



Facultad de Derecho

Trabajo
fin de grado

Modalidad 2

**“Proyecto de investigación empírica y/o
desarrollo de un estudio piloto”**

**Experiencias
Adversas en la
infancia:
victimización y daño**

Autor/a del TFG

Sofía Rey Rey

Grado en Criminología

Año 2024

Trabajo de Fin de Grado presentado en la Facultad de Derecho de la Universidad de Santiago de Compostela para la obtención del Grado en Criminología

ÍNDICE

	Resumen. Resumo. Abstract	2
1.	Introducción	5
2.	Método	11
	2.1. Participantes	11
	2.2. Procedimiento	12
	2.3. Instrumentos de medida	13
	2.4. Análisis de datos	15
3.	Resultados	16
	3.1 Victimización de Experiencias Adversas en la Infancia	16
	3.2 Valoración en el impacto psicoemocional en función de Experiencias Adversas en la Infancia	19
4.	Discusión y Conclusiones	23
	Referencias	25
	Anexos	28
	Anexo 1 Datos Sociodemográficos	28
	Anexo 2 Cuestionario sobre ACEs y circunstancias familiares	29
	Anexo 3 Inventario de Síntomas Revisado/ SCL-90-R	31
	Anexo 4 Escalas de Bienestar	35

Resumen

La protección legal de los niños, niñas y adolescentes/NNA tanto en el ámbito internacional como nacional es uno de los objetivos principales de la sociedad actual. La literatura científica ha identificado diferentes circunstancias vitales que pueden tener impacto en su desarrollo positivo, etiquetando estas circunstancias como Experiencias Adversas en la Infancia o *Adverse Childhood Experiences/ACE*. Algunas de estas circunstancias constituyen delito, como el maltrato (físico, emocional y sexual), la negligencia (física y emocional), otras son de naturaleza familiar, como exposición a violencia de género; separación o muerte de los progenitores; problemas de alcohol y drogas, padecer trastorno mental, suicidio o intento de suicidio, o encarcelamiento de una de las figuras parentales. Este trabajo se centra en examinar, en los jóvenes, la incidencia de la experimentación de ACE, y analizarla desde la perspectiva de la victimización y el daño. Participaron 338 estudiantes universitarios, varones y mujeres, con edades entre 19 y 36 años. Cumplimentaron un cuestionario para valorar las experiencias adversas en la infancia. Para conocer el daño psicoemocional cumplimentaron el SCL-90-R. Como medida de bienestar se aplicaron las Escalas de Bienestar Psicológico/EBP. Los resultados avalan los hallazgos previos de la literatura, relacionando un impacto psicoemocional y en el bienestar psicológico relacionado con el haber experimentado ACE. Se llevan a cabo conclusiones valorando la importancia de tener en cuenta factores de protección y de riesgo para el diseño de programas preventivos que reduzcan el riesgo de victimización.

Palabras clave: ACE; Experiencias Adversas en la Infancia; Factores de protección; Factores de riesgo; Victimización.

Resumo

A protección legal dos menos, nenas e adolescentes/NNA tanto no ámbito internacional como nacional é un dos obxetivos principais da sociedade actual. A literatura científica identificou diferentes circunstancias vitais que poden ter impacto no desenvolvemento positivo, etiquetando estas circunstancias como Experiencias Adversas na Infancia o Adverse Childhood Experiences/ACE. Algunhas destas circunstancias constitúen delito, como o maltrato (físico, emocional e sexual), a negligencia (física e emocional), outras son de natureza familiar, como exposición á violencia de xénero; separación ou morte dos proxenitores; problemas de alcol e drogas; padecer trastorno mental, suicidio ou intento de suicidio, ou encarceramento de unah das figuras parentais. Este traballo centrase en examinar, nos mozos, a incidencia da experimentación de ACE, e analízala dende a perspectiva da victimización e dano. Participaron 338 estudantes universitarios, varóns e mulleres, con idades entre 19 e 36 anos. Cubriron un cuestionario para valorar as experiencias adversas na infancia. Para valorar o dano psicoemocional cubriron o SCL-90-R. Como medida de benestar aplicáronse as Escalas de Benestar Psicológico/EBP. Os resultados avalan os descubrimentos previos da literatura, relacionando un impacto psicoemocional e no benestar psicológico relacionado con experimentar ACE. Lévanse a cabo conclusión valorando a importancia de ter en conta factores de protección e risco para o deseño de programas preventivos que reduzan o risco de victimización.

