	17	56	0.304	0.005
	Obrero/a	4	56	0.071	< .001
	Comerciante	7	56	0.125	< .001
	Empleado	12	56	0.214	< .001
	Estudiante	11	56	0.196	< .001
	Pensionado/a	1	56	0.018	< .001

Variable	Nivel	Frecuencia	Total	Proporción	p
Estado civil	Desempleado/a	4	56	0.071	< .001
	Soltero/a	7	56	0.125	< .001
	Casado/a	24	56	0.429	0.350
	Unión libre	15	56	0.268	< .001
	Separado/a	7	56	0.125	< .001
	Divorciado/a	2	56	0.036	< .001
	Viudo/a	1	56	0.018	< .001
Escolaridad	Sin estudios	1	56	0.018	< .001
	Primaria	5	56	0.089	< .001
	Secundaria	18	56	0.321	0.010
	Preparatoria/carrera técnica	24	56	0.429	0.350
	Universidad	7	56	0.125	< .001
	Posgrado	1	56	0.018	< .001
Ingreso mensual	0 a \$6,223	18	56	0.321	0.010
	\$6, 224 a \$9,334	21	56	0.375	0.081
	\$9,335 a \$18,669	12	56	0.214	< .001
	\$18,670 a \$28,003	3	56	0.054	< .001
	\$28,004 a \$37,337	1	56	0.018	< .001
	\$37,338 o más	1	56	0.018	< .001
	Sin estudios	2	56	0.036	< .001
AMAI 1	Primaria incompleta	3	56	0.054	< .001
	Primaria completa	3	56	0.054	< .001
	Secundaria incompleta	7	56	0.125	< .001
	Secundaria completa	12	56	0.214	< .001
	Carrera comercial	1	56	0.018	< .001
	Carrera técnica	5	56	0.089	< .001
	Preparatoria incompleta	7	56	0.125	< .001
	Preparatoria completa	6	56	0.107	< .001
	Licenciatura incompleta	2	56	0.036	< .001
	Licenciatura completa	4	56	0.071	< .001
	Diplomado o maestría	3	56	0.054	< .001
	Doctorado	1	56	0.018	< .001
AMAI 2	0	3	56	0.054	< .001
	1	43	56	0.768	< .001
	2 o más	10	56	0.179	< .001
AMAI 3	0	12	56	0.214	< .001
	1	34	56	0.607	0.141
	2 o más	10	56	0.179	< .001
AMAI 4	No tiene	14	56	0.250	< .001
	Si tiene	42	56	0.750	< .001
AMAI 5	0	2	56	0.036	< .001
	1	25	56	0.446	0.504
	2	24	56	0.429	0.350
	3	5	56	0.089	< .001
AMAI 6	1	26	56	0.464	0.689

Variable	Nivel	Frecuencia	Total	Proporción	p
	2	23	56	0.411	0.229
	3	5	56	0.089	< .001
	4 o más	2	56	0.036	< .001

Nota 1. Proporciones contrastadas en relación al valor de $p < 0.5$.

Nota 2. AMAI 1: Piense en quien gana más dinero en su hogar: ¿Cuál es su último nivel de estudios?;

AMAI 2: ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en su hogar?; AMAI 3:

¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas o con cabina o

caja?; AMAI 4: Sin tomar en cuenta si su celular cuenta con datos móviles: ¿Su hogar cuenta con servicio

de internet?; AMAI 5: De todas las personas de 14 años o más que viven en su hogar: ¿Cuántos

trabajaron en el último mes?; AMAI 6: En su hogar: ¿Cuántos cuartos se utilizan para dormir, sin contar pasillos ni baños?

Correlación de Pearson. Los coeficientes de correlación que se muestran en la Tabla 19 indican la fuerza y la dirección de las relaciones que se encuentran entre la frecuencia y acumulación de las EAI, las dificultades para la regulación emocional, la depresión, el TEPT y las estrategias para la regulación emocional en la muestra de MVVP.

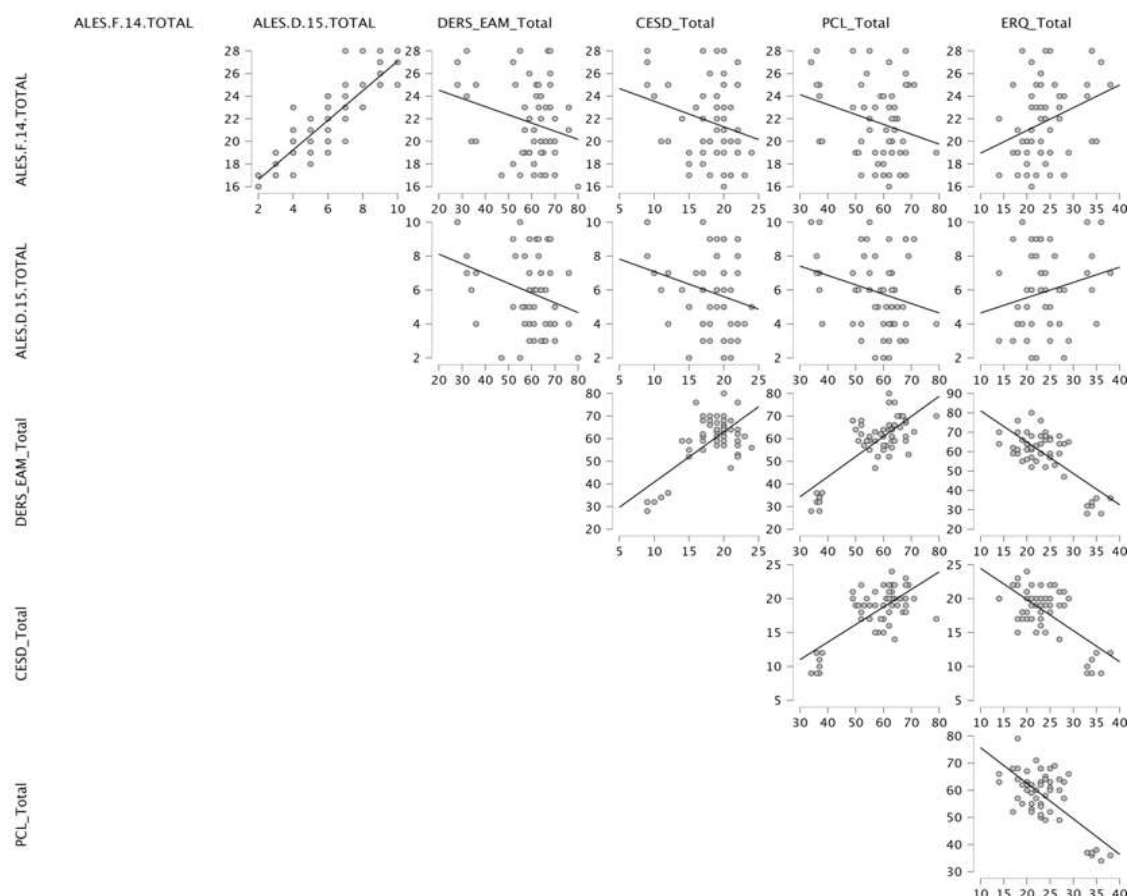
Tabla 19. Correlaciones de Pearson entre las variables de MVVP

Variable		ALES-F	ALES-D	DERS-EAM	CESD-7	PCL-5	ERQ-CA9
ALES-F	R de Pearson	—					
	Valor p	—					
ALES-D	R de Pearson	0.869***	—				
	Valor p	< .001	—				
DERS-EAM	R de Pearson	-0.255	-0.304*	—			
	Valor p	0.058	0.023	—			
CESD-7	R de Pearson	-0.247	-0.243	0.692***	—		
	Valor p	0.066	0.071	< .001	—		
PCL-5	R de Pearson	-0.261	-0.248	0.753***	0.704***	—	
	Valor p	0.052	0.065	< .001	< .001	—	
ERQ-CA9	R de Pearson	0.318*	0.214	-0.726***	-0.660***	-0.694***	—
	Valor p	0.017	0.113	< .001	< .001	< .001	—

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

En la Figura 5 se muestran los gráficos de correlación entre las variables asociadas a las MVVP.

Figura 5. Gráficos de correlación entre las variables en MVVP



Modelos de mediación. Ahora se presentan los resultados de los análisis de mediación, que permiten tener conocer las interacciones entre las variables estudiadas. Se reportan los resultados de distintos modelos de mediación, en los que se considera como variables predictoras (X) a la frecuencia de EAI (ALES-F) y la acumulación de EAI (ALES-D), como variables de criterio (Y) a la depresión (CESD-7) y al TEPT (PCL-5), y como variables mediadoras (M) a las dificultades para la regulación emocional (DERS-EAM) y a las estrategias para la regulación emocional (ERQ-CA-9).

1 *Mediación de las dificultades para la regulación emocional en las EAI y la depresión.* Para comprobar esta hipótesis de mediación es necesario analizar los efectos directos, los efectos indirectos y los efectos totales. **1** En la Tabla 20 se muestran los efectos directos del modelo de regresión que examina la influencia de la acumulación y la frecuencia de EAI (X) en la depresión (Y) cuando las dificultades para la regulación emocional se mantienen constantes (M). **2** No se encontró una relación estadísticamente

significativa ($p > .05$), por lo que no hay evidencia de un efecto directo de las EAI en la depresión.

Tabla 20. Efectos directos

						95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
		Estimar	Error Típico	valor Z	p		
ALES-D	→ CESD-7	-0.060	0.167	-0.360	0.719	-0.387	0.267
ALES-F	→ CESD-7	-0.083	0.109	-0.764	0.445	-0.296	0.130

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados significativos ($p > .05$) sugieren que no existe relación entre las variables.

En la Tabla 21 se muestran los efectos indirectos del modelo de regresión que examina la influencia de la acumulación y la frecuencia de las EAI (X) en la depresión (Y) a través de la influencia de las dificultades para la regulación emocional (M). El efecto indirecto entre la acumulación de EAI en la depresión a través de las dificultades para la regulación emocional es estadísticamente significativo $Z = -2.249$, $p = 0.025$ (IC 95% = -0.639, -0.044) y con una estimación de -0.341, que indica que el aumento en la acumulación de EAI se asocia con una disminución en la depresión a través de una mejor regulación emocional. En cambio, el efecto indirecto de la frecuencia de EAI en la depresión a través de las dificultades para la regulación emocional resultó no ser significativo ($p = 0.058$).

Tabla 21. Efectos indirectos

						95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
		Estimar	Error Típico	valor Z	p		
ALES-D	→ DERS-EAM → CESD-7	-0.341	0.152	-2.249	0.025	-0.639	-0.044
ALES-F	→ DERS-EAM → CESD-7	-0.188	0.099	-1.892	0.058	-0.382	-0.007

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados significativos ($p < .05$) sugieren que la variable mediadora explica parte de la relación entre las variables predictoras (X) y la variable de criterio (Y).

En la Tabla 22 se observan los efectos totales del modelo de regresión que examina la suma del efecto directo e indirecto de la acumulación y la frecuencia de las

EAI (X) en la depresión (Y) sin considerar la mediación de las dificultades para la regulación emocional (M). La relación entre la acumulación de experiencias adversas en la depresión y la frecuencia de experiencias adversas en la depresión, no fue estadísticamente significativa ($p > .05$).

Tabla 22. Efectos totales

		Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
ALES-D	→ CESD-7	-0.401	0.214	-1.877	0.061	-0.820	-0.018
ALES-F	→ CESD-7	-0.271	0.142	-1.909	0.056	-0.549	-0.007

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados no significativos ($p > .05$) sugieren que no existe presencia de mediación.

En síntesis, los resultados obtenidos en los efectos directos, indirectos y totales, rechazan la mediación de las dificultades para la regulación emocional entre la frecuencia y acumulación de experiencias adversas y la depresión.

Mediación de las estrategias para la regulación emocional en las EAI y la depresión. Para comprobar esta hipótesis de mediación es necesario analizar los efectos directos, los efectos indirectos y los efectos totales. En la Tabla 23 se muestran los efectos directos del modelo de regresión que examina la influencia de la acumulación y la frecuencia de EAI (X) en la depresión (Y) cuando las estrategias para la regulación emocional se mantienen constantes (M). No se encontró una relación estadísticamente significativa ($p > .05$), por lo que no hay evidencia de un efecto directo de las EAI en la depresión.

Tabla 23. Efectos directos

		Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
ALES-D	→ CESD-7	-0.176	0.168	-1.050	0.294	-0.505	0.153
ALES-F	→ CESD-7	-0.046	0.116	-0.394	0.694	-0.273	0.181

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados no significativos ($p > .05$) sugieren que no existe relación entre las variables.

En la Tabla 24 se muestran los efectos indirectos del modelo de regresión que examina la influencia de la acumulación y la frecuencia de las EAI (X) en la depresión (Y) a través de la influencia de las estrategias para la regulación emocional (M). El efecto indirecto entre la frecuencia de EAI en la depresión a través de las estrategias para la regulación emocional es estadísticamente significativo $Z = -2.320$, $p = 0.020$ (IC 95% = -0.416, -0.035) y con una estimación de -0.225, que indica que el aumento en la frecuencia de EAI se asocia con una disminución en la depresión a través de una mejor regulación emocional. En cambio, el efecto indirecto que se obtuvo de la acumulación de EAI en la depresión a través de las estrategias para la regulación emocional resultó no ser significativo ($p = 0.113$).

Tabla 24. Efectos indirectos

						95% Intervalo de Confianza	
		Estimar	Error Típico	valor Z	p	Inferior	Superior
ALES-D →	ERQ-CA- 9 → CESD-7	-0.225	0.142	-1.587	0.113	-0.503	-0.053
ALES-F →	ERQ-CA- 9 → CESD-7	-0.225	0.097	-2.320	0.020	-0.416	-0.035

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados significativos ($p < .05$) sugieren que la variable mediadora explica parte de la relación entre las variables predictoras (X) y la variable de criterio (Y).

En la Tabla 25 se observan los efectos totales del modelo de regresión que examina la suma del efecto directo e indirecto de la acumulación y la frecuencia de las EAI (X) en la depresión (Y) sin considerar la mediación de las estrategias para la regulación emocional (M). La relación entre la acumulación de EAI en la depresión y la frecuencia de EAI en la depresión, no fue estadísticamente significativa ($p > .05$).

Tabla 25. Efectos totales

						95% Intervalo de Confianza	
		Estimar	Error Típico	valor Z	p	Inferior	Superior
ALES-D →	CESD-7	-0.401	0.214	-1.877	0.061	-0.820	-0.018
ALES-F →	CESD-7	-0.271	0.142	-1.909	0.056	-0.549	-0.007

	Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
					Inferior	Superior

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados no significativos ($p > .05$) sugieren que no existe presencia de mediación.

En síntesis, los resultados obtenidos en los efectos directos, indirectos y totales, rechazan la mediación de las estrategias para la regulación emocional entre la frecuencia y acumulación de experiencias adversas y la depresión.

Mediación de las dificultades para la regulación emocional en las EAI y el TEPT. Para comprobar esta hipótesis de mediación es necesario analizar los efectos directos, los efectos indirectos y los efectos totales. En la Tabla 26 se muestran los efectos directos del modelo de regresión que examina la influencia de la acumulación y la frecuencia de EAI (X) en el TEPT (Y) cuando las dificultades para la regulación emocional se mantienen constantes (M). No se encontró una relación estadísticamente significativa ($p > .05$), por lo que no hay evidencia de un efecto directo de las EAI en el TEPT.

Tabla 26. Efectos directos

						95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
ALES-D	→	PCL-5	-0.095	0.414	-0.229 0.819	-0.906	0.716
ALES-F	→	PCL-5	-0.219	0.269	-0.815 0.415	-0.747	0.308

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados no significativos ($p > .05$) sugieren que no existe relación entre las variables.

En la tabla 27 se muestran los efectos indirectos del modelo de regresión que examina la influencia de la acumulación y la frecuencia de las EAI (X) en el TEPT (Y) a través de la influencia de las dificultades para la regulación emocional (M). El efecto indirecto entre la acumulación de EAI en el TEPT a través de las dificultades para la regulación emocional es estadísticamente significativo $Z = -2.288$, $p = 0.022$ (IC 95% = -1.889, -0.146) y con una estimación de -1.017, que indica que el aumento en la acumulación de EAI se asocia con una disminución en el TEPT a través de una mejor

regulación emocional. En cambio, el efecto indirecto de la frecuencia de TEPT en el TEPT a través de las dificultades para la regulación emocional resultó no ser significativo ($p = 0.056$).

Tabla 27. Efectos indirectos

							95% Intervalo de Confianza	
			Estimar	Error Típico	valor Z	p	Inferior	Superior
ALES-D →	DERS-EAM	→ PCL-5	-1.017	0.445	-2.288	0.022	-1.889	-0.146
ALES-F →	DERS-EAM	→ PCL-5	-0.558	0.291	-1.915	0.056	-1.128	-0.013

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados significativos ($p < .05$) sugieren que la variable mediadora explica parte de la relación entre las variables predictoras (X) y la variable de criterio (Y).

En la Tabla 28 se observan los efectos totales del modelo de regresión que examina la suma del efecto directo e indirecto de la acumulación y la frecuencia de las EAI (X) en el TEPT (Y) sin considerar la mediación de las dificultades para la regulación emocional (M). La relación entre la acumulación de EAI en el TEPT y la frecuencia de EAI en el TEPT fue estadísticamente significativa solo en esta última $Z = -2.020$, $p = 0.043$ (IC = -1.531 y -0.023).

