



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Asociación entre las experiencias adversas y de victimización y la salud mental

Marina Bartolomé Valenzuela



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- Compartiqual 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - Compartiqual 4.0. España de Creative Commons.**

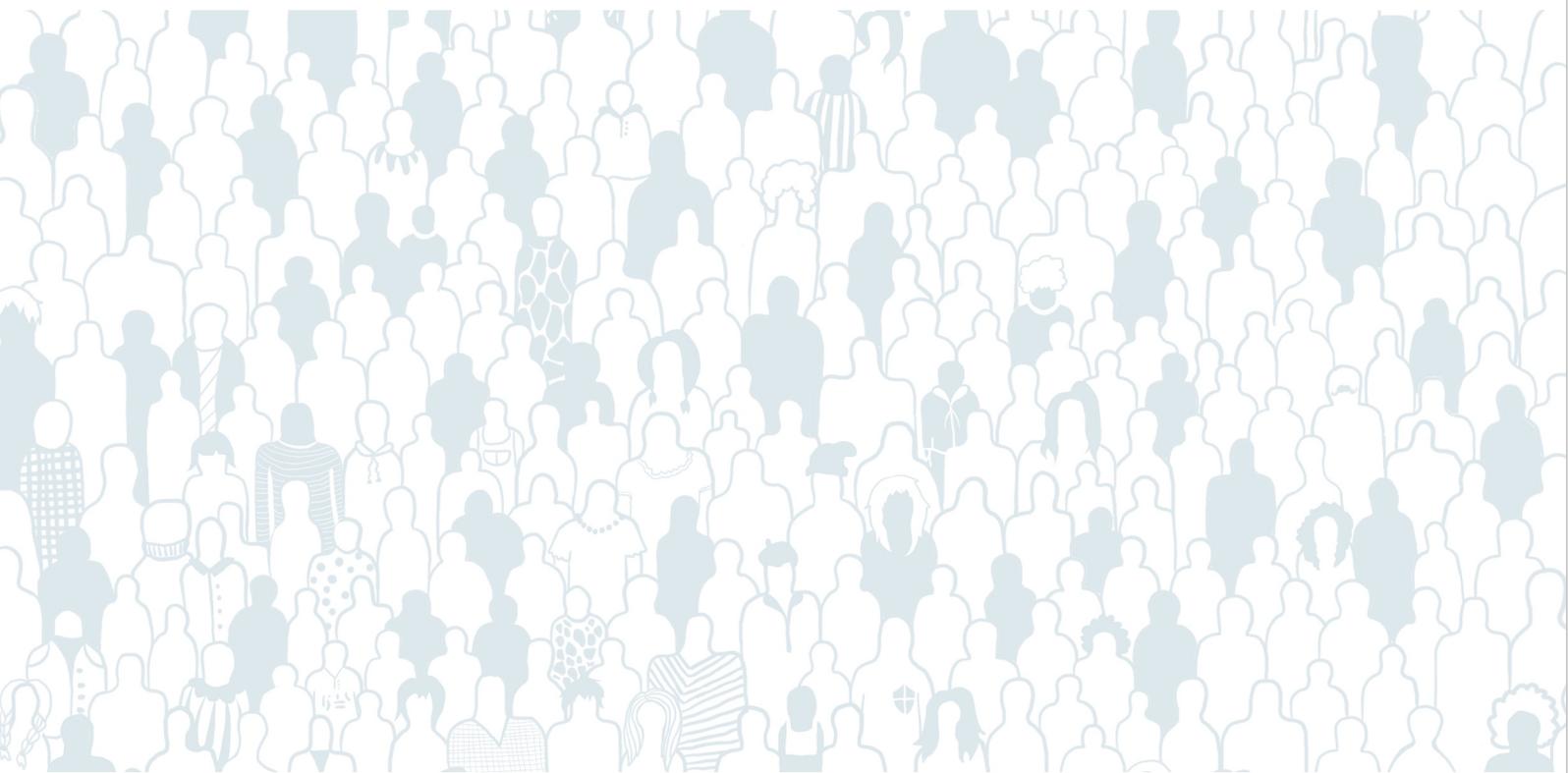
This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0. Spain License.**



TESIS DOCTORAL

**ASOCIACIÓN ENTRE LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS Y DE VICTIMIZACIÓN
Y LA SALUD MENTAL**

Barcelona, 20 de febrero de 2024



Marina Bartolomé Valenzuela

Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología

Facultad de Psicología - Universitat de Barcelona

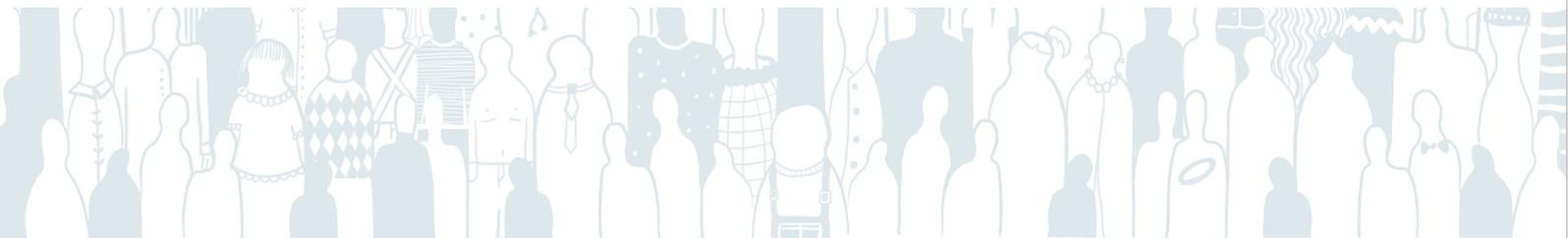
Directora: Noemí Pereda Beltrán

Programa de doctorado: Cerebro, Cognición y Conducta



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

GREVIA
Grup de Recerca en Victimització
Infantil i Adolescent



Diseño y portada: Marina Bartolomé Valenzuela

El uso del plural masculino en esta tesis hace referencia tanto a hombres como a mujeres. En el caso de que sólo se hable de mujeres, se refiere a ellas con el plural femenino.

Agradecimientos

Quiero agradecer a Noemí Pereda su ayuda y su apoyo, tanto a nivel académico como personal, durante todos estos años. Gracias por haber confiado en mí más de lo que yo era capaz y por haberme permitido cometer mis propios errores, no debe haber sido fácil y, por ello, te estaré siempre agradecida. Quiero agradecer a Georgina Guilera su gran capacidad de anticipación a los problemas y su aún mayor habilidad para sobreponerse a éstos. Gracias por haberme hecho sentir segura de mi trabajo durante toda la tesis, algo que sospecho que es inaudito para una doctoranda.

Quiero agradecer a la Fundación Vicki Bernadet todo lo que me enseñó durante los tres años que tuve la suerte de formar parte de su proyecto. Gracias, compañeras.

Quiero agradecer al Defensor del Pueblo haberme permitido formar parte de la investigación sobre los abusos sexuales cometidos por parte de miembros de la Iglesia católica. Es un orgullo que siempre me acompañará.

Finalmente, gracias a mi padre, por enseñarme que lo más importante no se aprende dentro de las aulas de la Universidad. Gracias a mi madre, por su generosidad. Gracias a mi tía Margarita, por haber confiado en mí y haberme brindado las palabras más bonitas. Gracias a mi hermana, por tener la valentía de vivir la vida que quiere vivir, eres una inspiración para mí.

Gracias a mis amigas, por estar a mi lado. No podría haber tenido más suerte en esta vida. Gracias a mis compañeros y compañeras de Ultimate Frisbee. Las cosas que no aprendí en la universidad las aprendí en el campo. Gracias a Guillem, por creer en mí. Espero hacerte sentir, aunque sea sólo un poco, como tú me haces sentir.

Para acabar, quiero mostrar mi agradecimiento a todas las personas diagnosticadas con un trastorno mental grave que un día se sentaron delante de mí y compartieron conmigo sus recuerdos. Algunas tuvieron que volver a lugares de su infancia donde nadie debería haber estado y, por ese viaje y esfuerzo, estaré siempre agradecida.

Yo esto de los abusos sexuales cuando era pequeña no se lo he contado a nadie nunca, eres la primera persona que lo sabe... me da vergüenza decirlo.

Mujer participante del primer estudio de la presente tesis doctoral.

Febrero de 2019

Índice

LISTA DE TABLAS	7
LISTA DE FIGURAS	8
RESUMEN.....	10
ABSTRACT	12
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	14
1.1. Experiencias Adversas en la Infancia (ACEs)	15
1.1.1 Definición y Prevalencia de las ACEs	17
1.1.2. Prevalencia de ACEs en Personas con Trastorno Mental.....	24
1.1.3. Prevalencia de las ACEs en Estudiantes Universitarios	28
1.1.4. La Acumulación de ACEs	31
1.1.5. Los Patrones de ACEs	35
1.2. El Impacto de las ACEs en la Salud Mental	38
1.2.1. ¿Qué se Entiende por Salud Mental?	39
1.2.3 La Influencia de las ACEs en el Desarrollo de Trastornos Mentales	43
1.2.4 La Influencia de las ACEs en el Bienestar Mental	45
CAPÍTULO 2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	49
CAPÍTULO 3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	53
3.1. Objetivos de la investigación	54
3.1.1. Objetivos del Estudio I.....	56
3.1.2. Objetivos del Estudio II	56
3.1.3. Objetivos del Estudio III.....	57
3.2. Hipótesis de la investigación	58
CAPÍTULO 4. ESTUDIO PILOTO.....	61
CAPÍTULO 5. ESTUDIO I	65
5.1. Metodología	66
5.1.1. Participantes	66
5.1.2. Procedimiento	79
5.1.3. Medidas.....	80
5.1.4 Análisis de Datos	84
5.2. Resultados	85
CAPÍTULO 6. ESTUDIOS II y III.....	92
6.1. Metodología	94
6.1.1 Participantes.....	94
6.1.2. Procedimiento	112
6.1.3. Medidas.....	113
6.1.4 Análisis de Datos	115

6.2. Resultados Estudio II	117
6.3. Resultados Estudio III.....	122
CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	133
7.1. Discusión.....	134
7.2. Conclusiones	144
CAPÍTULO 8. FORTALEZAS, LIMITACIONES E INVESTIGACIÓN FUTURA	146
8.1. Fortalezas	147
8.2. Limitaciones.....	150
8.3. Investigación Futura.....	152
CAPÍTULO 9. IMPLICACIONES CLÍNICAS Y DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	155
CAPÍTULO 10. REFERENCIAS	161
ANEXOS	197
Anexo I. Preguntas originales del primer estudio realizado con el instrumento ACE-Q por Felitti et al. (1998) en su idioma original.	198
Anexo II. Hoja de información para la persona participante de los grupos de discusión del estudio piloto.....	199
Anexo III. Consentimiento Informado por escrito para participantes del estudio piloto y del Estudio I.....	200
Anexo IV. Hoja de datos personales para participantes de los grupos de discusión del estudio piloto.....	201
Anexo V. Hoja de información para las entidades participantes en el Estudio I...202	
Anexo VI. Compromiso de confidencialidad y explotación de trabajos para los estudiantes voluntarios que participaron en la investigación realizando entrevistas.....	203
Anexo VII. Hoja de información sobre la investigación para los Jefes de Estudio de los diferentes grados de la universidad para realizar los Estudios II y III.	204
Anexo VIII. Consentimiento Informado por escrito para participantes de los Estudios II y III.	206

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Categorías de los cuestionarios ACE-Q y del ACE-IQ	17
Tabla 2. Prevalencias ACEs y experiencias de victimización encontradas en investigaciones españolas realizadas con personas con trastorno mental.....	27
Tabla 3. Prevalencias de ACEs encontradas investigaciones realizadas con estudiantes universitarios europeos publicadas en los últimos seis años.....	29
Tabla 4. Probabilidades de presentar problemas de salud o conductuales por acumulación de más de cuatro ACEs en comparación con ninguna (Hughes et al., 2017)	34
Tabla 5. Objetivos e hipótesis de cada uno de los estudios realizados	58
Tabla 6. Listado de organizaciones y profesionales que colaboraron en el <i>Pre-estudio</i>	64
Tabla 7. Características sociodemográficas de la muestra, desglosadas por género...	68
Tabla 8. Características clínicas de la muestra, desglosadas por género	75
Tabla 9. Datos recabados en el Estudio I	80
Tabla 10. Dimensiones y experiencias recabadas a través del ACE-IQ modificado ..	83
Tabla 11. Experiencias adversas acumuladas a lo largo de la vida y antes de los 18 años	85
Tabla 12. Prevalencia de las experiencias adversas y de victimización vividas a lo largo de la vida.....	87
Tabla 13. Prevalencia de las experiencias adversas y de victimización vividas por primera vez antes de los 18 años.....	89
Tabla 14. Prevalencia de las experiencias adversas y de victimización vividas por primera vez después de los 18 años	91
Tabla 15. Características sociodemográficas, desglosadas por presencia o ausencia de trastorno mental	96
Tabla 16. Características clínicas de la muestra, desglosadas por presencia o ausencia de trastorno mental.....	110
Tabla 17. Datos recabados en los estudios II y III en comparación con aquellos usados en el primer estudio.....	113
Tabla 18. Ítems presentes en SWEMWBS con las opciones de respuesta y su correspondiente puntuación	114
Tabla 19. Prevalencia de ACEs, desglosadas por presencia o ausencia de trastorno mental.....	119
Tabla 20. Prevalencia de ACEs, desglosadas por presencia o ausencia de trastorno mental y género.....	121
Tabla 21. Estadísticos del Análisis de Clases Latentes para la elección del mejor modelo.....	122
Tabla 22. Prevalencia de ACEs, desglosadas por clase	125
Tabla 23. Características sociodemográficas de la muestra, desglosadas por clase .	129
Tabla 24. El efecto de la clase de ACEs, la edad, la orientación sexual y el trastorno mental en el bienestar mental de los estudiantes universitarios.....	132

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mecanismos a través de los cuales las ACEs influyen en la salud y el bienestar a lo largo de la vida.	16
Figura 2. Interrelación entre la acumulación de ACEs en la infancia, su efecto en las nuevas victimizaciones y el impacto de ambos fenómenos en la salud de las personas.....	32
Figura 3. Representación visual donde se muestran las asociaciones entre ACEs.....	36
Figura 4. Diagrama basado en el modelo biopsicosocial de Engel (1977).....	40
Figura 5. Distinción entre los aspectos básicos del trastorno mental y del bienestar mental, ambos dentro de la definición de salud mental.....	41
Figura 6. Figura de elaboración propia donde se muestra la puntuación media de WEMWBS en adultos (ajustada por edad) según el número de ACEs y el género.....	47
Figura 7. Esquema del proceso de investigación llevado a cabo a través de los objetivos establecidos para cada estudio, enmarcados dentro del objetivo principal de esta tesis.....	55
Figura 8. Distribución de los hombres de la muestra muestra según la edad.....	67
Figura 9. Distribución de las mujeres de la muestra muestra según la edad.....	67
Figura 10. Distribución de la muestra según la orientación sexual reportada.....	69
Figura 11. Tipos de soporte basados en los criterios del Departamento de Derechos Sociales de la Generalitat de Catalunya.....	70
Figura 12. Distribución de la muestra por tipo de soporte.....	71
Figura 13. Prevalencia de consumo de sustancias tóxicas según el tipo de droga en relación con el total de la muestra.....	72
Figura 14. Frecuencia de la ideación suicida reportada por los participantes, desglosada por género.....	73
Figura 15. Frecuencia de la conducta suicida reportada por los participantes, desglosada por género.....	74
Figura 16. Criterios de inclusión y exclusión para la selección de la muestra del Estudio I.....	78
Figura 17. Distribución de los hombres de la muestra según la edad.....	94
Figura 18. Distribución de las mujeres de la muestra según la edad.....	95
Figura 19. Distribución de la muestra según la orientación sexual reportada.....	97
Figura 20. Distribución de la muestra por tipo de trastorno mental reportado.....	99
Figura 21. Distribución de hombres y mujeres por tipo de trastorno mental reportado.....	100
Figura 22. Prevalencia de estudiantes sin trastorno y con trastorno desglosado por género.....	101
Figura 23. Prevalencia de consumo de sustancias tóxicas según el tipo de droga en relación con el total de estudiantes.....	102
Figura 24. Frecuencia de la ideación suicida reportada por los estudiantes, desglosada por género.....	103

Figura 25. Frecuencia de la conducta suicida reportada por los estudiantes, desglosada por género.....	104
Figura 26. Prevalencia de consumo de sustancias tóxicas según el tipo de droga en estudiantes con trastorno mental.....	106
Figura 27. Frecuencia de la ideación suicida reportada por los estudiantes, desglosada por la presencia o ausencia de trastorno mental.....	107
Figura 28. Frecuencia de la conducta suicida reportada por los estudiantes, desglosada por la presencia o ausencia de trastorno mental.....	108
Figura 29. Prevalencia de ideación y conducta suicida, desglosada por la presencia o ausencia de trastorno mental.....	109
Figura 30. Distribución de la muestra según la disciplina de su grado universitario	111
Figura 31. Distribución de la muestra según la clase asignada a través del LCA	123
Figura 32. Probabilidades de ítem-respuesta para cada clase	127

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo principal estudiar el efecto de las Experiencias Adversas en la Infancia (ACEs, por sus siglas en inglés) en la salud mental. Para ello, en primer lugar, se ha estudiado la prevalencia de ACEs en una muestra de personas adultas con trastorno mental grave. En un segundo lugar, y con el objetivo de conocer si existen diferencias significativas en las prevalencias de estas experiencias en personas con y sin trastorno, se ha realizado un estudio comparando las ACEs de jóvenes estudiantes universitarios. En último lugar, se ha realizado un estudio para observar el impacto de ACEs en el bienestar mental autoreportado.

Por lo que respecta a los participantes, la muestra del Estudio I se compone de 74 personas, 32 hombres (43,2%) y 42 mujeres (56,8%) con un trastorno mental grave de la ciudad de Barcelona, los cuales, en su mayoría, están vinculadas a un Centro de Salud Mental para Adultos y cuentan con el certificado de discapacidad. Las personas participantes tienen edades comprendidas entre los 21 y los 68 años, con una edad promedio de 42,03 años ($DE = 9,60$). Para los Estudios II y III se ha contado con una muestra de 1.023 estudiantes universitarios, con una proporción de hombres del 28,4% y mujeres del 71,6%, y edades comprendidas entre los 18 y los 64 años ($M = 20,10$, $DE = 3,93$).

Se ha usado el *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire* (ACE-IQ, por sus siglas en inglés) (Felitti et al., 1998) para medir las adversidades vividas durante la infancia. Los datos demográficos se han recabado a través de un cuestionario desarrollado *ad hoc* para la investigación, mientras que los datos clínicos sobre la salud física y mental general se han obtenido a través de preguntas desarrolladas en base al cuestionario usado en el estudio *ACE* de la universidad de Liverpool John Moores University (Ford et al., 2016), así como también en base al *Traumatic Life Events Questionnaire* (TLEQ por sus siglas en inglés) (Kubany et al., 2000). Por otro lado, para medir el nivel de bienestar mental de forma autoreportada por parte de los estudiantes se ha usado la *Short Edinburgh-Warwick Mental Well-being Scale* o Escala de Bienestar Mental de Edimburgo-Warwick Corta (SWEMWBS, por sus siglas en inglés).

Para comparar las prevalencias entre diferentes grupos se ha empleado el estadístico Chi cuadrado y la medida de la Odds Ratio (*OR*) junto con su correspondiente intervalo de confianza (IC) y se ha establecido la significancia estadística en un nivel de $p < ,05$. Para observar el impacto de las ACEs en el bienestar mental de los estudiantes, se ha realizado una

regresión lineal múltiple y jerárquica y se han usado, como variables de control, la edad, la orientación sexual, el país de origen y la presencia de trastorno mental.

Los resultados de los estudios muestran que las personas con trastorno mental presentan altas prevalencias de ACEs, especialmente de las formas más graves. En adultos con trastorno mental grave, el abuso físico ha sido reportado por más del 50%, y, el abuso sexual, por más de uno de cada tres participantes, teniendo las mujeres seis veces más probabilidad de haber sufrido abuso sexual infantil con contacto físico que los hombres ($OR = 6,36$; IC 95%: 1,89-21,34). Cuando se han llevado a cabo comparaciones entre grupos de estudiantes con y sin trastorno mental, se ha visto que aquellos con trastorno tienen casi cuatro veces más probabilidades de haber sufrido cualquier ACE en comparación con aquellos sin trastorno mental ($OR = 3,83$; IC 95%: 1,66-8,88). En cuanto al impacto de las ACEs en el bienestar mental de los estudiantes, el análisis ha mostrado que tener un diagnóstico de trastorno mental es el predictor más fuerte de niveles más bajos de bienestar ($\beta = -,635$, $t(1015) = -6,49$, $p < ,001$), seguido de haber sufrido un alto número de ACEs ($\beta = -,454$, $t(1015) = -3,59$, $p < ,001$) o haber sufrido victimización física en el hogar y victimización por parte de iguales ($\beta = -,429$, $t(1015) = -6,16$, $p < ,001$).

Se concluye que haber vivido experiencias de victimización en la infancia es algo común en la vida de las personas con trastorno mental, apoyando la idea de que las ACEs pueden ser factores sociales de peso que contribuyen al desarrollo de trastornos mentales en la edad adulta. Además, también se ha visto que tener un trastorno mental predice niveles más bajos de bienestar mental, por lo que se subraya la necesidad de promover la comprensión y el apoyo hacia aquellos que luchan con problemas de salud mental.

Esta investigación busca guiar a los profesionales de la salud hacia una intervención más integral y adecuada, a la vez que aporta datos para la comprensión del origen y el desarrollo de las enfermedades mentales.

ABSTRACT

The present research aims to study the effect of Adverse Childhood Experiences (ACEs) on mental health. Firstly, the prevalence of ACEs has been studied in a sample of adults with severe mental disorders. Secondly, to determine if there are significant differences in the prevalence of these experiences in individuals with and without mental disorders, a study comparing ACEs among young university students has been conducted. Lastly, a study has been carried out to observe the impact of ACEs on self-reported mental well-being.

Regarding the participants, the sample for Study I consists of 74 individuals, 32 males (43.2%) and 42 females (56.8%), with severe mental disorders from the city of Barcelona, most of whom are linked to an Adult Mental Health Center and have a disability certificate. The participants' ages range from 21 to 68 years, with an average age of 42.03 years ($SD = 9.60$). For Studies II and III, a sample of 1,023 university students has been used, with a male proportion of 28.4% and female proportion of 71.6%, and ages ranging from 18 to 64 years ($M = 20.10$, $SD = 3.93$).

The Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ) (Felitti et al., 1998) has been used to measure adversities experienced during childhood. Demographic data were collected through a questionnaire developed *ad hoc* for the research, while clinical data on general physical and mental health were obtained through questions developed based on the questionnaire used in the ACE study at Liverpool John Moores University (Ford et al., 2016), as well as based on the Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ) (Kubany et al., 2000). Furthermore, to measure students' self-reported level of mental well-being, the Short Edinburgh-Warwick Mental Well-being Scale (SWEMWBS) has been used.

To compare prevalence rates between different groups, the Chi-square statistic and Odds Ratio (*OR*) along with its corresponding confidence interval (*CI*) were employed, with statistical significance set at $p < .05$. To observe the impact of ACEs on students' mental well-being, a multiple and hierarchical linear regression was performed, with age, sexual orientation, country of origin, and presence of mental disorder used as control variables.

The results of the studies show that individuals with mental disorders exhibit high prevalence rates of ACEs, especially the more severe forms. In adults with severe mental disorders, physical abuse has been reported by over 50%, and sexual abuse by more than one in three participants, with women being six times more likely to have experienced physical contact sexual abuse in childhood than men ($OR = 6.36$, 95% *CI* [1.89, 21.34]). When

comparisons were made between groups of students with and without mental disorders, it was found that those with disorders are nearly four times more likely to have experienced any ACE compared to those without mental disorders ($OR = 3.83$, 95% CI [1.66,8.88]). As for the impact of ACEs on students' mental well-being, the analysis showed that having a mental disorder diagnosis is the strongest predictor of lower levels of well-being ($\beta = -0.635$, $t(1015) = -6.49$, $p < .001$), followed by experiencing a high number of ACEs ($\beta = -0.454$, $t(1015) = -3.59$, $p < .001$), or experiencing physical victimization at home and victimization by peers ($\beta = -0.429$, $t(1015) = -6.16$, $p < .001$).

It is concluded that experiencing victimization in childhood is common in the lives of individuals with mental disorders, supporting the idea that ACEs can be significant social factors contributing to the development of mental disorders in adulthood. Additionally, it has also been observed that having a mental disorder predicts lower levels of mental well-being, emphasizing the need to promote understanding and support for those struggling with mental health issues.

This research aims to guide healthcare professionals towards a more comprehensive and appropriate intervention, while also providing insights for understanding the origin and development of mental illnesses.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Experiencias Adversas en la Infancia (ACEs)

Una de las primeras personas en estudiar el impacto que tienen las experiencias adversas en la salud de las personas fue el Dr. Vincent Felitti, director del Instituto de Medicina Preventiva de California. A raíz de un caso de obesidad grave en una mujer que había sufrido abusos sexuales durante su infancia, el autor inició una investigación pionera sobre las experiencias adversas y su influencia en la salud de las personas adultas, cuyos resultados tuvieron un gran impacto tanto en el campo de la victimización infantil como en el de la medicina (Felitti, 2010).

Las experiencias adversas en la infancia (a partir de ahora ACEs, por sus siglas en inglés), fueron definidas por Felitti como “experiencias de abuso infantil y disfunción doméstica” (Felitti et al., 1998). Con esta definición el autor no sólo incluyó las formas de violencia estudiadas más frecuentemente (como el abuso físico o sexual), sino que también tuvo en cuenta aquellas dinámicas negativas dentro de un hogar que pueden afectar a la salud emocional y el bienestar de sus miembros como, por ejemplo, convivir con un familiar con problemas de consumo drogas o alcoholismo.

De esta forma, en su publicación de 1998, Felitti y sus colaboradores investigaron cómo todas estas formas de adversidad tenían un impacto a largo plazo en la salud de las personas adultas. En el estudio, aquellos que experimentaron cuatro o más categorías de ACEs presentaban mayor riesgo de tener problemas de alcoholismo, abuso de drogas, depresión y comportamiento suicida, entre otros. Además, las ACEs se relacionaron con la presencia de diversas enfermedades en la edad adulta, como problemas cardíacos, cáncer, o enfermedad hepática.

La investigación de Felitti et al. (1998) demostró que las ACEs están vinculadas tanto a problemas emocionales como a enfermedades físicas que, en muchos casos, tienen como consecuencia la muerte del paciente, encontrando una relación entre la adversidad en la infancia y la mortalidad en la edad adulta (ver Figura 1).

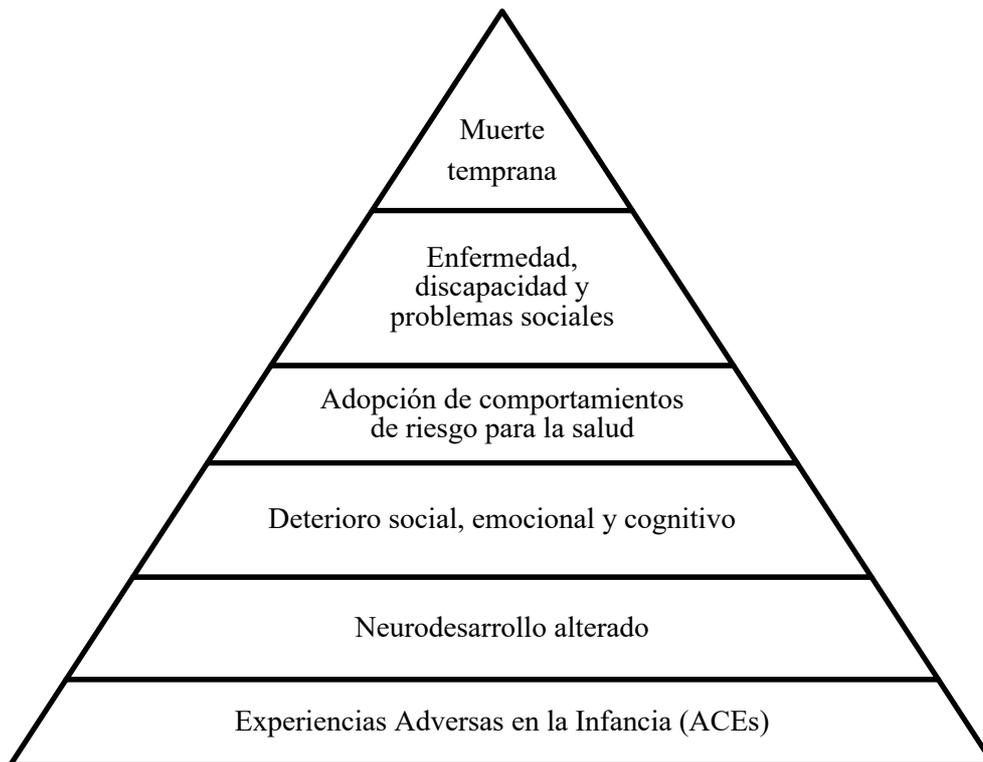


Figura 1. Mecanismos a través de los cuales las ACEs influyen en la salud y el bienestar a lo largo de la vida.

Nota. Figura basada en los *Datos de la Encuesta del Estudio ACE* [datos no publicados] del Centro de Control y Prevención de Enfermedades y el centro de salud Kaiser Permanente de Estados Unidos (Centers for Disease Control and Prevention y Kaiser Permanente, 2016)¹.

La publicación fue una piedra angular en la investigación del ámbito del maltrato infantil y, a partir de estos hallazgos, centenares de investigadores en todo el mundo han continuado estudiando el efecto de las ACEs en la salud de las personas.

¹ El estudio *Datos de la Encuesta del Estudio ACE* fue una de las mayores investigaciones sobre ACEs realizadas en el mundo. El estudio se llevó a cabo entre 1995 y 1997, a través dos olas de recolección de datos y participaron más de 17.000 profesionales de la salud (Centers for Disease Control and Prevention y Kaiser Permanente, 2016).

1.1.1 Definición y Prevalencia de las ACEs

Las ACEs incluyen diversos tipos de adversidades como la violencia en el hogar, la falta de cuidados o negligencia, la victimización por parte de iguales, la violencia en la comunidad y la violencia colectiva. Aunque pueden incluirse muchas otras formas de violencia en la infancia (tal y como otros autores referentes en el ámbito han hecho posteriormente, como por ejemplo Finkelhor, 2007), el cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (en inglés, *Adverse Childhood Experiences Questionnaire* o ACE-Q) desde su inicio se limitó a una corta batería de preguntas. Como se muestra en el Anexo I, la primera versión del ACE-Q incluyó únicamente, siete categorías de ACEs. A día de hoy, la versión más difundida del ACE-Q incluye 10 categorías donde se mide el abuso emocional, el abuso físico, el abuso sexual, la negligencia emocional, la negligencia física, haber crecido con un solo progenitor biológico o ninguno, ser testigo de violencia en el hogar, crecer con la presencia de abuso de alcohol y/o drogas en el hogar, crecer con un miembro del hogar encarcelado y crecer con alguien en el hogar con depresión crónica, trastorno mental o tendencias suicidas (Tabla 1). La versión utilizada en esta tesis es la del cuestionario para su uso internacional o ACE-IQ, que también incluye la victimización por parte de iguales, la violencia comunitaria y la violencia colectiva.

Tabla 1. Categorías de los cuestionarios ACE-Q y del ACE-IQ

ACE - Q	ACE -IQ
1. Abuso físico	1. Abuso físico
2. Abuso emocional	2. Abuso emocional
3. Abuso sexual	3. Abuso sexual
4. Negligencia emocional	4. Negligencia emocional
5. Negligencia física	5. Negligencia física
6. Un solo progenitor biológico o ninguno	6. Un solo progenitor biológico o ninguno
7. Exposición a la violencia en el hogar	7. Exposición a la violencia en el hogar
8. Crecer con la presencia de abuso de alcohol y/o drogas en el hogar	8. Crecer con la presencia de abuso de alcohol y/o drogas en el hogar
9. Crecer con un miembro del hogar encarcelado	9. Crecer con un miembro del hogar encarcelado
10. Crecer con alguien en el hogar con depresión crónica, trastorno mental, institucionalizado o con tendencias suicidas	10. Crecer con alguien en el hogar con depresión crónica, trastorno mental, institucionalizado o con tendencias suicidas
	11. Victimización por iguales
	12. Violencia comunitaria
	13. Violencia colectiva

El **abuso emocional** ha sido definido como la forma de victimización infantil más frecuente alrededor del mundo (Hogg et al., 2023). No obstante, este tipo de ACE ha sido estudiada en menor medida que el abuso físico o sexual por dos motivos principales: la enorme dificultad para llegar a una definición consensuada de qué es el abuso emocional y la falsa creencia, a día de hoy refutada, de que el abuso emocional no tiene consecuencias negativas para el desarrollo de la infancia (Norman et al., 2012). Además, a diferencia del abuso físico o sexual, la naturaleza del abuso emocional puede variar enormemente, pudiendo ir desde proferir insultos hasta ridiculizar al niño o niña (Stoltenborgh et al., 2012), así como también restringir sus movimientos, menospreciar, amenazar, denigrar, asustar o discriminar (WHO, 1999), lo que puede dificultar encontrar una definición global para este fenómeno. A su vez, para poder considerarlo como una forma dañina de abuso infantil, el abuso emocional tiene que darse de forma repetida en el tiempo (Iwaniec et al., 2006), algo que a menudo es difícil de identificar, sobre todo cuando éste ocurre dentro del hogar.

En 2012, Stoltenborgh y sus colaboradores llevaron a cabo una investigación metaanalítica con el objetivo de descubrir la prevalencia global de esta forma de victimización y mostraron una prevalencia mundial del 36,3%. No se observó una variación en las prevalencias dependiendo del contexto cultural dónde se llevaron a cabo los estudios, ni entre géneros, concluyendo que el abuso emocional es un problema a nivel global². En España, algunos estudios nacionales también han encontrado que el abuso emocional es la forma de victimización más reportada, con una prevalencia del 49,1% en adultos (Martín-Higarza et al., 2020). Otros trabajos llevados a cabo con adolescentes muestran una prevalencia inferior, que se sitúa entre un 17,3% y un 25,0% (Pereda et al., 2014; García y De Paúl Ochotorena, 2017).

Por lo que respecta al **abuso físico**, éste se define como infligir daño o dolor a un niño, niña o adolescente, por parte de un adulto cercano, pudiendo involucrar golpear, dar bofetadas, dar patadas, puñetazos o usar objetos como palos, botellas, cuchillos, látigos, cigarrillos encendidos, entre otros, con la intención de causar daño físico (WHO, 2018). Estudios de metaanálisis han encontrado una prevalencia de un 22,6% en población general (Stoltenborgh et al., 2015) y, tal y como sucede en el abuso emocional, no reportan diferencias entre géneros ni entre contextos culturales. No obstante, en otras investigaciones

² Un dato relevante fue que, en contra de lo esperado, aquellos estudios que formulaban más preguntas para saber si la persona había sufrido abuso emocional no presentaban prevalencias significativamente más altas que aquellos estudios que contaban con menos ítems para recabar esta información.

sí se encuentran prevalencias dispares en función del área geográfica estudiada (Lansford et al., 2015), incluso dentro de un mismo país (Ji y Finkelhor, 2015). Además, las investigaciones apuntan que el grado de aceptación y normalización del castigo corporal en una comunidad puede influir en las prevalencias de esta forma de victimización, poniendo en relieve la importancia de la educación y la prevención del abuso a nivel comunitario (Lansford et al., 2015).

En España, las investigaciones que han usado el cuestionario ACE en la población adulta encuentran una prevalencia de abuso físico del 39,6% (Martín-Higarza et al., 2020). No obstante, cuando se pregunta directamente a los padres, esta prevalencia aumenta. En 2007, se realizó un estudio donde se entrevistó a 1.000 padres españoles. El 55,0% admitió haber dado una bofetada "leve" en la cara a sus hijos, el 80,0% en las nalgas, el 31,0% una bofetada "fuerte" en la cara y el 6,7% haber golpeado a sus hijos con un objeto (Bussmann et al., 2012).

En cuanto al **abuso sexual**, éste se define como actos sexuales tanto con contacto físico como sin contacto entre un niño, niña o adolescente y alguien (adulto o no) que se encuentra en una posición de poder o autoridad respecto al menor, lo que imposibilita que el menor pueda dar un consentimiento válido (Finkelhor, 2007; Kempe, 1978). El abuso sexual siempre implica una coerción – que no tiene porqué ser física –, una asimetría de poder (Finkelhor y Hotaling, 1984) y, a menudo, una falta de comprensión por parte del menor sobre lo que sucede, algo que también impide el consentimiento válido de éste (Kempe, 1978).

En el metaanálisis de Stoltenborgh et al. (2011) se muestra una prevalencia del abuso sexual infantil del 12,7% en la población general, siendo superior en mujeres que en hombres (18,0% y 7,6% respectivamente). El Consejo de Europa, desde hace años, ha establecido que a nivel europeo uno de cada cinco niños es víctima de abusos sexuales antes de los 18 años (Council of Europe, 2007).

En España, los datos encontrados han sido similares a las investigaciones internacionales. En 1995, el estudio de Félix López et al. encontró una prevalencia de abusos sexuales antes de los 17 años del 15,0% en hombres y el 22,0% en mujeres. En 2023, Pineda et al. encontraron una prevalencia del 9,2% para los hombres y del 22,4% para las mujeres, mientras que otros estudios nacionales también hablan de una prevalencia de alrededor del 20% en el total de la población (Martín-Higarza et al., 2020). El estudio de Ferragut et al.

(2022) observa tasas de prevalencia que varían entre el 2,8% y el 18,5%, aunque indican que éstas varían dependiendo del tipo de abuso reportado.

Por lo que respecta a la **negligencia emocional** y la **negligencia física**, éstas tampoco han sido estudiadas hasta tiempos relativamente recientes y, aun siendo hoy en día formas de victimización reconocidas, continúan recibiendo muy poca atención académica (Stoltenborgh et al., 2013). De hecho, en la primera versión del ACE-Q del 1998 no se preguntó por experiencias de negligencia (Felitti et al., 1998).

La negligencia no supone una acción directa, sino que el daño se produce a través de la ausencia de acción. La negligencia emocional consiste en no satisfacer las necesidades emocionales de los niños, niñas o adolescentes, por ejemplo, a través de ignorar sus peticiones, como no darles afecto ni atención o no poner límites a los comportamientos inadecuados de los menores, mientras que la negligencia física hace referencia a la falta de atención a las necesidades físicas básicas, y se puede dar, por ejemplo, no acudiendo al médico cuando el menor lo necesita, no proporcionándole ropa de abrigo o comida, o no asegurando que vaya a la escuela (Dubowitz et al., 1993).

En cuanto a la prevalencia de la negligencia física y emocional, el metaanálisis de Stoltenborgh et al. (2013) muestra que la primera afecta al 16,3% de la población y la segunda al 18,4%, sin diferencias de género significativas. En cuanto a la diferencia por países, los autores apuntan que no hay suficientes investigaciones para llegar a datos concluyentes sobre los aspectos sociodemográficos de ambas victimizaciones.

En España, una investigación realizada con el cuestionario ACE encontró una prevalencia menor de negligencia física (11,8%), pero bastante más elevada de negligencia emocional (47,3%) (Martín-Higarza et al., 2020), algo que se ha visto en otras investigaciones realizadas en países europeos (McGavock y Spratt, 2017; Wiehn et al., 2018), donde la mayoría de población infantil acostumbra a tener cubiertas las necesidades físicas básicas. Posiblemente, el bajo porcentaje de negligencia física encontrado en países europeos puede explicarse a través de las conclusiones del estudio de Klevens et al. (2018), el cual encontró que el número de hijos en el hogar, el trabajo infantil y la desigualdad de género se asocian positivamente con la negligencia física, mientras que la alfabetización femenina y el Índice de Desarrollo Humano (IDH) se relacionan negativamente con esta problemática. El ranking del IDH clasifica a los países según tres aspectos importantes: la salud y esperanza de vida de sus ciudadanos, su nivel de educación y el nivel de vida que pueden tener, y España

se ubica en una buena posición, ocupando el puesto número 27 del ranking (Human Development Reports, 2023). Así pues, es posible que en España no se encuentren prevalencias tan elevadas de este tipo de ACE porque es un país donde estas necesidades están cubiertas a nivel generalizado gracias a los servicios públicos y a una supervisión adecuada de las instituciones encargadas de la protección de la infancia.

Por lo que respecta a **crecer en un hogar disfuncional**, su definición puede variar enormemente, incluyendo, por ejemplo, aspectos relacionados con las capacidades parentales o las dificultades en el vínculo (O'Shea Brown, 2021). No obstante, en los trabajos que usan el cuestionario ACE como herramienta, se consideran cinco situaciones de adversidad: a) crecer con un solo progenitor biológico o ninguno; b) ser testigo de violencia en el hogar de un miembro hacia otro miembro; c) convivir con un miembro con problemas de drogas y/o alcoholismo; d) convivir con alguien en el hogar con depresión crónica, trastorno mental, institucionalizado o con tendencias suicidas; y e) que un miembro del hogar esté encarcelado. Una investigación realizada en Estados Unidos con una muestra de 17.337 adultos encontró que entre un 17% un 26% había vivido con un solo progenitor en la infancia, con un miembro con problemas de drogas y/o alcoholismo o con alguien con un trastorno mental (Dong et al., 2003). Tener un miembro del hogar encarcelado fue reportado en mucha menor frecuencia (4,7%) mientras que un 12,7% fueron testigos de violencia física hacia su madre. En una investigación nacional alemana con 2.531 personas, también se encontró una baja prevalencia de personas que habían crecido con un miembro del hogar encarcelado (3,5%), mientras que entre un 10% y un 20% habían vivido con un solo progenitor en la infancia, con un miembro con problemas de drogas y/o alcoholismo o con alguien con un trastorno mental (Witt et al., 2019).

En España, la investigación de Martín-Higarza et al. (2020) encontró que el 39,6% había crecido con un solo progenitor, el 26,0% había presenciado violencia doméstica, el 43,8% ha vivido con un miembro con problemas de abuso de sustancias en el hogar, el 42,0% ha convivido con un familiar con algún trastorno mental o tendencias suicidas, y el 11,8% ha tenido un miembro de la familia encarcelado, unas prevalencias significativamente superiores respecto a los estudios realizados en otros países.

La **victimización por iguales**, a diferencia de otras formas de victimización, ha sido ampliamente estudiada alrededor del mundo. Usualmente, sin embargo, los estudios se han enfocado en una forma muy concreta de victimización por iguales: el acoso escolar o

bullying. Sin embargo, la definición de victimización por iguales empleada en esta tesis refiere a la experimentación de maltrato o acoso por parte de personas de la misma edad de la víctima, incluyendo hermanos o hermanas, una forma más amplia de entender la victimización por pares, que incluye también el acoso escolar (Finkelhor et al., 2012)³.

En relación a su prevalencia, la mayoría de metaanálisis internacionales se han llevado a cabo usando la definición de acoso escolar, no victimización por iguales. Un metaanálisis en el que se revisaron 80 estudios realizados con adolescentes encontró una prevalencia de acoso escolar del 35,0% (Modecki et al., 2014) mientras que, en otro metaanálisis en Australia, la prevalencia encontrada fue del 25,1% (Jadambaa et al., 2019). En un metaanálisis sobre la prevalencia del acoso escolar en Latinoamérica se encontró una prevalencia des del 4,6% al 50,0% (Mollo et al., 2018), coincidiendo con las conclusiones del informe *Bullying: Perspectives, Practice And Insights* del Consejo de Europa, el cual afirma que la prevalencia de bullying varía enormemente entre países y rangos de edad, por lo que es muy complicado establecer un porcentaje específico (Richardson et al., 2017).

En España, una investigación longitudinal sobre la epidemiología de la victimización por parte de iguales con adolescentes de entre 12 y 18 años ($N = 1.155$) encontró una prevalencia acumulada del 48,5% a lo largo de las tres olas de recogida de datos, siendo un 8,0% de las víctimas estables durante los 13 meses que duró el estudio (González-Cabrera et al., 2021).

En cuanto a la **violencia comunitaria**, ésta puede darse a través de la exposición a actos violentos dentro de una comunidad o vecindario y abarca, también, presenciar de manera regular agresiones o atracos, así como apuñalamientos, disparos o amenazas con armas. En Estados Unidos, una investigación encontró que el 95,6% de la muestra había vivido alguna situación de violencia comunitaria, y describía al país como “uno de los más peligrosos del mundo” (Scarpa, 2003). No obstante, la definición de violencia comunitaria de esa investigación abarcaba también otros tipos de violencia interpersonal, como agresiones sexuales o agresiones físicas, mientras que en la presente tesis la violencia comunitaria se ha concretado en la exposición visual a estas situaciones, y no en la vivencia propia de ellas.

³ En el cuestionario internacional la pregunta para indagar sobre esta ACE es: “Were you bullied?”, mientras que, en el cuestionario adaptado utilizado en esta tesis, la pregunta fue: “Durante tu infancia, ¿alguna vez te sentiste realmente mal porque otros/as personas, de edad similar a la tuya, incluyendo hermanos o hermanas, te insultaran, te amenazaran, te humillaran, te dejaran de lado, te agredieran físicamente o dijeran cosas malas de ti?”. En el primer estudio de esta tesis, además, se añadió también una pregunta para saber qué tipo de conducta sufrida fue la más frecuente.

En España, en un estudio con estudiantes españoles se encontró que el 62,7% de estos reportaba haber estado expuesto a violencia comunitaria (Kaminer et al., 2022) pero, más allá de este dato, apenas existe investigación nacional realizada con el cuestionario ACE en la que se incluya esta pregunta. En cuanto a investigaciones españolas realizadas con otros instrumentos en población menor de edad ($M = 14,52$, $DE = 1,76$), se ha encontrado que la exposición a violencia comunitaria es más reportada por parte de los adolescentes de más edad (34,7%) y es entre 7 y 10 veces más común que la exposición a la violencia familiar (Pereda et al., 2014).

Finalmente, por lo que respecta a la **violencia colectiva**, ésta se distingue de la comunitaria porque ocurre en contextos o por parte de grupos organizados, como por ejemplo en situaciones de guerra o terrorismo. Ésta incluye haber sido golpeado por soldados, policías, milicias o pandillas. En España, no se ha encontrado ninguna investigación realizada con el cuestionario ACE en el que se pregunte respecto a la violencia colectiva. Es posible que sea porque hoy en día es uno de los países con menores niveles de conflictos organizados del mundo (Van Dijk et al., 2021) y se haya considerado innecesario incluir esta pregunta en el instrumento⁴.

⁴ Como se verá más adelante, en la presente tesis se han encontrado prevalencias moderadas de esta forma de violencia y se considera relevante el uso de este ítem a la hora de implementar el cuestionario en futuras investigaciones.

1.1.2. Prevalencia de ACEs en Personas con Trastorno Mental

Las personas con trastorno mental reportan prevalencias de victimización significativamente mayores que el resto de la población. A nivel internacional, estudios realizados en este colectivo revelan una alta prevalencia abuso sexual y abuso físico en la infancia (Meade et al., 2009; Muenzenmaier et al., 2014; Subica, 2013; Yu et al., 2021) y estudios metaanalíticos han concluido que las personas diagnosticadas con trastornos mentales graves⁵, como psicosis o esquizofrenia, tienen tres veces más probabilidades de haber experimentado adversidades durante la infancia en comparación con la población general (Matheson et al., 2013; Varese et al., 2012). Literatura reciente, incluyendo metaanálisis internacionales, evidencian la asociación entre presentar un trastorno mental grave y haber sufrido experiencias de victimización, tanto en la infancia (normalmente, anteriores al diagnóstico) como en la edad adulta (normalmente, posteriores al diagnóstico) (Bilek et al., 2019; Khalifeh et al., 2016; Maniglio, 2009; McKay et al., 2021).

En España encontramos que aquellas investigaciones que abordan esta relación acostumbra a centrarse en una sola forma de adversidad o en un colectivo específico (Blanco et al., 2022; Sánchez et al., 2017; Villacampa y Pujols, 2017; Villora et al., 2021; Yubero et al., 2021). En consecuencia, la investigación con personas con trastorno mental a nivel nacional es muy limitada. Es probable que el motivo principal de esta ausencia de estudios españoles sea la dificultad que existe a la hora de obtener muestras con personas con trastorno mental, sobre todo cuando se investiga en personas con trastorno mental grave (Schuster et al., 2021). Sin embargo, existen algunos ejemplos concretos de estudios con muestras clínicas que han realizado grandes aportes a este ámbito de investigación.

En 2015 se llevó a cabo una investigación en Cataluña con pacientes adolescentes de Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) de entre 12 y 17 años. Este estudio encontró que el 99,3% de los participantes había experimentado algún tipo de victimización a lo largo de su vida y el 84,6% había sufrido al menos una experiencia traumática en el último año. Además, casi la mitad de los participantes habían sido víctimas de algún tipo de abuso

⁵ La definición de trastorno mental grave adoptada en esta investigación combina tanto el diagnóstico clínico de esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad y depresión mayor, como la afectación que tiene dicho trastorno en la vida de la persona, sin perjuicio que puedan incluirse otros trastornos no mencionados aquí pero que supongan un gran impacto para la persona. Cabe decir, no obstante, que sólo se han considerado personas con trastorno mental grave aquellas que han participado en el primer estudio de esta tesis. Para más información sobre el perfil de las personas participantes, consultar el apartado 4.2. *Participantes*.

en el seno familiar, siendo el abuso psicológico o emocional el más común (39,0%), seguido de la violencia física, que afectaba al 25,0% de la muestra (Pereda et al., 2015).

En 2011, el estudio realizado por Álvarez y su equipo mostró que alrededor del 50% de los pacientes que padecían trastornos mentales graves (esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno esquizoafectivo) habían sido víctimas de abuso físico, sexual o psicológico o habían presenciado actos violentos durante su infancia⁶. Además, encontraron que aquellas personas que habían sufrido algún trauma en la infancia, en comparación con aquellas que no lo habían hecho, presentaban más dificultades relacionadas con su trastorno, como un inicio de síntomas más temprano, un mayor número de hospitalizaciones y más intentos de suicidio. Por otro lado, en el estudio de Álvarez et al. (2023) se encontró una prevalencia de abuso físico del 28,9%, y una prevalencia de abuso sexual del 40,0%, unos datos muy superiores a los vistos anteriormente en población general.

El estudio de Hernández et al. (2012), realizado con una muestra de 109 pacientes del Hospital Psiquiátrico Universitario Instituto Pere Mata, encontró una correlación estadística entre cumplir con los criterios de diagnóstico del trastorno límite de la personalidad y haber experimentado niveles más altos de abuso emocional y sexual en comparación con pacientes sin ningún trastorno de personalidad, algo que se ha visto en otras investigaciones, como la revisión sistemática de González Marín et al. (2023), en la cual se concluye que existen pruebas de que las ACEs son un factor de riesgo en el desarrollo del trastorno límite de la personalidad.

Por otro lado, en el estudio de Garcia et al. (2016), también realizado en España y en el cual participaron 79 individuos con un trastorno psicótico y 59 sujetos sin trastorno, se vio que los primeros presentaban un mayor número de experiencias de victimización infantil. Además, observaron que los síntomas psicopatológicos correlacionaban de manera significativa con las puntuaciones del Cuestionario de Trauma Infantil, aunque solo en el caso de las mujeres.

Por otro lado, en otra investigación realizada en España con mujeres con trastornos mentales se encontró que las mujeres que habían sufrido abuso emocional, abuso sexual, negligencia emocional, negligencia física o habían convivido con alguien que tenía un trastorno mental en su hogar, experimentaban síntomas psicológicos más intensos y

⁶ En esta investigación usaron el Cuestionario de Eventos Traumáticos de Vida o *Traumatic Life Events Questionnaire* (TLEQ, por sus siglas en inglés).

extendidos (Fontanil et al., 2021). No obstante, a pesar de los estudios presentado, existe una notable escasez de investigaciones nacionales que aborden específicamente las tasas de ACEs en el contexto de las personas con trastorno mental.

Para proporcionar una visión general de los datos disponibles en España, se ha elaborado la Tabla 2, que presenta las prevalencias de diversas ACEs identificadas por estudios realizados en España en muestras de individuos con trastornos mentales.

Tal y como se muestra en la tabla, las prevalencias en las ACEs que presentan las personas con trastorno mental son mucho más elevadas que aquellas vistas anteriormente en la población general. Algunos ejemplos de esto son el abuso físico y el abuso emocional. En el primer caso, las investigaciones coinciden en que alrededor de una de cada tres personas con trastorno mental en España reporta haber sufrido abuso físico en la infancia. En cuanto al abuso emocional, estas prevalencias son aún mayores, oscilando des de un 26,1% hasta un 66,7%. Sin embargo, aquella victimización que destaca especialmente es el abuso sexual, siendo reportado por más del 35% en dos de las tres investigaciones donde se ha preguntado por esta vivencia. Este dato coincide con otras investigaciones internacionales, donde se ven prevalencias similares, e incluso alcanzando el 50% en muestras de mujeres (Goodman et al., 2001; Goodman et al., 1997).

Tabla 2. Prevalencias ACEs y experiencias de victimización encontradas en investigaciones españolas realizadas con personas con trastorno mental

Estudio	Álvarez et al., 2012	Álvarez et al., 2023	Fontanil et al., 2021	González Cases et al., 2014	Ordóñez et al., 2014
Muestra	102 personas con esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno esquizoafectivo	45 personas con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo	207 mujeres con trastorno mental	142 mujeres con trastorno mental grave ^b	48 personas en tratamiento psiquiátrico ambulatorio con al menos un episodio psicótico en su vida
Edad Media	$M = 39,4$	$M = 41,1$	$M = 45,1$	$M = 50,9$	$M = 34,1$
% mujeres	47,1	44,0	100	100	35,4
Instrumento	TLEQ ^a	CTQ-SF ^c	ACE – Q	<i>Intimate Partner Violence towards Women Questionnaire</i>	EET ^d
Forma de ACE	%	%	%	%	%
<i>Abuso físico</i>	-	28,9	38,2	31,7	39,6
<i>Abuso emocional</i>	-	48,9	50,7	26,1	66,7
<i>Abuso sexual</i>	-	40,0	38,4	-	18,8
<i>H: uso indebido de sustancias</i>	-	-	40,6	-	-
<i>H: encarcelado</i>	-	-	15,0	-	-
<i>H: trastorno mental</i>	-	-	44,9	-	-
<i>Exposición a la violencia en el hogar</i>	-	-	28,5	-	-
<i>Uno o ningún padre</i>	-	-	42,5	-	-
<i>Negligencia emocional</i>	-	55,6	59,4	-	-
<i>Negligencia física</i>	-	46,7	13,5	-	54,1
<i>Cualquier ACE</i>	47,5	-	76,5	-	75,0

^a Cuestionario de Eventos Traumáticos de Vida o *Traumatic Life Events Questionnaire*.

