



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

RELACIÓN ENTRE ABUSO Y NEGLIGENCIA
INFANTIL Y ESQUIZOTIPIA EN UNA MUESTRA
MEXICANA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
ANDREA GUADALUPE CÁRDENAS CRUZ

DIRECTORA:
DRA. MARÍA DE LOURDES NIETO GARCÍA

REVISORA:
DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ

SINODALES:
DRA. TECELLI DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ
DRA. CLAUDIA RAFFUL LOERA
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

RELACIÓN ENTRE ABUSO Y NEGLIGENCIA
INFANTIL Y ESQUIZOTIPIA EN UNA MUESTRA
MEXICANA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:
ANDREA GUADALUPE CÁRDENAS CRUZ

DIRECTORA:
DRA. MARÍA DE LOURDES NIETO GARCÍA

REVISORA:
DRA. BLANCA ELENA MANCILLA GÓMEZ

SINODALES:
DRA. TECELLI DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ
DRA. CLAUDIA RAFFUL LOERA
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., 2023

Esta tesis pudo realizarse gracias al apoyo del proyecto financiado por CONACyT, clave 3205

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser mi segunda casa desde que ingresé a la Escuela Nacional Preparatoria Plantel 2 “Erasmus Castellanos Quinto” y posteriormente a la Facultad de Psicología. Gracias por haberme dado la oportunidad de realizar esta tesis y brindarme mucho más que formación académica, porque los recuerdos y aprendizajes que construí en sus instalaciones formarán parte de mí para siempre.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por el apoyo número A1-S-21384 otorgado al proyecto, el cual fue de gran ayuda para la realización de este trabajo.

A la Dra. Lourdes quien me ha guiado con infinita paciencia desde el primer momento y me ha apoyado también en lo personal. Muchas gracias por resolver mis dudas, compartir pláticas conmigo y por los cuidados que he recibido, por preocuparse por mí, brindarme sus consejos y regalarme su tiempo. Realmente no imagina lo mucho que aprecio todo lo que ha hecho por mí. Desde lo más profundo de mi corazón, gracias.

A la Dra. Claudia por creer en mi capacidad, ser parte de mi formación desde las aulas y ayudarme también en diferentes momentos a lo largo de este proyecto de titulación. De verdad le agradezco mucho su apoyo y enseñanzas.

A la Dra. Tecelli, la Dra. Mariana y la Dra. Blanca, por ayudarme a considerar diferentes perspectivas y mejorar este trabajo. Muchas gracias por sus valiosas aportaciones y por todas las atenciones recibidas.

A todas las profesoras y profesores que a lo largo de la licenciatura me compartieron un poco de sus conocimientos y experiencias, gracias por ayudarme a crecer como psicóloga y como persona.

A mi mamá y papá, por apoyarme en todo lo que han podido, por lo mucho que han trabajado para permitirme estar acá y por cuidarme de diferentes maneras. Felicidades por lo que este logro también representa en sus vidas.

A mi hermano, por las risas que nunca me faltan y la luz que le da a mis días. Gracias por la consideración en momentos en lo que ni yo sé estar, la confianza y las palabras que siempre son las correctas.

A Missito, por llegar en el momento indicado y acompañarnos durante la pandemia. Por desvelarse y levantarse temprano conmigo, por jugar y hacerme reír. Porque desde que llegó a nuestras vidas ha sido fuente de estructura y motivación, gracias por ser siempre el empujoncito que necesito.

A mis amigas, por escucharme, apoyarme y consolarme a lo largo de los años, por todos los momentos felices que hemos podido compartir. Sin lugar a duda, la vida sin ustedes no sería tan divertida, tan bonita, tan cálida.

Al universo, por ponerme cerquita de personas tan maravillosas, presentarme oportunidades extraordinarias y ayudarme a seguir construyendo lo que soy.

Finalmente, a mí. Porque a pesar de las dudas y las dificultades del camino, he sabido encontrar consuelo, apoyo y motivación para seguir esforzándome por lo que considero importante en vínculos, recuerdos, canciones y pasatiempos. Felicidades, Andy, trabajaste duro.

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1. MALTRATO INFANTIL.....	5
1.1 Antecedentes sobre el maltrato infantil	5
1.2 Conceptualización de abuso físico, sexual, emocional y negligencia infantil .	8
1.2.1 Abuso físico.....	9
1.2.2 Abuso sexual.....	9
1.2.3 Abuso emocional.....	10
1.2.4 Negligencia.....	10
1.3 Epidemiología.....	11
1.4 Factores de riesgo del abuso o negligencia durante la infancia	17
CAPÍTULO 2. IMPACTO DE LAS EXPERIENCIAS DE ABUSO O NEGLIGENCIA INFANTIL EN LA SALUD MENTAL A LO LARGO DE LA VIDA.....	21
2.1 Impacto en la salud mental de las y los infantes	21
2.2 Impacto en la salud mental en la adultez	23
2.3 Hipótesis explicativas del impacto de las experiencias infantiles de abuso o negligencia en la salud mental adulta	27
2.3.1 Alteraciones neurobiológicas.....	27
2.2.2 Estilos de apego.....	29
2.2.3 Regulación emocional y estrategias de afrontamiento	30

2.3 Factores de protección asociados con el impacto de las experiencias de abuso o negligencia durante la infancia	32
CAPÍTULO 3. ESQUIZOTIPIA	36
3.1 Definición y características generales.....	36
3.2 Epidemiología.....	40
3.3 Relación entre las experiencias de abuso o negligencia durante la infancia y esquizotipia	41
CAPÍTULO 4. MÉTODO.....	45
4.1 Planteamiento del problema	45
4.2 Justificación.....	46
4.3 Pregunta de investigación	48
4.4 Objetivos	48
4.4.1 Objetivo general.....	48
4.4.2 Objetivos específicos.....	48
4.5 Hipótesis.....	48
4.6 Definición de variables.....	49
4.6.1 Experiencias de abuso y negligencia en la infancia.....	49
4.6.2 Esquizotipia	49
4.7 Tipo de estudio	50
4.8 Participantes.....	50
4.9 Instrumentos.....	50

4.10 Consideraciones éticas.....	52
4.11 Procedimiento.....	53
4.12 Diseño estadístico	54
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	55
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN.....	60
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES.....	71
REFERENCIAS	74

RESUMEN

El maltrato infantil es un problema de salud pública generalizado a nivel mundial que puede impactar negativamente sobre la salud mental de las personas a lo largo de su vida. Algunos estudios científicos han demostrado que estas experiencias pueden ser factores de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental en la adultez. La esquizotipia es un constructo multidimensional que denota vulnerabilidad para desarrollar psicosis y se ha asociado con experiencias de maltrato infantil. Existen muy pocos estudios en México que hayan explorado estas variables, por ello, el objetivo de la presente tesis fue analizar la asociación entre las experiencias de abuso y negligencia infantil y esquizotipia en una muestra adulta joven de la población general mexicana. La muestra se compuso por 769 personas, con un promedio de edad de 29.52 años y desviación estándar de 8.19, que contestaron una encuesta en línea que incluía el Cuestionario de Trauma Infantil en su versión corta (CTQ-SF) y la Escala Breve Multidimensional de Esquizotipia (MSS-B). Todos los tipos de abuso y negligencia infantil evaluadas se asociaron positivamente con las dimensiones positiva, negativa y desorganizada de esquizotipia. Los hallazgos encontrados en este estudio contribuyen a ampliar el campo de conocimiento sobre el papel de las experiencias de abuso y negligencia infantil en los rasgos de esquizotipia en la población mexicana, el cual permite desarrollar la base teórica para el diseño e implementación de estrategias de intervención preventivas. Ejemplo de estas estrategias son psicoeducar para promover la crianza respetuosa sin violencia, diseño de intervenciones para minimizar las consecuencias adversas que pueden derivar de la experiencia de maltrato infantil en personas adultas y desarrollar estrategias de detección temprana con el fin de evitar o reducir los efectos desfavorables en salud mental de las personas con altos niveles de esquizotipia.

Palabras clave: Trauma infantil, maltrato infantil, abuso, negligencia, esquizotipia.

INTRODUCCIÓN

La violencia es un importante problema de salud pública que cobra la vida de un gran número de personas y que afecta principalmente a mujeres, niños, niñas y adolescentes. Las repercusiones negativas de la violencia no sólo se perciben en el momento en el que ésta se ejerce, sino también a lo largo de toda la vida de las y los supervivientes, reflejándose en su salud y bienestar y el de sus familias (Runyan *et al.*, 2003; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

La OMS (2020a) señala que el maltrato infantil se refiere a todos los tipos de abusos y desatención dirigidas hacia menores de 18 años que causen o tengan el potencial de causar daños en su salud, desarrollo o dignidad, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. Los cuatro tipos de maltrato infantil mayormente reportados son el abuso físico, sexual y emocional y la negligencia, esta última también puede ser dividida en negligencia física, médica, emocional y educativa (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2021).

Las experiencias de abuso y negligencia durante la infancia pueden impactar negativamente en la salud física y mental de las personas que lo vivieron tanto a corto como a largo plazo (Norman *et al.*, 2012). En cuanto a las consecuencias físicas, según datos de la Encuesta Mundial de Salud Mental, en donde se incluyen datos de México, experiencias adversas en la infancia, como lo son el abuso y negligencia, se asocian con mayor riesgo de presentar enfermedades cardíacas, asma, diabetes, artritis y dolor de espalda crónico (Scott *et al.*, 2011). Asimismo, la relación entre las dificultades en el funcionamiento familiar, el cual comprende factores como abuso físico y sexual, y negligencia en la infancia, es el predictor más fuerte de entre otras vivencias infantiles adversas para el desarrollo de diferentes trastornos mentales (Kessler *et al.*, 2010).

En específico, existe evidencia de que las personas que tienen historial de abuso o negligencia infantil tienden a tener autoestima y autoimagen negativas, ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, trastorno por consumo de alcohol, Trastorno de Estrés Posttraumático [TEPT], trastorno de pánico, dificultades para establecer y mantener relaciones seguras, saludables y amorosas, así como incremento de la conducta suicida (Norman *et al.*, 2012).

Además, la vivencia de abuso o negligencia en la infancia se ha asociado con la esquizotipia. La esquizotipia es un constructo multidimensional que comprende un amplio conjunto de alteraciones consideradas marcadores de riesgo para desarrollar una psicopatología del espectro de la esquizofrenia (Lenzenweger, 2018; Kwapil & Barrantes-Vidal, 2015; Velikonja, *et al.*, 2015) y en muchos casos, también se observa un déficit en el funcionamiento psicosocial (Zyla & Lenzenweger, 2022).

Sin embargo, la mayoría de los estudios que se han realizado para investigar la relación del abuso y negligencia en la infancia y esquizotipia provienen de países occidentales de ingresos altos, por lo que entender el fundamento social de los hallazgos encontrados en contextos distintos se vuelve difícil y repercute a su vez en la capacidad de cada país para desarrollar intervenciones adecuadas a sus necesidades (Henrich *et al.*, 2010; Lang *et al.*, 2020; Fonseca-Pedrero *et al.*, 2021).

Por lo anterior, es de suma importancia realizar investigaciones con estas temáticas en países como México, en donde el abuso y negligencia infantil son normalizados y se encuentran subregistrados, como en el caso del uso de castigo físico o de la intimidación verbal como las formas más comunes de educación (INSP & UNICEF, 2017). En consecuencia, el propósito de esta tesis fue analizar la asociación entre las experiencias de abuso y negligencia en la infancia y esquizotipia en una muestra adulta joven de la población general mexicana.

Este documento cuenta con siete capítulos. En el primero se tratan los antecedentes, definiciones, epidemiología y factores de riesgo del abuso y negligencia durante la infancia. En el segundo capítulo se mencionan las consecuencias del abuso o negligencia infantil sobre la salud física y mental en la infancia y en la adultez, así como algunas hipótesis explicativas de esta asociación. El capítulo tercero se centra en la esquizotipia, sus antecedentes históricos, definición, epidemiología y relación con las experiencias de abuso y negligencia durante la infancia. En el capítulo cuatro se describe la metodología de la tesis y finalmente, en los capítulos cinco, seis y siete se presentan los resultados, discusión y conclusiones respectivamente.

CAPÍTULO 1. MALTRATO INFANTIL

1.1 Antecedentes sobre el maltrato infantil

Dada la información proveniente de la literatura, el arte y la ciencia de diversas partes del mundo, es posible afirmar que la violencia contra los niños, niñas y adolescentes ha estado siempre presente en las sociedades a lo largo de la historia de la humanidad. En las civilizaciones antiguas abundan los datos acerca de infanticidios, mutilaciones y desatenciones, así como otras formas de violencia infantil. Por ejemplo, en la cultura azteca las y los infantes eran ofrecidos en rituales de sacrificio para obtener favores de los dioses o para calmar su ira (Lachica, 2010; Rey-Salmon *et al.*, 2018). En Atenas, las y los neonatos era evaluados para determinar su utilidad posterior, si se decidía que serían fuertes se les dejaba vivir, en cambio, cuando se les veía débiles o con alguna anomalía en el desarrollo se les abandonaba para que fueran alimento de animales salvajes (Lachica, 2010).

Asimismo, en Roma, se proclamaba la omnipotencia del poder del padre sobre todas las decisiones referentes al trato y castigo de las y los niños. Este poder era otorgado mediante la Ley de Patria Protestad, la cual daba al padre derecho absoluto sobre la vida de sus hijos e hijas, por lo que podía venderles como esclavos y esclavas o empeñarles, de modo que nunca se le dio mucha importancia a la muerte de una o un infante (Rea-Granados, 2016). De manera particular, el castigo físico se veía como algo bueno y correcto que se debía hacer por las y los hijos, tal como lo refiere el pasaje de la biblia en donde se señala que quien odia a su hijo evita pegarle, pero quien lo ama, lo disciplina con diligencia (Rey-Salmon *et al.*, 2018). Por su parte, en Egipto, cada año se realizaban ritos en el río Nilo en donde se ahogaba a una niña para asegurar que el río pudiera proveer de agua las tierras durante la fertilización (Lachica, 2010).

En la edad media, con la llegada de las hambrunas y epidemias, una gran cantidad de niñas y niños fueron abandonados y víctimas de infanticidios. Durante esta época las niñas eran

consideradas como bocas innecesarias que alimentar, ya que desde la perspectiva de vida predominantemente militar y agrícola no se les atribuía ningún valor económico ni social (Rea-Granados, 2016). En este periodo temporal las y los niños y adolescentes eran considerados personas adultas en miniatura, razón por la que el sistema penal se aplicaba de forma similar entre las personas de cualquier edad. Ejemplo de esto es que en Inglaterra no es sino hasta el siglo X que se excluyó de la pena de muerte infancias que hubieran delinuido por primera vez y en el siglo XIII se acordó no condenar por robo a menores de 12 años (Blanco, 2006). En Estados Unidos entre siglo XVIII y XIX se consideraba que a partir de los siete años las personas podían hacerse responsables de sus actos delictivos y se evaluaba el nivel de entendimiento de las acciones realizadas, por lo que hubo casos de menores de 12 años sentenciados a pena de muerte (Blanco, 2006).

Asimismo, durante la revolución industrial las y los infantes fueron explotados laboralmente, realizando jornadas de más de 12 horas al día. Sin embargo, los primeros esfuerzos por regular la participación infantil se dieron a inicios del siglo XIX cuando en Reino Unido se aprobaron leyes sobre el trabajo infantil en las fábricas de algodón, en las que se prohibía emplear a menores de nueve años y se establecía la jornada laboral de doce horas como máximo para menores de 16 años (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2019).

En 1860, en Paris, el catedrático de medicina legal Augusto Ambrosio Tardieu describió por primera vez el *síndrome del niño golpeado* (Roche *et al.*, 2005), además de ser el primero en estudiar el abuso sexual de forma exhaustiva en menores de 15 años (Rey-Salmon *et al.*, 2018).

En 1874, en Estados Unidos, llamó la atención pública el caso de Mary Ellen Wilson, una niña que era maltratada por su madre adoptiva y que no podía ser protegida porque no existían leyes que lo permitieran, por lo que ante la severidad del maltrato la menor tuvo que ser defendida a través de la Sociedad para la Prevención de la Crueldad hacia los Animales. Debido a la cobertura mediática de este caso y a la indignación pública resultante se fundó la Sociedad de

Nueva York para la Prevención de la Crueldad contra los Niños, dando lugar al inicio de la concientización del maltrato infantil como un problema, así como al movimiento de protección infantil en los Estados Unidos (Watkins, 1990).

En la década de 1940, el desarrollo de nuevas técnicas radiográficas permitió un cambio decisivo en el reconocimiento del maltrato infantil. Uno de los padres de la radiología pediátrica, John Caffey, reportó seis casos de bebés que presentaban una combinación de lesiones que no habían sido señaladas por sus padres y madres. Posteriormente, Frederic Silverman, en 1953 también informó sobre la presencia de fracturas en niños y niñas que no tenían historial traumático. Fue de esta manera que, gracias a las técnicas de radiología, los tratos abusivos realizados de forma voluntaria por padres, madres y personas cuidadoras contra las y los infantes y adolescentes finalmente comenzaron a ser vistos (Rey-Salmon *et al.*, 2018).

A pesar de que el síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1860, éste comenzó a ser aceptado por la comunidad científica a partir de la década de 1960 gracias a los trabajos de Kempe y colaboradores. En 1961, Henry Kempe mencionó por primera vez el término “Bettered Child Syndrome” y posteriormente en 1962 publicó la descripción completa del cuadro clínico junto con Frederic Silverman y el psiquiatra infantil Brand Steele, en donde señalaron que este síndrome debía ser revisado durante la educación en medicina para que se considerara cada vez que una o un infante presentara no solamente contusiones, fracturas o hematomas subdurales, sino también cuando el tamaño o tipo de la herida no se relacionara con las circunstancias que mencionaban los padres, madres o personas encargadas de su cuidado (Rey-Salmon *et al.*, 2018). Posteriormente este concepto fue ampliado por Vincent Fontana, al señalar que el maltrato también podía ser emocional o por la omisión de actos, por lo que se reemplazó el término “golpeado” por “maltratado” (Santana-Tavira *et al.*, 1998).

En 1989 a través de la Convención de los Derechos del Niño [CDN], los niños, niñas y adolescentes pasaron de ser considerados como personas a las que se les debía proteger, a ser

titulares de derechos. La CDN fue ratificada por México en 1990, por lo que se reformó el artículo cuatro de la Constitución Política en donde se reconoció que las y los menores de 18 años eran sujetos de derechos (Ortega, 2015; Rey-Salmon *et al.*, 2018).

En 1999, el maltrato infantil fue reconocido por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud pública debido a las graves consecuencias a nivel físico, psicológico y económico que podía ocasionar no sólo para las y los individuos que lo experimentaban, sino también para sus familias y la sociedad misma (McMenemy, 1999).

En 2014, en México, se decretó la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, la cual pretende garantizar el pleno ejercicio, respeto, protección y promoción de los derechos humanos de los que gozan las y los menores de edad, además de que estableció la creación del Sistema Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (Loredo-Abdalá *et al.*, 2019).

1.2 Conceptualización de abuso físico, sexual, emocional y negligencia infantil

Como se ha visto, la violencia contra los niños, niñas y adolescentes es un problema del que se tienen registros desde épocas muy antiguas y que comenzó a ser descrito, concientizado e investigado recientemente.

En cuanto a la definición del problema, ésta varía dependiendo el área de estudio y la cultura, lo que la hace diferir en cuanto a los tipos de actos u omisiones, los espacios en los que se da, quién es la o el agresor y la existencia o no de una intencionalidad (Runyan *et al.*, 2003). No obstante, la OMS (2020a) señala que el maltrato infantil se define como los abusos y la negligencia de que son objeto las y los menores de 18 años, y

abarca todas las formas de malos tratos físicos o emocionales, abuso sexual, descuido o negligencia o explotación comercial o de otro tipo, que originen un daño real o potencial para la salud del infante, su supervivencia, desarrollo o dignidad en el contexto de una

relación de responsabilidad, confianza o poder (World Health Organization [WHO], 1999, p. 15).

1.2.1 Abuso físico

El abuso físico se refiere al uso intencional de la fuerza física contra una persona y que da como resultado o tiene la capacidad de causar daños a la salud, al desarrollo o a la dignidad. En este tipo de abuso se incluyen acciones como golpear, patear, morder, pellizcar, sacudir, estrangular, quemar, asfixiar y envenenar (Hinds & Giardino, 2017). Gran parte de las acciones físicas violentas contra las infancias se infringen con el objetivo de disciplinar, como una forma de educación por medio del castigo físico (Gonzales & Wekerle, 2016; Hinds & Giardino, 2017; Leeb *et al.*, 2008; Norman *et al.*, 2012).

1.2.2 Abuso sexual

El abuso sexual se define como la participación de un niño, niña o adolescente en un amplio rango de comportamientos de índole sexual que él o ella no comprende completamente, es incapaz de dar su consentimiento, o para el cual no se encuentra evolutivamente preparado (Norman *et al.*, 2012). Dentro de las acciones que son catalogadas como abuso sexual infantil se encuentran la exposición de la o el menor de edad a los órganos sexuales de otra persona, la masturbación frente a éste, los tocamientos en genitales, zona anal o pechos, por encima o por debajo de la ropa, ya sea de la persona adulta al o la infante o hacer que éste toque a la o el adulto, el contacto oral-genital, ya sea de la o el adulto al o a la infante o viceversa, el contacto genital sin penetración, como lo son los frotamientos con el objetivo de lograr excitación sexual y eventualmente un orgasmo, así como la penetración vaginal o anal con dedos u otros objetos y el coito (Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia [UNICEF], 2018). Algunos autores también consideran como abuso sexual infantil acciones sin contacto, como lo son la utilización del niño o niña para la obtención de material pornográfico, aunque no haya contacto directo de

la o el adulto con la víctima, y exponer a la o el menor de edad a pornografía (Gonzales & Wekerle, 2016).