Tabla 28. Efectos totales

						95% Intervalo de Confianza	
		Estimar	Error Típico	valor Z	p	Inferior	Superior
ALES-D	→ PCL-5	-1.112	0.581	-1.915	0.055	-0.251	-0.026
ALES-F	→ PCL-5	-0.777	0.385	-2.020	0.043	-1.531	-0.023

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados no significativos ($p > .05$) sugieren que no existe presencia de mediación.

En síntesis, los resultados obtenidos en los efectos directos, indirectos y totales, rechazan la mediación de las dificultades para la regulación emocional entre la frecuencia y acumulación de EAI y el TEPT.

Mediación de las estrategias para la regulación emocional en las EAI y el

TEPT. Para comprobar esta hipótesis de mediación es necesario analizar los efectos

directos, los efectos indirectos y los efectos totales. En la Tabla 29 se muestran los efectos directos del modelo de regresión que examina la influencia de la acumulación y la frecuencia de EAI (X) en el TEPT (Y) cuando las estrategias para la regulación emocional se mantienen constantes (M). No se encontró una relación estadísticamente significativa ($p > .05$), por lo que no hay evidencia de un efecto directo de las experiencias adversas en el trastorno de estrés postraumático.

Tabla 29. Efectos directos

						95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
		Estimar	Error Típico	valor Z	p		
ALES-D	→ PCL-5	-0.467	0.437	-1.068	0.285	-1.324	0.390
ALES-F	→ PCL-5	-0.133	0.302	-0.441	0.659	-0.725	0.459

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados significativos ($p > .05$) sugieren que no existe relación entre las variables.

En la tabla 30 se muestran los efectos indirectos del modelo de regresión que examina la influencia de la acumulación y la frecuencia de las EAI (X) en el TEPT (Y) a través de la influencia de las estrategias para la regulación emocional (M). El efecto indirecto entre la frecuencia de EAI en el TEPT a través de las estrategias para la regulación emocional es estadísticamente significativo $Z = -2.348$, $p = 0.019$ (IC 95% = -1.181, -0.106) y con una estimación de -0.644, que indica que el aumento en la acumulación de EAI se asocia con una disminución en el TEPT a través de una mejor regulación emocional. En cambio, el efecto indirecto de la acumulación de EAI en el TEPT a través de las estrategias para la regulación emocional resultó no ser significativo ($p = 0.111$).

Tabla 30. Efectos indirectos

						95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
		Estimar	Error Típico	valor Z	p		
ALES-D	→ ERQ-CA-9 → PCL-5	-0.645	0.404	-1.595	0.111	-1.438	-0.147

						95% Intervalo de Confianza	
		Estimar	Error Típico	valor Z	p	Inferior	Superior
ALES-F →	ERQ-CA-9 → PCL-5	-0.644	0.274	-2.348	0.019	-1.181	-0.106

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados significativos ($p < .05$) sugieren que la variable mediadora explica parte de la relación entre las variables predictoras (X) y la variable de criterio (Y).

En la Tabla 31 se observan los efectos totales del modelo de regresión que examina la suma del efecto directo e indirecto de la acumulación y la frecuencia de las EAI (X) en el TEPT (Y) sin considerar la mediación de las estrategias para la regulación emocional (M). La relación entre la acumulación de EAI en el TEPT y la frecuencia de EAI en el TEPT fue estadísticamente significativa solo en esta última $Z = -2.020$, $p = 0.043$ (IC = -1.531 y -0.023).

Tabla 31. Efectos totales

						95% Intervalo de Confianza	
		Estimar	Error Típico	valor Z	p	Inferior	Superior
ALES-D →	PCL-5	-1.112	0.581	-1.915	0.055	-0.251	-0.026
ALES-F →	PCL-5	-0.777	0.385	-2.020	0.043	-1.531	-0.023

Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados no significativos ($p > .05$) sugieren que no existe presencia de mediación.

En síntesis, los resultados obtenidos en los efectos directos, indirectos y totales, sugieren la presencia de una mediación completa por parte las estrategias para la regulación emocional. En la Tabla 32 se reportan los coeficientes de senderos.

Tabla 32. Coeficientes de los senderos del modelo de mediación

						95% Intervalo de Confianza	
		Estimar	Error Típico	valor Z	p	Inferior	Superior
ERQ-CA-9 →	PCL-5	-1.283	0.191	-6.712	< .001	-1.658	-0.909
ALES-F →	PCL-5	-0.133	0.302	-0.441	0.659	-0.725	0.459
ALES-F →	ERQ-CA-9	0.502	0.200	2.507	0.012	0.109	0.894

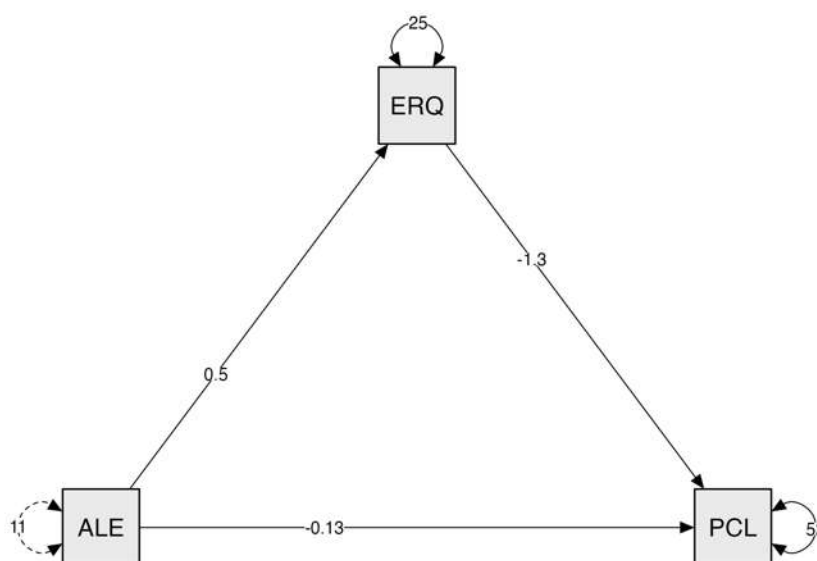
Nota 1. Método Delta errores típicos, teoría Normal intervalos de confianza, ML estimador.

Nota 2. Los resultados significativos ($p < .05$) indican una relación entre variables.

Entre las estrategias para la regulación emocional y trastorno de estrés postraumático se obtuvo una estimación de -1.283, que indica que peor regulación

emocional está asociada con un aumento en el trastorno de estrés postraumático $Z = 6.712$, $p < 0.001$, (IC 95% = -1.658, -0.909) que sugiere una relación estadísticamente significativa. Entre la frecuencia de experiencias adversas y el trastorno de estrés postraumático se obtuvo una estimación de -0.133, que indica una relación negativa no significativa $Z = -0.441$, $p = 0.659$ (IC 95% = -0.725, 0.459). Y entre la frecuencia de experiencias adversas y las estrategias para la regulación emocional se obtuvo una estimación de 0.502, que sugiere una relación positiva estadísticamente significativa $Z = -2.385$, $p = 0.017$ (IC 95% = -2.928, -0.287). En la Figura 6 se muestra el gráfico de este modelo.

Figura 6. Gráfico del modelo de mediación de las estrategias para la regulación emocional



32 Discusión y conclusiones

El objetivo de este estudio fue analizar si en MVVP la regulación emocional media la relación de las EAI con el TEPT. Antes de discutir los hallazgos de los modelos de mediación, es importante comentar las diferencias encontradas entre las dos muestras de mujeres de las que se obtuvo los datos para esta investigación.

Primeramente, no se encontraron diferencias significativas en la frecuencia y acumulación de EAI de la muestra de MVVP y la de mujeres de población general. La revisión de la literatura reveló que podían esperarse asociaciones entre la exposición a EAI y el riesgo de victimización en la edad adulta, como en el caso de la violencia de pareja (Devries et al., 2013; Golding et al., 1999; Hughes et al., 2017). Sin embargo, entre las muestras de mujeres de esta investigación no se observaron diferencias, lo que podría indicar que la victimización en la edad adulta no está necesariamente predeterminada por las EAI, sino que otras variables pueden jugar un papel más importante.

En segunda instancia, en la muestra de MVVP se observan mayores dificultades para la regulación emocional en el control de impulsos, en el manejo del malestar emocional, en la no aceptación de respuestas emocionales, y en la dificultad por malestar para el logro de objetivos. Esto sugiere que en MVVP existen mayores dificultades para la regulación emocional al no reconocer, comprender y aceptar las emociones, al tener poca capacidad de adoptar comportamientos dirigidos a metas en situaciones de estrés emocional y al tener menos conocimiento de estrategias efectivas para la regulación emocional (Gratz & Roemer, 2004). Este hallazgo es relevante debido a que existe evidencia de que las estrategias y dificultades para la regulación emocional pueden mediar la violencia experimentada en la familia de origen y la violencia de pareja que se vive en la edad adulta (Orozco-Vargas et al., 2021).

En tercer lugar, en la muestra de MVVP se encontró mucho mayor presencia de depresión que en mujeres de población general. En investigaciones como la realizada por Taft y Watson (2008), y la de Suglia et al. (2011) se encontró que el riesgo de padecer depresión se eleva al doble en mujeres que han sufrido violencia de pareja, y Salazar et al. (2009) encontraron que este riesgo puede ser del doble al triple en algunos

casos. ² Estos hallazgos reiteran la importancia de atender la presencia de depresión en MVVP con uno de los principales objetivos de intervención, no solo derivada del evento de violencia sino de sus consecuencias a la estructura y dinámica familiar.

Y en cuarto lugar, en la muestra de MVVP se encontró mayor TEPT en síntomas como la reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas, anhedonia, activación ansiosa y activación disfórica. Estos hallazgos se suman a la evidencia de otras investigaciones que han encontrado una ¹ relación entre las distintas formas de violencia de pareja y el desarrollo y mantenimiento de síntomas de TEPT (Antezana Marroquín, 2021; Muñoz-Rivas et al., 2021; Rios Briceño, 2021; Saquinaula-Salgado et al., 2021), lo que sugiere que al igual que la depresión, el TEPT es una de las principales áreas de intervención psicológica dirigida a mujeres.

Por otro lado, con ¹ respecto a las relaciones encontradas entre las variables de estudio, se encontraron bajas correlaciones entre las EAI con las dificultades para ¹⁴ la regulación emocional y las estrategias para la regulación emocional. Esto sugiere que puede haber otras variables relevantes que ejercen influencia sobre la adopción de estrategias o ⁷⁰ dificultades para la regulación emocional. Sin embargo, considerar la influencia y cronicidad de EAI específicas, podría brindar mayor contexto de las circunstancias en que se adoptan estas estrategias adaptativas o desadaptativas para la regulación emocional, como se ha encontrado en otras investigaciones (Jansen, 2015; Galego Carrillo et al., 2016; Lee et al., 2020). Asimismo, se encontraron fuertes ⁷⁰ asociaciones entre las dificultades y estrategias para la regulación emocional con la depresión y el TEPT, lo que coincide con las asociaciones encontradas en la literatura que proponen que la regulación emocional es una variable transdiagnóstica para distintas psicopatologías (⁸⁹ Dragan et al., 2018; Muñoz-Rivas et al., 2021; Park & Chung, 2018; Weiss et al., 2018; Zancan & Habigzang, 2018).

Finalmente, se obtuvieron hallazgos importantes sobre el papel que juegan las dificultades y estrategias para la regulación emocional en la relación de EAI con la depresión y el TEPT. De los cuatro modelos de mediación, solamente el modelo en el que las EAI son una variable predictora, las estrategias para la regulación emocional son una variable mediadora, y el TEPT es una variable de criterio, se confirma que las estrategias para la regulación emocional median completamente la relación entre las EAI y el TEPT. Este hallazgo puede indicar que en las intervenciones dirigidas a mitigar la presencia de TEPT, es necesario promover el aprendizaje de estrategias para la regulación emocional, dirigidas a facilitar el reconocimiento y expresión emocional, así como promover la reevaluación cognitiva del evento o eventos que facilitan la reexperimentación, evitación, alteraciones cognitivas, anhedonia, activación ansiosa y activación disfórica de quienes han sido víctimas de violencia de pareja.

En el resto de hipótesis, no se rechaza la hipótesis nula de que las dificultades y las estrategias para la regulación emocional no median la relación entre EAI y depresión, y no se rechaza la hipótesis nula de que las dificultades para la regulación emocional no median la relación entre las EAI y el TEPT. Estos resultados no coinciden por completo con los encontrados por Dragan (2018) al estudiar las dificultades para la regulación emocional como mediador entre las EAI con los síntomas de TEPT y depresión, pero sí con los encontrados por Orozco Vargas (2021). Estos hallazgos indican que las dificultades y estrategias para la regulación emocional no median la relación entre EAI y depresión, lo que puede deberse a la influencia de otras variables que pueden mediar o moderar esta relación, como el estrés percibido, el apoyo social (Thananowan et al., 2020), la autoeficacia emocional (Luque-Reca et al., 2016), y el estilo de afrontamiento (Calvete et al., 2008).

En conjunto, los hallazgos obtenidos al probar estos modelos de mediación, contribuyen al entendimiento teórico de la regulación emocional desde la postura Gratz y Roemer (2004) y la postura de Gross (1998), y Gross & Thompson (2007),³³ y su asociación con la presencia de depresión y TEPT en MVVP, tomando como base la teoría del autocontrol para la depresión (Rehm, 1977) y la teoría de Elhers y Clark para el TEPT (2000). Con base en esta fundamentación teórica, el hallazgo más importante es⁴ que las estrategias para la regulación emocional median completamente la relación entre las EAI y el TEPT.

Limitaciones e investigaciones a futuro

Es importante mencionar algunas de las limitaciones metodológicas que pudieron influir en los hallazgos de esta investigación. En primer lugar, el contacto con las participantes se realizó a través de un programa que brinda apoyo y seguimiento a las denuncias de violencia, por lo que el tiempo transcurrido entre el evento y el contacto para participar en la investigación pudo variar entre las participantes. Asimismo, algunas de ellas recibieron o estaban recibiendo atención psicológica, apoyo legal o de trabajo social por parte⁶² de organizaciones de la sociedad civil y demás instancias encargadas de esta labor. Aunque se tenía conocimiento de esto antes de iniciar con la recogida de los datos, estas limitaciones fueron necesarias para dar prioridad a la atención a las mujeres y salvaguardar su integridad.

Con respecto a las investigaciones a futuro,¹ estos hallazgos subrayan la importancia de incluir¹ el desarrollo de estrategias de regulación emocional en los programas de terapia y apoyo a mujeres, como ha sido propuesto en los hallazgos de investigaciones en distintos contextos (Dragan, 2018; Muñoz-Rivas¹⁹⁴ et al., 2021; Puente-Martínez et al., 2021; Weiss et al., 2018; Zancan & Habigzang, 2018).

Sobre la intervención a estas necesidades de apoyo, se ha encontrado que las intervenciones centradas en la enseñanza de técnicas de regulación emocional con base en la Terapia Dialéctica Conductual (Lee et al., 2017), son efectivas para mejorar este conjunto de habilidades, facilitando una mayor aceptación y comprensión de las emociones, un aumento en la capacidad para manejar las emociones en situaciones estresantes y ⁴ la adopción de comportamientos dirigidos a metas en situaciones que son emocionalmente desafiantes. Y con base en lo observado durante esta investigación, se incita a que en futuras investigaciones sea crucial brindar un entorno terapéutico seguro y de apoyo que permita a las mujeres explorar y procesar sus EAI ¹ y su relación con la violencia de pareja que viven en la actualidad (Tarzia, 2020).

Referencias

- 117 Adams, A., & Beeble, M. (2019). Intimate Partner Violence and Psychological Well-Being: Examining the Effect of Economic Abuse on Women's Quality of Life. *American Psychological Association*, 9(5), 517-525.
<http://dx.doi.org/10.1037/vio0000174>
- 59 Afifi, T. O., Ford, D., Gershoff, E. T., Merrick, M., Grogan-Kaylor, A., Ports, K. A., MacMillan, H. L., Holden, G. W., Taylor, C. A., Lee, S. J., & Peters Bennett, R. (2017). Spanking and adult mental health impairment: The case for the designation of spanking as an adverse childhood experience. *Child abuse & neglect*, 71, 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.014>
- 12 Afifi, T. O., Salmon, S., Garcés, I., Struck, S., Fortier, J., Taillieu, T., Stewart-Tufescu, A., Asmundson, G. J. G., Sareen, J., & MacMillan, H. L. (2020). Confirmatory factor analysis of adverse childhood experiences (ACEs) among a community-based sample of parents and adolescents. *BMC Pediatrics*, 20(1), 178.
<https://doi.org/10.1186/s12887-020-02063-3>
- 11 Aguirre, D. P., Cova, S. F., Domarchi G., Paz, M., Garrido, C., Mundaca, L., Rincón, G. P., Troncoso, V. P., & Vidal S. P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(2), 114-122. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000300004>
- 1 Alvarado Alomia, M. M., & Torres Leyva, M. (2021). *Regulación emocional y bienestar psicológico en mujeres víctimas de violencia de pareja de Lima Norte, 2021*.
1 Universidad César Vallejo.
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/72846/Alvarado_AMM-Torres_LM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Álvarez de Lara, R. M. (2013). Maltrato infantil y violencia familiar. *Instituto de*

investigaciones jurídicas, 8, 17-20.

² <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3582/4.pdf> ⁸²

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. APA.