Palabras clave: ACE; Experiencias Adversas na Infancia, Factores de protección; Factores de risco; Victimización

Abstract

Legal protection of children and adolescents at international and national levels is one of the main objectives of today's society. Scientific literature has identified different life circumstances that can have an impact on their positive development, labelling these circumstances as Adverse Childhood Experiences (ACE). Some of these circumstances are criminal, such as abuse (physical, emotional and sexual), neglect (physical and emotional), others are of a familial nature, such as exposure to domestic violence; parental separation or death; alcohol and drug problems, mental disorder, suicide or attempted suicide, or incarceration of a parental figure. This paper focuses on examining the incidence of ACE experimentation in young people and analysing it from the perspective of victimisation and harm. A total of 338 male and female university students aged between 19 and 36 years participated. They completed a questionnaire to evaluate adverse childhood experiences. To assess psychoemotional harm, they filled in the SCL-90-R. As a measure of well-being, the Psychological Well-Being Scales/PBS were applied. The results support previous findings in the literature, relating an impact on psychoemotional and psychological well-being related to having experienced ACE. Conclusions are drawn assessing the importance of considering protective and risk factors for the design of preventive programmes to reduce the risk of victimisation.

Key words: Adverse Childhood Experiences; ACE; Protective factors; Risk factors; Victimization.

1. Introducción

El bienestar de los niños, niñas y adolescentes (NNA en adelante) es uno de los objetivos principales de la sociedad actual, al entender que es uno de los colectivos más vulnerables que necesitan de una especial protección. Sin embargo, esto no siempre fue así, la primera vez que se reconocieron derechos a los menores fue con la entrada en vigor de la Declaración de los Derechos del Niño de UNICEF en 1959, donde se le garantizaron los principios esenciales de libertad y dignidad (Truyol, 1971)

En la Convención sobre los derechos del niño de 1898 se reconoce el protagonismo de los niños, niñas y adolescentes (NNA en adelante) como sujetos de derechos. Los derechos que aparecen ilustrados en sus artículos se resumen en diez, que exponemos a continuación (Derechos de la Infancia | UNICEF España, s. F.; BOE-A-1990-31312, Instrumento de ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989., s. f.-a):

1. Derecho a la vida.

Los gobiernos asegurarán la supervivencia, crecimiento y desarrollo de NNA.

2. Derecho a la salud.

Se proporcionará a NNA la mayor atención médica posible.

3. Derecho a la protección.

Los riesgos a los que se enfrentan los NNA son muchos en esta etapa tan importante de su vida, sea por malos tratos, violencia, explotación, abusos... Las personas menores de edad serán protegidas frente a estos riesgos en un amplio espectro de su vida.

4. Derecho a la educación.

La educación primaria debe garantizarse para todos los NNA, promoviendo su desarrollo físico y mental. Además, se favorecerá el acceso a la educación secundaria y universidad.

5. Derecho a una identidad.

Deber de estar inscritos en los registros oficiales nada más nacer. Si esto no sucede, les dificulta poder disfrutar de sus derechos ya que no hay constancia de su existencia.

6. Derecho a una información de calidad.

Acceso a la información en internet, fuentes nacionales, internacionales, televisión y periódicos. Además, los adultos deben cuidar la información a la que acceden para que no les perjudique.

7. Derecho al juego.

Los NNA tienen derecho a las actividades de ocio y culturales, ajustadas a su nivel evolutivo, para su desarrollo y socialización.

8. Derecho a expresar su opinión y ser escuchados.

Deben tener el derecho de poder hablar sobre todo cuando les afecta directamente.

9. Derecho a la intimidad.

Las leyes deben proteger la vida privada de los niños y aquellos que lo rodean frente a un ataque o agresión.

10. Derecho a asociarse.

Los NNA podrán formar grupos y unirse a ellos siempre y cuando sea con fines pacíficos y respeten los derechos de los demás.

En la Convención sobre los Derechos del Niño, en su preámbulo se alude a que la familia debe ser un grupo fundamental y el medio natural para el desarrollo y bienestar de todos de sus miembros, sobre todo de los NNA ya que necesitan recibir protección y asistencia para poder asumir las responsabilidades que la comunidad le atribuye, sin embargo, se presume que no siempre es así debido a que algunas familias presentan una estructuración disfuncional. “Reconociendo que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión” (BOE-A-1990-31312 Instrumento de ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989., s. f.-a).

En el artículo 18 de la Convención, los Estados participantes deberán prestar ayuda a los padres o representantes de los niños para su crianza y desarrollo y serán los Estados, a través de sus administraciones (artículo 19) quienes deben velar por la protección de los NNA contra toda forma de perjuicio, o abuso físico o sexual, malos tratos, descuido o trato negligente, mientras estes se encuentren bajo la custodia de los padres o representante legal.

En España, recientemente se aprobó la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la violencia (LOPVI) que centra a la familia como factor de protección o de riesgo.