1.2.3 Abuso emocional

El abuso emocional se refiere tanto a incidentes aislados, como a un patrón de acciones que trasmite a la niña, niño o adolescente que es inútil, defectuoso, no amado, no deseado o no valorado (Leeb *et al.*, 2008). Entre los actos que son catalogados como abuso emocional se encuentran la restricción de movimientos, denigrar, culpar, amenazar e intimidar, asustar, discriminar, ridiculizar y rechazar (Norman *et al.*, 2012; Rynyan *et al.*, 2003).

Este tipo de maltrato implica el fracaso por parte del padre, madre o persona cuidadora para proporcionar un entorno de apoyo emocional que sea apropiado para el desarrollo de la o el infante. Las necesidades emocionales básicas de la o el menor de edad se ven frustradas, lo cual deriva en una alta probabilidad de tener efectos adversos para la salud mental y el desarrollo físico, espiritual, moral o social (Norman *et al.*, 2012; Rynyan *et al.*, 2003; Zeanah & Humphreys, 2018).

1.2.4 Negligencia

La negligencia infantil es el maltrato dado por parte del padre, madre o persona cuidadora cuando no toma las medidas necesarias para promover el desarrollo y bienestar del niño, niña o adolescentes, aun cuando tiene las condiciones, conocimientos y acceso a servicios para hacerlo. Es decir, la negligencia se da cuando no se cumplen las necesidades de salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, amparo, condiciones de vida seguras básicas del o la menor de edad o una combinación de todas estas (García-Cruz *et al.*, 2019).

La negligencia suele ser dividida en física, emocional, médica y educativa. La negligencia física se refiere a una detención a la nutrición, higiene o refugio, como la privación de alimentos que resulta en hambre y falta de desarrollo físico de la o el infante. Dentro de esta misma

negligencia también se encuentran la falta de toma de precauciones adecuadas para garantizar la seguridad dentro o fuera de casa, por ejemplo, la supervisión inadecuada y la exposición a drogas (Leeb *et al.*, 2008; Rynyan *et al.*, 2003; Zeanah & Humphreys, 2018). La negligencia emocional se da cuando se ignoran las necesidades emocionales del o la menor de edad. Mientras que la negligencia médica se refiere al incumplimiento de las recomendaciones de atención a la salud y no buscar la atención sanitaria apropiada. Finalmente, la negligencia educativa apunta a no brindar acceso a la educación (Leeb *et al.*, 2008; Rynyan *et al.*, 2003).

1.3 Epidemiología

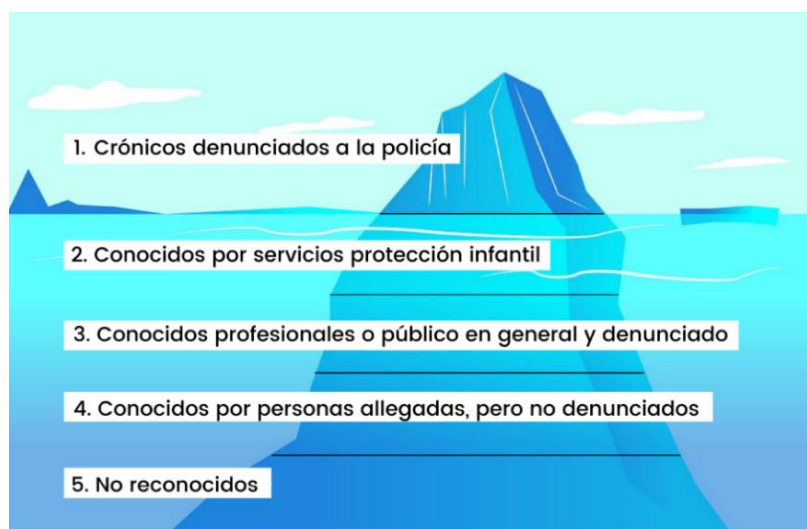
Lo primero que hay que saber en cuanto al número, con el que se cuenta, de personas que han vivido abuso y negligencia infantil es que son estimaciones, es decir, los niños, niñas y adolescentes alrededor del mundo que viven o han vivido algún tipo de abuso o negligencia son muchos más de los que se tiene registro. Estas estimaciones se realizan a partir de la información recabada por medio de tres fuentes: los registros oficiales, como el número de muertes o denuncias efectuadas ante las autoridades, los informes de casos y las encuestas basadas en la población general (Runyan *et al.*, 2003).

La dificultad asociada a los registros oficiales es la diferencia entre las definiciones jurídicas entre países, y que son la base para la recolección de esta información. En consecuencia, en países en donde el sistema jurídico no se encarga de registrar informes sobre los tipos de maltrato infantil, o en donde determinadas conductas no son catalogadas como abuso o negligencia, representan un obstáculo para poder contabilizar la magnitud del problema en el lugar (Stoltenborgh *et al.*, 2014; Runyan *et al.*, 2003). Además, en algunos países, el subregistro de víctimas mortales de abuso y negligencia infantil se da porque no suelen realizarse investigaciones ni estudios *post mortem* al respecto de estas muertes, por lo que llegan a ser catalogadas incorrectamente como caídas, quemaduras, ahogamientos y otras causas, cuando en realidad se trata de homicidios (OMS, 2020a; Runyan *et al.*, 2003).

De acuerdo con Creighton (2002, como se citó en Stoltenborgh *et al.*, 2014) existe un iceberg de cinco niveles en cuanto a la detección de niñas, niños y adolescentes que experimentan abuso y negligencia infantil (Figura 1). En el primer nivel, el más visible, se encuentran los casos de abuso y negligencia crónicos denunciados a la policía. El segundo nivel consta de los casos denunciados a servicios de protección infantil, los cuales han sido evaluados como infancias que requieren protección. En el tercer nivel se encuentran los casos de niños y niñas que son reconocidos por personal de salud, profesores y profesoras o público en general y que son denunciados a los servicios de protección. En el cuarto nivel los casos detectados por personas allegadas a los niños y niñas, tales como familiares, vecinos o vecinas, y que aún no han sido denunciados. Finalmente, en el quinto nivel se encuentran casos de infancias que no han sido reconocidos por nadie y, por lo tanto, no se tiene registro.

Figura 1

Niveles del iceberg de casos de abuso y negligencia



En cuanto al informe de casos por profesionales, estos suelen ser útiles para observar semejanzas entre las experiencias de distintos países, pero no en cuanto a la contribución en el desarrollo de evaluación del posible riesgo o de factores protectores en diferentes contextos

culturales (Runyan *et al.*, 2003). De manera que, la mejor forma de recabar información referente al abuso y negligencia infantil es por medio de encuestas basadas en la población, ya que son elementos que ayudan a determinar la verdadera dimensión del problema (Runyan *et al.*, 2003).

Las encuestas basadas en la población pueden retomar datos de informantes como los padres, madres y personas cuidadoras, o de autoinformes, ya sean de menores de edad que informan de su situación actual o de adultos y adultas que informan de manera retrospectiva sobre su infancia. Las desventajas asociadas a las encuestas realizadas a padres, madres y personas cuidadoras son que la entrevista o la forma en que están redactadas las pregunta puede incitar respuestas socialmente deseables (UNICEF, 2019a).

En cuanto a las mediciones que implican autoinforme también existen desventajas en relación con la confianza que se puede tener en estudios retrospectivos, la cual en ocasiones es incluso considerada como inválida. Sin embargo, Hardt y Rutter (2004) mencionan que la confianza en la memoria aumenta cuando se operacionaliza adecuadamente los conceptos y no solamente se basa en juicios o interpretaciones de los eventos. Por lo que, en general, se recomiendan realizar estudios en los que se empleen tanto autoinformes, como el informe de otras personas, además de emplear una muestra nacional aleatoria para hacer representativos los resultados (Stoltenborgh *et al.*, 2014).

Font y Maguire-Jack (2020) señalan que las mediciones que implican autoinforme en la niñez también pueden conducir a un subregistro de casos. Esto porque, en ocasiones, las y los infantes temen por las consecuencias hacia su padres, madres o personas cuidadoras, o por las represalias que puedan tomar contra ellos y ellas al aceptar haber vivido abuso o negligencia. Así, la comprensión de los conceptos y preguntas que se realizan también constituye una dificultad de los autoinformes, por lo que, si no son entendidos correctamente pueden derivar en casos de los que en ese momento no se tendrá registro.

A pesar de cada una de las ventajas y desventajas mencionadas por cada tipo de fuente de información, según estimaciones de la OMS (WHO, 2020), 8.4% de los homicidios reportados en el 2017 a nivel mundial fueron niñas, niños y adolescentes, lo que significó una tasa global de homicidio de 2.4 por cada 100 mil niños y 1.1 por cada 100 mil niñas. Estas muertes por homicidio en menores de edad varían entre regiones, siendo mucho más altas en América en donde las tasas fueron de 9.3 por cada 100 mil niños y 2.7 por cada 100 mil niñas, y en África, lugar en el que se estimaron en 2.7 por cada 100 mil niños y 1.6 por cada 100 mil niñas. Lo señalado para América y África contrasta con las tasas de Europa y la Región del Pacífico Occidental en donde para los niños fue 0.7 por cada 100 mil en ambas regiones, mientras que para las niñas fue de 0.5 y 0.4 por cada 100 mil, respectivamente (WHO, 2020).

Por otra parte, la información referente al abuso y negligencia no mortal que proviene de encuestas basadas en la población general refiere que cerca de la cuarta parte de las personas adultas en el mundo vivieron abuso físico durante su niñez (OMS, 2020a) como forma de disciplina (UNICEF, 2014). Según datos del Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia (UNICEF, 2017), 6 de cada 10 niños y niñas, es decir, cerca de 1000 millones, de entre 2 y 14 años de edad alrededor del mundo reciben castigos físicos de manera periódica, datos que contrastan con las opiniones mencionadas por padres, madres y personas cuidadoras, en donde solo uno o una de cada cuatro cree que es necesario el castigo físico para criar o educar adecuadamente a las y los infantes.

En concordancia con la información a nivel mundial, en Latinoamérica el tipo de maltrato infantil más común es el abuso físico, especialmente contra las y los más jóvenes, en donde la prevalencia es de 50 - 60% para niños y niñas de 2 a 3 años de edad. No obstante, la prevalencia disminuye conforme la edad aumenta, llegando a ser de 30 - 40% para adolescentes de 14 años (Devries *et al.*, 2019).

En lo que respecta al abuso sexual, un metaanálisis en el que se revisaron 244 estudios realizados en Norteamérica, Suramérica, Asia, Australia, Europa y África señala que el 7.6% de niños y 18% de niñas en el mundo han vivido abuso sexual (Stoltenborgh *et al.*, 2014). Aunado a esta información, la OMS (2020a) refiere que una de cada cinco mujeres y uno de cada trece hombres experimentaron abuso sexual en algún momento de su niñez.

Por otra parte, los datos en cuanto al abuso emocional son sumamente difusos entre los países, esto porque algunas formas no físicas de disciplina pueden no ser tomadas como violentas o nocivas, por lo que comportamientos como maldecir e insultar a las y los niños, así como amenazar con abandonarles o dejarles fuera de casa y echar llave a la puerta pueden ser utilizados como formas frecuentes de educación por parte de padres, madres y personas cuidadoras (Runyan *et al.*, 2003). No obstante, Stoltenborgh y colaboradores (2014) señalan que la tasa estimada de prevalencia de este tipo de maltrato es de 36% a nivel mundial, mientras que según Devries y colaboradores (2019) la prevalencia es de 40 - 55% para América Latina.

Finalmente, la negligencia o descuido es el tipo de maltrato infantil más complicado de estimar puesto que las definiciones varían y las leyes de muchos países no obligan a reportarla (Runyan *et al.*, 2003). Es por esto por lo que los datos aproximados que se tienen provienen de encuestas basadas en población general, en donde se identifica una tasa mundial de prevalencia de 16.3% para negligencia física y 18.4% para negligencia emocional (Stoltenborgh *et al.*, 2014).

En México se cuenta con pocos datos nacionales que proporcionen un panorama del abuso y negligencia infantil. De acuerdo con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud (2006), en el 2003 el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) registró 38 554 denuncias por maltrato infantil, 22 842 comprobadas, de las que la omisión de cuidados, maltrato físico y maltrato emocional fueron los más frecuentes.

Por otra parte, en cuanto al maltrato físico específicamente, en México 4 de cada 10 madres y 2 de cada 10 padres han reportado pegarles a sus hijos e hijas cuando sienten enojo o desesperación (UNICEF, 2019a). Según datos de la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM) 2015 la forma más común en la que se educa a los niños y niñas es por medio de métodos punitivos, como el castigo físico o la intimidación verbal para lograr que las y los infantes lleven a cabo las conductas deseadas (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] & Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia [UNICEF], 2017). Asimismo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018-19 informó que 52.8% de los niños y niñas de entre 0 y 14 años de edad fueron disciplinados por métodos violentos al menos una vez en el mes anterior a la encuesta, 43.8% vivieron agresión psicológica, 32.6% castigo físico y 5.1% castigo físico severo como golpes en la cabeza, las orejas o la cara, con algún objeto duro o con fuerza y repetitivamente (INSP, 2020).

La ENSANUT 2018-19 encontró diferencias por sexo en cuanto a qué tipo de disciplina violenta se había vivido. Señaló que, en general, los niños sufren más castigos físicos y castigos físicos severos en comparación con las niñas, mientras que ellas viven más agresiones psicológicas como gritos, descalificaciones o insultos (INPS, 2020). La ENIM 2015 encontró que las y los infantes de entre 3 y 9 años suelen ser los más afectados por cualquier tipo de método de disciplina violenta (INSP & UNICEF, 2017). Sin embargo, estos datos contrastan con los obtenidos al preguntar si se cree que es necesario el uso del castigo físico para educar a hijos e hijas, en donde sólo 11% de las personas que participaron en la ENSANUT 2018-19 respondieron que sí lo creen necesario. Esta creencia fue más frecuentemente compartida por hombres, con bajo nivel educativo y que viven en hogares más pobres (INSP, 2020).

En cuanto al abuso sexual infantil, según datos de la ENSANUT 2018-19 la prevalencia entre las y los adolescentes encuestados fue de 2.5%, de los que el 76.5% fueron mujeres. Asimismo, se encontraron diferencias en la prevalencia por sexo, en donde las mujeres

reportaron 3.8% mientras que los hombres 1.2% (Valdez-Santiago *et al.*, 2020). Por otra parte, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021 señaló que 12.6% de las mujeres de 15 años y más mencionaron haber vivido abuso sexual en la infancia, de las que 9.5% le tocaron sus partes íntimas o la obligaron a tocar partes íntimas de otra persona, 4.7% intentaron forzarlas para tener relaciones sexuales, 34.0% fueron obligadas a mostrar sus partes íntimas o a mirar las partes íntimas de otra persona, 3.3% fueron obligadas a tener relaciones sexuales bajo amenaza o usando la fuerza y 1.4% la obligaron a ver escenas o actos sexuales o pornográficos (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2022).

Finalmente una aproximación a negligencia física es la proporcionada por la ENSANUT 2018-19 (INSP, 2020) en donde se identificó que 5.7% de las niñas y niños menores de cinco años tuvieron cuidado inadecuado en la semana previa a la entrevista, 3.66% fueron dejados solos o solas en el hogar, mientras que 2.56% al cuidado de otro u otra menor de 10 años en la semana previa a la entrevista.

1.4 Factores de riesgo del abuso o negligencia durante la infancia

El abuso y negligencia infantil suelen ser explicados a partir de modelos ecológicos en el que se incluyen factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad de la o el menor de edad (Runyan *et al.*, 2003). Entre los factores asociados con las características de la o el infante se encuentra el sexo. El abuso sexual es más prevalente en niñas que en pares del sexo contrario, lo que podría estar relacionado con la objetivación de la mujer y su sexualidad que se utiliza para la satisfacción del otro (Magaña *et al.*, 2014). También se ha observado que las niñas corren un mayor riesgo de sufrir descuido en la educación y nutrición (Runyan *et al.*, 2013). A nivel mundial, se calcula que al menos 175 millones de niños y niñas en edad preescolar y 262 millones en edad escolar de primaria y secundaria no tienen acceso a la educación, de quienes 129 millones son niñas (UNICEF, 2019b), lo cual se ha explicado a partir de que en algunos países no se les permite el acceso a la educación o ésta se brinda en casa para que las niñas puedan colaborar

en el cuidado del hogar (Runyan *et al.*, 2003). Por otra parte, se sabe que los niños son más propensos a ser castigados por métodos físicos severos, quizá porque este tipo de castigos es visto como una forma de preparación para las funciones y responsabilidades de la vida adulta en varones (Runyan *et al.*, 2003).

La edad es otro factor de riesgo, ya que se ha visto que los casos de maltrato que resultan en muerte son mayormente de lactantes menores de cuatro años (OMS, 2021). Además de que se sabe que la prevalencia de abuso sexual infantil en contra de las niñas es mayormente de forma intrafamiliar cuando estas tienen entre 7 y 8 años, mientras que para los niños lo es de forma extrafamiliar cuando tienen edades entre 11 y 12 años (Echeborúa & Guerriacheverría, 2021).

Finalmente, las características o necesidades especiales, como el haber nacido de forma prematura o de un embarazo múltiple, con alguna discapacidad, problemas de salud mental, enfermedades crónicas y rasgos físicos anormales pueden llegar a incrementar la carga de cuidado que los padres, madres y otras personas cuidadoras deben cubrir, por lo que pueden aumentar los niveles de estrés parental y provocar un aumento en la vulnerabilidad de las y los infantes a ser experimentar ellos y ellas mismas abuso o negligencia (CDC, 2021; OMS, 2020a; Runyan *et al.*, 2003).

Por otro lado, también existen factores asociados con las características de los padres, madres o personas cuidadoras que vulneran a la o el menor de edad a ser víctima de abuso o negligencia. Runyan y colaboradores (2003) refieren que el sexo es un factor de riesgo ya que, aunque las mujeres son frecuentemente las que emplean el castigo físico como forma de disciplina, los hombres suelen provocar con mayor frecuencia lesiones graves como traumatismos craneoencefálicos potencialmente mortales, fracturas y otras lesiones mortales. Esto se puede explicar a partir de la diferenciación entre la asignación de carga de trabajo doméstico y de cuidados entre hombres y mujeres, en donde culturalmente se les ha asignado

la tarea de cuidar y educar a los hijos e hijas a las madres, quienes frecuentemente pasan más tiempo con las y los infantes y deben disciplinarles (Izquierdo, 2018; Ulloa & Navarro, 2011). En cuanto al abuso sexual, los hombres representan la mayor parte de agresores sexuales tanto de niñas como de niños, lo cual es explicado por las diferencias de género en la socialización de la sexualidad (Magaña *et al.*, 2014).

Según lo señalan Font y Maguire-Jack (2020), los antecedentes de maltrato, así como la dificultad para establecer vínculos con el o la recién nacida como factor de riesgo se pueden explicar a partir de la teoría del apego de Bowlby, ya que cuando las y los progenitores no logran desarrollar un apego seguro con sus propios progenitores, se vuelve difícil desarrollarlo con sus hijos e hijas. Asimismo, estos autores apuntan que otra posible explicación es dada a partir de la teoría del aprendizaje social de Bandura, en donde los padres y madres aplican lo que aprendieron de sus cuidadores (Font & Maguire-Jack, 2020).

Los padres, madres y personas cuidadoras con poco control de impulsos y problemas de salud mental son los que tienen mayor riesgo de maltratar a las y los niños, dado que estas características afectan negativamente la crianza y se asocian con la ruptura de las relaciones sociales, la incapacidad de afrontar el estrés y las dificultades para tener acceso a sistemas de apoyo social. Además, las personas cuidadoras, padres y madres que están mal informados y que tienen expectativas poco realistas del desarrollo infantil suelen responder con mayor irritación a los estados de ánimo y comportamientos de las y los infantes, les apoyan menos, son poco cariñosos, no juegan con ellos y ellas, desatiende sus necesidades, son dominantes y hostiles (Rodríguez-Srednicki & Twaite, 2004; Runyan *et al.*, 2003).

En lo que respecta a las dificultades económicas tales como la pérdida de ingresos e inseguridad económica, se vuelven factores de riesgo ya que no solo privan de recursos, sino que también aumentan el estrés para los padres y madres, lo que puede generar un aumento en

la cantidad de conflictos familiares e inconsistencia en las prácticas de crianza, y que en casos extremos llega a terminar en el maltrato o negligencia infantil (Font & Maguire-Jack, 2020).

Aunado a las características de las y los cuidadores, los factores de riesgo relacionados con la familia son los problemas físicos, mentales o de desarrollo de algún miembro, así como tener algún pariente en la cárcel, esto relacionado con la carga que puede representar en los padres, madres o personas cuidadoras. Asimismo, la violencia intrafamiliar, el aislamiento en la comunidad o la falta de una red de apoyo, el tener estilos de comunicación inadecuados, así como el déficit en habilidades sociales, conducen a los padres, madres y personas cuidadoras a no poder adquirir habilidades de crianza apropiadas a través de la socialización (Rodríguez-Srednicki & Twaite, 2004).

Finalmente, vivir en espacios pequeños es un factor de riesgo, ya que se ha visto que el hacinamiento aumenta el riesgo de maltrato a menores de edad, y el constante cambio en la composición familiar, esto debido a que las y los infantes en familias con una composición inestable suelen ser más propensos a vivir negligencia crónica (CDC, 2021; OMS, 2020a; Runyan *et al.*, 2003).