American Psychological Association. (2017). *Código Ético de la American Psychological Association (APA)*. <https://www.apa.org/es/eticas/codigo/index> ²¹³

Antezana Marroquin, N. R. (2021). *Violencia de Pareja y Estrés Postraumático en adolescentes de Lima Metropolitana, 2021*. Universidad César Vallejo.

Antezana_MNR-SD.pdf (ucv.edu.pe)

¹⁴ Antonuccio, D.O., Ward, C.H. y Tearnan, B.H. (1989). The behavioral treatment of unipolar depression in adult outpatients. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (dirs.), *Progress in behavior modification (pp. 152- 191)*. Newbury Park, CA: Sage.

¹¹¹ Appleton, A. A., Holdsworth, E., Ryan, M., & Tracy, M. (2017). Measuring childhood adversity in life course cardiovascular research: a systematic review. *Psychosomatic Medicine*, 79(4), 434-440. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000000430>

¹⁵ Arce, R., & Fariñas, F. (2009). Evaluación Psicológica Forense de la credibilidad y daño psíquico en casos de violencia de género mediante el Sistema de Evaluación Global. En F. Fariña, R. Arce, & G. Buena-Casal (Eds). *Violencia de género. Tratado psicológico y legal (pp. 147-168)*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.

⁷⁷ Astin, M. C. & Resick, P. A. (1997). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno por estrés postraumático. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el Tratamiento Cognitivo – Conductual de los Trastornos Psicológicos (pp. 171-209)*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

- 42 Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038-1059.
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- 75 Atzl, V. M., Narayan, A. J., Rivera, L. M., & Lieberman, A. F. (2019). Adverse childhood experiences and prenatal mental health: Type of ACEs and age of maltreatment onset. *Journal of Family Psychology*, 33(3), 304–314.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/fam0000510>
- 49 Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual*. The Psychological Corporation.
- 15 Bermúdez, M. P., Matud, P., & Navarro, L. (2009). Consecuencias del maltrato a la mujer por su pareja. En F. Fariñas, R. Arce & G. Bucla-Casal (Eds) *Violencia de Género. Tratado psicológico y legal (pp. 109-118)*. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- 138 Bermúdez Durán, L. V., Barrantes Martínez, M. M., & Bonilla Álvarez, G. (2020). Trastorno por estrés postrauma. *Revista Médica Sinergia*, 5(9), e568.
<https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.568>
- 53 Bernstein, D.P., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(3), 340-348.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199703000-00012>
- 25 Bethell, C.D., Carle, A., Hudziak, J., Gombojav, N., Powers, K., Wade, R., & Braveman, P. (2017). Methods to assess adverse childhood experiences of children and families: toward approaches to promote child well-being in policy and practice. *Academic Pediatrics*, 17(7), 51-69. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.04.161>
- 7 Blevins, C., Weathers, F., Davis, M., Witte, T., & Domino, J. (2015). The Posttraumatic

Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 489-498.
<https://doi.org/10.1002/jts.22059>

Bonomi, A. E., Thompson, R. S., & Anderson, M. (2006). Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 458-466.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.01.015>

Bott, S., Guedes, A., Ruiz-Celis, A. P., & Mendoza, J. A. (2021). La violencia por parte de la pareja íntima en las Américas: una revisión sistemática y reanálisis de las estimaciones nacionales de prevalencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45(34), 1-15. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.34>

Brake, W.G., Zhang, T.Y., Diorio, J., Meaney, M.J., & Gratton, A. (2004). Influence of early postnatal rearing conditions on mesocorticolimbic dopamine and behavioral responses to psychostimulants and stressors in adult rats. *European Journal of Neuroscience*, 3(19), 1863-1874. <https://doi.org/10.1111/j.1460-9568.2004.03286.x>

Bremner, D., Vermetten, E., & Mazure, C. (2000). Development and preliminary psychometric properties of an instrument for the measurement of childhood trauma: The Early Trauma Inventory. *Depression and Anxiety*, 12(1), 1-12.
[https://doi.org/10.1002/1520-6394\(2000\)12:1%3C1::aid-da1%3E3.0.co;2-w](https://doi.org/10.1002/1520-6394(2000)12:1%3C1::aid-da1%3E3.0.co;2-w)

Breslau, N., Peterson, E. L., Kessler, R. C., & Schultz, L. R. (1999). Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 908-911. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.908>

Bright, M. A., Knapp, C., & Hinojosa, M. S. (2015). The comorbidity of physical, mental, and developmental conditions associated with childhood adversity: A

population-based study American Academy of Pediatrics. *Matern Child Health Journal*, 20, 843-853. <http://dx.doi.org/10.1007/s10995-015-1915-7>

Brown, D. W., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Malarcher, A. M., Croft, J. B. & Giles, W. H. (2010). Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: a prospective cohort study. *BMC Public Health*, 10. <https://doi.org/10.1186%2F1471-2458-10-311>

Buesa, S., & Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 31-45. <https://www.ijpsy.com/volumen13/num1/345/violencia-contra-la-mujer-y-sntomasde-ES.pdf>

Burke, N., Hellman, J. L., & Scott, B. G. (2011). The impact of adverse childhood experiences on an urban pediatric population. *Child Abuse & Neglect*, 35, 408-413. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.02.006>

Burke, N., & Renschler, T. S. (2015). *Center for Youth Wellness ACE-Questionnaire (CYW ACE-Q Child, Teen, Teen SR)*. <https://centerforyouthwellness.org/wp-content/uploads/2018/06/CYW-ACE-Q-USer-Guide-copy.pdf>

Burns, E. E., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2010). Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, 19(8), 801-819. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/10926771.2010.522947>

Cabello, R., Fernández Berrocal, P., & Gross, J. (2013). A Spanish Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29, 234-240. <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027/1015-5759/a000150>

- ²⁵ California Department of Public Health, & California Department of Social Services
¹⁷⁵ (2020). *Adverse childhood experiences data report: Behavioral risk factor surveillance System (BRFSS), 2011-2017. An Overview of ¹³⁷Adverse Childhood Experiences in California.*
https://www.cdph.ca.gov/Programs/CCDPHP/DCDIC/SACB/CDPH%20Document%20Library/Essentials%20for%20Childhood%20Initiative/ACEs-BRFSS-Update_final%2010.26.20.pdf?TSPD_101_R0=087ed344cfab20002e40bb84717baaf4415916063df5b3ad0847ab11fb958fbd2922a0b7cf6aaff1089aa4cb901430002a9a8e03be3a28d011ebe48849111c5117dc1baa710c4e96b95a4af13b38293601f6f3a058e25b66ed3231ef7598a75b
- Calleja, N., Mason, T. A., & Pérez, O. G. (2022). ³² Escala de Bienestar Subjetivo, versión corta (EBS-8): Revalidación, invarianza de medición y teoría de respuesta al ítem.
⁵ *Acta Colombiana de Psicología*, 25(1), 203-217.
<https://doi.org/10.14718/acp.2022.25.1.13>
- Calvete, E., Corral, S., & Estévez, A. (2008). Afrontamiento como mediador y moderador ¹ entre la violencia de pareja y los síntomas de ansiedad y depresión.
Violencia contra la Mujer, 14, ⁷⁸ 886-904.
<https://doi.org/10.1177/1077801208320907>
- ³² Carranza-Plancarte, J. I., Navarro-Contreras, G., Correa-Romero, F. E., & González-Torres, M. L. (2022). Validación psicométrica de la escala de dificultades en la regulación emocional DERS para adultos michoacanos. *Revista de Educación y Desarrollo*, 61, 39-48.
- Casique, I., & ¹⁷ Castro, R., (2016). Cambios y constantes en los niveles y factores asociados a las violencias de parejas en México. En *De parejas, hogares, instituciones y espacios comunitarios. Violencias contra las mujeres en México.*

- 42 Instituto Nacional de las Mujeres; Cuernavaca Morelos: Universidad Nacional Autónoma de México, p.165). 2 Recuperado de http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/ENDIREH%202016%20web.pdf
- 89 Castro, R., Cerellino, L., & Rivera, R. (2017). Risk Factors of Violence against Women in Peru. *Journal of family violence*, 32(1), 807-815. <https://doi.org/10.1007/s10896-017-9929-0>
- Center on the Developing Child. (2013). 168 *The Science of Neglect (InBrief)*. www.developingchild.harvard.edu
- 148 Centers for Disease Control and Prevention. (2018). *Preventing Adverse Childhood Experiences (ACEs) Online Training Module 1 Lesson 1*. <https://vetoviolenecdc.gov/apps/aces-training/#/training/1-1-1>
- 56 Chan, Y. C., & Yeung, J. W. (2009) Children living with violence within the family and its sequel: a meta-analysis from 1995 to 2006. *Aggression and Violent Behavior* 14(5), 313–322. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.avb.2009.04.001>
- 60 Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217-25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.013>
- Choi, C., Mersky, J. P., Janczewski, C. L., 56 Plummer Lee, C-T., Davies, W. H., & Lang, A. C. (2020). Validity of an expanded assessment of adverse childhood experiences: A replication study. *Children and Youth Services Review*, 82, 60-68. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105216>
- 35 Chowdhary, N., & Patel, V. (2008). The effect of spousal violence on women's health: findings from the Stree Arogya Shodh in Goa, India. *J Postgrad Med* 54(306),

312. 24. ¹<https://doi.org/10.4103/0022-3859.43514>

⁴Christ, C., De Waal, M. M., Dekker, J. J. M., van Kuijk, I., Van Schaik, D. J. F., & Kikkert, M. J. ¹²⁷(2019). Linking childhood emotional abuse and depressive symptoms: The role of emotion dysregulation and interpersonal problems. *PLoS One*, 14(2), e0211882. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211882>

²⁶Clarkson, P. (2014). Prevalence and relationship between Adverse Childhood Experiences and child behavior among young children. *Infant Mental Health Journal*, 35, 544-554. <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.21460>

Cloitre, M., Khan, C., Mackintosh, M. A., Garvert, D. W., Henn-Haase, C. M., Falvey, E. C., & Saito, J. (2019). Emotion regulation mediates the relationship between ACES and physical and mental health. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 11(1), 82–89. <https://doi.org/10.1037/tra0000374>

¹¹⁴Colman, I., Kingsbury, M., Garad, Y., Zeng, Y., Naicker, K., Patten, S., Jones, P. B., Wild, T. C., & Thompson, H. (2015). Consistency in adult reporting of adverse childhood experiences. *Psychological Medicine*, 46(3), 543-553.

⁶⁹<https://doi.org/10.1017/s0033291715002032>

Conway, C. A., & Lewin, A. (2022). Development and Psychometric Properties of the ACE-I: Measuring Adverse Childhood Experiences Among Latino Immigrant Youth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(8), 1247–1255. <https://doi.org/10.1037/tra0001223>

¹Cox, K., Resnick, H., & Kilpatrick, D. (2014). Prevalence and Correlates of Posttrauma Distorted Beliefs: Evaluating DSM-5 PTSD Expanded Cognitive Symptoms in a National Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 27, 299-306. <https://doi.org/10.1002/jts.21925>

⁸Crespo, M., & Gómez, M. M. (2012). La Evaluación del Estrés Postraumático:

Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP).

Clínica y Salud, 23(1), 25-41. <http://dx.doi.org/10.5093/cl2012a4>

Crespo Generelo, T., Camarillo Gutiérrez, L., & Ruiz, H. (2019). Trastorno por estrés agudo y postraumático. *Medicine*, 12, 4918-4928.

⁶⁴ <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.002>

Cronholm, P. F., Forke, C. M., Wade, R., Bair-Merritt, M. H., Davis, M., Harkins-

Schwarz, M., Pachter, L. M., & Fein, J. A. (2015). Adverse Childhood Experiences: Expanding the Concept of Adversity. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(3), 354–361.

<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.02.001>

Cross, L. M., Warren-Findlow, J., Bowling, J., Reeve, C. L., & Issel, L. M. (2023). A pilot study of the adverse childhood experiences-dimensions questionnaire (ACE-DQ): Associations with depression. *Child abuse & neglect*, 140, 106158.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106158>

¹¹⁸ Da Costa, S., Páez, D., Granados, X. y Unzueta, C. (2014). Regulación de la afectividad en el ámbito laboral: validez de las escalas de hetero-regulación EROS y EIM.

Journal of Work and Organizational Psychology, 30, ²¹⁷ 13-22.

<https://dx.doi.org/10.5093/tr2014a2>

¹ Devries, K. M., Mak, J., Bacchus, L. J., Child, J. C., & Falder, G. ¹ (2013). Intimate

Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *PLoS Med* 10(5), 1-11.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439>

Dokkedahl, S. B., ⁷⁸ Kirubakaran, R., Bech-Hansen, D., Kristensen, T. R., & Elklit, A.

(2022). The psychological subtype of intimate partner violence and its effect on mental health: a systematic review with meta-analyses. *Systematic Reviews*,

11(163), 1-16.

<https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-022-02025-z>

130 Dominguez-Lara, S. A. (2014). ¿Matrices Policóricas/Tetracóricas o Matrices Pearson? Un estudio metodológico. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 6(1), 39-48. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v6.n1.6357>

Dominguez-Lara, S. A. (2018). Magnitud del efecto para pruebas de normalidad en investigación en salud. *Investigación en Educación Médica*, 7(27), 92-93.

1 <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2018.27.17762007-5057>

95 Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, C. M., & Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 28, 771-784.

<http://theannainstitute.org/ACE%20folder%20for%20website/30TIND.pdf>

1 Dragan, M. (2018). Adverse experiences, emotional regulation difficulties and psychopathology in a sample of young women: Model of associations and results of cluster and discriminant function analysis. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1-7. ³¹ <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.12.001>

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*, 286 ³⁴ (24), 3089-3096. <https://doi.org/10.1001/jama.286.24.3089>

Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2004). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences

among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 729-737. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.08.009>

- 1 Durón-Figueroa, R., Cárdenas-López, G., Castro-Calvo, J., & Rosa-Gómez, A. (2019). Adaptación de la Lista Checable de Trastorno por Estrés Postraumático para DSM-5 en Población Mexicana. *Acta de investigación psicológica*, 9(1), 26-36. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2019.1.03>

- 71 Dutton, D. G. (1995). *The domestic assault of women: Psychological and criminal justice perspectives*. UBC Press.

Echeburúa, E., & Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Siglo XXI.

- 1 Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Sarasua, B., & Zubizarreta, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y modificación de conducta*, 26, 325-340.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>

- 23 Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P., Sarasua, B., & Zubizarreta, B. (1997). Repercusiones Psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: Un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(1), 7-19. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.1.1997.3830>

- 112 Elhai, J., Gray, M., Kashdan, T., & Franklin, C. (2005). Which instruments are most commonly used to assess traumatic event exposure and posttraumatic effects?: A survey of traumatic stress professionals. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 541-545. <https://doi.org/10.1002/jts.20062>

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0)

- 2 Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*

2018-19. *Resultados nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública.

¹⁴ Erber, R., Wegner, D. M. y Therriault, N. (1996). On being cool and collected: mood regulation in anticipation of social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 757-766. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.70.4.757>

Escalante Ferrer, A. E., Martínez-Torteya, C., & Morfín López, T. (2021). COVID-19 en México: Violencia de pareja, asociaciones con características sociodemográficas, funcionamiento diario y salud mental. *Revista de investigación y divulgación sobre los estudios de género*, 31(29), 37-64. <https://revistasacademicas.ucol.mx/index.php/generos/article/view/450/353>

¹ Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.

[https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2013). Improving the adverse childhood experiences study scale. *Jama Pediatrics*, 167(1), 70–75. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.420>

Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2015). A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse & Neglect*, 48, 13–21. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.011>

³⁰ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2014). *Hidden in Plain Sight: A Statistical Analysis of Violence Against Children*. Nueva York.

⁴⁰ <https://data.unicef.org/resources/hidden-in-plain-sight-a-statistical-analysis-of-violence-against-children/>

⁶⁸ Ford, D. C., Merrick, M. T., Parks, S. E., Breiding, M. J., Gilbert, L. K., & Edwards, V.

- J. (2014). Examination of the factorial structure of Adverse Childhood Experiences and recommendations for three subscale scores. *Psychology of Violence*, 4(4), 432–444.
- Frías, S. (2017). Challenging the representation of intimate partner violence in Mexico: Unidirectional, mutual violence and the role of male control. *Partner abuse*, 8(2), 146-167. <http://dx.doi.org/10.1891/1946-6560.8.2.146>
- Galego Carrillo, V., Santibáñez Gruber, R., & Iraurgi Castillo, L. (2016). Estrategias cognitivas de regulación emocional en mujeres en situación de maltrato. *Revista Interuniversitaria*, 28, 115-125. <https://www.redalyc.org/pdf/1350/135047100010.pdf>
- Gargurevich, R., & Matos, L. (2010). Propiedades psicométricas del cuestionario de Autorregulación Emocional Adaptado para el Perú (ERQ-P). *Revista Psicológica*, 12(1), 53-67. http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/335
- Giesbrecht, C. (2020). The Impact of Intimate Partner Violence in the Workplace: Results of a Saskatchewan Survey. *Journal of Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/0886260520921875>
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99–132. <https://doi.org/10.1023/A:1022079418229>
- Gómez Pérez, O. I., & Calleja Bello, N. (2017). Escalas de medición en español de la regulación emocional. Revisión psicométrica. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 10(2), 82-92. <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/ripsicologia/article/view/1214>
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the

difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.