^b Los requisitos para considerar que el trastorno era grave fueron tener: a) un diagnóstico psicótico (esquizofrenia, trastorno bipolar u otro trastorno psicótico) o un trastorno de la personalidad; b) de duración prolongada; y c) una discapacidad recurrente grave como resultado de un trastorno mental.

^c *Childhood Trauma Questionnaire, Short Form*.

^d Entrevista de Experiencias Traumáticas. Entrevista estructurada basada en la revisión de literatura nacional e internacional de autoinformes sobre experiencias traumáticas tempranas, desarrollada por los autores.

1.1.3. Prevalencia de las ACEs en Estudiantes Universitarios

En contra de la creencia generalizada de que los estudiantes universitarios no son una población victimizada, investigaciones realizadas alrededor del mundo han mostrado una alta prevalencia de ACEs en este colectivo (Ho et al., 2019; Karatekin y Ahluwalia, 2020; Khrapatina y Berman, 2017; Tran et al., 2015), refutando la idea de que las personas con educación superior han experimentado menos victimización durante la infancia que aquellas con niveles inferiores de educación formal (Khrapatina y Berman, 2017; Windle et al., 2018).

La investigación en España ha identificado de manera similar una alta prevalencia de adversidades infantiles entre los estudiantes universitarios (Aizpurua et al., 2021), aunque, en los estudios que comparan la prevalencia de ACEs entre estudiantes de diferentes países, las tasas entre los estudiantes españoles parecen ser significativamente más bajas en comparación con sus compañeros de otros lugares (Kaminer et al., 2022). Sin embargo, la cantidad de ACEs ha demostrado ser más determinante que el país de origen en la predicción de efectos adversos en la salud mental (Kaminer et al., 2022).

Por otro lado, si bien son escasas las investigaciones realizadas con el cuestionario ACE en España, sí que existen algunos ejemplos de estudios hechos con muestras de estudiantes universitarios europeos, por lo que se han podido recopilar los datos de ocho estudios realizados alrededor de Europa (ver Tabla 3), siendo uno de ellos una compilación de 10 estudios europeos realizados entre 2010 y 2016. No obstante, como se puede observar, existen discrepancias notables en las prevalencias observadas.

Tabla 3. Prevalencias de ACEs encontradas investigaciones realizadas con estudiantes universitarios europeos publicadas en los últimos seis años

País	Europa Central y del Este ^a	España	Inglaterra	Lituania	Irlanda del norte	República Checa	España	Alemania
Estudio	Hughes et al., 2019	Kaminer et al., 2022	Kaminer et al., 2022	Laurinaitytė et al., 2022	McGavock y Spratt, 2017	Velemínský et al., 2020	Villanueva y Gomis-Pomares, 2021 ^b	Wiehn et al., 2018
Muestra	14.661	471	319	393	765	1.760	490	1.466 ^a
Edad Media / Rango	18-25 años	No consta	No consta	18-25 años	<i>M</i> = 20,7	<i>M</i> = 20,4	<i>M</i> = 18,9	<i>M</i> = 24,1
% mujeres	60,6	70,7	80,3	80,7	72,2	71,4	62,4	80,1
Instrumento^c	ACE - Q	ACE - IQ	ACE - IQ	ACE - Q	ACE - Q	ACE - Q	ACE - Q	ACE - IQ
Forma de ACE	%	%	%	%	%	%	%	%
<i>Abuso físico</i>	16,3	31,1	40,8	48,9	11,5	17,1	16,3	3,9
<i>Abuso emocional</i>	8,7	61,9	66,1	68,4	20,6	20,7	8,8	19,6
<i>Abuso sexual</i>	4,0	16,2	14,8	10,7	5,9	6,4	10,0	12,3
<i>H: uso indebido de sustancias</i>	15,6	9,3	12,5	36,4	16,7	4,9	18,4	12,5
<i>H: encarcelado</i>	3,8	2,1	3,1	2,8	2,6	1,4	-	-
<i>H: trastorno mental</i>	11,4	8,5	26,3	35,4	30,1	13,4	4,7	32,1
<i>Exposición a la violencia en el hogar</i>	10,1	51,5	73,3	31,3	5,7	22,1	2,6	34,0
<i>Uno o ningún padre</i>	17,0	21,9	33,1	28,5	22,8	23,0	26,1	18,5
<i>Negligencia emocional</i>	-	19,3	6,3	64,9	20,2	-	10,9	19,1
<i>Negligencia física</i>	-	19,1	23,6	13,5	2,9	-	6,7	4,6
<i>Victimización por iguales</i>	-	40,1	54,2	-	25,4	-	-	20,8
<i>Violencia comunitaria</i>	-	62,7	53,3	-	-	-	-	-
<i>Violencia colectiva</i>	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>>4 ACEs</i>	5,6	-	-	48,9	12,4	9,9	-	24,6

^a Datos combinados de: Rumania, Lituania, Rusia, Macedonia, Montenegro, Serbia, Ucrania, República Checa, Polonia y República de Moldavia.

^b Esta investigación no se realizó exclusivamente con estudiantes universitarios, no obstante, se ha considerado relevante al haberse realizado con población joven y en España.

^c El cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia tiene las siglas ACE-Q, mientras la versión internacional se conoce como ACE-IQ.

H = hogar/miembro del hogar

Aunque es posible que las diferencias en las prevalencias observadas de la Tabla 3 se expliquen por la diversidad cultural de los países, hay que tener en cuenta que éstas aparecen incluso cuando se comparan porcentajes de un mismo país, como España. Por ello, es más probable que esta variabilidad en las tasas de ACEs sea dada por diferencias metodológicas y la flexibilidad existente en la adaptación del cuestionario ACE a cada contexto cultural, lo que ha podido llevar a implementar el cuestionario con modificaciones substanciales que llevan a diferentes interpretaciones de qué es y cómo se define una misma forma de victimización.

En cuanto a la implementación del cuestionario ACE en el contexto español, cabe añadir que este instrumento no ha sido validado en su versión en castellano, por lo que es posible que los ítems de los cuestionarios presenten diferencias significativas⁷. Un ejemplo de estas diferencias es, por ejemplo, la investigación de Kaminer et al., (2022), donde se preguntó por la victimización por iguales y la violencia comunitaria, mientras que en la de Villanueva y Gomis-Pomares (2021) no. Además, en la investigación de Villanueva y Gomis-Pomares las personas entrevistadas, aún ser adultos jóvenes, no eran exclusivamente estudiantes, lo que también podría explicar estas diferencias.

Algunas de las diferencias más notorias entre países son, en primer lugar, las tasas particularmente altas de abuso emocional en Inglaterra (66,1%), Lituania (68,4%) y España (61,9%) en comparación con el resto de países. En segundo lugar, España muestra una baja prevalencia de abuso físico (16,3%) en comparación con otros países como Lituania (48,9%). En último lugar, se observa una marcada variabilidad en la incidencia de la exposición a la violencia en el hogar entre Irlanda del Norte y Inglaterra. En Irlanda del Norte, solo un 5,7% de las personas informan haber estado expuestas a la violencia en su hogar, mientras que, en Inglaterra, este porcentaje se eleva considerablemente al 73,3%. Esta disparidad en las cifras sugiere que existen diferencias significativas en la forma en que se ha conceptualizado y medido la exposición a la violencia en el ámbito doméstico en estos dos lugares, más teniendo en cuenta que ambos países comparten muchos aspectos culturales similares.

⁷ No obstante, su traducción contó con la aprobación de la Organización Mundial de la Salud y ha sido concebido desde su creación para ser aplicado en diferentes países del mundo.

1.1.4. La Acumulación de ACEs

Las investigaciones han encontrado que la acumulación de experiencias de adversidad en la infancia incrementa el riesgo de sufrir daños físicos, mentales y emocionales duraderos, incluso en comparación con experimentar repetidamente un solo tipo de victimización (Finkelhor et al., 2011b). Además, las formas de victimización sufridas por los niños que acumulan más ACEs son especialmente graves. Un ejemplo de esto se encuentra en la investigación de Finkelhor et al. (2011b) realizada con 4.549 menores de entre 10 y 17 años, en la que se muestra que los niños que han sufrido más de siete experiencias de victimización presentan mayores prevalencias de victimización sexual y más probabilidad de sufrir una lesión debido a la victimización.

No obstante, es común que los menores vivan más de una forma de victimización a lo largo de su infancia y adolescencia (Finkelhor et al., 2007b) ya que algunas victimizaciones tienen factores de riesgo asociados como, por ejemplo, vivir en un hogar disfuncional, lo que a su vez se considera una experiencia de victimización. Así, el solapamiento de las experiencias de victimización es un fenómeno frecuente, que merece ser estudiado en su conjunto y no de forma fragmentada, como sucede cuando sólo se pregunta por una forma de victimización (Finkelhor et al., 2007b).

Hasta ahora, la perspectiva teórica que más ampliamente ha abordado este fenómeno ha sido la Victimología del Desarrollo, acuñando el término de *polivictimización* para referirse a esta acumulación de experiencias y *polivíctima* para hablar de los menores que han sufrido múltiples victimizaciones (Finkelhor et al., 2007a). No obstante, desde los años 90 existen investigaciones que han observado esta relación entre las diferentes formas de victimización en la infancia (Briere y Runtz, 1990) y, en el estudio de las ACEs, la mayoría de los investigadores tiene en cuenta la suma de las experiencias a la hora de medir sus efectos, normalmente considerando el haber experimentado cuatro o más ACEs como un alto número de victimizaciones. Además, hoy en día el término polivictimización ha sido adoptado de forma generalizada por los investigadores de ACEs, y es usado aun cuando la investigación no usa la metodología propuesta por Finkelhor y sus compañeros (Riedl et al., 2020).

Por otro lado, la acumulación de ACEs ha demostrado ser un factor de riesgo significativo a la hora de sufrir nuevas victimizaciones a lo largo de la vida (Meade et al.,

2009), lo que a su vez empeora la salud mental de la víctima, por lo que se observa una relación circular entre este fenómeno, la revictimización y un declive en la salud mental de las personas.

Un estudio realizado con 9.953 personas mayores de 15 años señaló que, a medida que aumenta el número de ACEs, las probabilidades de experimentar múltiples problemas de salud también incrementan significativamente, demostrando que las ACEs pueden tener un impacto acumulativo en la salud física a lo largo de la vida. Así, no sólo son acumulativas las experiencias de victimización, sino también sus consecuencias (Chartier et al., 2010), tal y como se ilustra en la Figura 2.

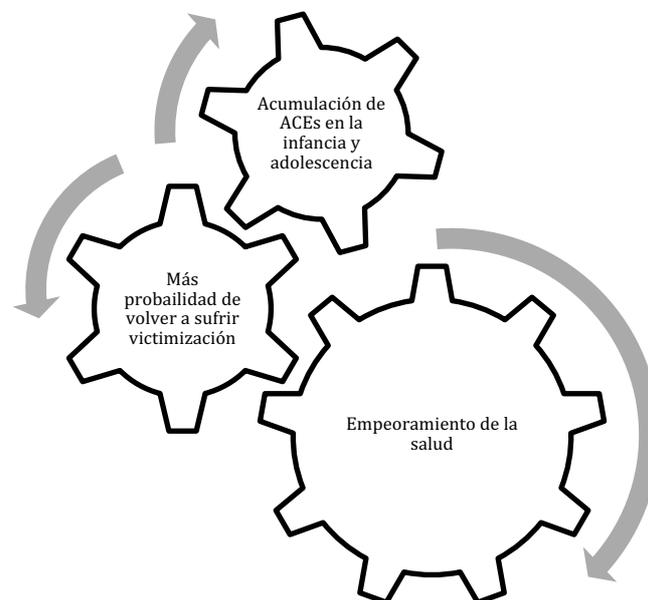


Figura 2. Interrelación entre la acumulación de ACEs en la infancia, su efecto en las nuevas victimizaciones y el impacto de ambos fenómenos en la salud de las personas

Nota. Figura de elaboración propia basada en el estudio de Chartier et al. (2010).

Por lo que respecta a las consecuencias a nivel físico en la propia infancia, un metaanálisis donde se analizaban 21 estudios encontró que un mayor número de ACEs se relaciona con mayores niveles de sobrepeso infantil (Elsenburg et al., 2017). En cuanto a las consecuencias a nivel conductual, la acumulación de ACEs se ha asociado con comportamientos delictivos (Leban y Delacruz, 2023; Testa et al., 2022). Un estudio estadounidense realizado con 8.531 personas encontró que haber sufrido cuatro o más ACEs

se asocia con un mayor número de arrestos y con pasar períodos más largos en prisión (Testa et al., 2022). En Inglaterra, una investigación con 11.313 adolescentes encontró que acumular tres o más ACEs antes de los siete años aumenta significativamente las probabilidades de ser detenido por la policía a los 14 años (Jackson et al., 2022), un dato especialmente importante a la hora de entender la perpetuación de la violencia y cómo las ACEs promueven la repetición de comportamientos de abuso y maltrato.

Por lo otro lado, se ha observado que sufrir cuatro o más ACEs también se relaciona con una mayor probabilidad de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo y de contraer enfermedades de transmisión sexual en la edad adulta (Reavis et al., 2013). Además, la acumulación de ACEs también puede impactar en el ámbito social de las víctimas, disminuyendo su capacidad para formar relaciones seguras con los demás en la edad adulta (Reavis et al., 2013).

El metaanálisis de Hughes et al. (2017), una de las investigaciones más exhaustivas sobre la acumulación de ACEs, estudió el efecto de múltiples ACEs a partir de los resultados de 37 artículos, con un total de 253.719 participantes. Sus resultados, sintetizados en la Tabla 4, mostraron que haber experimentado más de cuatro ACEs en comparación con ninguna tiene una asociación significativa y fuerte con comportamientos sexuales de riesgo, problemas de salud mental y alcoholismo, siendo el consumo de drogas y la violencia interpersonal y autoinfligida las asociaciones más fuertes observadas en el estudio.

Además, los autores también vieron que las personas que han sufrido cuatro o más ACEs, en comparación con las personas que no han sufrido ACEs, tienen siete veces más probabilidades de sufrir alguna forma de victimización violenta, ocho veces más probabilidades de perpetrar actos violentos, diez veces más probabilidades de consumir drogas y treinta veces más probabilidades de intentar suicidarse.

Tabla 4. Probabilidades de presentar problemas de salud o conductuales por acumulación de más de cuatro ACEs en comparación con ninguna (Hughes et al., 2017)

Consecuencia	OR (IC 95%)	Consecuencia	OR (IC 95%)
<i>Inactividad física</i>	1,25 (1,03–1,52)	<i>Inicio temprano de la actividad sexual</i>	3,72 (2,88–4,80)
<i>Sobrepeso u obesidad</i>	1,39 (1,13–1,71)	<i>Embarazo en la adolescencia</i>	4,20 (2,98–5,92)
<i>Diabetes</i>	1,52 (1,23–1,89)	<i>Baja satisfacción con la vida</i>	4,36 (3,72–5,10)
<i>Enfermedad cardiovascular</i>	2,07 (1,66–2,59)	<i>Depresión</i>	4,40 (3,54–5,46)
<i>Consumo excesivo de alcohol</i>	2,20 (1,74–2,78)	<i>Consumo de drogas ilícitas</i>	5,62 (4,46–7,07)
<i>Mala autopercepción de la salud</i>	2,24 (1,97–2,54)	<i>Consumo problemático de alcohol</i>	5,84 (3,99–8,56)
<i>Cáncer</i>	2,31 (1,82–2,95)	<i>Infecciones de transmisión sexual</i>	5,92 (3,21–10,92)
<i>Enfermedad hepática o digestiva</i>	2,76 (2,25–3,38)	<i>Victimización violenta</i>	7,51 (5,60–10,08)
<i>Tabaquismo</i>	2,82 (2,38–3,34)	<i>Perpetración de violencia</i>	8,10 (5,87–11,18)
<i>Enfermedad respiratoria</i>	3,05 (2,47–3,77)	<i>Consumo problemático de drogas</i>	10,22 (7,62–13,71)
<i>Múltiples parejas sexuales</i>	3,64 (3,02–4,40)	<i>Intento de suicidio</i>	30,14 (14,73–61,67)

Nota. Para mayor claridad se han eliminado los resultados de las OR sin outliers y la columna de la Heterogeneidad.

OR = Odds Ratio

En cuanto a las consecuencias a nivel de salud mental, la acumulación de ACEs ha sido ampliamente observada como un factor principal en el desarrollo de problemas psicológicos graves (Turney, 2020). En este sentido, investigaciones realizadas en población universitaria han encontrado que los estudiantes que han experimentado un mayor número de ACEs son más propensos a mostrar síntomas asociados con depresión, ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno de estrés postraumático (Merians et al., 2019; Tran et al., 2015; Windle et al., 2018)⁸.

Finalmente, cabe señalar que las personas con trastornos mentales informan, en mayor medida, haber sufrido un alto número de ACEs a lo largo de sus vidas (Muenzenmaier et al., 2014) y son ellas, además, las que parecen vivir las peores consecuencias de la acumulación. La polivictimización en personas con problemas de salud mental se ha asociado con una

⁸ Para más información sobre las consecuencias de las ACEs en la salud mental, tanto a nivel individual como su efecto acumulado, ver el punto 1.2. *El Impacto de las ACEs en la Salud Mental.*

sintomatología clínica más grave, un mayor riesgo de autolesiones y el doble de probabilidad de ser víctimas de violencia nuevamente (Hughes et al., 2017; Muenzenmaier et al., 2014).

1.1.5. Los Patrones de ACEs

Como se ha visto en el apartado anterior, el estudio de las ACEs se ha realizado, generalmente, utilizando un enfoque de riesgo acumulativo. Este enfoque a menudo contabiliza cada indicador de adversidad como una única medida de riesgo. Estas investigaciones han mostrado una asociación entre la polivictimización y los problemas de salud mental, y sus conclusiones han permitido conocer parte de los efectos de las ACEs en el desarrollo infantil (Finkelhor et al., 2007a). No obstante, este enfoque no permite comprender el impacto de las ACEs en toda su complejidad (Lian et al., 2022). Por ello, en los últimos años han aumentado las investigaciones que estudian los efectos de los patrones de las ACEs, en vez de limitarse a la suma de estas experiencias o de su frecuencia (Weller et al., 2020).

Cuando se habla de *patrones de ACEs* se hace referencia a la relación interna que existe entre las experiencias adversas. Es decir, no sólo se estudia la cantidad de ACEs sufridas, sino que se investiga cuáles son las ACEs que tienden a relacionarse entre ellas. Al estudiar estos patrones aparecen asociaciones entre las experiencias y se consigue separar a los participantes por grupos en función de los tipos de ACEs vividas.

Como ejemplo de esto, se puede observar la Figura 3. Esta figura ha sido extraída del estudio de Neagoe y Papasteri (2023) y muestra de forma visual las relaciones que se han encontrado en las diferentes ACEs. Las líneas verdes representan las asociaciones positivas, el grosor de las líneas representa la magnitud de la asociación y el color de los círculos representa los grupos identificados, distinguiendo tres clases diferentes de combinaciones:

- a. en azul, sufrir discriminación se relaciona con presentar una enfermedad médica grave y con haber sido víctima de acoso escolar;
- b. en verde, sufrir abuso por parte de la pareja se relaciona con haber sufrido abusos sexuales en la infancia y haber sido arrestado;
- c. en naranja, se identifica un tercer grupo en el que se encuentran el resto de victimizaciones, encontrando una fuerte asociación entre ser víctima de abuso emocional y ser víctima de abuso físico, así como con ser testigo de violencia en

el hogar. También se puede observar que haber sufrido negligencia emocional se relaciona con tener padres separados y haber sufrido negligencia física.

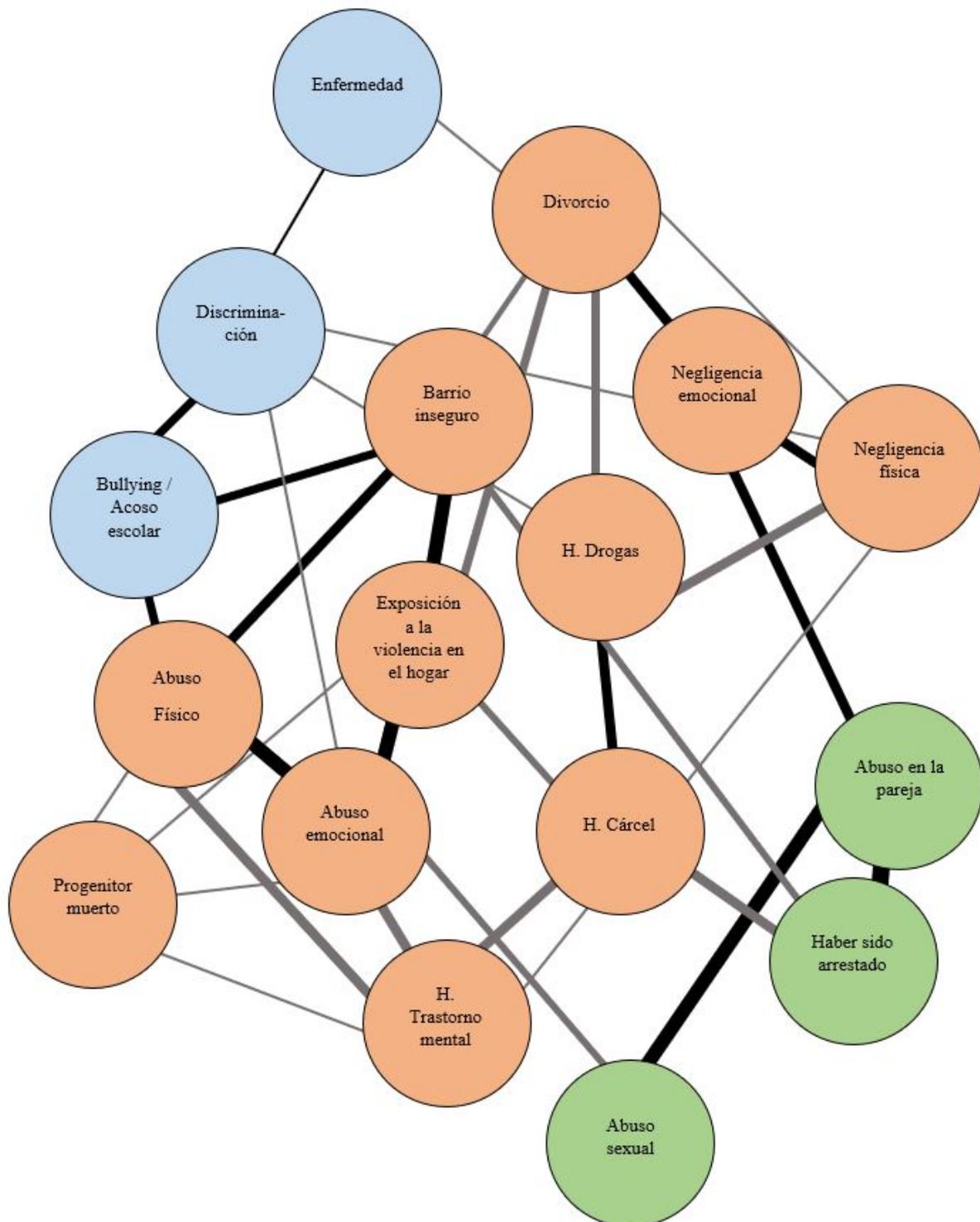


Figura 3. Representación visual donde se muestran las asociaciones entre ACEs

Nota. Figura extraída y traducida de Neagoe y Papasteri (2023)

Este tipo de análisis permite comprender cómo estos patrones afectan de forma particular a los individuos (Lian et al., 2022), a la vez que explica por qué, a veces, puntuaciones moderadas de ACEs pueden asociarse con consecuencias más graves (Hinojosa et al., 2019). Como resultado, numerosos estudios abogan por el uso de esta perspectiva cuando se estudia la victimización infantil y señalan que un enfoque multidimensional proporciona una comprensión más completa de este fenómeno (Weller et al., 2020).

Las investigaciones que utilizan este tipo de análisis han identificado de forma consistente algunas clases de ACEs que acostumbran a repetirse en la literatura: una clase de alta prevalencia de ACEs, una clase de baja prevalencia de ACEs y una clase de personas que han crecido en un hogar disfuncional (Frøyland y Andersen, 2023; Ho et al., 2019; Kim et al., 2023; Wang et al., 2021). Además los investigadores también han podido relacionar diferentes patrones de ACEs con resultados específicos (Frøyland y Andersen, 2023; Ho et al., 2019; Kim et al., 2023; Wang et al., 2021), como por ejemplo, se ha visto que la combinación de abuso físico y emocional aumenta la probabilidad de sufrir un trastorno de depresión mayor y de abusar de drogas (Kim et al., 2021; Niño et al., 2023) y la combinación vivir en un hogar disfuncional, el abuso psicológico y la negligencia emocional aumentan la inflamación en el cuerpo (Lacey et al., 2020)⁹. El estudio de Lanier et al. (2018) ha encontrado que los niños que viven en un hogar con dificultades económicas y donde un miembro de la familia tiene un trastorno mental tienen más riesgo de necesitar atención médica especializada en comparación con los otros grupos de niños, mientras que la investigación de Lee et al. (2020) concluye que los niños que han sido víctimas o testigos de violencia comunitaria tienen más probabilidades de presentar trastorno de estrés postraumático en la adultez, junto con los niños víctimas de abuso emocional, físico, sexual, y negligencia.

Algunas investigaciones también han tenido en cuenta cómo las diversas combinaciones tienen diferente impacto en la salud mental de las personas según su género. Uno de los efectos que han visto estas investigaciones ha sido que tanto hombres y mujeres que reportan dificultades financieras en su hogar durante la infancia exhiben niveles similares y muy altos de síntomas internalizantes. No obstante, mientras que las mujeres con padres

⁹ La inflamación, normalmente, es una respuesta biológica del cuerpo ante lesiones o infecciones con el propósito de reparar tejidos dañados y eliminar patógenos, por lo que tienen una función positiva sobre el organismo. No obstante, la inflamación crónica, que es aquella estudiada en esta investigación, puede contribuir al desarrollo de enfermedades graves (Lacey et al., 2020).

separados muestran síntomas internalizantes más bajos que aquellas que crecieron en un hogar disfuncional y sufrieron abusos en la infancia, los hombres con padres separados presentan niveles similares de síntomas internalizantes a las víctimas de otras combinaciones de ACEs (Wang et al., 2021). Como conclusión, los autores ponen énfasis en abordar cada tipo de adversidad de forma adaptada, también, al género, en base a estos conocimientos.

Finalmente, todas las investigaciones que estudian los patrones de ACEs encuentran una mayor sintomatología en víctimas que presentan un mayor número de estas experiencias. No obstante, dependiendo del patrón de estas ACEs, la sintomatología parece variar (Wang et al., 2021) poniendo en evidencia la importancia de tener en cuenta el tipo de ACE vivido cuando se interviene con polivíctimas (Lian et al., 2022). Así, al comprender cómo las ACEs combinan sus efectos, los profesionales de la salud pueden diseñar estrategias de abordaje y prevención que prioricen las intervenciones en aquellos menores que han sufrido las combinaciones de ACEs que presentan un mayor impacto negativo en el bienestar, a la vez que pueden adaptar estas intervenciones al perfil de la víctima (Lanier et al., 2018).

1.2. El Impacto de las ACEs en la Salud Mental

Numerosas investigaciones han encontrado que las ACEs afectan el desarrollo de la infancia, a menudo con consecuencias crónicas, de difícil detección y complejo tratamiento (Antoniou et al., 2023; Tan y Mao, 2023; Vyas et al., 2023). Estas consecuencias van desde la aparición de problemas de salud mental comunes como, por ejemplo, trastornos de ansiedad o depresión, hasta el desarrollo de trastornos mentales graves, como el trastorno bipolar o la esquizofrenia (Herzog y Schmahl, 2018). Así, son muchos los estudios que han investigado esta relación y que han buscado una explicación para ella. No obstante, la gran cantidad de definiciones que existen en torno a la salud mental dificulta la comprensión de esta asociación en su totalidad (Fusar-Poli et al., 2020).

En este sentido, la mayoría de las investigaciones hablan de que en la salud mental contribuyen factores sociales, psicológicos y biológicos, y todos ellos son clave para entenderla (Bhugra et al., 2013). También coinciden en concluir que la infancia y la adolescencia son periodos cruciales que sentarán las bases de la salud mental de esa persona, ya que es el momento en el que el cerebro se encuentra en desarrollo, y con él, las estructuras neuronales que definirán aspectos centrales de su personalidad (Finkelhor, 2007).

Teniendo en cuenta estos hallazgos, y con el objetivo de poder entender el impacto de las ACEs en el individuo en su totalidad, es necesario empezar por definir qué se entiende en esta investigación por *salud mental*.

1.2.1. ¿Qué se Entiende por Salud Mental?

La salud mental es un ámbito que engloba multitud de aspectos relacionados con la persona, tales como los trastornos mentales, las emociones o la personalidad (Doré y Caron, 2017). A nivel general, no existe una sola definición de salud mental que pueda incluir todas las perspectivas académicas existentes (Fusar-Poli et al., 2020). No obstante, uno de los enfoques más aceptados actualmente concibe la salud mental como algo flexible donde confluyen factores psicológicos, biológicos y sociales (WHO, 2022). Así, algunos autores defienden que la salud mental no puede ser únicamente definida por uno de estos ámbitos (psicológico, biológico o social), sino que se tienen que tener en cuenta todos ellos, en su interrelación y en sus diferencias (Bhugra et al., 2013).

Estas posturas, en su mayoría, encuentran su base en la publicación de George L. Engel en 1977, titulada *La necesidad de un nuevo modelo médico: un reto para la biomedicina*, donde el autor hace una fuerte crítica a la medicina del momento:

Actualmente el modelo dominante de enfermedad es el biomédico, con la biología molecular como disciplina científica básica, asume que la enfermedad se caracteriza completamente por desviaciones de la norma de variables biológicas (somáticas) medibles. No deja espacio dentro de su marco para las dimensiones conductuales, sociales, y psicológicas de la enfermedad.
(Engel, 1977)

A partir de estas palabras, Engel presentaba una nueva forma de concebir la intervención clínica a través de la apertura de la mirada dónde se incluyen los factores sociales y psicológicos como claves a la hora de configurar la salud mental. En la Figura 4 se puede ver un diagrama basado en el modelo biopsicosocial de Engel (1977), según el cual la salud mental es el resultado de complejas interacciones entre factores psicológicos, biológicos y sociales.

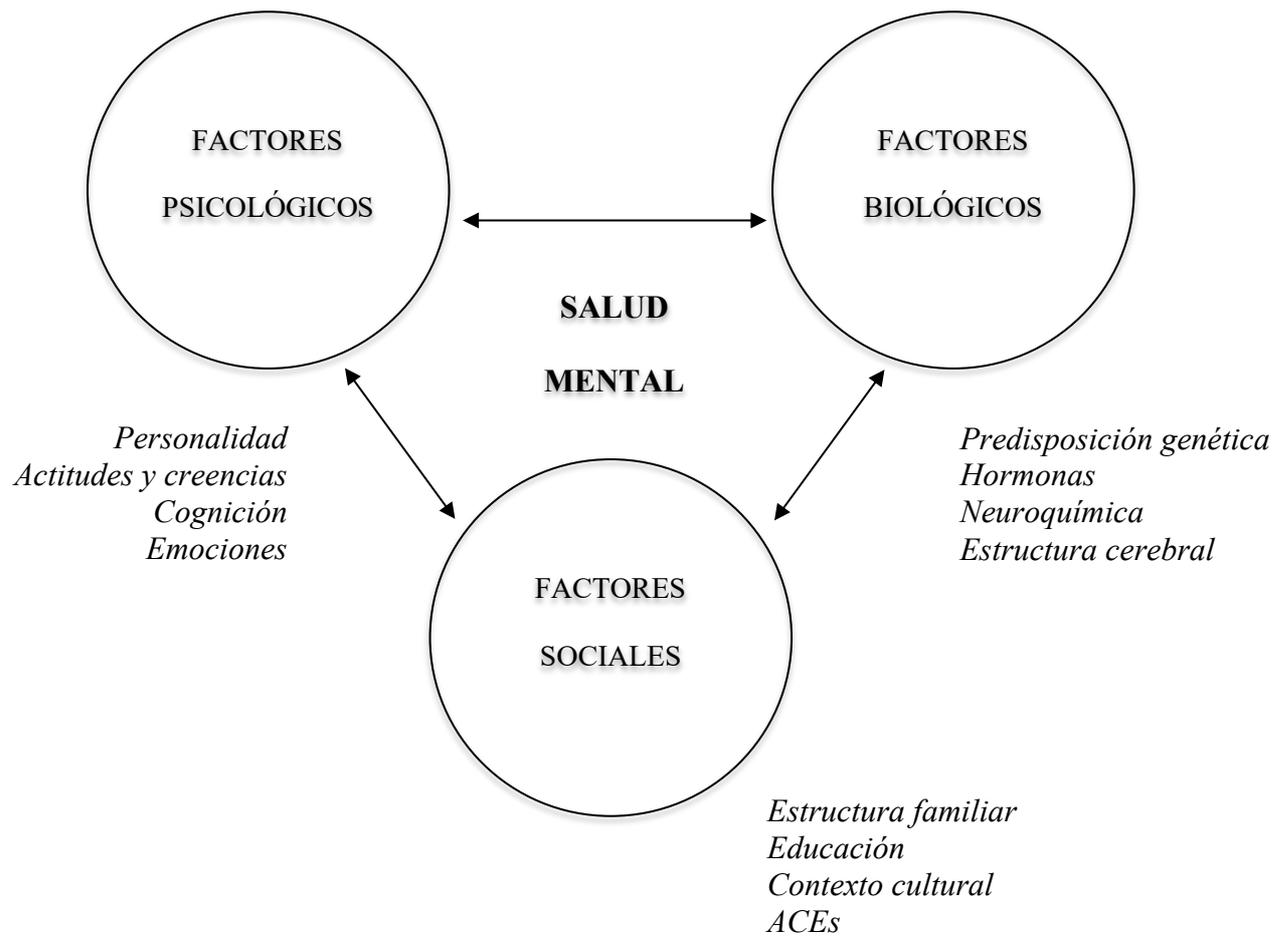


Figura 4. Diagrama basado en el modelo biopsicosocial de Engel (1977)

Nota. Figura de elaboración propia.

Otros autores más recientes han abordado la salud mental como una pieza más dentro de la salud del individuo, y han expuesto que ésta se puede definir de tres formas diferentes: a) *como la ausencia de enfermedad*; b) *como un estado del organismo que permite el pleno desempeño de todas sus funciones*; o c) *como un estado de equilibrio dentro de uno mismo y entre uno mismo y su entorno físico y social* (Bhugra et al., 2013).

Teniendo esto en cuenta, la presente tesis aborda la salud mental desde una perspectiva que engloba tanto estas últimas definiciones como el modelo biopsicosocial de Engel (1977).

Así, para definir el concepto de *salud mental* y estudiarlo, en la presente tesis se ha tenido en cuenta tanto la ausencia del trastorno mental como el nivel de bienestar mental autoreportado, entendiendo que el primero habla de la presencia o ausencia de enfermedad,

mientras que el segundo se centra en el estado de armonía tanto en el interior de la persona como en sus relaciones con el mundo exterior. Las características principales de perspectivas pueden verse resumidas en la Figura 5.

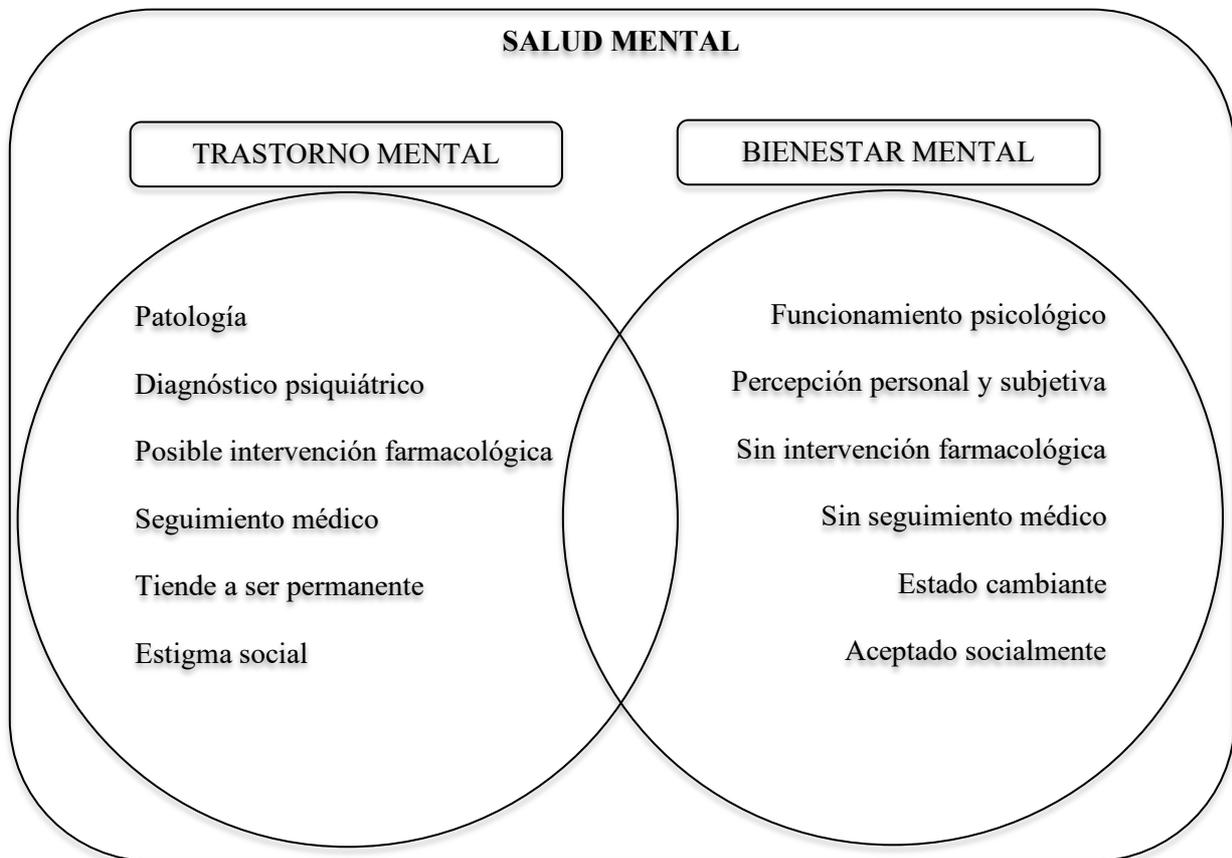


Figura 5. Distinción entre los aspectos básicos del trastorno mental y del bienestar mental, ambos dentro de la definición de salud mental

Nota. Figura de elaboración propia basada en diversos estudios, entre los cuales se encuentran: Baumann y Teasdale (2018), Doré y Caron (2017), Fusar-Poli et al. (2021), Ryan y Deci (2001), y WHO (2022).

Presentar un trastorno mental no es algo inusual en la población española. Según los últimos datos del estudio de la Carga Global de Enfermedades (*Global Burden of Disease*) de la Organización Mundial de la Salud, en España, entre un 16% y un 20% de la población presenta un trastorno mental, incluyendo los tipos más severos (como psicosis o trastorno bipolar) y los más comunes (como ansiedad o depresión). Además, éstos tienden a persistir y afectan negativamente la vida de las personas limitando sus oportunidades educativas y laborales, exponiéndolos a la discriminación y al estigma, e impactando en su salud global, lo

que se traduce en tasas de enfermedad y mortalidad más elevadas y una reducción significativa en la esperanza de vida (Baumann y Teasdale, 2018; Fusar-Poli et al., 2021).

No obstante, cabe señalar que estudios han demostrado repetidamente que, por sí sola, la presencia o ausencia de trastornos mentales no determina cómo es la salud mental de una persona (Doré y Caron, 2017; WHO, 2022). Por ello, es importante tener en cuenta también el bienestar mental.

El bienestar mental se considera el estado último en el cual las personas pueden prosperar y llevar una vida plena, y nos informa de forma personal y subjetiva del funcionamiento psicológico de las personas, más allá de la patología que éstas puedan presentar (Vaingankar et al., 2017). Aún su importancia en el día a día de los individuos, el bienestar mental no siempre ha sido el centro de la investigación dedicada al estudio de la salud mental. Durante gran parte del siglo pasado, la psicología se centró en la mejora de la psicopatología, relegando la promoción del bienestar a un segundo plano. No obstante, fruto de un giro en la mirada de la academia hacia la prevención de los problemas mentales esto cambió y, hoy en día, el bienestar mental es estudiado por gran parte de la comunidad científica (Ryan y Deci, 2001; Stewart-Brown y Janmohamed, 2008; WHO, 2022).

El bienestar mental se compone de dos perspectivas que durante muchos años se concibieron de manera separada: la perspectiva hedónica y la perspectiva eudaimónica. La *perspectiva hedónica* se basa en la idea de que el bienestar está vinculado al placer, siendo por lo tanto una experiencia subjetiva ligada a aquello que produce sensaciones agradables. La *perspectiva eudaimónica*, por su parte, ve el bienestar como el potencial humano o la autorrealización, siendo por lo tanto una experiencia psicológica cercana al crecimiento personal interior. Estas dos perspectivas ayudan a entender el significado de bienestar mental, en tanto que las investigaciones que han estudiado cómo las personas entienden y describen su bienestar han encontrado en la combinación de ambas la forma más completa de entender este fenómeno (Ryan y Deci, 2001).

Así, estudiar el bienestar mental permite conocer la salud mental de una persona de forma más completa, no centrándose únicamente en un aspecto concreto de ésta. Además, aporta información sobre el momento en el que se pregunta, dando una imagen más actualizada del estado mental de una persona, lo que es especialmente importante teniendo en cuenta que la salud es algo flexible en constante evolución (WHO, 2022).

De esta forma, para poder entender la salud mental es necesario tener en cuenta la ausencia o la presencia del diagnóstico del trastorno mental, porque ello puede dar información esencial sobre los obstáculos y la necesidad de apoyo, tratamiento o intervención de la persona, pero, a su vez, es imprescindible conocer el nivel de bienestar mental de la persona, porque esto último aporta conocimiento actualizado del estado emocional y psicológico de ésta, con independencia de la presencia o ausencia del trastorno.

1.2.3 La Influencia de las ACEs en el Desarrollo de Trastornos Mentales

De acuerdo con Finkelhor (1995), la infancia es un momento de especial vulnerabilidad, sobre todo teniendo en cuenta que el niño, niña o adolescente está en pleno crecimiento y todo aquello que le suceda durante estos años tendrá un efecto en su desarrollo:

La infancia es un período de cambios enormes en cuanto a tamaño, fuerza, capacidades cognitivas, diferenciación de género, relaciones y entornos sociales, y todos ellos afectan el potencial de victimización. Además, el impacto de estos cambios, que interactúan entre sí, no es simple.

(Finkelhor, 1995)

La alta prevalencia de ACEs en personas con trastorno mental ha sido atribuida al impacto que tienen las experiencias traumáticas en el desarrollo cerebral de la víctima cuando aún es un niño. Entre otros tipos de afecciones clínicas, una de las más estudiadas han sido los trastornos mentales conocidos como “graves” o “severos”, como por ejemplo la esquizofrenia o el trastorno límite de personalidad (Bilek et al., 2019; Matheson et al., 2013), aunque también se ha encontrado que las ACEs influyen en la aparición de problemas salud mental más comunes. Un estudio pionero realizado por Felitti (2009) concluyó que el abuso emocional, físico y sexual puede afectar negativamente múltiples funciones cerebrales, aumentando el riesgo de desarrollar trastornos del estado de ánimo, ansiedad e incluso alucinaciones. El metaanálisis comprensivo¹⁰ de Hogg et al. (2023), después de analizar ocho metaanálisis y seis revisiones sistemáticas, encontró evidencia de que el abuso emocional, el abuso físico, el abuso sexual y haber sobrevivido a algún desastre natural están relacionados de forma estadísticamente significativa con el desarrollo de cualquier trastorno mental.

¹⁰ El término “metaanálisis comprensivo” (en inglés, “umbrella meta-analysis”) hace referencia a la revisión metaanalítica dónde se incluyen los resultados combinados de diversos metaanálisis y revisiones sistemáticas que estudian diferentes aspectos dentro de un mismo tema.

Específicamente, los autores destacan que el abuso físico es un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos de ansiedad, el trastorno bipolar y el trastorno obsesivo-compulsivo; mientras que el abuso sexual es un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos de ansiedad, el trastorno límite de la personalidad, la psicosis y el trastorno obsesivo-compulsivo. El abuso emocional, por su parte, se asocia de forma estadísticamente significativa con los trastornos de ansiedad. Por otro lado, un metaanálisis de Sahle et al. (2021) señala que las personas que han experimentado al menos una forma de victimización en la infancia tienen el doble de probabilidad de desarrollar depresión en comparación con aquellos que no han vivido ACEs.

En la misma línea, son muchos los estudios metaanalíticos recientes que concluyen que la exposición a varias ACEs puede conducir a cambios en el funcionamiento y la estructura cerebral, haciendo que las víctimas sean más vulnerables al desarrollo de problemas graves de salud mental en la edad adulta (Antoniou et al., 2023; Tan y Mao, 2023; Vyas et al., 2023). Para comprender la relación entre las ACEs y los trastornos mentales, la mayoría de los estudios apuntan al impacto que estas experiencias tienen en la epigenética de los individuos (McKay et al., 2020; Sahle et al., 2021).

En 2021, el metaanálisis de Neves et al. estudió cómo las ACEs pueden tener un impacto significativo en el epigenoma humano, ya que éste controla qué genes del ADN se activan o desactivan en diferentes células y en diferentes momentos sin alterar la secuencia del ADN en sí¹¹. De esta forma, los investigadores buscaban identificar qué mecanismos epigenéticos se asociaban a las ACEs y, a su vez, cómo estos se relacionaban con la aparición de enfermedades. Los resultados mostraron que los cambios epigenéticos en el genoma están relacionados de manera positiva y duradera con las ACEs y que, además, algunos genes específicos se relacionan con formas de adversidad concretas, encontrando una asociación más fuerte entre cambios genéticos y haber sufrido un mayor número de ACEs, así como también (aunque en menor medida) entre cambios genéticos y haber sufrido abuso sexual y abuso físico.

¹¹ El estudio del epigenoma humano es fundamental para entender cómo las condiciones del entorno, como la alimentación, el estrés, y otras influencias externas, como pueden ser las ACEs, pueden impactar en el desarrollo de enfermedades, incluyendo trastornos psiquiátricos (Neves et al., 2021).

En este sentido, la mayoría de investigaciones han estudiado el efecto del estrés crónico sobre el funcionamiento cardiovascular y sobre los niveles de cortisol de las personas (Brindle et al., 2022; Voellmin et al., 2015; Wong et al., 2022). Un metaanálisis reciente ha encontrado que la exposición a ACEs se relaciona con la atenuación de las respuestas de cortisol y reactividad cardiovascular, indicando una posible desregulación en el sistema de respuesta al estrés humano, lo que a la larga puede provocar problemas en la salud de la persona, tanto a nivel físico como mental (Brindle et al., 2022).

Otras investigaciones han encontrado una relación aparentemente paradójica entre el estrés y el cortisol, observando que personas con trastorno de estrés postraumático presentan niveles de cortisol disminuidos en el plasma, algo que, según los autores, se ve sobre todo en personas que sufrieron algún tipo de trauma durante la infancia. Esto es paradójico en la medida que, generalmente, los niveles de cortisol aumentan en respuesta al estrés. No obstante, los autores han argumentado que es posible que estas personas: a) hayan desarrollado más sensibilidad al cortisol, incluso cuando los niveles son bajos; b) tengan menos receptores para el cortisol en algunas partes del cuerpo, lo que afecta cómo el cuerpo responde a esta hormona y; c) el cuerpo, de manera adaptativa, haya modificado la forma en la que procesa el cortisol, haciendo que éste se quede más tiempo activo en algunas áreas, como el hígado y los riñones, pero sin aumentar la cantidad en la sangre (Yehuda y Seckl, 2011).

En cualquier caso, si bien no se conoce por completo los procesos biológicos que llevan al desarrollo de problemas psiquiátricos, aquello con lo que coinciden la mayoría de investigaciones es que altos niveles de estrés en los primeros años de desarrollo pueden resultar en un cambio en los genes, lo que a la larga puede suponer el desarrollo de trastornos cognitivos y de comportamiento, haciendo que la persona sea menos capaz de afrontar situaciones de estrés, tenga menos capacidad de memoria y, posiblemente, más probabilidades de desarrollar un trastorno psiquiátrico (Murgatroyd et al., 2015).

1.2.4 La Influencia de las ACEs en el Bienestar Mental

Si bien existe una cantidad significativa de investigación sobre cómo las ACEs impactan en el desarrollo de trastornos mentales, son menos los estudios que se han centrado específicamente en el impacto de las ACEs en el bienestar mental (Hughes et al., 2017; Karatekin y Ahluwalia, 2020). Esto puede atribuirse a la perspectiva histórica por la cual la

salud mental se entendía principalmente como la ausencia de trastorno mental (WHO, 2022). Sin embargo, como se ha explicado anteriormente, en las últimas décadas los estudios han evolucionado hasta abarcar dimensiones más amplias de salud la persona y los investigadores han comenzado a explorar los efectos de las ACEs adoptando un enfoque más integral de la salud mental, centrándose específicamente en el bienestar mental (Chen et al., 2021; Hughes et al., 2016; Villora et al., 2021).

En consonancia con lo esperado, las investigaciones encuentran una disminución general en el bienestar mental entre las personas con tasas más altas de ACEs (Chen et al., 2021; Hughes et al., 2016; Hughes et al., 2017). El estudio de Hughes et al. (2016), realizado a través de una encuesta nacional inglesa con casi 4.000 participantes, mostró que hay un incremento en la probabilidad de presentar bajos niveles de bienestar mental a medida que aumenta el número de ACEs y, además, que ciertas ACEs, como crecer en un hogar en el que un miembro tenga un trastorno mental y sufrir abuso sexual, presentan asociaciones más fuertes con niveles más bajos de bienestar mental. El estudio de Laurinaitytė et al. (2022), realizado a través de una encuesta transversal con 393 estudiantes, encontró resultados similares: un mayor número de ACEs se asociaba con una puntuación más baja en las mediciones de bienestar mental.

La Encuesta de Salud de Escocia de 2019 se encontró que las personas que tenían cuatro o más ACEs presentaban una puntuación inferior en la Escala de Bienestar Mental (WEMWBS, por sus siglas en inglés)¹² en comparación con aquellas que tenían menos o ninguna ACE (Scottish Government Health Directorates, 2019). Las puntuaciones medias de la WEMWBS disminuyeron desde un promedio de 52,0 entre aquellos que no reportaban ninguna ACE, hasta un 50,6 entre aquellos con una ACE. Aquellas personas que reportaban haber vivido dos o tres ACEs tenían una puntuación media en la escala de 49,3, mientras que las personas que habían vivido cuatro o más ACEs presentaban una puntuación media de 46,0. La relación entre un mayor número de ACEs y una disminución en las puntuaciones de bienestar fue evidente tanto para hombres como para mujeres. En la Figura 6 se ilustra esta

¹² Esta escala se conoce como la Escala de Bienestar Mental de Warwick-Edimburgo, o *Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale*, y, en su versión corta, ha sido el instrumento utilizado en esta tesis para medir los niveles de bienestar en relación a las ACEs experimentadas por los participantes. Para más información sobre este instrumento, consultar el *Capítulo 4. Metodología*.

disminución en las puntuaciones de bienestar mental medias a medida que aumenta el número de ACEs.

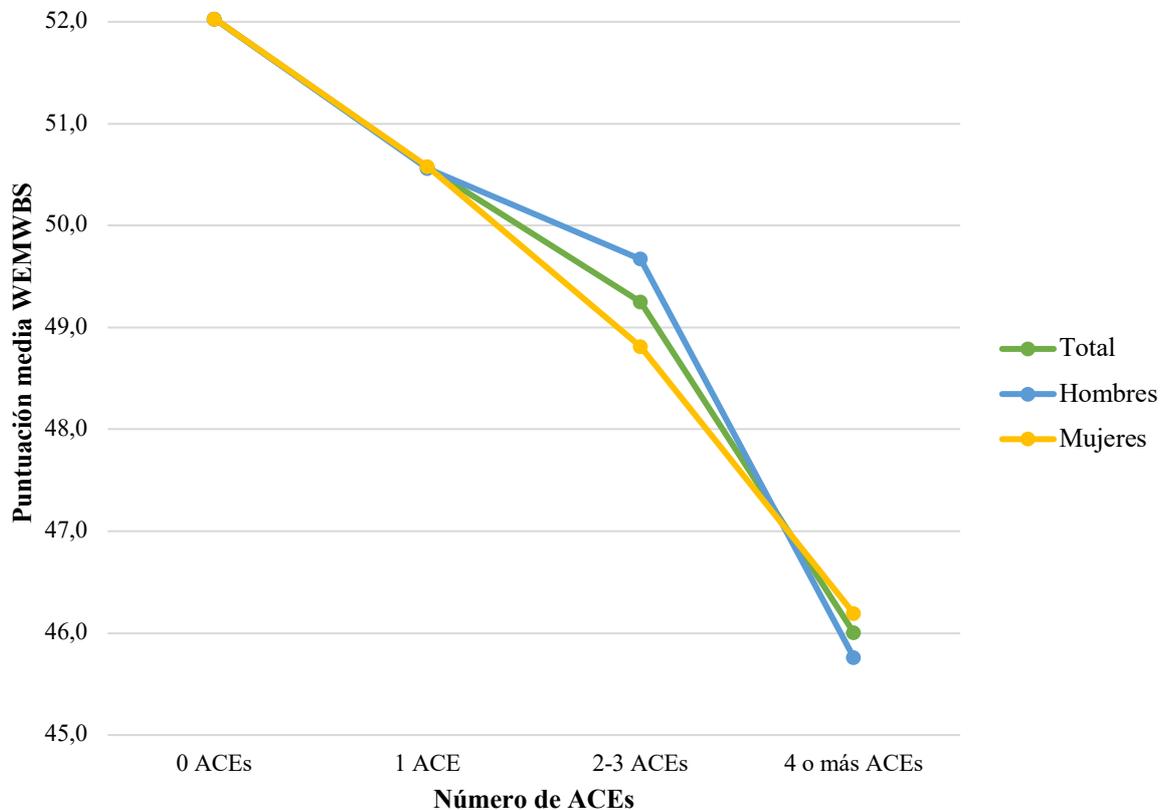


Figura 6. Figura de elaboración propia donde se muestra la puntuación media de WEMWBS en adultos (ajustada por edad) según el número de ACEs y el género

Nota. Esta figura se ha realizado con los datos de acceso libre de la Encuesta de Salud de Escocia de 2019 disponible en Internet para su uso internacional (Scottish Government Health Directorates, 2019).