CAPÍTULO 2. IMPACTO DE LAS EXPERIENCIAS DE ABUSO O NEGLIGENCIA INFANTIL EN LA SALUD MENTAL A LO LARGO DE LA VIDA

La salud es definida por la OMS (2020b) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” ” (p. 7). En consecuencia, la salud mental es vista como parte de esta concepción de salud y definida como el estado de bienestar en el que las personas pueden responder al estrés normal de la vida, además de ser capaces de trabajar de forma productiva y contribuir a sus comunidades (OMS, 2018).

En la salud mental se ven implicados múltiples factores, los cuales hacen a una persona más o menos propensa a desarrollar distintos trastornos mentales (OMS, 2018). Estos factores son atributos, características y experiencias que, cuando amenazan la salud mental de las y los individuos, se consideran factores de riesgo, por lo que se han tratado de identificar y modificar para poder prevenir los problemas de salud mental y los costos asociados con estos. Los factores de riesgo suelen ser clasificados en relacionales, psicológicos, de salud, de estilo de vida, predictores de respuesta al trauma, ocupacionales, de exposición a un ambiente negativo, sociodemográficos, genéticos y neuroanatómicos. Las experiencias de abuso y negligencia en la infancia son un buen ejemplo de los factores de riesgo relacionales (Furber *et al.*, 2017).

2.1 Impacto en la salud mental de las y los infantes

Las consecuencias del abuso o negligencia infantil pueden dividirse por su temporalidad en corto y largo plazo. Las consecuencias físicas a corto plazo de la negligencia física pueden ser amibiasis intestinal y asma bronquial relacionadas con la falta de cumplimiento de la medicación y falta de control de medidas de higiene y cuidados personales (Fernández *et al.*, 2020). La malnutrición también se asocia la negligencia física, en específico emaciación (Martín-Martín *et al.*, 2022) la cual se caracteriza por provocar delgadez y debilidad extremas, a la vez

que aumenta sus posibilidades de morir o de sufrir deficiencias en el crecimiento, desarrollo o capacidad de aprendizaje (UNICEF, 2020).

Las consecuencias del abuso físico dependen de la severidad de las acciones que se hayan llevado a cabo en contra del niño o niña, llegando incluso a ocasionar la muerte. Entre las lesiones físicas no mortales se encuentran los moretones, quemaduras, fracturas, problemas odontológicos y lesiones como el traumatismo craneoencefálico. Este último puede dar como resultado la discapacidad neurobiológica, en donde se incluyen deficiencia visual y auditiva, epilepsia, parálisis cerebral y retraso cognitivo y del desarrollo, lo cual afecta de forma permanente la vida de la persona que vivió este tipo de abuso (Christian *et al.*, 2015).

Entre las consecuencias físicas del abuso sexual se encuentran las lesiones anales o vaginales, infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, así como riesgo de embarazo (WHO, 2017). De manera indirecta, la obesidad es otra consecuencia asociada al abuso sexual en la infancia (Martín-Martín *et al.*, 2022).

De forma general, las y los infantes con experiencias de abuso o negligencia suelen mostrar baja autoestima, sentimientos de tristeza, agresividad, síntomas disociativos, bajo rendimiento académico, trastorno negativista desafiante, TEPT, depresión y ansiedad (Fernández *et al.*, 2020; Petersen *et al.*, 2014; Rizo *et al.*, 2018).

Por otra parte, dado que la investigación en materia de abuso sexual es mayor, se sabe que este tiene como consecuencias comportamentales aumento de agresividad y miedo, hipersexualización, retraimiento, evitación de todas las personas del mismo sexo que el agresor e hipersensibilidad al tacto (Choudhary *et al.*, 2019). Además, las y los niños pueden presentar deterioro en el funcionamiento cognitivo caracterizado por atención reducida y dificultad en la concentración, lo cual se acompaña con un marcado rechazo a la escuela, lo que conlleva un bajo rendimiento académico que se relaciona con baja autoeficacia. Asimismo, se ha reportado falta

de confianza en otras personas adultas e incertidumbre acerca de quién podría perpetrar o cuándo podría suceder un nuevo abuso, así como dificultades para dormir, disociación, TEPT y fobias (Choudhary *et al.*, 2019).

2.2 Impacto en la salud mental en la adultez

Se ha observado que las y los adultos con antecedentes de abuso o negligencia en la infancia pueden estar en mayor riesgo de adoptar comportamientos poco saludables, por ejemplo, se ha asociado la historia de abuso sexual infantil con la obesidad en la adultez, esta relación se ha explicado a partir de ver la obesidad como un mecanismo de prevención de futuros abusos sexuales, ya que se piensa que se hace al cuerpo menos atractivo y sexualmente indeseable. Aunado a esto, las personas que vivieron abuso sexual durante su infancia también tienen más probabilidades de padecer enfermedades cardiovasculares y diabetes (Almuneef, 2021; Guggisberg, 2017). Asimismo, las personas con vivencias de abuso sexual infantil suelen tener respuestas inmunológicas reducidas que resultan en mayor probabilidad de tener enfermedades infecciosas (Guggisberg *et al.*, 2021).

Otras conductas de riesgo realizadas por personas con historial de abuso o negligencia en la infancia son el tabaquismo, abuso de alcohol y otras drogas, alimentación deficiente, falta de ejercicio, entre otras. Como consecuencia de estas conductas se aumenta el riesgo de desarrollar patologías físicas como lo son artritis, úlceras, diabetes, hipertensión, cardiopatía isquémica, cáncer, enfermedad pulmonar crónica, síndrome de colon irritable, fibromialgia, infecciones de transmisión sexual como el VIH, entre otras (Leeb *et al.*, 2011; Norman *et al.*, 2012; Runyan *et al.*, 2003).

En cuanto a la salud mental, Runyan y colaboradores (2003) señalan que ésta se ve afectada en diferentes grados dependiendo de la etapa del desarrollo en la cual se dio el maltrato, el tipo de maltrato, la gravedad, la duración, la relación con la persona que lo perpetró y factores

del entorno, entre los que se puede encontrar la integración social, los ingresos económicos y la composición familiar.

Las personas adultas con historia de abuso físico infantil tienen mayor riesgo de desarrollar ansiedad y depresión en comparación con las que no presentan este tipo de antecedente. Además, cuando el abuso físico fue severo tienen mayor riesgo de presentar un trastorno depresivo mayor (Ibarra-Alcantar *et al.*, 2010). Asimismo, se ha señalado que la relación entre el abuso físico en la infancia y la ansiedad es de dosis-respuesta, en donde el riesgo de padecer este trastorno aumenta cuando el maltrato es más frecuente y severo (Norman *et al.*, 2012). La historia infantil de abuso físico también ha sido asociada con trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la conducta, trastorno por consumo de alcohol, TEPT y trastorno de pánico (Norman *et al.*, 2012).

En cuanto a las repercusiones de la historia de abuso sexual infantil sobre la salud mental en la adultez, éstas han sido mayormente estudiadas en población femenina y pueden ser clasificadas en problemas emocionales, problemas de relación, problemas de conducta y adaptación social, problemas funcionales y problemas sexuales. Entre los problemas emocionales se encuentran baja autoestima, baja autoeficacia, conductas autolesivas, y también se ha asociado con el trastorno límite de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, específicamente la bulimia nerviosa, TEPT, con la conducta suicida, así como con la sintomatología depresiva y ansiosa (Glaxional & Frías, 2005; Hailes *et al.*, 2019; Pereda, 2010; Vitriol *et al.*, 2007). Los problemas de relación engloban inestabilidad en relaciones de pareja, baja participación en actividades comunitarias, mayor aislamiento, menos amistades e interacciones sociales, mayor frecuencia de maltrato por parte de la pareja, así como estilos de crianza permisivos y una mayor frecuencia del uso del castigo físico ante conflictos con las y los hijos (Glaxiola & Frías, 2005; Pereda, 2010). En la categoría de problemas de conducta y adaptación social se encuentra una mayor probabilidad de presentar conductas antisociales y

tener problemas legales (Pereda, 2010). Por su parte, los problemas funcionales, antes denominados de conversión, se refieren a los trastornos neurológicos funcionales, problemas médicos en donde se encuentra una alteración en la función, pero no en la estructura del sistema nervioso (Restrepo & Restrepo, 2017). En consecuencia, estos problemas se caracterizan por una afectación en las funciones motoras o sensoriales de la persona que vivió el abuso y que no pueden ser medicamente explicados (Hailes *et al.*, 2019; Pereda, 2010).

Las personas que experimentaron abuso sexual en la infancia pueden presentar en la adultez problemas como una sexualidad insatisfactoria y disfuncional, menor deseo sexual, excitación y cantidad de orgasmos, así como dolor al tener relaciones sexuales, lo cual lleva finalmente a la evitación y rechazo de la sexualidad (López *et al.*, 2017; Vitriol *et al.*, 2007). Se tiene registro de que el abuso sexual infantil conlleva consecuencias neuropsicológicas, ya que afecta procesos básicos como la memoria, la atención y la concentración (Pereda & Gallardo-Pujol, 2011).

Por su parte, Meng y D'Arcy (2016) señalan que las mujeres con experiencias de abuso físico y sexual infantil tienden a reportar con mayor frecuencia trastornos internalizantes, tales como depresión mayor, trastorno bipolar, ansiedad generalizada, hipomanía y manía, mientras que los hombres reportan más trastornos externalizantes, dentro de los que se encuentran los trastornos por consumo de sustancias.

Por otro lado, como se mencionó previamente, el abuso emocional o maltrato psicológico es uno de los que menos ha sido investigado y registrado, ya que es difícil de reconocer y evidenciar. La falta de investigación de esta modalidad de violencia es dada a partir de que el maltrato emocional no genera lesiones físicas, suele ser visto como una forma normal de disciplinar y por lo tanto se cree que causa un daño menor que otros tipos de maltrato, esto aunado al hecho de que las y los profesionales que suelen tener contacto con las y los niños que lo están viviendo en ocasiones no conocen lo suficiente al respecto o simplemente porque no

suele denunciarse (Sauceda & Maldonado, 2016). No obstante, los estudios que han evaluado la salud mental en personas con experiencias de abuso emocional infantil mencionan que tienden a presentar dificultades para establecer y mantener relaciones seguras, saludables y amorosas. Suelen tener una autoimagen y autoestima negativas, además de ser más propensas a internalizar su angustia, lo que deriva en una mayor prevalencia de autolesiones, abuso de alcohol y otras drogas, así como conductas sexuales de riesgo (Grossman *et al.*, 2017). Otra consecuencia en salud mental del abuso emocional es el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, mayormente bulimia (Burns *et al.*, 2012; Kimber *et al.*, 2017; Vajda & Láng, 2014). Gama y colaboradores (2021) señalan que el abuso emocional de forma particular se relaciona con mayor número de experiencias traumáticas posteriores, así como una alta incidencia de síntomas de TEPT.

En una revisión sistemática realizada por Norman y colaboradores (2012), se encontró que las personas con experiencias de abuso físico, emocional y negligencia en la infancia presentaron un mayor riesgo de desarrollar depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, consumo de drogas e incremento de la conducta suicida. Asimismo, se sabe que la experiencia de abuso y negligencia en la infancia afecta negativamente las relaciones familiares que se mantienen durante la adultez, no solo con la familia de origen, sino también la que es conformada posteriormente (Kong *et al.*, 2018).

Por otra parte, se ha visto que las personas que vivieron abuso y negligencia infantil tienen al menos tres veces más probabilidad de maltratar a sus hijos e hijas, en comparación con las personas que no experimentaron maltrato durante su niñez (Assink *et al.*, 2018). Este aumento en la probabilidad de maltrato no se da únicamente para el tipo de conductas que se vivieron, sino también para cualquier otra forma de abuso y negligencia infantil. Sin embargo, se ha observado que el abuso sexual no es análogo a los otros tipos de maltrato infantil, ya que los padres y madres que fueron abusados sexualmente en la infancia no suelen ser los

perpetradores de sus hijos e hijas, sino que al haber vivido este tipo de experiencias suelen presentar dificultades de salud mental que les llevan a fallar en proveer una adecuada protección o supervisión, volviendo a las y los niños más vulnerables al abuso sexual (Madigan *et al.*, 2019).

Aunado a las posibles consecuencias de los distintos tipos de abuso y negligencia en la infancia se encuentra la polivictimización, la cual se refiere a la vivencia simultánea de varios tipos de maltrato infantil. La polivictimización es importante ya que puede causar un efecto sinérgico para el desarrollo de trastornos mentales, por lo que las consecuencias de este tipo de violencia serían más graves que las de la exposición a únicamente un tipo de maltrato. Entre las consecuencias de la polivictimización se encuentra el mayor riesgo de sintomatología depresiva y autolesiones, como cortarse, quemarse, golpearse o generarse voluntariamente heridas durante la adolescencia (Guerra *et al.*, 2019) y sintomatología de estrés postraumático en la adultez (Guerra *et al.*, 2017).

2.3 Hipótesis explicativas del impacto de las experiencias infantiles de abuso o negligencia en la salud mental adulta

Las consecuencias de la experiencia de abuso y negligencia en la infancia sobre la salud mental en la adultez han tratado de explicarse a partir de distintas hipótesis. La mayoría de las hipótesis explicativas se relacionan con alteraciones neurobiológicas, estilos de apego, regulación emocional y estrategias de afrontamiento derivadas del maltrato infantil, que han sido relacionadas con posteriores dificultades en la salud mental.

2.3.1 Alteraciones neurobiológicas

Las experiencias de abuso y negligencia durante la infancia representan una exposición crónica a altos niveles de estrés, por lo que afectan el desarrollo del sistema nervioso y repercuten en el funcionamiento a corto y largo plazo. Las alteraciones neurobiológicas secundarias al maltrato infantil explican los comportamientos encontrados en la mayoría de las

personas que tuvieron este tipo de experiencias, tales como hipervigilancia, agresividad, dificultades en el aprendizaje, trastornos del estado de ánimo y menor ajuste social en la vida adulta (Amores-Villalba & Mateos-Mateos, 2017; Mesa-Gresa & Moya-Albiol, 2011).

Una de las alteraciones neurobiológicas encontradas en sobrevivientes de abuso y negligencia infantil es la reducción del volumen del hipocampo. Esta reducción ha sido reportada de forma consistente en personas con historial de abuso, pero no así en personas que experimentaron negligencia. La reducción del volumen hipocampal es importante ya que ha sido reportada en personas con síntomas depresivos, pensamientos disociativos, TEPT y trastorno bipolar (Mesa-Gresa & Moya-Albiol, 2011; Teicher & Samson, 2016).

La respuesta excesiva de la amígdala es otra de las consecuencias del maltrato infantil. En específico ha sido reportada en las personas que vivieron abuso físico y sexual, y se relaciona con el TEPT y depresión (Pereda & Gallardo-Oujol, 2011; Teicher & Samson, 2016). Aunado a ello, la activación crónica de la amígdala se relaciona con el deterioro en el funcionamiento de la corteza prefrontal, lo que implica alteraciones en el desarrollo del control de impulsos (Mesa-Gresa & Moya-Albiol, 2011).

La corteza prefrontal está conformada por diferentes regiones, dos de las cuales han sido reportadas con alteraciones en personas con historial de maltrato infantil. Se ha encontrado una reducción del flujo sanguíneo y la materia gris de las cortezas orbitofrontal y dorsolateral como consecuencia del abuso físico y sexual. Estas estructuras son importantes para el manejo de emociones, control de impulsos, razonamiento lógico, atención, memoria de trabajo y comportamiento social. En consecuencia, las alteraciones en las cortezas orbitofrontal y dorsolateral se han asociado con falta de regulación emocional y control inhibitorio, presencia de conductas agresivas y mayor riesgo para el desarrollo de trastornos por consumo de sustancias (Amores-Villalba & Mateos-Mateos, 2017; Mesa-Gresa & Moya-Albiol, 2011; Teicher & Samson, 2016).

Adicionalmente, se sabe que la exposición crónica al estrés afecta al eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal, llevando a las personas a presentar una mayor percepción de estrés ante estímulos típicamente poco estresantes o incluso neutros. La alteración de este eje neuroendocrino dificulta la capacidad de autorregulación de los estados afectivos y control conductual, además de aumentar la probabilidad de desarrollar trastornos del estado de ánimo, ansiedad, depresión y TEPT, particularmente ante la experiencia de otros estresores en la vida adulta (Mesa-Gresa & Moya-Albiol, 2011; Pereda & Gallardo-Pujol, 2011).

Por otra parte, la baja satisfacción y dificultades sexuales de las personas que vivieron abuso sexual en la infancia pueden ser explicadas a partir de las alteraciones en el volumen y procesamiento de información de la corteza somatosensorial, específicamente la que implica información proveniente del área genital (Teicher & Samson, 2016).

2.2.2 Estilos de apego

La teoría del apego postula que las experiencias tempranas entre las y los infantes y sus personas cuidadoras primarias representan la base para el desarrollo psicosocial tanto infantil como adulto. Las experiencias tempranas con las y los cuidadores determinan los modelos internos de trabajo, los cuales son esquemas cognitivo-afectivos que incluyen las representaciones mentales del yo, las y los otros y la relación entre estos. Las conductas del cuidador primario generan creencias acerca de qué tan aceptable es una persona y cómo otras responden en situaciones de estrés (Mikulincer & Shaver, 2007).

Cuando las personas cuidadoras son sensibles y responden de forma consistente a las necesidades de las y los infantes, éstos desarrollan un apego seguro. Por otra parte, cuando las necesidades no son resueltas o lo son de forma inconsistente, se desarrollará un apego inseguro. El apego inseguro para su estudio se suele dividir en dos, ansioso y evitativo. En la adultez el apego ansioso se caracteriza por preocupación por ser rechazados y abandonados, así como

mayor expresión emocional. Mientras que quienes tienen un apego evitativo tienden a minimizar y evitar las experiencias interpersonales, además de mostrar sobre regulación emocional (Mikulincer & Shaver, 2007).

El tipo de apego que se desarrolle en la infancia impactará el funcionamiento interpersonal, la regulación del estrés y las relaciones sociales en la adultez. El apego seguro proporciona la base para el desarrollo de autoestima positiva, regulación emocional adecuada y para el establecimiento de relaciones interpersonales saludables con otras personas. Además, el apego seguro se relaciona con mayor resiliencia y mejor adaptación (Gumley *et al.*, 2014).

El abuso o negligencia infantil pueden conducir al desarrollo de apego inseguro derivando en dificultades para la regulación emocional, ver a otras personas como alguien en quien no se puede confiar, además de sentimientos de no ser dignas o dignos de amor y aceptación. El estilo de apego inseguro puede derivar en la falta de relaciones cercanas, lo que por sí solo representaría una situación estresante y evita que las personas accedan al efecto protector del apoyo social. El apego inseguro se ha relacionado con depresión, síntomas obsesivos-compulsivos, conducta suicida y funcionamiento personal deficiente (Midolo *et al.*, 2020; Nowalis *et al.*, 2022; Shahab *et al.*, 2021).

2.2.3 Regulación emocional y estrategias de afrontamiento

En cuanto a la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento, estos son conceptos que se encuentran estrechamente relacionados, y que incluso han llegado a ser vistos como sinónimos. Por un lado, la regulación emocional se refiere a la capacidad para minimizar, intensificar o mantener una emoción, ya sea considerada como placentera o displacentera. Mientras que las estrategias de afrontamiento son el conjunto de esfuerzos llevado a cabo para manejar las demandas internas y externas que son consideradas como excesivas y que, por lo tanto, causan estrés en las personas (Pascual & Conejero, 2019).

En relación con lo anterior, se ha señalado que las acciones catalogadas como parte de maltrato emocional, como la culpabilización, la discriminación y los insultos, generan un ambiente emocionalmente dañino que lleva a los niños y niñas a reprimir sus emociones. Este ambiente repercute en la capacidad de regulación emocional, la dificulta y lleva a la persona que lo vivió a emplear mayormente estrategias de afrontamiento evitativo (Vajda & Láng, 2014).

En este sentido, los comportamientos relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria, como los atracones y purgas, representan una estrategia de afrontamiento evitativo en donde se desarrollan acciones para no poner atención a las emociones consideradas como negativas, al tiempo que se auto provee una sensación de comodidad a corto plazo (Burns *et al.*, 2012; Vajda & Láng, 2014). Adicionalmente, se ha observado que las conductas de ingesta emocional, como comer cuando se siente tristeza o soledad, en personas que han vivido abuso y negligencia emocional infantil se deben principalmente a las dificultades de regulación emocional y a la sintomatología depresiva (Michopoulos *et al.*, 2015).

Asimismo, la relación entre la vivencia de maltrato infantil y el consumo de alcohol y otras drogas puede ser explicado a partir de que esta conducta es una estrategia de afrontamiento en donde por medio de la automedicación se intentan controlar las experiencias negativas (Meng & D'Arcy, 2016).

Ahora bien, se ha documentado que existen diferencias de género en las consecuencias del abuso y negligencia infantil, específicamente se ha visto que las mujeres tienden a desarrollar con mayor frecuencia trastornos internalizantes, en tanto que los hombres trastornos externalizantes (Meng & D'Arcy, 2016; Thompson *et al.*, 2004). La hipótesis explicativa de esta situación se da a partir de las estrategias de afrontamiento empleadas por las personas de diferente género, ya que se ha observado que las mujeres tienden a emplear estrategias de afrontamiento que involucran la expresión o contemplación de los sentimientos (Tamres *et al.*, 2002), por lo que pueden ser más propensas a la autoculpabilización y al posterior desarrollo de

un trastorno internalizante como la depresión o la ansiedad (Thompson *et al.*, 2004). En contraste, los hombres tienden a emplear comportamientos agresivos, bajo la creencia de que la expresión de enojo hará que el objetivo de este sentimiento cambie su comportamiento. Estos hallazgos pueden ser a su vez explicados mediante la socialización diferenciada que se otorga a las personas, en donde las niñas son enseñadas a buscar o proveer apoyo emocional, mientras que a los niños se les alienta a expresar su enojo, pero evitar hablar acerca de otros sentimientos, ya que es visto como signo de debilidad y vulnerabilidad (Tamres *et al.*, 2002).