<https://doi.org/10.1023/B:JOBA.00000007455.08539.94>

Grellert, A. C., del Tránsito, M., Cafiero, A., Paiva, G. A., Tocalli, C., Buffoni, P. E., Albamonte, L. P., Altuzarra, M. C., Herrera, C. A., Meneses, G. N., Ortiz, M. C., Romero, S. J., Salguero, M. J., Terzi, M. N., & Remogna, L. (2017). *Crianza con ternura. Experiencias adversas en la niñez y fortalezas familiares durante la niñez y su relación con factores de riesgo para la salud*. Undav Ediciones.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>

Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13, 551-573. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/026999399379186>

Gross, J. J. y Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundation. In: Gross, J. J. (ed.) *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford, 3-26.

Guina, J., Welton, R., Broderick, P., Correll, T., & Peirson, R. (2016). DSM-5 Criteria and its implications for diagnosing PTSD in military service members and veterans. *Curr Psychiatry Rep*, 18(23), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0686-1>

Guzmán González, M., Trabucco, C., Urzúa, A., Garrido, L., & Leiva, J. (2014). Validez y confiabilidad de la Versión Adaptada al Español de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en población chilena. *Terapia Psicológica*, 32(1), 19-29. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000100002

Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery*

and Psychiatry, 23(1), 56-62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>

Hasselmann, M. H., & Reichenheim, M. E. (2003). ¹ Cross-cultural adaptation of the Portuguese version of the Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1) used to assess marital violence: Semantic and measurement equivalence. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(4), 1083-1093.

⁹⁷ Hawes, D. J., Lechowicz, M., Roach, A., Fisher, C., Doyle, F. L., Noble, S., & Dadds, M. R. (2021). Capturing the developmental timing of adverse childhood experiences: The Adverse Life Experiences Scale. *Am Psychol*, 76(2), 253-267. <https://doi.org/10.1037/amp0000760>

¹⁵ Hegarty, K. L., O'Doherty, L. J., Chondros, P., Valpied, J., Taft, A., Astbury, J., & Gunn, J. N. (2013). Effect of Type and Severity of Intimate Partner Violence on Women's Health and Service Use: Finding From a Primary Care Trial of Women Afraid of Their Partners. *Journal of interpersonal violence*, 28(2), 273-294. <https://doi.org/10.1177/0886260512454722>

⁸¹ Heimpel, S. A., Wood, J. V., Marshall, M. y Brown, J. (2002). Do people with low self-esteem really want to feel better? Self-esteem differences in motivation to repair negative moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 128-147. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.82.1.128>

¹³ Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: El papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 19(2), 347-372. https://extension.uned.es/archivos_publicos/webex_actividades/5413/psicopatologiadelaregulacionemocionalelpapeldelosdeficitemocionales.pdf

¹ Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y salud*, 19(2), 139-156.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-

[52742008000200001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000200001)

⁶⁷ Hidalgo-Rasmussen, C. A. & González-Betanzos, F. (2019). El tratamiento de la Aquiescencia y la Estructura Factorial de la Escala Breve de Resiliencia (BRS) en estudiantes universitarios mexicanos y chilenos. ⁵ *Anales de psicología*, 35(1), 26-32. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.1.297781>

⁵⁴ Ho, G. W. K., Chan, A. C. Y., Chien, W.-T., Bressington, D. T., & Karatzias, T. (2019). Examining patterns of adversity in Chinese young adults using the Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). *Child Abuse & Neglect*, 88, 78-88. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.11.009>

Houtepen, L., Heron, J., Suderman, M., ⁵¹ Tilling, K., & Howe, L. (2018). Adverse childhood experiences in the children of the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *Wellcome Open Research*, 3(106). <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.14716.1>

Howell, D. C. (2012). *Statistical methods for psychology*. Cengage Learning.

⁹ Huerta, R. E., Miljanovich, M., Pequeña, J., Campos, E., Santivañez, R., Aliaga, J., Medina, P., Pérez, P., Fernández, E., Uceda, J., Silva, A., & Vidal, R. (2014). Estrés post traumático e inadaptación en mujeres víctimas de violencia doméstica en la relación de pareja en función de la edad. ¹⁵⁵ *Revista de Investigación en Psicología*, 17(2), 59-75. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/11258/12646>

¹ Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*,

2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)

¹⁶² Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2021*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.

⁶ Jacobson, N., & Gottman, J. (2001). *Hombres que agreden a sus mujeres. Cómo poner fin a las relaciones abusivas*. Paidós.

Jaramillo-Sierra, A. L., & Ripoll-Núñez, K. (²2018). Adaptación de un programa de intervención para violencia situacional de parejas. *Revista de Estudios Sociales*, ¹⁸⁸66, 55-70. <https://doi.org/10.7440/res66.2018.06>

Jansen, M. (2015). *Emotion regulation in women who are psychologically abused by their intimate partners: a systematic review*. North-West University.

⁶⁹ Jimenez, M. E., Wade, R., & Lin, Y. (¹⁵⁶2016). Adverse experiences in early childhood and kindergarten outcomes. *Pediatrics*, ²²⁵137, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-1839>

Jöels, M., & Karst, H. (2012). Corticosteroid effects on calcium signaling in limbic neurons. *Cell Calcium*, ²³51(3-4), 277-283. <https://doi.org/10.1016/j.ceca.2011.11.002>

Kahn, J. S., Kehle, T. J., Jenson, W. R., & Clark, E. (¹⁷⁰1990). Comparison of cognitive-behavioral, relaxation, and self-modeling interventions for depression among middle-school students. *School Psychology Review*, ¹⁷⁰19(2), 196-211.

⁵⁰ Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2014). Adverse childhood experiences: Towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing*, ⁵⁰70(7), 1489-1501, <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12329>

¹²⁰ Karatekin, C., & Hill, M. (2019). Expanding the original definition of adverse childhood experiences (ACEs). *Journal of Child & Adolescent Trauma*, ¹²⁰12(3), 289–306.

<https://doi.org/10.1007/s40653-018-0237-5>

⁵³ Kazeem, O. T. (2015). A validation of the Adverse Childhood Experiences Scale in Nigeria. *Research on Humanities and Social Sciences*, 5(11), 18-24.

<https://core.ac.uk/download/pdf/234674573.pdf>

¹² Kelly-Irving, M., & Delpierre, C. (2019). A Critique of the Adverse Childhood Experiences Framework in Epidemiology and Public Health: Uses and Misuses. *Social Policy and Society*, 18(3), 445-456.

<https://doi.org/10.1017/S1474746419000101>

Keynejad, R. C., Hanlon, C., & Howard, L. M. (2020). Psychological ¹²⁸interventions for common mental disorders in women experiencing intimate partner violence in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis.

Lancet Psychiatry, 7, 173-190. ⁸⁵[https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30510-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30510-3)

⁶¹ Kidman, R., Smith, D., Piccolo, L. R., & Kohler, H. P. (2019). Psychometric evaluation of the Adversity Childhood Experience International Questionnaire (ACE-IQ) in Malawian adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 96, 104082.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104082>

¹⁸ Kline, T. (2005). *Psychological testing: A practical approach to design and evaluation*. Sage.

Kofman, Y., & Garfin, D. ¹⁴⁵(2020). Home is not always a haven: The domestic violence crisis amid the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0000866>

⁵⁰ Koita, K., Long, D., Hessler, D., Benson, M., Daley, K., Bucci, M., Thakur, N., & Harris, N. B. (2018). Development and implementation of a pediatric adverse childhood experiences (ACEs) and other determinants of health questionnaire in the pediatric medical home: A pilot study. *PLOS ONE*, 13(12), 1-16.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208088>

³⁷Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Lara C. E., Aranda, C., & Zapata, ¹R. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 11(1), 1-8. <http://dx.doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.21864>

¹⁷³Larsen, R. J. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry*, 11, 129-141. https://psycnet.apa.org/doi/10.1207/S15327965PLI1103_01

Leal-Morales, E. I., Vázquez Martínez, V. H., & Cantú Solís, O. N. (2013). Prevalencia ¹de estrés postraumático en unidades de medicina familiar de seis ciudades de la frontera México-Estados Unidos de América. *Atención familiar*, 20(4), 114-117. ³⁵[https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30106-7](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30106-7)

Lee, J. (2017). Evaluating ²a group program for women victims of intimate partner abuse. ⁷*Journal of Aggression Maltreatment & Trauma*, 23(2), 93-93. https://consensus.app/papers/evaluating-group-program-women-victims-intimate-partner-lee/28ddc186002154ec84a89d33482728c7/?utm_source=chatgpt

⁴⁶Lee, K. D. M., Rodriguez, L. M., Edwards, K. M., & Neal, A. M. (2020). Emotional dysregulation and intimate partner violence: A dyadic perspective. *Psychology of Violence*, 10(2), 162-171. ⁸⁴<https://doi.org/10.1037/vio0000248>

Levendosky, A. A., Bogat, G. A., Huth-Bocks, A. C., Rosenblum, K., & von Eye, A. (2011). The effects of domestic violence on the stability of attachment from infancy to preschool. *J Clin Child Adolesc Psychol* 40(34), 398-410. <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2011.563460>

López-Huerta, J. A., González-Romo, R. A., & Tejada-Tayabas, J. A. (2017).

¹³³ Propiedades Psicométricas de la Versión en Español de la Escala de Calidad de Vida WHO QoL BREF en una Muestra de Adultos Mexicanos. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación*, 44(2), 105-115.

² <https://www.aidep.org/sites/default/files/2017-09/R44-Art9.pdf>

¹ Lorenzo Ruiz, A., & Guerrero Angeles, E. (2017). Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta: ¿Trastorno por estrés postraumático o estrés traumático secundario? *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28, 252-265.
<http://www.ojs.repsasppr.net/index.php/reps/article/view/363/32>

⁴⁸ Louise, T. C., Christine, R., Elise, E., Charles, M-K., Marion, T., & Cyril, T. (2023). Psychometric validation of the French version of the adverse childhood experiences international questionnaire (ACE-IQ). *Children and Youth Services Review*, 150, 107007. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.107007>

²⁹ Lukat, J., Margraf, J., Lutz, R., van der Veld, W. M., Becker, E. S. (2016). Psychometric properties of the Positive Mental Health Scale (PMH-scale). *BMC Psychol*, 10, 4-8. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0111-x>

Luo, D. D., An, S. C., & Zhang, X. Z. (2008). Involvement of hippocampal serotonin and neuropeptide Y in depression induced by chronic unpredicted mild stress. *Brain Research Bulletin*, 77(1), 8-12. ⁴² <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2008.05.010>

Luo, N., Johnson, J. A., Shaw, J. W., Feeny, D., & Coons, S. J. (2005). Self-reported health status of the general adult US population as assessed by the EQ-5D and Health Utilities Index. *Medical Care*, 43, 1078-1086.

¹⁸¹ <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000182493.57090.cl>

⁵¹ Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(6), 434-45. <https://doi.org/10.1038/nrn2639>

Luque-Reca, O., Augusto-Landa, J., & Pulido-Martos, M. (2016). Inteligencia emocional y síntomas depresivos en mayores institucionalizados españoles: ¿Actúa la autoeficacia emocional como mediadora?. *PeerJ*, 4.

¹⁶ <https://doi.org/10.7717/peerj.2246>

Marín, M., Robles, R., González Forteza, C., & Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35(6), 521-526.

² http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000600010

¹⁵ Matud, P., Gutiérrez, A. B., & Padilla, V. (2004). Intervención psicológica en mujeres maltratadas por sus parejas. *Papeles del Psicólogo*, 88, 1-9.

²⁰ Medina-Mora, I. M. E., Borges-Guimaraes, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J., & Fleiz-Bautista, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47, 8-22. ²²⁹ <https://www.redalyc.org/pdf/106/10647104.pdf>

⁹² Medrano, L. A., Moretti, L., Ortiz, A., & Pereno, G. (2015). Validación del Cuestionario de Regulación Emocional Cognitiva en Universitarios de Córdoba, Argentina. *Psykhē*, 22(1), 85-96. ⁹ <http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/473>

¹¹ Medrano, L. A., & Trógo, M. (2014). Validación de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional en la población universitaria de Córdoba, Argentina. *Universitas Psychologica*, 13(4), 1345-1356.

³⁹ Mei, X., Li, J., Li, Z.-S., Huang, S., Li, L.-L., Huang, Y.-H., & Liu, J. (2022). Psychometric evaluation of an Adverse Childhood Experiences (ACEs) measurement tool: An equitable assessment or reinforcing biases? *Health & Justice*, 10(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s40352-022-00198-2>

- Meinck, F., Cosma, A. P., Mikton, C., & Baban, A. (2017). Psychometric properties of the Adverse Childhood Experiences Abuse Short Form (ACE-ASF) among Romanian high school students. *Child Abuse & Neglect*, 76, 533-542. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.08.016>
- ¹ Menéndez, S., Pérez, J., & Lorence, B. (2013). La violencia de pareja contra la mujer en España: cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Psychological Intervention*, 22, 41-53. <https://doi.org/10.5093/in2013a6>
- Merrick, M. T., Ports, K. A., Ford, D. C., Afifi, T. O., Gershoff, E. T., & Grogan-Kaylor, A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse & Neglect*, 69, 10-19. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.016>
- Mersky, J. P., Janczewski, C. E., & Topitzes, J. (2016). Rethinking the measurement of adversity: Moving toward second-generation research on adverse childhood experiences. *Child maltreatment*, 22(1), 58-68. <https://doi.org/10.1177/1077559516679513>
- Mersky, J. P., Plummer Lee, C. T., & Janczewski, C. E. (2021). Toward the Assessment of Adverse Adult Experiences: An Initial Validation Study of the Adult Experiences Survey. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(7), 727-735. <https://doi.org/10.1037/tra0000833>
- ¹⁴³ Miller, M., Wolf, E., & Keane, T. (2014). Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5: new criteria and controversies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 208-220. <http://dx.doi.org/10.1111/cpsp.12070>
- ¹⁸⁹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. ¹⁰⁷ Agencia de Evaluación de

Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t).

Mora Ríos, J., Natera Rey, G., Tiburcio Sáinz, M., & Juárez, F. (2008). *Revista Mexicana de psicología*, 25(1), 107-117.

<https://www.redalyc.org/pdf/2430/243016300008.pdf>

Morrill, M. I., Schulz, M. S., Nevarez, M. D., Preacher, K. J., & Waldinger, R. J. (2019). Assessing within- and between-family variations in an expanded measure of childhood adversity. *Child Abuse & Neglect*, 108, 104642.

<https://doi.org/10.1037/pas0000691>

Muñoz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157.

<http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2013.24>.

Muñoz-Rivas, M., Bellot, A., Montorio, I., Ronzón-Tirado, R., & Redondo, N. (2021). Profiles of Emotion Regulation and Post-Traumatic Stress Severity among Female Victims of Intimate Partner Violence. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(6865), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136865>

Narayan, A. J., Kalstabakken, A. W., Labella, M. H., Nerenberg, L. S., Monn, A. R., & Masten, A. S. (2017). Intergenerational continuity of adverse childhood experiences in homeless families: Unpacking exposure to maltreatment versus family dysfunction. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(1), 3-14. <https://doi.org/10.1037/ort0000133>

National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Depression. The treatment and management of depression in adults*. The British Psychological Society.

Negriff, S. (2020). ACEs are not equal: Examining the relative impact of household dysfunction versus childhood maltreatment on mental health in adolescence. *Social science & medicine*, 245, 112696.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112696>

Nevárez Mendoza, B., & 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/10.25009/pys.v32i2.2742>

Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>

Ocampo, L., & Amar, J. (2011). Violencia en la pareja, las caras del fenómeno. *Salud Uninorte*, 27(1), 108-123. <https://www.redalyc.org/pdf/817/81722530013.pdf>

Oliveros, A. D., & Coleman, A. S. (2019). Does Emotion Regulation Mediate the Relation Between Family-of-Origin Violence and Intimate Partner Violence? *Journal of Interpersonal Violence*, 1-20. <https://doi.org/10.1177/0886260519867146>

Ordoñez C., N., Fonseca P., E., Paino, M., García Á., L., Pizarro R., J., & Lemos G. S. (2016). Evaluación de experiencias traumáticas tempranas en adultos. *Papeles del Psicólogo*, 37(1), 36-44. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77844204005>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud Ginebra*. OMS. Recuperado de <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento*. Organización Mundial de la Salud.

http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/

Organización Mundial de la Salud. (2021a). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (2021b). *Violencia contra la mujer*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Mundial de la Salud & Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: violencia sexual*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/98821>

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Orozco-Vargas, A. E., Venebra Muñoz, A., Aguilera Reyes, U., & García López, G. I. (2021). The mediating role of emotion regulation strategies in the relationship between family of origin violence and intimate partner violence. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 34(23), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s41155-021-00187-8>

Page, M. J., McKenzie J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Pardo, A., Ruiz, M., & San Martín, R. (2009). *Análisis de datos, en ciencias sociales y de la salud*. Editorial Síntesis.

Park, A., & Chung, I. J. (2018). Patterns of Adverse Childhood Experiences and Their Influences on Depressive Symptoms, Difficulty in Emotion Regulation, and Interpersonal Maladjustment. *Korean J Child Stud*, 39(6), 85-99. <https://www.childstudies.org/upload/pdf/kjcs-39-6-85.pdf>

Patten, S. B., Kennedy, S. H., Lam, R. W., O'Donovan, C., Filteau, M. J., Parikh, S. V. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT)

Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults.

I. Classification, Burden and Principles of Management. *Journal of Affective Disorders*, 117(1), 5-14. <https://doi.org/10.1177%2F0706743716659417>

Peterson, C., Liu, Y., & Kresnow, M. (2018). Short-term Lost Productivity per Victim, puntos, comas: Intimate Partner Violence, Sexual Violence, or Stalking. *American Journal of Preventive Medicine*, 55(1), 106-110.