El estudio de Mosley-Johnson et al. (2018), encontró resultados parecidos. Como los anteriores, los autores también vieron que un mayor número de ACEs se relaciona con peores niveles de bienestar. Además, observaron que las personas que han experimentado múltiples ACEs muestran una mayor propensión a experimentar niveles más bajos de satisfacción con la vida y una menor integración social, concluyendo que un aspecto principal en el bienestar mental es la presencia de apoyo social y la integración en la sociedad, ya que estos factores desempeñan un papel crucial en la capacidad de las personas para lidiar con la adversidad infantil y disfrutar de una mayor calidad de vida en la edad adulta.

Por otro lado, algunas investigaciones han visto que los efectos de las ACEs pueden repercutir también en el bienestar de los descendientes de las víctimas. Una revisión sistemática reciente encontró que a medida que aumenta el número de ACEs experimentadas por los padres, también lo hace la probabilidad de efectos negativos en el bienestar de sus hijos (Arnold et al., 2023), mostrando así cómo los ACE pueden tener profundas consecuencias intergeneracionales (Gomis-Pomares et al., 2021).

CAPÍTULO 2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Las experiencias adversas y de victimización acontecidas en la infancia tienen graves efectos en la salud mental de las personas, tanto en la esfera clínica o diagnóstica como en la esfera del bienestar mental. Sin embargo, son pocas las investigaciones que abordan la salud mental teniendo en cuenta ambos aspectos. Este trabajo busca llenar este vacío a través del estudio en profundidad de las experiencias adversas en dos muestras de adultos, desde una visión amplia del concepto de salud mental.

En primer lugar, esta investigación es relevante en la medida que aborda la victimización y las experiencias adversas desde una definición mucho más extensa de lo que comúnmente se ha considerado violencia contra la infancia. Siguiendo la línea de estudio de las experiencias adversas en la infancia de Felitti y sus colaboradores (1998), así como también la línea de la Victimología del Desarrollo de Finkelhor (2007) – dos corrientes paralelas y principales en el estudio de la violencia contra la infancia – se han tenido en cuenta tanto aquellas experiencias de violencia más severas (como el abuso sexual infantil), como aquellas experiencias adversas que no siempre incluyen actos de violencia o abuso interpersonal (como convivir con una persona con problemas de consumo de sustancias tóxicas) las cuales han demostrado tener un impacto negativo sobre el desarrollo de la infancia (Felitti y Anda, 2010; Felitti et al., 1998; Finkelhor et al., 2005). Por ello, a diferencia de otras investigaciones del ámbito, esta tesis incluye experiencias adversas y de victimización que han demostrado tener un efecto igual o incluso mayor que aquellas formas generalmente estudiadas (Hinojosa et al., 2019). A su vez, también se ha tenido en cuenta la forma en la que las diferentes experiencias de violencia se acumulan y se relacionan entre ellas a lo largo de la vida. De esta forma, se ha estudiado la polivictimización, en tanto que las investigaciones muestran un mayor impacto negativo en la salud mental de las polivíctimas (Finkelhor et al., 2007b) a la vez que se han investigado los patrones de relación de estas experiencias, algo que ha demostrado ser clave tanto a la hora de identificar asociaciones entre ACEs, como a la hora de entender cómo influyen estas relaciones en la salud mental de las personas (Lian et al., 2022; Weller et al., 2020).

En segundo lugar, esta investigación es relevante en tanto que estudia el efecto de las ACEs en el desarrollo de trastornos mentales en España. Son múltiples las investigaciones que relacionan haber sufrido ACEs y posteriormente desarrollar un trastorno mental (McKay et al., 2020; Sahle et al., 2021), sin embargo, la investigación a nivel nacional sobre este

fenómeno es muy limitada, salvo algunas excepciones (véase, Álvarez et al., 2011; Álvarez et al., 2012; Hernández et al., 2012; Montoro et al., 2023). Los estudios nacionales a menudo se centran en algunas formas de victimización específicas (no en el conjunto de experiencias adversas) (Gassó et al., 2020; González Cases et al., 2014; Sánchez et al., 2017; Tasa-Vinyals et al., 2020; Villacampa y Pujols, 2017), en trastornos mentales específicos o en colectivos concretos, como mujeres (Aguado et al., 2013; Blanco et al., 2022; Fontanil et al., 2021; González Cases et al., 2014) o personas en régimen penitenciario con problemas de salud mental (Caravaca-Sánchez et al., 2017; Caravaca Sánchez y Wolff, 2016). Por ello, es necesario conducir nuevos estudios que busquen conocer la realidad de las personas con trastorno mental en España, poniendo en evidencia la especial vulnerabilidad del colectivo en este país, para así poder ofrecer datos actualizados, que consigan generar respuestas adaptadas al contexto sociocultural nacional.

Además, si bien existen pocas investigaciones en España sobre las ACEs en personas con trastorno mental, son aún menos las que estudian el efecto de estas experiencias sobre el bienestar mental. Así pues, en tercer lugar, esta tesis es importante porque define la salud mental desde una perspectiva global, teniendo en cuenta tanto la presencia del trastorno mental como el efecto de las ACEs sobre el bienestar mental y proporcionando una imagen más completa de la salud mental en comparación con la mayoría de investigaciones realizadas en el ámbito de la violencia contra la infancia, las cuales - comúnmente - abordan la salud mental desde una de las dos perspectivas: la presencia o ausencia de un trastorno mental o los cambios en los niveles de bienestar mental (Hughes et al., 2016). De esta manera, esta tesis significa un importante aporte en tanto que estudia el impacto de las ACEs desde ambas perspectivas, lo cual es especialmente necesario de cara al desarrollo de terapias de intervención con víctimas de ACEs más completas, así como también de cara a futuras investigaciones que busquen como base teórica modelos que aborden más ampliamente la salud mental en relación con la victimización infantil.

En cuarto lugar, esta tesis es importante porque contribuye a la literatura existente no sólo aportando datos de relevancia nacional e internacional, sino también poniendo en evidencia la necesidad de una investigación amplia y representativa de un tema de especial importancia a nivel social. En este sentido, no existen iniciativas desde el sistema de salud público, ni a nivel autonómico ni a nivel municipal, para una investigación generalizada respecto a la asociación entre la victimización infantil y la salud mental en la edad adulta, aun cuando hay ejemplos internacionales de éxito donde se implementan baterías de preguntas a

los pacientes de la atención primaria de forma sistematizada (Quigg et al., 2018; Pérez Jolles et al., 2022). Además, a la relevancia de la temática estudiada, se le suma también la urgencia del momento. La Federació Salut Mental de Catalunya (FSDMC) y el Consell Nacional de la Joventut de Catalunya (CNJC), han publicado en 2023 una radiografía sobre la situación de la salud mental de los jóvenes catalanes, donde se concluye que uno de cada siete experimenta problemas de salud mental, siendo el grupo de 18 a 34 años el que más utiliza los servicios de salud mental y el suicidio la principal causa de muerte no natural de este grupo de edad. Este mismo informe explica que durante el año 2020, en Cataluña, el suicidio fue la causa principal de muerte entre los jóvenes, con un 30,53% de los fallecimientos en este grupo de edad. Añade también que, a raíz de la pandemia de la COVID-19, se ha evidenciado un crecimiento sostenido en los niveles de ansiedad y se ha duplicado la prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en la población joven (Federació Salut Mental de Catalunya i Consell Nacional de la Joventut de Catalunya, 2023).

De forma similar, investigaciones internacionales recientes han encontrado una disminución en la salud mental de la población joven en los últimos años, haciendo especial hincapié en los efectos de la pandemia en este fenómeno generalizado (Ebrahim et al., 2022; Karatekin y Ahluwalia, 2020) lo que resalta la necesidad urgente de investigación en esta área de estudio. Además, estudios realizados en población universitaria han encontrado altos índices de adversidad en la infancia en este colectivo (Aizpurua et al., 2021; Kaminer et al., 2022; Pereda et al., 2013) a la vez que han concluido que las ACEs suponen un impacto negativo en la salud mental de los estudiantes (Gomis-Pomares y Villanueva, 2020; Kaminer et al., 2022). Por ello, estudiar los efectos de las adversidades en esta población es especialmente importante, no sólo por la evidencia existente de que son una población de riesgo, sino por la severidad de las consecuencias de la pandemia que ha tenido esta población.

Como conclusión, esta investigación es relevante porque aporta datos que pueden ayudar a comprender los efectos de las ACEs en la salud mental de la población adulta, contribuyendo a una mejora en el diseño de tratamientos para las personas con un trastorno mental e instando al desarrollo de terapias que promuevan el bienestar mental desde un enfoque amplio de la salud mental a través de propuestas específicas y basadas en la evidencia.

CAPÍTULO 3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1. Objetivos de la investigación

El objetivo principal de este trabajo es estudiar la asociación de las experiencias adversas y de victimización con la salud mental tanto en aquellas personas con una afectación negativa en su funcionamiento diario (es decir, con un trastorno mental grave), como en aquellas que siguen estudios universitarios y presentan trastornos mentales más comunes (como la depresión o la ansiedad), abordando la salud mental desde una definición global que incluya tanto la esfera clínica o diagnóstica como la esfera del bienestar mental.

Para ello, se ha llevado a cabo un estudio piloto y tres estudios principales. El estudio piloto se realizó para conocer la situación general de personas con trastorno mental y servir como base los estudios principales¹³.

En cada uno de los estudios principales se ha establecido un objetivo principal en base a los conocimientos adquiridos en el estudio anterior, así como también en base a los conocimientos que se busca alcanzar (ver Figura 7).

¹³ Para más información sobre los objetivos del estudio piloto ver *Capítulo 4. Estudio Piloto*.

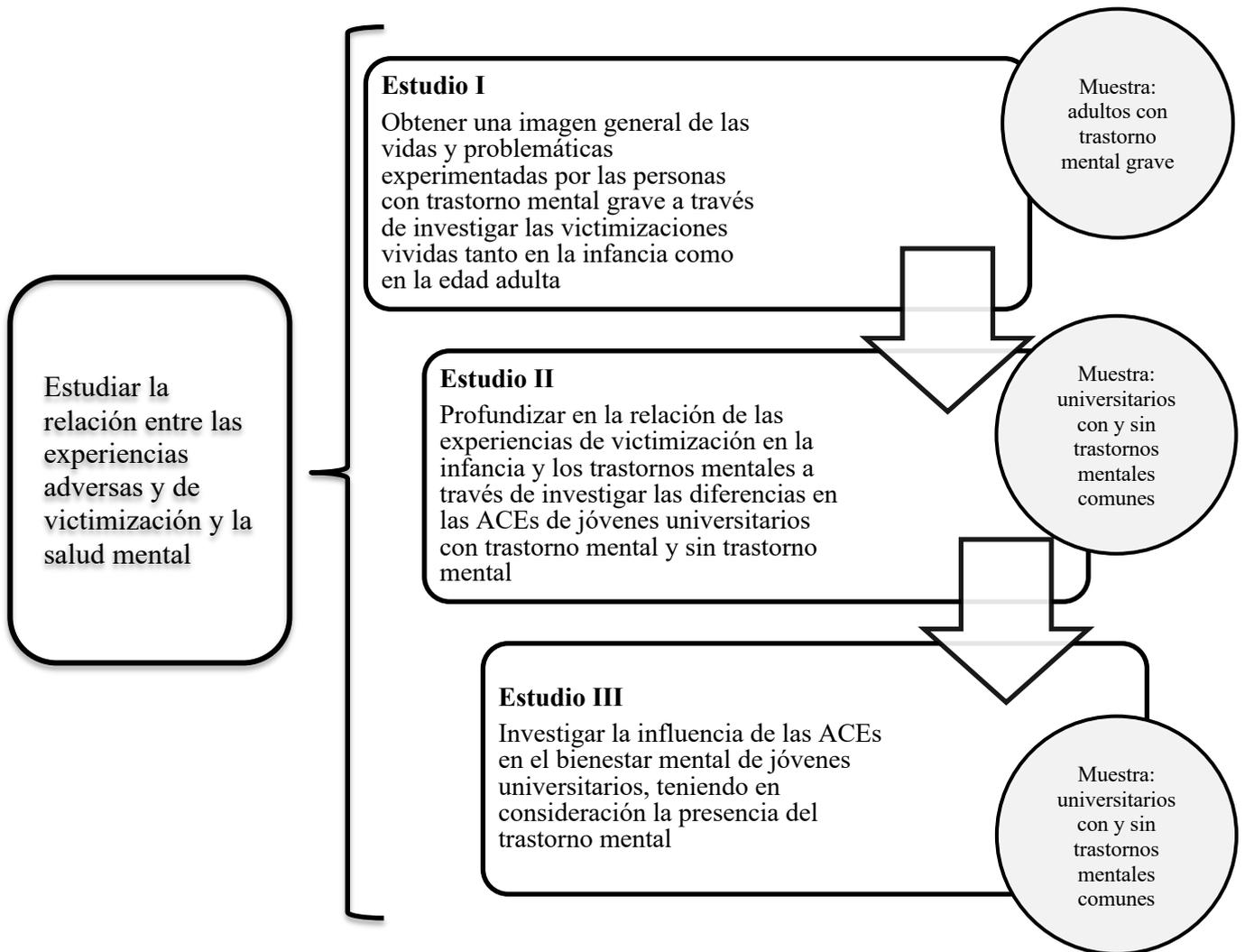


Figura 7. Esquema de elaboración propia del proceso de investigación llevado a cabo a través de los objetivos establecidos para cada estudio, enmarcados dentro del objetivo principal de esta tesis

3.1.1. Objetivos del Estudio I

El objetivo principal del primer estudio es obtener una imagen general de las experiencias de victimización tanto en la infancia como en la edad adulta, las características clínicas y las conductas de riesgo reportadas por una muestra de personas adultas con trastorno mental grave

Objetivos específicos

- a) Estudiar la prevalencia de las experiencias adversas y de victimización en una muestra de personas adultas con trastorno mental grave.
- b) Conocer las características clínicas y conductas de riesgo, como pueden ser el consumo de tóxicos o los intentos de suicidio, de personas adultas con trastorno mental grave.
- c) Identificar las posibles diferencias en los tipos de experiencias adversas y de victimización vividas en función del género.

3.1.2. Objetivos del Estudio II

El objetivo principal del segundo estudio es profundizar en la relación de las experiencias de victimización en la infancia y los trastornos mentales, a través de investigar las diferencias en las ACEs de jóvenes universitarios con trastorno mental y sin trastorno mental, así como también a través del estudio de las características clínicas en ambos grupos.

Objetivos específicos

- a) Estudiar la prevalencia de las experiencias adversas y de victimización en la infancia y su relación con la presencia o ausencia del trastorno mental.
- b) Conocer las características clínicas y conductas de riesgo, como pueden ser el consumo de tóxicos o los intentos de suicidio, y su relación con la presencia o ausencia del trastorno mental.
- c) Identificar las posibles diferencias en los tipos de experiencias adversas y de victimización vividas en función del género dentro de los grupos de estudiantes con y sin trastorno mental.

3.1.3. *Objetivos del Estudio III*

El objetivo principal del tercer estudio es investigar la influencia de las ACEs en el bienestar mental de jóvenes universitarios, teniendo en consideración la presencia del trastorno mental como un factor que podría influir en esta relación.

Objetivos específicos

- a) Identificar los diferentes patrones de ACEs en jóvenes universitarios.
- b) Analizar las diferencias en los niveles de bienestar mental teniendo en cuenta los patrones de ACEs, a la vez que se considera el rol mediador de algunas covariables sociodemográficas y clínicas, tales como la edad.
- c) Estudiar el efecto mediador de la presencia/ausencia de trastorno mental en la relación de los patrones de ACEs y el bienestar mental de los estudiantes universitarios.

3.2. Hipótesis de la investigación

En cuanto a las hipótesis, éstas se formulan en base a la literatura científica existente y se relacionan con los objetivos establecidos para cada estudio, tal y como se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5. Objetivos e hipótesis de cada uno de los estudios realizados

Estudio	Objetivos	Hipótesis
I	Estudiar la prevalencia de las experiencias adversas y de victimización en una muestra de personas adultas con trastorno mental grave.	Las personas con trastorno mental reportaran elevados índices de experiencias adversas y de victimización (Baumann y Teasdale, 2018; de Vries et al., 2019; Maniglio, 2009).
	Conocer las características clínicas y conductas de riesgo, como pueden ser el consumo de tóxicos o los intentos de suicidio, de hombres y mujeres con trastorno mental grave.	Las personas con trastorno mental reportaran elevados índices de consumo de tóxicos, así como también de ideación y conducta suicida (Drake y Wallach, 1989; Link et al., 1997; Osborn et al., 2008).
	Identificar las posibles diferencias en los tipos de experiencias adversas y de victimización vividas en función del género.	Se encontrarán prevalencias similares en todas las ACEs, exceptuando los tipos de victimización sexual, donde las mujeres presentarán tasas significativamente más altas que los hombres (Goodman et al., 2001; Goodman et al., 1997; Van Deirse, 2019).

Estudio	Objetivos	Hipótesis
II	Estudiar la prevalencia de las experiencias adversas y de victimización en la infancia y su relación con la presencia o ausencia del trastorno mental.	<p>A nivel general, todos los jóvenes universitarios reportarán elevados índices de experiencias adversas y de victimización (Ho et al. 2019; Karatekin y Ahluwalia, 2020; Khrapatina y Berman, 2017; Tran et al., 2015).</p> <p>No obstante, los jóvenes universitarios con trastorno mental presentarán índices más elevados de ACEs en comparación con aquellos sin trastorno mental (Yu et al., 2021).</p>
	Conocer las características clínicas y conductas de riesgo, como pueden ser el consumo de tóxicos o los intentos de suicidio, y su relación con la presencia o ausencia del trastorno mental.	<p>Los jóvenes universitarios con trastorno mental presentarán índices más elevados de consumo de tóxicos y alcohol de riesgo en comparación con aquellos sin trastorno mental (Drake y Mueser, 1996; Groenman et al., 2017; Jones y McCance-Katz, 2019; Keen et al., 2022; Meade et al., 2009).</p> <p>A la vez, también reportaran mayores tasas de ideación e intentos de suicidio, en comparación con los estudiantes sin un diagnóstico de trastorno mental (Fu et al., 2021; Mishara y Chagnon, 2011; Sahle et al., 2021; Schmutte et al., 2021).</p>
	Identificar las posibles diferencias en los tipos de experiencias adversas y de victimización vividas en función del género dentro de los grupos de estudiantes con y sin trastorno mental.	Las mujeres reportaran mayores índices de victimización sexual infantil en comparación con los hombres, tanto entre estudiantes sin trastorno mental (Barth et al., 2013; Pereda et al., 2013) como en aquellos con trastorno mental (Karlsson y Zielinski, 2020; Lindert et al., 2014; Matheson, 2012; Pan et al., 2021; Subica, 2013; Varese et al., 2012).

Estudio	Objetivos	Hipótesis
III	Identificar los diferentes patrones de ACEs en jóvenes universitarios.	Se identificarán, al menos, tres clases o grupos de estudiantes, en las que una representará a aquellos individuos que han experimentado más ACEs y otra representará a los que han experimentado pocas ACEs. También se espera encontrar una clase que represente a un grupo de personas que en su mayoría han experimentado disfunciones en el hogar durante su infancia (Frøyland y Andersen, 2023; Ho et al., 2019; Kim et al., 2023; Wang et al., 2021).
	Analizar las diferencias en los niveles de bienestar mental teniendo en cuenta los patrones de ACEs, a la vez que se considera el rol mediador de algunas covariables sociodemográficas y clínicas, tales como la edad.	Los individuos que experimentaron un mayor número de ACEs presentarán niveles más bajos de bienestar mental en comparación con aquellos que experimentaron un bajo número de ACEs (Chen et al., 2021; Hughes et al., 2016; Hughes et al., 2017).
	Estudiar el efecto mediador de la presencia/ausencia de trastorno mental en la relación de los patrones de ACEs y el bienestar mental de los estudiantes universitarios.	El diagnóstico psiquiátrico moderará la relación entre ACEs y los niveles de bienestar mental. No obstante, la acumulación de ACEs continuará teniendo el mayor peso en la disminución de los valores del bienestar mental (Hughes et al., 2016; Laurinaitytė et al 2022).

CAPÍTULO 4. ESTUDIO PILOTO

4. ESTUDIO PILOTO

Esta tesis se inició a partir de una investigación exploratoria preliminar, la cual se realizó con el objetivo de conocer, de forma general, la situación de las personas con trastorno mental, de tal forma que los estudios subsiguientes pudiesen desarrollarse adecuadamente a partir de unos conocimientos de base sobre este colectivo.

Durante el estudio piloto se llevaron a cabo seis grupos de discusión formados por personas con un diagnóstico de trastorno mental, personas de su círculo más cercano (como su propia familia), profesionales del sector psiquiátrico, trabajadoras sociales, y profesionales de la salud mental. Cuatro grupos de discusión se realizaron en diferentes Centros de Salud Mental de Adultos (CSMAs) de la ciudad de Barcelona, y estaban principalmente conformados por trabajadoras sociales y psicólogas. Otro grupo de discusión se llevó a cabo a través de una asociación sin ánimo de lucro, y estaba conformado por personas diagnosticadas con un trastorno mental, familiares de personas diagnosticadas con un trastorno mental y profesionales de la psicología especializados en trastorno mental grave. El último grupo se llevó a cabo en las instalaciones de un centro médico de salud mental de la ciudad, y estaba conformado por psiquiatras, enfermeras y auxiliares.

Debido a la dificultad de acceso a los centros de psiquiatría, así como la necesidad de obtener más información sobre el sistema de salud mental psiquiátrico catalán, se optó por realizar tres entrevistas individuales a psiquiatras de distintos servicios médicos de Cataluña.

Todas las personas involucradas en el estudio piloto fueron informadas de los objetivos de la investigación y dieron su consentimiento informado por escrito (Anexos II y III, respectivamente). A su vez, rellenaron un pequeño documento con información sobre su vinculación con el centro donde trabajaban y su rol profesional (Anexo IV).

Los grupos de discusión se llevaron a cabo siguiendo un guión semi-estructurado de entrevista grupal, que se fue modificando y ampliando a medida que avanzaba la investigación. Las entrevistas personales también seguían un guión de entrevista semi-estructurada, permitiendo que se abordaran temas adicionales que no estaban contemplados inicialmente en el estudio. Esto garantizó que las personas participantes tuvieran la oportunidad de hablar sobre cualquier tema que consideraran relevante.

Los temas principales que se abordaron a través de los grupos de discusión fueron, en orden de importancia, la victimización en la infancia y en la edad adulta, los derechos humanos de las personas con trastorno mental, el coste económico y social del trastorno, el sistema de salud y su intervención en los casos de trastorno mental grave, las dificultades a la hora de acompañar a un familiar con trastorno mental grave, las contenciones físicas y químicas dentro de los centros de salud y las dificultades laborales.

Este primer acercamiento a la realidad de las personas con trastorno mental y de los profesionales que las atienden, así como de sus familiares, no tuvo la intención de ser formalmente incluido en este trabajo¹⁴. No obstante, tal y como recomiendan diversos autores (Barbour, 2005; Swaraj, 2019), sirvió para enfocar la investigación y reajustar los instrumentos a la realidad. Además, las entrevistas individuales realizadas durante el Estudio I de esta investigación se llevaron a cabo en los mismos centros donde se habían realizado previamente los grupos de discusión, lo que permitió un mayor contacto con los profesionales, un mejor conocimiento de las instalaciones y las dinámicas de los centros, así como una comunicación más fluida con las personas participantes.

En la Tabla 6 se presenta un pequeño resumen de los centros, las asociaciones y los profesionales que participaron en el estudio piloto.

¹⁴ Para conocer información más detallada sobre esta investigación preliminar pueden contactar con la autora de este trabajo.

Tabla 6. Listado de organizaciones y profesionales que colaboraron en el estudio piloto

Organización participante	Tipo de colaboración
Asociación 1	Grupo de discusión con personas con trastorno mental, familiares y psicólogos.
CSMA 1	Grupo de discusión formado principalmente por psicólogas y trabajadoras sociales.
CSMA 2	Grupo de discusión formado principalmente por psicólogas y trabajadoras sociales.
CSMA 3	Grupo de discusión formado principalmente por psicólogas y trabajadoras sociales.
CSMA 4	Grupo de discusión formado principalmente por psicólogas y trabajadoras sociales.
Centro médico de salud mental	Grupo de discusión compuesto por psiquiatras, enfermeras y auxiliares para la investigación exploratoria preliminar.
Entrevista individual 1	Profesional de psiquiatría con 24 años de experiencia.
Entrevista individual 2	Profesional de psiquiatría con 4 años de experiencia.
Entrevista individual 3	Profesional de psiquiatría con 22 años de experiencia.

CAPÍTULO 5. ESTUDIO I

5. Estudio I. Prevalencia de experiencias adversas y victimización en personas adultas con trastorno mental grave en Barcelona

El objetivo de este primer estudio¹⁵ fue conocer la extensión y características de las experiencias adversas y de victimización en una muestra de personas adultas con un trastorno mental grave residentes en la ciudad de Barcelona, así como estudiar las características clínicas y conductas de riesgo, como pueden ser el consumo de tóxicos o los intentos de suicidio, de hombres y mujeres con trastorno mental grave e identificar las posibles diferencias en los tipos de experiencias adversas y de victimización vividas en función del género.

Este estudio tuvo un diseño descriptivo, cuantitativo y transversal. Como se verá más adelante, las experiencias adversas y de victimización se evaluaron a través del ACE-IQ, el cual se amplió para incluir experiencias acontecidas en la edad adulta. En total, se entrevistó a 74 personas con trastorno mental grave ($M = 42,03$ años; $DE = 9,60$).

5.1. Metodología

5.1.1. Participantes

Descripción general de la muestra

En el primer estudio la muestra estuvo compuesta por 74 personas diagnosticadas con un trastorno mental grave, de las cuales 42 eran mujeres (56,8%) y 32 eran hombres (43,2%). Las personas participantes tenían edades comprendidas entre los 21 y los 68 años, con una edad promedio de 42,03 años ($DE = 9,60$) para ambos géneros. Las mujeres tenían una edad media de 42,5 años ($DE = 8,93$) mientras que los hombres tenían una edad media de 41,4 años ($DE = 10,50$), sin mostrar diferencias estadísticamente significativas. Como se observa en las Figuras 8 y 9, una minoría de las personas participantes tenían más de 60 años, siendo, la mayoría, adultos de entre 20 y 59 años.

¹⁵ Este estudio ha sido publicado como: Bartolomé-Valenzuela, M., Pereda, N. y Guilera, G. (2023). Prevalencia de experiencias adversas y victimización en personas adultas con trastorno mental grave en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 37, 102314. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2023.102314>

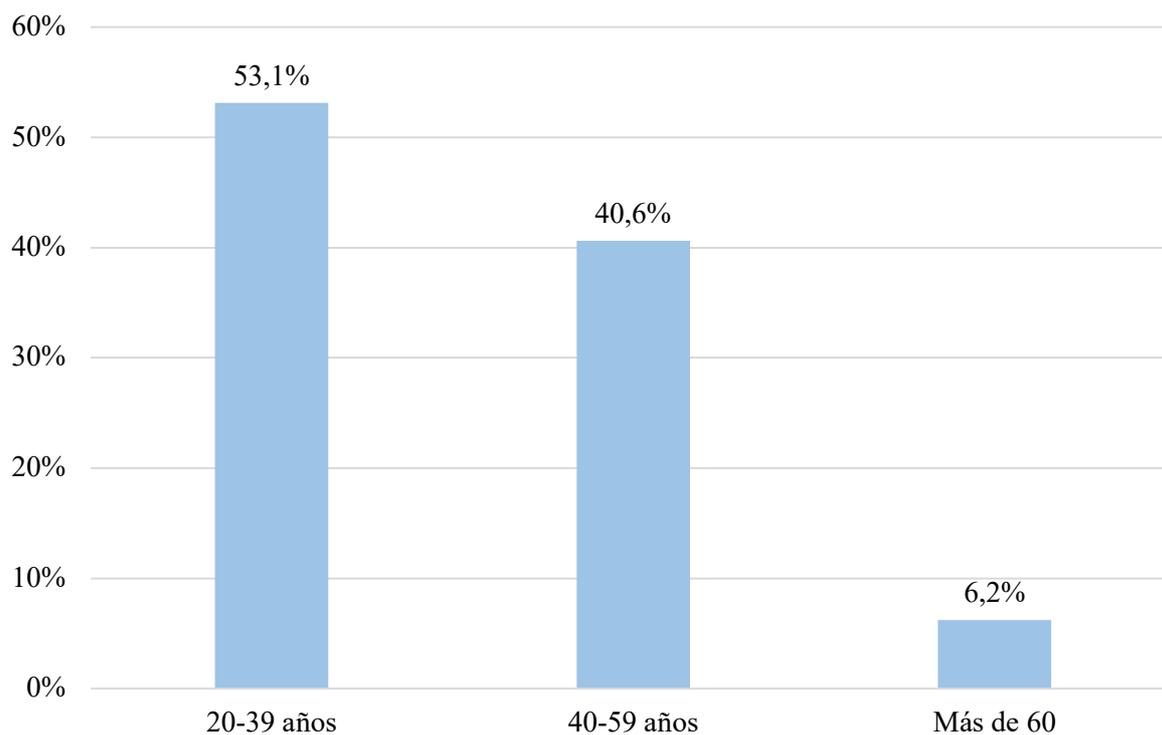


Figura 8. Distribución de los hombres de la muestra según la edad

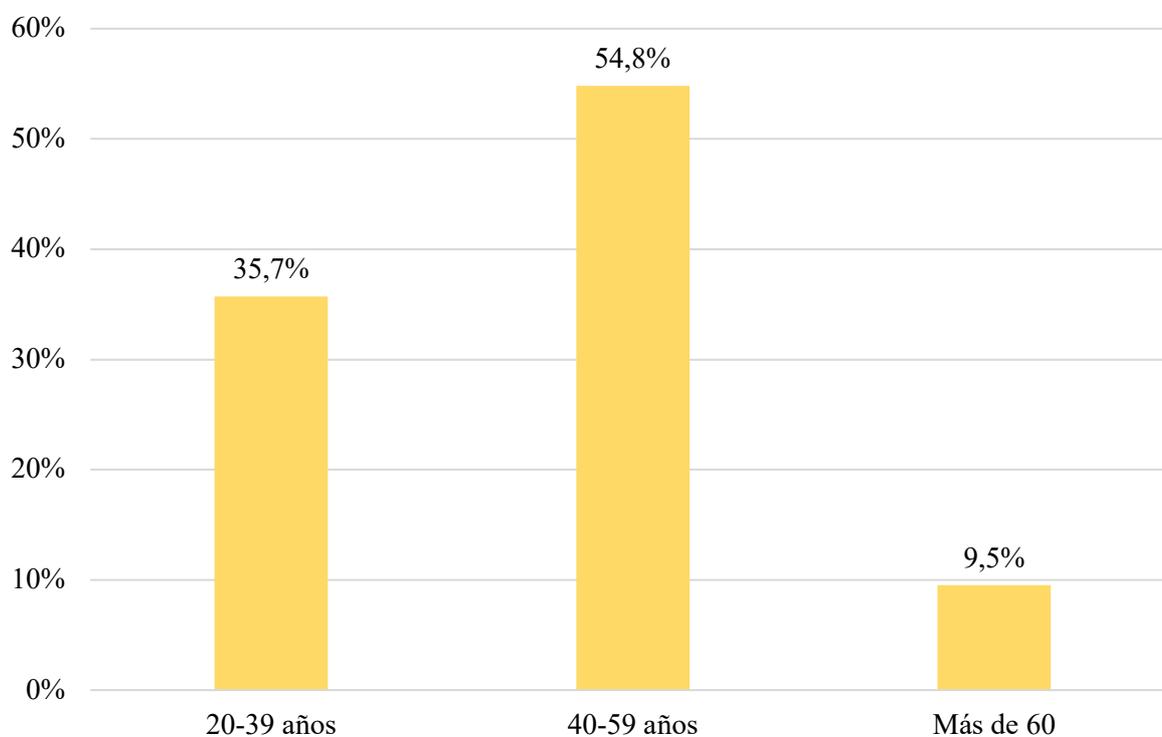


Figura 9. Distribución de las mujeres de la muestra según la edad

Como se puede ver en la Tabla 7, la mayoría de las personas participantes (97,3%) nacieron en España, mientras que el 2,7% restante procedía de América, otros países europeos, Asia y África.

Tabla 7. Características sociodemográficas de la muestra, desglosadas por género

	Total		Varones		Mujeres	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Edad</i>						
20-39 años	32	43,2	17	53,1	15	35,7
40-59 años	36	48,6	13	40,6	23	54,8
Más de 60 años	6	8,1	2	6,2	4	9,5
<i>País de origen</i>						
España	72	97,3	30	93,8	42	100
Otro	2	2,7	2	6,2	0	0,0
<i>Estado civil</i>						
Con pareja estable	25	33,8	6	18,8	19	45,2
Sin pareja estable	47	63,5	26	81,2	21	50,0
Viudo/a	2	2,7	0	0,0	2	4,8
<i>Titulación académica</i>						
Sin estudios	1	1,4	1	3,1	0	0,0
Estudios obligatorios	21	28,4	10	31,2	11	26,2
Bachillerato o Formación Profesional	36	48,6	15	46,9	21	50,0
Estudios universitarios	16	21,6	6	18,8	10	23,8

En cuanto a la orientación sexual, un 74,3% era heterosexual, mientras que un 25,7% pertenecía a una minoría sexual (ver Figura 10).

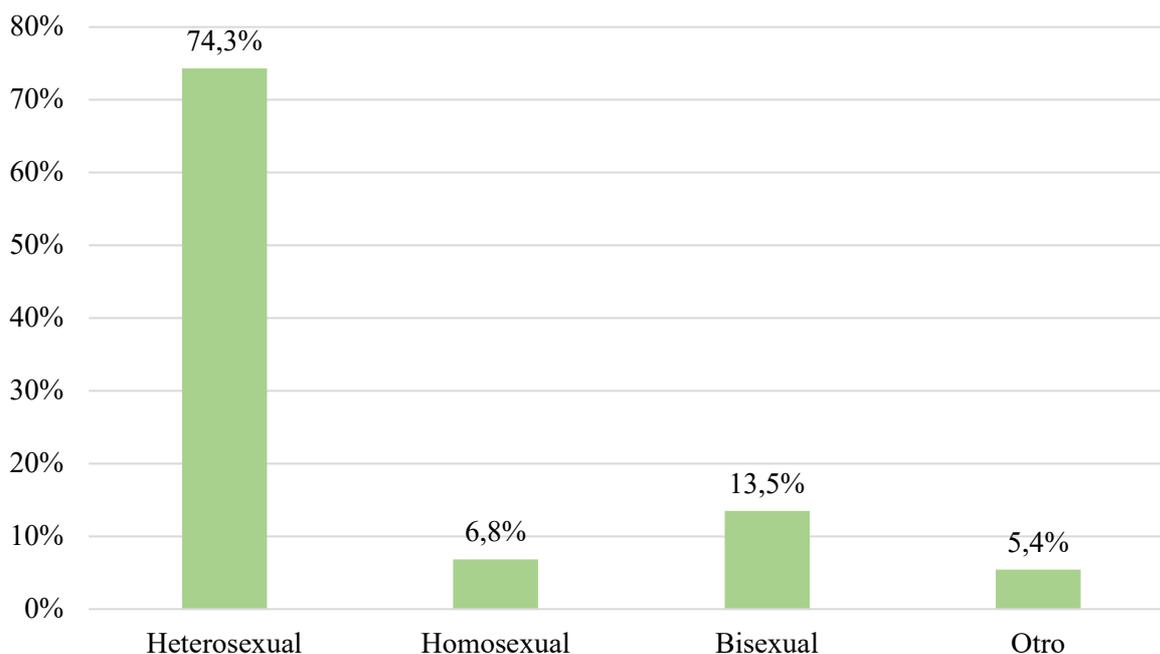


Figura 10. Distribución de la muestra según la orientación sexual reportada

Características clínicas de la muestra

El 74,3% de las personas participantes poseía un certificado de discapacidad, indicando una disminución en su capacidad para llevar una vida autónoma y/o laboral, a la vez que presentaban síntomas psicológicos y rasgos inflexibles, desadaptativos y persistentes, compatibles con un diagnóstico de trastorno mental según el DSM-IV, tal y como determina el Real Decreto Legislativo 1971/1999 de procedimiento para el *reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía*.

El 94,6% de las personas contaba con el apoyo y acompañamiento de un profesional. Se establecieron cuatro categorías para evaluar el tipo de acompañamiento basadas en los criterios del Departamento de Derechos Sociales de la Generalitat de Catalunya (Departament de Drets Socials, s.f.), el cual diferencia entre cuatro tipos de apoyo en relación con la frecuencia temporal con la que se usan: el apoyo intermitente; el apoyo limitado; el apoyo extensivo; y el apoyo generalizado (ver Figura 11).

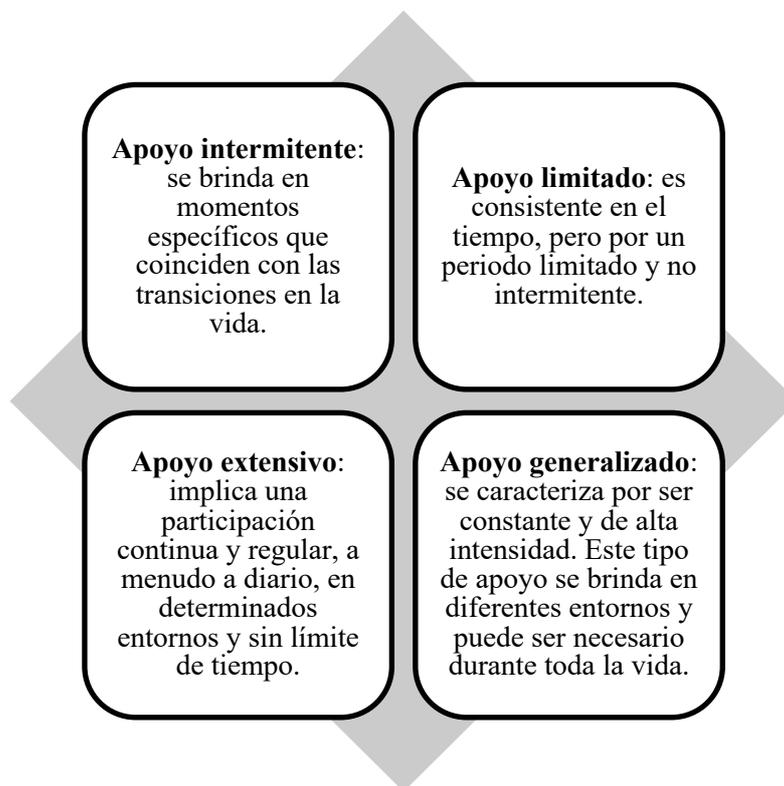


Figura 11. Tipos de soporte basados en los criterios del Departamento de Derechos Sociales de la Generalitat de Catalunya

Así, todas las personas entrevistadas padecían un trastorno mental que afectaba negativamente su funcionamiento diario y a su calidad de vida. Por otro lado, como se puede observar en la Figura 12, el apoyo más frecuente fue el *intermitente*, el cual acostumbra a ofrecerse en momentos puntuales, normalmente cuando se acentúa la severidad de los síntomas del trastorno. Además, una mayoría de las personas participantes asistía diariamente a un CSMA, los cuales tienen el objetivo de ofrecer un acompañamiento complementario a las personas con trastorno mental que, debido a la seriedad y/o complejidad de su trastorno, no pueden ser atendidas únicamente a través de los servicios de la Atención Primaria¹⁶.

¹⁶ Ver <http://www.peremata.cat/spa/item/ART00274.html>

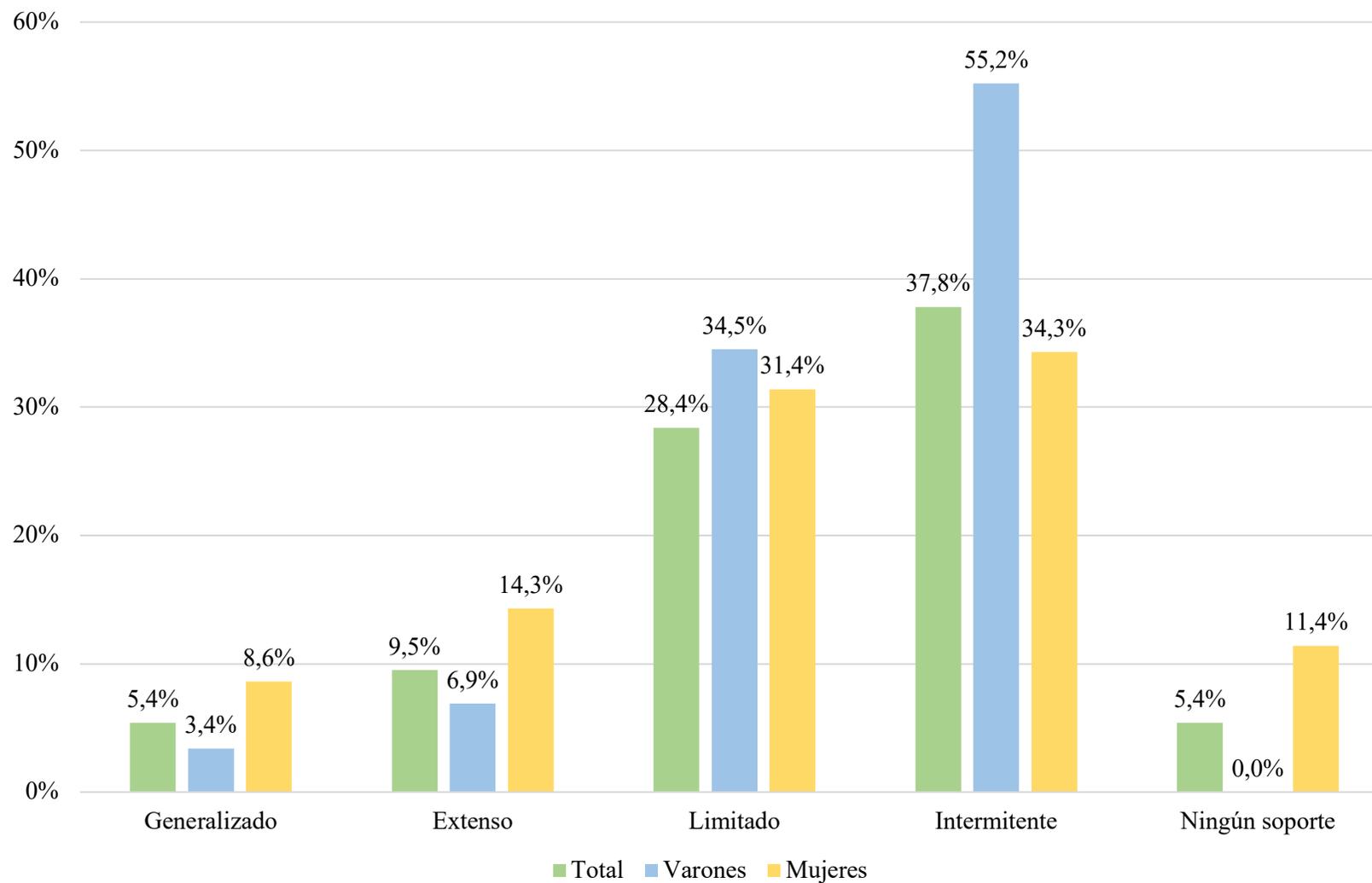


Figura 12. Distribución de la muestra por tipo de soporte

Por lo que respecta al consumo de alcohol, un 17,6% de las personas participantes mostraba un consumo de alcohol considerado de riesgo. El 52,7% había consumido cannabis, cocaína o heroína en algún momento de su vida y un 14,9% afirmaba consumir alguna de estas drogas en ese momento. Como se observa en la Figura 13, sólo un 51,4% de la muestra nunca había consumido cannabis, indicando que prácticamente la mitad lo había hecho en el pasado o actualmente¹⁷.

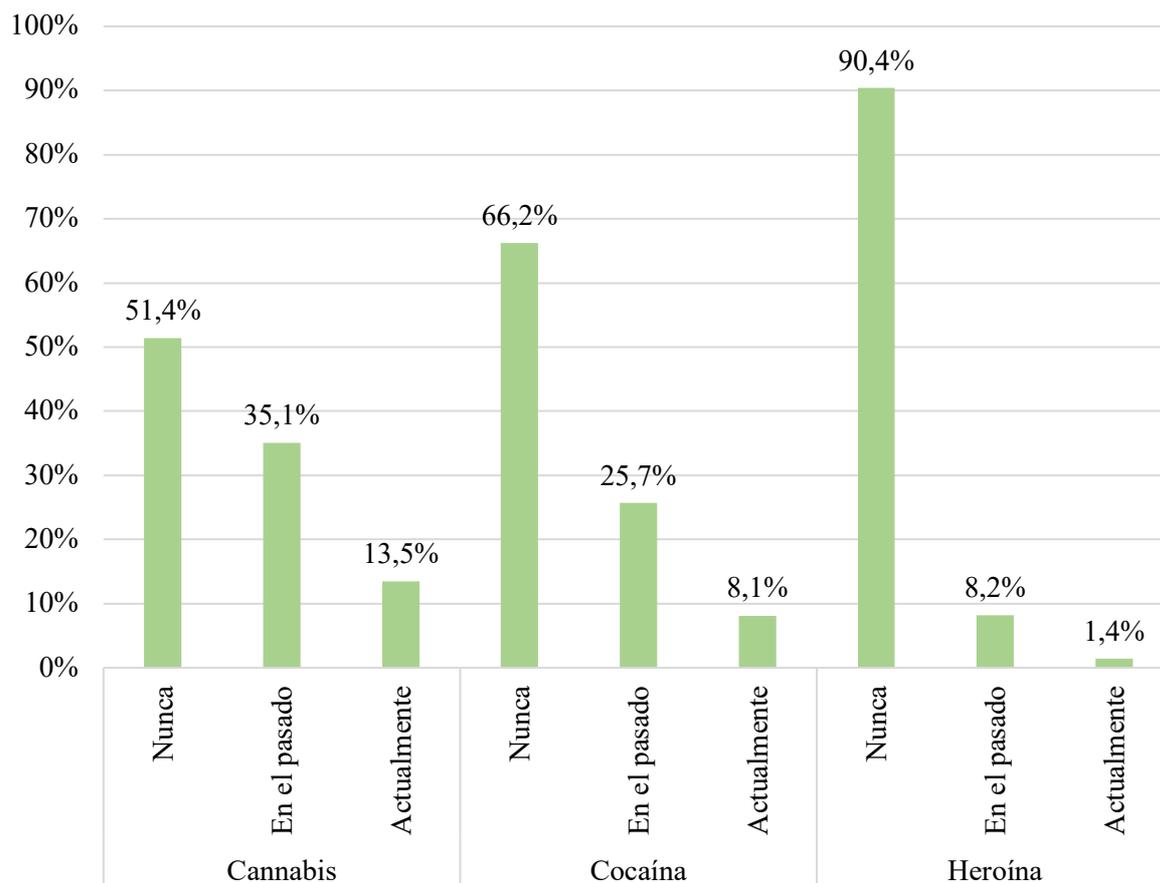


Figura 13. Prevalencia de consumo de sustancias tóxicas según el tipo de droga en relación con el total de la muestra

¹⁷ Para conocer las diferencias entre hombres y mujeres en el consumo de alcohol y drogas, tanto a nivel estadístico como porcentual, véase la Tabla 8.

En relación con la ideación suicida, aproximadamente el 80% de las personas participantes había experimentado este tipo de pensamientos en algún momento de sus vidas. Como se ve en la Figura 14, en más de la mitad de los casos (62,2%), estos pensamientos habían ocurrido más de cuatro veces.

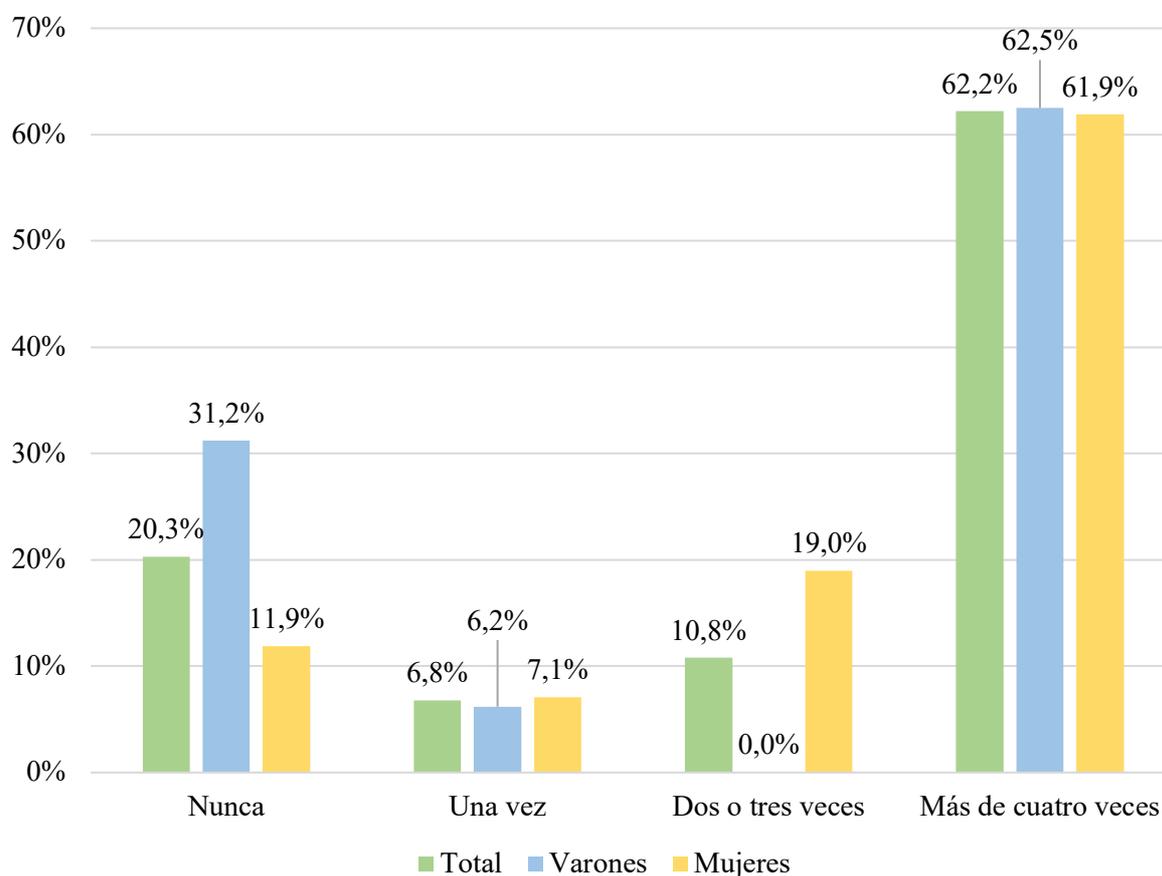


Figura 14. Frecuencia de la ideación suicida reportada por los participantes, desglosada por género

En total, casi la mitad de las personas participantes que reportaban haber tenido ideación suicida (49,2%) había intentado cometer suicidio alguna vez en su vida¹⁸. Del total de la muestra, esto suponía el 39,2% ($n = 29$), es decir, más de una de cada tres personas del estudio había intentado cometer suicidio alguna vez en su vida. Como se ve en la Figura 15, de las personas que habían tenido pensamientos suicidas, un 13,6% realizó intentos de suicidio en más de cuatro ocasiones.

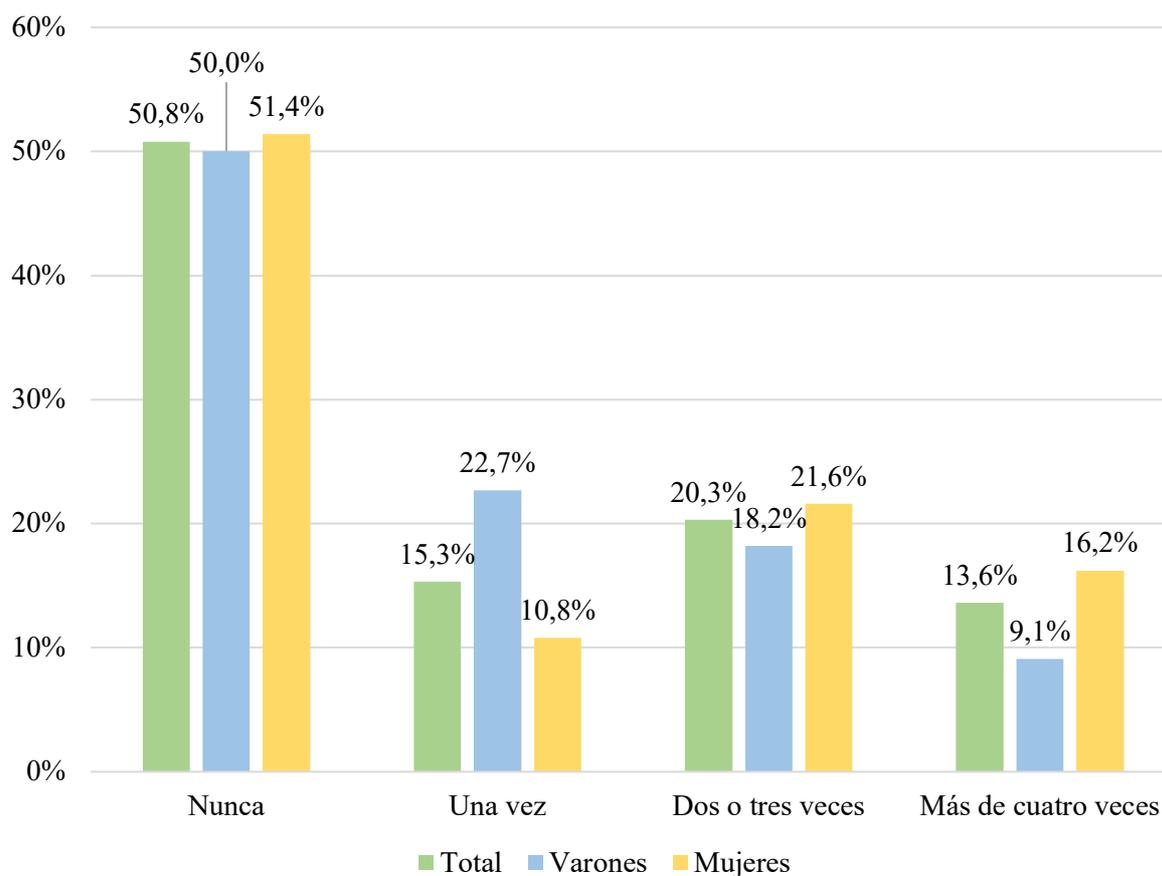


Figura 15. Frecuencia de la conducta suicida reportada por los participantes, desglosada por género

¹⁸ Es importante tener en cuenta que los porcentajes que se muestran en la figura se han calculado sobre el total de personas que reportan haber tenido ideación suicida, no sobre el total de la muestra.