No obstante, es importante mencionar que las alteraciones neurológicas producidas por el abuso o negligencia en la infancia, así como la vivencia en sí no son totalmente predictivas para el desarrollo de trastornos mentales. Se ha visto que existen factores protectores, como la resiliencia propia de cada persona, que pueden contrarrestar los cambios neurológicos dados como consecuencia del abuso o la negligencia (Teicher & Samson, 2016).

2.3 Factores de protección asociados con el impacto de las experiencias de abuso o negligencia durante la infancia

A pesar de la experiencia de abuso o negligencia durante la infancia, algunas personas mantienen niveles normales de funcionamiento psicológico. Estas personas suelen compartir una serie de factores protectores que modifican su respuesta ante estresores y las alejan de presentar consecuencias negativas posteriores a una vivencia adversa, como lo es el maltrato infantil (Meng *et al.*, 2018). Los factores protectores pueden ser clasificados en individuales, familiares y relacionales, y comunitarios o de la sociedad. Estos factores se asocian con reducción del riesgo de experimentar psicopatología y retraumatización, incrementar la sensación de bienestar psicológico percibido y desarrollo de habilidades más adaptativas, además de adecuado desempeño escolar (Meng *et al.*, 2018).

Dentro de los factores protectores individuales se encuentran el apego seguro, adecuada regulación emocional, niveles altos de autoestima, estrategias de afrontamiento adaptativas, habilidades sociales, condiciones de nacimiento óptimas, nivel socioeconómico, nivel educativo alto, inteligencia, realizar actividad física (Meng *et al.*, 2018), así como la autocompasión y la gratitud (Wu *et al.*, 2018).

En cuanto a los factores protectores familiares y relacionales, estos son: vivir con progenitores, cuidado de progenitores, adecuado funcionamiento familiar, tener relaciones seguras, estables y enriquecedoras con pares, hermanos y hermanas, apoyo social y emocional, cohesión familiar adecuada, apego seguro, crianza positiva, contar con una relación madre-hijo/hija estrecha (Meng *et al.*, 2018) y la percepción de un mayor apoyo familiar (Kong *et al.*, 2018).

Aunado a ello, Winokur y colaboradores (2014) señalan el cuidado de otras personas de la familia extensa también es considerado un factor protector después de haber vivido algún tipo de abuso o negligencia, ya que las y los niños que había sido maltratados y que posteriormente habían sido puestos al cuidado de parientes tenían menos trastornos mentales y un mayor bienestar, en comparación con las y los infantes que habían sido puestos al cuidado de personas ajenas a su familia.

Finalmente, factores comunitarios o de la sociedad como el apoyo por personas adultas ajenas a la familia (Mohr & Rosén, 2017), la seguridad escolar e integración y el apoyo comunitario también son catalogados como factores protectores a las consecuencias negativas derivadas del abuso y negligencia infantil.

Un concepto relacionado con los factores protectores es el de resiliencia. La resiliencia en personas con experiencias de abuso y negligencia en la infancia se ha asociado con mejor calidad de vida, menor riesgo de desarrollar depresión, TEPT, consumo de alcohol y otras

drogas, estrés interpersonal y físico, así como mejor funcionamiento como el desarrollo de mejores habilidades parentales (Meng *et al.*, 2018). La resiliencia ha sido definida como: a) una característica de personalidad propia de cada persona; b) un proceso multidimensional y dinámico caracterizado por la ausencia de problemas de salud mental durante o después de vivir alguna experiencia adversa, o por una disfunción temporal seguida de la recuperación exitosa; y c) el resultado parcialmente determinado por una serie de factores genéticos, psicológicos, sociales y medioambientales, el resultado de la interacción entre la persona y su contexto que se ve influenciado por recursos personales y medioambientales (Kunzler *et al.*, 2020).

Desde la definición de la resiliencia como resultado es posible nombrar factores de resiliencia que han sido bien documentados y que son susceptibles a ser modificados mediante intervenciones. Algunos de estos factores son: sentido de coherencia, significado o propósito en la vida, emociones placenteras, autoestima, autoeficacia, afrontamiento activo, apoyo social y flexibilidad cognitiva (Kunzler *et al.*, 2020).

El sentido de coherencia engloba la comprensión, manejo y significado de una situación o enfermedad, lo que significa que cuanto más una persona sea capaz de explicar e integrar, tenga recursos disponibles para hacer frente a las demandas del ambiente y pueda darle un significado a la experiencia o enfermedad, entonces será más capaz de afrontarla con éxito (Moksnes, 2021). Ejemplo de promoción de este factor es alentar la reflexión sobre los recursos internos y externos que se poseen, al tiempo de que se empleen con más frecuencia. Por otro lado, algunos métodos para incitar el desarrollo del significado o propósito de vida es apoyar en la identificación de fuentes importantes de significado de la vida, así como en el establecimiento de valores o prioridades que guíen las decisiones (Kunzler *et al.*, 2020).

Para promover el aumento de emociones placenteras se puede dar psicoeducación en emociones, enseñanza de técnicas de mindfulness y apoyo para la identificación de actividades placenteras (Kunzler *et al.*, 2020). En cuanto a la autoestima, ésta puede ser fomentada mediante

la identificación de fortalezas personales. Este último método también puede ayudar en el desarrollo de autoeficacia, para la que además se puede animar a la identificación de momentos pasados de la vida en el que se ha tenido éxito para afrontar situaciones complejas (Kunzler *et al.*, 2020).

Para fomentar el afrontamiento activo es posible apoyar al empleo de estrategias como la realización de planes de acción ante experiencias estresantes. Por otra parte, el apoyo social puede desarrollarse al animar a la reflexión acerca de las redes sociales con las que se cuenta y enseñando técnicas de comunicación. Por último, ejemplos de estrategias para favorecer la flexibilidad cognitiva son enseñar a identificar pensamientos desadaptativos y a reemplazarlos con positivos (Kunzler *et al.*, 2020).

CAPÍTULO 3. ESQUIZOTIPIA

3.1 Definición y características generales

Las primeras observaciones relacionadas con la esquizotipia fueron realizadas por Bleuler en 1911, quien denominó esquizofrenia latente al trastorno de personalidad con características similares a las presentes en la esquizofrenia, pero de forma atenuada y que se identificaban en familiares de pacientes con diagnóstico. Por su parte, Kraepelin en 1919 mencionó la presencia de rasgos pseudo esquizofrénicos precedentes a la aparición de la enfermedad tanto en las y los pacientes, como en sus familias (Lenzenweger, 2010).

En 1950, Rado creó el término *Esquizotipia* como abreviación de fenotipo esquizofrénico. Según este autor, la esquizotipia era la predisposición hereditaria caracterizada por la incapacidad para sentir placer y para organizar acciones interaccionadas, que al exacerbarse derivaba en los síntomas característicos de la esquizofrenia (Lenzenweger, 2010). Posteriormente, en 1962 Meehl redefinió la esquizotipia como la organización de la personalidad derivada de lo que denominó como equizotaxia, un defecto neuronal integrativo que era heredado y que constituía una condición necesaria para desarrollar posteriormente esquizofrenia, en especial cuando no contaban con una historia de aprendizaje social favorable, presentaban ansiedad y existían estresores ambientales (Lenzenweger, 2010).

En la actualidad, la esquizotipia se considera un constructo multidimensional que comprende un amplio conjunto de alteraciones emocionales, cognitivas, conductuales, interpersonales y sociales similares a las presentadas en personas con diagnóstico de esquizofrenia. Es decir, son manifestaciones subclínicas de la psicosis, así como rasgos de personalidad que son consideradas marcadores de riesgo para desarrollar una psicopatología del espectro de la esquizofrenia y otras psicosis (Lenzenweger, 2018; Kwapil & Barrantes-Vidal, 2015; Fonseca-Pedrero *et al.*, 2021; Velikonja *et al.*, 2015).

La concepción de la esquizotipia como una manifestación atenuada y en ocasiones no clínica de la psicosis conlleva la noción de que ésta se expresa fenotípicamente a lo largo de un continuo en donde se incluyen manifestaciones adaptativas o sanas, como lo puede ser la creatividad (Mohr & Claridge, 2015). La esquizotipia es resultado de la combinación de factores genéticos, medioambientales y de personalidad que están normalmente distribuidos en la población general y que forman parte de las diferencias individuales expresadas (Barrantes-Vidal *et al.*, 2015; Debbané *et al.*, 2014; Kwapil & Barrantes-Vidal, 2015). Aunque la esquizotipia puede ser transitoria, la presencia de ciertos factores estresantes la pueden prolongar y exacerbar la vulnerabilidad para el desarrollo de un trastorno del espectro psicótico (van Os *et al.*, 2009).

El desarrollo de la esquizotipia se ha asociado con factores de riesgo genéticos, ambientales y experiencias estresantes (por ejemplo, el consumo de drogas, particularmente de cannabis y alcohol, no contar con redes de apoyo, ser migrante, ser víctima de violencia) del entorno temprano (experiencias de abuso o negligencia en la infancia) y factores demográficos que colocan a algunas personas en desventaja social como ser parte de una minoría étnica y contar con menores ingresos (Linscott & van Os, 2013; Velikonja *et al.*, 2015). Adicionalmente, el estrés psicosocial pre y posnatal derivado de un embarazo no deseado o la separación temprana de la madre puede predecir síntomas elevados de trastorno esquizotípico de la personalidad, además de generar un impacto negativo en el vínculo y en los estilos de apego (Domínguez-Martínez *et al.*, 2011).

Debido a la continuidad entre la esquizofrenia y las manifestaciones no clínicas como los rasgos esquizotípicos, se han realizado estudios en los que se analiza si la esquizotipia mantiene las dimensiones en las que se han clasificado los síntomas de la esquizofrenia. La mayoría de los estudios factoriales coinciden en que la esquizotipia está constituida por tres dimensiones: positiva, también conocida como cognitivo-perceptual, experiencias perceptuales inusuales o

anómalas; negativa, conocida como anhedonia, anhedonia introvertida o déficits interpersonales; y la desorganización (Fonseca-Pedrero *et al.*, 2007; Thomas *et al.*, 2019).

La dimensión positiva o de déficits cognitivos-perceptivos se caracteriza por alteraciones en el contenido del pensamiento, como lo pueden ser las creencias extrañas y pensamiento mágico, rarezas perceptivas en cualquiera de los sentidos, suspicacia y paranoia. Por otra parte, la dimensión negativa o de déficits interpersonales se refiere a la disminución de conductas interaccionales, en donde se incluyen alogia, anergia, abulia, anhedonia y desinterés por los demás. En cuanto a la dimensión de desorganización, esta incluye alteraciones en la capacidad de organizar y expresar pensamientos y conductas (Kwapil & Barrantes-Vidal, 2015).

Las personas con altos niveles de esquizotipia suelen presentar menores probabilidades de socializar de forma activa o de relacionarse de forma significativa con otras personas. En las y los individuos con bajos niveles de esquizotipia, el afecto positivo aumenta cuando se participa en actividades de socialización. Por el contrario, las personas con altos niveles de esquizotipia negativa no perciben cambios en el afecto positivo al estar en situaciones de socialización o en ausencia de ellas (Minor *et al.*, 2020).

Asimismo, las personas con altos niveles de esquizotipia tienden a tener menos experiencias placenteras, emplean más estrategias de afrontamiento negativas, viven mayores niveles de ansiedad, depresión y de pensamiento referencial (Wang *et al.*, 2018). Además, Zyla y Lenzenweger (2022) señalan que niveles altos de esquizotipia, en específico las aberraciones perceptuales y el pensamiento referencial, se relacionan con menor resiliencia y peor funcionamiento psicosocial.

De forma particular, el funcionamiento social se ve afectado en la esquizotipia negativa, ya que se asocia con anhedonia social lo que conlleva la disminución de la cercanía y contacto social, además de un deseo de estar solo o sola cuando se está en compañía de alguien más.

Aunado a ello, la esquizotipia desorganizada se asocia con autoinforme de experiencias desorganizadas en la vida diaria, en donde los pensamientos y acciones se ven interrumpidas, además de que los pensamientos son confusos y difíciles de controlar (Kwapil *et al.*, 2020).

Por otra parte, el funcionamiento cognitivo también se ve afectado por los niveles de esquizotipia, específicamente se han encontrado relaciones entre la esquizotipia negativa y menores puntuaciones en tareas de inhibición. Mientras que la esquizotipia desorganizada se ha asociado con dificultades en la velocidad de procesamiento y en la fluidez verbal (Karamaouna, Zouraraki & Giakoumaki, 2021).

Algunos estudios han observado que altos niveles de esquizotipia positiva y bajos niveles de sintomatología negativa y de desorganización, suelen asociarse con mayor bienestar personal, flexibilidad del pensamiento, creatividad y rasgos de personalidad favorables como lo son la apertura a la experiencia e inclinación hacia la fantasía; mientras que elevada esquizotipia negativa se relaciona con afecto negativo, menores niveles de satisfacción con la vida, menos relaciones positivas con otras personas y menor autoaceptación (Fumero *et al.*, 2018; Mohr & Claridge, 2015; Ödéhn & Goulding, 2018).

Estudios neuroanatómicos han encontrado que elevados niveles de rasgos esquizotípicos se asocian con alteraciones en redes neuronales por defecto, frontoparietal, visual y somato motora, siendo el hallazgo más consistente la disminución en el volumen de la materia gris de las redes frontoparietales, específicamente en las cortezas prefrontal y temporal (Tonini *et al.*, 2021).

Cuando los análisis se realizan por dimensiones de la esquizotipia, la negativa y desorganizada se relacionan con deterioro en las funciones ejecutivas, relacionadas con la corteza prefrontal (Ettinger *et al.*, 2014; Kirschner *et al.*, 2020; Lemos *et al.*, 2000). Además, la dimensión negativa también se ha asociado con el adelgazamiento del lóbulo lateral occipital y

el retraso en la maduración de zonas de la corteza prefrontal como la orbitofrontal y la frontal medial, particularmente en poblaciones en las que la maduración cerebral aún no ha concluido (Derome *et al.*, 2020).

En cuanto a la esquizotipia positiva, los niveles altos de esta dimensión se asocian con déficits funcionales y estructurales del sistema límbico, que incluye los lóbulos temporales, el hipocampo y la amígdala, los cuales se encargan de la interpretación de la realidad externa y los estímulos contextuales. Los déficits o anomalías en estas áreas pueden explicar los estados de hipervigilancia, dificultades en el análisis contextual, interpretación de la realidad y creación de recuerdos (Ettinger *et al.*, 2014; Lemos *et al.*, 2000). Asimismo, se ha reportado el adelgazamiento en el espesor de la corteza cerebral del cíngulo posterior, lo cual podría estar relacionado con la dificultad de distinguir entre eventos internos y externos (Derome *et al.*, 2020).

3.2 Epidemiología

La prevalencia de esquizotipia tanto a nivel mundial como nacional es difícil de obtener debido a la variabilidad de rasgos y experiencias consideradas como parte de este constructo, aunado al hecho de que no es un diagnóstico. No obstante, los estudios realizados al respecto revelan que entre 5.8% (McGrath *et al.*, 2015) y 7.2% (Linscott & van Os, 2013) de la población general adulta ha vivido al menos una experiencia psicótica a lo largo de su vida. Dentro del porcentaje de personas que reportan haber tenido este tipo de experiencias, 64% mencionaron no haber vivido más de 5 en toda su vida, es decir, fueron transitorias (McGrath *et al.*, 2015).

Factores sociodemográficos como no tener un empleo, no tener un matrimonio, contar con ingresos bajos, así como un menor nivel académico se han relacionado con vivir más experiencias psicóticas (McGrath *et al.*, 2015). Además, se ha observado la vivencia de experiencias psicóticas seguidas de acontecimientos que generan elevados índices de estrés en poblaciones no clínicas (Dizinger *et al.*, 2022; Fonseca-Pedrero *et al.*, 2015).

Los estudios que reportan diferencias por sexo en los niveles de cada una de las dimensiones de esquizotipia son inconsistentes. Por una parte, se ha observado que en población adulta las mujeres tienden a obtener puntuaciones más elevadas en la dimensión positiva en comparación con los hombres, los cuales, suelen obtener mayores niveles de las dimensiones negativa y desorganizada (Fossati *et al.*, 2003; Mason & Claridge, 2006; Ödéhn & Goulding, 2018; Paíno-Piñero *et al.*, 2008), mientras que en otros estudios no se ha encontrado ninguna diferencia en función de sexo (Fonseca-Pedrero *et al.*, 2009; Marrero *et al.*, 2020; Roser *et al.*, 2012).

3.3 Relación entre las experiencias de abuso o negligencia durante la infancia y esquizotipia

Las experiencias tempranas de abuso o negligencia durante la infancia, particularmente las conductas parentales de antipatía, el abuso emocional, el castigo severo y la supervisión parental deficiente han sido señaladas como factores de riesgo para la esquizotipia (Dong *et al.*, 2021).

En relación con lo anterior, dos investigaciones, ambas realizadas con población de los Países Bajos y Bélgica (Heins *et al.*, 2011; van Dam *et al.*, 2015), analizaron la relación entre haber experimentado abuso o negligencia infantil y la posterior expresión de esquizotipia durante la adultez en tres grupos. Los grupos en los que se dividieron a las y los participantes fueron: a) población clínica, conformada por pacientes con diagnóstico de algún trastorno psicótico, b) vulnerabilidad genética, conformado por hermanos o hermanas del grupo anterior y c) un grupo control conformado por participantes sin psicosis ni antecedentes familiares de psicosis. Estas investigaciones encontraron que las personas que desarrollan algún trastorno del espectro de la esquizofrenia vivieron más experiencias de abuso y negligencia durante su infancia, no únicamente en comparación con individuos sanos, sino también con respecto a sus hermanos y hermanas. Esta diferencia de vivencias adversas durante la infancia significa que, aunque se

comparta vulnerabilidad genética como en el caso de los hermanos y hermanas de pacientes, la exposición diferencial a factores ambientales, como el maltrato durante la infancia, modifica el riesgo de desarrollo de trastornos psicóticos (Heins *et al.*, 2011; van Dam *et al.*, 2015).

van Dam y colaboradores (2015) señalan que las personas que experimentaron algún tipo de abuso o negligencia durante su infancia son más vulnerables a desarrollar esquizotipia negativa y positiva que sus contrapartes que no tuvieron este tipo de experiencias, relación que se mantiene en las comparaciones de población clínica-control, población clínica-vulnerabilidad genética y población con vulnerabilidad genética-control. Asimismo, Heins y colaboradores (2011) encontraron una relación dosis-respuesta entre abuso y la dimensión positiva de esquizotipia, lo que según estos autores podría ser un indicio de causalidad entre estas dos variables.

La relación entre experiencias de abuso y negligencia en la infancia con esquizotipia se mantiene en poblaciones no clínicas. Evidencia de esto es la revisión sistemática y metaanálisis realizados por Toutountzidis y colaboradores (2022) en donde se informa de la literatura publicada disponible acerca de las asociaciones entre experiencias traumáticas infantiles, incluyendo abuso y negligencia infantil, y esquizotipia en poblaciones no clínicas. Esta revisión señala que hay relaciones que parecen mantenerse a lo largo de los estudios, como el abuso emocional con la dimensión negativa y esquizotipia total, negligencia física y emocional con la dimensión desorganizadas, así como los niveles totales de trauma infantil con la dimensión positiva. Además, se menciona que la esquizotipia se relaciona con los diferentes tipos de abuso y negligencia en una forma que parece ser de dosis-respuesta, en donde el abuso emocional es el más fuerte.

Según Toutountzidis y colaboradores (2022), la relación entre abuso emocional y esquizotipia, que se reporta como la más fuerte de entre los tipos de abuso y negligencia infantil, se podría explicar a partir del periodo temporal más amplio en comparación de otros tipos de

maltrato en el que permanece sin ser detectado. Además, es probable que el abuso emocional se presente en conjunto con otras formas de maltrato, lo que podría aumentar su efecto.

Por otra parte, la negligencia se ha asociado con las dimensiones positiva y negativa, mientras que las experiencias de abuso físico y sexual únicamente con los síntomas positivos, como lo son altos niveles de paranoia y experiencias perceptuales inusuales, aunque no con pensamiento mágico (Steel *et al.*, 2009). La asociación entre tipos de abuso y negligencia infantil con las dimensiones de la esquizotipia se ha explicado a partir de la diferencia de efectos que tiene los maltratos en el desarrollo cerebral, ya que se ha reportado que la negligencia deriva en déficits cognitivos y psicosociales más graves (Velikonja *et al.*, 2015).

La relación entre abuso y negligencia en la infancia con la esquizotipia desarrollada en la adultez puede ser explicada desde una perspectiva neurobiológica, ya que se sabe que las experiencias de abuso tienen el potencial de impactar en el desarrollo cerebral infantil y derivar en déficits relacionados con la esquizotipia. Además, la negligencia puede afectar el neurodesarrollo debido a la privación de experiencias estimulantes que llevan a las personas a desarrollar déficits cognitivos y psicosociales que se han asociado a niveles altos tanto de esquizotipia positiva, como desorganizada (van Dam *et al.*, 2015).