Pinto, R., Correia, L., & Maia, Â. (2014). Assessing the reliability of retrospective reports of adverse childhood experiences among adolescents with documented childhood maltreatment. *Journal of Family Violence*, 29(4), 431-438. <https://doi.org/10.1007/s10896-014-9602-9>

Pinto-Cortez, C., Moroaga Contreras, C., & Henríquez Henríquez, D. (2018). Experiencias de polivictimización como predictoras de síntomas postraumáticos en una muestra de adolescentes chilenos. *Interciencia: Revista de ciencia y tecnología de América*, 43(5), 329-335. https://www.interciencia.net/wp-content/uploads/2018/05/329-PINTO-43_5.pdf

Polimanti, R., Ratanatharathorn, A., Maihofer, A., Choi, K., Stein, M., Morey, R., Logue, M., Nievergelt, C., Stein, D., Koenen, K., & Gelernter, J. (2019). Association of Economic Status and Educational Attainment with Posttraumatic Stress Disorder.

JAMA Network Open, 2(5). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.3447>

Polit, D.F. (2015). Assessing measurement in health: Beyond reliability and validity. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 1746-1753. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.002>

Polit, D.F., & Yang, F. (2016). *Measurement and the measurement of change: A primer for health professionals*. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins.

Price, M., & Stolk-Cooke, K. (2015). Examination of the interrelations between the

factors of PTSD, major depression and generalized anxiety disorder in a heterogeneous trauma-exposed sample using DSM 5 criteria. *Journal of Affective Disorders*, 186, 149-155. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.012>

Proyecto ACES. (2021). *Experiencias Adversas en la Infancia (ACES)*.

<https://www.proyectoaces.org/>

¹ Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E., & Páez-Rovira, D. (2016).

Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anales de Psicología*, 32(1), 295-306.

¹ Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., & Páez-Rovira, D. (2021). Problem-focused

coping strategies used by victims of gender violence across the stages of change.

Violence Against Women, 28(12), 3331-3351.

[https://consensus.app/papers/problemfocused-coping-strategies-used-victims-gender-](https://consensus.app/papers/problemfocused-coping-strategies-used-victims-gender-puentemartínez/8799e4f557f65549a67717adbd89b890/?utm_source=chatgpt)

[puentemartínez/8799e4f557f65549a67717adbd89b890/?utm_source=chatgpt](https://consensus.app/papers/problemfocused-coping-strategies-used-victims-gender-puentemartínez/8799e4f557f65549a67717adbd89b890/?utm_source=chatgpt)

² Pueyo, A., & Redondo, S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la

valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 157-173.

<https://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1500.pdf>

¹³¹ Radley, J., Morilak, D., Viau, V., & Campeau, S. (2015). Chronic stress and brain

plasticity: Mechanisms underlying adaptive and maladaptive changes and

implications for stress-related CNS disorders. ³¹ *Neuroscience and Biobehavioral*

Reviews. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.06.018>

³⁸ Ramírez, G., Villarán Landolt, V., Gargurevich, R., & Quiroz, N. (2020). Escala de

trastorno de estrés postraumático del DSM-V (CAPS-5): Propiedades

psicométricas en mujeres violentadas. ⁷⁶ *Revista de Divulgación Científica de la*

Universidad Tecnológica Indoamérica, 9(3), 1-8.

<http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/367/3671816006/html/>

100 Kauer, A., Kelly, R., & Buckhalt, J. (2010). Sleeping with one eye open: marital abuse as an antecedent of poor sleep. *Journal of Family Psychology*, 24(6), 667-677.

37 <https://doi.org/10.1037%2Fa0021354>

Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8 (5), 787-804. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(77\)80150-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(77)80150-0)

2 Reyes Lagunes, I. & García Barragán, L. F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: Un ejemplo. *La Psicología Social en México*, 12(1), 625-630.

1 Rincón González, P. P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres y víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención*. Universidad Complutense Madrid. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/4834/1/T26887.pdf>

9 Rios Briceño, A. H. (2021). *Violencia de pareja y estrés postraumático en mujeres de la provincia de Trujillo, 2021*. Universidad César Vallejo. Rios_BAH-SD.pdf (ucv.edu.pe)

93 Roberts, Y. H., Ferguson, M., & Crusto, C. A. (2013). Exposure to traumatic events and health-related quality of life in preschool-aged children. *Quality of life research*, 22, 2159-2168. <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-012-0330-4>

1 Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., & del Río-Lozano, M. (2007). Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *European Journal of Public Health*, 17(5), pp. 437-443. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl280>

Sadock, B., Sadock, V., Kaplan, H., & Ruiz, P. (2015). *Sinopsis De Psiquiatría. 11th ed.* Wolters Kluwer.

96 Salazar, M., Valladares, E., Ohman, A., & Hogberg, U. (2009). Ending intimate partner

violence after pregnancy: findings from a community-based longitudinal study in Nicaragua. *BMC Public Health* 9(350). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-350>

²⁴ Salinas-Rodríguez, A., Manrique-Espinoza, B., Acosta-Castillo, I., Téllez-Rojo, M. M., Franco-Núñez, A., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Sosa-Ortiz, A. L. (2013). Validación de un punto de corte para la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7). *Salud Pública de México*, 55(3), 267-274. ¹⁷ <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2013/sal133d.pdf>

¹ Saquinaula-Salgado, M., Castillo-Saavedra, E. F., & Rosales Márquez, C. (2020). Violencia de género y trastorno de estrés postraumático en mujeres peruanas. *Duazary*, 17(4), 23-31. <https://doi.org/10.21676/2389783X.3596>

³¹ Schnarrs, P. W., Stone, A. L., Bond, M. A., Salcido, R., Dorri, A. A., & Nemeroff, C. B. (2022). Development and psychometric properties of the sexual and gender minority adverse childhood experiences (SMG ACEs) Effect on sexual and gender minority adult mental health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105570>

⁶² Secretariado Ejecutivo del Sistema Nacional de Seguridad Pública. (2020). *Presuntos Delitos de Violencia Familiar: Tendencia Nacional, Información con corte al 31 de diciembre de 2020*. Recuperado de https://drive.google.com/file/d/1RHUjF-foAgeft_iaAGgXliPvvgRfPT9b/view

Serrano-Juárez, C. A., Vargas-Cabriada, D. S., de León-Miranda, M. A., & García-Reyes, D. L. (2021). Prevalencia de síntomas de trastorno por estrés post-traumático en población adulta a dos y diez meses del inicio de la cuarentena por COVID-19. *Escritos de Psicología*, 14(2), 63-72. ⁵ <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v14i2.12923>

- 154 Shalev, A., Liberzon, I., Marmar, C. (2017). Post-Traumatic Stress Disorder. *New England Journal of Medicine*, 376(25), 2459-2469.
99 <https://doi.org/10.1056/NEJMra1612499>
- Soares, S., Rocha, V., Kelly-Irving, M., Stringhini, S., & Fraga, S. (2021). Adverse Childhood Events and Health Biomarkers: A Systematic Review. *Frontiers in public health*, 9, 649825. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.649825>
- 146 Suglia, S. F., Duarte, C. S., Sandel, M. T. (2011). Housing quality, housing instability, and maternal mental health. *Journal of urban health*, 88, 1105-1116. 85
<https://doi.org/10.1007/s11524-011-9587-0>
- Taft, A. J., & Watson, L. F. (2008). Depression and termination of pregnancy (induced abortion) 209 in a national cohort of young Australian women: the confounding effect of women's experience of violence. 151 *BMC Public Health*, 8(75).
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-75>
- Tarzia, L. (2020). Women's emotion work in the context 1 of intimate partner sexual violence. *Journal of Family Violence*, 36(4), 493-501.
https://consensus.app/papers/women-emotion-work-context-intimate-partner-sexual-tarzia/ed33bd80b47e5f9eb4f0df00ab2dcb84/?utm_source=chatgpt
- 48 Téllez, A., Almaraz-Castruita, D. A., Valdez, A., Juárez-García, D. M., Sánchez-Jáuregui, T. J., Hinojosa Fernández, R., López Calderón, S. F., & García Balvaneda, H. (2022). Validating the Spanish Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ): A Mexican Analysis. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, 32(6), 918-934.
<https://doi.org/10.1080/10926771.2022.2144788>
- 24 Teruel Belismelis, G., Gaitán Rossi, P., Leyva Parra, G., & Péres Hernández, V. H. (2021). Depresión en México en tiempos de pandemia. *Coyuntura Demográfica*,

19, 63-69. http://coyunturademografica.somede.org/wp-content/uploads/2021/04/Teruel-et-al_CD19.pdf

Teruel Belismelis, G., Pérez Hernández, V. H., Gaitán Rossi, E., López Escobar, M., Vilar Compte, Triano Enríquez, M., & Hernández Solano, A. M. (2020). *Encuesta Nacional sobre los Efectos del Covid-19 en el Bienestar de los Hogares Mexicanos*. Equide, Universidad Iberoamericana.
<http://doi.org/10.5281/zenodo.3950528>

Thananowan, N., Vongsirimas, N., & Kedcham, A. (2020). Papeles mediadores de la violencia de pareja, el estrés y el apoyo social en los síntomas depresivos entre las mujeres tailandesas. *Revista de Violencia Interpersonal*, 37, NP6697-NP6719.
<https://doi.org/10.1177/0886260520967140>

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition, the development of emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>

Thompson, R., Flaherty, E. G., & English, D. J. (2015). Trajectories of adverse childhood experiences and self-reported health at age 18. *Acad Pediatr.*, 15, 503-509, <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2014.09.010>

Toma, R. B. (2020). Revisión sistemática de instrumentos de actitudes hacia la ciencia (2004-2016). *Enseñanza de las Ciencias*, 38(3), 143-159.
<https://doi.org/10.5565/rev/ensciencias.2854>

Trickett, P. K., Kim, K., & Prindle, J. (2011). Variations in emotional abuse experiences among multiply maltreated young adolescents and relations with developmental outcomes. *Child abuse & neglect*, 35(10), 876-886.
<https://doi.org/10.1016%2Fj.chiabu.2011.08.001>

- Uddin, M., Koenen, K. C., Aiello, A. E., Wildman, D. E., de los Santos, R., & Galea, S. (2011). Epigenetic and inflammatory marker profiles associated with depression in a community-based epidemiologic sample. *Psychological Medicine*, 41(5), 997-1007. <https://doi.org/10.1017%2FS0033291710001674>
- 76 Vaca-Ferrer, R., Ferro-García, R., & Valero-Aguayo, L. (2020). Efficacy of a group intervention program with women victims of gender violence in the framework of contextual therapies. *Anales de psicología*, 36(2), 189-199. <https://doi.org/10.6018/analesps.396901>
- 23 Valdez-Santiago R., Martín-Rodríguez, J., Arenas-Monreal, L., & Hajar-Medina, M. (2015). Adherencia terapéutica a programas de reeducación para mujeres y hombres en relaciones de pareja violentas. *Salud Pública de México*, 57(6), 537-546. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i6.7643>
- 1 Valencia Arévalo, Y. C. (2019). *Regulación emocional y dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, municipio de Rionegro-Antioquia, Colombia, 2017*. Universidad Peruana Unión. https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/2766/Carolina_Tesis_Maestro_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- 105 Valencia, P., & De la Rosa-Gómez, A. (2022). Psychometric analysis of a simplified version of the Emotion Regulation Questionnaire in Mexican adults: The ERQ-CA-9. *Interacciones. Journal of family, clinical and health psychology*, 8(e292), 1-10. <https://doi.org/10.24016/10.24016/2022.v8.292>
- 1 Vázquez, V. L., Muñoz, R. F., & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf

- 98 Vega-Arce, M., & Nuñez-Ulloa, G. (2017). Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 124–130. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.004>
- 16 Visted, E., Vøllestad, J., Nielsen, M. B., & Schanche, E. (2018). Emotion regulation in current and remitted depression: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 18(9), 756. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00756>
- 132 Wade, Jr. R., Becker, B. D., Bevans, K. B., Ford, D. C., & Forrest, C. B. (2016). Development and evaluation of a short adverse childhood experiences measure. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(4), 389-396. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.09.033>
- 11 Walker, L. E. (2012). *El síndrome de la mujer maltratada*. Editorial Desclée de Brouwer.
- 38 Weathers, F., Litz, B., Herman, D., Huska, J., & Keane, T. (1993). *The PTSD Checklist: Reliability, validity, and diagnostic utility*. Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.
- 1 Weathers, F., Litz, B., Keane, T., Palmieri, P., Marx, B., & Schnurr, P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. <http://www.ptsd.va.gov>
- 1 Weiss, N. H., Darosh, A. G., Contractor, A. A., Forkus, S. R., Dixon-Gordon, K. L., & Sullivan, T. P. (2018). Heterogeneity in emotion regulation difficulties among women victims of domestic violence: A latent profile analysis. *Journal of affective disorders*, 239, 192–200. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.009>
- 4 Weissman, D. G., Bitran, D., Miller, A. B., Schaefer, J. D., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2019). Difficulties with emotion regulation as a trans-diagnostic mechanism linking child maltreatment with the emergence of psychopathology. *Development and Psychopathology*, 31(3), 899–915.

<https://doi.org/10.1017/S0954579419000348>

176 Wing, R., Gjelsvik, A., & Nocera, M. (2015). Association between adverse childhood experiences in the home and pediatric asthma. *Annals of allergy asthma & immunology*, 114, 379-384. 40 <http://dx.doi.org/10.1016/j.anai.2015.02.019> 22

74 Wingenfeld, K., Schäfer, I., Terfehr, K., Grabski, H., Driessen, M., Grabe, H., Löwe, B., & Spitzer, C. (2011). The reliable, valid and economic assessment of early traumatization: First psychometric characteristics of the German version of the Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 61(1), e10-e14. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1263161>

7 Wong, S. P., & Chang, J. C. (2016). Altered eating behaviors in female victims of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(20), 3490-3505. <https://doi.org/10.1177/0886260515585535>

World Health Organization. (2015). *Adverse childhood experiences international questionnaire (ACE-IQ)*. http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/en/ 1

107 Zancan, N., & Habigzang, L. F. (2018). Regulación emocional, síntomas de ansiedad y depresión en mujeres con historia de violencia conjugal. *Psico-USF*, 23(2), 253-265. 17 <https://www.scielo.br/j/pusf/a/g3D3JYhThCJDjNGcZ7f4rxd/?format=pdf&lang=pt> 2

44 Zanotti, D. C., Kaier, E., Vanasse, R., Davis, J. L., Strunk, K. C., & DeMarni Cromer, L. (2018). An examination of the test-retest reliability of the ACE-SQ in a sample of college athletes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(6), 710-715. 1 <https://doi.org/10.1037/tra0000299>

Anexos



Anexo 1. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo a través del Doctorado Interinstitucional en Psicología, está llevando a cabo una investigación sobre el rol que tiene la regulación emocional en la aparición de problemas de salud mental como la depresión y el trastorno de estrés postraumático, como consecuencia de haber vivido experiencias adversas durante la infancia y la adolescencia. Este documento tiene como finalidad el poder explicarle todas las cuestiones relativas a su participación como parte de la investigación.

Los datos que se obtengan de su participación serán utilizados únicamente con fines de investigación. La aplicación dura de 30-40 minutos aproximadamente. No se publicarán los datos personales y serán tratados con completa confidencialidad, cumpliendo con el secreto profesional en el uso de la información. Estamos en disposición de hacer de su conocimiento todo lo concerniente al proyecto si es de su interés, así como aclararle todas sus dudas. Si en algún momento usted desea dejar de participar, puede comunicarse con el equipo investigador y se dará de baja la información suministrada de manera inmediata.

Declaración del consentimiento:

Yo, _____ he leído el documento de consentimiento informado y comprendo su finalidad. Entiendo que en cualquier momento puedo dejar de participar en la investigación, sin necesidad de dar explicaciones por el motivo de la deserción. Y comprendo que mis datos serán tratados de forma confidencial y sólo para fines de investigación por parte del equipo investigador, cuyos datos de contacto son:

Nombre del investigador principal: Mtro. Joel Adam Patiño Plata
Correo: joel.patino.plata@gmail.com

Fecha

Firma

Anexo 2. Batería de instrumentos

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

A continuación le pediremos algunos datos sociodemográficos. Conteste a cada una de las preguntas marcando su respuesta con una **X**.