Como se muestra en la Tabla 8, se encontró una relación estadísticamente significativa, aunque débil, entre el género de la persona participante y la ideación suicida, habiendo tenido alguna vez estos pensamientos el 88% de las mujeres participantes ($\chi^2 = 4,206$ $gl = 1$, $p = ,040$, V de Cramer = ,238).

Tabla 8. Características clínicas de la muestra, desglosadas por género

	Total		Hombres		Mujeres		Estadístico	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2 (<i>gl</i>)	V de Cramer
<i>Consumo de alcohol de riesgo actual o en el pasado^a</i>	13	17,6	7	21,9	6	14,3	0,72 (1)	,099
<i>Consumo de cannabis</i>							2,59 (1)	,187
Nunca	38	51,4	13	40,6	25	59,5		
En el pasado	26	35,1	15	46,9	11	26,2		
Actualmente	10	13,5	4	12,5	6	14,3		
<i>Consumo de cocaína</i>							0,35 (1)	,069
Nunca	49	66,2	20	62,5	29	69,0		
En el pasado	19	25,7	11	34,4	8	19,0		
Actualmente	6	8,1	1	3,1	5	11,9		
<i>Consumo de heroína^b</i>							0,68 (1)	,097
Nunca	66	89,2	27	87,1	39	92,9		
En el pasado	6	8,1	4	12,9	2	4,8		
Actualmente	1	1,4	0	0,0	1	2,4		
<i>Ideación suicida^c</i>							4,21 (1)*	,238
Nunca	15	20,3	10	31,2	5	11,9		
Una vez	5	6,8	2	6,2	3	7,1		
Dos o tres veces	8	10,8	0	0,0	8	19,0		
Más de cuatro veces	46	62,2	20	62,5	26	61,9		
<i>Conducta suicida^d</i>							0,01 (1)	,013
Nunca	30	50,8	11	50,0	19	51,4		
Una vez	9	15,3	5	22,7	4	10,8		
Dos o tres veces	12	20,3	4	18,2	8	21,6		
Más de cuatro veces	8	13,6	2	9,1	6	16,2		

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

^a Para definir el consumo de alcohol como “consumo de riesgo” se han usado tres ítems del cuestionario AUDIT-C diseñado por la Organización Mundial de la Salud para su uso internacional.

^b Este ítem presenta un valor perdido.

^c La persona había tenido ideas suicidas, imaginando o deseando su propia muerte.

^d Se incluyen sólo aquellas personas que habían tenido ideación suicida. En el caso que no hubiesen tenido ideación suicida no se preguntaba por los intentos de suicidio.

Selección de la muestra

La muestra del Estudio I estuvo compuesta por personas diagnosticadas con un trastorno mental grave residentes en la ciudad de Barcelona. Debido a la dificultad de acceso a la población de personas con trastorno mental grave, se usó un enfoque de muestreo no probabilístico conocido como muestreo por conveniencia (Tyrer y Heyman, 2016).

Se contó con la colaboración del Instituto Municipal de Personas con Discapacidad (IMPD) de la ciudad de Barcelona, el cuál participó en la investigación como promotor del estudio. Antes de empezar la investigación, se realizaron varias reuniones con los técnicos del Instituto para aclarar cómo se iba a enfocar el estudio y qué pasos se iban a seguir a la hora de contactar con las personas participantes. A raíz de estas reuniones iniciales, se decidió que el IMPD realizaría un primer contacto con los CSMA de la ciudad de Barcelona, instándolos a compartir información sobre el estudio con sus usuarios para que éstos pudiesen participar en la investigación de forma voluntaria. Estas reuniones con el IMPD se realizaron trimestralmente durante toda la investigación hasta su finalización, contando con el apoyo y asesoramiento de los técnicos del Instituto a lo largo del proceso. El Ayuntamiento de Barcelona subvencionó parte la investigación y, al finalizar el proyecto, se entregó al IMPD un informe donde se recogían los resultados del estudio¹⁹.

Por otro lado, también se contó con la colaboración de diversas asociaciones sin ánimo de lucro destinadas al apoyo y acompañamiento de las personas con trastorno mental, siempre y cuando las personas derivadas por éstas cumplieren los requisitos para participar en la investigación. En estos casos, se requirió que las personas estuviesen vinculadas a un CSMA o contasen con el certificado de discapacidad para asegurar la presencia de un trastorno mental grave.

Se contactó con 75 centros u organizaciones vinculadas al ámbito de la salud mental de toda Cataluña (ver Anexo V). De aquellas 17 que contestaron (22,97%), 13 (17,57%)

¹⁹ Cabe señalar que el informe redactado para el Ayuntamiento contenía información adicional relativa a: a) la discriminación social por tener un trastorno mental; b) la victimización por parte de trabajadores de las instituciones públicas; c) las contenciones físicas y químicas en los centros de salud mental (tanto la visión de los profesionales como de las personas con trastorno mental); y d) el ensombrecimiento del diagnóstico (o *shadowing* en inglés), un fenómeno por el cual a menudo los profesionales del sistema de salud general infradiagnostican a las personas con trastorno mental por atribuir la sintomatología que estas relatan a una consecuencia más de su trastorno mental, asumiendo que inventan o imaginan dichos síntomas a causa de su condición mental (Jones et al., 2008).

accedieron a colaborar. Finalmente, cuatro organizaciones fueron descartadas por uno o más de los siguientes motivos: a) las personas usuarias no cumplían con los requisitos de la investigación; b) en ese momento no estaban en funcionamiento y no podían contactar con antiguos usuarios; o c) ninguna persona vinculada a la organización se presentó voluntaria para participar en la investigación.

Para evitar el sesgo en la selección de la muestra (Wallin, 1949) y no promover únicamente la participación de las personas que habían sufrido alguna forma de experiencia adversa o victimización a lo largo de su vida, se optó por hacer una descripción general de la investigación en el correo de captación de participantes. Así, en un primer momento se habló de una investigación sobre los derechos humanos de las personas con trastorno mental y, más adelante, se informó con más concreción sobre los objetivos del estudio. De esta forma, se buscaba eludir que sólo se sintieran instadas a participar aquellas personas que hubiesen sufrido victimización a lo largo de su vida.

Como criterio de inclusión principal se seleccionaron personas mayores de 18 años residentes en la ciudad de Barcelona que, debido a la afectación del trastorno en su día a día, estuvieran vinculadas a un CSMA. Este criterio sigue la línea de otras investigaciones en las que se concluye que la falta de autonomía del individuo es un factor determinante a la hora de evaluar la gravedad del trastorno (Parabiagli et al., 2006), así como también es coherente con la perspectiva que están tomando las instituciones de salud mental catalanas (Departament de Drets Socials, 2014). Para la selección de la muestra se siguieron los criterios de inclusión y exclusión que se muestran en la Figura 16.

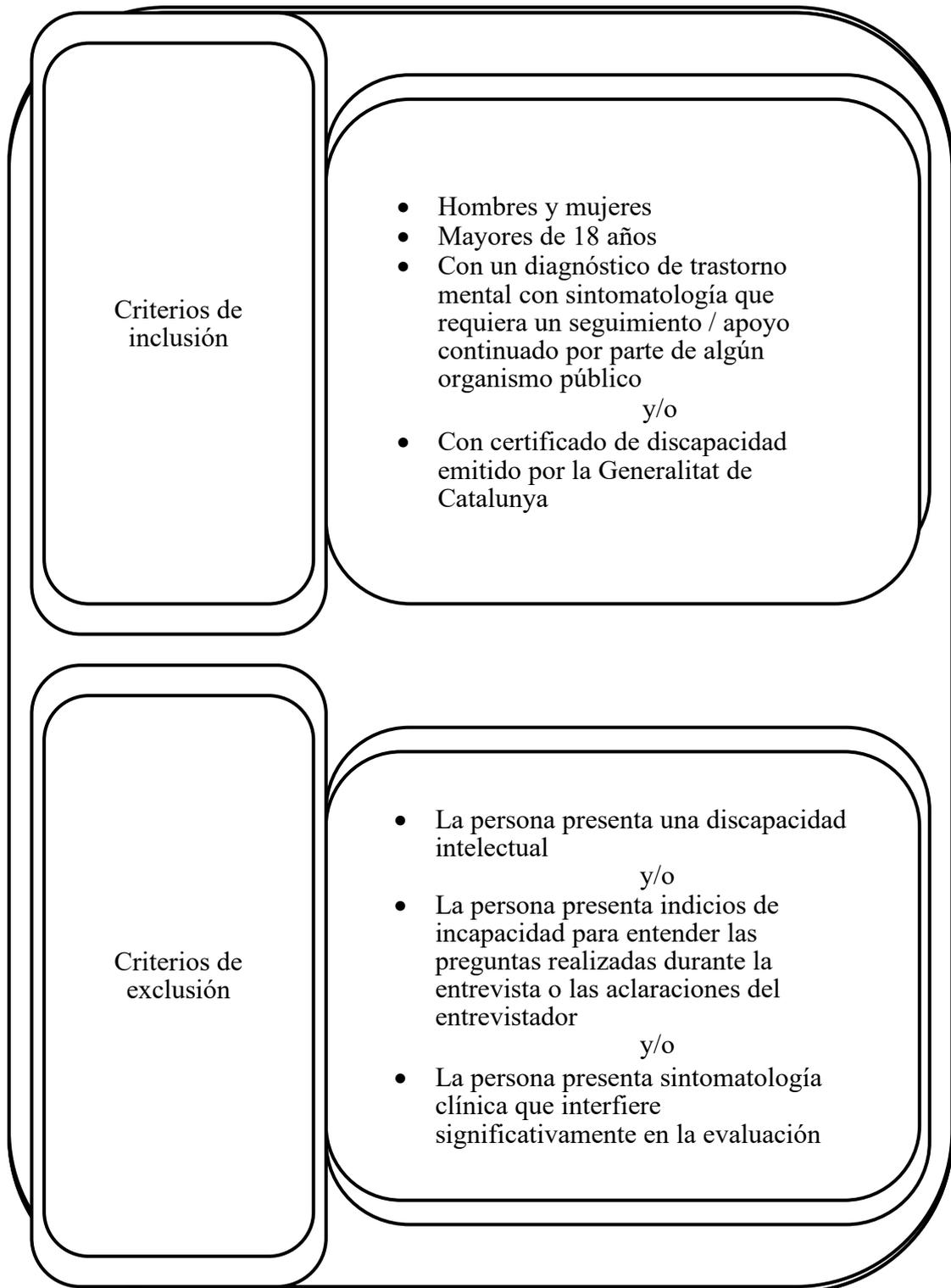


Figura 16. Criterios de inclusión y exclusión para la selección de la muestra del Estudio I

5.1.2. Procedimiento

Realización de las entrevistas

Las entrevistas se llevaron a cabo durante el año 2018. La información proporcionada fue tratada de forma confidencial y todas las personas participantes firmaron un formulario de consentimiento para participar en el estudio (ver Anexo III). Además, antes de comenzar, se recordó a las personas participantes su derecho a abandonar la entrevista en cualquier momento.

Por otro lado, las personas que accedieron a colaborar lo hicieron con conocimiento sobre los aspectos básicos de la investigación (como el objetivo o la duración de la entrevista); sus beneficios (tanto para ellos mismos como para la sociedad); sus riesgos (como, por ejemplo, la incomodidad que pudieran sentir al responder las preguntas del cuestionario); su derecho a no participar y abandonar el estudio; y los términos de confidencialidad bajo los cuales se tratarían sus datos.

Asimismo, las personas que llevaron a cabo las primeras 32 entrevistas fueron alumnos de la Universidad de Barcelona de los estudios de Criminología, los cuales recibieron formación previa al inicio de la investigación sobre los parámetros de comportamiento adecuados teniendo en cuenta la sensibilidad de la temática abordada. Además, todos los colaboradores voluntarios firmaron un formulario de "Compromiso de confidencialidad y explotación de trabajos" en el que se comprometieron a: a) respetar la confidencialidad de todos los datos que llegaran a su conocimiento durante la realización de esa colaboración, ya fuese por medios escritos, filmados o presenciados; b) no hacer uso o explotación del trabajo realizado en el centro o de los datos recopilados más allá de las tareas propias del proyecto de investigación; y c) comportarse a lo largo de su colaboración de acuerdo con los principios establecidos por el Código Deontológico del Psicólogo del Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña (ver Anexo VI). A partir de la entrevista número 33, con dos excepciones, las entrevistas fueron llevadas a cabo íntegramente por la autora de este trabajo.

Aunque durante las entrevistas se realizaron preguntas que podían generar emociones intensas, se ha demostrado que el daño que pueden provocar las preguntas sobre violencia vivida es transitorio y, de hecho, en la mayoría de los casos, las personas participantes se

sienten aliviadas por haber podido compartir estas partes de sus vidas que de otra forma nunca hubieran podido explicar (McClain y Amar, 2013). Por otro lado, y tal y como recomienda la propia Organización Mundial de la Salud (WHO, 2012), las entrevistas se llevaron a cabo en las instalaciones de los CSMA a los que las personas participantes estaban vinculadas, de tal forma que, en el caso que fuese necesaria una intervención psicológica de contención, hubiese profesionales preparados al alcance. No obstante, no fue necesario este apoyo en ninguno de los casos.

El estudio se llevó a cabo siguiendo todos los parámetros éticos recomendados por el Código de Buenas Prácticas en Investigación de la Comisión de Bioética en Investigación de la Universidad de Barcelona, a la vez que cumplió con los principios éticos básicos de la Declaración de Helsinki (World Medical Assembly, 2008) y el Código Ético del Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña (Colegi Oficial de Psicologia de Catalunya, 2015) y fue aprobado por la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona (IRB00003099).

5.1.3. Medidas

El Estudio I se basó en la información proporcionada por las personas participantes a través de la realización de una entrevista estructurada donde se recopilaron datos sociodemográficos, así como relativos a su salud física y mental y a las experiencias vividas durante la infancia y la edad adulta (ver Tabla 9).

Tabla 9. Datos recabados en el Estudio I

	Datos sociodemográficos	Datos clínicos sobre la salud física y mental	Experiencias Adversas vividas en la Infancia (ACE-IQ)	Experiencias de victimización en la edad adulta
Estudio I	✓	✓	✓	✓

Datos sociodemográficos. Se creó un cuestionario específico para recopilar información sobre las características sociodemográficas de las personas participantes. Se diseñó con el fin de obtener datos relevantes sobre: la edad, el género, el país de nacimiento, la titulación académica alcanzada, el estado civil, y otros factores sociodemográficos específicos de la muestra.

Datos clínicos sobre la salud física y mental. En cuanto a las preguntas sobre salud, éstas se centraron en el estilo de vida y en algunos aspectos clínicos de las personas participantes, preguntando por el consumo de alcohol, y drogas, así como ideación suicida e intentos de suicidio, entre otros. Estas preguntas se desarrollaron en base al cuestionario usado en el estudio ACE de la universidad de Liverpool John Moores University (Ford et al., 2016).

Para calcular el consumo de alcohol de riesgo se usó la versión corta del Cuestionario para la Identificación de Trastornos por el Consumo de Alcohol, conocido como el *Alcohol Use Disorders Identification Test* o AUDIT-C por sus siglas en inglés, diseñado por la Organización Mundial de la Salud para su uso internacional (Frank et al., 2008), teniendo en cuenta los criterios establecidos por el Ministerio de Sanidad de España (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021).

Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). Se usó una versión modificada del Cuestionario Internacional de Experiencias Adversas en la Infancia para medir las experiencias adversas y de victimización que habían vivido las personas participantes. El ACE-IQ (Felitti et al., 1998) es un cuestionario promovido por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2016), diseñado para medir las adversidades vividas durante la infancia con el fin de comparar los resultados entre diferentes países y analizar la asociación entre las ACEs y las consecuencias para la salud y el bienestar en la vida posterior de la persona (Gette et al., 2022). Por esta razón, el cuestionario está dirigido a personas mayores de 18 años y, según los propios autores explican en la página oficial de la Organización Mundial de la Salud²⁰, se recomienda incluirlo en encuestas de salud más amplias, tal y como se hizo en esta investigación. Este cuestionario fue traducido por el equipo investigador con el permiso de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud y modificado para adaptarse a las necesidades de la investigación y al contexto de su aplicación (Quinn et al., 2018).

Experiencias de Victimización en la Edad Adulta. En el Estudio I, al instrumento ACE-IQ se le añadieron preguntas para obtener información sobre la victimización en la edad adulta. Así, se agregaron ítems respecto a delitos comunes (como el robo, la agresión física,

²⁰ Véase: [https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-iq\)](https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq))

las amenazas, la discriminación y el acoso); la victimización dentro del ámbito de la pareja; y la victimización electrónica. Estas preguntas se añadieron en base al Cuestionario de Eventos Traumáticos de Vida o *Traumatic Life Events Questionnaire* (TLEQ por sus siglas en inglés) (Kubany et al., 2000) y se formularon tanto para las victimizaciones en la infancia como en la edad adulta, ya que, para conocer cuando habían sufrido la experiencia adversa o de victimización, se preguntó por la edad, indagando únicamente la primera vez que se sufrió dicha experiencia. Además, con el objetivo de recabar más información sobre la experiencia, se añadieron algunas preguntas de seguimiento en cada ítem. Por otro lado, el Estudio I también contó con preguntas sobre las experiencias de discriminación por tener un diagnóstico de trastorno mental, la victimización por parte de trabajadores de instituciones y organismos públicos, y dos preguntas abiertas sobre los problemas personales encontrados en las respuestas del sistema y sus propuestas de mejora. Para la presente tesis, estas últimas preguntas fueron excluidas del análisis de datos.

En la Tabla 10 pueden verse los ítems incluidos en los estudios, así como también las preguntas de seguimiento que se añadieron a cada uno de los ítems.

Tabla 10. Dimensiones y experiencias recabadas a través del ACE-IQ modificado

Dimensión	Categoría	Seguimiento*	Estudio	Ejemplo de preguntas realizadas
Entorno familiar disfuncional	Convivir con alguien con depresión / trastorno mental o conducta suicida / tóxicos / o con una condena judicial / Tener uno o ningún progenitor	1 y 2.1	Estudio I, II y III	<i>¿Has convivido con alguien con depresión, alguna trastorno mental o conducta suicida?</i>
Delitos comunes	Robo /agresión física / amenazas / discriminación / acoso	1; 2; 3; 4 y 5	Estudio I	<i>Alguna vez, ¿te han atracado?</i>
Victimización por iguales	Violencia verbal / física / aislamiento o intimidación	1; 2; 3; 4 y 5	Estudio I, II y III	<i>Durante tu infancia y/o adolescencia, ¿fuiste castigado físicamente, por un adulto de tu entorno, de tal modo que te pegó, dio una bofetada, una patada, un puñetazo o una paliza?</i>
Victimización en la pareja	Comportamientos de control / violencia verbal / física	1; 2; 3; 4 y 5	Estudio I	<i>Alguna vez, ¿tu cónyuge, una pareja tuya o chico/a con quién salías o alguien con quien tuviste una cita tuvo contigo una de estas conductas? (por ejemplo, “pegarte un puñetazo”)</i>
Victimización por cuidadores	Negligencia emocional / negligencia física / abuso emocional / abuso físico	1; 2; 3; 4 y 5	Estudio I, II y III	<i>Durante tu infancia y/o adolescencia, en alguna ocasión, ¿los adultos con los que vivías estaban demasiado borrachos o intoxicados por drogas para cuidar de ti?</i>
Victimización sexual	Abuso sexual con contacto físico	1; 2; 3; 4; 5; 6; 7 y 8	Estudio I, II y III	<i>Alguna vez, ¿alguien ha intentado o tocado o acariciado tu cuerpo, ha hecho que tú le tocaras el suyo o que tocaras tu cuerpo de manera sexual o mantuvierais relaciones sexuales sin tu consentimiento?</i>
	Abuso sexual sin contacto físico	1; 2; 3; 4; 5; 6; 7 y 8	Estudio I	<i>¿Alguien te ha obligado a ver su cuerpo desnudo, a que te desnudaras delante de él o ella o te ha hecho fotos o vídeos desnudo cuando tú no querías?</i>
Victimización indirecta	Exposición a violencia en el entorno familiar	1; 2; 3; 4 y 5	Estudio I, II y III	<i>Durante tu infancia y/o adolescencia, ¿viste u oíste a alguno de tus padres o a un miembro de tu hogar en tu casa siendo gritado, insultado, humillado o amenazado?</i>
	Exposición a violencia comunitaria	1 y 2	Estudio I, II y III	<i>Durante tu infancia y/o adolescencia, ¿alguna vez viviste en un vecindario que fuese peligroso donde viste u oíste a gente ser agredida o atracada?</i>
Victimización electrónica	Sexual / no sexual	1; 2; 3; 4 y 5	Estudio I	<i>Alguna vez, ¿alguien ha utilizado internet, el teléfono móvil o cualquier otra tecnología de la información y la comunicación (TIC) para obligarte a realizar o ha actuado sin tu consentimiento para lo siguiente? (por ejemplo, “producir y/o difundir material sexual tuyo”)</i>

* Preguntas seguimiento: 1. ¿Cuántas veces te ocurrió?; 2. ¿Qué edad tenías la primera vez que ocurrió?; 2.1. ¿Qué edad tenías?; 3. ¿Quién lo hizo?; 3.1. ¿Quién era esa persona?; 4. ¿De qué género era esta persona/s?; 5. ¿Qué edad tenía esta persona/s?; 6. ¿Te amenazó o usó la fuerza? 7. ¿Hubo introducción de objetos o alguna parte de su cuerpo en tu cuerpo, ya sea por vía oral, anal o vaginal?; 8. ¿Resultaste herido/a o gravemente herido/a?

Se utilizó el ACE-IQ porque éste ha sido validado en diversos contextos internacionales (Ford et al., 2014; Ho et al., 2019; Kazeem, 2015; Kidman et al., 2019; Pereira y Viana, 2021; Tarquinio et al., 2023; Téllez et al., 2023), mostrando niveles favorables de confiabilidad y validez. Además, los estudios indican que el ACE-IQ tiene una sólida confiabilidad test-retest (Ho et al., 2019). Por otro lado, el cuestionario ACE-IQ es uno de los instrumentos más usados a nivel internacional, lo que permite comparar sus resultados con los resultados de otros países y contextos sociales, algo que resulta especialmente importante para comprender la situación de un colectivo específico o de una sociedad con respecto al resto (Kaminer et al., 2022).

5.1.4 Análisis de Datos

Para llevar a cabo el análisis estadístico de los datos recopilados, se utilizó el software SPSS v.26. Se calcularon las tasas de prevalencia para cada experiencia específica de victimización y, con el objetivo de comparar estas tasas entre diferentes grupos en función del género de las personas participantes, se empleó la medida de la Odds Ratio (*OR*) junto con su correspondiente intervalo de confianza (*IC*). Se estableció la significancia estadística en un nivel de $p < ,05$. Al estar codificados con los valores de 0, para hombres, y 1, para mujeres, los valores de *OR* inferiores a 1 indicaron una mayor prevalencia entre los hombres, mientras que aquellos valores superiores a 1 indicaron una mayor prevalencia entre las mujeres. En cuanto al trastorno mental, los valores de *OR* inferiores a 1 indicaron una mayor prevalencia entre personas sin trastorno mental, mientras que aquellos valores superiores a 1 indicaron una mayor prevalencia entre personas con trastorno mental.

Además, se realizó un análisis para examinar la relación entre las características clínicas de la muestra y el género de las personas participantes. Para ello, se empleó la prueba de Chi-Cuadrado como método de evaluación estadística. En aquellos casos en los que las condiciones necesarias para la aplicación de la prueba de Chi-Cuadrado no se cumplieron (es decir, algunas categorías analizadas presentaban un recuento bajo de frecuencias), se optó por utilizar el Test Exacto de Fisher, el cual permite obtener resultados válidos incluso en muestras pequeñas. Con el objetivo de comprobar la magnitud de asociación entre las variables que mostraron tener una relación significativa, se usó la medida de asociación *V* de Cramer.

5.2. Resultados

Experiencias adversas y de victimización a lo largo de la vida (infancia y edad adulta)

Todas las personas entrevistadas reportaron haber sufrido como mínimo dos formas de victimización a lo largo de su vida. Como se puede ver en la ver en Tabla 11, el número medio de estas experiencias fue de 9,67 a lo largo de la vida (rango de 2 a 21). Un 40,5% de las personas participantes sufrieron más de diez formas distintas de victimización a lo largo de la vida. Por otro lado, antes de los 18 años los participantes reportaron una media de 5,83 experiencias de victimización. Prácticamente la mitad de la muestra (47,3%) reportó haber sufrido más de seis victimizaciones antes de cumplir los 18 años.

Tabla 11. Experiencias adversas acumuladas a lo largo de la vida y antes de los 18 años

	A lo largo de la vida			Antes de los 18 años		
	Total (N = 74)	Varones (n = 32)	Mujeres (n = 42)	Total (N = 74)	Varones (n = 32)	Mujeres (n = 42)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Número de víctimas^a</i>	74 (100,0)	32 (100,0)	42 (100,0)	70 (94,6)	31 (96,9)	39 (92,9)
<i>Media del número de ACE's (DE)^b</i>	9,67 (3,66)	8,81 (3,10)	10,33 (3,95)	5,83 (3,28)	5,84 (3,14)	5,83 (3,43)
<i>Víctimas por encima de la media</i>	30 (40,5)	15 (46,9)	21 (50,0)	35 (47,3)	16 (50,0)	20 (47,6)

^a Con al menos una experiencia adversa o victimización durante la infancia.

Como se observa en la Tabla 12, las formas de victimización más reportadas a lo largo de la vida fueron los delitos comunes (87,8%) y la victimización por parte de los cuidadores principales (86,5%). Dentro de los delitos comunes, las mujeres tenían casi cinco veces más probabilidades de reportar haber sido acechadas (es decir, haber sido seguidas por alguien desconocido) que los hombres ($OR = 4,77$; $IC\ 95\%: 1,62-13,96$).

El 78,4% había sufrido violencia por parte de sus iguales, siendo la más común la violencia verbal a través de insultos, amenazas, mofas o comentarios humillantes. En cuanto a la victimización en la pareja, las mujeres tenían casi seis veces más probabilidad

de reportar haber sufrido violencia verbal (a través de insultos) que los hombres ($OR = 5,78$; IC 95%: 1,72-19,41).

Por otra parte, un 56,8% había sufrido un abuso o agresión sexual a lo largo de su vida. Las mujeres presentaban entre 10 y 12 veces más probabilidades de sufrir victimización sexual en comparación con los hombres, ya fuese con contacto físico ($OR = 12,21$; IC 95%: 3,97-37,54) o sin contacto físico ($OR = 10,20$; IC 95%: 2,14-48,45). Además, el 73,8% de las mujeres reportó haber sufrido un abuso sexual con contacto físico en algún momento de sus vidas, en comparación con el 18,8% de los hombres de la muestra. También la victimización sexual a través de internet fue más prevalente entre las mujeres de la muestra (28,6% en comparación con el 18,8% de los hombres), aunque no se identificaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 12. Prevalencia de las experiencias adversas y de victimización vividas a lo largo de la vida

	Total		Varón		Mujer		OR (IC 95%)
	n	%	n	%	n	%	
<i>Hogar disfuncional</i>	57	77,0	23	71,9	34	81,0	1,66 (0,56-4,94)
Convivir con alguien con depresión, trastorno mental o conducta suicida	48	64,9	22	68,8	26	61,9	0,74 (0,28-1,95)
Convivir con alguien con problemas de alcoholismo o drogas	30	40,5	8	25,0	22	52,4	3,30 (1,21-9,00)
Convivir con alguien con una condena judicial	10	13,5	3	9,4	7	16,7	1,93 (0,46-8,15)
<i>Delitos comunes</i>	65	87,8	28	87,5	37	88,1	1,05 (0,26-4,30)
Robo	45	60,8	22	68,8	23	54,8	0,55 (0,21-1,44)
Agresión física	28	37,8	16	50,0	12	28,6	0,40 (0,15-1,04)
Amenazas	39	52,7	15	46,9	24	57,1	1,51 (0,56-3,81)
Discriminación	25	33,8	8	25,0	17	40,5	2,04 (0,74-5,60)
Acoso/acecho	28	37,8	6	18,8	22	52,4	4,77 (1,63-13,96)
<i>Victimización por iguales^a</i>	58	78,4	24	75,0	34	81,0	1,41 (0,46-4,30)
Violencia verbal	30	40,5	10	31,3	20	47,6	2,00 (0,76-5,23)
Violencia física	14	18,9	9	28,1	5	11,9	0,34 (0,10-1,16)
Aislamiento/Intimidación	14	18,9	5	15,6	9	21,4	1,47 (0,44-4,91)
<i>Victimización en la pareja^b</i>	54	73,0	23	71,9	31	73,8	1,10 (0,39-3,09)
Comportamientos de control*	48	64,9	19	59,4	29	69,0	1,52 (0,58-3,99)
Violencia verbal	23	31,1	4	12,5	19	45,2	5,78 (1,72-19,41)
Violencia física*	24	32,4	9	28,1	15	35,7	1,42 (0,52-3,84)
<i>Victimización por cuidadores</i>	64	86,5	26	81,3	38	90,5	2,19 (0,56-8,54)
Negligencia emocional	52	70,3	21	65,6	31	73,8	1,47 (0,54-4,02)
Negligencia física*	27	36,5	8	25,0	19	45,2	2,47 (0,90-6,77)
Abuso emocional	51	68,9	21	65,6	30	71,4	1,31 (0,49-3,52)
Abuso físico*	43	58,1	20	62,5	23	54,8	0,72 (0,28-1,86)
<i>Abuso sexual</i>	42	56,8	8	25,0	34	81,0	12,75 (4,19-38,71)
Con contacto físico	37	50,0	6	18,8	31	73,8	12,21 (3,97-37,54)
Sin contacto físico	19	25,7	2	6,3	17	40,5	10,20 (2,15-48,46)
<i>Victimización indirecta</i>	62	83,8	28	87,5	34	81,0	0,61 (0,17-2,23)
Exposición a violencia en el entorno familiar	56	75,7	26	81,3	30	71,4	0,57 (0,19-1,75)
Exposición a violencia comunitaria*	42	56,8	22	68,8	20	47,6	0,43 (0,16-1,08)
<i>Victimización electrónica^{b,c}</i>	32	43,2	13	40,6	19	45,2	1,20 (0,48-3,06)
Sexual*	18	24,3	6	18,8	12	28,6	1,73 (0,57-5,27)
No sexual*	26	35,1	11	34,4	15	35,7	1,06 (0,40-2,78)

Nota. Aquellas victimizaciones marcadas con un asterisco (*) engloban más de una pregunta que recaba información sobre diferentes aspectos de una misma forma de victimización. En los casos en los que los participantes contestaron haber vivido estas victimizaciones tanto en la infancia como en la edad adulta se computó sólo la primera vez y, por lo tanto, como “infancia”.

OR = Odds Ratio. Se han marcado en negrita las OR estadísticamente significativas ($p < ,05$).

^a En el caso de la victimización por iguales, los participantes sólo podían escoger la forma de violencia más predominante (verbal, la física o el aislamiento o intimidación).

^b Se preguntó únicamente por la edad del entrevistado cuando sufrió por primera vez alguna de las formas específicas de victimización.

^c Una persona participante no recordaba si sufrió esta victimización antes o después de los 18 años, por lo que hay un valor perdido.

Experiencias adversas y de victimización sufridas por primera vez durante la infancia o la adolescencia

Como se ha señalado, un 47,3% de la muestra reportó haber sufrido más de seis formas distintas de victimización antes de los 18 años (Tabla 11). Como se observa en la Tabla 13, la victimización más frecuente fue aquella perpetrada por parte de los cuidadores principales. El 52,7% sufrió abuso físico, en la mayoría de los casos por parte del padre o madre (82,1%) y de forma continuada (66,7%).

Uno de cada dos participantes fue víctima de algún delito común (54,1%) y un 47,3% de la muestra sufrió acoso escolar o *bullying* durante su escolarización, es decir, fue acosado por una o más personas de su misma escuela en más de cinco ocasiones.

Por lo que respecta a la victimización sexual, uno de cada tres participantes reportó haber sido víctima de abuso sexual con contacto físico durante su infancia o adolescencia (32,4%). En su mayoría, la persona que cometió el abuso fue un hombre (87,5%), familiar (41,7%) o conocido (33,3%) de la víctima. No obstante, cabe tener en cuenta que este porcentaje es elevado a causa de la gran prevalencia de abuso sexual con contacto físico que presentan las mujeres de la muestra, siendo reportado por un 47,6% de éstas, en comparación con el 12,5% de los hombres víctimas. De hecho, las mujeres presentaban seis veces más probabilidad de haber sufrido abuso sexual infantil con contacto físico que los hombres ($OR = 6,36$; IC 95%: 1,89-21,34).

En cuanto a la victimización indirecta, el 73,0% de la muestra fue testigo de violencia durante su infancia, mayoritariamente dentro del ámbito familiar (67,6%) y una minoría (6,8%) vivió algún tipo de victimización a través de internet antes de los 18 años.

Tabla 13. Prevalencia de las experiencias adversas y de victimización vividas por primera vez antes de los 18 años

	Total		Varón		Mujer		OR (IC 95%)
	n	%	n	%	n	%	
<i>Hogar disfuncional</i>	41	55,4	16	50,0	25	59,5	1,47 (0,58-3,71)
Convivir con alguien con depresión, trastorno mental o conducta suicida	34	45,9	15	46,9	19	45,2	0,93 (0,37-2,36)
Convivir con alguien con problemas de alcoholismo o drogas	17	23,0	5	15,6	12	28,6	2,16 (0,67-6,92)
Convivir con alguien con una condena judicial	1	1,4	0	0,0	1	2,4	2,34 (0,90-58,37)
<i>Delitos comunes</i>	40	54,1	20	62,5	20	47,6	0,54 (0,21-1,39)
Robo	22	29,7	13	40,6	9	21,4	0,39 (0,144-1,11)
Agresión física	17	23,0	9	28,1	8	19,0	0,60 (0,20-1,79)
Amenazas	17	23,0	7	21,9	10	23,8	1,11 (0,37-3,35)
Discriminación	9	12,2	6	18,8	3	7,1	0,33 (0,07-1,45)
Acoso	11	14,9	4	12,5	7	16,7	1,40 (0,37-5,27)
<i>Victimización por iguales</i>	45	60,8	19	59,4	26	61,9	1,11 (0,43-2,85)
Violencia verbal	25	33,8	10	31,3	15	35,7	1,22 (0,46-3,25)
Violencia física	10	13,5	7	21,9	3	7,1	0,27 (0,06-1,16)
Aislamiento/Intimidación	10	13,5	2	6,3	8	19,0	3,52 (0,69-17,93)
<i>Victimización en la pareja^a</i>	5	6,8	3	9,4	2	4,8	0,48 (0,08-3,08)
<i>Victimización por cuidadores</i>	56	75,7	23	71,9	33	78,6	1,43 (0,49-4,17)
Negligencia emocional	44	59,5	18	56,3	26	61,9	1,26 (0,49-3,22)
Negligencia física*	21	28,4	7	21,9	14	33,3	1,78 (0,52-5,13)
Abuso emocional	39	52,7	18	56,3	21	50,0	0,77 (0,31-1,96)
Abuso físico*	39	52,7	17	53,1	22	52,4	0,97 (0,39-2,44)
<i>Abuso sexual</i>	27	36,5	6	18,8	21	50,0	4,33 (1,48-12,69)
Con contacto físico	24	32,4	4	12,5	20	47,6	6,36 (1,89-21,34)
Sin contacto físico	9	12,2	2	6,3	7	16,7	3,00 (0,58-15,55)
<i>Victimización indirecta</i>	54	73,0	25	78,1	29	69,0	0,62 (0,22-1,81)
Exposición a violencia en el entorno familiar	50	67,6	25	78,1	25	59,5	0,41 (0,15-1,17)
Exposición a violencia comunitaria*	23	31,1	12	37,5	11	26,2	0,59 (0,22-1,60)
<i>Victimización electrónica^a</i>	5	6,8	3	9,4	2	4,8	0,48 (0,08-3,08)

Nota. Aquellas victimizaciones marcadas con un asterisco (*) engloban más de una pregunta que recaba información sobre diferentes aspectos de una misma forma de victimización. En los casos en los que los participantes contestaron haber vivido estas victimizaciones tanto en la infancia como en la edad adulta se computó sólo la primera vez y, por lo tanto, como “infancia”.

OR: Odds Ratio. Se han marcado en negrita las OR estadísticamente significativas ($p < ,05$). Cuando el número de eventos fue cero, se aplicó la corrección de Haldane-Anscombe.

^a Se preguntó únicamente por la edad del entrevistado cuando sufrió por primera vez alguna de las formas específicas de victimización en la pareja o electrónica, por lo que no es posible saber qué edad tenía en cada una de las formas de victimización.

Experiencias adversas y de victimización sufridas por primera vez en la edad adulta

Las experiencias de victimización más reportadas durante la edad adulta fueron los delitos comunes (67,6%) y la violencia en la pareja (66,2%) (Tabla 14). Las formas específicas de victimización que ocurrieron con más frecuencia fueron el robo (31,1%), las amenazas (29,7%), el abuso emocional por parte de los cuidadores principales (25,7%) y la exposición a violencia comunitaria (25,7%). Un 21,6% reportó haber sufrido discriminación y, en un 80% de los casos, el motivo de discriminación percibido fue tener un diagnóstico de trastorno mental. El 66,2% había sufrido victimización en el ámbito de la pareja, en un 53,1% de los casos de forma continuada.

Por lo que respecta a las diferencias de género, las mujeres tenían más probabilidades de reportar haber sufrido discriminación ($OR = 7,50$; IC 95%: 1,56-35,99) y acoso que los hombres ($OR = 8,33$; IC 95%: 1,74-39,83) así como también cualquier forma de victimización sexual ($OR = 11,25$; IC 95%: 2,37-53,34).

Tabla 14. Prevalencia de las experiencias adversas y de victimización vividas por primera vez después de los 18 años

	Total		Varón		Mujer		OR (IC 95%)
	n	%	n	%	n	%	
<i>Hogar disfuncional</i>	27	36,5	12	37,5	15	37,5	0,92 (0,36-2,40)
Convivir con alguien con depresión, trastorno mental o conducta suicida	14	18,9	7	21,9	7	16,7	0,71 (0,22-2,29)
Convivir con alguien con problemas de alcoholismo o drogas	13	17,6	3	9,4	10	23,8	3,02 (0,76-12,06)
Convivir con alguien con una condena judicial	9	12,2	3	9,4	6	14,3	1,61 (0,37-7,01)
<i>Delitos comunes</i>	50	67,6	21	65,6	29	69,0	1,17 (0,44-3,11)
Robo	23	31,1	9	28,1	14	33,3	1,27 (0,47-3,48)
Agresión física	11	14,9	7	21,9	4	9,5	0,37 (0,10-1,42)
Amenazas	22	29,7	8	25,0	14	33,3	1,50 (0,54-4,18)
Discriminación	16	21,6	2	6,3	14	33,3	7,50 (1,56-35,99)
Acoso	17	23,0	2	6,3	15	35,7	8,33 (1,74-38,82)
<i>Victimización por iguales</i>	13	17,6	5	15,6	8	19,0	1,27 (0,37-4,33)
Violencia verbal	5	6,7	0	0,0	5	11,9	9,53 (0,50-179,06)
Violencia física	4	5,4	2	6,3	2	4,8	0,75 (0,10-5,63)
Aislamiento/Intimidación	4	5,4	3	9,4	1	2,4	0,24 (0,02-2,38)
<i>Victimización en la pareja^a</i>	49	66,2	20	62,5	29	69,0	1,33 (0,51-3,52)
<i>Victimización por cuidadores</i>	8	10,8	3	9,4	5	11,9	1,30 (0,29-5,92)
Negligencia emocional	8	10,8	3	9,4	5	11,9	1,30 (0,29-5,92)
Negligencia física*	6	8,1	1	3,1	5	11,9	4,18 (0,46-37,79)
Abuso emocional	7	25,7	2	6,3	5	11,9	2,02 (0,37-11,19)
Abuso físico*	4	5,4	3	9,4	1	2,4	0,23 (0,02-2,38)
<i>Abuso sexual</i>	20	27,0	2	6,3	18	42,9	11,25 (2,37-53,34)
Con contacto físico	13	17,6	2	6,3	11	26,2	5,32 (1,09-26,06)
Sin contacto físico	10	13,5	0	0,0	10	23,8	21,00 (1,18-373,52)
<i>Victimización indirecta</i>	21	28,3	10	31,2	11	26,2	0,78 (0,28-2,16)
Exposición a violencia en el entorno familiar	5	6,8	1	3,1	4	9,5	3,26 (0,35-30,72)
Exposición a violencia comunitaria*	19	25,7	10	31,3	9	21,4	0,60 (0,21-1,71)
<i>Victimización electrónica^a</i>	26	35,1	9	28,1	17	40,5	1,74 (0,65-4,67)

Nota. Aquellas victimizaciones marcadas con un asterisco (*) engloban más de una pregunta que recaba información sobre diferentes aspectos de una misma forma de victimización. En los casos en los que los participantes contestaron haber vivido estas victimizaciones tanto en la infancia como en la edad adulta se computó sólo la primera vez y, por lo tanto, como “infancia”.

OR: Odds Ratio. Se han marcado en negrita las OR estadísticamente significativas ($p < ,05$). Cuando el número de eventos fue cero para uno de los dos géneros, se aplicó la corrección de Haldane-Anscombe.

^a Se preguntó únicamente por la edad del entrevistado cuando sufrió por primera vez alguna de las formas específicas de victimización en la pareja o electrónica, por lo que no es posible saber qué edad tenía en cada una de las formas de victimización.

CAPÍTULO 6. ESTUDIOS II y III

6. Estudio II. Experiencias adversas en la infancia y problemas de salud mental en jóvenes universitarios y Estudio III. Patrones de experiencias adversas en la infancia y asociaciones con el bienestar mental en estudiantes universitarios

El Estudio II²¹ tuvo como objetivo estudiar la asociación entre la adversidad en la infancia y el trastorno mental a través de investigar la prevalencia de las experiencias adversas y de victimización en la infancia en jóvenes universitarios; conocer sus características clínicas y conductas de riesgo, como pueden ser el consumo de tóxicos o la conducta suicida, y su relación con la presencia o ausencia del trastorno mental; e identificar las posibles diferencias en los tipos de experiencias adversas y de victimización vividas en función del género dentro de los grupos de jóvenes con y sin trastorno mental.

El Estudio III²² tuvo como objetivo principal investigar la relación entre el bienestar mental en la edad adulta y las experiencias adversas vividas durante la infancia, teniendo en consideración la presencia del trastorno mental como un factor que podía influir en esta asociación. También se buscó identificar los diferentes patrones de ACEs en jóvenes universitarios; analizar las diferencias en los niveles de bienestar mental teniendo en cuenta los patrones de ACEs; y estudiar el efecto mediador de la presencia/ausencia de trastorno mental en la relación de las ACEs y el bienestar mental de los estudiantes.

Estos estudios tuvieron un diseño descriptivo, cuantitativo y transversal. Las experiencias adversas y de victimización se evaluaron a partir del ACE-IQ. 1.023 estudiantes con y sin trastorno mental respondieron al cuestionario, los cuales tenían una edad media de 20,10 años ($DE = 3,93$).

²¹ Este estudio está en proceso de revisión como: Bartolomé-Valenzuela, M., y Pereda, N. Experiencias adversas en la infancia y problemas de salud mental en jóvenes universitarios. *Anuario de Psicología*.

²² Este estudio está en proceso de revisión, tras recibir una solicitud de cambios por parte de la revista, como: Bartolomé-Valenzuela, M., Pereda, N. & Guilera, G. (under review). Patterns of adverse childhood experiences and associations with mental well-being among university students. *Child Abuse & Neglect*.

6.1. Metodología

6.1.1 Participantes

Descripción general de la muestra²³

En los estudios II y III la muestra incluyó 1.023 estudiantes universitarios, con una proporción de hombres del 28,4% y mujeres del 71,6%. Esta proporción de hombres y mujeres es la distribución más frecuente en la universidad (Calvo-Iglesias et al., 2022).

Las edades que variaron entre 18 y 64 años ($M = 20,10$; $DE = 3,93$), siendo la mayoría menores de 24 años. Tanto hombres como mujeres tenían una edad media de 20,10 ($DE = 3,06$ y $4,60$ respectivamente). Como se ve en las Figuras 17 y 18, la mayoría (92,3%) tenían menos de 24 años en el momento de completar el cuestionario.

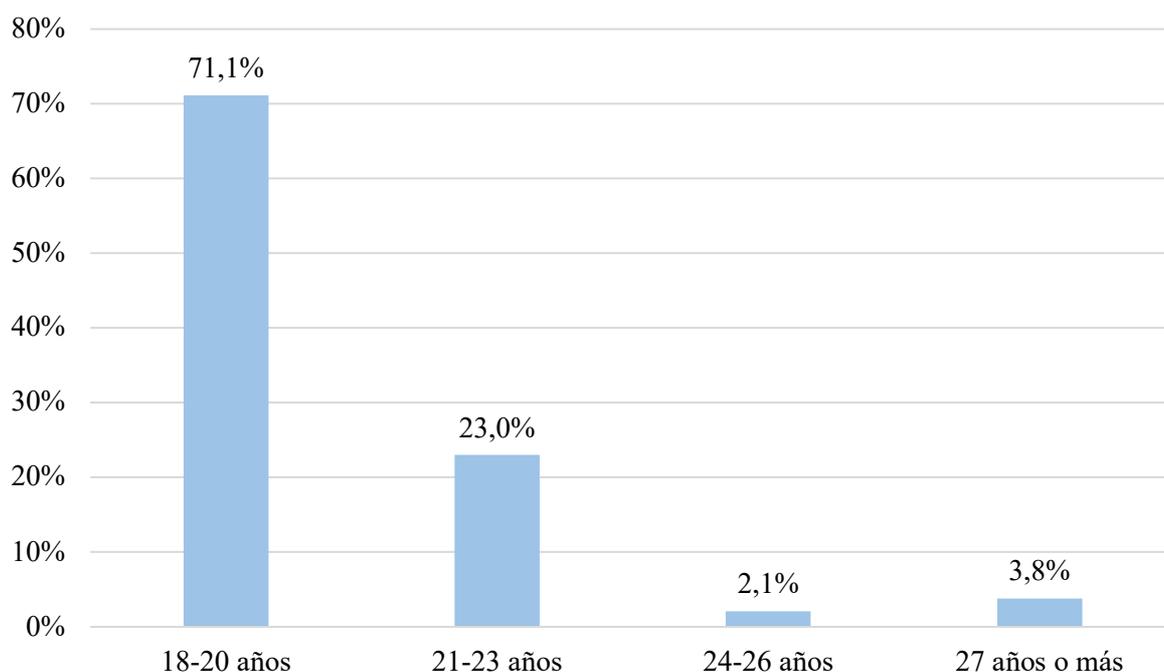


Figura 17. Distribución de los hombres de la muestra según la edad

²³ El presente apartado las figuras son relativas al total de la muestra, incluyendo estudiantes con y sin trastorno mental. En el apartado posterior se aportan los datos más relevantes comparando estudiantes con y sin trastorno mental, mostrando algunos de los porcentajes de manera diferenciada.

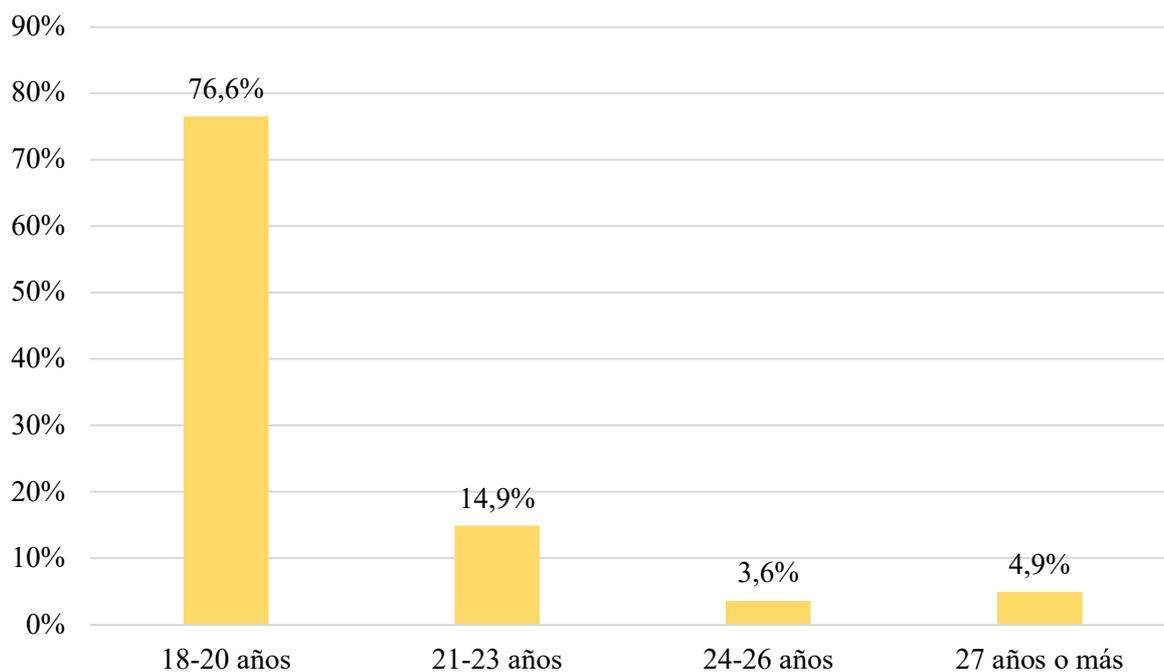


Figura 18. Distribución de las mujeres de la muestra según la edad

Como se puede ver en la Tabla 15, la mayoría de las personas participantes (88,9%) nacieron en España, mientras que el resto procedía de otros países europeos o continentes, América, Asia y África.

Tabla 15. Características sociodemográficas, desglosadas por presencia o ausencia de trastorno mental

Variable	Trastorno mental						Estadístico	
	Muestra total (N = 1.023)		No (n = 910)		Sí (n = 113)		X ² (gl)	V de Cramer
	n	%	n	%	n	%		
<i>Género</i>							16,10 (1)***	,125
Masculino	291	28,4	277	30,4	14	12,4		
Femenino	732	71,6	633	69,6	99	87,6		
<i>Media de edad (DE)</i>	20,10 (3,93)		20,10 (3,95)		20,20 (3,84)			
<i>País de origen</i>							0,67 (1)	,025
España	909	88,9	806	88,6	103	91,2		
Otro	114	11,1	104	11,4	10	8,8		
<i>Orientación sexual^a</i>							13,50 (1)***	,116
Heterosexual	780	76,4	709	78,9	71	63,4		
LGTBIQ+	231	22,6	190	21,1	41	36,6		
No definido	10	1,0	0	0,0	0	0,0		
<i>Afiliación religiosa</i>							3,77 (4)	,061
Católico	166	16,6	152	17,1	14	12,8		
Musulmán	10	1,0	10	1,1	0	0,0		
Otro	7	0,7	6	0,6	1	0,1		
Sin afiliación religiosa	816	81,7	722	81,1	94	86,2		

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

^a Esta pregunta contiene dos casos perdidos, N = 1.021

En cuanto a la orientación sexual, un 76,4% se identificó como heterosexual, mientras que un 22,6% pertenecía a una minoría sexual y un 1,0% no se definió en este sentido (ver Figura 19).

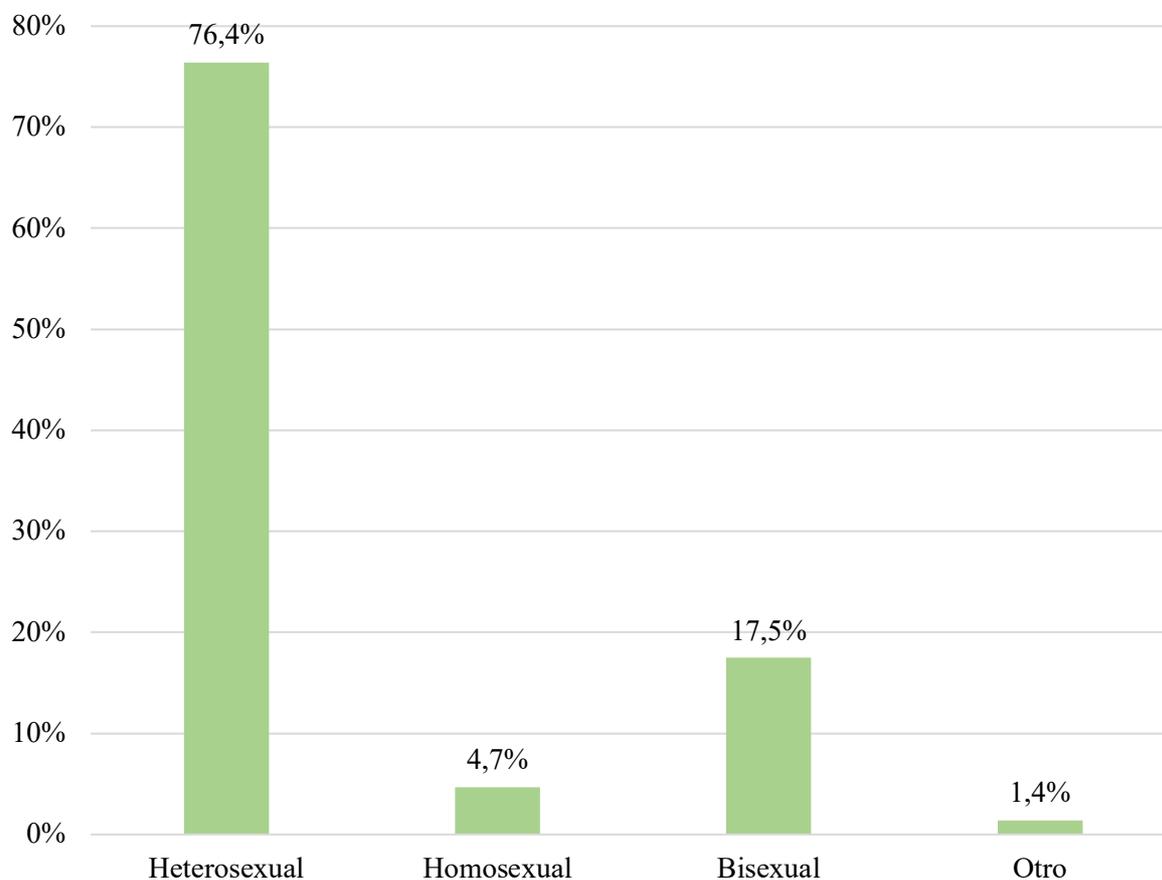


Figura 19. Distribución de la muestra según la orientación sexual reportada

Nota. En esta pregunta se encontraron dos casos perdidos, por lo que el número total de casos sobre los que se han calculado estos porcentajes es de $N = 1.021$. Para más información sobre el tratamiento de los casos perdidos, véase el capítulo 5. *Resultados.*

Se encontró una asociación estadísticamente significativa, aunque leve, entre el trastorno mental y pertenecer a una minoría sexual ($\chi^2 = 13,50$, $gl = 1$, $p < ,001$, V de Cramer = ,116). En este sentido, las personas del colectivo LGTBIQ+ tenían dos veces más probabilidades de reportar un diagnóstico de trastorno mental que las personas heterosexuales de la muestra ($OR = 2,15$; IC 95%: 1,42-3,27). No se observaron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la edad.