Asimismo, otro mecanismo mediante el cual se ha tratado de explicar la relación entre abuso y negligencia infantil y esquizotipia es la teoría de sensibilización al estrés, en donde se postula que la experimentación temprana de eventos traumáticos o estresantes resulta en la sensibilización o receptividad a estresores posteriores, que en el caso de personas con vulnerabilidad a psicosis les llevan a mostrar reacciones emocionales más elevadas a estresores de la vida cotidiana (Collip *et al.*, 2008; Lardinois *et al.*, 2011).

Por otra parte, Steel y colaboradores (2009) mencionan que las experiencias de abuso y negligencia en la infancia contribuyen al desarrollo de creencias negativas sobre una o uno

mismo y sobre las demás personas, lo que genera desconfianza y suspicacia, que a su vez se asocian al desarrollo y mantenimiento de ideación paranoide, ideas de referencia, así como altos niveles de ansiedad y depresión. Específicamente, esta explicación se vincula con el desarrollo de estilos de apego inseguro derivado del abuso y negligencia infantil, que impactan en la formación de un sentimiento de ser indigno y de actitudes ansiosas ante las relaciones cercanas, o, por el contrario, la excesiva autosuficiencia y un enfoque de evitación ante las relaciones con otras personas (Midolo *et al.*, 2020) y que se ha visto se relacionan con las experiencias psicóticas (Gumley *et al.*, 2014).

CAPÍTULO 4. MÉTODO

4.1 Planteamiento del problema

El abuso o negligencia en la infancia es un problema de salud pública que afecta a las personas que lo viven no únicamente en el momento en el que se dan los actos u omisiones, sino también a largo plazo a nivel físico, mental y económico para las personas que lo experimentaron directamente y sus familias (OMS, 2020a).

Las experiencias de abuso o negligencia infantil representan un gasto monetario en la atención a corto y largo plazo de las personas que vivieron el maltrato, tales como tratamiento, visitas al hospital, gastos relacionados con la asistencia social y jurídica, pérdida de productividad, ausentismo, discapacidad, menor calidad de vida y muerte prematura (Runyan *et al.*, 2003). Un indicio de la magnitud de este gasto monetario es la carga económica estimada para Estados Unidos en el 2015, la cual fue de 2 billones de dólares, teniendo un costo de \$210,012 a \$830 928 por cada superviviente de maltrato infantil no mortal y de \$1.3 a \$16.6 millones por cada víctima mortal (Peterson *et al.*, 2018).

Uno de los problemas de salud mental con los que se han asociado las experiencias de abuso o negligencia en la infancia es la esquizotipia (Velikonja *et al.*, 2015). Las personas con altos niveles de esquizotipia presentan anhedonia social que los lleva a evitar participar en actividades que impliquen la interacción activa con otros (Minor *et al.*, 2020), reportan que sus pensamientos y acciones se ven interrumpidos, además de que los pensamientos son confusos y difíciles de controlar (Kwapil *et al.*, 2020), viven menos experiencias placenteras, emplean más estrategias de afrontamiento negativas y viven mayores niveles de ansiedad y depresión (Wang *et al.*, 2018). Asimismo, el funcionamiento cognitivo también se ve afectado, llevando a las personas a obtener menores puntuaciones en tareas de inhibición, dificultades en la velocidad de procesamiento y en la fluidez verbal (Karamaouna *et al.*, 2021). Las personas con niveles

altos de esquizotipia tienen un peor funcionamiento psicosocial (Zyla & Lenzenweger, 2022), lo cual implica dificultades en la capacidad de cuidarse a sí misma o mismo y mantener las actividades diarias, así como alteraciones en las habilidades instrumentales y sociales para vivir en comunidad (Saraswat *et al.*, 2006).

4.2 Justificación

Aunque la relación entre las experiencias de abuso y negligencia infantil y la psicosis está bien documentada (p.ej. Lardinois *et al.*, 2011; Heins *et al.*, 2011; van Dam *et al.*, 2015), la literatura disponible al respecto realizada con muestras no clínicas aún es escasa. Además, a pesar de que la investigación en poblaciones no clínicas ha ido en aumento, la mayoría de los estudios se han llevado a cabo en países o regiones catalogadas como de ingresos altos como lo son Europa, Estados Unidos y Australia (Toutountzidis *et al.*, 2022; Velikonja *et al.*, 2015).

Las diferencias socioeconómicas y culturales entre los países en donde se ha hecho mayormente la investigación y México, aunado a los factores de riesgo relacionados con las experiencias de abuso y negligencia, denotan la importancia de realizar investigaciones que analicen el abuso y negligencia infantil, así como sus consecuencias, como lo puede ser la esquizotipia, con el fin de contribuir a dirigir los esfuerzos de salud pública hacia el desarrollo de estrategias e intervenciones preventivas para evitar o reducir las consecuencias adversas en salud mental de las personas que hayan experimentado este tipo de experiencias de la población mexicana.

En las revisiones sistemáticas realizadas hasta el momento no figuran estudios que relacionen el abuso y negligencia infantil y esquizotipia en población general latinoamericana o mexicana (Toutountzidis *et al.*, 2022; Velikonja *et al.*, 2015), aun cuando se sabe que la violencia contra los niños, niñas y adolescentes es alta en el país (INPS & UNICEF, 2017; WHO, 2020) y

se ha visto que la relación entre las vivencias infantiles adversas y problemas de salud mental es fuerte (Kessler *et al.*, 2010).

Aunado a lo anterior, la investigación sobre la esquizotipia contribuye a la normalización y desestigmatización de los trastornos del espectro de la esquizofrenia, ya que no necesariamente se asocia a malestar o discapacidad, sino que puede estar presente en la población general. Además, constituye un elemento importante para el estudio de los factores etiológicos, de riesgo y de protección de la psicosis sin los sesgos observados en las poblaciones clínicas. En consecuencia, el estudio de la esquizotipia puede ayudar a mejorar los esfuerzos realizados para la de prevención, detección e intervención temprana para trastornos del espectro de la psicosis (Fonseca-Pedrero *et al.*, 2021).

Finalmente, dada la conceptualización actual de la esquizotipia como parte del continuo de la psicosis, los instrumentos con los que se ha buscado una aproximación a ésta suelen tener limitaciones como la desactualización de constructo reflejadas en la inconsistencia en el número de factores que contienen, utilización de lenguaje desactualizado o sesgado culturalmente y altos niveles de funcionamiento diferencial de los ítems por sexo o etnia (Kwapil *et al.*, 2018b; Gross *et al.*, 2018). En consecuencia, se ha desarrollado la Multidimensional Schizotypy Scale – Brief la cual es una escala actualizada que ha mostrado adecuados índices psicométricos en distintos grupos étnicos, incluyendo población hispana o latina (Gross *et al.*, 2018), por lo que este estudio constituye un primer indicio para su validación en población mexicana.

Considerando los antecedentes hasta el momento desarrollados, el propósito de este estudio fue analizar la asociación entre las experiencias de abuso o negligencia en la infancia y las dimensiones de esquizotipia en una muestra de adultas y adultos jóvenes mexicanos de la población general.

4.3 Pregunta de investigación

¿Existe asociación entre las experiencias de abuso o negligencia en la infancia y las dimensiones de esquizotipia en adultas y adultos jóvenes mexicanos de la población general?

4.4 Objetivos

4.4.1 Objetivo general

Analizar la asociación entre las experiencias de abuso y negligencia en la infancia y las dimensiones de esquizotipia en adultas y adultos jóvenes mexicanos de la población general.

4.4.2 Objetivos específicos

- Describir la prevalencia de experiencias de abuso físico, emocional, sexual, negligencia física y emocional en una muestra de adultas y adultos jóvenes mexicanos de la población general.
- Describir los niveles de esquizotipia positiva, negativa y desorganizada en una muestra de adultas y adultos jóvenes mexicanos de población general.
- Explorar la asociación entre experiencias de abuso y negligencia en la infancia y las dimensiones de esquizotipia en una muestra de adultas y adultos jóvenes mexicanos de la población general.

4.5 Hipótesis

HI: Existe relación entre las experiencias de abuso o negligencia en la infancia y las dimensiones de esquizotipia.

HO: No existe relación entre las experiencias de abuso o negligencia en la infancia y las dimensiones de esquizotipia.

4.6 Definición de variables

4.6.1 Experiencias de abuso y negligencia en la infancia

Las experiencias de abuso y negligencia durante la infancia engloban un conjunto de abusos y desatención de las que son objeto las personas menores de 18 años y que causan daño a su salud, a su desarrollo físico o psicológico, a su dignidad personal, o que incluso puedan llegar a poner en peligro su supervivencia (OMS, 2020a).

En el Cuestionario de Trauma Infantil (Bernstein *et al.*, 2003) se miden cinco tipos de abuso y negligencia infantil: abuso físico, emocional y sexual, y negligencia emocional y física. El **abuso físico** es definido como las agresiones corporales realizadas por una persona mayor o adulta hacia una o un infante que implicar riesgo o resultan en una lesión. El **abuso emocional** se refiere a agresiones verbales contra el sentido de valía o bienestar, o cualquier comportamiento humillante o degradante dirigido a una o un menor de edad realizado por una persona mayor o adulta. El **abuso sexual** es todo contacto o conducta sexual entre una o un menor de 18 años y una persona mayor o adulta.

Por otra parte, la **negligencia física** se refiere a la desatención de las necesidades físicas básicas del niño, niña o adolescente como la alimentación, vivienda, ropa, seguridad y atención médica; asimismo, se incluye la supervisión deficiente que pone en peligro la seguridad de la o el menor de edad. La **negligencia emocional** por su parte se define como la incapacidad de las y los cuidadores para satisfacer las necesidades emocionales y psicológicas básicas de la o el infante, incluyendo amor, sentimiento de pertenencia, cuidado y apoyo (Bernstein *et al.*, 2003).

4.6.2 Esquizotipia

La esquizotipia suele dividirse en dimensión positiva, negativa y de desorganización. Dentro de la **dimensión positiva** se encuentran alteraciones en el contenido del pensamiento como lo son la ideación mágica, pensamiento referencial, lectura de mente, transmisión de

pensamientos, experiencias sobrenaturales, experiencias de pasividad y poderes especiales, anomalías perceptivas incluidas las alucinaciones, suspicacia y paranoia. La **dimensión negativa** o deficitaria se refiere a las experiencias y expresiones disminuidas en donde se comprende desinterés social, afecto aplanado, anhedonia, alogia, anergia y abulia que se relacionan con características duraderas y no únicamente a episodios o características momentáneas. Finalmente, la **dimensión de desorganización** cognitivo-conductual se caracteriza por alteraciones en la capacidad para organizar y expresar pensamientos y conductas en donde se incluye confusión, pensamientos acelerados, alteraciones en el lenguaje, dificultad de seguir conversaciones y lentitud del pensamiento (Kwapil *et al.*, 2018b).

4.7 Tipo de estudio

Cuantitativo, descriptivo, observacional, transversal, correlacional.

4.8 Participantes

La muestra fue no probabilística por conveniencia y estuvo conformada por 769 personas de nacionalidad mexicana con edad entre 18 y 45 años.

Criterios de inclusión: a) Tener entre 18 y 45 años; b) contar con un dispositivo electrónico (celular, computadora, laptop, etc.) con acceso a internet.

Criterios de exclusión: a) contar con algún diagnóstico psiquiátrico de los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otras psicosis.

4.9 Instrumentos

Datos sociodemográficos. Se realizó un cuestionario *ad hoc* para el presente estudio que incluyó preguntas sobre edad, sexo, estado civil, nacionalidad, nivel socioeconómico, nivel académico y ocupación.

Cuestionario de trauma infantil en su versión corta [Childhood Trauma Questionnaire Short-Form (CTQ-SF); Bernstein et al., 2003] es un instrumento de autoinforme que evalúa en retrospectiva experiencias de abuso y negligencia antes de los 17 años. Consta de 28 ítems que conforman cinco subescalas: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligencia emocional y negligencia física y tres reactivos para la detección de respuestas socialmente aceptadas o subregistro. Las respuestas se puntúan con una escala tipo Likert de cinco puntos (nunca= 1; raramente= 2; a veces= 3; a menudo 4; muy a menudo= 5). Cada subescala tiene un rango posible de 5 a 25. Antes de hacer la suma para cada subescala, es necesario recodificar los siguientes ítems: 2, 5, 7, 13, 19, 26 y 28 (nunca= 5; raramente= 4; a veces= 3; a menudo 2; muy a menudo= 1). Para dicotomizar el tipo de abuso y negligencia en presencia o ausencia los puntos de corte sugeridos son: abuso emocional ≥ 9 , abuso físico ≥ 8 , abuso sexual ≥ 6 , negligencia emocional ≥ 10 y negligencia física ≥ 8 (Bernstein & Fink, 1998). También es posible clasificar el grado de abuso con base en los puntos de corte que se pueden observar en la Tabla 1. Aunque el CTQ-SF no cuenta con validación al contexto mexicano, ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas en población de habla hispana tal y como reportan Hernández y colaboradores (2013) para España, así como Behn y colaboradores (2020) para Chile. En el presente estudio, el Alfa de Cronbach para cada una de las subescalas fueron las siguientes: abuso físico a 0.87, abuso sexual a 0.93, abuso emocional a 0.88, negligencia emocional a 0.87 y negligencia física a 0.70.

Tabla 1

Puntos de corte sugeridos para clasificar el abuso y negligencia infantil (Bernstein & Fink, 1998)

Clasificación del grado de abuso y negligencia en la infancia				
	Ninguno o mínimo	Bajo a Moderado	Moderado a severo	Severo a extremo
Abuso físico	5-7	8-9	10-12	≥ 13
Abuso sexual	5	6-7	8-12	≥ 13
Abuso emocional	5-8	9-12	13-15	≥ 16
Negligencia física	5-7	8-9	10-12	≥ 13
Negligencia emocional	5-9	10-14	15-17	≥ 18

Escala breve multidimensional de esquizotipia [Multidimensional Schizotypy Scale-Brief (MSS-B); Gross et al., 2018] es una escala de autoinforme que tiene como objetivo evaluar las dimensiones de la esquizotipia. Consta de 38 reactivos que se dividen en tres factores: esquizotipia positiva, esquizotipia negativa y esquizotipia desorganizada. Las opciones de respuesta para cada ítem son dicotómicas (verdadero= 1 y falso= 0). Las puntuaciones de los reactivos 4,10, 25 y 37 deben de recodificarse (verdadero= 0 y falso= 1). Finalmente se realiza la sumatoria de las puntuaciones de cada ítem en cada factor. El MSS-B ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas en cada una de sus subescalas (Kemp et al., 2020). Aunque no se encuentra validada para población mexicana, en el presente estudio el Alfa de Cronbach para cada una de las dimensiones fueron las siguientes: esquizotipia positiva a 0.78, esquizotipia negativa a 0.78 y esquizotipia desorganizada a 0.89.

4.10 Consideraciones éticas

La totalidad de las y los participantes brindaron su consentimiento informado en línea antes de responder los cuestionarios. En el consentimiento se abordó el objetivo del estudio, descripción de la participación, duración aproximada y se resaltó el carácter voluntario, gratuito y anónimo de la colaboración. En relación con la confidencialidad, se explicó que la información individual de las y los participantes no se daría a conocer en ninguna circunstancia y los datos

recabados serían empleados únicamente para fines estadísticos de investigación, además de que podrían darse a conocer de forma global en artículos científicos o foros académicos. Asimismo, fue brindado un folleto informativo con estrategias de autocuidado, un directorio con instituciones de servicios públicos que dan atención psicológica gratis o a bajo costo, y el contacto del equipo de investigación en caso de experimentar alguna inquietud, sentimiento de malestar o intranquilidad, requerir apoyo psicológico a distancia o de tener alguna duda o comentario respecto a la investigación.

4.11 Procedimiento

Este estudio forma parte del proyecto de investigación “Prevención y alfabetización comunitaria en salud mental para mejorar la detección temprana de trastornos mentales graves, disminuir el estigma y promover la búsqueda de atención profesional oportuna” que se desarrolla en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT- PRONACES SALUD, clave 3205), investigadora responsable Dra. Tecelli Domínguez Martínez. Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del INPRFM (Número de aprobación: CEI/C/019/2021).

Se realizó una encuesta en línea a través de la plataforma *Qualtrics* y fue distribuida a través de un enlace anónimo en redes sociales personales e institucionales (Facebook, WhatsApp, página web del INPRFM, etc.). La plataforma *Qualtrics* maneja un sistema con datos encriptados que permite asegurar la confidencialidad y seguridad de la información.

Se invitó a participar a personas de entre 18 y 45 años. Al inicio de la encuesta se presentó el consentimiento informado en línea y las personas que participaron tenían la opción de responder “Sí, acepto participar en este estudio” o “No, no estoy interesado en participar en este estudio”. En este último caso, se les daba un mensaje de agradecimiento y no se daba acceso a

la encuesta. Los datos comprendidos en la presente tesis se recopilaron en el periodo de marzo a junio del 2022.

4.12 Diseño estadístico

Los datos fueron analizados a través del programa estadístico informático SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versión 24.0. Se realizaron análisis descriptivos (media, desviación estándar y porcentajes) para conocer las características de la muestra, también se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov (K-S) y para conocer la asociación entre las variables se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

Datos sociodemográficos

En este estudio participaron 769 personas jóvenes mexicanas con edad promedio de 29.52 (DS=8.19). En la Tabla 2 pueden observarse las características de la muestra, la cual estuvo constituida principalmente por mujeres (78.9%; n=606). El 53.7% (n=413) fueron solteros/as, el 23.0% (n=177) estaban casados/as o vivían en unión libre y el 18.6% (n=143) tenían una relación sentimental. Más de la mitad (61.7%; n=471) tenían un nivel socioeconómico medio. Al momento de responder la encuesta, la mayoría contaba con estudios concluidos de licenciatura (46.3%; n=356), seguidos de los de bachillerato (30.7%; n=236). El 48.9% (n=376) tenía un trabajo remunerado y el 33.6% (n=258) era estudiante. De estos últimos, 88.4% (n=228) estudiaba una licenciatura, 8.5% (n=22) estudios de posgrado, 0.8% (n=2) la preparatoria, 1.2% (n=3) una carrera técnica y 3 otros estudios (1.2%). El 52.4% (n=403) vivían con la familia nuclear y 23.8% (n=183) con la pareja.

Tabla 2*Características de la muestra (n=769)*

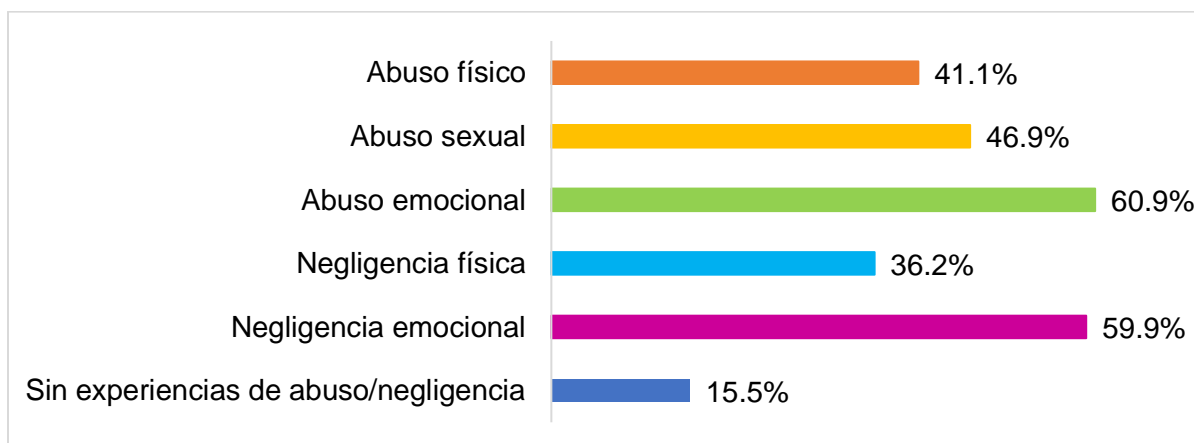
	N	%
Sexo		
Mujeres	606	78.9
Hombres	162	21.1
Estado civil		
Soltero/a	413	53.7
Casado/a o en unión libre	177	23.0
En una relación sentimental	143	18.6
Divorciado/a o separado/a	33	4.3
Otro	3	0.4
Nivel socioeconómico		
Bajo	240	31.5
Medio	471	61.7
Alto	52	6.8
Con quién vive		
Solo/a	77	10.0
Con pareja	183	23.8
Familia nuclear	403	52.4
Familia extensa	35	4.6
Amigos	16	2.1
Otro	55	7.2
Nivel académico		
Posgrado o superior	152	19.8
Licenciatura	356	46.3
Preparatoria	236	30.7
Carrera técnica	10	1.3
Secundaria	8	1.0
Primaria	2	0.3
Ocupación		
Estudiante	258	33.6
Trabajo remunerado	376	48.9
Trabajo no remunerado	51	6.6
Desempleado	39	5.1
Otro	45	5.9

Prevalencia de experiencias de abuso y negligencia durante la infancia y esquizotipia

Como puede observarse en la Figura 2, las experiencias de abuso emocional (60.9%, n=468) y negligencia emocional (59.9%, n=461) fueron las más prevalentes, seguidas del abuso sexual (46.9%, n=361) y físico (41.1%, n=316). Las experiencias de negligencia física se presentaron en el 36.2% (n=278) de la muestra. Únicamente el 15.5% (n=119) de las personas participantes no reportó haber experimentado ningún tipo de abuso o negligencia durante la infancia.