1. Sexo: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Prefiero no decirlo	2. ¿Cuántos años tiene? _____ años cumplidos
3. ¿Cuál es su ocupación? Seleccione todas las que apliquen ☐ Hogar/Ama de casa ☐ Obrera ☐ Comerciante ☐ Empleada ☐ Estudiante ☐ Pensionada ☐ Desempleada	4. ¿Cuál es su estado civil? ☐ Soltera ☐ Casada ☐ Unión libre ☐ Separada ☐ Divorciada ☐ Viuda
5. ¿Cuál es el último nivel de estudios que terminó? ☐ Sin estudios ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Preparatoria/carrera técnica ☐ Universidad ☐ Posgrado	6. ¿Cuál es su ingreso familiar mensual? ☐ 0 a \$6,223 ☐ \$6, 224 a \$9,334 ☐ \$9,335 a \$18,669 ☐ \$18,670 a \$28,003 ☐ \$28,004 a \$37,337 ☐ \$37,338 o más
7. Pensando en quien gana más dinero en su hogar: ¿Cuál es su último nivel de estudios? ☐ Sin estudios ☐ Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☐ Secundaria incompleta ☐ Secundaria completa ☐ Carrera comercial ☐ Carrera técnica ☐ Preparatoria incompleta ☐ Preparatoria completa ☐ Licenciatura incompleta ☐ Licenciatura completa ☐ Diplomado o maestría ☐ Doctorado	8. ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay en su hogar? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 o más

9. ¹⁰ ¿Cuántos automóviles o camionetas tienen en su hogar, incluyendo camionetas cerradas o con cabina o caja? _____ 0 _____ 1 _____ 2 o más	10. Sin tomar en cuenta si su celular cuenta con datos móviles: _____ No tiene _____ Si tiene ¹⁰ ¿Su hogar cuenta con servicio de internet?
11. De todas las personas de 14 años o más que viven en su hogar: _____ 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 o más ¿Cuántos trabajaron en el último mes?	12. En su hogar: _____ 0 ¹⁰ ¿Cuántos cuartos se utilizan para dormir, sin contar pasillos ni baños? _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 o más

SECCIÓN 2: ALES

63

A continuación encontrará una lista de preguntas sobre experiencias que pueden

haberle sucedido a lo largo de su vida. Indique con una **X** cuántas veces vivió estas experiencias a lo largo de su vida y a qué edad las experimentó.

Si vivió alguna de estas experiencias, indique en la última columna la EDAD en la que las experimentó. ¿Cuántas veces...	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Todo el tiempo	¿Qué EDAD tenía cuando esto ocurrió? (Por ejemplo: 2 años, de 7 a 9 años, 25 años).
1. ¿Estuvo enfermo(a) de gravedad o tuvo un accidente grave?					
2. ¿Perdió una parte importante de su educación? (Por ejemplo: haber faltado a la escuela durante mucho tiempo o no recibir el apoyo necesario para ir).					
3. ¿Se sintió solo(a), rechazado(a) o excluido(a) por sus compañeros?					
4. ¿Fue lastimado(a), molestado(a) o insultado(a) por sus compañeros?					

Si vivió alguna de estas experiencias, indique en la última columna la EDAD en la que las experimentó. ¿Cuántas veces...	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Todo el tiempo	¿Qué EDAD tenía cuando esto ocurrió? (Por ejemplo: 2 años, de 7 a 9 años, 25 años).
5. ¿Fue afectado(a) por un desastre natural? (Por ejemplo: inundación, incendio, terremoto, huracán, etc.)					
6. ¿Vivió una etapa en la que su familia fue muy pobre o tuvo problemas económicos graves?					
7. ¿Vivió en un vecindario peligroso o en un lugar en el que vio a personas siendo lastimadas?					
8. ¿NO tuvo suficiente para comer, tuvo que usar ropa sucia, NO fue llevado(a) al médico cuando fue necesario o se quedó solo(a) sin nadie que le cuidara?					
9. ¿Un adulto le insultó, humilló o amenazó?					
10. ¿Sintió que nadie le amaba o que NO era importante para su familia?					
11. ¿Perdió a alguien o fue separada de alguien que le protegía o de quien dependiera su seguridad? (Por ejemplo: al ser abandonado(a), al ser ingresado(a) a una casa hogar, por motivos de migración, guerra, enfermedad severa o muerte).					
12. ¿Vio a un familiar ser empujado, sujetado con fuerza, lastimado o amenazado por otro miembro de su familia?					
13. ¿Vivió con alguien que abusaba de las drogas o el alcohol?					
14. ¿Vivió con alguien que sufría depresión, una enfermedad mental o que intentó suicidarse?					
15. ¿Un miembro de su familia fue arrestado(a) o encarcelado(a) por las autoridades?					
16. ¿Tuvo que dejar su país debido a la guerra, violencia y/o persecución?					
17. ¿Fue discriminado(a) o le hicieron hecho sentir como una extraño(a)? (Por ejemplo: debido a su raza, género, orientación sexual, lugar de nacimiento, cultura o religión)					
18. ¿Fue aislado(a) o expulsado(a) de una comunidad, grupo cultural o localidad?					

Si vivió alguna de estas experiencias, indique en la última columna la EDAD en la que las experimentó. ¿Cuántas veces...	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Todo el tiempo	¿Qué EDAD tenía cuando esto ocurrió? (Por ejemplo: 2 años, de 7 a 9 años, 25 años).
19. ¿Fue empujado(a), sujetado(a) con fuerza, cacheteado(a) o lastimado(a) por un adulto?					
20. ¿Fue forzado(a) a participar en actos sexuales o a observar cosas sexuales?					
21. ¿Vio alguna persona gravemente herida o asesinada, o estuvo expuesta a un entorno violento donde matan o hieren a otros?					
22. ¿Estuvo en combate o estuvo expuesto(a) a una guerra?					
23. ¿Experimentó la muerte de un hermano(a), familiar cercano(a) o amigo(a)?					
24. ¿Fue expuesto(a) a cualquier otro evento o experiencia muy estresante? Si es así especifique cuál: ⇒ _____ _____					

Ahora indique CÓMO LE AFECTARON estas experiencias. Si no ha vivido alguna, indique con una X "Nunca lo viví" y pase a la siguiente experiencia. ¿Cómo le afectó...	Nunca lo viví	Muy negativamente	Negativamente	Ni negativa ni positivamente	Positivamente	Muy positivamente
1. ¿Estuvo enfermo(a) de gravedad o tuvo un accidente grave?						
2. ¿Perdió una parte importante de su educación? (Por ejemplo: haber faltado a la escuela durante mucho tiempo o no recibir el apoyo necesario para ir).						
3. ¿Se sintió solo(a), rechazado(a) o excluido(a) por sus compañeros?						
4. ¿Fue lastimado(a), molestado(a) o insultado(a) por sus compañeros?						
5. ¿Fue afectado(a) por un desastre natural? (Por ejemplo: inundación, incendio, terremoto, huracán, etc.)						

Ahora indique CÓMO LE AFECTARON estas experiencias. Si no ha vivido alguna, indique con una X “<i>Nunca lo viví</i>” y pase a la siguiente experiencia. ¿Cómo le afectó...	Nunca lo viví	Muy negativamente	Negativamente	Ni negativa ni positivamente	Positivamente	Muy positivamente
6. ¿Vivió una etapa en la que su familia fue muy pobre o tuvo problemas económicos graves?						
7. ¿Vivió en un vecindario peligroso o en un lugar en el que vio a personas siendo lastimadas?						
8. ¿NO tuvo suficiente para comer, tuvo que usar ropa sucia, NO fue llevado(a) al médico cuando fue necesario o se quedó solo(a) sin nadie que le cuidara?						
9. ¿Un adulto le insultó, humilló o amenazó?						
10. ¿Sintió que nadie le amaba o que NO era importante para su familia?						
11. ¿Perdió a alguien o fue separada de alguien que le protegía o de quien dependiera su seguridad? (Por ejemplo: al ser abandonado(a), al ser ingresado(a) a una casa hogar, por motivos de migración, guerra, enfermedad severa o muerte).						
12. ¿Vio a un familiar ser empujado, sujetado con fuerza, lastimado o amenazado por otro miembro de su familia?						
13. ¿Vivió con alguien que abusaba de las drogas o el alcohol?						
14. ¿Vivió con alguien que sufría depresión, una enfermedad mental o que intentó suicidarse?						
15. ¿Un miembro de su familia fue arrestado(a) o encarcelado(a) por las autoridades?						
16. ¿Tuvo que dejar su país debido a la guerra, violencia y/o persecución?						
17. ¿Fue discriminado(a) o le hicieron hecho sentir como una extraño(a)? (Por ejemplo: debido a su raza, género, orientación sexual, lugar de nacimiento, cultura o religión)						
18. ¿Fue aislado(a) o expulsado(a) de una comunidad, grupo cultural o localidad?						
19. ¿Fue empujado(a), sujetado(a) con fuerza, cacheteado(a) o lastimado(a) por un adulto?						

Ahora indique CÓMO LE AFECTARON estas experiencias. Si no ha vivido alguna, indique con una X “<i>Nunca lo viví</i>” y pase a la siguiente experiencia. ¿Cómo le afectó...	Nunca lo viví	Muy negativamente	Negativamente	Ni negativa ni positivamente	Positivamente	Muy positivamente
20. ¿Fue forzado(a) a participar en actos sexuales o a observar cosas sexuales?						
21. ¿Vio alguna persona gravemente herida o asesinada, o estuvo expuesta a un entorno violento donde matan o hieren a otros?						
22. ¿Estuvo en combate o estuvo expuesto(a) a una guerra?						
23. ¿Experimentó la muerte de un hermano(a), familiar cercano(a) o amigo(a)?						
24. ¿Fue expuesto(a) a cualquier otro evento o experiencia muy estresante? Si es así especifique cuál: _____						

SECCIÓN 3: DERS-EAM

Existe una variedad de formas en cómo las personas pueden identificar, manejar y expresar sus emociones. Indique con una **X** si le han ocurrido las siguientes situaciones en el **último mes**.

Qué tan frecuentemente...	Casi nunca ⁵⁷	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
1. Cuando me siento mal, se me dificulta pensar en algo más.					
2. Cuando me siento mal, me enojo conmigo mismo(a) por sentirme de esa manera.					

Qué tan frecuentemente...	Casi nunca ⁵⁷	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
3. Cuando me siento mal, creo que así me sentiré por mucho tiempo.					
4. Mis sentimientos me sobrepasan y están fuera de control.					
5. ¹⁶ Cuando me siento mal, pierdo el control de cómo me porto.					
6. Cuando me molesto, me toma tiempo entender lo que en realidad ¹ estoy sintiendo.					
7. Cuando me siento mal, me cuesta trabajo concentrarme.					
8. Cuando me enojo me siento ²⁰⁸ fuera de control.					
9. Cuando me molesto, me siento avergonzado(a) de sentirme así.					
10. ¹ Me cuesta trabajo entender por qué me siento ¹⁶ como me siento.					
11. Cuando me enojo pierdo el control.					
12. Cuando me siento mal, me cuesta trabajo controlar lo que hago.					
13. Cuando me molesto ¹⁶ creo que voy a terminar sintiendome deprimido(a).					
14. ¹⁶ Cuando me siento mal, creo que no hay nada que pueda hacer para sentirme mejor.					
15. Cuando me enojo, me siento avergonzado(a) por sentirme así.					
16. ¹⁶ Cuando me siento mal, siento que soy débil.					
17. No tengo idea de cómo me siento.					
18. ¹⁶ Cuando me siento mal, me toma mucho tiempo sentirme mejor.					
19. Cuando estoy molesto(a), siento que mis emociones me dominan.					

Qué tan frecuentemente...	Casi nunca 57	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
20. Cuando me siento mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.					
21. Estoy confundido(a) por cómo me siento.					

SECCIÓN 4: CESD-7

159

A continuación hay una lista de emociones y situaciones que probablemente haya sentido o tenido. Por favor indique con una **X** durante cuántos días experimentó las siguientes situaciones.

Durante la ÚLTIMA SEMANA usted:	Rara vez o nunca (Menos de un día)	Pocas veces o alguna vez (1 a 2 días)	Un número de veces considerable (3 a 4 días)	Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5 a 7 días)
1. ¿Sentía como si no pudiera quitarse de encima la tristeza?				
2. ¿Le costaba concentrarse en lo que estaba haciendo?				
3. ¿Se sintió deprimido(a)?				
4. ¿Le parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo?				
5. ¿No durmió bien?				
6. ¿Disfrutó de la vida?				
7. ¿Se sintió triste?				

SECCIÓN 5: PCL-5

Ahora encontrará una lista de problemas que se pueden experimentar después de algún acontecimiento estresante o amenazante. Marque con una **X** la opción que mejor le describa.

En el ÚLTIMO MES, qué tanta molestia ha sentido por...	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Extremadamente
1. Recuerdos no deseados, repetidos y perturbadores relacionados con una experiencia estresante.					
2. Sueños perturbadores y repetidos relacionados a la experiencia estresante.					
3. Sentir o actuar repentinamente como si la experiencia estuviera ocurriendo de nuevo (como si lo estuviera reviviendo).					
4. Sentirse muy alterado(a) cuando algo le recuerda la experiencia estresante.					
5. Tener reacciones físicas (aumento de ritmo cardíaco, dificultad para respirar, sudoración, etc.) cuando algo le recuerda la experiencia estresante.					
6. Evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados a la experiencia estresante.					
7. Evitar recuerdos externos relacionados a la experiencia estresante (Por ejemplo: evitar lugares, situaciones, personas o actividades que le recuerden el acontecimiento).					
8. Dificultad para recordar aspectos importantes de la experiencia estresante.					
9. Tener fuertes creencias negativas acerca de ti mismo(a), de otras personas o del mundo en general (Por ejemplo: pensamientos como estoy mal, no puedo confiar en nadie, el mundo es muy peligroso, etc.).					
10. Culparte a ti mismo(a) o alguien más por la experiencia o por lo que sucedió después.					
11. Tener fuertes sentimientos negativos como miedo, horror, enojo, culpa o vergüenza.					
12. Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba.					
13. Sentirse distante o cortante con las demás personas.					
14. Dificultad para experimentar sentimientos positivos (Por ejemplo: ser incapaz de sentirse feliz o sentir cariño por los demás).					
15. Comportamiento irritable, arranques de ira o actuar agresivo(a).					
16. Tomar riesgos o hacer cosas que podrían hacerle daño.					
17. Estar en estado de alerta, vigilante o a la defensiva.					
18. Sentirse alterado(a), angustiado(a) o sobresaltado(a).					
19. Tener dificultad para concentrarse.					
20. Dificultad para dormir o mantenerse dormido(a).					

SECCIÓN 6: WHOQOL-BREF

I. A continuación aparecen preguntas sobre su calidad de vida. Lea cada una y seleccione la respuesta que mejor le describa con una X.	Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
1. ¿Cómo evaluaría su calidad de vida?					
	Muy insatisfecho (a) ⁴⁵	Poco	Lo normal	Bastante	Muy satisfecho (a)
2. ¿Qué tan satisfecho(a) está con su salud?					
II. En las últimas DOS SEMANAS...	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
3. ¿Qué tanto siente ¹³⁵ que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?					
4. ¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5. ¿Cuánto disfruta usted la vida?					
6. ¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?					
7. ¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?					
8. ¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria? ⁴⁵					
9. ¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?					
III. ⁴⁵ En las últimas DOS SEMANAS...	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10. ¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?					

11. ¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?					
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
13. ¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?					
14. ¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?					
15. ¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?					

IV. ⁴⁵ En las últimas DOS SEMANAS...	Muy insatisfecho (a)	Insatisfecho (a)	Regular	Satisfecho (a)	Muy satisfecho (a)
16. ¿Qué tan satisfecho(a) está con su sueño?					
17. ¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo ⁶⁵ sus actividades en la vida diaria?					
18. ¿Está satisfecho(a) con su capacidad para trabajar?					
19. ¿Se siente satisfecho(a) con su vida?					
20. ¿Qué tan ⁶⁵ satisfecho(a) está con sus relaciones personales?					
21. ¿Qué tan satisfecho(a) está con su vida sexual?					
22. ¿Cómo se siente ⁴⁵ con el apoyo que le brindan sus amigos?					
23. ¿Qué tan satisfecho(a) está con las condiciones del lugar donde vive?					
24. ¿Qué tan satisfecho(a) está con el acceso que tiene a los servicios de salud?					
25. ¿Qué tan satisfecho(a) está con los medios de transporte que utiliza?					

V. En las últimas DOS SEMANAS...	Nunca	A veces	Moderadamente	Muy seguido	Siempre
26. ¹ ¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?					

SECCIÓN 7: BRS

A continuación se presentan enunciados que describen cómo usted reacciona ante eventos estresantes o situaciones difíciles. Lea cada uno y seleccione la respuesta que mejor le describa con una X.	Muy de acuerdo ²³	De acuerdo	Ligeramente de acuerdo	Ligeramente en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. ⁶⁷ Me cuesta mucho recuperarme rápidamente después de haber vivido situaciones difíciles.						
2. Tengo dificultad para superar eventos estresantes.						
3. No me toma mucho recuperarme de un evento estresante.						
4. ⁶⁷ Es difícil para mí recuperarme cuando algo malo sucede.						
5. Usualmente supero situaciones difíciles con poca dificultad.						
6. Me tarda mucho tiempo para recuperarme de las adversidades en mi vida.						

SECCIÓN 8: EBS-8

A continuación encontrará oraciones sobre cómo se siente con respecto a su vida. Lea cada una y seleccione la respuesta que mejor le describa con una X.	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me gusta mi vida.						
2. Soy una persona feliz.						
3. Estoy satisfecho(a) con mi vida.						
4. Mi vida me trae alegría.						
5. Mi vida es feliz.						
6. Disfruto de mi vida.						
7. Mi vida es maravillosa.						
8. Estoy de "buenas".						

SECCIÓN 9: PMH

A continuación encontrará afirmaciones sobre su salud mental. Lea cada una y seleccione la respuesta que mejor le describa con una X.	En desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	De acuerdo
1. Con frecuencia estoy despreocupado(a) y de buen humor.				
2. Disfruto de mi vida.				
3. En general, estoy satisfecho(a) con mi vida.				
4. En general, me siento con confianza.				
5. Me las arreglo bien para satisfacer mis necesidades.				
6. Estoy en una buena condición física y emocional.				
7. Siento que estoy realmente bien preparado(a) para enfrentar la vida y sus dificultades.				
8. Gran parte de lo que hago me produce alegría.				