Características clínicas de la muestra total

Del total de la muestra, 113 (11,0%) participantes habían sido diagnosticados con un trastorno mental. La edad media de diagnóstico fueron los 16 años ($DE= 4,35$). Los trastornos se clasificaron en base al manual DSM-5 (American Psychiatric Association, 2022). Un 44,2% presentaba trastornos de ansiedad, mientras que alrededor del 20% reportaba tener un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria (23,9%) o trastornos del estado de ánimo (20,4%). Los trastornos menos frecuentes, que presentaron porcentajes inferiores al 3% en la muestra, fueron el trastorno obsesivo-compulsivo, los trastornos adaptativos, el trastorno específico del aprendizaje, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los trastornos del espectro autista (ver Figura 20). Entre los individuos con un diagnóstico psiquiátrico, el 30,1% tomaba medicación para sus problemas de salud mental.

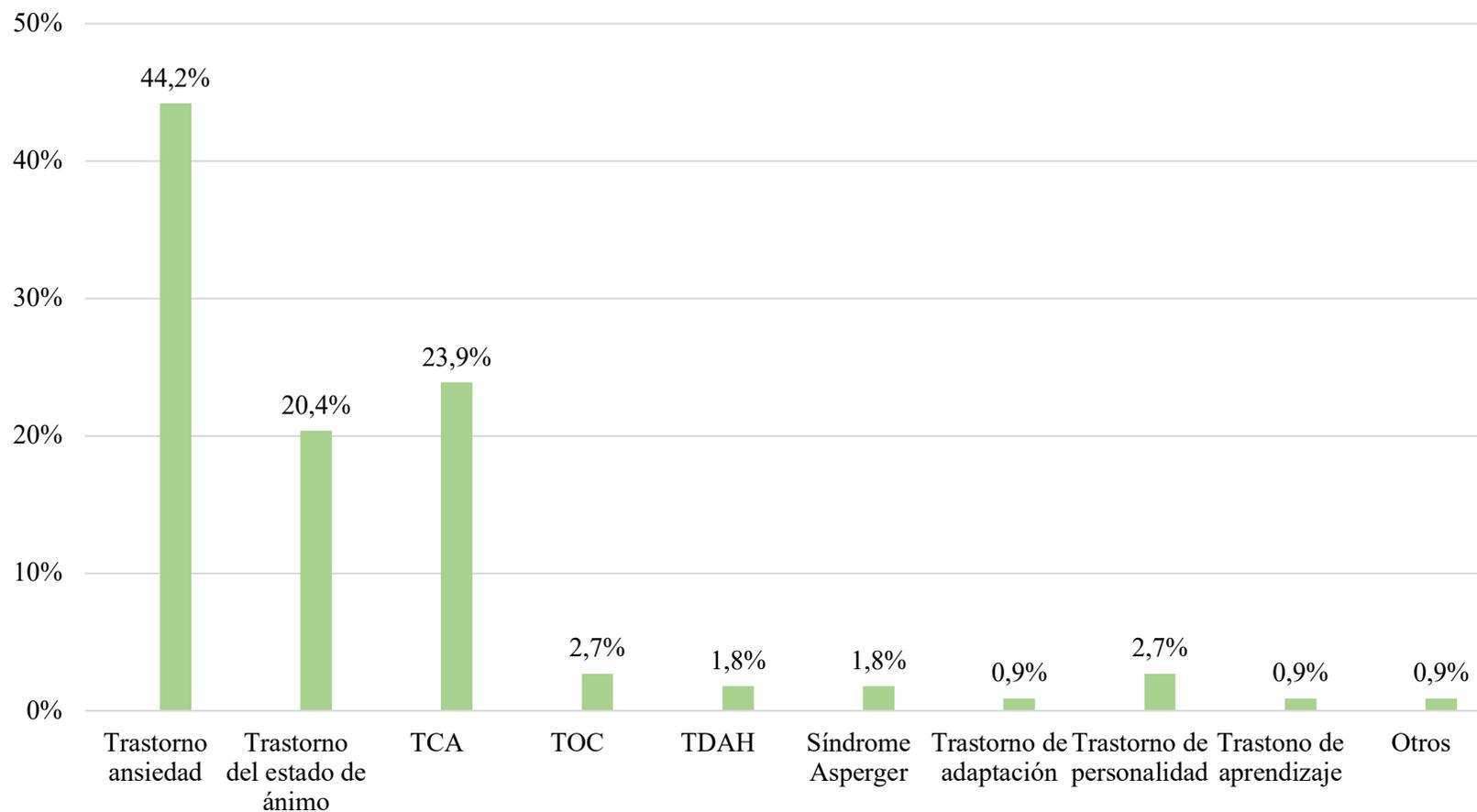


Figura 20. Distribución de la muestra por tipo de trastorno mental reportado

Nota. Dentro de los trastornos del estado de ánimo la mayoría reporta tener un diagnóstico por depresión. Dentro de los trastornos de la personalidad, la mayoría reporta tener un diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

TCA= Trastornos de la Conducta Alimentaria; TOC= Trastorno Obsesivo-Compulsivo; TDAH= Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

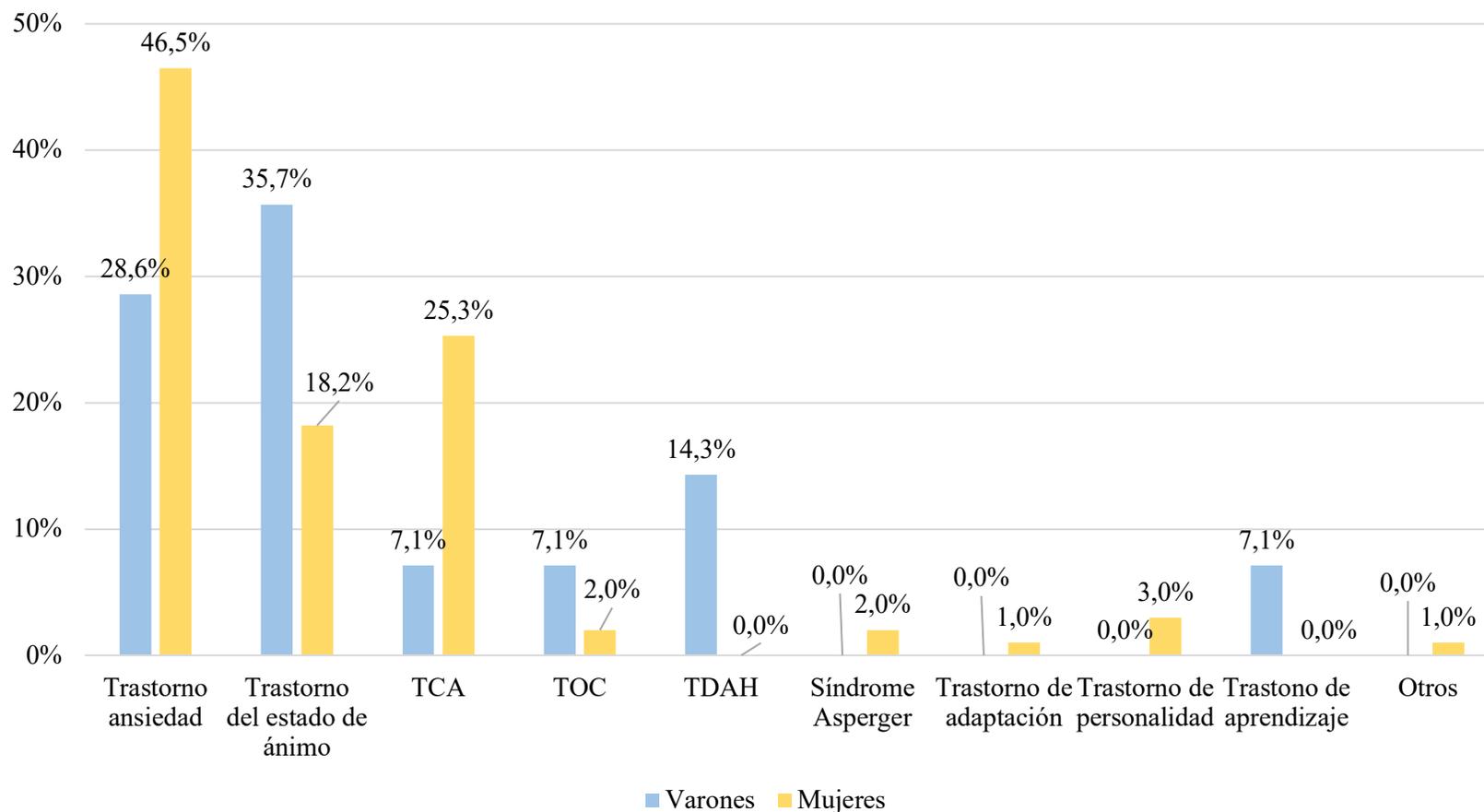


Figura 21. Distribución de hombres y mujeres por tipo de trastorno mental reportado

Nota. Dentro de los trastornos del estado de ánimo la mayoría reporta tener un diagnóstico por depresión. Dentro de los trastornos de la personalidad, la mayoría reporta tener un diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP).

TCA= Trastornos de la Conducta Alimentaria; TOC= Trastorno Obsesivo-Compulsivo; TDAH= Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el género del estudiante y el trastorno mental ($\chi^2 = 16,10$, $gl = 1$, $p < ,001$), siendo informado en mayor medida por las mujeres (13,5%) en comparación con los hombres de la muestra (4,8%) (ver Figura 22).

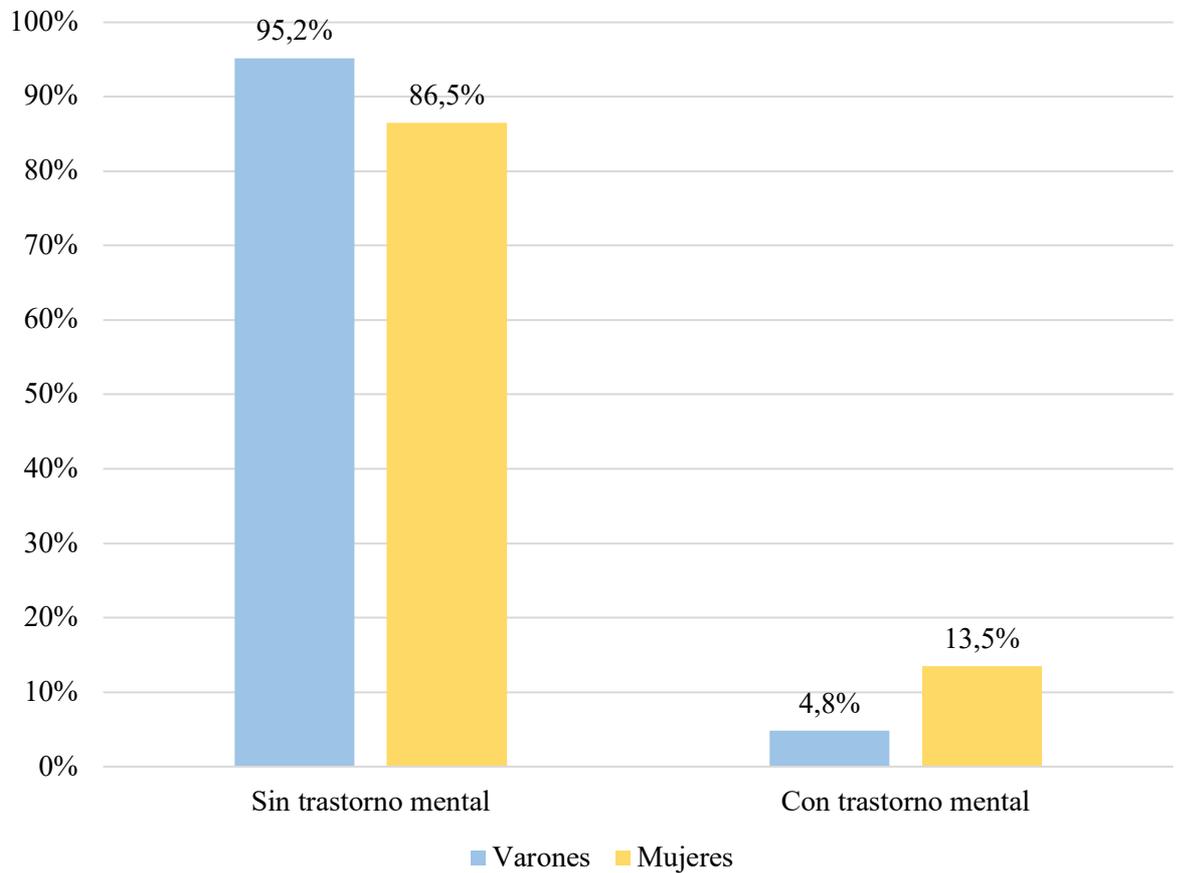


Figura 22. Prevalencia de estudiantes sin trastorno y con trastorno desglosado por género

Los análisis estadísticos mostraron que las mujeres tenían tres veces más probabilidad de reportar un diagnóstico de trastorno mental que los hombres ($OR = 3,09$; $IC\ 95\%: 1,74-5,51$).

Por lo que respecta al consumo de tóxicos y alcohol, un 31,9% cumplía con los requisitos establecidos por la Organización Mundial de la Salud para considerar su consumo de alcohol como de riesgo. En cuanto al consumo de sustancias estupefacientes, un 12,5% consumía algún tipo de droga en el momento de rellenar el cuestionario. Como se ve en la Figura 23, estas drogas se dividían en cannabis, cocaína y heroína, siendo la más consumida (tanto en el pasado como en el momento de rellenar el cuestionario) el cannabis²⁴.

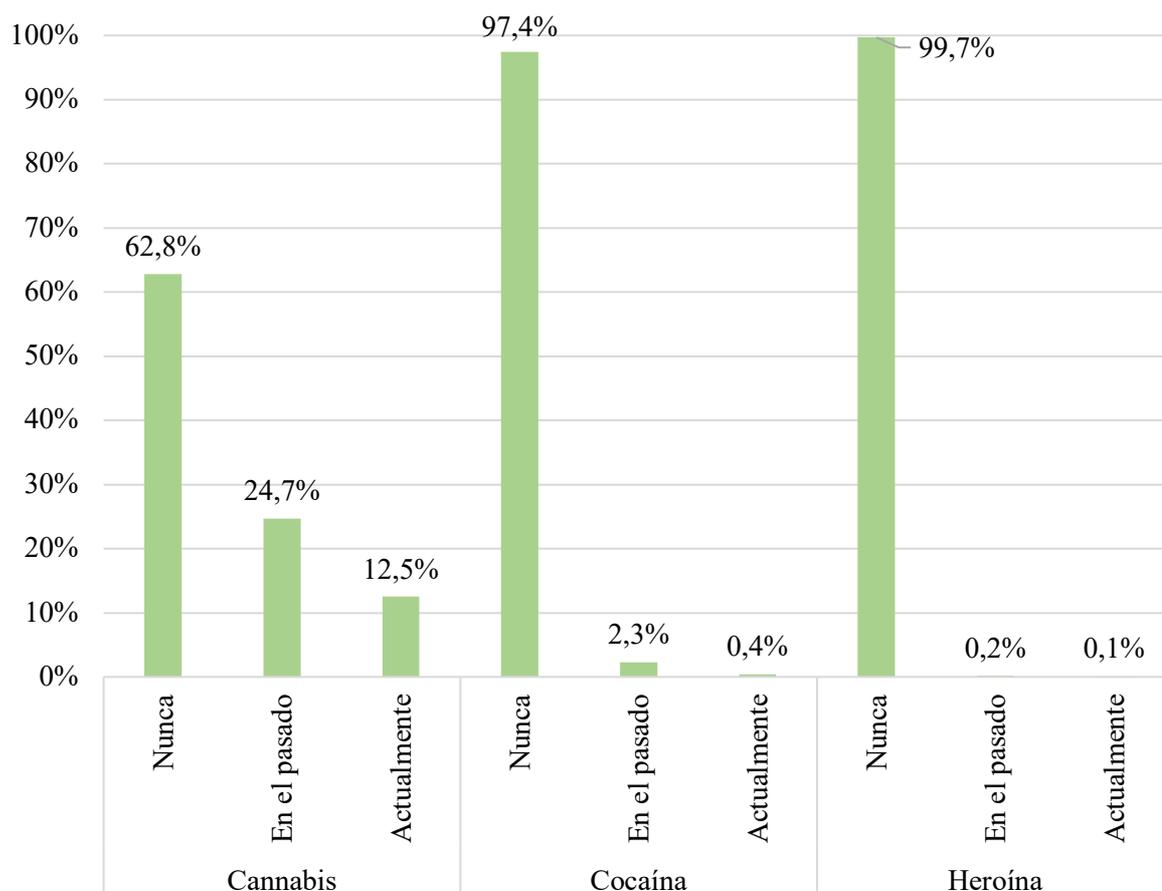


Figura 23. Prevalencia de consumo de sustancias tóxicas según el tipo de droga en relación con el total de estudiantes

²⁴ En la siguiente figura no se muestran las diferencias en el consumo de tóxicos entre los hombres y las mujeres de la muestra, ya que dichas diferencias no han resultado ser estadísticamente significativas. No obstante, coincidiendo con los objetivos establecidos para esta tesis, sí se han calculado las diferencias en el consumo entre personas con y sin trastorno mental. Dicha información puede consultarse en la Tabla 16.

En relación con la ideación suicida, un 39,3% de la muestra había tenido pensamientos de ese tipo en algún momento de sus vidas. Como se puede ver en la Figura 24, un 13,8% en más de cuatro ocasiones. Es decir, más de uno de cada diez estudiantes reportaba haber tenido pensamientos suicidas en algún momento de sus vidas.

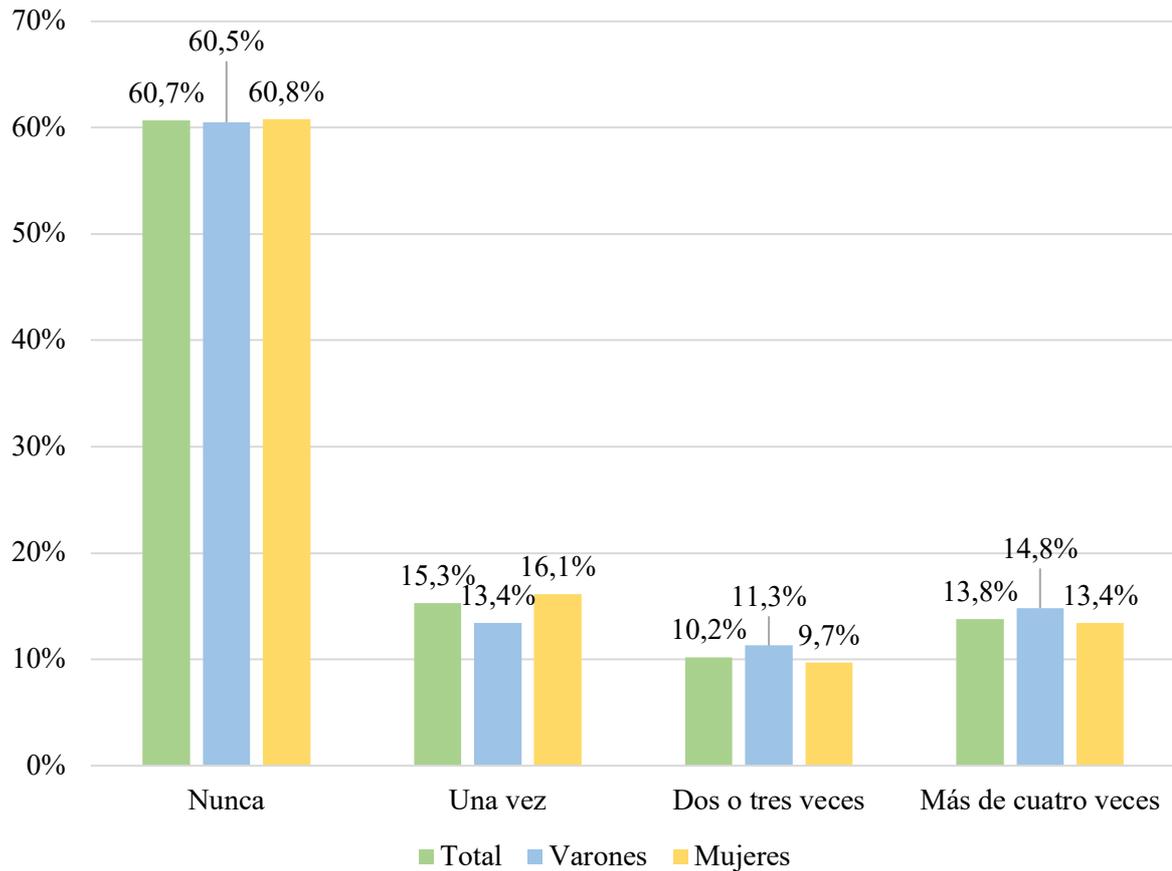


Figura 24. Frecuencia de la ideación suicida reportada por los estudiantes, desglosada por género

Por otro lado, un 40,3% de los estudiantes que reportaban ideación suicida había intentado cometer suicidio alguna vez en su vida²⁵. Como se observa en la Figura 25, de estos, 8,2% lo había intentado en más de cuatro ocasiones, siendo más prevalente el intento de suicidio entre las mujeres de la muestra. En este sentido, las mujeres mostraron más probabilidades de reportar conducta suicida que los hombres ($\chi^2 = 5,97$, $gl = 1$, $p < ,05$) aunque la magnitud de la relación fue muy leve (V de Cramer = ,076).

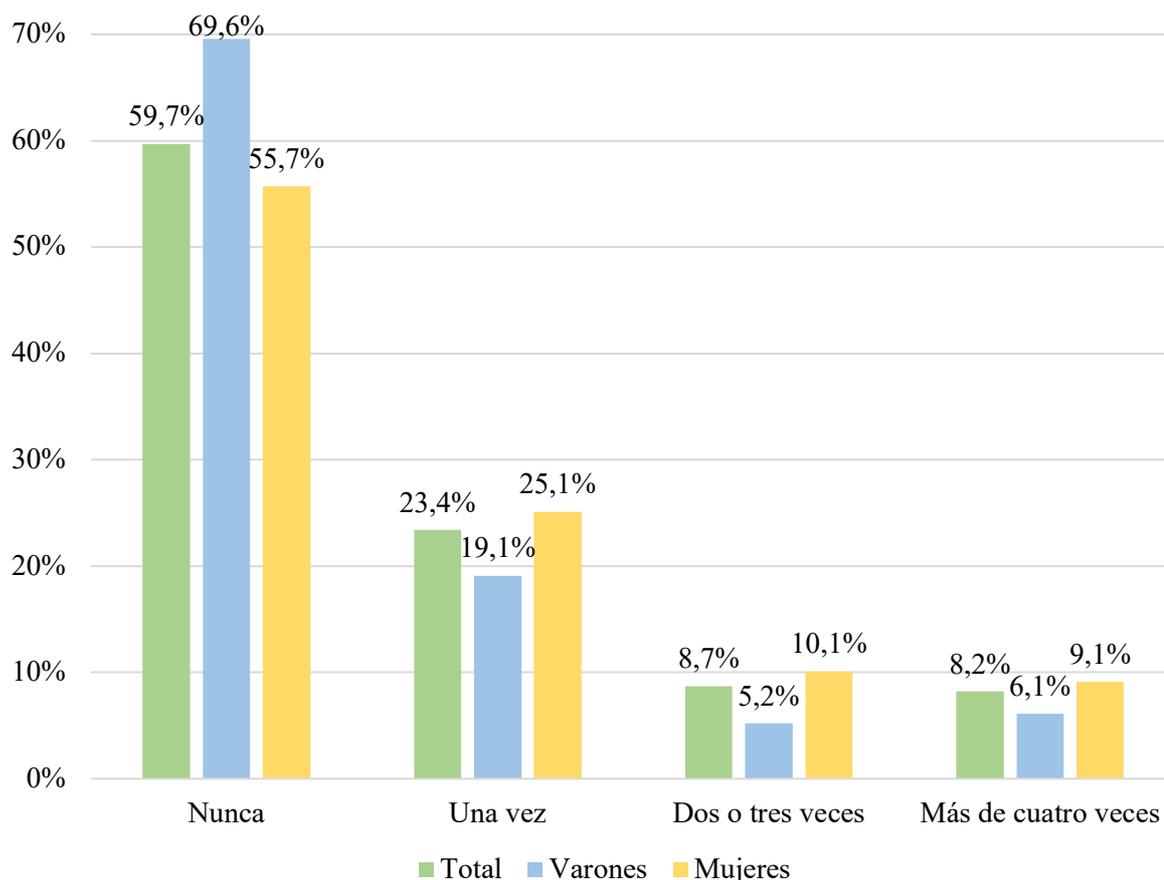


Figura 25. Frecuencia de la conducta suicida reportada por los estudiantes, desglosada por género

²⁵ Los porcentajes que se muestran en la figura se han calculado sobre el total de personas que reportan haber tenido ideación suicida, no sobre el total de la muestra.

Características clínicas de los estudiantes con trastorno mental

Los estudiantes que reportaron tener un diagnóstico de trastorno mental presentaron características clínicas diferentes a las de los estudiantes sin trastorno. Estas diferencias, en la mayoría de los casos, eran estadísticamente significativas. Por ello, los porcentajes presentados en este apartado diferencian entre estudiantes con y sin trastorno, con el objetivo de facilitar la comparación entre estos dos grupos.

Aunque ninguno de los dos grupos presentaba un consumo de tóxicos y alcohol elevado, las personas con trastorno mental mostraban una probabilidad superior que las personas sin trastorno a la hora de consumir o haber consumido cocaína, heroína o cannabis. En cuanto al alcohol, un 31,0% cumplía con los requisitos establecidos por la Organización Mundial de la Salud para considerar su consumo de alcohol como de riesgo, en comparación con un 31,9% de las personas sin trastorno mental. En la Figura 26 se puede observar los porcentajes de consumo de cannabis, cocaína y heroína de los estudiantes con trastorno mental.

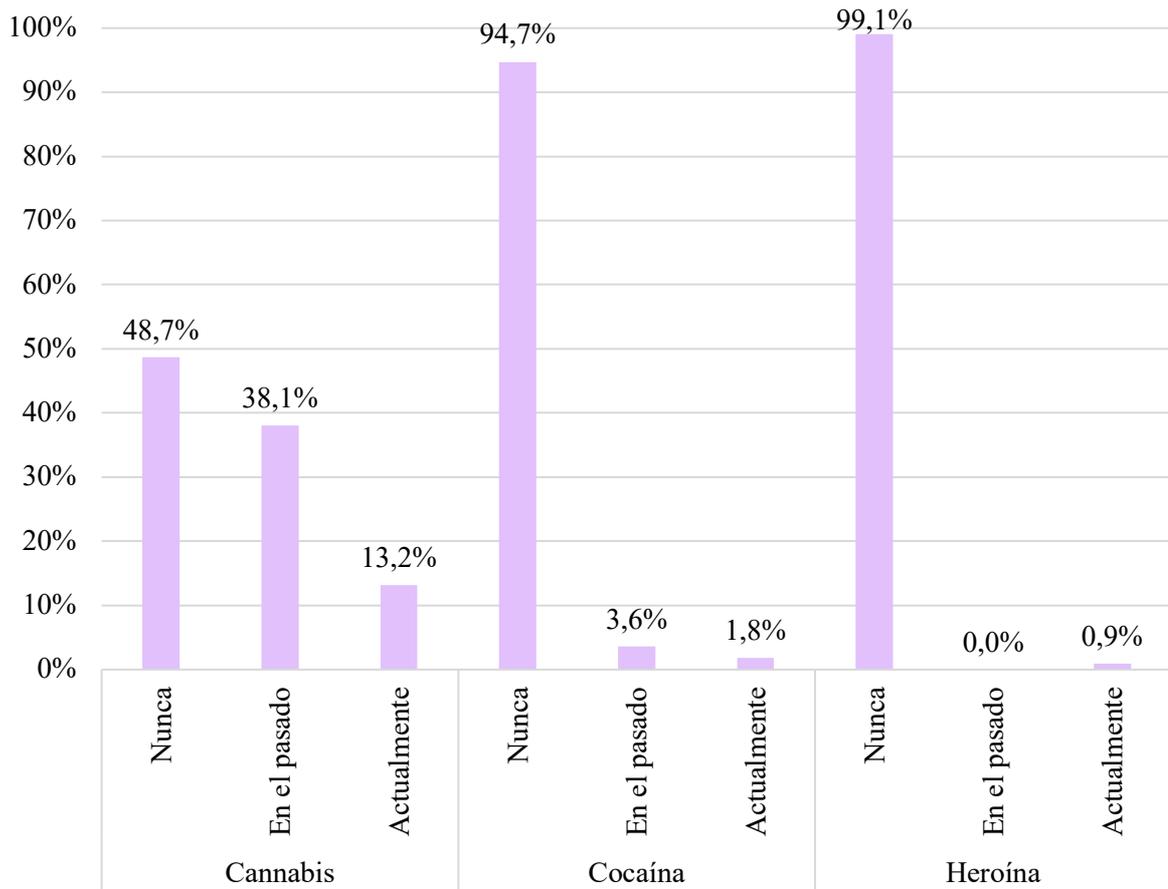


Figura 26. Prevalencia de consumo de sustancias tóxicas según el tipo de droga en estudiantes con trastorno mental

La presencia de trastorno mental autoreportado se asoció de forma estadísticamente significativa, aunque débil, con el consumo de cocaína ($\chi^2 = 7,94$, $gl = 3$, $p < ,05$), heroína ($\chi^2 = 8,31$, $gl = 2$, $p < ,05$) y cannabis ($\chi^2 = 15,50$, $gl = 1$, $p < ,001$).

En relación con la ideación suicida, un 75,2% de los estudiantes con trastorno había tenido pensamientos de este tipo, en comparación con el 34,8% de aquellos sin trastorno. Los estudiantes con trastorno mental tenían cinco veces más probabilidades de haber tenido ideación suicida ($OR = 5,68$; $IC\ 95\%: 3,63-8,89$). Como se muestra en la Figura 27, el 37,2% de los estudiantes con trastorno mental habían pensado en cometer suicidio más de cuatro veces, en comparación con el 10,9% de los estudiantes sin trastorno mental.

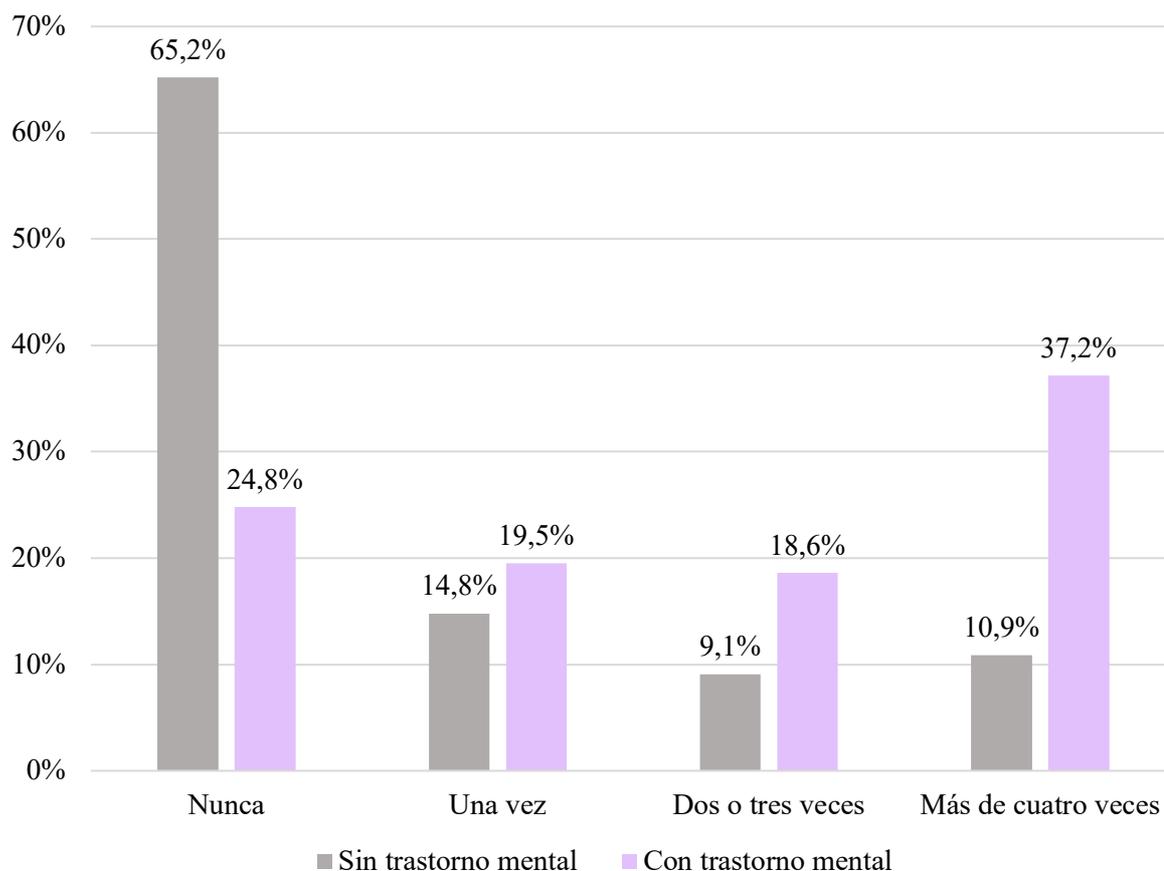


Figura 27. Frecuencia de la ideación suicida reportada por los estudiantes, desglosada por la presencia o ausencia de trastorno mental

En la Figura 28 se pueden observar los porcentajes de conducta suicida sobre las personas que han tenido pensamientos suicidas. Como se ve, las personas con trastorno mental presentaban también conducta suicida con más frecuencia. Un ejemplo de esto es que, de los estudiantes con pensamientos suicidas, un 17,6% de aquellos con trastorno mental habían intentado suicidarse, en comparación con un 5,7% de los estudiantes sin trastorno.

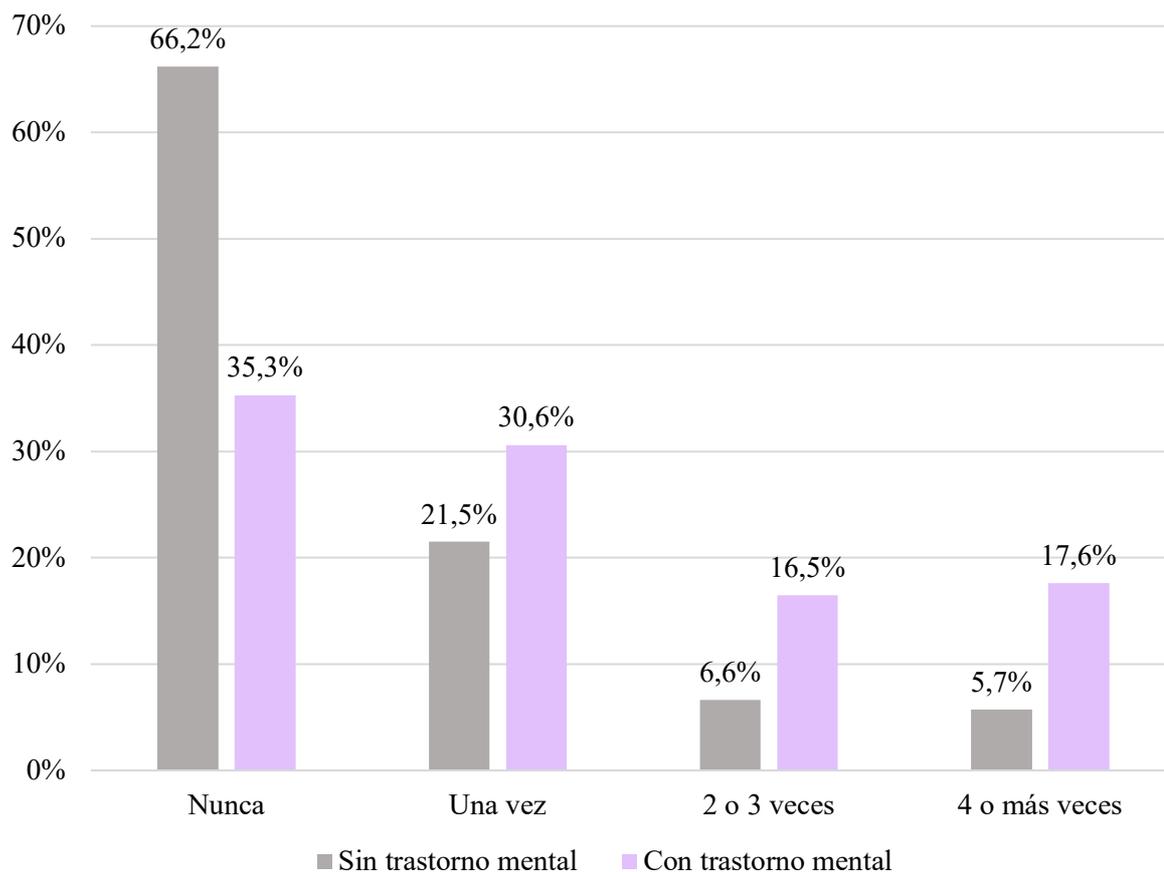


Figura 28. Frecuencia de la conducta suicida reportada por los estudiantes, desglosada por la presencia o ausencia de trastorno mental

En la Figura 29 se muestran los porcentajes de intentos de suicidio de manera dicotómica (sí/no) sobre el total de la muestra, diferenciando entre aquellos estudiantes con y sin trastorno. Como se observa, un 52,2% de los estudiantes con trastorno mental ($n = 113$) reportaba haber intentado suicidarse alguna vez en su vida. Además, las pruebas estadísticas mostraron que los estudiantes con trastorno mental tenían siete veces más probabilidades de presentar conducta suicida en comparación con el resto de la muestra ($OR = 7,63$; IC 95%: 5,02-11,60).

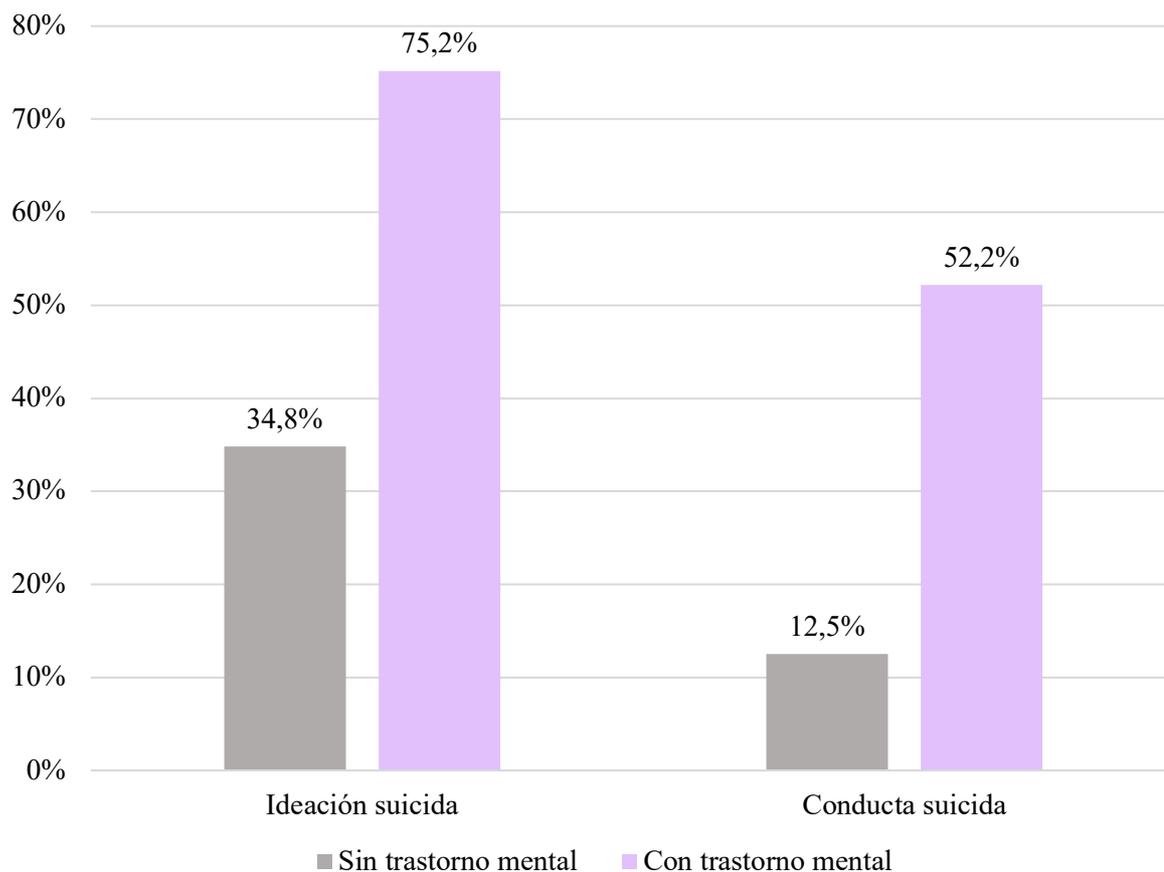


Figura 29. Prevalencia de ideación y conducta suicida, desglosada por la presencia o ausencia de trastorno mental

Como se ve en la Tabla 16, existe una asociación de magnitud moderada entre informar de un trastorno mental y la ideación suicida ($\chi^2 = 87,70$, $gl = 3$, $p < ,05$), así como la conducta suicida ($\chi^2 = 127,00$, $gl = 3$, $p < ,001$).

Tabla 16. Características clínicas de la muestra, desglosadas por presencia o ausencia de trastorno mental

	Trastorno mental						Estadístico	
	Total		No (n = 910)		Sí (n = 113)		χ^2 (gl)	V de Cramer
	n	%	n	%	n	%		
<i>Alcohol^a</i>	326	31,9	291	32,0	35	31,0	0,04 (1)	,007
<i>Consumo de cannabis</i>							15,50 (1)***	,123
Nunca	642	62,8	587	64,5	55	48,7		587
En el pasado	155	15,2	125	13,7	30	26,5		210
Actualmente	226	21,5	198	21,7	28	24,8		113
<i>Consumo de cocaína</i>							7,94 (3)*	,088
Nunca	996	97,4	889	97,7	107	94,7		
En el pasado	23	2,3	19	2,1	4	3,6		
Actualmente	4	0,4	2	0,2	2	1,8		
<i>Consumo de heroína</i>							8,31 (2)*	,090
Nunca	1020	99,7	908	99,8	112	99,1		
En el pasado	2	0,2	2	0,8	0	0,0		
Actualmente	1	0,1	0	0,0	1	0,9		
<i>Ideación suicida</i>							87,70 (3)***	,293
Nunca	621	60,7	593	65,2	28	24,8		
Una vez	157	15,3	135	14,8	22	19,5		
Dos o tres veces	104	10,2	83	9,1	21	18,6		
Más de cuatro veces	141	13,8	99	10,9	42	37,2		
<i>Conducta suicida</i>							127,00 (3)***	,353
Nunca	850	83,1	796	87,5	54	47,8		
Una vez	101	9,9	74	8,1	27	23,9		
Dos o tres veces	35	3,4	21	2,3	14	12,4		
Más de cuatro veces	37	3,6	19	2,1	18	15,9		

* p < ,05; **p < ,01; ***p < ,001

^a Consumo de alcohol de riesgo.

Selección de la muestra

Los estudios II y III contaron la participación de 1.023 estudiantes de una universidad española. Para poder acceder a la muestra, se contactó con la Oficina del Vicerrector de Asuntos Estudiantiles, la cual apoyó el proyecto y facilitó el acceso a los programas de Grado de la universidad. Así, el Vicerrectorado contactó con la jefatura de estudios de los diferentes Grados universitarios y las personas responsables dieron su consentimiento oralmente accediendo a que los alumnos participasen en la investigación. Para la selección de la muestra, se llevó a cabo un proceso aleatorio a través del cual se escogieron una o dos aulas de cada programa.

Los grados donde hubo más participación fueron aquellos relacionados con las Ciencias Sociales (como Derecho, Criminología o Trabajo social), seguido de los grados en las disciplinas académicas de Ciencia, Tecnología, Ingeniería y Matemáticas (STEM por sus siglas en inglés) (ver Figura 30).

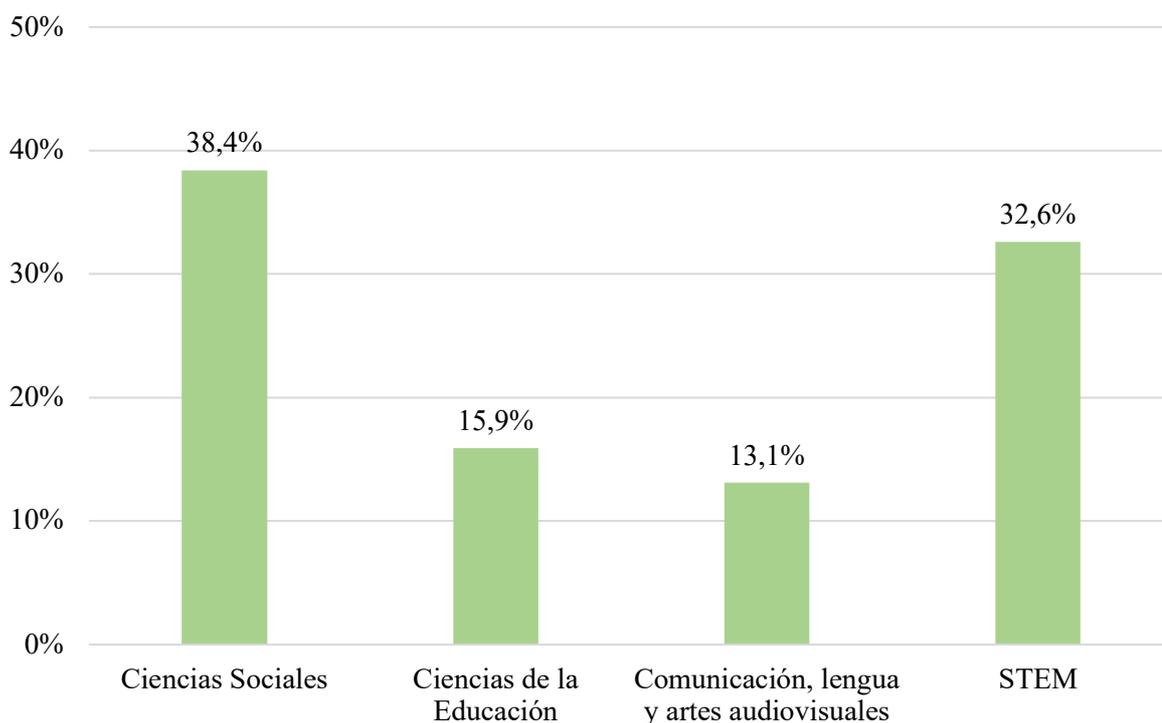


Figura 30. Distribución de la muestra según la disciplina de su grado universitario

Nota. STEM=Science, Technology, Engineering, and Mathematics (Ciencia, Tecnología, Ingeniería y Matemáticas)

6.1.2. Procedimiento

Realización de las entrevistas

Los datos fueron recabados durante los años 2018 y 2019. Se contactó con los Jefes de Estudios de los diferentes grados de la universidad explicando el propósito del estudio (ver Anexo VII). Con el fin de garantizar la calidad y la confidencialidad de los datos recopilados, dos personas dedicadas a la investigación académica con titulación en Psicología o Criminología se encargaron de explicar detalladamente el propósito del estudio y las medidas implementadas para proteger la privacidad de la información de las personas participantes. Esto incluyó la aplicación de prácticas de codificación y el respeto estricto de los principios éticos establecidos en el Código Ético del Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya (Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya, 2015).

Al inicio o al final de la clase, se explicaba la investigación y se repartía el cuestionario para que fuese contestado por los alumnos. El profesorado que en ese momento estaba dando clase salía del aula.

La recopilación de datos se llevó a cabo grupalmente en una única sesión. Aunque antes de empezar la encuesta se advirtió al alumnado que si alguien lo necesitaba podía salir del aula en cualquier momento y abandonar el estudio, no hubo ningún alumno que decidiese dejarlo. Cada estudiante dio su consentimiento informado mediante la firma de un documento previo a la cumplimentación del cuestionario (Anexo VIII).

Cabe mencionar que este estudio se diseñó cumpliendo los principios éticos fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki (World Medical Assambly, 2008) y el. Además, la investigación fue aprobada por la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona (IRB00003099), garantizando así el rigor científico y la protección de los derechos de las personas participantes.

6.1.3. Medidas

Los Estudios II y III contaron con instrumentos similares al primer estudio²⁶, pero se eliminaron las preguntas sobre las victimizaciones sufridas en la edad adulta y se añadió la Escala de Bienestar Mental de Edimburgo-Warwick en su versión corta. A continuación, se muestra una tabla donde se pueden ver qué instrumentos se han usado en cada estudio.

Tabla 17. Datos recabados en los estudios II y III en comparación con aquellos usados en el primer estudio

	Datos sociodemográficos	Datos clínicos sobre la salud física y mental	Niveles de Bienestar Mental (Escala de Bienestar Mental de Edimburgo-Warwick Corta, SWEMWBS)	Experiencias Adversas vividas en la Infancia (ACE-IQ)	Experiencias de victimización en la edad adulta
Estudio I	✓	✓		✓	✓
Estudio II	✓	✓	✓	✓	
Estudio III	✓	✓	✓	✓	

Datos sociodemográficos. Tal y como se hizo en el primer estudio, se usó el cuestionario específico creado para recopilar información sobre las características sociodemográficas de las personas participantes.

Datos clínicos sobre la salud física y mental. En cuanto a las preguntas sobre salud, se usaron las mismas que en el primer estudio y éstas se centraron en el estilo de vida y en algunos aspectos clínicos de las personas participantes, preguntando por el consumo de alcohol, y drogas, así como ideación suicida e intentos de suicidio, entre otros. Estas preguntas se desarrollaron en base al cuestionario usado en el estudio ACE de la universidad de Liverpool John Moores University (Ford et al., 2016).

Short Edinburgh-Warwick Mental Well-being Scale (SWEMWBS). La Escala de Bienestar Mental de Edimburgo-Warwick Corta (SWEMWBS) se encontraba dentro de la sección de *Datos clínicos y sobre salud física y mental general*, y se usó en

²⁶ Para más información sobre los instrumentos usados en este segundo estudio ver la metodología del primer estudio, donde se describen con más detalles los instrumentos usados en los tres estudios, como aquel creado para recabar los datos sociodemográficos, aquel usado para conseguir los datos clínicos o el mismo ACE-IQ.

el tercer estudio para medir el nivel de bienestar mental de forma autoreportada por parte de los estudiantes. Esta escala consiste en 7 ítems que evalúan el bienestar mental al medir la frecuencia con la que se experimentan estados mentales positivos de las últimas dos semanas, preguntando, por ejemplo, por el optimismo, la resolución positiva de problemas, la claridad mental, la conexión con otros y la capacidad para tomar decisiones propias (Tennant et al., 2007). Cada respuesta se puntúa del 1 al 5, y al sumar las puntuaciones individuales se obtiene un puntaje general de bienestar mental que oscila entre 7 (indicando el menor bienestar mental posible) y 35 (indicando el mayor bienestar mental posible).

Tabla 18. Ítems presentes en SWEMWBS con las opciones de respuesta y su correspondiente puntuación

Ítem o afirmación	Respuesta (puntuación)
1. Me he sentido optimista (positivo/a) sobre el futuro	
2. Me he sentido útil	
3. Me he sentido relajado/a	En ningún momento (1)
4. He hecho frente a los problemas de manera positiva	Raramente (2)
5. He pensado con claridad	En alguna ocasión (3)
6. Me he sentido cercano/a otras personas	A menudo (4)
7. He sido capaz de tomar mis propias decisiones	Siempre (5)

La SWEMWBS ha mostrado una alta consistencia interna en diferentes poblaciones adultas y ha sido traducida y validada a nivel internacional (Ng Fat et al., 2017; Stewart-Brown et al., 2009; Vaingankar, 2017). Su versión larga también se ha utilizado con muestras europeas con trastorno mental (Trousselard et al., 2016), y su versión corta ha demostrado una validez y confiabilidad satisfactorias en investigaciones realizadas con pacientes ambulatorios que reciben servicios psiquiátricos (Vaingankar, 2017).

La versión corta es preferible a la versión larga debido a sus sólidas propiedades psicométricas y su brevedad (Ng Fat et al., 2017; Vaingankar, 2017). El coeficiente alfa de Cronbach en esta investigación fue de 0,80.

Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). En el Estudio II y el Estudio III se usó el Cuestionario Internacional de Experiencias

Adversas en la Infancia para medir las experiencias adversas y de victimización que habían vivido las personas participantes. En este caso, el ACE-IQ aplicado no recababa experiencias vividas en la edad adulta, a diferencia del instrumento aplicado en el primer estudio dónde sí se buscó saber esta información.

6.1.4 Análisis de Datos

En los Estudios II y III se utilizó el software JAMOVI v2.3 con el paquete snowRMM (Seol, 2022) y el paquete R (Linzer y Lewis, 2021) para poder realizar un Análisis de Clases Latentes (LCA, por sus siglas en inglés) e identificar grupos de estudiantes con patrones similares de ACEs.

Como en el primer estudio, se calcularon las tasas de prevalencia para cada experiencia específica de victimización y, con el objetivo de comparar estas tasas entre diferentes grupos en función del género de las personas participantes, se empleó la medida de la Odds Ratio (*OR*) junto con su correspondiente intervalo de confianza (IC). Se estableció la significancia estadística en un nivel de $p < ,05$. También se realizó un análisis para examinar la relación entre las características clínicas de la muestra y el género de las personas participantes y se empleó la prueba de Chi-Cuadrado como método de evaluación estadística. Para comprobar la magnitud de asociación entre las variables que mostraron tener una relación significativa, se usó la medida de asociación V de Cramer.