Figura 2

Experiencias de abuso y negligencia infantil en la muestra estudiada (n=769)



Como puede verse en la Tabla 3, aunque la mayoría de las personas reportaron experiencias de abuso o negligencia mínimas, el abuso emocional fue el que mayormente se alcanzó un grado de severo a extremo (23.1%, n=178) seguido del abuso sexual (15.6%, n=120).

Tabla 3

Porcentajes por grado de abuso y negligencia infantil (n=769)

	Clasificación del grado de abuso y negligencia infantil							
	Ninguno a mínimo		Bajo a Moderado		Moderado a severo		Severo a extremo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Abuso físico	452	58.9	116	15.0	86	11.2	115	14.9
Abuso sexual	407	53.0	139	18.0	103	13.4	120	15.6
Abuso emocional	300	39.2	192	24.9	99	12.8	178	23.1
Negligencia física	491	63.9	119	15.4	87	11.3	72	9.3
Negligencia emocional	306	39.9	251	32.6	115	14.9	97	12.6

En la Tabla 4 se pueden observar los valores dimensionales tanto de las experiencias de abuso y negligencia en la infancia como de las dimensiones de esquizotipia. Se encontraron niveles más elevados en la dimensión negativa de esquizotipia, seguida de la dimensión desorganizada.

Tabla 4

Experiencias de abuso y negligencia en la infancia y dimensiones de la esquizotipia

	Rango posible	\bar{x}	DS
Experiencias de negligencia y abuso infantil			
Abuso físico	0-25	8.2	4.2
Abuso sexual	0-25	7.8	4.7
Abuso emocional	0-25	11.3	5.4
Negligencia física	0-25	7.4	3.0
Negligencia emocional	0-25	11.4	4.9
Dimensiones de la esquizotipia			
Positiva	0-13	1.7	2.3
Negativa	0-13	4.0	3.0
Desorganizada	0-12	2.6	3.3

Nota. \bar{x} , media; DS, desviación estándar.

Asociación entre experiencias de abuso y negligencia en la infancia y dimensiones de esquizotipia

A través de la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov (K-S) se observó que los datos no mostraban una distribución normal ($p= 0.000$) por lo que se utilizó la prueba no paramétrica coeficiente de correlación de Spearman para analizar la asociación entre los tipos de abuso y negligencia infantil y las dimensiones de esquizotipia.

Como puede observarse en la Tabla 5, todos los tipos de experiencias de abuso y negligencia durante la infancia mostraron asociaciones significativas débiles con las dimensiones positiva, negativa y desorganizada de esquizotipia.

Tabla 5

Asociación entre dimensiones de esquizotipia y experiencias de abuso y negligencia infantil

Experiencias de abuso y/o negligencia en la infancia	Dimensiones de la esquizotipia		
	Positiva r_s	Negativa r_s	Desorganizada r_s
Abuso físico	0.184***	0.080*	0.204***
Abuso sexual	0.157***	0.116**	0.168***
Abuso emocional	0.254***	0.196***	0.361***
Negligencia física	0.162***	0.208***	0.229***
Negligencia emocional	0.181***	0.315***	0.320***

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN

Prevalencia de experiencias de abuso y negligencia infantil

Uno de los objetivos específicos fue describir la prevalencia de las experiencias de abuso físico, emocional y sexual, así como de la negligencia física y emocional. Se encontró que el abuso y la negligencia emocional fueron los dos tipos de maltrato infantil más reportados con 60.9% y 59.9% respectivamente, seguidos del abuso sexual (46.9%), abuso físico (41.1%) y negligencia física (36.2%). Estas prevalencias son mayores a las estimaciones reportadas tanto a nivel mundial en el metaanálisis realizado por Stoltenborgh y colaboradores (2014), como a nivel nacional en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2018-19 (INSP, 2020; Valdez-Santiago *et al.*, 2020) y la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021 (INEGI, 2022).

La diferencia entre las prevalencias encontradas en la presente tesis y las reportadas a nivel mundial pueden deberse a las características sociales, demográficas y culturales mexicanas que contrastan con las de los países de donde provienen la mayoría de los estudios incluidos en las revisiones sistemáticas y metaanálisis. Ejemplo de esto es la conformación de países en el metaanálisis realizado por Stoltenborgh y colaboradores (2014) en donde del total de tasas de prevalencia incluidas, cerca del 80% eran de Estados Unidos, Europa y Nueva Zelanda o Australia, países con ingresos altos cuya realidad puede no ser completamente comparable con la de México.

En cuanto a la diferencia con la prevalencia señalada a nivel nacional por la ENSANUT 2018-19 (INSP, 2020) podría explicarse a partir de la diferencia de rangos de tiempo considerados para las estimaciones, ya que dicha encuesta proporciona una aproximación de cuántos niños, niñas y adolescentes de entre 0 y 14 años habían experimentado disciplina por tratos violentos, ya sea castigo físico o agresión psicológica, en el mes anterior a la encuesta, o

habían recibido un trato físico negligente en la semana previa, en el caso de menores de 5 años que habían sido dejados solos o solas, o al cuidado de otros niños y niñas menores de 10 años. Es decir, las estimaciones dadas por la ENSANUT 2018-19 solo comprendieron un periodo corto de tiempo. Por otro lado, las prevalencias aquí descritas fueron obtenidas a partir del CTQ-SF, el cual evalúa los diferentes tipos de abuso y negligencia infantil experimentados hasta antes de los 17 años. En consecuencia, la diferencia entre periodos estudiados constituye una explicación plausible ante la diferencia en el número de personas que reportan haber experimentado maltrato infantil que ya ha sido reportada (Stoltenborgh *et al.*, 2013).

Adicionalmente, Stoltenborgh y colaboradores (2011) señalan que existen factores metodológicos, como la definición, el número de preguntas realizadas y la forma de administración de los instrumentos, que afectan la prevalencia reportada para el abuso sexual infantil en mujeres, por lo que la prevalencia es mayor cuando la definición es más amplia o general, se realizan más preguntas y aplican cuestionarios en lápiz y papel o en línea, que cuando la definición es más estricta, se aplican menos de tres preguntas y se recaba la información por medio de entrevistas telefónicas o presenciales.

En consecuencia, una explicación plausible al contraste entre la prevalencia de abuso sexual infantil aquí reportada de 46.9% y las señaladas tanto por la ENSANUT 2018-19 (Valdez-Santiago *et al.*, 2020), la cual señala 3.8% en mujeres y 1.2% en hombres, como por la ENDIREH 2021 (INEGI, 2022), en donde se reporta 12.6%, puede estar relacionada con las diferencias en la definición y método de evaluación. Por ejemplo, en cuanto a la forma de administración de los instrumentos, la ENDIREH 2021 realizó una entrevista presencial para recabar la información, mientras que en la presente tesis se aplicó una encuesta con instrumentos de autoinforme en línea. Aunado a ello, la ENSANUT 2018-19 realizó únicamente una pregunta dicotómica para realizar una estimación de abuso sexual infantil en adolescentes (Valdez-Santiago *et al.*, 2020),

por el contrario, la prevalencia aquí descrita fue dada a partir de cinco preguntas incluidas en el CTQ-SF.

Asimismo, es importante señalar que la muestra empleada en el presente estudio no se obtuvo por métodos probabilísticos y es varias veces menor a las que conforman encuestas nacionales como la ENSANUT 2018-19 en donde participaron más de 30 mil niños, niñas y adolescentes entre 0 y 14 años (INSP, 2020), por lo que a partir de los datos que comprende la presente tesis no es posible descartar que las personas que decidieron participar no tuvieran algún problema de salud mental o factores psicosociales adversos que pudieran estar afectando la prevalencia de abuso y negligencia aquí descritas. Sin embargo, la gran diferencia entre las prevalencias es un aspecto que debería de ser mayormente estudiado en investigaciones posteriores con población mexicana dadas las consecuencias en salud física y mental que este tipo de abuso puede tener.

Los hallazgos derivados del actual trabajo constituyen indicios del contexto de violencia en el que se han y se siguen desarrollando las infancias, ya que más del 80% de las y los participantes reportaron haber experimentado algún tipo de abuso o negligencia durante su infancia, siendo el abuso emocional el tipo de maltrato más reportado, mismo que también tuvo la prevalencia más alta para el nivel severo a extremo con 23.1%. Estos datos concuerdan con la información señalada por la Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres (ENIM) 2015 en donde se menciona que la forma más frecuente de educar a los niños y niñas es mediante métodos violentos, en donde la agresión psicológica es la más común (INSP & UNICEF, 2017) ya que es vista como una forma no física y por ende no violenta o nociva para disciplinar (Stoltenborgh *et al.*, 2014).

Asimismo, existen factores asociados a los padres, madres y personas cuidadoras, y al contexto socioeconómico que suponen un aumento en la vulnerabilidad de las y los niños y adolescentes para vivir abuso y negligencia. Por un lado, las dificultades económicas tales como

la pérdida de ingresos e inseguridad económica, se vuelven factores de riesgo ya que no solo privan de recursos, sino que también aumentan el estrés para los padres, madres y personas cuidadoras, lo que puede generar un aumento en la cantidad de conflictos familiares e inconsistencia en las prácticas de crianza, y que en casos extremos llega a terminar en el maltrato o negligencia infantil (Font & Maguire-Jack, 2020). Por otro lado, las personas encargadas del cuidado de niñas, niños y adolescentes reproducen lo que aprendieron de sus propias experiencias de crianza (Font y Maguire-Jack, 2020) y si además se encuentran mal informadas acerca del desarrollo infantil, suelen responder con mayor irritación a los estados de ánimo y comportamientos de las y los infantes, les apoyan menos, son poco cariñosas, no juegan con ellos y ellas, desatienden sus necesidades, son dominantes y hostiles (Rodríguez-Srednicki & Twaite, 2004).

En consecuencia, factores asociados a la alta prevalencia de experiencias de abuso emocional podrían ser el contexto socioeconómico mexicano y la información con la que cuentan las personas cuidadoras de niñas, niños y adolescentes sobre la crianza, la cual, en su mayoría, viene dada a partir de sus experiencias previas. Ejemplo de esto son las inseguridades experimentadas por personas encargadas de la crianza, quienes suelen tratar de evitar los mismos estilos de crianza con los que ellas crecieron, pero comparten el desconocimiento e incertidumbre ante las demandas de capacidades y competencias necesarias para ejercer adecuadamente su rol (Vergara, 2017).

Niveles de esquizotipia

El segundo objetivo específico fue describir los niveles de las dimensiones positiva, negativa y desorganizada de esquizotipia. Los resultados mostraron un promedio mayor de esquizotipia negativa en comparación con las otras dimensiones. Este resultado concuerda con lo reportado por Marrero y colaboradores (2020), quienes señalaron que los puntajes de las subescalas de falta de amigos íntimos y afecto aplanado del Cuestionario de Personalidad

Esquizotípica (SPQ), que miden aspectos de la dimensión negativa de la esquizotipia (Kwapil *et al.*, 2018a), son ligeramente superiores en población mexicana que en otras poblaciones hispanohablantes como la española (Fonseca-Pedrero *et al.*, 2014).

Se ha visto que las vivencias de negligencia emocional en la infancia se relacionan con dificultades en el funcionamiento social mediante el desarrollo de apego inseguro (Müller *et al.*, 2019), lo cual ha sido postulado como una forma de explicación de cómo factores psicosociales afectan la vulnerabilidad, expresión y curso de los trastornos del espectro de la psicosis (Berry *et al.*, 2007; Gumley *et al.*, 2014). En consecuencia, una posible explicación sobre el nivel de esquizotipia negativa aquí reportado podría darse a partir de la asociación de esta dimensión con la negligencia emocional, ya que en la presente tesis fue la más fuerte para la dimensión negativa en comparación con los otros tipos de abuso y negligencia, además de ser el segundo tipo de maltrato infantil más reportado por las y los participantes (59.9%). Es decir, las experiencias de negligencia emocional pudieran estar afectando los niveles de esquizotipia reportados en población mexicana.

No obstante, debido al alcance y objetivo principal de este estudio, no es posible afirmar una relación causal que permita explicar los puntajes para esquizotipia negativa más elevados en población mexicana que en otras, por lo que en investigaciones futuras sería importante analizar los factores relacionados con los niveles de esquizotipia negativa específicos a México, entre los que podría incluirse la negligencia emocional.

Relación entre experiencias de abuso y negligencia infantil y esquizotipia

El objetivo general de la presente tesis fue analizar la asociación entre las experiencias de abuso y negligencia en la infancia y las dimensiones de esquizotipia en una muestra de adultas y adultos jóvenes mexicanos de la población general. Los resultados mostraron que todos los tipos de abuso y negligencia se asociaron significativamente y de forma débil con las tres

dimensiones de la esquizotipia. Dicho hallazgo es consistente con los reportados en estudios previos acerca de la asociación entre estas variables en poblaciones no clínicas, en donde se ha encontrado que aunque todas las formas de abuso y negligencia correlacionan de forma significativa con las mediciones de esquizotipia, únicamente la asociación entre esquizotipia y abuso emocional sobrepasa el rango de correlación débil (Toutountzidis *et al.*, 2022).

Se han postulado distintos mecanismos para poder explicar la relación entre abuso o negligencia infantil y esquizotipia, como lo son el apego, la sensibilización al estrés y los cambios neurobiológicos derivados de las experiencias infantiles tempranas. El apego inseguro se caracteriza por la formación del sentimiento de ser indigno y de actitudes ansiosas ante las relaciones cercanas o, por el contrario, la excesiva autosuficiencia y un enfoque de evitación ante las relaciones con otras personas (Midolo *et al.*, 2020), lo cual se ha relacionado con experiencias psicóticas (Gumley *et al.*, 2014), desconfianza, suspicacia y desarrollo de ideación paranoide e ideas de referencia (Steel *et al.*, 2009).

Por otra parte, la teoría de sensibilización al estrés postula que como consecuencia a la experimentación temprana de eventos traumáticos o estresantes, como lo son el abuso o negligencia infantil, se da una sensibilización o receptividad a estresores posteriores y reacciones emocionales más elevadas a estresores de la vida cotidiana (Collip *et al.*, 2008). La sensibilización al estrés se ha asociado con mayor número de experiencias pseudo psicóticas (Rössler *et al.*, 2016) y tiene un efecto mediador entre maltrato infantil y esquizotipia (DeVylder *et al.*, 2016).

En cuanto a la explicación por medios neurobiológicos, distintos estudios han señalado que las vivencias de abuso físico y sexual en la infancia derivan en alteraciones en la corteza prefrontal (Amores-Villalba & Mateos-Mateos, 2017; Mesa-Gresa & Moya-Albiol, 2011; Teicher & Samson, 2016), misma que ha sido asociada con esquizotipia en general (Tonini *et al.*, 2021) y

de forma específica con la dimensión negativa de esquizotipia (Ettinger *et al.*, 2014; Kirschner *et al.*, 2020; Lemos *et al.*, 2000).

Aunado a ello, la esquizotipia positiva se encuentra asociada con déficits o anomalías del sistema límbico, en donde se incluyen estructuras como los lóbulos temporales, el hipocampo y la amígdala, encargados de la interpretación de la realidad externa y estímulos contextuales y cuyas alteraciones podrían explicar la hipervigilancia, dificultades en el análisis contextual e interpretación de la realidad. La relación con las experiencias de maltrato en la infancia se debe a que se sabe que la exposición prolongada al estrés, como en el caso del abuso y negligencia, afecta al eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal, el cual impacta en el sistema límbico debido a la alta vulnerabilidad de este último a los glucocorticoides (Mesa-Gresa & Moya-Albiol, 2011; Pereda & Gallardo-Pujol, 2011).

Implicaciones clínicas

Los resultados presentados en esta tesis pueden conformar la base para la creación de acciones preventivas de trastornos del espectro de la esquizofrenia y otras psicosis, así como de otras dificultades de salud mental relacionadas con la experiencia de abuso y negligencia en la infancia. La identificación del maltrato infantil como un factor correlacionado con la esquizotipia, así como las altas prevalencias de abuso y negligencia infantil permiten orientar el diseño de estrategias de prevención de primer, segundo y tercer nivel. En cuanto a las estrategias de prevención primaria (Malagón-Londoño & Reynales-Londoño, 2020) sería conveniente diseñar e implementar intervenciones para otorgar a padres, madres y personas cuidadoras herramientas útiles para la adecuada crianza de los niños, niñas y adolescentes que están a su cargo.

Estas intervenciones psicoeducativas dirigidas a personas cuidadoras deberían fomentar el desarrollo de un estilo de apego seguro (Midolo *et al.*, 2020; Nowalis *et al.*, 2022; Shahab *et al.*, 2021), adecuada regulación emocional (Michopoulos *et al.*, 2015), así como estrategias de

afrontamiento adaptativas (Vajda & Láng, 2014), ya que estos son algunos elementos por medio de los que se ha explicado las consecuencias adversas derivadas del abuso o negligencia infantil. Además, deberían ser dirigidas a población general para tener un mayor alcance en la prevención de experimentación de este tipo de violencias que se han relacionado con un amplio número de dificultades de salud tanto física como mental (Norman et al, 2012).

Por otro lado, la prevención secundaria está dirigida a disminuir el impacto de una problemática ya dada (Malagón-Londoño & Reynales-Londoño, 2020), de ahí que para este nivel las intervenciones podrían abocarse a la minimización de las consecuencias adversas que pueden derivar de las experiencias de abuso y negligencia durante la infancia en personas que ya lo experimentaron. Para este fin, un primer paso sería la identificación de niñas, niños y adolescentes que experimenten algún tipo de maltrato en el contexto escolar. No obstante, se ha visto que las y los docentes, así como otras y otros profesionales, tienden a no detectar o reportar maltrato infantil por la falta de formación que reciben al respecto (Glouchkow *et al.*, 2022). En consecuencia, es importante instruir al personal docente a distinguir los síntomas y factores de riesgo de los diferentes tipos de maltrato infantil para de esta forma brindar soporte en este contexto (Glouchkow *et al.*, 2022).

Partiendo del modelo de sensibilización al estrés, otro ejemplo de estrategia de prevención secundaria podrían ser las intervenciones dirigidas a población general adulta para brindarles herramientas en el manejo de por ejemplo estrés, esto debido principalmente a tres elementos: a) la relación entre abuso o negligencia infantil y esquizotipia ha sido explicada a partir de la sensibilización al estrés (Rössler *et al.*, 2016), b) la alta prevalencia de los distintos tipos de abuso y negligencia aquí reportada en donde más del 80% de las personas que respondieron la encuesta no reportaron haber vivido alguno de los cinco tipos de maltrato medidos, y c) otros estudios han reportado la relación entre vivir en un país de ingresos medios

y bajos y experimentación de mayores niveles de estrés percibido, así como de mayor número de experiencias pseudo psicóticas (DeVylder *et al.*, 2016).

Asimismo, se ha observado que las personas resilientes que pasan por experiencias de maltrato infantil pueden tener mejor calidad de vida, menor riesgo de desarrollar problemas de salud mental y consumo de sustancias y desarrollar mejores habilidades parentales (Meng *et al.*, 2018). Por tanto, un ejemplo más de estrategia de prevención secundaria podría ser fomentar la resiliencia de las personas supervivientes de abuso y negligencia infantil por medio de intervenciones que promuevan factores como el sentido de coherencia, el significado o propósito en la vida, las emociones placenteras, la autoestima, la autoeficacia, el afrontamiento activo, el apoyo social y la flexibilidad cognitiva (Kunzler *et al.*, 2020).

En un punto medio entre las estrategias de prevención primaria y secundaria se encuentran los programas psicoeducativos dirigidos a padres, madres y personas cuidadoras de niños, niñas y adolescentes que ya vivieron algún tipo de maltrato infantil o que se encuentran en riesgo de experimentarlo. En este sentido, de acuerdo con Temcheff y colaboradores (2018) algunas características compartidas entre los programas efectivos dirigidos a esta población son: orientación teórica cognitivo-conductual o de aprendizaje social; abordaje de temas como métodos de disciplina, comunicación e interacción familiar y regulación emocional; tener objetivos claros y explícitos; asignación de ejercicios de práctica; contar con manuales explicativos; y capacitación adecuada de las personas que lo impartan.

Finalmente, en cuanto a estrategias de prevención terciaria, las cuales buscan disminuir el avance y complicación de una problemática ya establecida (Malagón-Londoño & Reynales-Londoño, 2020), sería importante realizar esfuerzos para la detección temprana de personas con altos niveles de esquizotipia y de esta manera poder realizar intervenciones eviten la transición hacia manifestaciones clínicas. Asimismo, se podría realizar la divulgación del modelo actual en el que se conceptualiza la esquizotipia y esquizofrenia como vídeos o publicaciones en redes

sociales, de manera que se pueda reducir la estigmatización y propiciar la búsqueda de servicios de salud mental, impactando de esta manera en la forma de afrontar y adaptarse a las manifestaciones clínicas que podrían presentar las personas.

Limitaciones

Las limitaciones en cuanto a las características de la muestra se relacionan con la mayor participación de mujeres que de hombres, siendo ellas quienes conformaron cerca del 80% de la muestra encuestada, característica que podría estar influyendo en las relaciones y prevalencias aquí encontradas. Otra limitación asociada a la muestra fue que ésta estuvo conformada en su mayoría por personas que contaban con estudios concluidos de licenciatura, característica que no comparte la población mexicana general, ya que en promedio la escolaridad en México es de 9.7 años, es decir, no cuentan con los estudios de bachillerato concluidos (INEGI, 2021a). En consecuencia, al ser una muestra poco representativa de la población mexicana general, los hallazgos aquí descritos no pueden ser generalizados a dicha población.