9. Soy un ser humano tranquilo y equilibrado.

SECCIÓN 10: ERQ-CA-9

Ahora encontrará algunas frases sobre cómo usted controla, regula y gestiona sus emociones. Lea cada una y seleccione la respuesta que mejor le describa con una X.	167 Completamente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Completamente de acuerdo
1. No hablo de mis emociones con los demás.					
2. Cuando no quiero sentirme tan mal (Por ejemplo: triste, enfadada), pienso en algo diferente.					
3. Cuando estoy feliz intento que no se me note.					
4. Cuando algo me preocupa, me esfuerzo en pensar en eso de una manera que me ayude a sentirme mejor.					
5. Manejo mis emociones no mostrándolas a los demás.					
6. Cuando quiero que algo me haga sentir mejor, cambio mi manera de pensar sobre eso.					
7. Controlo mis emociones cambiando la manera de pensar sobre la situación en la que estoy.					
8. Cuando me siento mal, intento que no se me note.					
9. Cuando no quiero sentirme tan mal con algo, cambio mi manera de pensar sobre eso.					

SECCIÓN 11: CTS-2

A continuación encontrará una serie de afirmaciones que tienen que ver con distintas formas de violencia que se da entre las parejas. Lea cada afirmación y marque con una X su respuesta.	Nunca	Alguna vez en la vida	En los últimos doce meses
1. Mi pareja me sujetó con fuerza y me sacudió.			
2. Mi pareja me golpeó.			
3. Mi pareja me cacheteó.			
4. Sentí dolor físico aún al día siguiente por la pelea que tuvimos.			
5. Mi pareja me empujó o jaló.			
6. Mi pareja me insultó o maldijo.			

A continuación encontrará una serie de afirmaciones que tienen que ver con distintas formas de violencia que se da entre las parejas. Lea cada afirmación y marque con una X su respuesta.	Nunca	Alguna vez en la vida	En los últimos doce meses
7. ¹ Mi pareja me aventó contra la pared.			
8. Mi pareja me torció el brazo o me jaló del cabello.			
9. Mi pareja me llamó gorda o fea.			
10. Mi pareja me gritó.			
11. Mi pareja usó la fuerza para hacerme tener sexo.			
12. Mi pareja me amenazó para hacer que tuviera sexo.			
13. Mi pareja uso la fuerza para hacerme tener sexo oral o anal.			
14. Mi pareja me acusó de ser mal amante.			
15. ¹ Mi pareja me hizo tener sexo sin condón.			
16. Mi pareja me pateó.			
17. Necesité ver a un doctor ⁴⁷ a causa de una pelea con mi pareja pero no lo hice.			
18. Mi pareja me ahorcó o intentó ahorcarme.			
19. Fui al doctor ⁴⁷ a causa de una pelea con mi pareja.			
20. Mi pareja usó un cuchillo o una pistola contra mí.			
21. ⁴⁷ Me rompí un hueso en una pelea con mi pareja.			

Anexo 3. Análisis de los modelos factoriales de la ALES-F

Modelo de un factor de la ALES-F

Tabla 1. Varianzas y covarianzas del modelo de un factor de la ALES-F

Variables	Matriz de covarianzas														Varianza
	2	4	6	7	8	9	10	12	13	14	15	17	19	20	
Ítem 2	0.528	0.083	0.085	0.085	0.07	0.132	0.133	0.115	0.104	0.059	0.055	0.072	0.124	0.052	0.53
Ítem 4		0.576	0.12	0.121	0.099	0.187	0.189	0.162	0.147	0.083	0.077	0.102	0.176	0.074	0.578
Ítem 6			0.619	0.123	0.102	0.191	0.193	0.166	0.15	0.085	0.079	0.104	0.18	0.075	0.621
Ítem 7				0.703	0.102	0.192	0.194	0.167	0.151	0.085	0.079	0.105	0.181	0.076	0.705
Ítem 8					0.384	0.158	0.16	0.137	0.124	0.07	0.065	0.087	0.149	0.062	0.385
Ítem 9						0.648	0.301	0.259	0.234	0.132	0.123	0.163	0.28	0.117	0.65
Ítem 10							0.673	0.261	0.236	0.134	0.124	0.164	0.283	0.118	0.675
Ítem 12								0.589	0.203	0.115	0.107	0.141	0.243	0.102	0.591
Ítem 13									0.913	0.104	0.097	0.128	0.22	0.092	0.913
Ítem 14										0.494	0.055	0.072	0.124	0.052	0.496
Ítem 15											0.342	0.067	0.116	0.048	0.343
Ítem 17												0.403	0.153	0.064	0.404
Ítem 19													0.58	0.11	0.582
Ítem 20														0.247	0.247

Nota. En negritas se muestran los valores más altos de covarianza entre las variables.

Tabla 2. Cargas factoriales del modelo de un factor de la ALES-F

Factores	Indicador	Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
1	2. Pérdida de educación	0.242	0.040	6.042	< .001	0.164	0.321
	4. Victimización por pares	0.343	0.041	8.363	< .001	0.262	0.423
	6. Pobreza o problemas económicos	0.350	0.043	8.240	< .001	0.267	0.434
	7. Vecindario peligroso o violento	0.352	0.045	7.769	< .001	0.263	0.440
	8. Negligencia física	0.290	0.033	8.698	< .001	0.225	0.355
	9. Abuso emocional	0.546	0.040	13.669	< .001	0.468	0.624
	10. Negligencia emocional	0.551	0.041	13.495	< .001	0.471	0.631
	12. Violencia doméstica	0.474	0.039	12.132	< .001	0.397	0.550
	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	0.429	0.051	8.368	< .001	0.329	0.529
	14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	0.243	0.039	6.286	< .001	0.167	0.318
	15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	0.225	0.032	7.054	< .001	0.163	0.288
	17. Discriminación	0.298	0.034	8.819	< .001	0.232	0.365
	19. Abuso físico	0.513	0.038	13.609	< .001	0.439	0.587
	20. Abuso sexual	0.215	0.027	8.036	< .001	0.162	0.267

Tabla 3. Covarianzas de los errores del modelo de un factor de la ALES-F

Variables		λ	EPC
6. Pobreza o problemas económicos	↔ 8. Negligencia física	56.857	0.160
4. Victimización por pares	↔ 9. Abuso emocional	26.976	0.123
2. Pérdida de educación	↔ 8. Negligencia física	23.695	0.099
12. Violencia doméstica	↔ 13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	14.705	0.113
2. Pérdida de educación	↔ 6. Pobreza o problemas económicos	12.445	0.092
15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	↔ 20. Abuso sexual	11.028	0.043
8. Negligencia física	↔ 10. Negligencia emocional	9.637	-0.061
4. Victimización por pares	↔ 17. Discriminación	8.900	0.062
4. Victimización por pares	↔ 13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	8.676	-0.093
2. Pérdida de educación	↔ 12. Violencia doméstica	8.183	-0.067
7. Vecindario peligroso o violento	↔ 10. Negligencia emocional	7.638	-0.075
9. Abuso emocional	↔ 15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	7.531	-0.051
4. Victimización por pares	↔ 8. Negligencia física	6.966	-0.054
9. Abuso emocional	↔ 13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	6.474	-0.076
4. Victimización por pares	↔ 10. Negligencia emocional	6.299	0.061
4. Victimización por pares	↔ 15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	6.036	-0.049
4. Victimización por pares	↔ 20. Abuso sexual	5.925	-0.040
9. Abuso emocional	↔ 10. Negligencia emocional	5.788	0.056
6. Pobreza o problemas económicos	↔ 19. Abuso físico	5.002	-0.052
6. Pobreza o problemas económicos	↔ 10. Negligencia emocional	4.455	-0.053
12. Violencia doméstica	↔ 19. Abuso físico	3.918	0.042
14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	↔ 20. Abuso sexual	3.866	0.031

Nota. λ = Carga cruzada estandarizada; EPC = Error de Predicción de Covarianza

Modelo de dos factores de la ALES-F

Tabla 4. Varianzas y covarianzas del modelo de dos factores de la ALES-F

Variables	Matriz de covarianzas														Varianza
	2	4	6	7	8	9	10	12	13	14	15	17	19	20	
Ítem 2	0.576	0.195	0.202	0.169	0.152	0.088	0.078	0.108	0.182	0.076	0.075	0.114	0.068	0.096	0.530
Ítem 4		0.648	0.313	0.262	0.235	0.136	0.12	0.167	0.282	0.118	0.116	0.177	0.105	0.148	0.578
Ítem 6			0.673	0.271	0.244	0.141	0.125	0.174	0.293	0.123	0.121	0.183	0.109	0.154	0.621
Ítem 7				0.589	0.204	0.118	0.104	0.145	0.245	0.103	0.101	0.153	0.091	0.129	0.705
Ítem 8					0.91	0.106	0.094	0.131	0.22	0.092	0.091	0.138	0.082	0.116	0.385
Ítem 9						0.494	0.054	0.076	0.127	0.053	0.052	0.08	0.047	0.067	0.650
Ítem 10							0.342	0.067	0.113	0.047	0.046	0.071	0.042	0.059	0.675

Ítem 12	0.403	0.157	0.066	0.065	0.098	0.058	0.082	0.591
Ítem 13	0.58	0.111	0.109	0.165	0.098	0.139		0.913
Ítem 14		0.247	0.046	0.069	0.041	0.058		0.496
Ítem 15			0.528	0.181	0.107	0.151		0.343
Ítem 17				0.619	0.163	0.23		0.404
Ítem 19					0.703	0.137		0.582
Ítem 20						0.384		0.247

Nota. En negritas se muestran los valores más altos de covarianza entre las variables.

Tabla 5. Cargas factoriales del modelo de dos factores de la ALES-F

Factores	Indicador	Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
1	4. Victimización por pares	0.355	0.041	8.642	< .001	0.274	0.435
	9. Abuso emocional	0.549	0.040	13.662	< .001	0.470	0.628
	10. Negligencia emocional	0.570	0.041	14.014	< .001	0.490	0.649
	12. Violencia doméstica	0.476	0.039	12.119	< .001	0.399	0.553
	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	0.429	0.052	8.307	< .001	0.328	0.530
	14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	0.248	0.039	6.404	< .001	0.172	0.324
	15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	0.219	0.032	6.807	< .001	0.156	0.282
	17. Discriminación	0.305	0.034	8.989	< .001	0.238	0.371
	19. Abuso físico	0.514	0.038	13.523	< .001	0.439	0.588
	20. Abuso sexual	0.215	0.027	8.002	< .001	0.162	0.268
2	2. Pérdida de educación	0.344	0.042	8.202	< .001	0.262	0.427
	6. Pobreza o problemas económicos	0.524	0.044	11.916	< .001	0.438	0.610
	7. Vecindario peligroso o violento	0.311	0.051	6.131	< .001	0.212	0.411
	8. Negligencia física	0.439	0.035	12.552	< .001	0.371	0.508

Tabla 6. Covarianzas de los errores del modelo de dos factores de la ALES-F

Variables			λ	EPC
6. Pobreza o problemas económicos	↔	9. Abuso emocional	24.325	0.117
4. Victimización por pares	↔	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	14.713	0.114
2. Pérdida de educación	↔	20. Abuso sexual	11.659	0.045
12. Violencia doméstica	↔	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	10.107	-0.100
2. Pérdida de educación	↔	17. Discriminación	7.471	0.057
15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	↔	8. Negligencia física	7.317	-0.068
8. Negligencia física	↔	8. Negligencia física	7.301	0.090
4. Victimización por pares	↔	20. Abuso sexual	7.064	-0.044
12. Violencia doméstica	↔	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	6.992	-0.079

Variables		λ	EPC
15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	↔ 15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	6.711	-0.049
4. Victimización por pares	↔ 15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	6.316	-0.050
4. Victimización por pares	↔ 7. Vecindario peligroso o violento	5.947	0.061
7. Vecindario peligroso o violento	↔ 2. Pérdida de educación	5.708	-0.053
6. Pobreza o problemas económicos	↔ 12. Violencia doméstica	5.579	-0.055
4. Victimización por pares	↔ 6. Pobreza o problemas económicos	5.386	0.046
9. Abuso emocional	↔ 14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	4.813	-0.050
9. Abuso emocional	↔ 15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	3.905	0.037
4. Victimización por pares	↔ 15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	3.886	0.050
19. Abuso físico	↔ 8. Negligencia física	3.861	-0.034

Nota. λ = Carga cruzada estandarizada; EPC = Error de Predicción de Covarianza

Modelo de tres factores de la ALES-F

Tabla 7. Varianzas y covarianzas del modelo de tres factores de la ALES-F

Variables	Matriz de covarianzas														Varianza	
	2	4	6	7	8	9	10	12	13	14	15	17	19	20		
Ítem 2	0.648	0.125	0.284	0.33	0.138	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.530	
Ítem 4		0.247	0.108	0.125	0.052	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.578	
Ítem 6			0.58	0.284	0.119	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.621	
Ítem 7				0.673	0.138	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.705	
Ítem 8					0.384	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.385	
Ítem 9						0.589	0.299	0.115	0.135	0	0	0	0	0	0.650	
Ítem 10								0.91	0.113	0.133	0	0	0	0	0.675	
Ítem 12									0.494	0.051	0	0	0	0	0.591	
Ítem 13										0.342	0	0	0	0	0.913	
Ítem 14											0.528	0.082	0.116	0.083	0.079	0.496
Ítem 15												0.576	0.139	0.1	0.094	0.343
Ítem 17													0.619	0.142	0.133	0.404
Ítem 19														0.703	0.096	0.582
Ítem 20															0.403	0.247

Nota. En negritas se muestran los valores más altos de covarianza entre las variables.

Tabla 8. Cargas factoriales del modelo de tres factores de la ALES-F

Factores	Indicador	Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
1	9. Abuso emocional	0.574	0.043	0.574	13.292 < .001	0.490	0.659

Factores	Indicador	Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
	20. Abuso sexual	0.218 0.028	0.218	7.697 < .001	7.697	0.162	0.273
	19. Abuso físico	0.494 0.041	0.494	11.937 < .001	11.937	0.413	0.575
	10. Negligencia emocional	0.574 0.044	0.574	12.998 < .001	12.998	0.487	0.660
	8. Negligencia física	0.241 0.036	0.241	6.728 < .001	6.728	0.171	0.311
	12. Violencia doméstica	0.552 0.06	0.552	9.200 < .001	9.200	0.434	0.669
2	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	0.543 0.067	0.543	8.048 < .001	8.048	0.411	0.675
	14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	0.208 0.045	0.208	4.642 < .001	4.642	0.120	0.296
	15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	0.245 0.038	0.245	6.491 < .001	6.491	0.171	0.318
	2. Pérdida de educación	0.262 0.056	0.262	4.697 < .001	4.697	0.153	0.371
3	4. Victimización por pares	0.313 0.062	0.313	5.054 < .001	5.054	0.192	0.435
	6. Pobreza o problemas económicos	0.445 0.066	0.445	6.723 < .001	6.723	0.315	0.574
	7. Vecindario peligroso o violento	0.318 0.059	0.318	5.442 < .001	5.442	0.204	0.433
	17. Discriminación	0.300 0.051	0.300	5.851 < .001	5.851	0.200	0.401

Tabla 9. Covarianzas de los errores del modelo de tres factores de la ALES-F

Variables		λ	EPC
8. Negligencia física	↔ 6. Pobreza o problemas económicos	59.42	0.17
9. Abuso emocional	↔ 4. Victimización por pares	28.521	0.131
4. Victimización por pares	↔ 17. Discriminación	20.386	0.129
8. Negligencia física	↔ 2. Pérdida de educación	18.576	0.092
20. Abuso sexual	↔ 15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	14.795	0.051
2. Pérdida de educación	↔ 6. Pobreza o problemas económicos	13.409	0.13
19. Abuso físico	↔ 12. Violencia doméstica	12.334	0.079
10. Negligencia emocional	↔ 4. Victimización por pares	9.330	0.077
8. Negligencia física	↔ 4. Victimización por pares	9.152	-0.066
19. Abuso físico	↔ 7. Vecindario peligroso o violento	8.886	0.08
4. Victimización por pares	↔ 6. Pobreza o problemas económicos	8.548	-0.117
9. Abuso emocional	↔ 12. Violencia doméstica	8.535	0.067
10. Negligencia emocional	↔ 14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	8.095	0.067
2. Pérdida de educación	↔ 17. Discriminación	7.927	-0.073
10. Negligencia emocional	↔ 17. Discriminación	6.347	0.052
14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	↔ 4. Victimización por pares	6.016	0.063
19. Abuso físico	↔ 17. Discriminación	6.008	0.049
15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	↔ 7. Vecindario peligroso o violento	5.359	0.054
15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	↔ 2. Pérdida de educación	5.329	0.046

Variables		λ	EPC
20. Abuso sexual	↔ 14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	5.233	0.037
12. Violencia doméstica	↔ 4. Victimización por pares	5.205	0.058
12. Violencia doméstica	↔ 17. Discriminación	4.787	0.046
2. Pérdida de educación	↔ 4. Victimización por pares	4.562	-0.064
20. Abuso sexual	↔ 4. Victimización por pares	3.977	-0.035
14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	↔ 17. Discriminación	3.952	0.042

Nota. λ = Carga cruzada estandarizada; EPC = Error de Predicción de Covarianza

Modelo de cuatro factores de la ALES-F

Tabla 10. Varianzas y covarianzas del modelo de cuatro factores de la ALES-F

Variables	Matriz de covarianzas														Varianza
	2	4	6	7	8	9	10	12	13	14	15	17	19	20	
Ítem 2	0.576	0.108	0.238	0.123	0.145	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.53
Ítem 4		0.703	0.138	0.071	0.083	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.578
Ítem 6			0.673	0.156	0.184	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.621
Ítem 7				0.494	0.095	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.705
Ítem 8					0.403	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.385
Ítem 9						0.528	0.17	0.161	0	0	0	0	0	0	0.65
Ítem 10							0.619	0.245	0	0	0	0	0	0	0.675
Ítem 12								0.384	0	0	0	0	0	0	0.591
Ítem 13									0.589	0.296	0.135	0	0	0	0.913
Ítem 14										0.91	0.139	0	0	0	0.496
Ítem 15											0.342	0	0	0	0.343
Ítem 17												0.648	0.282	0.115	0.404
Ítem 19													0.58	0.104	0.582
Ítem 20														0.247	0.247

Nota. En negritas se muestran los valores más altos de covarianza entre las variables.