El Análisis de Clases Latente (LCA, por sus siglas en inglés) se realizó de acuerdo con las directrices de expertos (Muthén y Muthén, 2000; Nylund et al., 2007; Sinha et al., 2021; Weller et al., 2020). Con el objetivo de identificar clases latentes de estudiantes que exhiben patrones similares de ACEs, se empezó con un modelo inicial de dos clases y se agregaron clases de manera gradual hasta lograr un buen ajuste a los datos. En cada paso, el nuevo modelo se comparó con los anteriores hasta que se identificó el mejor modelo. La determinación de la solución de clase óptima se basó principalmente en dos criterios: criterios estadísticos y fundamentos teóricos (Weller et al., 2020).

El ajuste del modelo se evaluó mediante el criterio de información de Akaike (AIC), el criterio de información bayesiana (BIC) y el criterio de información bayesiana

ajustada (ABIC) (Akaike, 1974). Los valores más bajos de estas estadísticas son preferibles, y se considera que el BIC proporciona la mejor justificación para el número de clases (Akaike, 1974; Nylund et al., 2007; Vermunt, 2010). La prueba de Lo-Mendell-Rubin (LMRT) y la prueba de razón de probabilidad de bootstrap (BLRT) se utilizaron para evaluar la mejoría en el ajuste del modelo al agregar o eliminar clases latentes. Un resultado significativo de estas pruebas indicaba que un modelo con un número diferente de clases era significativamente mejor que el modelo anterior (Merians et al., 2019). La entropía también se calculó para evaluar la calidad de la clasificación en el modelo, aunque en línea con las directrices de los expertos, no se utilizó para determinar la selección final (Weller et al., 2020).

Se eligió el modelo dónde la muestra se dividía en 4 clases y se etiquetó a cada una en función del número de ACEs y de las probabilidades de haber sufrido los diferentes tipos específicos de adversidades. Así, se identificaron cuatro clases de patrones de ACEs: Bajo Número de ACEs; Hogar Disfuncional; Abuso en el Hogar y Acoso por Iguales; y Alto Número de ACEs.

Las diferencias entre las clases en las variables demográficas se evaluaron mediante el cálculo de la estadística Chi-Cuadrado, con la V de Cramer utilizada como medida del tamaño del efecto.

La prueba de Games-Howell se empleó para comparar la edad media y el número medio de ACE entre clases, debido a los resultados estadísticamente significativos obtenidos tanto de la prueba de homogeneidad de varianzas (prueba de Levene, $p < ,01$) como de la prueba de Shapiro-Wilk para normalidad ($p < ,01$) para estas dos variables. Así, dado que estas pruebas indicaron violaciones de los supuestos requeridos para el ANOVA tradicional, se eligió la prueba de Games-Howell como una alternativa adecuada para realizar comparaciones por pares entre las diferentes clases.

Para investigar más a fondo la relación entre las ACEs y el bienestar mental, así como la relación con otras covariables, se implementó un modelo de regresión jerárquica lineal múltiple. En el Modelo 1, las clases de ACEs se introdujeron como predictores para evaluar su impacto en las puntuaciones de bienestar. El modelo 2 incorporó covariables adicionales basadas en sus asociaciones previas con los resultados de bienestar mental y las diferencias significativas observadas entre las clases de ACEs que se identificaron. Específicamente, las variables que produjeron diferencias

estadísticamente significativas entre las clases se seleccionaron e introdujeron en el segundo modelo para examinar su potencial para predecir variaciones en el bienestar mental. En consecuencia, la edad, la orientación sexual (Heterosexual / Minoría sexual), el país de origen (España / Otro) y el diagnóstico de trastorno mental (Sí / No) se incluyeron en el análisis para evaluar su contribución adicional en la predicción de las puntuaciones de bienestar, al mismo tiempo que se controlaban los efectos de las clases de ACEs.

6.2. Resultados Estudio II

Experiencias Adversas en la Infancia y Trastorno Mental

Los estudiantes que reportaron un diagnóstico de trastorno mental, en comparación con los estudiantes sin diagnóstico, presentaron índices más elevados en todas las formas de ACEs estudiadas.

En comparación con aquellos sin trastorno, los jóvenes con trastorno mental tenían más probabilidades de haber sufrido abuso emocional ($OR = 2,97$; IC 95%: 1,98-4,45); abuso sexual infantil ($OR = 2,54$; IC 95%: 1,67-3,85); haber convivido con alguien con problemas de consumo de sustancias ($OR = 2,75$; IC 95%: 1,78-4,23); que un miembro del hogar hubiera sido encarcelado ($OR = 2,78$; IC 95%: 1,08-7,15); haber vivido con una persona con un trastorno mental ($OR = 2,66$; IC 95%: 1,79-3,96); haber sido expuestos a violencia en el hogar ($OR = 2,23$; IC 95%: 1,49-3,34); haber sufrido negligencia emocional ($OR = 2,06$; IC 95%: 1,17-3,64); negligencia física ($OR = 3,24$; IC 95%: 1,73-6,07); y victimización por iguales ($OR = 2,00$; IC 95%: 1,34-2,98). Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas (ver Tabla 19).

De entre todas las ACEs, el abuso emocional, aun encontrándose una relación pequeña, presentaba la asociación más fuerte con la presencia de trastornos mentales ($\chi^2 = 29,80$, $gl = 1$, $p < ,001$), con una V de Cramer de 0,171.

El promedio de ACEs experimentados por los estudiantes sin trastorno mental fue de 2,53 ($DE = 2,17$), mientras que para aquellos con trastorno mental autoreportado fue de 4,11 ($DE = 2,57$). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($\chi^2 = 38,50$, $gl = 3$, $p < ,001$). Además, los estudiantes con trastorno mental tuvieron casi cuatro veces

más probabilidades de haber sufrido cualquier ACE en comparación con aquellos sin trastorno mental ($OR = 3,83$; IC 95%: 1,66-8,88).

Tabla 19. Prevalencia de ACEs, desglosadas por presencia o ausencia de trastorno mental

	Trastorno mental						Estadístico	
	Muestra total (N= 1.023)		No (n = 910)		Sí (n = 113)		χ^2 (gl)	V de Cramer
	n	%	n	%	n	%		
<i>Abuso físico</i>	313	30,6	270	29,7	43	38,1	3,33 (1)	,057
<i>Abuso emocional</i>	242	23,7	192	21,1	50	44,2	29,80 (1)***	,171
<i>Abuso sexual</i>	214	20,9	172	18,9	42	37,2	20,30 (1)***	,141
<i>H: uso indebido de sustancias</i>	174	17,0	137	15,1	37	32,7	22,30 (1)***	,148
<i>H: encarcelado</i>	24	2,3	18	2,0	6	5,3	4,87 (1)*	,069
<i>H: trastorno mental</i>	287	28,1	233	25,6	54	47,8	24,50 (1)***	,155
<i>Exposición a la violencia en el hogar</i>	274	26,8	226	24,8	48	42,5	16,0 (1)**	,125
<i>Uno o ningún padre</i>	306	29,9	266	29,2	40	35,4	1,82 (1)	,042
<i>Negligencia emocional</i>	89	8,7	72	7,9	17	15,0	6,44 (1)*	,079
<i>Negligencia física</i>	56	5,5	41	4,5	15	13,3	14,90 (1)***	,121
<i>Victimización por iguales</i>	460	45,0	392	43,1	68	60,2	11,9 (1)***	,108
<i>Violencia comunitaria</i>	251	24,5	216	23,7	35	31,0	2,84 (1)	,052
<i>Violencia colectiva</i>	72	7,0	63	6,9	9	8,0	0,17 (1)	,010
<i>Número de ACE</i>							38,5 (3)***	,194
0	167	16,3	161	17,7	6	5,3		
1-2	382	37,3	358	39,3	24	21,2		
3-4	268	26,2	222	24,4	46	40,7		
5 o más	206	20,1	169	18,6	37	32,7		
Media (DE)	2,70 (2,27)		2,53 (2,17)		4,11 (2,57)**			

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

H = hogar/miembro del hogar

En la Tabla 20 se muestran las diferencias por género en los estudiantes con y sin trastorno mental. Por lo que respecta a las personas sin trastorno mental, se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en el abuso emocional, el abuso sexual, la negligencia emocional, la violencia comunitaria y la violencia colectiva. No obstante, la magnitud de fuerza de estas relaciones fue muy débil, con una V de Cramer igual o inferior a ,100 en la mayoría de los casos a excepción del abuso sexual infantil, donde la asociación de esta ACE con el género femenino era más elevada, aunque pequeña (V de Cramer = ,173).

Por lo que respecta a las personas con trastorno mental, se observó una asociación estadísticamente significativa y moderada entre ser mujer y haber sufrido abuso sexual en la infancia ($\chi^2 = 9,45$, $gl = 1$, $p < ,001$). Prácticamente una de cada dos mujeres (42,4%) reportó haber sufrido abuso sexual durante su infancia, mientras que ningún hombre lo hizo. Además, la prevalencia de los abusos sexuales en mujeres con trastorno mental era prácticamente el doble en comparación con aquellas sin trastorno (42,4% y 23,4% respectivamente).

Adicionalmente, en las personas con trastorno mental se encontró una relación estadísticamente significativa y débil entre ser hombre y haber sufrido abuso emocional ($\chi^2 = 4,79$, $gl = 1$, $p < ,05$), y una relación moderada entre ser hombre y haber sido víctima de violencia colectiva ($\chi^2 = 9,26$, $gl = 1$, $p < ,05$).

Tabla 20. Prevalencia de ACEs, desglosadas por presencia o ausencia de trastorno mental y género

	Sin trastorno mental						Con trastorno mental					
	Masculino (n = 277)		Femenino (n = 633)		Estadístico		Masculino (n = 14)		Femenino (n = 99)		Estadístico	
	n	%	n	%	χ^2 (gl)	V de Cramer	n	%	n	%	χ^2 (gl)	V de Cramer
<i>Abuso físico</i>	92	33,2	178	28,1	2,40 (1)	,051	7	50,0	36	36,4	0,96 (1)	,092
<i>Abuso emocional</i>	47	17,0	145	22,9	4,08 (1)*	,067	10	71,4	40	40,4	4,79 (1) *	,206
<i>Abuso sexual</i>	24	8,7	148	23,4	27,2 (1)***	,173	0	0,0	42	42,4	9,45 (1)***	,289
<i>H: uso indebido de sustancias</i>	44	15,9	93	14,7	0,21 (1)	,015	6	42,9	31	31,3	0,74 (1)	,081
<i>H: encarcelado</i>	5	1,8	13	2,1	0,06 (1)	,008	1	7,1	5	5,1	0,11 (1)	,030
<i>H: trastorno mental</i>	67	24,2	166	26,2	0,42 (1)	,021	4	28,6	50	50,5	2,36 (1)	,145
<i>Exposición a la violencia en el hogar</i>	67	24,2	159	25,1	0,08 (1)	,009	6	42,9	42	42,4	9,41 (1)	,003
<i>Uno o ningún padre</i>	76	27,4	190	30,0	0,62 (2)	,026	4	28,6	36	36,4	0,33 (1)	,053
<i>Negligencia emocional</i>	32	11,6	40	6,3	7,24 (1)***	,089	1	7,1	16	16,2	0,78 (1)	,083
<i>Negligencia física</i>	11	4,0	30	4,7	0,26 (1)	,017	2	14,3	13	13,1	0,01 (1)	,011
<i>Victimización por iguales</i>	108	39,0	284	44,9	2,71 (1)	,054	9	64,3	59	59,6	0,11 (1)	,032
<i>Violencia comunitaria</i>	84	30,3	132	20,9	9,55 (1)**	,102	5	35,7	30	30,3	0,17 (1)	,039
<i>Violencia colectiva</i>	27	9,7	36	5,7	4,93 (1)**	,073	4	28,6	5	5,1	9,26 (1)*	,286
<i>Número de ACE</i>					1,07 (3)	,034					1,36 (3)	,110
0	49	17,7	112	17,7			0	0,0	6	6,1		
1-2	112	40,4	246	38,9			4	28,6	20	20,2		
3-4	70	25,3	152	24,0			6	42,9	40	40,4		
5 o más	46	16,6	123	19,4			4	28,6	33	33,3		
Media (DE)	2,47 (2,12)		2,55 (2,19)				4,21 (2,62)		4,09 (2,58)			

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

H = hogar/miembro del hogar

6.3. Resultados Estudio III

Patrones de ACE

El Análisis de Clases Latentes (LCA) identificó una solución de 4 clases como el modelo más adecuado, con la LMRT²⁷ ($p < ,001$) y la BLRT²⁸ ($p < ,01$) indicando que superó al modelo anterior (ver Tabla 21). Aunque el modelo de cinco clases tenía un valor AIC²⁹ más bajo, el valor p para el BLRT no fue significativo. Además, el modelo de cuatro clases tuvo un valor de probabilidad logarítmica más alto, lo que sugiere un ajuste superior, así como un valor BIC³⁰ más bajo, la medida más confiable de ajuste para LCA (Nylund et al., 2007). Además, en el modelo de cinco clases, una clase comprendió solo un porcentaje muy pequeño de la muestra (6,3%).

Tabla 21. Estadísticos del Análisis de Clases Latentes para la elección del mejor modelo

Número de clases	LL	AIC	BIC	ABIC	LMRT <i>p</i> -valor	BLRT <i>p</i> -valor	Entropía
1	-6174	12374	12438	12397	-	-	-
2	-5776	11606	11740	11654	< .001	< .01	.681
3	-5692	11466	11668	11538	< .001	< .01	.686
4	-5642	11395	11666	11491	< .001	< .01	.653
5	-5626	11389	11729	11510	< .01	.128	.642

Nota. La negrita indica el modelo seleccionado.

LL = valor de probabilidad logarítmica; AIC = Criterio de información de Akaike; BIC = criterio de información bayesiana; ABIC = criterio de información bayesiana ajustada; LMRT = prueba de Lo-Mendell-Rubin; BLRT = prueba de razón de probabilidad bootstrap.

²⁷ Prueba de Lo-Mendell-Rubin.

²⁸ Prueba de Razón de Probabilidad Bootstrap.

²⁹ Criterio de Información de Akaike.

³⁰ Criterio de Información Bayesiana.

Por otro lado, el modelo de cuatro clases también tenía más sentido a nivel teórico: tres de las cuatro clases (Bajo Número de ACEs, Hogar disfuncional y Alto Número de ACEs) se han identificado consistentemente en estudios previos (Ho et al., 2019; Kim et al., 2023; Wang et al., 2021), mientras que, curiosamente, la cuarta clase reveló un perfil distintivo caracterizado por tener más probabilidad de reportar sufrir abuso físico, exposición a la violencia en el hogar y victimización por parte de iguales (Abuso en el Hogar y Acoso por Iguales) algo que, aún no ser una clase frecuente en otros estudios, sí que podía encontrar sus fundamentos en investigaciones previas (Holt et al., 2007).

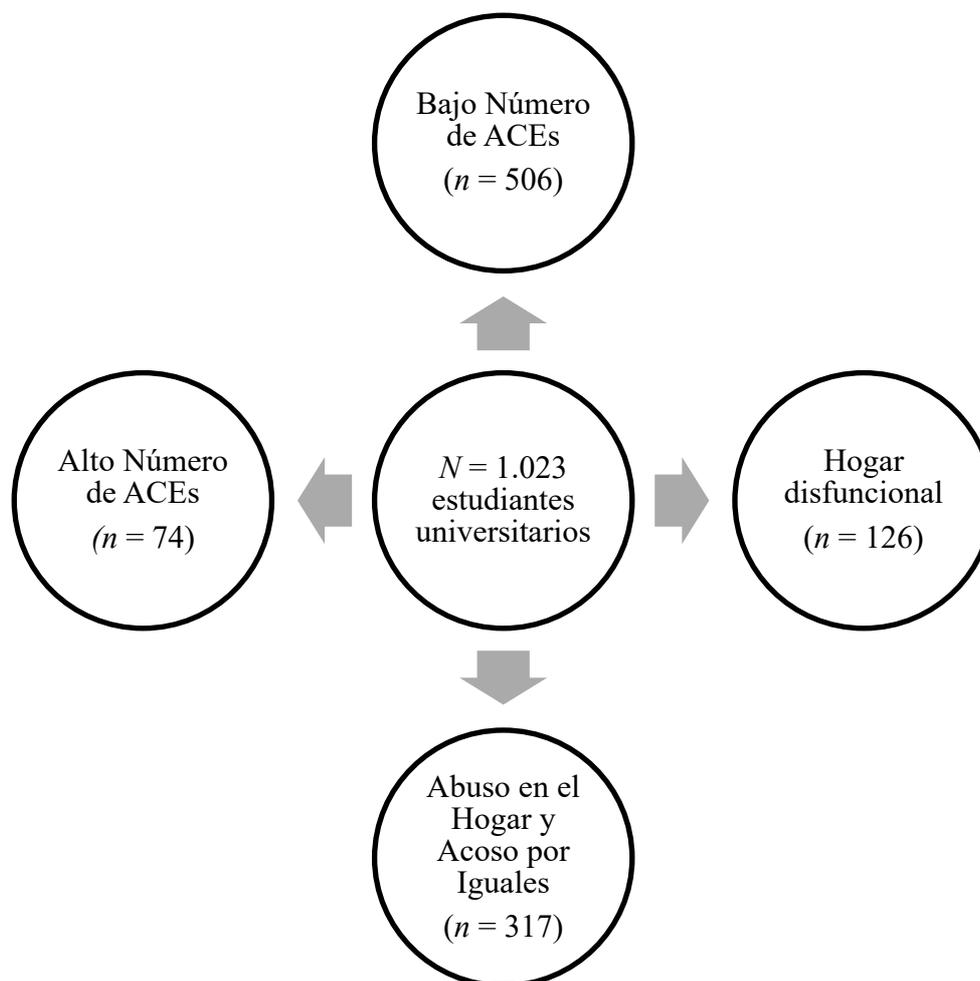


Figura 31. Distribución de la muestra según la clase asignada a través del LCA

Las clases se etiquetaron en función de dos criterios principales: a) el número de ACEs dentro de cada clase (ver Tabla 22); y b) las probabilidades de respuesta al ítem (Figura 32), definiendo las que serían las cuatro clases principales de este tercer estudio. Los resultados mostraron que los estudiantes en la clase de Bajo Número de ACEs ($M = 0,96$, $DE = 0,84$; $p < ,001$, IC 95%: 0,88-1,03) reportaron significativamente menos ACEs que los de las otras clases, mientras que los estudiantes en la clase Alto Número de ACEs ($M = 7,77$, $DE = 1,61$; $p < ,001$, IC 95%: 7,40- 8,15) reportaron significativamente más ACEs que aquellos en otras clases. Si bien esto no es sorprendente, la brecha en términos de ACEs entre estas dos clases es notable, con el 100% de los estudiantes en la clase Alto Número de ACEs reportando cinco o más ACEs, mientras que ninguno de sus compañeros en la clase Bajo Número de ACEs reportó más de cuatro ACEs.

Tabla 22. Prevalencia de ACEs, desglosadas por clase

	Muestra total (N = 1.023)		Bajo Número de ACEs (n = 506)		Hogar Disfuncion al (n = 126)		Abuso en el Hogar y Acoso por Iguales (n = 317)		Alto Número de ACEs (n = 74)		Estadística	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2 (gl)	V de Cramer
<i>Abuso físico</i>	313	30,6	24	4,7	27	21,4	200	63,1	62	83,8	420 (3)***	,641
<i>Abuso emocional</i>	242	23,7	9	1,8	21	16,7	141	44,5	71	95,9	428 (3)***	,647
<i>Abuso sexual</i>	214	20,9	42	8,3	28	22,2	106	33,4	38	51,4	120 (3)***	,343
<i>H: uso indebido de sustancias</i>	174	17,0	6	1,2	106	84,1	2	0,6	60	81,1	767 (3)***	,866
<i>H: encarcelado</i>	24	2,3	1	0,2	8	6,3	2	0,6	13	17,6	97,9 (3)***	,309
<i>H: trastorno mental</i>	287	28,1	65	12,8	78	61,9	92	29,0	52	70,3	195 (3)***	,437
<i>Exposición a la violencia en el hogar</i>	274	26,8	5	1,0	40	31,7	162	51,1	67	90,5	422 (3)***	,642
<i>Uno o ningún padre</i>	306	29,9	96	19,0	68	54,0	90	28,4	52	70,3	122 (3)***	,345
<i>Negligencia emocional</i>	89	8,7	9	1,8	16	12,7	42	13,2	22	29,7	82,5 (3)***	,284
<i>Negligencia física</i>	56	5,5	1	0,2	18	14,3	1	0,3	36	48,6	329 (3)***	,567
<i>Victimización por iguales</i>	460	45,0	143	28,3	34	27,0	230	72,6	53	71,6	192 (3)***	,434
<i>Violencia comunitaria</i>	251	24,5	71	14,0	49	38,9	95	30,0	36	48,6	72,5 (3)***	,266
<i>Violencia colectiva</i>	72	7,0	14	2,8	11	8,7	34	10,7	13	17,6	33,8 (3)***	,182
<i>Número de ACEs</i>											951 (9)***	,557
0	167	16,3	167	33,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
1-2	382	37,3	315	62,3	18	14,3	49	15,5	0	0,0		
3-4	268	26,2	24	4,7	64	50,8	180	56,8	0	0,0		
5 o más	206	20,1	0	0,0	44	34,9	88	27,8	74	100		
Media (DE)	2,70 (2,27)		0,96 (0,84)***		4,00 (1,33)***		3,78 (1,23)***		7,77 (1,62)***			

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

H = hogar/miembro del hogar

Como se ve en la Figura 32, la clase de Bajo Número de ACEs (49,5%) incluyó a aquellos individuos con menos probabilidades de informar cualquier ACE, sin que ninguna ACE específica fuera notablemente más común que otras.

La clase de Hogar Disfuncional (12,3%) comprendía a aquellos individuos con una mayor probabilidad de haber crecido junto a un miembro del hogar con abuso de sustancias y/o problemas de salud mental, y también tenían más probabilidades de haber crecido con un solo progenitor por divorcio, muerte o abandono.

Las personas en la clase de Abuso en el Hogar y Acoso por Iguales (31,0%) tenían más probabilidades de haber estado expuestos a violencia doméstica o de género, de haber sido abusados físicamente en su hogar y de haber sido acosados por hermanos, amigos o compañeros de edad similar a la suya.

Finalmente, la clase Alto Número de ACEs (7,2%) comprendió individuos con una mayor probabilidad de reportar cualquier tipo de ACE, con la excepción de la victimización por parte de iguales, la cual tenía ligeramente más probabilidad de ser reportada por los miembros de la clase de Abuso en el Hogar y Acoso por Iguales.

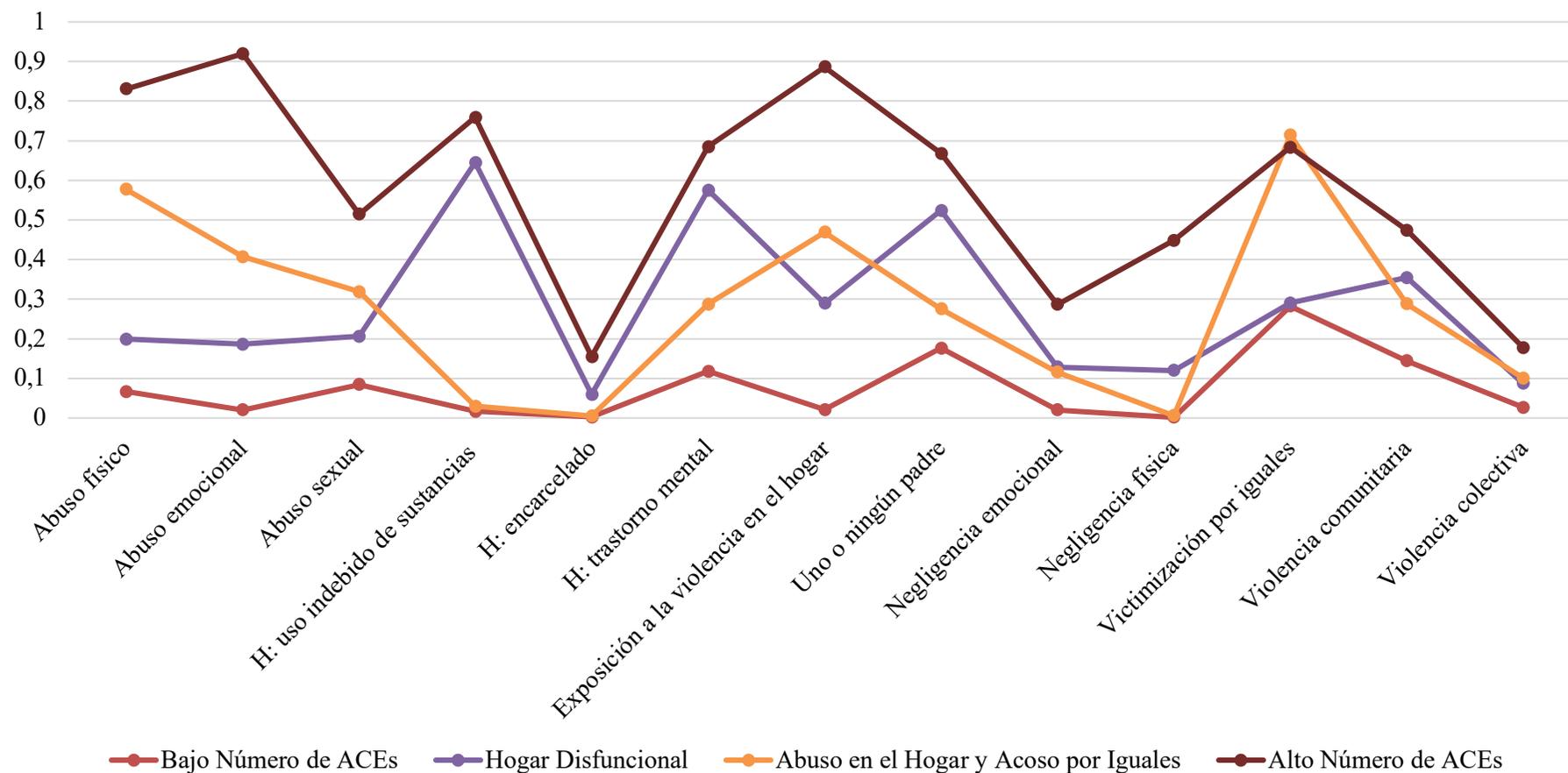


Figura 32. Probabilidades de ítem-respuesta para cada clase

Nota: H = hogar/miembro del hogar

Asociaciones entre variables sociodemográficas y clases ACE

Como se muestra en la Tabla 23, los análisis preliminares indicaron diferencias estadísticamente significativas entre las clases en edad, orientación sexual, país de origen, presencia de un trastorno mental y, como se explicó anteriormente, el número de ACEs.

En comparación con las otras clases, un mayor porcentaje de estudiantes en la clase Alto Número de ACEs informaron haber nacido fuera de España (23,0%), se describieron a sí mismos como pertenecientes a una minoría sexual (36,5%) y habían sido diagnosticados con un trastorno mental (31,1%). Los resultados de la prueba de Games-Howell indicaron que los individuos en la clase Alto Número de ACEs ($M = 23,5$, $DE = 7,01$; $p < ,001$, IC 95%: 21,9-25,1) tenían una edad media superior a los estudiantes de las otras clases.

Tabla 23. Características sociodemográficas de la muestra, desglosadas por clase

Variable	Muestra total (N = 1.023)		Bajo Número de ACEs (n = 506)		Hogar Disfuncional (n = 126)		Abuso en el Hogar y Acoso por Iguales (n = 317)		Alto Número de ACEs (n = 74)		Estadística	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	χ^2 (gl)	V de Cramer
<i>Género</i>											3,22 (3)	,056
Hombre	291	28,4	147	29,1	40	31,7	89	28,1	15	20,3		
Mujer	732	71,6	359	70,9	86	68,3	228	71,9	59	79,7		
<i>Edad</i> <i>Media (DE)</i>	20,10 (3,93)		19,5*** (2,68)		21,0*** (5,66)		19,9*** (3,31)		23,5*** (7,01)			
<i>País de origen</i>											19,4 (3)***	,138
España	909	88,9	468	92,5	110	87,3	274	86,4	57	77,0		
Otro	114	11,1	38	7,5	16	12,7	43	13,6	17	23,0		
<i>Orientación sexual</i>											31,0 (6)***	,123
Heterosexual	780	76,4	418	82,8	98	77,8	217	68,7	47	63,5		
LGBTQ+	231	22,6	82	16,2	27	21,4	95	30,1	27	36,5		
No definido	10	1,0	5	1	1	0,8	4	1,3	0	0,0		
<i>Afiliación religiosa</i>											13,2 (12)	,066
Católico	166	16,6	95	19,2	21	17,2	44	14,1	6	8,3		
Musulmán	10	1,0	4	0,8	1	0,8	4	1,3	1	1,4		
Otro	7	0,7	3	0,6	1	0,8	2	0,6	1	1,4		
Sin afiliación religiosa	816	81,7	392	79,4	99	81,1	261	83,9	64	88,9		
<i>Diagnóstico psiquiátrico</i>											52,6 (3)***	,227
No	910	89,0	479	94,7	105	83,3	275	86,8	51	68,9		
Sí	113	11,0	27	5,3	21	16,7	42	13,2	23	31,1		

 * $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Clases de ACEs y Covariables en la Predicción del Bienestar Mental

Se realizó una regresión lineal múltiple y jerárquica para observar si las clases de ACEs, la edad, la orientación sexual, el país de origen y un diagnóstico de trastorno mental predecían de forma estadísticamente significativa las puntuaciones de bienestar mental. Se realizaron pruebas de factores de inflación de varianza (VIF, por sus siglas en inglés) y tolerancia, y no se observó multicolinealidad. Además, los datos cumplieron con el supuesto de errores independientes (valor de Durbin-Watson = 1,94).

Como se ve en la Tabla 24, en el Modelo 1, las clases de ACEs parecieron explicar significativamente la varianza en la puntuación de bienestar autoinformada ($F(3, 1007) = 19,2, p < ,001, R^2_{adj} = ,054$).

El análisis mostró que pertenecer a la clase de Hogar Disfuncional ($\beta = -,260, t(1019) = -2,67, p < ,01$), Abuso en el Hogar y Acoso por Iguales ($\beta = -,491, t(1019) = -6,99, p < ,001$) y Alto Número de ACEs ($\beta = -,537, t(1019) = -4,43, p < ,001$) predijo puntuaciones significativamente más bajas en el bienestar autoinformado, en comparación con pertenecer a la clase de Bajo Número de ACEs.

En el modelo 2, un aumento sustancial en el valor ajustado de R^2 sugirió una mejora en el ajuste general del modelo ($F(7, 1003) = 18,4, p < ,001, R^2_{adj} = ,108$), lo que explicó el 10,8% de la varianza en el bienestar mental. Después de controlar las clases de ACEs, las variables de edad, orientación sexual y tener un diagnóstico de trastorno mental predijeron significativamente un cambio en las puntuaciones de bienestar mental, mientras que nacer fuera de España no pareció predecir ningún cambio en el nivel de bienestar de manera estadísticamente significativa.

Tener un diagnóstico de trastorno mental fue el predictor más fuerte de niveles más bajos de bienestar y se asoció con una reducción de más de dos puntos y medio en la puntuación total de bienestar mental ($\beta = -,635, t(1015) = -6,49, p < ,001$). Pertenecer a la clase de Alto Número de ACEs ($\beta = -,454, t(1015) = -3,59, p < ,001$) o la clase Abuso en el Hogar y Acoso por Iguales ($\beta = -,429, t(1015) = -6,16, p < ,001$) se asoció con una disminución en la puntuación de bienestar total de casi 2 puntos ($B = -1,87$ y $B = -1,76$, respectivamente).

Estar en la clase de Hogar Disfuncional también se asoció con niveles más bajos de bienestar mental, aunque la disminución fue de menos de un punto ($B = -0,89$),

aproximadamente la mitad de la disminución observada en las clases de Alto Número de ACEs o Abuso en el Hogar y Acoso por Iguales. Además, el tamaño del efecto para la clase de Hogar Disfuncional ($\beta = -.217$, $t(1015) = -2,26$, $p < ,05$) también fue menor en comparación con las otras dos clases.

Tabla 24. El efecto de la clase de ACEs, la edad, la orientación sexual y el trastorno mental en el bienestar mental de los estudiantes universitarios

	Indicadores	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	
		B	SE B	β	<i>t (gl)</i>
Modelo 1 ^a	(Intercepto)	26,58	,179		148,17 (1019)***
	Hogar Disfuncional	-1,07	,401	-,260	-2,67 (1019)**
	Abuso en el Hogar y Acoso por Iguales	-2,02	,289	-,491	-6,99 (1019)***
	Alto Número de ACEs	-2,21	,500	-,537	-4,43 (1019)***
Modelo 2 ^b	(Intercepto)	24,69	,665		37,15 (1015)***
	Hogar Disfuncional	-0,89	,395	-,217	-2,26 (1015)*
	Abuso en el Hogar y Acoso por Iguales	-1,76	,287	-,429	-6,16 (1015)***
	Alto Número de ACEs	-1,87	,520	-,454	-3,59 (1015)***
	Edad	0,11	,033	,103	3,32 (1015)***
	Orientación sexual (cualquiera menos heterosexual)	-0,69	,299	-,169	-2,34 (1015)*
	País de origen (cualquiera menos España)	-0,29	,393	,072	-0,75 (1015)
	Trastorno mental (Sí)	-2,62	,403	-,635	-6,49 (1015)***

* $p < ,05$; ** $p < ,01$ y *** $p < ,001$

^a $F(3, 1007) = 19,2, p < ,001, R^2_{adj} = ,054$

^b $F(7, 1003) = 18,4, p < ,001, R^2_{adj} = ,108$

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

7.1. Discusión

La presente tesis estudia la relación entre las experiencias adversas y de victimización sufridas en la infancia y la salud mental. Para ello, se ha investigado la prevalencia de ACEs en personas con trastorno mental grave, se han comparado las prevalencias de ACEs en jóvenes universitarios con y sin trastorno mental, y se han estudiado los patrones de ACEs experimentados por estos jóvenes en relación con el bienestar mental autoreportado, teniendo en cuenta la influencia del trastorno mental en esta relación.

Tal y como se había hipotetizado, se ha observado que las personas con trastorno mental reportan prevalencias especialmente altas en casi todas las formas de ACEs. Esto coincide con investigaciones internacionales (Maniglio, 2009; Teplin et al., 2005) y nacionales (Álvarez et al., 2023) en las que se señala la especial incidencia de adversidad infantil en este colectivo. Dentro de las formas de victimización infantil más reportadas, destaca una alta prevalencia de abuso físico, emocional y sexual, algo que se ha visto de forma recurrente en otras investigaciones españolas (Álvarez et al., 2015; Ordóñez et al., 2014). Este dato es especialmente importante porque, más allá del gran impacto que supone haber sufrido abusos sexuales, tanto el abuso físico como el abuso emocional son formas especialmente graves de victimización infantil (Moreira et al., 2020; Stoltenborgh et al., 2012), ya que (entre muchas otras consecuencias) el primero se ha asociado con el desarrollo de rasgos psicopáticos en jóvenes y adultos, algo crucial en la perpetuación y la transmisión de la violencia (Moreira et al., 2020) y el segundo se ha relacionado ampliamente con problemas de salud mental y conductual (Korolevskaia y Yampolskaya, 2023).

Además, en esta investigación también se ha visto que la presencia del trastorno mental aumenta las probabilidades de reportar cualquier forma de ACE, aun cuando el trastorno mental no es considerado grave. Así, coincidiendo con la hipótesis inicial, se ha visto que los jóvenes estudiantes con trastorno mental tienen cuatro veces más probabilidades de reportar cualquier forma de ACE en comparación con sus compañeros. A su vez, también tienen más probabilidades de haber vivido en un hogar disfuncional durante la infancia, por ejemplo, conviviendo con adultos que consumen sustancias tóxicas o presenciando violencia entre miembros del hogar. Investigaciones recientes

realizadas con muestras similares han evidenciado que las personas que presenciaron violencia entre los progenitores o cuidadores principales reportan mayores síntomas de depresión, ansiedad y trauma (Negriff, 2020), contribuyendo esta experiencia al deterioro de su salud mental, por lo que es posible que estas experiencias hayan impactado en el desarrollo de la sintomatología durante los primeros años de juventud. No obstante, las investigaciones también apuntan que el abuso infantil (emocional, físico o sexual) tiene un mayor impacto negativo en la salud mental en comparación con crecer en un hogar disfuncional (Lee et al., 2020; Negriff, 2020) y, de entre todas las ACEs, el abuso emocional es aquella que muestra una asociación más significativa con la presencia de trastorno mental, seguida por haber convivido con un miembro de la familia con trastorno mental y haber sufrido abuso sexual. De forma similar, los estudios han encontrado que algunas formas específicas de ACEs, como el abuso sexual o el abuso físico, aumentan la probabilidad de tener trastornos de ansiedad y suponen un mayor riesgo de depresión (Sahle et al., 2021), dos de los trastornos más frecuentes en la población universitaria estudiada.

A su vez, en la presente tesis también se ha visto que las personas con trastorno mental presentan altos índices acumulación de ACEs. En este sentido, diversos estudios han visto que la polivictimización es un factor determinante a la hora de predecir graves consecuencias psicológicas a lo largo de la vida (Álvarez et al., 2015; Finkelhor et al., 2007b; Finkelhor et al., 2009; Pereda et al., 2014) así como cambios en el desarrollo cerebral de la infancia (Antonioni et al., 2023; Tan y Mao, 2023; Vyas et al., 2023), siendo uno de los factores sociales que, junto con otros factores psicológicos y biológicos, puede tener una mayor influencia en la aparición del trastorno mental. Estudios de metaanálisis han visto que un mayor número de ACEs se asocia de forma positiva con un impacto significativo en el epigenoma humano. Es decir, a mayor número de experiencias sufridas, mayor es la probabilidad de desarrollar cambios epigenéticos que pueden tener un impacto en las estructuras neuronales, llevando al desarrollo de desajustes en la salud mental (Neves et al., 2021). Por otra parte, algunos estudios han encontrado que las áreas del cerebro afectadas por eventos traumáticos varían en función del tipo de victimización vivida. Así, el abuso emocional provoca consecuencias biológicas similares a las del abuso físico, pero las áreas cerebrales afectadas son diferentes (Jiang et al., 2019), una información crucial a la hora de predecir e intervenir de manera preventiva en el desarrollo de problemas de la salud mental.

Además, cabe añadir que otros estudios han encontrado que la acumulación de ACEs tiene un impacto en el bienestar de los hijos de las víctimas de adversidad en la infancia (Arnold et al., 2023), pudiendo tener efectos negativos intergeneracionales incluso sobre aquellas personas que no han sufrido ACEs de forma directa (Gomis-Pomares et al., 2021).

Por otro lado, coincidiendo con revisiones metaanalíticas, se ha visto una alta prevalencia de victimizaciones que ocurren por primera vez en la edad adulta en adultos con trastorno mental grave, concretamente por lo que respecta a delitos comunes, concluyéndose que las personas con trastorno mental también son un colectivo especialmente vulnerable en estas edades, algo muy relevante a la hora de diseñar programas de prevención y abordaje de la violencia que busquen enfocarse en grupos poblacionales concretos (de Vries et al, 2019).

En cuanto a las características clínicas y conductas de riesgo, como pueden ser el consumo de tóxicos, se hipotetizó que las personas con trastorno mental reportarían elevados índices de consumo de drogas y alcohol (Drake y Wallach, 1989; Link et al., 1997; Osborn et al., 2008). No obstante, esta hipótesis sólo se cumple parcialmente, sin que se puedan sacar conclusiones definitivas de los datos obtenidos. Las personas con trastorno mental estudiadas no muestran una alta prevalencia de consumo de alcohol de riesgo, ni se encuentran diferencias cuando se compara el consumo de alcohol entre personas con y sin trastorno mental, aunque, en consonancia con multitud de estudios (Drake y Mueser, 1996; Groenman et al., 2017; Jones y McCance-Katz, 2019; Keen et al., 2022; Meade et al., 2009), la presencia del trastorno mental sí que se asocia con el consumo de cocaína, heroína y cannabis. Respecto a esto último, se ha argumentado que el abuso de sustancias puede tener como finalidad aliviar los síntomas del trastorno (Drake y Mueser, 1996), por lo que las personas las consumirían con el objetivo de mitigar el sufrimiento producido por la enfermedad. También es posible que el trastorno de acceso a medicamentos que pueden resultar tóxicos si se abusa de ellos (como los antipsicóticos y los antidepresivos), facilitando así las conductas adictivas (Keen et al., 2022). Independientemente del motivo, los estudios concluyen que el abuso de sustancias empeora la situación personal de las personas con trastornos mentales y puede promover la hospitalización de éstas, el comportamiento disruptivo o los problemas familiares (Drake y Brunette, 1998), siendo por lo tanto un área relevante para investigar en relación con la mejora del bienestar y la salud mental de los pacientes.

Por lo que respecta a la ideación y a la conducta suicida, sí que se ha encontrado una relación entre éstas y el trastorno mental. En el primer estudio se observa que más de la mitad de los adultos con trastorno mental ha tenido ideación suicida más de cuatro veces en su vida y más de uno de cada tres ha intentado cometer suicidio, algo que ha sido ampliamente observado por otras investigaciones que señalan que las personas con trastorno mental presentan más probabilidades de tener ideación suicida y conducta suicida en comparación con las personas sin trastorno mental (Fu et al., 2021; Mishara y Chagnon, 2011; Sahle et al., 2021; Schmutte et al., 2021; Suárez-Soto et al., 2021). Además, a lo largo de esta investigación también se observa una relación entre la ideación y a la conducta suicida y la presencia de trastorno mental. De hecho, en el segundo estudio, de todas las asociaciones existentes entre las variables, aquella con más fuerza es la relación entre ideación y conducta suicida y presentar un trastorno mental.

En este sentido, algunas investigaciones han argumentado que las personas con trastorno mental tienen más probabilidad de presentar conducta e ideación suicida debido a los propios síntomas de algunos trastornos, como las alucinaciones, los delirios o la depresión, ya que éstos suponen un nivel de estrés y malestar que podría llevar a la persona a querer acabar con su vida. De la misma forma, también pueden contribuir algunas situaciones que, aún sin ser propiamente sintomatología del trastorno, están vinculadas a él, tales como la falta de integración social, el desempleo, la falta de apoyo social y el estigma (Mishara y Chagnon, 2011) así como también otros factores, como un bajo nivel de bienestar mental, la comorbilidad psiquiátrica con otros trastornos o la ausencia de relaciones sociales (Javed y Munawar, 2021).

Por lo que respecta a las diferencias entre géneros, se hipotetizó que se encontrarían prevalencias similares en todas las ACEs, exceptuando los tipos de victimización sexual, donde las mujeres presentarían tasas significativamente más altas que los hombres (Goodman et al., 2001; Goodman et al., 1997; Van Deirse, 2019). Coincidiendo con esta hipótesis, se ha observado que las mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres de sufrir victimización sexual tanto en la infancia como en la edad adulta. Es más, en esta tesis los porcentajes de abuso sexual infantil con contacto físico reportados por las mujeres con trastorno mental rondan el 50%, con independencia de la severidad del trastorno o la edad de la participante. La alta prevalencia de abuso sexual en la infancia en mujeres con trastorno mental ha sido constatada por multitud de estudios anteriormente (Goodman et al., 1997; Karlsson y Zielinski, 2020; Pan et al.,

2021; Subica, 2013; Van Deinse et al., 2019; Varese et al., 2012), observándose también que las mujeres con trastorno no sólo presentan una tasa de abuso sexual significativamente más alta que los hombres con trastorno, sino que también lo hacen en comparación con las mujeres sin trastorno. Aunque son muchas las investigaciones que anteriormente han mostrado datos parecidos (Karlsson y Zielinski, 2020; Pan et al., 2021; Subica, 2013; Van Deinse et al., 2019; Varese et al., 2012), apenas existe información al respecto en España.

Más allá del riesgo que supone el propio género a la hora de sufrir cualquier forma de victimización sexual, el cual determina gran parte de estas diferencias entre hombres y mujeres, algunos autores han buscado otros argumentos para explicar la alta prevalencia de abusos en mujeres con trastorno mental de forma concreta. Así, se ha argumentado que las mujeres con trastorno mental presentan mayor prevalencia de abusos sexuales en la infancia porque las mujeres, en general, tienen más probabilidad de desarrollar problemas de salud mental que los hombres debido a factores genéticos y hormonales (García et al., 2016; Hillberg et al., 2011; Kinrys y Wygant, 2005) y esto, junto al hecho de que sufrir abusos aumenta las probabilidades de desarrollar un trastorno mental, podría hacer que la prevalencia de esta victimización se acentuase entre las mujeres con trastorno, las cuales habrían desarrollado estos problemas a raíz del abuso sufrido. No obstante, investigaciones metaanalíticas han encontrado que la relación entre el abuso sexual y los problemas de salud mental existe independientemente del género de la víctima (Chen et al., 2010; Noll, 2021), es decir, las consecuencias en la salud mental del abuso sexual no son ni mayores ni peores en mujeres que en hombres, por lo que esta primera explicación no sería adecuada para justificar la elevada prevalencia de abusos sexuales en mujeres con trastorno mental. Otras investigaciones han argumentado que sufrir abuso sexual incrementa la exposición a situaciones de riesgo de las mujeres, como, por ejemplo, el inhogarismo, consumir tóxicos o alcohol, o tener VIH, y sugieren que son estas situaciones las que pueden desencadenar en un trastorno (Goodman et al., 1997). Sin embargo, estas circunstancias tampoco parecen afectar en mayor medida a las mujeres que a los hombres, por lo que esto tampoco explicaría la elevada prevalencia de abusos sexuales en las mujeres con trastorno. Sin embargo, algunos estudios observan que los hombres tienden a sentir más vergüenza y culpabilidad ante los problemas emocionales, a la vez que existe una percepción social más negativa sobre la utilidad de la terapia para los hombres en comparación con las

mujeres (Pattyn et al., 2015). Estos dos factores podrían disuadir a los hombres de buscar ayuda terapéutica y, como consecuencia, podría llevar a que los hombres víctimas de abuso sexual fuesen diagnosticados en menor medida que las mujeres. Al mismo tiempo, múltiples estudios han observado que el hecho ser mujer aumenta la probabilidad de ser diagnosticada con un trastorno mental, así como de ser medicada (Afifi, 2007; Simoni-Wastila, 2000), algo que se ha visto especialmente en el trastorno límite de personalidad (TLP) (Dehlbom et al., 2022) y que también se ve en este trabajo, dónde las mujeres del segundo estudio presentan mayor probabilidad de haber sido diagnosticadas con un trastorno mental que los hombres de la muestra, por lo que es posible que las mujeres víctimas de abuso sexual busquen ayuda terapéutica en mayor medida que los hombres, y que allí sean diagnosticadas con un trastorno mental con más frecuencia que éstos. Como resultado, sería posible observar más mujeres diagnosticadas con un trastorno víctimas de abuso sexual en la infancia. No obstante, existe una gran escasez de estudios que se centren en este fenómeno. Por ello, es necesario continuar investigando sobre el abuso sexual en mujeres con trastorno, ya que ésta es una forma de ACE especialmente dañina, con cientos de estudios constatando sus efectos severos y duraderos en la salud mental de las personas que la han sufrido (Barth et al., 2013), por lo que urge abordar esta problemática en este colectivo específico, tanto a nivel clínico como a nivel institucional³¹.

Por lo que respecta a otras diferencias entre hombres y mujeres éstas varían en función del estudio. En el primer estudio las diferencias aparecen únicamente en la edad adulta³². Esto puede ser debido a que la situación de dependencia de los niños, niñas y adolescentes los sitúa en una posición de inferioridad respecto a los adultos que los hace igualmente vulnerables a sufrir victimización con independencia de su género. La victimología del desarrollo explica que es esta vulnerabilidad y dependencia del adulto lo que hace al niño o niña atractivo como víctima (Finkelhor, 2007), más allá de su género. Esto mismo también explicaría las diferencias entre las formas de victimización sufridas antes y después de los 18 años, siendo mucho más usual la violencia por parte de adultos durante la infancia y más frecuentes las victimizaciones cometidas por personas de edad

³¹ Para una reflexión más profunda sobre las implicaciones de estos resultados consultar el punto 8. *Implicaciones clínicas y de políticas públicas*.

³² Por ejemplo, las mujeres presentan mayor probabilidad de haber sido víctimas de acoso (es decir, haber sido seguidas o acechadas por parte de una persona desconocida) y de haber sido víctimas de discriminación en la edad adulta.

similar a la víctima después de los 18 años. En el segundo estudio, se ha observado una asociación débil entre ser hombre y haber sufrido abuso emocional y una asociación moderada entre ser hombre y haber sufrido la violencia colectiva. Por lo que respecta a la primera, la relación entre el abuso emocional y el género masculino no ha sido descrita por otras investigaciones ni se ha observado en el primer estudio. Además, el metaanálisis realizado por Stoltenborgh et al. (2012) muestra que el abuso emocional ocurre en tasas similares tanto en niñas como en niños, no hallando diferencias significativas en función del género. Así, aunque los datos sugieren que los hombres con trastorno mental han sufrido mayor abuso emocional que las mujeres, no existen resultados similares en estudios realizados con personas con trastorno mental, por lo que parece más probable que esta asociación sea el resultado aislado de las circunstancias de esta muestra en particular, y no necesariamente refleje una tendencia generalizada entre las personas con trastorno mental. Por lo que respecta a la violencia colectiva, se ha encontrado una asociación entre ser hombre con trastorno mental y haber vivido esta forma de victimización infantil, es decir, a haber sufrido situaciones de guerra, terrorismo, o delitos violentos organizados, así como a haber sido golpeado por soldados, policías, milicias o pandillas. Investigaciones previas también han encontrado una mayor prevalencia de este tipo de victimización en hombres (El Mhamdi et al., 2017; Möller-Leimkühler y Bogerts, 2013) y algunos estudios han argumentado que esto podría ser fruto de la mayor vinculación de éstos con grupos violentos (Pace et al., 2022). No obstante, existe muy poca investigación sobre la relación entre ser hombre con trastorno mental y este tipo de violencia, por lo que no es posible determinar con certeza si la prevalencia observada está directamente relacionada con las condiciones de salud mental o si, en cambio, refleja una tendencia que podría ser inherente a la sociedad, sobre todo teniendo en cuenta que esta diferencia significativa entre hombres y mujeres también se ve en las personas sin trastorno mental.

Por otro lado, tal y como se había hipotetizado, los estudiantes universitarios reportan altos niveles de ACEs con independencia de si presentan o no trastorno mental, algo que han señalado otras investigaciones previas (Ho et al. 2019; Karatekin y Ahluwalia, 2020; Khrapatina y Berman, 2017; Tran et al., 2015). En este sentido, ocho de cada diez estudiantes han sufrido al menos una ACE y la prevalencia de dos de las formas más severas de ACEs, el abuso sexual y el abuso físico, ha sido especialmente alta, lo que pone en evidencia la necesidad de continuar investigando en este colectivo a

la vez que combate la falsa creencia de que las personas universitarias han sufrido menos ACEs que el resto de la población (Ho et al., 2019; Karatekin y Ahluwalia, 2020).

En cuanto a los patrones de ACEs, de acuerdo con la hipótesis previamente planteada, se han identificado tres clases de ACEs parecidas a aquellas observadas en otros estudios – Bajo Número de ACEs; Hogar Disfuncional; y Alto Número de ACEs – y una cuarta clase – Abuso en el Hogar y Acoso por Iguales – que, aun no haber sido reportada anteriormente por otros estudios, encuentra su explicación en varias investigaciones previas, las cuales muestran que las personas que sufren acoso por parte de sus iguales también tienen más probabilidades de haber experimentado maltrato en casa durante su infancia (Holt et al., 2007). Además, el hecho de que alrededor de un tercio de los estudiantes pertenezca a este grupo subraya que se trata de un perfil extendido entre la población.

Asimismo, se ha observado que las personas de esta categoría (Abuso en el Hogar y Acoso por Iguales) reportan un número significativamente menor de ACEs en comparación con aquellos en la categoría de Alto Número de ACEs, pero, a pesar de esta diferencia, ambos grupos reportan niveles bajos de bienestar emocional. De forma similar, aunque el número de ACEs en la categoría de Abuso en el Hogar y Acoso por Iguales es similar al informado por aquellos en la categoría de Hogar Disfuncional, pertenecer al primer grupo parece estar relacionado con niveles más bajos de bienestar. Así, si bien es verdad que, de acuerdo con la hipótesis inicial, las víctimas que han experimentado más adversidades muestran una disminución en sus niveles de bienestar, se ha constatado que el mayor número de ACEs no siempre explica peores niveles de bienestar, sino que éstos varían según el patrón específico de ACEs experimentado (Wang et al., 2021). Esto subraya la importancia de considerar las diferentes combinaciones de ACEs al intervenir con personas que han experimentado múltiples adversidades (Ho et al., 2020; Lian et al., 2022), ya que comprender los efectos de las diferentes ACEs permite a los profesionales de la salud priorizar intervenciones en aquellos menores que han sufrido combinaciones de ACEs con un mayor impacto negativo en el bienestar, al tiempo que pueden adaptar las intervenciones según el perfil de cada víctima (Lanier et al., 2018).

Por otro lado, se ha visto que pertenecer a las clases de Hogar Disfuncional, Abuso en el Hogar y Acoso por Iguales, y Alto Número de ACEs predice puntuaciones más bajas de bienestar mental en comparación con aquellas en la categoría de Bajo

Número de ACEs. No obstante, cuando se estudia el efecto mediador de tener un trastorno mental en la relación con las clases de ACEs y el bienestar mental de los estudiantes universitarios, se observa que éste predice niveles más bajos de bienestar. Esto último es relevante, ya que, en contra de la hipótesis inicial según la cual aun cuando se controlase por tener un trastorno mental, la clase con mayor número de ACEs continuaría teniendo el mayor peso en la disminución de los valores del bienestar mental (Hughes et al., 2016; Laurinaitytė et al 2022), una vez se añade el trastorno mental éste muestra el efecto más fuerte entre todas las variables analizadas, incluso mayor que la clase de Alto Número de ACEs. Así, presentar un trastorno mental se asocia con una reducción de más de dos puntos y medio en el bienestar mental, mientras que pertenecer a la clase de Alto Número de ACEs o Abuso en el Hogar y Acoso por Iguales se asocia con una disminución de menos de dos puntos en el bienestar mental.

En este sentido, son muchas las investigaciones que estudian el impacto del trastorno mental en la vida de las personas que lo padecen (Draine et al., 2002). Se ha visto que las personas con trastorno no sólo tienen que luchar con la propia sintomatología, sino que se encuentran con dificultades añadidas como, por ejemplo, complicaciones para encontrar empleo y problemas económicos debido a los gastos asociados a su trastorno, que no siempre son cubiertas por los servicios de sanidad pública (Mishara y Chagnon, 2011). Además, tal y como se ha visto, tener un trastorno mental es un factor de riesgo a la hora de sufrir otras victimizaciones en la edad adulta (Goodman et al., 2001) y, a menudo, el diagnóstico va acompañado de estigma y experiencias de discriminación. En relación con esto último, múltiples estudios resaltan el papel que han tenido los medios de comunicación en la estigmatización de las personas diagnosticadas con un trastorno mental, a menudo relacionando su condición con comportamientos violentos y peligrosos (Brown et al., 2014; Kalucy et al., 2011), aun cuando se sabe que las personas con trastorno mental tienen más probabilidades de sufrir violencia que de ejercerla (Brekke et al., 2001). Además, estudios empíricos han demostrado que, a pesar de que el paciente haya sido tratado con éxito y los síntomas de su trastorno hayan disminuido, el estigma asociado a la etiqueta de "tener un trastorno mental" sigue afectando negativamente el bienestar de las personas (Link et al., 1997).