Por otro lado, una limitación metodológica de esta investigación es que se emplearon instrumentos psicométricos en lugar de una entrevista semiestructurada para evaluar las experiencias de maltrato en la infancia, lo cual no permitió obtener información más detallada sobre la edad en la que ocurrió el abuso o negligencia durante la infancia, la persona que perpetró el maltrato, la gravedad de la experiencia y la cronicidad de la vivencia, factores que pueden relacionarse con las consecuencias neurológicas y psicológicas de las experiencias de abuso y negligencia infantil. Aunado a ello, los instrumentos empleados para la medición de ambas variables aunque han mostrado adecuadas propiedades psicométricas en otras poblaciones, incluyendo hispanohablantes, no cuentan con validación en México.

Otra limitación fue el diseño transversal del estudio, que no permite afirmar de forma inequívoca la existencia de una relación causal entre la experiencia de abuso y negligencia en la

infancia y los rasgos esquizotípicos durante la adultez. Además, la encuesta al ser distribuida y aplicada por medios virtuales podría no estar siendo recibida y contestada por poblaciones en las que estos medios no estén ampliamente difundidos, lo que podría representar un sesgo en las mediciones.

Dadas las limitaciones hasta el momento descritas, se sugiere ampliar los estudios en esta área con muestras más heterogéneas y representativas de la población mexicana, en donde se incluyan aplicaciones de lápiz y papel y entrevistas semiestructuradas que permitan estudiar las variables a profundidad para poder observar si las relaciones entre abuso y negligencia infantil y esquizotipia se mantienen o están influidas por otros factores. Incluir igual número de mujeres y hombres beneficiaría en el estudio de la diferenciación por sexo para la esquizotipia, y serían útiles para analizar el papel que juega el sexo en la relación entre las experiencias de abuso y negligencia en la infancia y la esquizotipia. Igualmente, realizar estudios longitudinales podrían ayudar en la identificación de relaciones causales, así como de factores protectores para el desarrollo de psicopatologías.

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES

Los hallazgos encontrados en este estudio contribuyen a ampliar el campo de conocimiento sobre el papel de las experiencias de abuso y negligencia infantil en el desarrollo posterior de esquizotipia en población general mexicana, al tiempo que abonan en la conceptualización actual del continuo de la psicosis. Aunque la esquizotipia no se asocia necesariamente con malestar o discapacidad, es un factor que puede vulnerar al desarrollo de trastornos del espectro de la esquizofrenia y otras psicosis (van Os *et al.*, 2009). Por ello, es una condición que merece especial atención tanto en el campo de la investigación, como en el campo clínico enfocado en la prevención de la psicosis.

Los datos aquí descritos demuestran que existe una asociación entre las experiencias de abuso y negligencia en la infancia y la esquizotipia que, de acuerdo con estudios anteriores, ha sido explicada a partir de mecanismos como las consecuencias neurobiológicas (Mesa-Gresa & Moya-Albiol, 2011; Pereda & Gallardo-Pujol, 2011), los estilos de apego (Berry *et al.*, 2007; Gumley *et al.*, 2014) y la sensibilización al estrés (Rössler *et al.*, 2016) que resultan de la experimentación de maltrato en etapas tempranas del desarrollo, y que al ser consideradas en conjunto ayudan en la conceptualización y diseño de estrategias de prevención de la salud en distintos niveles.

Ejemplos de estas posibles intervenciones son identificar a personas con altos niveles de esquizotipia en poblaciones de adolescentes y jóvenes para darles seguimiento, potencializar factores protectores y minimizar, en la medida de lo posible, factores de riesgo. Creación de contenido de divulgación con el objetivo de reducir el estigma hacia los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otras psicosis, y promover la búsqueda de servicios atención psicológica para mejorar la forma en que se afrontan las manifestaciones clínicas que pueden presentar.

En el caso de la población que haya experimentado abuso o negligencia infantil se pueden desarrollar programas dirigidos a docentes para que identifiquen el maltrato infantil y brindar apoyo al respecto. Además, podrían implementarse intervenciones psicoeducativas que fomenten el desarrollo de factores de resiliencia y manejo de estrés en la adultez y de esta manera proporcionar herramientas para el trabajo de las experiencias de abuso o negligencia.

Por otro lado, la alta prevalencia de abuso y negligencia emocional reportada en esta tesis deja ver la necesidad de prestar atención a la información y formación con la que cuentan padres, madres y personas cuidadoras. Un ejemplo de respuesta tal necesidad sería implementar intervenciones en materia de psicoeducación parental para la población general, con el objetivo de ayudar a crear herramientas para la adecuada crianza en donde se fomente el desarrollo de apego seguro, adecuada regulación emocional y estrategias de afrontamiento adaptativas, evitando emplear métodos de disciplina violentos o tratos negligentes de manera que los niños, niñas y adolescentes puedan desarrollarse adecuadamente física y emocionalmente. Estas intervenciones deberían tener orientación teórica cognitivo-conductual o de aprendizaje social, objetivos claros y explícitos, asignación de ejercicios de práctica y contar con manuales explicativos, así como una adecuada capacitación de las personas que lo impartan (Temcheff *et al.*, 2018).

Asimismo, realizar estudios enfocados a la validación de instrumentos como Cuestionario de Trauma Infantil en su versión corta (CTQ-SF) y la Escala Breve Multidimensional de Esquizotipia (MSS-B) en población mexicana, beneficiaría a la investigación e intervención de estas dos variables. En el caso de la MSS-B, su validación en México permitiría contar con un instrumento confiable y válido para la evaluación de la esquizotipia en población mexicana.

Finalmente, debido a los hallazgos de correlaciones positivas débiles entre abuso y negligencia y esquizotipia y la amplia gama de factores de riesgo propuestos en la etiología de la esquizotipia, próximas investigaciones deberían incluir en análisis multivariado factores que

aumentan los niveles percibidos de estrés, el cual se ha relacionado con mayor número de experiencias pseudo psicóticas (DeVylder *et al.*, 2016), entre la población adulta joven para evaluar las posibles interacciones sinérgicas, así como los mecanismos que subyacen a las relaciones entre los factores de riesgo y la esquizotipia. Para dicho objetivo, análisis más actualizados como los son el aprendizaje automático o *machine learning* constituiría un elemento útil para el desarrollo de modelos más generalizables y centrados en la predicción también a nivel de un solo sujeto más que a nivel de diferencias grupales (Orrù *et al.*, 2020).

REFERENCIAS

- Almuneef, M. (2021). Long term consequences of child sexual abuse in Saudi Arabia: A report from national study. *Child Abuse & Neglect*, 116, 103967. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.003>
- Amores-Villalba, A. & Mateos-Mateos R. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa*, 23, 81-88. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pse.2017.05.006>
- Arzate-Salgado, J. (2022). Herramientas para la comprensión sociológica del bienestar: analítica de las formas de precariedad social y visibilización del continuo desigualdad(es) violencia(s). *Ánfora*, 29(53), 42-62. <https://doi.org/10.30854/anf.v29.n53.2022.915>
- Assink, M., Spruit, A., Schuts, M, Lindauer, R., van der Put, C. & Stams, G. (2018). The intergenerational transmission of child maltreatment: A three level meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 84, 131-145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.037>
- Barrantes-Vidal, N., Grant, P. & Kwapil, T. (2015). The rolre of schizotypy in the study of the etiology of schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 41(Suppl 2), S408–S416. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu191>
- Behn, A., Vöhringer, P., Martínez, P., Domínguez, A., González, A., Carrasco, M. & Gloger, S. (2020). Validación de la versión en español del Childhood Trauma Questionnaire-Short Form en Chile, en una muestra de pacientes con depresión clínica. *Revista Médica de Chile*, 148(3), 336-343. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000300336>
- Bernstein, D., Stein, J., Newcomb, M., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L, Medrano, M., Desmond, D. & Zule, W. (2003). Development and

- validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0).
- Berry, K., Barrowclough, C. & Wearden, A. (2007). A review of the role of adult attachment style in psychosis: Unexplored issues and questions for further research. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 458-475. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.006>
- Blanco, C. (2006). *Estudio histórico y comparado de la legislación de menores infractores*. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. <https://repositorio.unam.mx/contenidos/5009309>
- Burns, E. E., Fischer, S., Jackson, J. L. & Harding, H. G. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 36(1), 32–39. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.08.005>
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (15 de marzo de 2021). *Violence prevention. Risk and protective factors*. Centers for Disease Control and Prevention. Recuperado el 26 de enero de 2022 de <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/riskprotectivefactors.html>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. (2006). *Guía para el Diagnóstico Presuntivo del Maltrato Infanto-Juvenil. Guía para la Capacitación del Personal Operativo de Salud*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/267953/diagnosticomaltratoinfantiljuvenil_V.pdf
- Choudhary, V., Satapathy, S. & Sagar, R. (2019). Qualitative Study on the Impact of Child Sexual Abuse: Perspectives of Children, Caregivers, and Professionals in Indian Context. *Journal of Child Sexual Abuse*. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1563262>

- Christian, C., Crawford-Jakubiak, J., Flaherty, E., Leventhal, J., Lukefahr, J., Sege, R., MacMillan, H., Nolan, C., Valley, L. & Hurley, T. (2015). The Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. *Pediatrics*, *135*(5), e1337–e1354. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0356>
- Collip, D., Myin-Gerneys, I. & van Os, J. (2008) Does the concept of “sensitization” provide a plausible mechanism for the putative link between the environment and schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, *34*(2), 220-225. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm163>
- Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres. (22 de noviembre del 2018). *¿Qué es la perspectiva de género y por qué es necesario implementarla?* Gobierno de México. Recuperado el 11 de noviembre de 2022 de <https://www.gob.mx/conavim/articulos/que-es-la-perspectiva-de-genero-y-por-que-es-necesario-implementarla>
- Debbané, M., Eliez, S., Badoud, D., Conus, P., Flückiger, R. & Schultze-Lutter, F. (2014). Developing Psychosis and Its Risk States Through the Lens of Schizotypy. *Schizophrenia Bulletin*, *41*(suppl 2), S396-S407. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu176>
- Derome, M., Tonini, E., Zöllner, D., Schaer, M., Eliez, S. & Debbané, M. (2020). Developmental trajectories of cortical thickness in relation to schizotypy during adolescence. *Schizophrenia Bulletin*, *46*(5), 1306-1316. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa020>
- Devries, K., Merrill, K., Knight, L., Bott, S., Guedes, A., Butron-Riveros, B., Hage, C., Petzold, M., Peterman, A., Cappa, C., Maxwell, L., Williams, A., Kishor, S. & Abrahams, N. (2019). Violence against children in Latin America and the Caribbean: What do available data reveal about prevalence and perpetrators? *Revista Panamericana de Salud Pública*, *43*. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.66>

- DeVylder, J., Koyanagi, A., Unck, J., Oh, H., Nam, B. & Stickley, A. (2016). Stress sensitivity and psychotic experiences in 39 low- and middle-income countries. *Schizophrenia Bulletin*, 42(6), 1353-1362. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw044>
- Dizinger, J., Doll, C., Rosen, M., Gruen, M., Daum, L., Schultze-Lutter, F., Betz, L., Kambeitz, J., Vogeley, K. & Haidl, T. (2022). Does childhood trauma predict schizotypal traits? A path modelling approach in a cohort of help-seeking subjects. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. <https://doi.org/10.1007/S00406-021-01373-6>
- Domínguez-Martínez, T., Kwapil, T. & Barrantes-Vidal, N. (2011). Investigación sobre el trastorno esquizotípico de la personalidad en la adolescencia: actualización. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 18, 99-104.
- Dong, F., Liu, J., Hodgson, N. & Medoff-Cooper, B. (2021). Early life factors of schizotypal personality disorder in adolescents: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(6), 1092-1112. <https://doi.org/10.1111/jpm.12733>
- Echeburúa, E. & Guerricaechevarría, C. (2021). *Abuso sexual en la infancia. Nuevas perspectivas clínicas y forenses*. Editorial Planeta.
- Ettinger, U., Meyhöfer, I., Steffens, M., Wagner, M. & Koutsouleris, N. (2014). Genetics, cognition, and neurobiology of schizotypal personality: A review of the overlap with schizophrenia. *Frontiers of Psychiatry*, 5, 18. <http://dx.doi.org/10.3389/fpsy.2014.00018>
- Fernández, G., Farina, P., Arráiz de Fernández, C. & Troya, E. (2020). Consecuencias del maltrato infantil en un hospital de Maracaibo-Venezuela. *Revista de Ciencias Sociales*, 26(1), 182-202.

Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia [UNICEF]. (2014). *Ocultos a plena luz. Un análisis estadístico de la violencia contra los niños*. UNICEF.
<https://www.unicef.org/ecuador/media/2436/file/Ocultos%20a%20plena%20luz.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia [UNICEF]. (2017). *Una situación habitual. Violencia en las vidas de los niños y los adolescentes*. UNICEF.
<https://www.unicef.org/dominicanrepublic/media/1636/file/Publicaci%C3%B3n%20%7C%20Una%20Situaci%C3%B3n%20Habitual.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia [UNICEF]. (2018). *Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia. Lineamientos para su abordaje*. UNICEF.
<https://www.unicef.org/argentina/media/3961/file/Abusos%20sexuales%20y%20embarazo%20forzado%20en%20la%20ni%C3%B1ez%20y%20adolescencia.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia [UNICEF]. (2019a). *Panorama estadístico de la violencia contra niñas, niños y adolescentes en México*. UNICEF.
<https://www.unicef.org/mexico/media/1731/file/UNICEF%20PanoramaEstadistico.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia [UNICEF]. (2019b). *Cada niño aprende. Estrategia de Educación de UNICEF 2019-2030*. UNICEF.
<https://www.unicef.org/media/64846/file/Estrategia-educacion-UNICEF-2019%E2%80%932030.pdf>

Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia [UNICEF]. (2020). *Otros 6,7 millones de niños menores de 5 años podrían sufrir de emaciación este año debido a la COVID-19*. UNICEF.
Recuperado el 25 de octubre del 2022 de <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/otros-67-millones-de-ni%C3%B1os-menores-de-5-a%C3%B1os-podr%C3%ADan-sufrir-de-emaciaci%C3%B3n-este>

- Fonseca-Pedrero, E., Compton, M., Tone, E., Ortuño-Sierra, J., Paino, M., Fumero, A., & Lemos-Giráldez, S. (2014b). Cross-cultural invariance of the factor structure of the Schizotypal Personality Questionnaire across Spanish and American college students. *Psychiatry Research, 220*(3), 1071-1076. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.06.050>
- Fonseca-Pedrero, E., Debbané, M., Rodríguez-Testal, J., Cohen, A., Docherty, A. & Ortuño-Sierra, J. (2021). Schizotypy: The way Ahead. *Pschotherma, 33*(1), 16-27. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.285>
- Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S., Paíno-Piñero, M., Villazón-García, U. & Muñiz, J. (2009). Validation of the Schizotypal Personality Questionnaire Brief form in adolescents. *Schizophrenia Research, 111*, 53-60. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.03.006>
- Fonseca-Pedrero, E., Muñiz, J., Lemos-Giráldez, S., García-Cueto, E., Campillo-Álvarez, A. & Villazón, U. (2007) La multidimensionalidad de la esquizotipia a revisión. *Papeles del Psicólogo, 28*(2), 117-126.
- Fonseca-Pedrero, E., Ortuño, J., Paino, M., Lemos-Giráldez, S. & Muñiz, J. (2015). Experiencias esquizotípicas en la adolescencia: propiedades psicométricas del Schizotypal Personality Questionnaire-Child. *Anales de psicología, 31*(2), 414-421. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.167431>
- Font, S. & Maguire-Jack, K. (2020). The Scope, Nature, and Causes of Child Abuse and Neglect. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science, 692*(1), 26–49. <https://doi.org/10.1177/0002716220969642>
- Fossati, A., Raine, A., Carretta, I., Leonardi, B. & Maffei, C. (2003). The three-factor model of schizotypal personality: Invariance across age and gender. *Personality and Individual Differences, 35*(5), 1007-1019. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00314-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00314-8)

- Fumero, A., Marrero, R. & Fonseca-Pedrero, E. (2018). Well-being in schizotypy: The effect of subclinical psychotic experiences. *Psicothema*, 30(2), 177-182. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.100>
- Furber, G., Leach, M., Guy, S. & Segal, L. (2017). Developing a broad categorisation scheme to describe risk factors for mental illness, for use in prevention policy and planning. *Australian & Zealand Journal of Psychiatry*, 52(3), 230-240. <https://doi.org/10.1177/0004867416642844>
- Gama, C., Portugal, L., Gonçalves, R., de Souza Junior, S., Vilete, L., Mendlowicz, M., Figueira, I., Volchan, E., David, I., de Oliveira, L. & Pereira, M. G. (2021). The invisible scars of emotional abuse: a common and highly harmful form of childhood maltreatment. *BMC psychiatry*, 21(1), 156. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03134-0>
- García-Cruz, A., García-Piña, C. & Orihuela-García, S. (2019). Negligencia infantil: una mirada integral a su frecuencia y factores asociados. *Acta Pediátrica de México*, 40(4), 199-210. <https://doi.org/10.18233/APM40No4pp199-2101851>
- Glaxiola, J. & Frías, M. (2005). Las consecuencias del maltrato infantil: un estudio con madres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(2), 363-374. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243020634001.pdf>
- Glouchkow, A., Weegar, K. & Romano, E. (2013). Teachers' Responses to Child Maltreatment. *Journal of Child Adolescent Trauma*, 16, 95–108. <https://doi.org/10.1007/s40653-022-00473-2>
- Gonzales, A. & Wekerle, C. (2016). Child Maltreatment. *Encyclopedia of Mental Health*, 1, 266-271. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00232-9>

- González, M. & Sáenz, N. (2020). Crianza respetuosa: hacia una parelantaldad centrada en las niñas y los niños. *Revista Estudios*, 41. 10.15517/RE.V0141.44887
- Grau, M., de Toro, X. & Cárdenas, M. (2022). Significados de crianza respetuosa en familias migrantes vinculadas al sistema Chile Crece Contigo. *Universum (Talca)*, 37(1), 183-201. <https://dx.doi.org/10.4067/s0718-23762022000100183>
- Gross, G. M., Kwapil, T. R., Raulin, M., Silvia, P. J. & Barrantes-Vidal, N. (2018). The multidimensional schizotypy scale-brief: Scale development and psychometric properties. *Psychiatry Research*, 261, 7-13. <https://doi.org/10.1013/j.psychres.2017.12.033>
- Grossman, F., Spinazzola, J., Zucker, M. & Hopper, E. (2017). Treating adult survivors of childhood emotional abuse and neglect: A new framework. *American Journal of Orthopsychiatry*, 87(1), 86-93. <http://dx.doi.org/10.1037/ort0000225>
- Guerra, C., Inostroza, R., Villegas, J., Villalobos, L. & Pinto-Cortez, C. (2017). Polivictimización y sintomatología postraumática: el rol del apoyo social y la autoeficacia. *Revista de psicología*, 26(2), 1-10. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2017.47951>
- Guerra, C., Pinto, C. & Hernández, V. (2019). Polivictimización y su relación con las conductas autoagresivas y con la depresión en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 57(2), 100-106. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000200100>
- Guggisberg, M. (2017). The Wide-Ranging Impact of Child Sexual Abuse: Utilising Neurobiology to Provide Scientific Evidence. *Current Opinions in Neurological Science*, 1(5), 255-264. <https://www.scientiaricerca.com/srcons/pdf/SRCONS-01-00039.pdf>
- Guggisberg, M., Botha, T. & Barr, J. (2021). Child sexual abuse prevention – the strategies of protective mothers and fathers: a systematic review. *Journal of Family Studies*, 1–19. <https://doi.org/10.1080/13229400.2021.2009366>

- Gumley, A., Taylor, H., Schwannauer, M. & MacBeth, A. (2014). A systematic review of attachment and psychosis: measurement, construct validity and outcomes. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 129(4), 257–274. <https://doi.org/10.1111/acps.12172>
- Hailes, H., Yu, R., Danese, A. & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *Lancet Psychiatry*, 6, 830–839. [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
- Hardt, J. & Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *J Child Psychol Psychiatry*, 45(2), 260-73. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x>.
- Heins, M., Simons, C., Lataster, T., Pfeifer, S., Versmissen, D., Lardinois, M., Marcelis, M., Delespaul, P., Krabbendam, L., van Os, J. & Myin-Germeys, I. (2011). Childhood trauma and psychosis: a case-control and case-sibling comparison across different levels of genetic liability, psychopathology, and type of trauma. *The American journal of psychiatry*, 168(12), 1286–1294. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10101531>
- Henrich, J., Heine, S. & Norenzayan, A. (2010). Most people are not WEIRD. *Nature*, 466(7302), 29. <https://doi.org/10.1038/466029a>
- Hernández, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A. M., Labad, A., Valero, J. & Gutiérrez-Zotes, J. A. (2013). Initial validation of the Spanish childhood trauma questionnaire-short form: factor structure, reliability and association with parenting. *Journal of interpersonal violence*, 28(7), 1498–1518. <https://doi.org/10.1177/0886260512468240>
- Hinds, T. & Giardino, A. (2017). *Child Physical Abuse: Current Evidence, Clinical Practice, and Policy Directions*. Springer.