Tabla 11. Cargas factoriales del modelo de cuatro factores de la ALES-F

Factores	Indicador	Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
1	4. Victimización por pares	0.433	0.047	9.135	< .001	0.340	0.526
	7. Vecindario peligroso o violento	0.250	0.053	4.750	< .001	0.147	0.353
	10. Negligencia emocional	0.550	0.053	10.459	< .001	0.447	0.653
	14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	0.284	0.044	6.493	< .001	0.198	0.369
	17. Discriminación	0.334	0.039	8.459	< .001	0.256	0.411
2	2. Pérdida de educación	0.335	0.044	7.646	< .001	0.249	0.421

Factores	Indicador	Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
3	6. Pobreza o problemas económicos	0.508	0.053	9.583	< .001	0.404	0.611
	8. Negligencia física	0.482	0.045	10.613	< .001	0.393	0.571
	12. Violencia doméstica	0.536	0.065	8.287	< .001	0.409	0.663
	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	0.553	0.072	7.656	< .001	0.411	0.694
	15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	0.252	0.039	6.514	< .001	0.176	0.328
4	9. Abuso emocional	0.557	0.063	8.814	< .001	0.433	0.68
	19. Abuso físico	0.506	0.058	8.659	< .001	0.392	0.621
	20. Abuso sexual	0.206	0.031	6.604	< .001	0.145	0.267

Tabla 12. Covarianzas de los errores del modelo de cuatro factores de la ALES-

F

Variables		λ	EPC
4. Victimización por pares	↔ 9. Abuso emocional	30.296	0.137
15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	↔ 20. Abuso sexual	18.667	0.058
12. Violencia doméstica	↔ 19. Abuso físico	16.271	0.096
12. Violencia doméstica	↔ 9. Abuso emocional	11.57	0.085
10. Negligencia emocional	↔ 9. Abuso emocional	11.147	0.087
4. Victimización por pares	↔ 20. Abuso sexual	8.074	-0.047
17. Discriminación	↔ 6. Pobreza o problemas económicos	7.417	0.055
10. Negligencia emocional	↔ 2. Pérdida de educación	7.229	0.067
14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	↔ 20. Abuso sexual	7.037	0.043
7. Vecindario peligroso o violento	↔ 19. Abuso físico	7.002	0.075
6. Pobreza o problemas económicos	↔ 9. Abuso emocional	6.922	0.065
10. Negligencia emocional	↔ 20. Abuso sexual	6.848	0.046
17. Discriminación	↔ 19. Abuso físico	6.517	0.051
10. Negligencia emocional	↔ 13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	6.29	0.08
7. Vecindario peligroso o violento	↔ 15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	5.731	0.056
10. Negligencia emocional	↔ 15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	5.679	0.049
10. Negligencia emocional	↔ 19. Abuso físico	5.284	0.057
13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	↔ 19. Abuso físico	5.273	0.069
8. Negligencia física	↔ 19. Abuso físico	5.047	0.04
8. Negligencia física	↔ 12. Violencia doméstica	4.861	0.041
6. Pobreza o problemas económicos	↔ 12. Violencia doméstica	4.717	0.052
10. Negligencia emocional	↔ 12. Violencia doméstica	4.685	0.055

Nota. λ = Carga cruzada estandarizada; EPC = Error de Predicción de Covarianza

Anexo 4. Análisis de los modelos factoriales de la ALES-D

Tabla 13. Varianzas y covarianzas del modelo de un factor de la ALES-D

Variables	Matriz de covarianzas														Varianza
	2	4	6	7	8	9	10	12	13	14	15	17	19	20	
Ítem 2	0.225	0.025	0.028	0.023	0.028	0.042	0.04	0.015	0.037	0.033	0.025	0.029	0.028	0.039	0.226
Ítem 4		0.22	0.038	0.032	0.038	0.057	0.055	0.021	0.051	0.045	0.034	0.040	0.038	0.053	0.220
Ítem 6			0.236	0.035	0.042	0.063	0.061	0.023	0.056	0.05	0.037	0.044	0.042	0.059	0.237
Ítem 7				0.231	0.035	0.053	0.051	0.019	0.047	0.042	0.031	0.037	0.035	0.049	0.231
Ítem 8					0.209	0.063	0.061	0.023	0.056	0.050	0.037	0.044	0.042	0.059	0.209
Ítem 9						0.231	0.092	0.034	0.085	0.076	0.056	0.067	0.063	0.089	0.231
Ítem 10							0.246	0.033	0.082	0.073	0.055	0.065	0.061	0.086	0.246
Ítem 12								0.217	0.031	0.027	0.020	0.024	0.023	0.032	0.217
Ítem 13									0.249	0.068	0.050	0.060	0.056	0.079	0.250
Ítem 14										0.249	0.045	0.053	0.050	0.071	0.249
Ítem 15											0.231	0.040	0.037	0.053	0.231
Ítem 17												0.201	0.044	0.062	0.201
Ítem 19													0.226	0.059	0.227
Ítem 20														0.249	0.250

Tabla 14. Cargas factoriales del modelo de un factor de la ALES-D

Factores	Indicador	Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
1	2. Pérdida de educación	0.135	0.027	5.017	< .001	0.082	0.188
	4. Victimización por pares	0.185	0.026	7.125	< .001	0.134	0.236
	6. Pobreza o problemas económicos	0.205	0.027	7.614	< .001	0.152	0.257
	7. Vecindario peligroso o violento	0.172	0.027	6.402	< .001	0.119	0.224
	8. Negligencia física	0.204	0.025	8.126	< .001	0.155	0.253
	9. Abuso emocional	0.308	0.025	12.499	< .001	0.26	0.357
	10. Negligencia emocional	0.299	0.026	11.576	< .001	0.248	0.35
	11. Pérdida o separación de quien brinda protección o seguridad	0.111	0.026	4.198	< .001	0.059	0.163
	12. Violencia doméstica	0.275	0.027	10.358	< .001	0.223	0.327
	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	0.246	0.027	9.094	< .001	0.193	0.299
	14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	0.182	0.027	6.849	< .001	0.13	0.235
	15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	0.217	0.024	8.952	< .001	0.169	0.264
	17. Discriminación	0.204	0.026	7.828	< .001	0.153	0.255
	19. Abuso físico	0.288	0.026	10.966	< .001	0.237	0.339
	20. Abuso sexual	0.141	0.02	6.937	< .001	0.101	0.181

Tabla 15. Covarianzas de los errores del modelo de un factor de la ALES-D

Variables		λ	EPC
2. Pérdida de educación	↔ 8. Negligencia física	22.047	0.047

Variables			λ	EPC
6. Pobreza o problemas económicos	↔	8. Negligencia física	20.014	0.044
12. Violencia doméstica	↔	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	15.321	0.041
2. Pérdida de educación	↔	6. Pobreza o problemas económicos	12.887	0.039
4. Victimización por pares	↔	9. Abuso emocional	9.067	0.028
6. Pobreza o problemas económicos	↔	7. Vecindario peligroso o violento	7.941	0.03
4. Victimización por pares	↔	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	6.763	-0.027
10. Negligencia emocional	↔	12. Violencia doméstica	6.607	-0.026
8. Negligencia física	↔	19. Abuso físico	6.021	-0.024
7. Vecindario peligroso o violento	↔	19. Abuso físico	4.468	-0.022
19. Abuso físico	↔	20. Abuso sexual	4.057	0.016
14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	↔	17. Discriminación	3.964	0.021
12. Violencia doméstica	↔	15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	3.853	0.018

Nota. λ = Carga cruzada estandarizada; EPC = Error de Predicción de Covarianza

Modelo de dos factores de la ALES-D

Tabla 16. Varianzas y covarianzas del modelo de dos factores de la ALES-D

Variables	Matriz de covarianzas														Varianza
	2	4	6	7	8	9	10	12	13	14	15	17	19	20	
Ítem 2	0.22	0.058	0.056	0.052	0.045	0.034	0.041	0.038	0.055	0.026	0.025	0.033	0.024	0.033	0.226
Ítem 4		0.231	0.095	0.088	0.077	0.058	0.069	0.064	0.094	0.045	0.042	0.057	0.040	0.056	0.220
Ítem 6			0.246	0.085	0.074	0.056	0.066	0.062	0.090	0.043	0.040	0.055	0.039	0.054	0.237
Ítem 7				0.249	0.069	0.052	0.062	0.058	0.084	0.040	0.037	0.051	0.036	0.050	0.231
Ítem 8					0.249	0.045	0.054	0.050	0.073	0.035	0.032	0.044	0.031	0.043	0.209
Ítem 9						0.231	0.041	0.038	0.056	0.026	0.025	0.034	0.024	0.033	0.231
Ítem 10							0.201	0.045	0.065	0.031	0.029	0.040	0.028	0.039	0.246
Ítem 12								0.226	0.061	0.029	0.027	0.037	0.026	0.036	0.217
Ítem 13									0.249	0.043	0.040	0.054	0.038	0.053	0.250
Ítem 14										0.136	0.019	0.026	0.018	0.025	0.249
Ítem 15											0.225	0.061	0.043	0.059	0.231
Ítem 17												0.236	0.059	0.081	0.201
Ítem 19													0.231	0.058	0.227
Ítem 20														0.209	0.250

Nota. En negritas se muestran los valores más altos de covarianza entre las variables.

Tabla 17. Cargas factoriales del modelo de dos factores de la ALES-D

Factores	Indicador	Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
1	4. Victimización por pares	0.355	0.041	8.642	< .001	0.274	0.435

Factores	Indicador	Estimar	Error Típico	valor Z	p	95% Intervalo de Confianza	
						Inferior	Superior
2	9. Abuso emocional	0.549	0.040	13.662	< .001	0.470	0.628
	10. Negligencia emocional	0.570	0.041	14.014	< .001	0.490	0.649
	12. Violencia doméstica	0.476	0.039	12.119	< .001	0.399	0.553
	13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	0.429	0.052	8.307	< .001	0.328	0.530
	14. Depresión, enfermedad mental o intento de suicidio de un miembro de la familia	0.248	0.039	6.404	< .001	0.172	0.324
	15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	0.219	0.032	6.807	< .001	0.156	0.282
	17. Discriminación	0.305	0.034	8.989	< .001	0.238	0.371
	19. Abuso físico	0.514	0.038	13.523	< .001	0.439	0.588
	20. Abuso sexual	0.215	0.027	8.002	< .001	0.162	0.268
	2. Pérdida de educación	0.344	0.042	8.202	< .001	0.262	0.427
2	6. Pobreza o problemas económicos	0.524	0.044	11.916	< .001	0.438	0.610
	7. Vecindario peligroso o violento	0.311	0.051	6.131	< .001	0.212	0.411
	8. Negligencia física	0.439	0.035	12.552	< .001	0.371	0.508
	11. Pérdida o separación de quien brinda protección o seguridad	0.205	0.015	13.224	< .001	0.174	0.235

Tabla 18. Covarianzas de los errores del modelo de dos factores de la ALES-D

Variables		λ	EPC
12. Violencia doméstica	↔ 13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	14.869	0.040
10. Negligencia emocional	↔ 12. Violencia doméstica	9.541	-0.031
4. Victimización por pares	↔ 9. Abuso emocional	8.760	0.028
4. Victimización por pares	↔ 13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	6.656	-0.027
2. Pérdida de educación	↔ 8. Negligencia física	4.163	0.023
15. Arresto o encarcelamiento de un miembro de la familia	↔ 19. Abuso físico	4.122	-0.019
10. Negligencia emocional	↔ 13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	4.097	-0.021
13. Abuso de sustancias de un miembro de la familia	↔ 11. Pérdida o separación de quien brinda protección o seguridad	3.906	0.021

Nota. λ = Carga cruzada estandarizada; EPC = Error de Predicción de Covarianza

Anexo 5. Carta para la solicitud de apoyo institucional



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Hidalgo del Parral, a 14 de abril de 2023

Asunto: Apoyo institucional investigación doctoral

DIRECCIÓN DE SEGURIDAD PÚBLICA DE HIDALGO DEL PARRAL

PRESENTE

Con el objetivo de contribuir a la meta académica doctoral del Mtro. Joel Adam Patiño Plata, quien se encuentra cursando el cuarto semestre del Doctorado Interinstitucional en Psicología en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, con el tema *Experiencias adversas en la infancia en población adulta y su relación con la regulación emocional, la depresión y el trastorno por estrés posttraumático*; cuyo objetivo es desarrollar un proyecto de investigación doctoral para medir los factores psicosociales asociados a las experiencias adversas en la infancia en mujeres adultas.

Por tal motivo, solicitamos su apoyo y autorización para que se le permita el acceso a las instalaciones y a la población a la que su institución atiende. Es importante señalar que el alcance institucional de la participación del Mtro. Patiño es únicamente con los fines de investigación doctoral, específicamente para medir y evaluar las variables y constructos del proyecto. Para cumplir con el convenio que se estableció con el CONACYT, el Mtro. Patiño debe abocarse a cumplir con el objetivo de la investigación doctoral, sin la intención de resolver las problemáticas que son objeto de atención de la institución.

Es importante señalar, que los datos obtenidos son para fines de investigación. Y los resultados de investigación que surjan de la participación del estudiante con la población que su institución atiende, estarán disponibles públicamente a partir de la versión final de la tesis doctoral, y a través de la publicación de un artículo científico en una revista internacional.

Sin olvidar que los hallazgos de esta colaboración académica e institucional pueden contribuir al diseño y desarrollo de políticas públicas para prevenir, atender y mitigar las consecuencias de las experiencias adversas en la infancia. Sin más por el momento, reciba nuestros saludos y consideraciones académicas.



Francisco Villa No. 450, Col. Miguel Silva C.P. 58120, Morelia, Mich. Tels. 3129909 Ext. 103/104/105/137
www.psicologia.umich.mx



UNIVERSIDAD MICHOACANA
DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO



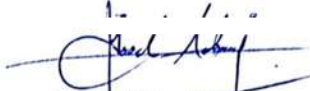
SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Instituto Nacional
de Rehabilitación
Luis Calles Heredia



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

 Dra. Ana María Méndez Puga Coordinadora del Doctorado	 Mtro. Joel Adam Patiño Plata Estudiante del Doctorado
 Dra. Fabiola González Betanzos Directora- UMNSH	 Dr. Filiberto Toledano-Toledano Co-Director Institutos Nacionales de Salud

NOMBRE DEL TRABAJO

Experiencias Adversas en la Infancia, Regulación Emocional, Depresión y Trastorno de Estrés Postrau

AUTOR

Joel Adam Patiño Plata

RECuento DE PALABRAS

70584 Words

RECuento DE CARACTERES

361952 Characters

RECuento DE PÁGINAS

249 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

4.2MB

FECHA DE ENTREGA

Aug 26, 2024 10:26 AM CST

FECHA DEL INFORME

Aug 26, 2024 10:31 AM CST

● **24% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 19% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 0% Base de datos de trabajos entregados
- 18% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Doctorado Interinstitucional en Psicología	
Título del trabajo	Experiencias Adversas en la Infancia, Regulación Emocional, Depresión y Trastorno de Estrés Postraumático en Mujeres Víctimas de Violencia de Pareja.	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Joel Adam Patiño Plata	joeil.com
Director	Dra. Fabiola González Betanzos	fbetanzos@umich.mx
Codirector	Dr. Filiberto Toledano-Toledano	yosoyfi.com
Coordinador del programa	Dra. Ana María Méndez Puga	ana.puga@umich.mx

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	Sí	En ciertos párrafos se solicitaron sugerencias para dar mayor coherencia y estructura a las ideas.

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	Sí	Algunas oraciones, palabras, títulos o definiciones fueron traducidos para integrarlos a la redacción.
Traducción a otra lengua	Sí	Algunas oraciones, palabras, títulos o definiciones fueron traducidos para integrarlos a la redacción.
Revisión y corrección de estilo	No	
Análisis de datos	Sí	Se utilizaron herramientas de IA para comprobar que las descripciones de los procedimientos de análisis y el informe de resultados se reportaron de la manera correcta.
Búsqueda y organización de información	Sí	Se utilizaron herramientas de IA para organizar las ideas y obtener sugerencias sobre la mejor forma de estructurarlas en la redacción.
Formateo de las referencias bibliográficas	Sí	Se utilizaron herramientas de IA para corroborar el formato de las referencias y detectar errores mínimos de escritura o puntuación.
Generación de contenido multimedia	No	
Otro	No	

Datos del solicitante	
Nombre y firma	Joel Adam Patiño Plata 
Lugar y fecha	Hidalgo del Parral, Chihuahua, México. 26 de Agosto de 2024.