Por otro lado, también se ha encontrado una relación positiva y significativa, aunque leve, entre la edad y el bienestar mental, sugiriendo que las personas de más edad tienden a reportar mejores niveles de bienestar mental. Por el contrario, pertenecer a una

minoría sexual muestra un efecto negativo significativo y leve en el bienestar mental, lo que indica que los estudiantes que se identifican dentro del colectivo de LGBTQ+ presentan un menor bienestar mental en comparación con los individuos heterosexuales. En este contexto, estudios previos han demostrado que las minorías sexuales se ven desproporcionadamente afectadas por experiencias adversas y problemas de salud mental (Díaz-Faes et al., 2023), algo que también debería tenerse en cuenta a la hora de prevenir y abordar problemas de salud mental en población universitaria.

Para acabar, cabe señalar un dato especialmente importante: aunque las ACEs tienen menos peso a la hora de predecir los bajos niveles de bienestar que el trastorno mental, continúan siendo factores que influyen de manera negativa la salud mental de las personas. Así, los resultados muestran que pertenecer a la clase de Alto Número de ACEs o Abuso en el Hogar y Acoso por Iguales se asocia con una disminución del bienestar mental, sugiriendo que haber sufrido victimización en la infancia tiene un efecto en el día a día de las personas, incluso años o décadas después del evento de adversidad, sobre todo cuando hay una acumulación de estas experiencias. En este sentido, también cabe tener en cuenta que, como se ha visto a lo largo de esta investigación, las personas que han sufrido ACEs también tienen más probabilidades de tener un diagnóstico de trastorno mental. Por ello, es posible que sea la suma de ambas circunstancias (haber sufrido ACEs y tener un trastorno) lo que influya en los niveles de bienestar y, por lo tanto, que ambos factores merezcan ser abordados en un futuro de forma interconectada. No obstante, es necesario y recomendable realizar más investigación al respecto, con el objetivo de desentrañar cuáles son los factores más determinantes a la hora de predecir un declive en la salud mental de las personas y cómo estos se relacionan entre sí.

7.2. Conclusiones

En esta investigación se ha estudiado la relación entre las ACEs y la salud mental y se han extraído diez conclusiones principales de los resultados obtenidos en los tres estudios realizados:

1. Las ACEs son especialmente frecuentes en personas con trastorno mental, tanto en aquellas con una afectación negativa en su funcionamiento diario, como en aquellas que siguen estudios universitarios, destacando tasas especialmente altas de abuso físico, sexual y emocional.
2. Las personas con trastorno mental reportan elevados índices de ideación y conducta suicida en comparación con el resto de la población. La relación entre el trastorno mental y el suicidio es multicausal y depende de diversos factores, por lo que es necesario investigar y desarrollar estrategias de prevención específicas para este colectivo tanto en contextos clínicos como sociales.
3. Los jóvenes universitarios reportan elevadas prevalencias de ACEs con independencia de tener o no un trastorno mental, siendo por lo tanto un colectivo de especial interés a la hora de diseñar programas de intervención focalizados en el abordaje de experiencias traumáticas en la infancia.
4. Alrededor de una de cada dos mujeres con trastorno mental reporta haber sido víctima de abuso sexual infantil, una prevalencia mucho más alta que en varones y que en el resto de la población. No obstante, las causas de este fenómeno no están completamente claras, por lo que es crucial continuar estudiando este problema en este grupo específico.
5. Existe una gran acumulación de ACEs en personas con trastorno mental, lo que podría sugerir que, tal y como concluyen otras investigaciones, sufrir más formas de victimización infantil aumenta las probabilidades de desarrollar problemas de salud mental, siendo por lo tanto una de las posibles causas del trastorno.
6. Los niños que son objeto de acoso por parte de sus compañeros tienen una mayor probabilidad de haber experimentado maltrato en el entorno familiar durante su infancia, así como también de haber estado expuestos

a violencia en su hogar. Conocer este perfil puede ayudar a identificar niños en situación de vulnerabilidad desde el entorno escolar.

7. Al intervenir con personas que han experimentado múltiples adversidades es necesario considerar los tipos de ACEs sufridos, y no sólo el número de estas experiencias, ya que dependiendo de la combinación de ACEs la afectación en la salud mental puede variar.
8. Las minorías sexuales presentan niveles más bajos de bienestar mental y se ven desproporcionadamente afectadas por experiencias adversas y problemas de salud mental, lo que se debería tenerse en cuenta a la hora de desarrollar iniciativas enfocadas a este colectivo.
9. El diagnóstico de trastorno mental tiene un impacto significativo en el bienestar mental, superando incluso los efectos de la adversidad infantil. Múltiples factores pueden explicar esta relación, siendo el estigma en torno a los trastornos mentales un problema grave que afecta a esta población, por lo que es necesario desarrollar programas educativos para combatir estas percepciones erróneas y promover la comprensión y el apoyo hacia las personas con problemas de salud mental.
10. En última instancia, las ACEs tienen un impacto sobre el bienestar mental, lo que significa que la adversidad en la infancia puede condicionar el día a día de las personas incluso décadas más tarde de la experiencia de victimización. Además, los estudios apuntan que la afectación de las ACEs puede llegar a impactar en la salud mental de los descendientes de las víctimas. Así, prevenir las ACEs puede ayudar a mejorar la calidad de vida de jóvenes y adultos, así como también de su entorno y de futuras generaciones.

**CAPÍTULO 8. FORTALEZAS, LIMITACIONES E
INVESTIGACIÓN FUTURA**

8. FORTALEZAS, LIMITACIONES E INVESTIGACIÓN FUTURA

8.1. Fortalezas

Este trabajo presenta una serie de fortalezas que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, el hecho de investigar las adversidades en una muestra de personas con trastorno mental supone una potente base para la comprensión de los efectos más severos de la victimización, a la vez que aporta datos sobre una muestra poblacional de difícil acceso (Álvarez et al., 2011, 2012). Respecto a la victimización en la edad adulta, conocer su alta prevalencia y los tipos de violencia sufrida puede ayudar a desarrollar medidas de prevención de la violencia e intervención específicamente adaptadas a las necesidades de las personas con trastornos mentales (Khalifeh et al., 2016). Respecto a la victimización sufrida en la infancia, conocer su magnitud, así como el grado en el que las experiencias se acumulan en esta población contribuye a la comprensión del desarrollo de los trastornos mentales, a la vez que aporta datos relevantes que pueden ayudar a crear intervenciones específicas para abordar victimizaciones sufridas en el pasado en este colectivo (McKay et al., 2021).

Otra fortaleza de la investigación es el contexto dónde se ha llevado a cabo. El hecho de haber realizado ambos estudios en España permite considerar la influencia de factores etnográficos tanto en la prevalencia de las ACEs como en su impacto en la salud mental de la población española. Investigar la victimización infantil en su contexto es importante porque ésta se ve afectada por elementos culturales y sociales que influyen tanto en la percepción de la gravedad de ciertos comportamientos, como en la realización de estos comportamientos (Pereda et al., 2012). Esto puede resultar en cambios en las prevalencias de los diferentes tipos de victimización en función de la cultura estudiada y puede tener un impacto en las consecuencias a nivel de salud mental de estas experiencias (Kaminer et al., 2022).

Además, también es relevante haber llevado a cabo la investigación en dos muestras con características distintas, ya que esto permite analizar el problema desde perspectivas diferentes. Por un lado, investigar en torno a la victimización entrevistando a personas con trastorno mental grave contribuye a la escasa literatura existente sobre este colectivo, aportando datos de primera mano sobre una población que rara vez se

involucra de forma directa en estudios sociales. Por otro lado, estudiar las ACEs en una muestra de jóvenes estudiantes es igualmente importante, ya que la etapa universitaria es un período crítico en la vida de las personas (Karatekin y Ahluwalia, 2018; Khrapatina y Berman, 2017) y proporciona una visión más actualizada de la realidad social, a la vez que nos aporta datos sobre los trastornos más comunes, como la depresión y ansiedad, pudiendo extrapolarlos a una mayor población. Además, los jóvenes son una parte fundamental de la sociedad y su futuro, por lo que estudiar el efecto de las ACEs en esta población contribuye al desarrollo de políticas, intervenciones y programas sensibles a las necesidades y circunstancias específicas de este momento (Windle et al., 2018). Además, los trastornos reportados entre los universitarios son también aquellos más presentes en la población, por lo que su estudio ha permitido llegar a conclusiones más generalizables y relevantes para el conjunto de la sociedad.

Otra aportación importante de la presente investigación ha sido el hecho de estudiar cómo las diferentes formas de victimización se relacionan entre ellas y, a través de patrones, tienen diferentes consecuencias en la salud mental de los individuos. Investigar las relaciones de ACEs permite comprender cómo las combinaciones específicas de estas experiencias pueden tener efectos únicos en el bienestar mental de los participantes, yendo más allá de una perspectiva cuantitativa que solo se centra en la suma de eventos adversos (Hinojosa et al., 2019; Lian et al., 2022; Weller et al., 2020). Además, estos hallazgos tienen implicaciones importantes para la identificación temprana y la intervención en víctimas de ACEs, ya que permiten una mejor comprensión de las combinaciones de factores adversos que pueden requerir una atención especializada teniendo en cuenta la complejidad de las experiencias vividas. Sumado a eso, conocer las relaciones entre ACEs puede facilitar la identificación de otras formas de victimización. Un ejemplo de esto es la relación encontrada en esta tesis entre la victimización entre iguales y la violencia familiar. Conociendo ahora la existencia de un porcentaje relevante de estudiantes que han sufrido ambas victimizaciones, desde aquellos lugares donde se detecten alguna de estas formas de ACEs se podría también indagar por aquella relacionada, de tal forma que se haga visible una nueva victimización que está afectando al niño (Greco et al., 2022).

Por otro lado, en esta investigación se concibe la salud mental desde una perspectiva amplia, no centrándose únicamente en el aspecto psicopatológico sino

estudiando también la esfera del bienestar mental. Así, se entiende la salud mental como una esfera que incluye aspectos como la satisfacción con la vida, el funcionamiento psicológico positivo o las buenas relaciones con los demás (Stewart-Brown y Janmohamed, 2008). Esto es un avance frente a la limitación que supone observar únicamente las consecuencias a nivel psicopatológico, las cuales afectan a un pequeño porcentaje de la población (Generalitat de Catalunya, 2023) y, por si solas, no determinan directamente la salud mental de una persona (WHO, 2022). Al estudiar las experiencias adversas en la infancia en relación con el bienestar mental, así como en personas con trastorno mental, se muestra el impacto que realmente éstas tienen en el día a día de la sociedad en su conjunto (Ryan y Deci, 2001).

Finalmente, cabe destacar el uso del cuestionario ACE para su uso internacional y de la Escala de Bienestar Mental Edinburgh-Warwick abreviada. El ACE-IQ es una herramienta sólida para evaluar la exposición de los participantes a experiencias adversas en la infancia. Este cuestionario ha sido ampliamente validado y utilizado en la investigación en todo el mundo, lo que garantiza la fiabilidad y validez de las mediciones (Ford et al., 2014; Ho et al., 2019; Kazeem, 2015; Kidman et al., 2019; Pereira y Viana, 2021; Tarquinio et al., 2023; Téllez et al., 2023). Además, se ha observado que el cuestionario presenta una sólida confiabilidad en pruebas repetidas (test-retest) en diferentes investigaciones (Ho et al., 2019). Por otro lado, el hecho de que sea un instrumento recomendado por la Organización Mundial de la Salud para su uso internacional asegura la continuidad en la recogida de datos con esta herramienta, lo que no sólo permite comparar los resultados obtenidos con hallazgos pasados, sino que permitirá comparar los resultados con investigaciones futuras, pudiendo estudiar si existen cambios en las tendencias de adversidades a lo largo de los años. Además, este uso generalizado también permite comparar poblaciones de diferentes localidades geográficas, lo que aporta información crucial para conocer los diferentes tipos de violencias más frecuentes en diversos países (Kaminer et al., 2022). Por otro lado, la utilización de la escala proporciona una medida validada para evaluar el bienestar mental de los participantes (Ng Fat et al., 2017; Stewart-Brown et al., 2009; Vaingankar, 2017). Además, esta ha sido ampliamente utilizada en investigaciones relacionadas con el bienestar y la salud mental, lo que permite una comparación de los resultados con otros estudios y facilita la comprensión de la situación de los participantes en relación con su bienestar mental. Tanto en los estudios que han evaluado la SWEMWBS, así como en

esta misma investigación, se ha demostrado una alta consistencia interna en diferentes contextos y poblaciones adultas, ya que las preguntas incluidas en la escala están estrechamente relacionadas entre sí y miden de manera confiable la dimensión del bienestar mental que se busca evaluar.

8.2. Limitaciones

Esta investigación presenta algunas limitaciones que deben tenerse en consideración. En primer lugar, las experiencias de adversidad han sido autoreportadas a través de entrevistas presenciales o cuestionarios y el autoreporte de ACEs puede verse afectado por el sesgo en la memoria, ya que los recuerdos son menos precisos cuando ha pasado más tiempo desde el evento. Además, a medida que las personas envejecen, tienden a recordar de manera más positiva sus experiencias de infancia. (Lian et al., 2022; Niño et al., 2023), lo que podría llevar a olvidar algunos momentos adversos en la infancia de las personas participantes más mayores.

Por otro lado, a la hora de computar las experiencias adversas no se ha valorado la frecuencia ni la duración de los eventos. Esto es importante en la medida que las experiencias adversas, sobre todo aquellas que suceden en el hogar o son cometidas por parte de los cuidadores principales, acostumbran a repetirse a lo largo del tiempo, agravando las consecuencias de éstas (Finkelhor et al., 2007a; 2007b; Jiang et al., 2019). Tener en cuenta estos dos elementos no sólo es importante para comprender la gravedad de las experiencias, sino que también es clave a la hora identificar patrones de ACEs basados en modelos más complejos y, a su vez, más próximos a la realidad.

A su vez, al tratarse de estudios transversales, los datos han sido recopilados en un momento específico, por lo que no se puede establecer una secuencia temporal entre las variables. Así, los resultados de los estudios no deberían ser interpretados como una relación causal directa, sino como una asociación entre las variables analizadas. En el caso de la salud mental, este diseño impide determinar si las ACEs preceden a los problemas de salud mental o si estos pueden influir en la exposición a las ACEs. Por lo tanto, es importante tener precaución al interpretar los resultados y considerar que existen otras variables o factores no considerados en este estudio que podrían estar influyendo en la relación observada.

Por otra parte, cabe señalar que la información sobre el consumo de alcohol de riesgo se obtuvo mediante el cuestionario AUDIT de la Organización Mundial de la Salud, aunque sólo se usaron las tres primeras preguntas. Respecto a esto, las *Pautas para la utilización en Atención Primaria* del cuestionario (Bador et al., 2001) advierten que una parte significativa de la población probablemente presentará la mayoría de los puntos precisamente en estas tres preguntas, por lo que se recomienda que estos datos se lean con cautela.

Respecto a las limitaciones específicas del Estudio I, en esta primera investigación no se indaga sobre la edad en la que las personas experimentaron diferentes tipos de violencia en la pareja, victimización electrónica y victimización por iguales. Como resultado, no se ha podido determinar cuál de estos tipos de victimización fue más frecuente en distintas etapas de la vida de los participantes. Por otro lado, aunque los resultados son similares a los hallazgos de otras investigaciones, el tamaño de la muestra limita la generalización de los resultados a toda la población de personas con trastorno mental grave en España.

En relación con las limitaciones específicas de los Estudios II y III, se debe mencionar el hecho de que la muestra está compuesta, mayoritariamente, por mujeres, que, si bien es la distribución más frecuente en la universidad (Calvo-Iglesias et al., 2022), puede condicionar la generalización de los resultados. Además, los participantes autoreportaron su propio diagnóstico psiquiátrico el cual, aunque se pedía que éste hubiese sido diagnosticado por un profesional, no se verificó con ningún documento oficial.

Finalmente, en cuanto a las limitaciones específicas del Estudio III, cabe señalar que para comprender mejor la relación entre las ACEs y el bienestar mental es importante tener en cuenta que existen muchas otras variables que pueden influir en esta dimensión de la salud mental, ya que el bienestar mental es un fenómeno multifacético que puede estar condicionado por una amplia gama de factores, tanto individuales como contextuales, que no se han incluido en esta investigación, como por ejemplo, los factores socioeconómicos, el apoyo social o la calidad de las relaciones interpersonales, entre otros.

8.3. Investigación Futura

El estudio de las ACEs y su relación con la salud mental es necesario para el desarrollo de una sociedad saludable. Por ello, es imperante ampliar estos conocimientos a través de la investigación sistemática de estas vivencias de manera integrada en el sistema de salud público. En un futuro se debería adoptar la dinámica que han tomado en otros países como el Reino Unido o algunos estados de los Estados Unidos (Quigg et al., 2018; Pérez Jolles et al., 2022) y recabar datos de forma regular desde los centros de atención primaria o desde otros organismos públicos con capacidad para llegar a toda la población, de tal manera que se consiga una imagen representativa y actualizada de las prevalencias y afecciones de la violencia sufrida a lo largo de la infancia en España.

Siguiendo la línea de lo anterior, aunque esta investigación se ha focalizado principalmente en el efecto en la salud mental, son muchos los estudios que han encontrado una fuerte relación entre sufrir experiencias adversas durante la infancia y desarrollar problemas físicos a lo largo de la vida (Riedl et al., 2020). Metaanálisis recientes han encontrado que la acumulación de ACEs incrementa el riesgo de tener obesidad (Wiss y Brewerton, 2020), desarrollar cáncer (Hu et al., 2021), presentar enfermedades pulmonares (Lopes et al., 2020), o sufrir una desregulación de los componentes del sistema de respuesta al estrés humano, tales como el cortisol (Brindle et al., 2022). Por ello, de cara al futuro se recomienda abordar también la relación entre las ACEs y los problemas en la salud física en la edad adulta.

Por otro lado, algunas investigaciones han encontrado que la conceptualización de las experiencias de forma dicotómica (presencia o ausencia) limita de forma significativa la comprensión de la magnitud del evento sobre la salud mental (Lacey y Minnis, 2020; Vederhus et al., 2021). Por ello, de cara al futuro sería conveniente estudiar las experiencias adversas teniendo también en cuenta la frecuencia y duración de cada una de ellas a la hora de investigar sus efectos. Esto permitiría entender de qué manera la asiduidad de las experiencias afecta a la gravedad de las mismas, a la vez que se podrían generar patrones basados en información más completa, lo que ayudaría a tener una imagen más precisa de la realidad. Además, también sería conveniente preguntar por la percepción de la persona entrevistada sobre la gravedad de la experiencia, ya que se ha visto que la percepción subjetiva sobre el impacto del suceso

predice sus efectos en la salud durante la edad adulta mejor que si se tiene en cuenta únicamente la mera experiencia por sí sola (LaNoue et al., 2020; Vederhus et al., 2021).

En cuanto a la prevalencia de abuso sexual infantil, este trabajo se suma a las distintas investigaciones que han encontrado una prevalencia asombrosamente alta de este tipo de victimización en el colectivo de mujeres con trastorno mental. En 1997, Goodman recopiló datos de 13 estudios anteriores los cuales, en su mayoría, encontraban una prevalencia de abuso sexual en la infancia superior al 50%. En otras palabras, una de cada dos mujeres con trastorno mental grave revelaba haber sufrido alguna forma de violencia sexual antes de los 18 años. Estas publicaciones evidenciaban un fenómeno que ha sido corroborado posteriormente por otros estudios (Karlsson y Zielinski, 2020; Lindert et al., 2014; Pan et al., 2021; Varese et al., 2012) y que establece que las mujeres con trastorno mental grave tienen un mayor riesgo de haber sufrido violencia sexual en la infancia en comparación con mujeres de la población general. Sin embargo, hoy en día la relación entre la victimización sexual infantil y el desarrollo de trastornos mentales graves en mujeres sigue siendo un campo insuficientemente investigado, que por su fuerte impacto en la vida de estas personas merece más atención académica y, como se desarrolla más adelante, política.

Por otro lado, de cara al futuro también deberían estudiar aquellos factores que pueden ayudar a contrarrestar los efectos de las ACEs con el objetivo de dar más herramientas a los profesionales de la salud mental a la hora de desarrollar intervenciones con un impacto positivo en el bienestar mental de sus pacientes. En este sentido, algunos estudios se han enfocado en el papel que juega la resiliencia en la relación de las ACEs y el bienestar mental. El estudio de Chen et al. (2021) encontró que la resiliencia desempeña un papel mediador importante en la relación entre el abuso/negligencia y el bienestar psicológico en mujeres, mientras que, en hombres, crecer en un hogar disfuncional está vinculado a un menor bienestar psicológico a través de una reducción de la resiliencia. Estos hallazgos resaltan la necesidad de intervenciones centradas en el fortalecimiento de la resiliencia para mejorar el bienestar mental de los individuos. Similarmente, el estudio de Huang et al. (2021) vio también que el bienestar mental está influenciado por las ACEs. Sin embargo, cuando se considera el mindfulness en el análisis, se observa que el efecto de las ACEs en el bienestar mental disminuye, lo que sugiere que el mindfulness tiene la capacidad de

mediar parcialmente los efectos de experiencias de vida negativas en el bienestar psicológico. De cara al futuro, sería importante continuar con estas líneas de investigación y ampliar los conocimientos actuales, aportando información que permita comprender mejor cómo las personas responden a las ACEs y qué se puede hacer tanto desde el ámbito clínico como desde las diferentes instituciones para mejorar su capacidad de sobreponerse a estas experiencias.

Finalmente, tal y como se ha anticipado en las conclusiones de esta tesis, se recomienda continuar investigando la relación de las ACEs, el trastorno mental y el bienestar mental, y cómo estas tres variables se interrelacionan entre sí. Como se ha visto en los resultados de la investigación, las personas con trastorno mental presentan una alta prevalencia de ACEs y, éstas últimas, explican una parte de la variabilidad en el bienestar mental. Sin embargo, la relación entre las tres variables sigue siendo un área poco explorada. Además, para poder entender cómo las ACEs tienen un impacto en la salud mental en su conjunto se debería indagar de forma más precisa en el tipo de trastorno y sus síntomas, a la vez que sería conveniente recabar información sobre el bienestar mental con instrumentos que recojan más dimensiones, tales como la satisfacción con la vida.

**CAPÍTULO 9. IMPLICACIONES CLÍNICAS Y DE POLÍTICAS
PÚBLICAS**

9. IMPLICACIONES CLÍNICAS Y DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Los resultados de este trabajo tienen implicaciones para aquellas personas que trabajan en el ámbito de la salud mental y para los profesionales del sector social. Además, también tiene implicaciones políticas, dirigidas a las personas responsables de administraciones públicas con la capacidad de implementar medidas de prevención y abordaje de la violencia contra la infancia a niveles más amplios.

En cuanto a las **implicaciones clínicas**, los resultados de esta investigación instan a realizar cambios importantes en el enfoque de la salud mental por parte de los profesionales médicos y otros profesionales especializados. Tal y como ya han reportado gran cantidad de investigaciones (Goodman et al., 2001; Hiday et al., 1999; Maniglio, 2009; Teplin et al., 2005), y así como se ha visto en esta investigación, las personas con trastorno mental presentan altas prevalencias de victimización. No obstante, en Cataluña no existen ni programas ni formación específica para trabajar con el colectivo de víctimas de violencia con trastornos psiquiátricos, más allá de aquellas que sufren violencia en la pareja (IMPD, 2018). Esto es especialmente sorprendente teniendo en cuenta el impacto que tienen estas experiencias en el trastorno: existe una relación entre la gravedad de la victimización vivida y la sintomatología del trastorno, siendo más severos los episodios en aquellas personas que han sufrido las formas de violencia más graves (Goodman et al., 1997; Khalifeh et al., 2016). Por ello, es necesario que las personas que trabajan en contacto directo con personas con un trastorno mental reciban formación respecto a factores sociales que, frecuentemente, influyen en el desarrollo de los problemas de salud mental, de tal forma que se consiga concienciar sobre la importancia de abordar estos problemas desde una visión más amplia de la salud. En este sentido, las investigaciones han encontrado que la formación sobre ACEs para profesionales de la salud mejora la comprensión de los profesionales de estas experiencias y les ayuda a aplicar conceptos y principios en su práctica diaria (Dube, 2018; Wen et al., 2017).

Respecto a la victimización en la infancia, es importante que las personas que trabajan con pacientes que presentan trastornos mentales graves empiecen a recabar información sobre estas vivencias desde la primera visita, de tal forma que conozcan en profundidad las dificultades emocionales que presentan estas personas más allá de su

diagnóstico, tal y como sucede en otros países (Quigg et al., 2018; Pérez Jolles et al., 2022). Esta indagación tiene como objetivo identificar a aquellas personas que necesitan de un apoyo psicológico complementario a su seguimiento psiquiátrico, de tal forma que se combinen ambos tratamientos asegurando que el paciente tiene un espacio donde poder compartir y tratar las posibles adversidades de su pasado. Al conocer la especial vulnerabilidad de las personas con trastorno mental, el psicólogo podrá especializarse en este perfil de paciente y coordinarse con el psiquiatra que lleve el caso compartiendo información que puede ser crucial a la hora de ajustar o modificar el tratamiento médico.

Además, cabe señalar que, en esta investigación, la mayoría de los jóvenes que presentaban altas tasas de ACEs no han sido diagnosticados con un trastorno mental grave (como, por ejemplo, trastorno bipolar). De hecho, las tasas de ACEs encontradas han sido similares o superiores a aquellas observadas en otros estudios nacionales realizados con pacientes con trastornos más severos (Álvarez et al., 2011). En este sentido, estos datos reafirman la idea de que es importante considerar la presencia de ACEs en la evaluación clínica incluso ante trastornos no considerados “graves” o “severos”.

Por otro lado, como se ha visto anteriormente, existe una gran prevalencia de abusos sexuales en mujeres con trastorno mental grave. En el primer estudio una de cada dos mujeres con trastorno mental grave ha reportado haber sufrido abusos sexuales en la infancia, una cifra similar a la de muchas otras investigaciones con este colectivo, las cuales encuentran prevalencias de abuso sexual en la infancia de entre el 30% y el 60% (Goodman et al., 1997). Estas mujeres presentan una gran desprotección y una especial vulnerabilidad y es necesario comprenderlo para poder realizar una terapia adecuada, adaptada a su situación personal. Por ello, los profesionales que trabajan a nivel psicológico con mujeres con trastorno mental grave deberían conocer estos datos y formarse específicamente en el abordaje terapéutico de este perfil, capacitándose en la realización de una terapia diseñada para tratar y abordar los efectos psicológicos y emocionales del abuso sexual infantil en personas con trastorno mental grave a partir de modelos de intervención basados en evidencia científica.

Al mismo tiempo, las asociaciones entre las diferentes formas de victimización infantil encontradas en el segundo estudio aportan información que puede ayudar a

identificar nuevas formas de maltrato. En la presente investigación se ha encontrado una relación entre la victimización por parte de iguales (como el acoso escolar o bullying) y las experiencias de abuso en el hogar, tal y como se ha visto en investigaciones anteriores (Holt et al., 2007). Esto se torna sumamente relevante a la hora de concebir y diseñar programas de prevención y apoyo a víctimas, ya que el conocimiento de esta relación puede promover la detección de victimización en el hogar por parte de entidades externas, como las instituciones educativas. Estas últimas, pueden desempeñar un papel clave en la identificación de casos de victimización entre pares y, de igual modo, explorar otras posibles formas de abuso que los niños puedan estar experimentando (Greco et al., 2022).

En cuanto a las **implicaciones políticas**, los resultados de esta investigación ponen en evidencia la necesidad de que las administraciones públicas tomen más responsabilidad en la protección de la infancia, empezando por realizar una investigación sobre el impacto de las experiencias de violencia en la infancia en la población general. La realización de encuestas de forma sistemática a la población desde los centros de salud de atención primaria permitiría llegar a gran parte de los ciudadanos (Anda et al., 2020). Si bien los resultados no tendrían en cuenta aquellas personas que no usan los centros de salud, bien porque acuden a servicios privados o bien porque no presentan problemas físicos o mentales, un cribado amplio y longitudinal permitiría: a) identificar poblaciones de riesgo a la hora de presentar problemas de salud física y mental, ya que se podrían relacionar variables sociodemográficas que ayudarían a definir diferentes perfiles, o se podrían implementar análisis de clases, identificando patrones concretos de experiencias de violencia (Lian et al., 2022); b) prevenir el desarrollo o agravación de problemas de salud mental preexistentes (Pérez Jolles et al., 2022), al proporcionar información longitudinal sobre cómo afectan estas experiencias en los cambios en la salud mental de la población a lo largo del tiempo; c) generar espacios para que las personas puedan atreverse a hablar de estas experiencias y pedir ayuda en el caso de que lo necesiten; y d) concienciar a la sociedad sobre la importancia de estas experiencias y la necesidad de su abordaje, al mostrar públicamente que este es un tema trascendente al cual se le presta atención desde las administraciones públicas (Rariden et al., 2021). Además, este cribado debería priorizarse en aquellos colectivos que presentan problemas de salud mental graves, por lo que los CSMA y los Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJs) deberían priorizarse a la hora de empezar a implementar la

evaluación de las ACEs de forma sistemática. En este sentido, aunque algunos autores han sugerido que el cribado de ACEs desde los centros de salud debería hacerse con precaución (Finkelhor, 2018), numerosos estudios han encontrado que este proceso no afecta a la gran carga de trabajo de los profesionales del ámbito sanitario. Del mismo modo, las investigaciones muestran que, por su parte, los trabajadores de centros donde se ha empezado a realizar un cribado de estas experiencias informan de beneficios y, por lo que respecta a los pacientes, éstos reportan malestar, pero también gratitud y apoyo durante el proceso (Rariden et al., 2021). En este sentido, Mishra et al. (2023) afirman que el cribado de ACEs es positivo siempre y cuando se aborde teniendo en cuenta el impacto emocional y se atiendan adecuadamente las posibles revelaciones que puedan surgir.

Por lo que respecta a los problemas de salud mental, también es imprescindible que desde las instituciones públicas se desarrollen programas educativos para desmontar las falsas creencias que existen sobre los trastornos mentales, ya que éstas contribuyen a fomentar el estigma hacia los problemas de salud mental (Brown y Bradley, 2002; Corrigan et al., 2012). Como se ha explicado anteriormente, las investigaciones muestran que el estigma por tener un trastorno mental puede afectar de forma negativa a las personas, incluso cuando han recibido un tratamiento que ha conseguido disminuir la sintomatología de su trastorno (Link et al., 1997). Por ello, es imperante la implicación de los organismos públicos a la hora de combatir el estigma y la discriminación hacia las personas con trastorno mental.

Finalmente, estos resultados también ponen en evidencia la urgente necesidad de aumentar la inversión en el sistema de salud mental español. La salud mental a nivel nacional ha sufrido un declive generalizado en los últimos años (Fundación Mutua Madrileña, 2023). A pesar de esto, en 2020, en todo el sistema nacional de salud pública había una proporción de 11,8 psiquiatras por cada 100.000 habitantes y, en 2021, había 5,3 psicólogos públicos por cada 100.000 habitantes, siendo España uno de los países con menor número de psiquiatras y psicólogos por cada 100.000 habitantes de la Unión Europea (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2022; Eurostat, 2020). Además, España es uno de los cuatro países europeos con menos camas en hospitales psiquiátricos por cada 100.000 habitantes (Eurostat, 2020).

La salud mental sigue siendo una de las áreas de la medicina pública con menor inversión, aun cuando una atención adecuada podría contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas, prevenir el agravamiento de los trastornos mentales y reducir el impacto económico que estos tienen tanto a nivel individual como en la sociedad en general (Christensen et al., 2020). Además, se ha comprobado que la inversión en salud mental es rentable en términos económicos, ya que los gastos asociados a no tratar adecuadamente los problemas de salud mental pueden ser mucho mayores a largo plazo (McDaid et al., 2019). En este sentido, un abordaje inadecuado o deficiente de la salud mental puede llevar al empeoramiento de los síntomas y a generar un mayor sufrimiento y disfunción en la vida de la persona afectada, impactando negativamente su calidad de vida y su capacidad para funcionar en el trabajo, en las relaciones interpersonales y en su bienestar general (Cloutier et al., 2013). La falta de un tratamiento adecuado también puede incrementar el riesgo de suicidio, especialmente en casos de depresión y trastornos de ansiedad, a la vez que puede afectar la salud física de la persona, ya que existe una importante conexión entre la salud mental y la salud física (Lamers et al. 2012) Además, las personas que no reciben un tratamiento adecuado pueden tener dificultades para mantener un empleo y cumplir con sus responsabilidades diarias, lo que afecta negativamente la productividad y la economía en general (Doran y Kinchin, 2017). En definitiva, a nivel económico y social, es siempre más rentable prevenir y detectar experiencias de violencia de forma precoz (Pereda, 2023).

Para acabar, una de las consecuencias más graves de las ACEs es la transmisión intergeneracional tanto de la violencia como de los problemas de salud mental. Si los trastornos mentales no son abordados y tratados en una generación, pueden manifestarse en las siguientes a través de patrones de crianza y comportamientos aprendidos, perpetuando así el ciclo de violencia y sus consecuencias (Avison y Comeau, 2013; Bournnell, 2011; Gomis-Pomares et al., 2021). Por ello, el abordaje del abuso infantil y el tratamiento adecuado de los problemas de salud mental no solo es esencial para evitar el agravamiento de los trastornos, mejorar la calidad de vida de las personas afectadas, reducir su carga económica y social y fortalecer sus relaciones interpersonales, sino que es una forma de prevenir la transmisión intergeneracional de los problemas psiquiátricos y de la victimización infantil. En conclusión, la inversión en la prevención, detección temprana y tratamiento de los trastornos mentales es fundamental para promover el bienestar individual y social en la sociedad (McDaid et al., 2019).

CAPÍTULO 10. REFERENCIAS

10. REFERENCIAS

- Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore Medical Journal*, 48(5), 385.
- Aguado, F. G., Cases, J. C. G., López-Gironés, M. L., Zarco, D. O., Usaola, C. P., y Trincado, M. R. (2013). Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave. *Norte de Salud Mental*, 11(45), 23-32.
- Aizpurua, E., Caravaca-Sánchez, F., y Stephenson, A. (2021). Victimization status of female and male college students in Spain: prevalence and relation to mental distress. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(11-12), 4988-5010.
<https://doi.org/10.1177/088626051880284>
- Aizpurua, E., Caravaca-Sánchez, F., y Wolff, N. (2023). Patterns of childhood adversities and their associations with adult victimization among incarcerated men and women in Spanish prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 67(1), 89-104.
<https://doi.org/10.1177/0306624X221102845>
- Akaike, H. (1974). A new look at the statistical model identification. *IEEE Transactions on Automatic Control*, 19(6), 716-723. <https://doi.org/10.1109/tac.1974.1100705>
- Álvarez, M. J., Masramón, H., Foguet-Boreu, Q., Roura-Poch, P., y Vázquez, A. G. (2023). Trauma infantil en esquizofrenia. Implicaciones en los síntomas psicóticos positivos y negativos. *Psicosomática y Psiquiatría*, (24), 4-15.
<https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum240401>
- Álvarez, M. J., Masramon, H., Peña, C., Pont, M., Gourcier, C., Roura-Poch, P., y Arrufat, F. (2015). Cumulative effects of childhood traumas: polytraumatization, dissociation, and schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 51(1), 54-62.
<https://doi.org/10.1007/s10597-014-9755-2>
- Álvarez, M. J., Roura-Poch, P., Foguet, Q., Osés, A., Solà, J., y Arrufat, F. X. (2012). Posttraumatic stress disorder comorbidity and clinical implications in patients with

- severe mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(6), 549-552. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e318257cdf2>
- Álvarez, M. J., Roura-Poch, P., Osés, A., Foguet, Q., Solà, J., y Arrufat, F. X. (2011). Prevalence and clinical impact of childhood trauma in patients with severe mental disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(3), 156-161. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e31820c751c>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Anda, R. F., Porter, L. E., y Brown, D. W. (2020). Inside the adverse childhood experience score: strengths, limitations, and misapplications. *American Journal of Preventive Medicine*, 59(2), 293-295. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.01.009>
- Antoniou, G., Lambourg, E., Steele, J. D., y Colvin, L. A. (2023). The effect of adverse childhood experiences on chronic pain and major depression in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia*, 130(6): 729-746 <https://doi.org/10.1016/j.bja.2023.03.008>
- Arnold, R., Ahmed, F., Clarke, A., Quinn, N., Beenstock, J., y Holland, P. (2023). The relationship between parental adverse childhood experiences and the health, well-being and development outcomes of their children: a systematic review. *Public Health*, 219, 146-153. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.03.025>
- Avison, W. R., y Comeau, J. (2013). The impact of mental illness on the family. *Handbook of the Sociology of Mental Health*, 543-561. https://doi.org/10.1007/978-94-007-4276-5_26
- Bador, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., y Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331321>
- Barbour, R. S. (2005). Making sense of focus groups. *Medical Education*, 39(7), 742-750. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02200.x>

- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., y Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58, 469-483.
<https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
- Baumann, M. L., y Teasdale, B. (2018). Severe mental illness and firearm access: Is violence really the danger?. *International Journal of Law and Psychiatry*, 56, 44-49. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.11.003>
- Bhugra D, Till A, y Sartorius N. (2013) What is mental health?. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 3-4. <https://doi.org/10.1177/0020764012463315>
- Bilek, E., Itz, M. L., Stößel, G., Ma, R., Berhe, O., Clement, L., Zang, Z., Robnik, L., Plichta, M. M., Neukel, C., Schmahl, C., Kirsch, P., Meyer-Lindenberg, A., y Tost, H. (2019). Deficient Amygdala Habituation to Threatening Stimuli in Borderline Personality Disorder Relates to Adverse Childhood Experiences. *Biological Psychiatry*, 86(12), 930-938. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.06.008>
- Blanco, V., López, L., Otero, P., Torres, Á. J., Ferraces, M. J., y Vázquez, F. L. (2022). Sexual victimization and mental health in female university students. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(15-16), NP14215-NP14238.
<https://doi.org/10.1177/08862605211005148>
- Boursnell, M. (2011). Parents with mental illness: The cycle of intergenerational mental illness. *Children Australia*, 36(1), 26-35. <https://doi.org/10.1375/jcas.36.1.26>
- Brekke, J. S., Prindle, C., Bae, S. W., y Long, J. D. (2001). Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatric Services*, 52(10), 1358-1366. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.10.1358>
- Briere, J., y Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse & Neglect*, 14(3), 357-364.
[https://doi.org/10.1016/0145-2134\(90\)90007-G](https://doi.org/10.1016/0145-2134(90)90007-G)
- Brindle, R. C., Pearson, A., y Ginty, A. T. (2022). Adverse childhood experiences (ACEs) relate to blunted cardiovascular and cortisol reactivity to acute laboratory

- stress: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 134, 104530. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104530>
- Brown J., N.S. Hughes., M.C.McGlen., y J. H. M. Crichton. (2014) Misrepresentation of UK homicide characteristics in popular culture. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 23, 62-64. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2014.01.010>
- Brown, K., y Bradley, L. J. (2002). Reducing the stigma of mental illness. *Journal of Mental Health Counseling*, 24(1), 81.
- Bussmann, K. D., Erthal, C., y Schroth, A. (2012). The impacts of banning corporal punishment in Europe. *Déviance et Societé*, 36(1), 85-106. <https://doi.org/10.3917/ds.361.0085>
- Calvo-Iglesias, E., Epifanio, I., Estrade, S., y Mas de les Valls, E. (2022). Gender perspective in STEM disciplines in Spain universities. In *Women in STEM in Higher Education: Good Practices of Attraction, Access and Retainment in Higher Education* (pp. 165-179). Singapore: Springer Nature Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-19-1552-9_9
- Caravaca-Sánchez, F., Navarro Zaragoza, J., Fearn, N. E., y Vaughn, M. G. (2017). The nexus of trauma, victimization, and mental health disorders among incarcerated adults in Spain. *Psychiatric Quarterly*, 88, 733-746. <https://doi.org/10.1007/s11126-017-9493-z>
- Caravaca-Sánchez, F., y Wolff, N. (2016). Self-report rates of physical and sexual violence among Spanish inmates by mental illness and gender. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(3), 443-458. <https://doi.org/10.1080/14789949.2016.1145721>
- Centers for Disease Control and Prevention y Kaiser Permanente. (2016). *The ACE Study Survey Data* [Unpublished Data]. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention.
- Chartier, M. J., Walker, J. R., y Naimark, B. (2010). Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization.

- Child Abuse & Neglect*, 34(6), 454-464.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.09.020>
- Chen, Y., Hua, K., Huang, C., Zhou, G., y Wang, J. (2021). Adverse childhood experiences and psychological well-being in Chinese college students: Moderated mediation by gender and resilience. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 710635.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.710635>
- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., y Zirakzadeh, A. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(7):618-629. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0583>
- Christensen, M. K., Lim, C. C. W., Saha, S., Plana-Ripoll, O., Cannon, D., Presley, F., Weye, N., Momen, N. C., Whiteford, H. A., Iburg, K. M., y McGrath, J. J. (2020). The cost of mental disorders: a systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e161. <https://doi.org/10.1017/s204579602000075x>
- Cloutier, M., Sanon Aigbogun, M., Guerin, A., Nitulescu, R., Ramanakumar, A. V., Kamat, S. A., DeLucia, M., Duffy, R., Legacy, S. N., Henderson, C., Francois, C., y Wu, E. (2016). The Economic Burden of Schizophrenia in the United States in 2013. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(6), 764–771.
<https://doi.org/10.4088/jcp.15m10278>
- Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya. (2015). *Codi Deontològic*. Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya.
https://arxiu.copc.cat/adjuntos/adjunto_188.1524062657.pdf
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2022). *Memoria de Gestión Anual. Consejo General de la Psicología de España*.
<http://www.cop.es/memoria/2021/PDF/Memoria2021.pdf>
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., y Rüsçh, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100529>

- Council of Europe. (2007). *Council of Europe Convention on the protection of children against sexual exploitation and sexual abuse*. Lanzarote: Council of Europe.
<https://rm.coe.int/1680084822>
- de Vries, B., van Busschbach, J. T., van der Stouwe, E. C. D., Aleman, A., van Dijk, J. J. M., Lysaker, P. H., Arends, J., Nijman, S. A., y Pijnenborg, G. H. M. (2019). Prevalence rate and risk factors of victimization in adult patients with a psychotic disorder: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 45(1), 114-126. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby020>
- Dehlbom, P., Wetterborg, D., Lundqvist, D., Maurex, L., Dal, H., Dalman, C., y Kosidou, K. (2022). Gender differences in the treatment of patients with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 13(3), 277. <https://doi.org/10.1037/per0000507>
- Departament de Drets Socials. (18 de julio de 2014). *Malaltia mental, discapacitat i dependència*.
https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/persones_amb_malaltia_mental/malaltia-mental-discapacitat-i-dependencia/%3B2020
- Departament de Drets Socials. (Sin fecha). *Serveis d'acolliment residencial*.
https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematics/persones_amb_discapacitat/serveis_socials_per_a_persones_amb_discapacitat/serveis_per_a_persones_amb_discapacitat_intel_lectual/serveis_dacolliment_residencial_per_a_persones_amb_discapacitat_/index.html
- Díaz-Faes, D. A., Pereda, N., y Gámez-Guadix, M. (2023). The role of adverse childhood experiences in suicide among sexual minority undergraduate students. *Death Studies*, 1-9. <https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2214892>
- Dong, M., Anda, R. F., Dube, S. R., Giles, W. H., y Felitti, V. J. (2003). The relationship of exposure to childhood sexual abuse to other forms of abuse, neglect, and household dysfunction during childhood. *Child Abuse & Neglect*, 27(6), 625-639. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(03\)00105-4](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00105-4)

- Doran, C. M., y Kinchin, I. (2017). A review of the economic impact of mental illness. *Australian Health Review*, 43(1), 43-48. <https://doi.org/10.1071/AH16115>
- Doré, I., y Caron, J. (2017). Mental health: concepts, measures, determinants. *Sante Mentale au Québec*, 42(1), 125-145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>
- Draine, J., Salzer, M. S., Culhane, D. P., y Hadley, T. R. (2002). Role of social disadvantage in crime, joblessness, and homelessness among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 53(5), 565-573. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.5.565>
- Drake, R. E., y Brunette, M. F. (1998). Complications of severe mental illness related to alcohol and drug use disorders. *Recent Developments in Alcoholism*, 285-299. https://doi.org/10.1007/0-306-47148-5_12
- Drake, R. E., y Mueser, K. T. (1996). Alcohol-use disorder and severe mental illness. *Alcohol Health and Research World*, 20(2), 87-93.
- Drake, R. E., y Wallach, M. A. (1989). Substance abuse among the chronic mentally ill. *Psychiatric Services*, 40(10), 1041-1046. <https://doi.org/10.1176/ps.40.10.1041>
- Dube, S. R. (2018). Continuing conversations about adverse childhood experiences (ACEs) screening: A public health perspective. *Child Abuse & Neglect*, 85, 180-184. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.007>
- Dubowitz, H., Black, M., Starr, R. H., y Zuravin, S. (1993). A Conceptual Definition of Child Neglect. *Criminal Justice and Behavior*, 20(1), 8-26. <https://doi.org/10.1177/0093854893020001003>
- Ebrahim, A. H., Dhahi, A., Husain, M. A., y Jahrami, H. (2022). The Psychological Well-Being of University Students amidst COVID-19 Pandemic: Scoping review, systematic review and meta-analysis. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 22(2), 179. <https://doi.org/10.18295/squmj.6.2021.081>
- El Mhamdi, S., Lemieux, A., Bouanene, I., Salah, A. B., Nakajima, M., Salem, K. B., y Al'absi, M. (2017). Gender differences in adverse childhood experiences, collective

- violence, and the risk for addictive behaviors among university students in Tunisia. *Preventive Medicine*, 99, 99-104. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.02.011>
- Elsenburg, L. K., van Wijk, K. J., Liefbroer, A. C., y Smidt, N. (2017). Accumulation of adverse childhood events and overweight in children: a systematic review and meta-analysis. *Obesity*, 25(5), 820-832. <https://doi.org/10.1002/oby.21797>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Eurostat. (2020, 6 de mayo). *Number of psychiatrists: How do countries compare?* European Commission. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20200506-1>
- Federació Salut Mental de Catalunya i Consell Nacional de la Joventut de Catalunya. (2023). *La situació de la salut mental en el jovent català: una radiografia*. https://cnjc.cat/storage/app/media/Radiografia_Salut_Mental_interactiva_final.pdf
- Felitti, V. J. (2009). Adverse childhood experiences and adult health. *Academic Pediatrics*, 9(3), 131-132. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2009.03.001>
- Felitti V. (2010, 10-12 de octubre). Adverse childhood experiences and their relationship to adult health and well-being. In *Notre Dame Symposium to Address Early Human Experience* [Symposium]. Paris, France.
- Felitti, V. J., y Anda, R. F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: Implications for healthcare. In R. Linius, E. Vermetten, y C. Pain (Eds.), *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic* (pp. 77–87). Cambridge, MA: Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511777042.010>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., y Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal 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)

- Ferragut, M., Ortiz-Tallo, M., y Blanca, M. J. (2022). Prevalence of child sexual abuse in Spain: A representative sample study. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(21-22), NP19358-NP19377. <https://doi.org/10.1177/08862605211042804>
- Finkelhor, D. (1995). The victimization of children: A developmental perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65(2), 177-193. <https://doi.org/10.1037/h0079618>
- Finkelhor, D. (2007). Developmental victimology: The comprehensive study of childhood victimization. En Davis, R. C., Luirigio, A.J., y Herman, S. (Eds). *Victims of crime* (3rd ed.) (pp. 9-34). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Finkelhor, D. (2018). Screening for adverse childhood experiences (ACEs): Cautions and suggestions. *Child Abuse & Neglect*, 85, 174-179. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.07.016>
- Finkelhor, D., y Hotaling, G. T. (1984). Sexual abuse in the national incidence study of child abuse and neglect: An appraisal. *Child Abuse & Neglect*, 8(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(84\)90046-2](https://doi.org/10.1016/0145-2134(84)90046-2)
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., y Turner, H. A. (2007a). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., y Turner, H. A. (2007b). Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. *Development and Psychopathology*, 19(1), 149-166. <https://doi.org/10.1017/s0954579407070083>
- Finkelhor, D., Ormrod, R.K. y Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of polyvictimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 33, 403-411. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.09.012>
- Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., y Hamby, S. L. (2005). The victimization of children and youth: A comprehensive, national survey. *Child Maltreatment*, 10(1), 5-25. <https://doi.org/10.1177/1077559504271287>

- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. A., Ormrod, R., y Hamby, S. L. (2011a). Polyvictimization in developmental context. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(4), 291-300. <https://doi.org/10.1080/19361521.2011.610432>
- Finkelhor, D., Turner, H. A., y Hamby, S. (2012). Let's prevent peer victimization, not just bullying. *Child Abuse & Neglect*, 36(4), 271–274. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.12.001>
- Finkelhor, D., Turner, H., Hamby, S. L., y Ormrod, R. (2011b). Polyvictimization: Children's exposure to multiple types of violence, crime, and abuse. *Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention*, 1-12.
- Fontanil, Y., Méndez Méndez, M. D., Martín-Higarza, Y., Solís García, P., y Ezama Coto, E. (2021). Adverse childhood experiences and mental health in women: Pathways of influence in a clinical sample. *Psicothema*, 33(3), 399-406. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.39>
- Ford, D. C., Merrick, M. T., Parks, S. E., Breiding, M. J., Gilbert, L. K., Edwards, V. J., Dhingra, S. S., Barile, J. P., y Thompson, W. W. (2014). Examination of the factorial structure of adverse childhood experiences and recommendations for three subscale scores. *Psychology of Violence*, 4(4), 432–444. <https://doi.org/10.1037/a0037723>
- Frank, D., DeBenedetti, A. F., Volk, R. J., Williams, E. C., Kivlahan, D. R., y Bradley, K. A. (2008). Effectiveness of the AUDIT-C as a screening test for alcohol misuse in three race/ethnic groups. *Journal of General Internal Medicine*, 23, 781-787. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0594-0>
- Frøyland, L. R., y Andersen, P. L. (2023). Interpersonal victimization during childhood and adolescence and educational attainment in young adulthood: a latent class analysis approach. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(9-10), 6323-6345. <https://doi.org/10.1177/08862605221130388>
- Fu, X.-L., Qian, Y., Jin, X.-H., Yu, H.-R., Wu, H., Du, L., Chen, H.-L., y Shi, Y.-Q. (2021). Suicide rates among people with serious mental illness: a systematic

- review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53(2), 351-361.
<https://doi.org/10.1017/s0033291721001549>
- Fundación Mutua Madrileña. (2023). *La situación de la salud mental en España*. Confederación Salud Mental España.
https://www.fundacionmutua.es/actualidad/noticias/macroestudio_salud_mental/
- Fusar-Poli, P., Correll, C. U., Arango, C., Berk, M., Patel, V., y Ioannidis, J. P. (2021). Preventive psychiatry: a blueprint for improving the mental health of young people. *World Psychiatry*, 20(2), 200-221. <https://doi.org/10.1002/wps.20869>
- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., y van Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, 31, 33-46.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>
- García, S. I., y De Paúl Ochotorena, J. D. P. (2017). Lifetime victimization among Spanish adolescents. *Psicothema*, 29(3), 378-383.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2016.342>
- García, M., Montalvo, I., Creus, M., Cabezas, Á., Solé, M., Algora, M. J., Moreno, I., Gutiérrez-Zotes, A., y Labad, J. (2016). Sex differences in the effect of childhood trauma on the clinical expression of early psychosis. *Comprehensive Psychiatry*, 68, 86–96. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.04.004>
- Gassó, A. M., Mueller-Johnson, K., y Montiel, I. (2020). Sexting, online sexual victimization, and psychopathology correlates by sex: Depression, anxiety, and global psychopathology. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 1018. <https://doi.org/10.3390/ijerph17031018>
- Generalitat de Catalunya. (2023). *L'estat de salut, els comportaments relacionats amb la salut i l'ús de serveis sanitaris a Catalunya, 2022. Resum executiu dels principals resultats de l'ESCA del 2022. Maig de 2023*. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Espanya, Barcelona: Departament de Salut.