- Ibarra-Alcantar, M., Ortiz-Guzmán, J., Alvarado-Cruz, F., Graciano-Morales, H. & Jiménez-Genchi, A. (2010). Correlatos del maltrato físico en la infancia en mujeres adultas con trastorno distímico o depresión mayor. *Salud Mental*, 33(4), 317-314.
http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1363/1361
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2021a). *Así se contó México*. INEGI.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825007046.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2021b). Encuesta Nacional de ingresos y gastos de los hogares 2020 (ENIGH). INEGI.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2020/doc/enigh2020_ns_presentacion_resultados.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2022). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021. Principales Resultados. INEGI.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP] & Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia [UNICEF]. (2017). *Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015*.
https://www.unicef.org/mexico/media/1001/file/UNICEF_ENIM2015.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19*. Instituto Nacional de Salud Pública.
https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf

- Izquierdo, M. (2018). Consideraciones recientes del debate sobre cuidados. En ONU Mujeres, *El trabajo de cuidados: Una cuestión de derechos humanos y políticas públicas* (43-53). ONU Mujeres.
- Karamaouna, P., Zouraraki, C. & Giakoumaki, S. (2021) Cognitive functioning and schizotypy: a four-years study. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.613015>
- Kemp, K. C., Bathery, A. J., Barrantes-Vidal, N. & Kwapil, T. R. (2020). A brief questionnaire measure of multidimensional schizotypy predicts interview-rated symptoms and impairment. *PloS one*, 15(8), e0237614. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237614>
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, A., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., Haro, J., Hu, C., Karam, E. Kawakami, N., Lee, S., Lépine, J. ... Williams, D. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 197(5), 378–385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>
- Kimber, M., McTavish, J, Couturier, J., Boven, A., Gill, S., Dimitropoulos, G. & MacMillan, H. (2017). Consequences of child emotional abuse, emotional neglect and exposure to intimate partner violence for eating disorders: a systematic critical review. *BMC Psychology*, 5(33). <https://doi.org/10.1186/s40359-017-0202-3>
- Kirschner, M., Hodzic-Santor, B., Kircher, T., Nenadic, I., Fornito, A., Green, M., Quide, Y., Pantelis, C., Dannlowski, U., DeRosse, P., Chan, R., Debbané, M., Rössler, W., Lebedeva, I., Park, H., Marsman, J. B., Gilleen, J., Fett, A. K., van Erp, T., Turner, J., ... Kaiser, S. (2020). T162. Thicker prefrontal cortex is associated with subclinical negative

- symptoms in schizotypy - an enigma consortium meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 46(Supl 1), S292–S293. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa029.722>
- Kong, J., Moorman, M., Martire, L. & Almeida, D. (2018). The Role of Current Family Relationships in Associations Between Childhood Abuse and Adult Psychological Functioning. *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 74(5), 858-868. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby076>
- Kunzler, A., Helmreich, I., König, J., Chmitorz, A., Wessa, M., Binder, M. & Lieb, K. (2020). Psychological intervention to foster resilience in healthcare students (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012527.pub2>
- Kwapil, T. & Barrantes-Vidal, N. (2015). Schizotypy: Looking back and moving forward. *Schizophrenia Bulletin*, 41, S366-373. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu186>
- Kwapil, T. R., Gross, G. M., Burgin, C. J., Raulin, M. L., Silvia, P. J., & Barrantes-Vidal, N. (2018a). Validity of the Multidimensional Schizotypy Scale: Associations with schizotypal traits and normal personality. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(5), 458–466. <https://doi.org/10.1037/per0000288>
- Kwapil, T. R., Gross, G. M., Silvia, P. J., Raulin, M. L., & Barrantes-Vidal, N. (2018b). Development and psychometric properties of the Multidimensional Schizotypy Scale: A new measure for assessing positive, negative, and disorganized schizotypy. *Schizophrenia research*, 193, 209–217. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.07.001>
- Kwapil, T., Kemp, K., Mielock, A., Sperry, S., Chun, C., Gross, G. & Barrantes-Vidal, N. (2020). Association of Multidimensional Schizotypy With Psychotic-Like Experiences, Affect, and Social Functioning in Daily Life: Comparable Findings Across Samples and Schizotypy

- Measures. *Journal of Abnormal Psychology*, 129(5), 492-504.
<http://dx.doi.org/10.1037/abn0000522>
- Lachica, E. (2010). Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. *Cuadernos de Medicina Forense*, 16(1-2), 53-63.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062010000100007&lng=es&tlng=es
- Lang, J., Kerr, D., Petri-Romão, P., McKee, T., Smith, H., Wilson, N., Zavrou, M., Shiels, P. & Minnis, H. (2020) The hallmarks of childhood abuse and neglect: A systematic review. *PLoS ONE*, 15(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243639>
- Lardinois, M., Lataster, T., Mengelers, R., van Os, J. & Myin-Germeys, I. (2011). Childhood trauma and increased stress sensitivity in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(1), 28-25. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01594.x>
- Leeb, R. T., Lewis, T. & Zolotor, A. J. (2011). A Review of Physical and Mental Health Consequences of Child Abuse and Neglect and Implications for Practice. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(5), 454–468. <https://doi.org/10.1177/1559827611410266>
- Leeb, R., Paulozzi, L., Melanson, C., Simon, T. & Arias, I. (2008). *Child Maltreatment Surveillance. Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements*. Centers for Disease Control and Prevention.
https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/CM_Surveillance-a.pdf
- Lemos, S., Inda-Caro, M., López, A., Paíno, M. & Besteiro, J. (2000). Assessment of essential components of schizotypy using neurocognitive measures. *Psychology in Spain*, 4(1), 183–194.

- Lentz, V., Robinson, J. & Bolton, J. M. (2010). Childhood adversity, mental disorder comorbidity, and suicidal behavior in schizotypal personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(11), 795–801. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181f9804c>
- Lenzenweger, M. (2010). *Schizotypy and schizophrenia: The view from experimental psychopathology*. Guilford Press.
- Lenzenweger, M. (2018). Schizotypy, Schizotypic Psychopathology, and Schizophrenia: Hearing Echoes, Leveraging Prior Advances, and Probing New Angles. *Schizophrenia Bulletin*, 44, S564-S569. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby083>
- Linscott, R. & van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, 43, 1133-1149. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001626>
- López, S., Faro, C., Lopetegui, L., Pujol-Ribera, E., Monteagudo, M., Cobo, J., Fernández, M. & Grupo de Investigación de Salud Sexual y Reproductiva de Cataluña. (2017). Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 210-219. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.010>
- Loredo-Abdalá, A., Ruiz, R. & Arias-González, M. (2019). Maltrato infantil: aspectos jurídicos en México. *Gaceta médica de México*, 155, 629-634. <https://doi.org/10.24875/GMM.19005150>
- Madigan, S., Cyr, C, Eirich, R., Fearon, P., Ly, A, Rash, C., Poole, J. & Alink, L. (2019). Testing the cycle of maltreatment hypothesis: Meta-analytic evidence of the intergenerational

- transmission of child maltreatment. *Development and Psychopathology*, 31, 23–51. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001700>
- Magaña, I., Ramírez, C. & Menéndez, L. (2014). Abuso Sexual Infantil (ASI): Comprensiones y Representaciones Clínicas desde las prácticas de Salud Mental. *Terapia psicológica*, 32(2), 133-142. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000200006>
- Malagón-Londoño, G., & Reynales-Londoño, J. (2020). Capítulo 3. Responsabilidad y cobertura de la salud pública. En *Salud pública: conceptos, aplicaciones y desafíos* (3ª edición) (pp. 27-50). Editorial Médica Panamericana.
- Marrero, R., Fumero, A., González-Villalobos, J., Hernández-Cabrera, J. & Fonseca-Pedrero, E. (2020). Psychometric Properties of the Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ) in a Mexican Population: Invariance Across Gender and Age. *Psicothema*, 32(4), 559-566. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.216>
- Martín-Martín, V., Romo-González, C. & González-Zamora, J. (2022). Frequency of malnutrition in children and adolescents with child maltreatment. *Nutrición Hospitalaria*, 39(2), 282–289. <https://doi.org/10.20960/nh.03820>
- Mason, O. & Claridge, G. (2006). The Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE): Further description and extended norms. *Schizophrenia Research*, 82(2), 203-211. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.12.845>
- McGrath, J., Saha, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bromet, E., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J., Chiu, W., de Jonge, P., Fayyad, J., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J., Hu, C., Kovess-Masfety, V., Lepine, J., Lim, C., Mora, M., Navarro-Mateu, F., Ochoa, S., Sampson, N., Scott, K., Viana, M. & Kessler, R. C. (2015). Psychotic Experiences in the General Population: A Cross-National Analysis Based on 31,261 Respondents From 18 Countries. *JAMA psychiatry*, 72(7), 697–705. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0575>

- McMenemy, M. (1999). WHO recognises child abuse as a major problem. *The Lancet*, 353(9161), 1340. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)74346-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)74346-4)
- Meng, X. & D'Arcy, C. (2016). Gender moderates the relationship between childhood abuse and internalizing and substance use disorders later in life. A cross-sectional analysis. *BMC Psychiatry*, 16(401). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1071-7>
- Mesa-Gresa, P. & Moya-Albiol, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: 'el ciclo de la violencia'. *Revista de Neurología*, 52(8), 1489-503. <https://doi.org/10.33588/rn.5208.2009256>
- Michopoulos, V., Powers, A., Moore, C., Villarreal, S., Ressler, K. J. & Bradley, B. (2015). The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. *Appetite*, 91, 129–136. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.036>
- Midolo, L., Santoro, G., Ferrante, E., Pellegriti, P., Russo, S., Costanzo, A. & Schimmenti, A. (2020). Childhood trauma, attachment and psychopathology: A correlation network approach. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 8(2). <https://doi.org/10.6092/2282-1619/mjcp-2418>
- Mikulincer, M. & Shaver P. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. The Guilford Press
- Minor, K., Hardin, K., Beaudette, D., Waters, L., White, A., Gonzenbach, V. & Robbins, M. (2020). Social functioning in schizotypy: How affect influences social behavior in daily life. *Journal of clinical psychology*, 76(12), 2212–2221. <https://doi.org/10.1002/jclp.23010>
- Mohr, C. & Claridge, G. (2015). Schizotypy--do not worry, it is not all worrisome. *Schizophrenia Bulletin*, 41(Suppl 2), S436-43. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu185>.

- Mohr, D. & Rosé, L. (2017). The Impact of Protective Factors on Posttraumatic Growth for College Student Survivors of Childhood Maltreatment. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 26*(7), 756-771. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1304478>
- Müller, L., Bertscha, K., Büla, K., Herpertz, S. & Buchheim, A. (2019). Emotional neglect in childhood shapes social dysfunctioning in adults by influencing the oxytocin and the attachment system: Results from a population-based study. *International Journal of Psychophysiology, 136*(2019), 73–80. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2018.05.011>
- Norman, R., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine, 9*(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Nowalis, S., Godleski, S. & Schenkel, L. (2022). Attachment as a Moderator in the Relation Between Child Maltreatment and Symptoms of Depression. *Journal of interpersonal violence, 37*(3-4), NP1516–NP1543. <https://doi.org/10.1177/0886260520933050>
- Ödéhn, N. & Goulding, A. (2018). Schizotypy and mental health in women and men from the general population. *Nordic Psychology, 70*(3), 198-208. <https://doi.org/10.1080/19012276.2017.1410072>
- Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (2019). *Eliminar el trabajo infantil: 100 años de acción*. Organización Internacional del Trabajo. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---ippec/documents/publication/wcms_709734.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (08 de junio de 2020a). *Maltrato infantil*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 25 de enero de 2022 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020b). *Documentos básicos* (49ª ed.). Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-sp.pdf#page=7
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (30 de marzo de 2018). *Salud Mental: fortalecer nuestra respuesta*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 10 de marzo de 2022 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Orrù, G., Monaro, M., Conversano, C., Gemignani, A., & Sartori, G. (2020). Machine Learning in Psychometrics and Psychological Research. *Frontiers in psychology*, 10, 2970. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02970>
- Ortega, R. (2015). *Los derechos de las niñas y los niños en el derecho internacional, con especial atención al Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos [CNDH]. <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/10/4706/11.pdf>
- Paíno-Piñero, M., Fonseca-Pedrero, E., Lemos-Giráldez, S. & Muñiz, J. (2008). Dimensionality of schizotypy in young people according to sex and age. *Personality and Individual Differences*, 45, 132-138. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.03.011>
- Pascual, A. & Conejero, S. (2019). Regulación emocional y afrontamiento: aproximación conceptual y estrategias. *Revista Mexicana de Psicología*, 36(1), 7483. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243058940007.pdf>
- Pereda, N. & Gallardo-Pujol, D. (2011). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 233-239. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.12.004>

- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1846.pdf>
- Petersen, A., Joseph, J. & Feit, M. (2014). *New directions in child abuse and neglect research*. National Academy of Sciences.
- Peterson, C., Florence, C. & Klevens, J. (2018). The economic burden of child maltreatment in the United States, 2015. *Child abuse & neglect*, 86, 178–183. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.09.018>
- Rea-Granados, S. (2016). Evolución del derecho internacional sobre la infancia. *International Law*, 14(29), 147-192. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.il14-29.edis>
- Restrepo, M. & Restrepo, D. (2017). Del trastorno conversivo a los trastornos neurológicos funcionales. ¿Superando el diagnóstico por descarte? *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(3), 174-181. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.10.005>
- Rey, G., Jouvent, R. & Dubal, S. (2009). Schizotypy, depression, and anxiety in physical and social anhedonia. *Journal of clinical psychology*, 65(7), 695-708. 10.1002/jclp.20577
- Rey-Salmon, C., Balençon, M. & Roussey, M. (2018). Historical Approach en C. Rey-Salmon y C. Adamsbaum, (Eds.), *Child Abuse* (pp. 1-12). Springer
- Rizo, L., Guevara, M., Hernández, M. & Sánchez, J. (2018). A preliminary study of the prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and anxiety symptoms in female adolescents maltreatment victims in Mexico. *Salud Mental*, 41(3), 139-144. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2018.018>
- Roche, A., Fortin, G., Labbé, J., Brown, J. & Chadwick, D. (2005). The work of Ambroise Tardieu: the first definitive description of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 29(4), 325-34. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.04.007>

- Rodriguez-Srednicki, O. & Twaite, J. (2004). Understanding and reporting child abuse: legal and psychological perspectives. Part one: physical abuse, sexual abuse, and neglect. *The Journal of Psychiatry & Law*, 32(3), 315-359. <https://doi.org/10.1177/009318530403200304>
- Rössler, W., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Haker, H. & Müller, M. (2016). Childhood trauma as a risk factor for the onset of subclinical psychotic experiences: Exploring the mediating effect of stress sensitivity in a cross-sectional epidemiological community study. *Schizophrenia Research*, 172(1-3), 46-53. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.006>
- Rössler, W., Hengartner, M., Ajdacic-Gross, V., Haker, H. & Angst, J. (2012). Sex differences in sub-clinical psychosis—Results from a community study over 30 years. *Schizophrenia Research*, 139, 176–182. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.04.017>
- Rössler, W., Hengartner, M., Ajdacic-Gross, V., Haker, H. & Angst, J. (2014). Impact of childhood adversity on the onset and course of subclinical psychosis symptoms – Results from a 30-year prospective community study. *Schizophrenia Research*, 153, 189-195. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2014.01.040>
- Runyan, D. Wattam, C., Ikeda, R., Hassan, F. & Ramiro, L. (2003). Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo. En E. Krug, L. Dahlberg, J. Mercy, A. Zwi y R. Lozano (Eds) *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>
- Santana-Tavira, R., Sánchez-Ahedo, R. & Herrera-Basto, E. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública de México*, 40(1), 1-8. https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v40n1/Y0400109.pdf

- Saraswat, N., Rao, K., Subbakrishna, D. & Gangadhar, B. (2006). The Social Occupational Functioning Scale (SOFS): A brief measure of functional status in persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 81, 301-309. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.09.008>
- Sauceda, J. & Maldonado J. (2016). El abuso psicológico al niño en la familia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 59(5), 15- 25. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422016000500015&lng=es&tlng=es.
- Scott, K. M., Von Korff, M., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Haro, J. M., Lépine, J. P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Tachimori, H., & Kessler, R. C. (2011). Association of childhood adversities and early-onset mental disorders with adult-onset chronic physical conditions. *Archives of general psychiatry*, 68(8), 838–844. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.77>
- Shahab, M., de Ridder, J., Spinhoven, P., Penninx, B., Mook-Kanamori, D. & Elzinga, B. (2021). A tangled start: The link between childhood maltreatment, psychopathology, and relationships in adulthood. *Child abuse & neglect*, 121, 105228. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105228>
- Steel, C., Marzillier, S., Fearon, P. & Ruddle, A. (2009). Childhood abuse an schizotypal personality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 44(11), 917–923. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0038-0>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M., Alik, L. & van IJzendoorn, M. (2014). The prevalence of child maltreatment across the globe: review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24, 37-50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>

- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M., van IJzendoorn, M. & Alink, L. (2013). Cultural-geographical differences in the occurrence of child abuse? A meta-analysis of global prevalence. *International Journal of Psychology*, 48(2), 81-94. <http://dx.doi.org/10.1080/00207594.2012.697165>
- Stoltenborgh, M., van IJzendoorn, M. Euser, E. & Bakermans-Kranenburg, M. (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>
- Tamres, L., Janicki, D. & Helgeson, V. (2002). Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6(1), 2-30. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_1
- Teicher, M. & Samson, J. (2016). Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of child abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241-266. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12507>
- Temcheff, C., Letarte, M., Boutin, S., & Marcil, K. (2018) Common components of evidence-based parenting programs for preventing maltreatment of school-age children. *Child Abuse & Neglect*, 80(2018), 226–237. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.02.004>
- Thomas, E., Rossell, S., Tan, E., Neil, E., Van Rheenen, T, Carruthers, S., Summer, P., Louise, S., Bozaoglu, K. & Gurvich, C. (2019). Do schizotypy dimension reflect the symptoms of schizophrenia? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(3) 236–247. <https://doi.org/10.1177/000486741876974>
- Thompson, M., Kingree, J. & Desai, S. (2004). Gender Differences in Long-Term Health Consequences of Physical Abuse of Children: Data from a Nationally Representative Survey. *American Journal of Public Health*, 94(4), 599-604. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.4.599>

- Tonini, E., Quidé, Y., Kaur, M., Whitford, T. J. & Green, M. J. (2021). Structural and functional neural correlates of schizotypy: A systematic review. *Psychological bulletin*, 147(8), 828–866. <https://doi.org/10.1037/bul0000260>
- Toutountzidis, D., Gale, T., Irvine, K., Sharma, S. & Laws, K. (2022). Childhood trauma and schizotypy in non-clinical samples: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 17(6), e0270494. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270494>
- Ulloa, R. & Navarro, I. (2011). Estudio descriptivo de la prevalencia y tipos de maltrato en adolescentes con psicopatología. *Salud Mental*, 34, 219–225. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n3/v34n3a5.pdf>
- Vajda, A. & Láng, A. (2014). Emotional Abuse, Neglect in Eating Disorders and their Relationship with Emotion Regulation. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 131, 386–390. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.135>
- Valdez-Santiago, R., Villalobos, A., Arenas-Monreal, L., Flores-Celis, K. & Ramos-Lira, L. (2020). Abuso sexual infantil en México: conductas de riesgo e indicadores de salud mental en adolescentes. *Salud Pública de México*, 62(6), 661-671. <https://doi.org/10.21149/11924>
- van Dam, D., van Nierop, M., Viechtbauer, W., Velthorst, E. y van Winkel, R., Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) investigators, Bruggeman, R., Cahn, W., de Haan, L., Kahn, R. S., Meijer, C. J., Myin-Germeys, I., van Os, J. & Wiersma, D. (2015). Childhood abuse and neglect in relation to the presence and persistence of psychotic and depressive symptomatology. *Psychological medicine*, 45(7), 1363–1377. <https://doi.org/10.1017/S0033291714001561>
- van Os, J., Linscott, R., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis

- proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine* 39, 179–195.
- Velikonja, T., Fisher, H., Mason, O. & Johnson, S. (2015). Childhood trauma and schizotypy: a systematic literature review. *Psychological Medicine*, 45(5), 947-963. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002086>
- Vergara, L. (2017). Prácticas de crianza en la primera infancia en los municipios de Riosucio y Manzanares. *Zona Próxima*, 27, 22-33. <https://doi.org/10.14482/zp.27.10980>
- Vitriol, V., Vásquez, M., Ittura, I. & Muñoz, C. (2007). Diagnóstico y abordaje de secuelas por abuso sexual infantil, en tres mujeres consultantes a un servicio de salud mental de hospital general. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 45(1), 20-28. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272007000100006>
- Wang, Y., Shi, H. S., Liu, W. H., Xie, D. J., Geng, F. L., Yan, C., Wang, Y., Xiao, Y. H., So, S., Chiu, C. D., Leung, P., Cheung, E., Gooding, D. C. & Chan, R. (2018). Trajectories of schizotypy and their emotional and social functioning: An 18-month follow-up study. *Schizophrenia research*, 193, 384–390. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.07.038>
- Watkins, S. (1990). The Mary Ellen Myth: Correcting Child Welfare History. *Social Work*, 35(6), 500–503. <https://doi.org/10.1093/sw/35.6.500>
- Winokur, M., Holtan, A. & Batchelder, K. (2014). Kinship care for the safety, permanency, and well-being of children removed from the home for maltreatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006546.pub3>.
- World Health Organization [WHO]. (1999). *Report of the Consultation on Child Abuse Prevention*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65900>

World Health Organization [WHO]. (2017). Responding to children and adolescents who have been sexually abused. Who clinical guidelines. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf>

World Health Organization [WHO]. (2020). Global status report on preventing violence against children 2020. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240004191>

Wu, Q., Chi, P., Lin, X. & Du, H. (2018). Child maltreatment and adult depressive symptoms: Roles of self-compassion and gratitude. *Child Abuse & Neglect*, 80, 62-69. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.013>

Zeanah, C. & Humphreys, K. (2018). Child Abuse and Neglect. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 57(9), 637-644. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.007>

Zyla, H. & Lenzenweger, M. (2022). Resilience and Psychosocial Functioning in Schizotypy. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000559>