- https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/9652/enquesta_salut_catalunya_resum_executiu_ca_2022.pdf?sequence=12&isAllowed=y
- Gette, J. A., Gissandaner, T. D., Littlefield, A. K., Simmons, C. S., y Schmidt, A. T. (2022). Modeling the adverse childhood experiences questionnaire–international version. *Child Maltreatment*, 27(4), 527-538. <https://doi.org/10.1177/10775595211043122>
- Gomis-Pomares, A., y Villanueva, L. (2020). The effect of adverse childhood experiences on deviant and altruistic behavior during emerging adulthood. *Psicothema*, 32(1), 33-39. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.142>
- Gomis-Pomares, A., y Villanueva, L. (2022). Adverse childhood experiences: Pathways to internalising and externalising problems in young adulthood. *Child Abuse Review*, e2802. <https://doi.org/10.1002/car.2802>
- Gomis-Pomares, A., Villanueva, L., y Prado-Gascó, V. (2021). Does It Run in the Family? Intergenerational Transmission of Household Dysfunctions. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 40, 419–432. <https://doi.org/10.1007/s10560-021-00766-9>
- González-Cabrera, J., Montiel, I., Ortega-Barón, J., Calvete, E., Orue, I., y Machimbarrena, J. M. (2021). Epidemiology of peer victimization and its impact on health-related quality of life in adolescents: A longitudinal study. *School Mental Health*, 13(2), 338-346. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1007/s12310-021-09421-1>
- González Cases, J., Polo Usaola, C., González Aguado, F., López Gironés, M., Rullas Trincado, M., y Fernández Liria, A. (2014). Prevalence and characteristics of intimate partner violence against women with severe mental illness: A prevalence study in Spain. *Community Mental Health Journal*, 50(7), 841-847. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9703-1>
- González Marín, E. M., Otálvaro, J. A. M., Cadavid Buitrago, M. A., Gaviria Gómez, A. M., Vilella, E., y Gutiérrez-Zotes, A. (2023). Borderline Personality Disorder, Early Adverse Experiences, and Cognitive Biases: A Systematic Review. *Revista*

- de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud*, 5(1), 273-293.
<https://doi.org/10.46634/riics>
- Goodman, L. A., Rosenberg, S. D., Mueser, K. T., y Drake, R. E. (1997). Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: prevalence, correlates, treatment, and future research directions. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 685-696.
<https://doi.org/10.1093/schbul/23.4.685>
- Goodman, L. A., Salyers, M. P., Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Swartz, M., Essock, S. M., y Swanson, J. (2001). Recent victimization in women and men with severe mental illness: prevalence and correlates. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 615-632. <https://doi.org/10.1023/a:1013026318450>
- Greco, A. M., González-Pío, C., Bartolomé-Valenzuela, M., Pereda, N., y SAVE Project Team. (2022). How can school help victims of violence? Evaluation of online training for European schools' staff from a multidisciplinary approach. *PLoS one*, 17(8), e0272872. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0272872>
- Groenman, A. P., Janssen, T. W., y Oosterlaan, J. (2017). Childhood psychiatric disorders as risk factor for subsequent substance abuse: a meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(7), 556-569.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.05.004>
- Hernández, A., Arntz, A., Gaviria, A. M., Labad, A., y Gutiérrez-Zotes, J. A. (2012). Relationships between childhood maltreatment, parenting style, and borderline personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 727-736.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.727>
- Herzog, J. I., y Schmahl, C. (2018). Adverse childhood experiences and the consequences on neurobiological, psychosocial, and somatic conditions across the lifespan. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 420. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00420>
- Hillberg, T., Hamilton-Giachritsis, C., y Dixon, L. (2011). Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: A systematic approach. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(1), 38-49.
<https://doi.org/10.1177/1524838010386812>

- Hinojosa, R., Nguyen, J., Sellers, K., y Elassar, H. (2019). Barriers to college success among students that experienced adverse childhood events. *Journal of American College Health*, 67(6), 531-540. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1498851>
- Ho, G. W., Chan, A. C., Chien, W. T., Bressington, D. T., y Karatzias, T. (2019). Examining patterns of adversity in Chinese young adults using the Adverse Childhood Experiences—International Questionnaire (ACE-IQ). *Child Abuse & Neglect*, 88, 179-188. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.11.009>.
- Hogg, B., Gardoki-Souto, I., Valiente-Gomez, A., Rosa, A. R., Fortea, L., Radua, J., Amman, B., y Moreno-Alcazar, A. (2023). Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an umbrella meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273(2), 397-410. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01495-5>
- Holt, M. K., Finkelhor, D., y Kantor, G. K. (2007). Hidden forms of victimization in elementary students involved in bullying. *School Psychology Review*, 36(3), 345-360. <https://doi.org/10.1080/02796015.2007.12087928>
- Hu, Z., Kaminga, A. C., Yang, J., Liu, J., y Xu, H. (2021). Adverse childhood experiences and risk of cancer during adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 117, 105088. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105088>
- Huang, C. C., Tan, Y., Cheung, S. P., y Hu, H. (2021). Adverse childhood experiences and psychological well-being in Chinese college students: mediation effect of mindfulness. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1636.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., y 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)
- Hughes, K., Bellis, M. A., Sethi, D., Andrew, R., Yon, Y., Wood, S., Ford, K., Baban, A., Boderscova, L., Kachaeva, M., Makaruk, K., Markovic, M., Povilaitis, R.,

- Raleva, M., Terzic, N., Veleminsky, M., Włodarczyk, J., y Zakhozha, V. (2019). Adverse childhood experiences, childhood relationships and associated substance use and mental health in young Europeans. *European Journal Of Public Health*, 29(4), 741-747. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz037>
- Hughes, K., Lowey, H., Quigg, Z., y Bellis, M. A. (2016). Relationships between adverse childhood experiences and adult mental well-being: results from an English national household survey. *BMC Public Health*, 16, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2906-3>
- Human Development Reports. (2023). *Human Development Index (HDI)*. <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index>
- Institut Municipal de Persones amb Discapacitat [IMPD]. (2018). Memòria 2018 IMPD. Institut Municipal de Persones amb Discapacitat. <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documents/memoria-impd-2018-accessible.pdf>
- Iwaniec, D., Larkin, E., y Higgins, S. (2006). Research review: Risk and resilience in cases of emotional abuse. *Child & Family Social Work*, 11(1), 73-82. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2006.00398.x>
- Jackson, D. B., Jindal, M., Testa, A., Ganson, K. T., Fix, R. L., y Nagata, J. M. (2022). Adverse childhood experiences and adolescent police contact in the United Kingdom. *Pediatrics*, 150(4), e2021055889. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-055889>
- Jadambaa, A., Thomas, H. J., Scott, J. G., Graves, N., Brain, D., y Pacella, R. (2019). Prevalence of traditional bullying and cyberbullying among children and adolescents in Australia: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(9), 878-888. <https://doi.org/10.1177/0004867419846393>
- Javed, S., y Munawar, K. (2021). Factors related to suicide among students: a narrative review of psychological literature. *Mental Health Review Journal*, 26(3), 238-246. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-08-2020-0061>

- Ji, K., y Finkelhor, D. (2015). A meta-analysis of child physical abuse prevalence in China. *Child Abuse & Neglect*, 43, 61-72.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.11.011>
- Jiang, S., Postovit, L., Cattaneo, A., Binder, E. B., y Aitchison, K. J. (2019). Epigenetic modifications in stress response genes associated with childhood trauma. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 808. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00808>
- Jones, S., Howard, L., y Thornicroft, G. (2008). ‘Diagnostic overshadowing’: worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(3), 169-171. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01211.x>
- Jones, C. M., y McCance-Katz, E. F. (2019). Co-occurring substance use and mental disorders among adults with opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 197, 78-82. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.030>
- Kalucy M., Rodway C., Finn J., Pearson A., Flynn S., Swinson N., Roscoe A., Da Cruz D., Appleby L., Shaw J. (2011). Comparison of British National Newspaper Coverage of Homicide Committed by Perpetrators with and Without Mental Illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45, 539-548.
<https://doi.org/10.3109/00048674.2011.585605>
- Kaminer, D., Bravo, A. J., Mezquita, L., Pilatti, A. y Cross-Cultural Addictions Study Team. (2022). Adverse childhood experiences and adulthood mental health: a cross-cultural examination among university students in seven countries. *Current Psychology*, 42, 1-12. <http://dx.doi.org/10.1007/s12144-022-02978-3>
- Karatekin, C., y Ahluwalia, R. (2020). Effects of adverse childhood experiences, stress, and social support on the health of college students. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(1-2), 150-172. <https://doi.org/10.1177/0886260516681880>
- Karlsson, M. E., y Zielinski, M. J. (2020). Sexual victimization and mental illness prevalence rates among incarcerated women: A literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(2), 326-349. <https://doi.org/10.1177/1524838018767933>
- Kazeem, O. T. (2015). A validation of the adverse childhood experiences scale in Nigeria. *Research on Humanities and Social Sciences*, 5(11), 18-23.

- Keen, C., Kinner, S. A., Young, J. T., Jang, K., Gan, W., Samji, H., Zhao, B., Krausz, M., y Slaunwhite, A. (2022). Prevalence of co-occurring mental illness and substance use disorder and association with overdose: a linked data cohort study among residents of British Columbia, Canada. *Addiction*, *117*(1), 129-140. <https://doi.org/10.1111/add.15580>
- Kempe, C. H. (1978). Sexual abuse, another hidden pediatric problem: the 1977 C. Anderson Aldrich lecture. *Pediatrics*, *62*(3), 382-389. <https://doi.org/10.1542/peds.62.3.382>
- Khalifeh, H., Oram, S., Osborn, D., Howard, L. M., y Johnson, S. (2016). Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, *28*(5), 433-451. <https://doi.org/10.1080/09540261.2016.1223608>
- Khrapatina, I., y Berman, P. (2017). The impact of adverse childhood experiences on health in college students. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *10* (3), 275-287. <https://doi.org/10.1007/s40653-016-0093-0>
- Kidman, R., Smith, D., Piccolo, L. R., y Kohler, H.-P. (2019). Psychometric evaluation of the Adverse Childhood Experience International Questionnaire (ACE-IQ) in Malawian adolescents. *Child Abuse & Neglect*, *92*, 139–145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.015>
- Kim, Y., Kim, K., Chartier, K. G., Wike, T. L., y McDonald, S. E. (2021). Adverse childhood experience patterns, major depressive disorder, and substance use disorder in older adults. *Aging & Mental Health*, *25*(3), 484-491. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1693974>
- Kim, Y., Park, A., y Murphy, J. (2023). Patterns of adverse childhood experiences and mental health: evidence from college students in Korea. *Journal of Interpersonal Violence*, *38*(3-4), 3011-3029. <https://doi.org/10.1177/08862605221102487>
- Kinrys, G., y Wygant, L. E. (2005). Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment?. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *27*, s43-s50. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462005000600003>

- Klevens, J., Ports, K. A., Austin, C., Ludlow, I. J., y Hurd, J. (2018). A cross-national exploration of societal-level factors associated with child physical abuse and neglect. *Global Public Health, 13*(10), 1495-1506.
<https://doi.org/10.1080/17441692.2017.1404622>
- Korolevskaia, A., y Yampolskaya, S. (2023). The consequences of childhood emotional abuse: A systematic review and content analysis. *Families in Society, 104*(2), 167-178. <https://doi.org/10.1177/10443894221124565>
- Kubany, E. S., Leisen, M. B., Kaplan, A. S., Watson, S. B., Haynes, S. N., Owens, J. A., y Burns, K. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: the Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment, 12*(2), 210. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.12.2.210>
- Lacey, R. E., y Minnis, H. (2020). Practitioner review: twenty years of research with adverse childhood experience scores—advantages, disadvantages and applications to practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 61*(2), 116-130.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13135>
- Lacey, R. E., Pereira, S. M. P., Li, L., y Danese, A. (2020). Adverse childhood experiences and adult inflammation: Single adversity, cumulative risk and latent class approaches. *Brain, Behavior, and Immunity, 87*, 820-830.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.017>
- Lamers, S. M., Bolier, L., Westerhof, G. J., Smit, F., y Bohlmeijer, E. T. (2012). The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine, 35*, 538-547.
- Lanier, P., Maguire-Jack, K., Lombardi, B., Frey, J., y Rose, R. A. (2018). Adverse childhood experiences and child health outcomes: Comparing cumulative risk and latent class approaches. *Maternal and Child Health Journal, 22*, 288-297.
<https://doi.org/10.1007/s10995-017-2365-1>
- LaNoue, M. D., Cunningham, A. T., Kenny, L. C., Abatemarco, D., y Helitzer, D. (2020). What do adults think about their adverse childhood experiences (ACEs), and does it matter?. *Community Mental Health Journal, 56*, 1255-1261.

- Lansford, J. E., Godwin, J., Uribe Tirado, L. M., Zelli, A., Al-Hassan, S. M., Bacchini, D., Bombi, A. S., Bornstein, M. H., Chang, L., Deater-Deckard, K., Di Giunta, L., Dodge, K. A., Malone, P. S., Oburu, P., Pastorelli, C., Skinner, A. T., Sorbring, E., Tapanya, S., y Alampay, L. P. (2015). Individual, family, and culture level contributions to child physical abuse and neglect: A longitudinal study in nine countries. *Development and Psychopathology*, *27*(4pt2), 1417-1428. <https://doi.org/10.1017/s095457941500084x>
- Laurinaitytė, I., Assini-Meytin, L. C., y Čunichina, K. (2022). Examining the associations between adverse childhood experiences, health risk behaviours, and psychological well-being in a convenience sample of Lithuanian university students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(6), 3253. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063253>
- Leban, L., y Delacruz, D. J. (2023). Adverse childhood experiences and delinquency: Does age of assessment matter?. *Journal of Criminal Justice*, *86*, 102033. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2023.102033>
- Lee, H., Kim, Y., y Terry, J. (2020). Adverse childhood experiences (ACEs) on mental disorders in young adulthood: Latent classes and community violence exposure. *Preventive Medicine*, *134*, 106039. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106039>
- Lian, J., Kiely, K. M., y Anstey, K. J. (2022). Cumulative risk, factor analysis, and latent class analysis of childhood adversity data in a nationally representative sample. *Child Abuse & Neglect*, *125*, 105486. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105486>
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., y Weiskopf, M. G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, *59*, 359-372. <https://doi.org/10.1007/s00038-013-0519-5>
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., y Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behavior*, *38*(2), 177-190. <https://doi.org/10.2307/2955424>

- Linzer, D., y Lewis, J. (2021). *poLCA: An R Package for Polytomous Variable Latent Class Analysis*. [R package]. <https://CRAN.R-project.org/package=poLCA>.
- Lopes, S., Hallak, J. E. C., Machado de Sousa, J. P., y Osorio, F. D. L. (2020). Adverse childhood experiences and chronic lung diseases in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, *11*(1), 1720336. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1720336>
- López, F., Carpintero, E., Hernández, A., Martín, M. J., y Fuertes, A. (1995). Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España [The prevalence and consequences of child sexual abuse in Spain]. *Child Abuse & Neglect*, *19*(9), 1039-1050. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00066-H](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00066-H)
- Maniglio, R. (2009). Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *119*(3), 180-191. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01300.x>
- Martín-Higarza, Y., Fontanil, Y., Méndez, M. D., y Ezama, E. (2020). The direct and indirect influences of adverse childhood experiences on physical health: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(22), 8507. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228507>
- Matheson, S. L., Shepherd, A. M., Pinchbeck, R. M., Laurens, K. R., y Carr, V. J. (2013). Childhood adversity in schizophrenia: a systematic meta-analysis. *Psychological Medicine*, *43*(2), 225-238. <https://doi.org/10.1017/s0033291712000785>
- McClain, N., y Amar, A. (2013). Female survivors of child sexual abuse: Finding voice through research participation. *Issues in Mental Health Nursing*, *34*, 482-487. <https://doi.org/10.3109/01612840.2013.773110>
- McDaid, D., Park, A. L., y Wahlbeck, K. (2019). The economic case for the prevention of mental illness. *Annual Review of Public Health*, *40*(1), 373-389. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013629>

- McGavock, L., y Spratt, T. (2017). Children exposed to domestic violence: Using adverse childhood experience scores to inform service response. *British Journal Of Social Work*, 47(4), 1128-1146. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw073>
- McKay, M. T., Cannon, M., Chambers, D., Conroy, R. M., Coughlan, H., Dodd, P., Healy, C., O'Donnell, L., y Clarke, M. C. (2021). Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(3), 189-205. <https://doi.org/10.1111/acps.13268>
- Meade, C. S., Kershaw, T. S., Hansen, N. B., y Sikkema, K. J. (2009). Long-term correlates of childhood abuse among adults with severe mental illness: adult victimization, substance abuse, and HIV sexual risk behavior. *AIDS and Behavior*, 13(2), 207–216. <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9326-4>
- Merians, A. N., Baker, M. R., Frazier, P., y Lust, K. (2019). Outcomes related to adverse childhood experiences in college students: Comparing latent class analysis and cumulative risk. *Child Abuse & Neglect*, 87, 51-64. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.020>
- Mishara, B. L., y Chagnon, F. (2011). Understanding the relationship between mental illness and suicide and the implications for suicide prevention. *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*, 609-623. <https://doi.org/10.1002/9781119998556.ch35>
- Mishra, K., Atkins, D. E., Gutierrez, B., Wu, J., Cousineau, M. R., y Hempel, S. (2023). Screening for adverse childhood experiences in preventive medicine settings: a scoping review. *Journal of Public Health*, 31(4), 613-622. <http://dx.doi.org/10.1007/s10389-021-01548-4>
- Modecki, K. L., Minchin, J., Harbaugh, A. G., Guerra, N. G., y Runions, K. C. (2014). Bullying Prevalence Across Contexts: A Meta-analysis Measuring Cyber and Traditional Bullying. *Journal of Adolescent Health*, 55(5), 602–611. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.06.007>

- Möller-Leimkühler, A., y Bogerts, B. Kollektive Gewalt. *Nervenarzt* 84, 1345–1358 (2013). <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3856-y>
- Mollo, J. P., Larrain, E., y Landazabal, M. G. (2018). Prevalencia de bullying y cyberbullying en Latinoamérica: una revisión. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 11(3), 1-18.
- Montoro, I., Moreno, L., Mulet, P., Miró, C., Leunda, A., Llaurador-Coll, M., Muntané, G., Teicher, M. H., Vilella, E., y Gutiérrez-Zotes, A. (2023). Maximal sensitivity to child maltreatment at the ages of 6 and 11 years is associated with the risk of bipolar disorder. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(3-4), 3030-3054. <https://doi.org/10.1177/08862605221106128>
- Moreira, D., Moreira, D. S., Oliveira, S., Ribeiro, F. N., Barbosa, F., Fávero, M., y Gomes, V. (2020). Relationship between adverse childhood experiences and psychopathy: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 53, 101452. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101452>
- Mosley-Johnson, E., Garacci, E., Wagner, N., Mendez, C., Williams, J. S., y Egede, L. E. (2019). Assessing the relationship between adverse childhood experiences and life satisfaction, psychological well-being, and social well-being: United States Longitudinal Cohort 1995–2014. *Quality of Life Research*, 28, 907-914. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2054-6>
- Muenzenmaier, K., Schneeberger, A. R., Castille, D. M., Battaglia, J., Seixas, A. A., y Link, B. (2014). Stressful childhood experiences and clinical outcomes in people with serious mental illness: a gender comparison in a clinical psychiatric sample. *Journal of Family Violence*, 29, 419-429. <https://doi-org.sire.ub.edu/10.1007/s10896-014-9601-x>
- Murgatroyd, C. A., Peña, C. J., Podda, G., Nestler, E. J., y Nephew, B. C. (2015). Early life social stress induced changes in depression and anxiety associated neural pathways which are correlated with impaired maternal care. *Neuropeptides*, 52, 103-111. <https://doi.org/10.1016/j.npep.2015.05.002>

- Muthén, B., y Muthén, L. K. (2000). Integrating person-centered and variable-centered analyses: Growth mixture modeling with latent trajectory classes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24(6), 882-891.
<https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2000.tb02070.x>
- Neagoe, I. M., y Papasteri, C. C. (2023). Adverse childhood experiences in residential care: predicting accumulation and exploring clustering of adversity in Romanian care facilities. *Child & Youth Care Forum*, 52(4), 779-800.
<https://doi.org/10.1007/s10566-022-09712-x>
- 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>
- Neves, I., Dinis-Oliveira, R. J., y Magalhães, T. (2021). Epigenomic mediation after adverse childhood experiences: a systematic review and meta-analysis. *Forensic Sciences Research*, 6(2), 103-114. <https://doi.org/10.1080/20961790.2019.1641954>
- Ng Fat, L., Scholes, S., Boniface, S., Mindell J., y Stewart-Brown S. (2017) Evaluating and establishing the national norms for mental well-being using the short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS): findings from the Health Survey for England. *Quality of Life Research*, 26(5), 1129-1144.
<https://doi.org/10.1007/s11136-016-1454-8>
- Niño, M., Tsuchiya, K., Thomas, S., y Vazquez, C. (2023). The co-occurrence of adverse childhood experiences and mental health among Latina/o adults: A latent class analysis approach. *Preventive Medicine Reports*, 33, 102185.
<https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102185>
- Noll, J. G. (2021). Child sexual abuse as a unique risk factor for the development of psychopathology: The compounded convergence of mechanisms. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 439-464. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-112621>

- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., y 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>
- Nylund, K. L., Asparouhov, T., y Muthén, B. O. (2007). Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: A Monte Carlo simulation study. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(4), 535-569. <https://doi.org/10.1080/10705510701575396>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2021). *Monografía alcohol 2021. Consumo y consecuencias*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2021_Monografia_Alcohol_consumos_y_consecuencias.pdf
- Ordóñez, N., Lemos-Giráldez, S., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., García-Álvarez, L., y Pizarro-Ruiz, J. P. (2014). Relación entre psicosis y experiencias traumáticas tempranas. *Anuario de Psicología*, 44(3), 283-294.
- Osborn, D., Levy, G., Nazareth, I., y King, M. (2008). Suicide and severe mental illnesses. Cohort study within the UK general practice research database. *Schizophrenia Research*, 99(1-3), 134-138.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.11.025>
- O’Shea Brown, G. (2021). Dysfunctional Family Systems. In: *Healing Complex Posttraumatic Stress Disorder. Essential Clinical Social Work Series*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-61416-4_4
- Pace, C. S., Muzi, S., Rogier, G., Meinero, L. L., y Marcenaro, S. (2022). The Adverse Childhood Experiences – International Questionnaire (ACE-IQ) in community samples around the world: A systematic review (part I). *Child Abuse & Neglect*, 129, 105640. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105640>
- Pan, Y., Lin, X., Liu, J., Zhang, S., Zeng, X., Chen, F., y Wu, J. (2021). Prevalence of childhood sexual abuse among women using the childhood trauma questionnaire: a

- worldwide meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 22(5), 1181-1191.
<https://doi.org/10.1177/1524838020912867>
- Parabiaghi, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Lasalvia, A., y Leese, M. (2006). Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(6), 457-463. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0048-0>
- Pattyn, E., Verhaeghe, M., y Bracke, P. (2015). The gender gap in mental health service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 1089-1095.
<https://doi.org/10.1007/s00127-015-1038-x>
- Pereda, N. (2023). El coste social de la violencia contra la infancia y la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 44(3). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3021>
- Pereda, N., Abad, J., y Guilera, G. (2015). Victimization and polyvictimization among Spanish adolescent outpatients. *Journal of Aggression, Maltreatment y Trauma*, 24(9), 1044-1066. <https://doi.org/10.1080/10926771.2015.1072121>
- Pereda, N., Forns, M., y Abad, J. (2013). Prevalencia de acontecimientos potencialmente traumáticos en universitarios españoles. *Anales de Psicología*, 29(1), 178-186.
<https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.124921>
- Pereda, N., Gil, J. A., y Guilera, G. (2012). Victimologia del desenvolupament: incidència i repercussions de la victimització i la polivictimització en joves catalans. *Invesbreu Criminologia*, (55), 2-5.
- Pereda, N., Guilera, G., y Abad, J. (2014). Victimization and polyvictimization of Spanish children and youth: Results from a community sample. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 640-649. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.01.019>
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29(4), 328-338. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.02.007>

- Pereira, F. G., y Viana, M. C. (2021). Adaptação transcultural do Adverse Childhood Experiences International Questionnaire. *Revista de Saúde Pública*, 55, 79-100. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003140>
- Pérez Jolles, M., Fernández, M. E., Jacobs, G., De Leon, J., Myrick, L., y Aarons, G. A. (2022). Using implementation mapping to develop protocols supporting the implementation of a state policy on screening children for adverse childhood experiences in a system of health centers in inland Southern California. *Frontiers in Public Health*, 10, 876769. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.876769>
- Pineda, D., Muris, P., Martínez-Martínez, A., y Piqueras, J. A. (2023). Prevalence of child sexual abuse in Spain: A survey study. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 15(2), 83-88. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2023a9>
- Quigg, Z., Wallis, S., y Butler, N. (2018). *Routine enquiry about adverse childhood experiences implementation pack pilot evaluation. (Final Report)*. Liverpool, England: Public Health Institute of Liverpool John Moores University.
- Quinn, M., Caldara, G., Collins, K., Owens, H., Ozodiegwu, I., Loudermilk, E., y Stinson, J. D. (2018). Methods for understanding childhood trauma: modifying the adverse childhood experiences international questionnaire for cultural competency. *International Journal of Public Health*, 63, 149-151. <https://doi.org/10.1007/s00038-017-1058-2>
- Rariden, C., SmithBattle, L., Yoo, J. H., Cibulka, N., y Loman, D. (2021). Screening for adverse childhood experiences: literature review and practice implications. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(1), 98-104. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.08.002>
- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. *Boletín Oficial del Estado*, 22, de 26 de enero de 2000. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1999/12/23/1971/con>
- Reavis, J. A., Looman, J., Franco, K. A., y Rojas, B. (2013). Adverse childhood experiences and adult criminality: how long must we live before we possess our own lives?. *The Permanente Journal*, 17(2), 44. <https://doi.org/10.7812/tpp/12-072>

- Richardson, J., Milovidov, E., y Blamire, R. (2017). *Bullying: Perspectives, practice and insights*. Council of Europe. <https://rm.coe.int/090000168078a78d>
- Riedl, D., Lampe, A., Exenberger, S., Nolte, T., Trawöger, I., y Beck, T. (2020). Prevalence of adverse childhood experiences (ACEs) and associated physical and mental health problems amongst hospital patients: Results from a cross-sectional study. *General Hospital Psychiatry*, 64, 80-86. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.03.005>
- Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141-166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Sahle, B. W., Reavley, N. J., Li, W., Morgan, A. J., Yap, M. B. H., Reupert, A., y Jorm, A. F. (2021). The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(10), 1489–1499. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01745-2>
- Sánchez, F. C., Navarro-Zaragoza, J., Ruiz-Cabello, A. L., Romero, M. F., y Maldonado, A. L. (2017). Association between bullying victimization and substance use among college students in Spain. *Adicciones*, 29(1), 22-32. <https://doi.org/10.20882/adicciones.827>
- Scarpa, A. (2003). Community violence exposure in young adults. *Trauma, Violence, & Abuse*, 4(3), 210-227. <https://doi.org/10.1177/1524838003004003002>
- Schmutte, T., Costa, M., Hammer, P., y Davidson, L. (2021). Comparisons between suicide in persons with serious mental illness, other mental disorders, or no known mental illness: Results from 37 US states, 2003–2017. *Schizophrenia Research*, 228, 74-82. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.11.058>
- Schuster, R., Kaiser, T., Terhorst, Y., Messner, E. M., Strohmeier, L. M., y Laireiter, A. R. (2021). Sample size, sample size planning, and the impact of study context: systematic review and recommendations by the example of psychological

- depression treatment. *Psychological Medicine*, 51(6), 902–908.
<https://doi.org/10.1017/S003329172100129X>
- Scottish Government Health Directorates. (2019). *The Scottish Health Survey 2019. Volume 1. Main Report. A National Statistics Publication for Scotland*. Scottish Government Health Directorates. <https://www.gov.scot/publications/scottish-health-survey-2019-volume-1-main-report/documents/>
- Seol, H. (2022). *snowRMM: Rasch Mixture, LCA, and Test Equating Analysis* (Version 5.4.4)
- Simoni-Wastila, L. (2000). The use of abusable prescription drugs: the role of gender. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9(3), 289-297.
<https://doi.org/10.1089/152460900318470>
- Sinha, P., Calfee, C. S., y Delucchi, K. L. (2021). Practitioner’s Guide to Latent Class Analysis: Methodological Considerations and Common Pitfalls. *Critical Care Medicine*, 49(1), e63–e79. <https://doi.org/10.1097/ccm.00000000000004710>
- Stewart-Brown, S., y Janmohamed, K. (2008). *Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale: User guide. Version, 1*. UK: National Health Service.
- Stewart-Brown, S., Tennant, A., Tennant, R., Platt, S., Parkinson, J., y Weich, S. (2009). Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): a Rasch analysis using data from the Scottish health education population survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 1-8.
<https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-15>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., y Van Ijzendoorn, M. H. (2012). The universality of childhood emotional abuse: a meta-analysis of worldwide prevalence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(8), 870-890. <https://doi.org/10.1080/10926771.2012.708014>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R., y Van Ijzendoorn, M. H. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50.
<https://doi.org/10.1002/car.2353>

- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., y Van Ijzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 345-355.
<https://doi.org/10.1007/s00127-012-0549-y>
- Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101.
<https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- Suárez-Soto, E. S., Puraivan, E., y Ferrada, C. (2022). Suicide prevention research: A bibliometric analysis from 1982 to 2021. *Anuario de Psicología*, 52(3).
<https://doi.org/10.1344/ANPSIC2022.52/3.5>
- Subica, A. M. (2013). Psychiatric and physical sequelae of childhood physical and sexual abuse and forced sexual trauma among individuals with serious mental illness. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 588-596. <https://doi.org/10.1002/jts.21845>
- Swaraj, A. (2019). Exploratory Research: Purpose And Process. *Parisheelan Journal*, 15(2), 666-670.
- Tan, M., y Mao, P. (2023). Type and dose-response effect of adverse childhood experiences in predicting depression: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 139, 106091. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106091>
- Tarquinio Camille, L., Christine, R., Elise, E., Charles, M. K., Marion, T., y 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.chilyouth.2023.107007>
- Tasa-Vinyals, E., Álvarez, M. J., Puigoriol-Juventeny, E., Roura-Poch, P., García-Eslava, J. S., y Escoté-Llobet, S. (2020). Intimate partner violence among patients diagnosed with severe mental disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 208(10), 749-754. <https://doi.org/10.1097/nmd.0000000000001207>
- Téllez, A., Almaraz-Castruita, D. A., Valdez, A., Juárez-García, D. M., de Jesús Sánchez-Jáuregui, T., Hinojosa Fernández, R., López Calderón, S. F., y García

- Balvaneda, H. (2023). Validating the Spanish Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ): A Mexican Analysis. *Journal of Aggression, Maltreatment y Trauma*, 32(6), 918-934.
<https://doi.org/10.1080/10926771.2022.2144788>
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., y Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of life Outcomes*, 5(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>
- Teplin, L. A., McClelland, G. M., Abram, K. M., y Weiner, D. A. (2005). Crime victimization in adults with severe mental illness: comparison with the National Crime Victimization Survey. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 911-921.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.8.911>
- Testa, A., Jackson, D. B., Ganson, K. T., y Nagata, J. M. (2022). Adverse childhood experiences and criminal justice contact in adulthood. *Academic Pediatrics*, 22(6), 972-980. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.10.011>
- The Jamovi project [Computer Software]. (2021). Jamovi (Version 2.3).
- Tirado-Muñoz, J., Gilchrist, G., Fischer, G., Taylor, A., Moskalewicz, J., Giammarchi, C., Köchl, B., Munro, A., Dąbrowska, K., Shaw, A., Di Furia, L., Leeb, I., Hopf, C., & Torrens, M. (2018). Psychiatric comorbidity and intimate partner violence among women who inject drugs in Europe: a cross-sectional study. *Archives of Women's Mental Health*, 21(3), 259-269. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0800-3>
- Tran, Q. A., Dunne, M. P., Vo, T. V., y Luu, N. H. (2015). Adverse childhood experiences and the health of university students in eight provinces of Vietnam. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(8), 26S-32S.
<https://doi.org/10.1177/101053951558981>
- Trousselard, M., Steiler, D., Dutheil, F., Claverie, D., Canini, F., Fenouillet, F., Naughton, G., Stewart-Brown, S., y Franck, N. (2016). Validation of the Warwick-Edinburgh mental well-being scale (WEMWBS) in French psychiatric and general

- populations. *Psychiatry Research*, 245, 282-290.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.050>
- Turney, K. (2020). Cumulative adverse childhood experiences and children's health. *Children and Youth Services Review*, 119, 105538.
<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105538>
- Tyrer, S., y Heyman, B. (2016). Sampling in epidemiological research: issues, hazards and pitfalls. *BJPsych Bulletin*, 40(2), 57-60.
<https://doi.org/10.1192/pb.bp.114.050203>
- Vaingankar, J. A., Abdin, E., Chong, S. A., Sambasivam, R., Seow, E., Jeyagurunathan, A., Picco, L., Stewart-Brown, S., y Subramaniam, M. (2017). Psychometric properties of the short Warwick Edinburgh mental well-being scale (SWEMWBS) in service users with schizophrenia, depression and anxiety spectrum disorders. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0728-3>
- Van Deirse, T. B., Macy, R. J., Cuddeback, G. S., y Allman, A. J. (2019). Intimate partner violence and sexual assault among women with serious mental illness: A review of prevalence and risk factors. *Journal of Social Work*, 19(6), 789-828.
<https://doi.org/10.1177/1468017318766425>
- Van Dijk, J., Nieuwbeerta, P., y Joudo Larsen, J. (2021). Global crime patterns: An analysis of survey data from 166 countries around the world, 2006–2019. *Journal of Quantitative Criminology*, 38, 1-36. <https://doi.org/10.1007/s10940-021-09501-0>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveerse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., y Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661-671.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Vederhus, J. K., Timko, C., y Haugland, S. H. (2021). Adverse childhood experiences and impact on quality of life in adulthood: development and validation of a short

- difficult childhood questionnaire in a large population-based health survey. *Quality of Life Research*, 30, 1769-1778. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02761-0>
- Velemínský Sr, M., Dvořáčková, O., Samková, J., Rost, M., Sethi, D., y Velemínský Jr, M. (2020). Prevalence of adverse childhood experiences (ACE) in the Czech Republic. *Child Abuse & Neglect*, 102, 104249. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104249>
- Vermunt, J. K. (2010). Latent class modeling with covariates: Two improved three-step approaches. *Political Analysis*, 18(4), 450-469. <https://doi.org/10.1093/pan/mpq025>
- Villacampa, C., y Pujols, A. (2017). Stalking victimisation: prevalence and dynamics amongst Spanish university students. *European Journal of Crime, Criminal Law and Criminal Justice*, 25(4), 347-370. <https://doi.org/10.1163/15718174-02504003>
- Villanueva, L., y Gomis-Pomares, A. (2021). The cumulative and differential relation of adverse childhood experiences and substance use during emerging adulthood. *Child Psychiatry & Human Development*, 52(3), 420-429. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01029-x>
- Villora, B., Yubero, S., y Navarro, R. (2021). Subjective well-being among victimized university students: comparison between cyber dating abuse and bullying victimization. *Information Technology & People*, 34(1), 360-374. <https://doi.org/10.1108/itp-11-2018-0535>
- Voellmin, A., Winzeler, K., Hug, E., Wilhelm, F. H., Schaefer, V., Gaab, J., y Bader, K. (2015). Blunted endocrine and cardiovascular reactivity in young healthy women reporting a history of childhood adversity. *Psychoneuroendocrinology*, 51, 58-67. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.09.008>
- Vyas, N., Wimberly, C. E., Beaman, M. M., Kaplan, S. J., Rasmussen, L. J. H., Wertz, J., Gifford, E. J., y Walsh, K. M. (2023). Systematic review and meta-analysis of the effect of adverse childhood experiences (ACEs) on brain-derived neurotrophic factor (BDNF) levels. *Psychoneuroendocrinology*, 151, 106071. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2023.106071>

- Wallin, P. (1949). Volunteer subjects as a source of sampling bias. *American Journal of Sociology*, 54(6), 539-544.
- Wang, P., Kelifa, M. O., Yu, B., y Yang, Y. (2021). Classes of childhood adversities and their associations to the mental health of college undergraduates: a nationwide cross-sectional study. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 26, 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12199-021-00993-7>
- Weller, B. E., Bowen, N. K., y Faubert, S. J. (2020). Latent Class Analysis: a guide to best practice. *Journal of Black Psychology*, 46(4), 287-311. <https://doi.org/10.1177/0095798420930932>
- Wen, F. K., Miller-Cribbs, J. E., Coon, K. A., Jelley, M. J., y Foulks-Rodriguez, K. A. (2017). A simulation and video-based training program to address adverse childhood experiences. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 52(3), 255-264. <https://doi.org/10.1177/0091217417730289>
- Wiehn, J., Hornberg, C., y Fischer, F. (2018). How adverse childhood experiences relate to single and multiple health risk behaviours in German public university students: a cross-sectional analysis. *BMC Public Health*, 18, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5926-3>
- Windle, M., Haardörfer, R., Getachew, B., Shah, J., Payne, J., Pillai, D., y Berg, C. J. (2018). A multivariate analysis of adverse childhood experiences and health behaviors and outcomes among college students. *Journal of American College Health*, 66(4), 246-251. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1431892>
- Wiss, D. A., y Brewerton, T. D. (2020). Adverse childhood experiences and adult obesity: a systematic review of plausible mechanisms and meta-analysis of cross-sectional studies. *Physiology & Behavior*, 223, 112964. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2020.112964>
- Witt, A., Sachser, C., Plener, P. L., Brähler, E., y Fegert, J. M. (2019). The prevalence and consequences of adverse childhood experiences in the German population. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(38), 635. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0635>

- Wong, K. E., Wade, T. J., Moore, J., Marcellus, A., Molnar, D. S., O'Leary, D. D., y MacNeil, A. J. (2022). Examining the relationships between adverse childhood experiences (ACEs), cortisol, and inflammation among young adults. *Brain, Behavior, & Immunity-Health*, 25, 100516.
<https://doi.org/10.1016/j.bbih.2022.100516>
- World Health Organization [WHO]. (1999). *Report of the consultation on child abuse prevention, 29-31 March 1999*. WHO, Geneva. World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2012). *Adverse childhood experiences international questionnaire (ACE-IQ)– rationale for ACE-IQ*. WHO, Geneva.
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/child-maltreatment/ace-iq-introductory-materials.pdf?sfvrsn=c3e59eb3_2
- World Health Organization [WHO]. (2016). *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)*.
[https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-iq\)](https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq))
- World Health Organization [WHO]. (2018). Adverse Childhood Experiences International Questionnaire. En *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)* [[https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-iq\)](https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq))]. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- World Medical Assembly. (2008). *Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects*. Adopted by the 59th WMA General Assambly. Seoul: Republic of Korea. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Yehuda, R., y Seckl, J. (2011). Minireview: stress-related psychiatric disorders with low cortisol levels: a metabolic hypothesis. *Endocrinology*, 152(12), 4496-4503.
<https://doi.org/10.1210/en.2011-1218>

Yu, Z., Wang, L., Chen, W., Perrin, N., y Gross, D. (2021). Childhood adversity and mental health among Chinese young adults: The protective role of resilience. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4793-4804.
<https://doi.org/10.1111/jan.15070>

Yubero, S., de las Heras, M., Navarro, R., y Larrañaga, E. (2021). Relations among chronic bullying victimization, subjective well-being and resilience in university students: a preliminary study. *Current Psychology*, 42 (2), 855–866.
<https://doi.org/10.1007/s12144-021-01489-x>

ANEXOS

Anexo I. Preguntas originales del primer estudio realizado con el instrumento ACE-Q por Felitti et al. (1998) en su idioma original.

<p>Abuse by category</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Psychological <ul style="list-style-type: none"> • (<i>Did a parent or other adult in the household ...</i>) <ul style="list-style-type: none"> • Often or very often swear at, insult, or put you down? • Often or very often act in a way that made you afraid that you would be physically hurt? • Physical <ul style="list-style-type: none"> • (<i>Did a parent or other adult in the household ...</i>) <ul style="list-style-type: none"> • Often or very often push, grab, shove, or slap you? • Often or very often hit you so hard that you had marks or were injured? • Sexual <ul style="list-style-type: none"> • (<i>Did an adult or person at least 5 years older ever ...</i>) <ul style="list-style-type: none"> • Touch or fondle you in a sexual way? • Have you touch their body in a sexual way? • Attempt oral, anal, or vaginal intercourse with you? • Actually have oral, anal, or vaginal intercourse with you?
<p>Household dysfunction by category</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Substance abuse <ul style="list-style-type: none"> • Live with anyone who was a problem drinker or alcoholic? • Live with anyone who used street drugs? • Mental illness <ul style="list-style-type: none"> • Was a household member depressed or mentally ill? • Did a household member attempt suicide? • Mother treated violently <ul style="list-style-type: none"> • <i>Was your mother (or stepmother)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Sometimes, often, or very often pushed, grabbed, slapped, or had something thrown at her? • Sometimes, often, or very often kicked, bitten, hit with a fist, or hit with something hard? • Ever repeatedly hit over at least a few minutes? • Ever threatened with, or hurt by, a knife or gun? • Criminal behavior in household <ul style="list-style-type: none"> • Did a household member go to prison

Anexo II. Hoja de información para la persona participante de los grupos de discusión del estudio piloto.



FULL D'INFORMACIÓ AL PARTICIPANT

Responsables de l'estudi. L'estudi per al qual sol·licitem el seu consentiment està dirigit pel Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent de la Universitat de Barcelona.

Per a resoldre qualsevol dubte relacionat amb aquest pot adreçar-se a:

Marina Bartolomé

Telf. [REDACTED]

E-mail: [REDACTED]

Descripció. Se sol·licita la seva col·laboració en un estudi sobre la victimització amb persones amb trastorn mental, subvencionat per l'Ajuntament de Barcelona. La seva col·laboració consistirà en contestar les preguntes d'un qüestionari que se li realitzaran en format d'entrevista. Les dades que faciliti seran tractades estadísticament conjuntament amb les dades proporcionades per la resta de participants.

Temps necessari. La participació al grup de discussió durarà màxima de 75 minuts.

Riscos i beneficis. No es preveu cap risc associat a la participació en aquest estudi. El benefici principal serà l'accés a orientació davant qualsevol dubte o pregunta que pugui sorgir respecte al tema de discussió durant o posteriorment a la seva col·laboració.

Participació voluntària. La participació en l'estudi és totalment voluntària i el participant té la possibilitat de retirar-se'n en qualsevol moment. La negativa a participar o l'abandonament de l'estudi no tindran cap mena de repercussió. D'igual forma, a criteri de l'investigador, pot ser retirat de l'estudi per alguna de les següents raons: (a) si no compleix amb els requeriments mínims de l'estudi, (b) si per qualsevol motiu s'interromp l'estudi.

Confidencialitat. D'acord amb la Llei 41/2002, de 14 de novembre, es preservarà en tot moment la confidencialitat de les dades obtingudes. La informació proporcionada pel participant es protegirà amb els mitjans disponibles a la Universitat de Barcelona. Els resultats globals d'aquest estudi poden arribar a publicar-se de forma agregada en llibres o revistes especialitzades o poden usar-se amb finalitats didàctiques, sempre mantenint l'anonimat d'aquestes.

Anonimat. Tota la informació rebuda es anònima i mai no es comprometrà la identitat del/la participant.

Així mateix, el participant coneix i accepta que s'enregistri la seva veu, així com que aquest material en format àudio sigui destruït una vegada s'hagin realitzat les transcripcions pertinents.

Agraïm sincerament la seva participació.

Anexo III. Consentimiento Informado por escrito para participantes del estudio piloto y del Estudio I.



**DOCUMENT DE
CONSENTIMENT INFORMAT**

El present document certifica que entén els objectius de l'estudi i accepta voluntàriament participar en aquesta investigació.

Jo declaro que:

- ◆ He rebut i entès amb claredat la informació sobre la naturalesa i objectius d'aquest estudi.
- ◆ He tingut l'oportunitat d'ampliar la informació i **SÍ** **NO** autoritzo la seva realització.
- ◆ També sé que tinc la possibilitat de retractar-me d'aquesta autorització en qualsevol moment.

SIGNATURA:

Barcelona, a d de

Anexo IV. Hoja de datos personales para participantes de los grupos de discusión del estudio piloto.



FULL DE DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES DEL/LA PARTICIPANT

Edat:

Sexe:

Nacionalitat:

Treballa en contacte amb persones amb trastorn mental?: Sí No

En cas que treballi amb infants, si us plau ompli:

Institució en la que treballa:

Ocupació/càrrec:.....

Quant temps fa que treballa en contacte amb persones amb trastorn mental o dins d'aquest mateix àmbit?

Anexo V. Hoja de información para las entidades participantes en el Estudio I.



Benvolgut/da,



a petició del Consell Rector de l'Institut Municipal de Persones amb Discapacitat s'ha iniciat una investigació sobre les experiències vitals i de victimització amb persones que tenen trastorn mental.

Aquest estudi està coordinat pel Grup de Recerca en Victimització Infantil i Adolescent (GREVIA) de la Universitat de Barcelona, amb l'objectiu de redactar un informe que doni veu a persones diagnosticades amb un trastorn mental greu. L'objectiu principal de l'informe és conèixer la realitat que viuen les persones amb trastorn mental per tal de millorar la resposta que es dona des de l'àmbit públic, així com conèixer les mancances que poden tenir les respostes que es donen actualment.

Per aquest motiu, us demanem que feu difusió de l'estudi des de les vostres pròpies entitats.

Com bé sabeu, és comprensiblement difícil comptar amb voluntaris que vulguin participar en un estudi que toca temes que, per la seva naturalesa, són difícils d'abordar.

No obstant, creiem que només des de la investigació serem capaços de conèixer i, en conseqüència, donar resposta a les problemàtiques que les persones amb trastorn mental viuen i poden haver viscut al llarg de la seva vida.

Busquem a persones residents a Barcelona amb trastorn mental diagnosticat que vulguin fer una entrevista individual sobre experiències de victimització viscudes tant durant la infància com durant la vida adulta. Les entrevistes individuals són totalment confidencials i tenen una durada de màxim 1 hora i 15mn.

Els principals objectius de l'estudi són conèixer la prevalença d'experiències de victimització en adults amb discapacitat física i de la salut mental a Barcelona, identificar els casos de polivictimització i analitzar el percentatge de victimització en funció de variables de la persona i el seu entorn. Per aquesta raó, el qüestionari de victimització en adults que fem servir consta de tres seccions en les quals es fan diverses preguntes sobre el seu estil de vida i les seves experiències personals. A la secció 1 preguntem per la informació personal del participant, com la seva edat, el lloc de residència o la seva estructura familiar. A la secció 2 fem preguntes sobre el seu estil de vida, com els seus hàbits, possibles drogodependències i episodis vitals (com relacions sexuals o avorts). A la secció 3, la secció principal de l'estudi, preguntem sobre qüestions relacionades amb la victimització del participant. En aquesta última secció les preguntes estan relacionades amb experiències susceptibles de ser danoses (com conviure amb un familiar amb problemes), delictes comuns (com atracaments o amenaces), victimització per iguals (com haver patit violència física), victimització per cuidadors, victimització sexual (com haver patit abusos sexuals), victimització indirecta (com haver estat testimoni d'actes de violència) i victimització electrònica.

Si bé durant l'entrevista fem preguntes que poden generar emocions intenses, els estudis que hem fet fins ara demostren que el dany que poden provocar aquest tipus de preguntes és transitori i que, per contra, en la majoria de casos els participants es senten alleugerats i satisfets per haver pogut compartir aquestes parts de les seves vides que d'altra forma mai haguessin pogut parlar.

Agraïm la seva col·laboració i els facilitem el contacte de la persona encarregada de coordinar les entrevistes:

Marina Bartolomé Valenzuela
participacio.recerca@gmail.com

Anexo VI. Compromiso de confidencialidad y explotación de trabajos para los estudiantes voluntarios que participaron en la investigación realizando entrevistas.



LA VICTIMITZACIÓ I LA POLIVICTIMITZACIÓ EN PERSONES AMB DISCAPACITAT FÍSICA I DE LA SALUT MENTAL

Facultat de Psicologia
Departament de Psicologia Clínica i Psicobiologia
Passeig de la Vall d'Hebron, 171
08035 Barcelona

COMPROMÍS DE CONFIDENCIALITAT I D'EXPLOTACIÓ DE TREBALLS

Amb el present document, en /na amb DNI....., col·laborador/a voluntari en la recerca "La victimització i la polivictimització en persones amb discapacitat física i de la salut mental",

EM COMPROMETO A:

1. Respectar la confidencialitat de totes les dades que per qualsevol medi (escrit, filmat, presencial, etc.) arribin al meu coneixement durant la realització d'aquesta col·laboració al centre(nom de la institució), no desvelant ni reproduint de cap manera cap d'aquestes dades fora del propi centre o de les entrevistes amb els responsables de la recerca. Assumixo que les dades anteriorment esmentades poden referir-se tant a pacients, usuaris com familiars de qualsevol d'ells i, igualment, inclouen qualsevol fet observat per mi o narrat pel personal del centre i que es refereixen a aquest personal. Especialment, queden incloses les dades de caràcter personal contingudes en fitxer automatitzats o no de la institució, en els termes previstos a la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal.
2. No fer ús o explotació de la feina realitzada en el centre o de les dades recollides més enllà de les tasques pròpies del projecte de recerca. Assumixo que qualsevol altra possible ús del treball realitzat com a voluntari haurà de ser expressament autoritzat pel centre.....(nom de la institució) i pels responsables de la recerca.
3. Comportar-me al llarg de la meua col·laboració i en relació amb el personal del centre.....(nom de la institució) d'acord amb els principis establerts pel Codi Deontològic del Psicòleg del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.

Com a prova de la responsabilitat que assumixo, signo el present document en presència d'un representant de l'equip de l'esmentada recerca.

Barcelona,de.....de 2018

Signatura de col·laborador voluntari

Anexo VII. Hoja de información sobre la investigación para los Jefes de Estudio de los diferentes grados de la universidad para realizar los Estudios II y III.



EXPERIÈNCIES ADVERSES DURANT EL CICLE VITAL: CONSEQÜÈNCIES DE LA VICTIMITZACIÓ EN LA SALUT FÍSICA Y PSICOSOCIAL DE JOVES CATALANS
Grup d'Investigació d'Estudis Criminològics de l'Observatori de l'Estudiant

Responsables de l'estudi: Dra. Noemí Pereda Beltran (IP), Jaume Hombrado, Jessica Oyarzún, Sara Pérez-Hernando i Dra. Anna Segura.

Descripció: Es sol·licita la seva col·laboració per dur a terme la recerca titulada *“Experiències adverses a lo largo del ciclo vital: Consecuencias de la victimización en la salud física y psicosocial de jóvenes catalanes”*, que té com a objectiu conèixer la prevalença de les experiències adverses i de victimització viscudes al llarg de la infància, adolescència i etapa adulta entre els estudiants de diverses titulacions de la Universitat de Barcelona. D'aquesta manera, s'avaluaran experiències de victimització interpersonal i disfuncions familiars, problemes de salut física i psicosocial i comportaments de risc analitzant la relació entre aquestes experiències i les determinades problemàtiques, identificant els perfils de risc.

Interès de la recerca: Examinar l'abast de les experiències de victimització entre infants, adolescents i adults joves continua sent una necessitat imperiosa al nostre país, donat que fins al moment no s'ha realitzat cap recerca que analitzi aquests fenòmens, amb aquesta metodologia, instruments i l'aval de l'Organització Mundial de la Salut (OMS). Realitzar una recerca d'aquestes característiques permetrà desenvolupar comparacions interculturals significatives respecte a la prevalença de la victimització i les conseqüències derivades, la qual cosa és considerada per l'OMS (2009) d'especial utilitat per a la posterior planificació de polítiques i programes preventius.

Altrament, és indispensable identificar aquells casos que experimenten polivictimització (múltiples experiències de victimització al llarg de la infància i adolescència), i/o revictimització (o noves experiències de victimització a l'etapa adulta), per tal de conèixer la relació entre l'acumulació d'experiències de victimització i el desenvolupament de problemàtica física i psicosocial. Així doncs, la present recerca aportarà nous coneixements sobre la relació d'aquests dos fenòmens, i permetrà dissenyar programes de prevenció i atenció més ajustats i centrats a les necessitats i característiques de les víctimes, i/o a uns perfils de risc determinats.

Metodologia: La mostra estarà formada per estudiants de tots els cursos de la Universitat de Barcelona. El nombre de participants es situarà entorn els 1.500 (amb un marge d'error del 2,5), el que suposa una quantitat representativa dels estudiants de cada titulació, d'acord als estudiants matriculats durant el curs acadèmic 2016/17.

Per recollir la informació pertinent, s'ha creat un protocol basat en l'instrument *Adverse Childhood Experiences (ACE)*. Així mateix, s'han incorporat altres ítems amb la finalitat d'avaluar les experiències adverses sofertes al llarg de la vida de forma completa i comprensiva. Concretament, els ítems afegits provenen de tres instruments de referència en l'àmbit de la victimització: el *Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ)*, el *Cuestionario de Victimización Juvenil a través de Internet y/o el Teléfono Móvil* i el *Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ)*.

L'instrument d'avaluació s'estructura en els següents apartats:

- Secció I: Informació personal general
- Secció II: Preguntes sobre estil de vida
- Secció III: Preguntes sobre salut
- Secció IV: Experiències en la infància (abans dels 18 anys)
- Secció V: Experiències en etapa adulta (a partir dels 18 anys)

Temps necessari: L'enquesta ha estat digitalitzada per aplicar-la online mitjançant el programa Lime survey. L'enquesta es realitzarà telemàticament, però amb reforç de paper i presencial a l'aula. És convenient assistir a les aules per tal d'informar els estudiants que han estat escollits i passar-los un primer paper de l'enquesta. En aquesta sessió s'explicarà el funcionament de l'enquesta, ja que serà autoadministrada per ordinador. Per assegurar una elevada taxa de resposta fem servir un mètode pel qual parlem cara a cara amb els estudiants i els donem un paper on introdueixen quatre dades sociodemogràfiques i l'enllaç per respondre l'enquesta per internet (enllaç disponible a l'espai web de l'Observatori de l'Estudiant) amb un codi QR adjunt. Calculem que la interrupció de la classe és de 15 minuts.

Permís i confidencialitat: Prèviament, l'equip ha obtingut el permís de l'OMS per tal de traduir i adaptar l'instrument ACE al context sociocultural i jurídic espanyol. Així mateix, es compta també amb el vistiplau de l'OMS per tal d'aplicar l'instrument per primera vegada a Espanya. Seguidament, una vegada exposada la recerca al Vicerectorat d'Estudiants i Política Lingüística de la Universitat de Barcelona, s'han obtingut el suport i permisos necessaris per dur a terme l'aplicació de l'instrument als estudiants de grau de la mateixa universitat. L'obtenció de l'aprovació per part del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de la Universitat de Barcelona (IRB00003099) es portarà a terme en les properes setmanes.

Per últim, d'acord amb la Llei 41/2002, de 14 de novembre, es preservarà en tot moment la confidencialitat de les dades obtingudes. La informació proporcionada es protegirà amb els mitjans disponibles a la Universitat de Barcelona. Els resultats globals d'aquest estudi poden arribar a publicar-se de forma agregada en llibres o revistes especialitzades o poden usar-se amb finalitats didàctiques.

Participació voluntària: La participació en l'estudi és totalment anònima i voluntària, i el participant té la possibilitat de retirar-se'n en qualsevol moment.

Per qualsevol dubte relacionat amb la recerca pot adreçar-se a:

Email: npereda@ub.edu
Telf.: 933125113
Universitat de Barcelona
(Passeig de la Vall d'Hebron, 171, 08035 Barcelona)

Anexo VIII. Consentimiento Informado por escrito para participantes de los Estudios II y III.



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Grupo de Investigación en Estudios Criminológicos (GIEC)
crg.observaestudiant@ub.edu

Estudio ACE (Universitat de Barcelona)

Introducción

Información para el participante:

El propósito de este cuestionario es identificar las experiencias vitales importantes que pueden afectar al bienestar físico, emocional y/o la calidad de vida de la población. Los acontecimientos que se te presentarán a continuación son más comunes de lo que muchas personas se imaginan. Se han realizado estudios similares en Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido, y este es el primero que se lleva a cabo en España ni en Catalunya.

Por favor, lee cada pregunta detenidamente y marca las respuestas que mejor describan tu experiencia. La información aportada en este cuestionario es totalmente **confidencial y anónima**. Si tienes cualquier duda, por favor, consulta a los investigadores. Agradecemos tu sincera participación.

¿Estás de acuerdo en participar en este estudio?

Sí No