En el preámbulo I de esta ley se mencionan la multitud de tipos de violencia que puede recaer en NNA. La problemática viene porque puede pasar desapercibida en numerosas ocasiones por la intimidad de los ámbitos en la que esto sucede, como en el caso de las esferas familiar y escolar, entornos en los que suceden la mayor parte de los incidentes y, en los cuales

estos debieran ser un entorno de seguridad y desarrollo personal. Además, es frecuente, que en estos escenarios de violencia confluyan variables sociológicas, psicológicas, educativas, culturales, sanitarias, económicas, administrativas y jurídicas.

En el Título III de esta ley se regula la sensibilización, prevención y detección precoz con diferentes estrategias según el ámbito, siendo los más salientes el educativo, sanitario o familiar. El Capítulo III de este mismo título se dedica a la unidad familiar, la cual debe prevenir factores de riesgo y fortalecer los factores de protección y propone diferentes actuaciones en caso de que la familia sea una unidad desestructurada, por ejemplo, en caso de ruptura de pareja de los progenitores y situación de violencia de género.

Es clave la protección legal de NNA tanto en el ámbito internacional como en nuestro país, sin embargo, la literatura científica ha estudiado diferentes circunstancias vitales que pueden tener impacto en su desarrollo positivo. La existencia de estas circunstancias en la vida de un NNA hace que los derechos del niño se pongan en riesgo.

Las experiencias adversas en la infancia (*Adverse Childhood Experiences*, en adelante por sus siglas en inglés, ACE) son factores de riesgo psicosociales, que se caracterizan por haberlas experimentado siendo menor de edad. Pueden venir derivadas de un amplio repertorio de vivencias críticas: que van desde la experimentación de enfermedades hasta la experimentación de abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional, negligencia física, violencia doméstica, abuso de sustancias, enfermedad mental, ruptura de los progenitores, delincuencia en la familia (Dong et al., 2004). Esto es, incluyen circunstancias diversas, algunas constituyentes de delito, como el maltrato (físico, emocional y sexual), la negligencia (física y emocional) y otras, de naturaleza familiar, que pueden constituirlo (exposiciones a violencia de género) o no (separación o muerte de los progenitores, problemas de alcohol y drogas, padecer trastorno mental, suicidio o intento de suicidio y encarcelamiento de una de las figuras parentales).

La vivencia de estas situaciones puede determinar el desarrollo de NNA impactando, por el estrés tóxico que se deriva de ellas en su bienestar físico como psicológico (Hornor, 2015). De este modo, numerosos estudios han concluido que las ACE pueden impactar a nivel físico, psicoemocional y social, a corto, medio y largo plazo, es decir, las consecuencias pueden ser arrastradas hasta la edad adulta (Elmore & Crouch, 2020; Felitti et al, 1998; Haynes et al., 2020; Kalmakis y Chandler, 2014; Martin, 2021). A continuación, detallaremos los principales

hallazgos de la literatura sobre el impacto de las ACE en la esfera física, psicoemocional y social de NNA.

a) *Impacto físico.*

En cuanto a enfermedades físicas, se ha evidenciado que las ACE pueden predisponer a la persona a padecer enfermedades cardíacas, diabetes, enfermedad del colon, o asma, ente otros (Nevárez & Ochoa, 2021).

b) *Impacto psicoemocional.*

El impacto psicoemocional se ha constatado en diferentes investigaciones. Según el estudio de Bomysoad y Francis (2020), en comparación con las personas que no han experimentado ACE, los que sí lo han hecho presentan una mayor probabilidad de padecer ansiedad, problemas de conducta, trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH), y trastorno por consumo de sustancias. Por ejemplo, en términos de ansiedad, se han estudiado ciertas experiencias que elevan más la ansiedad en quienes están expuestos, como por ejemplo el riesgo de sufrir depresión, suicidio, y maltrato infantil (Goodman et al., 2022). La asociación entre ACE y ansiedad se debe a una mayor desregulación de las emociones y, por lo tanto, existen síntomas de ansiedad en los niveles de resiliencia psicológica. Esto se encontró entre las personas que presentaban ACEs y niveles más bajos de resiliencia (Poole et al., 2017). Se ha visto que en la desregulación de emociones afecta a la dificultad de controlar los impulsos y que estas personas tienen pocas estrategias de regulación de las emociones (Poole et al., 2017).

Las ACE y el bienestar del individuo pueden estar relacionados, en cuanto a la calidad del bienestar que presentan. Por ello, se ha estudiado el bienestar del individuo que estuvo expuesto a ACE se ha estudiado para ver cómo le afecta a nivel individual y una vez de adulto. Se entiende como bienestar mental que “es ampliamente reconocido como algo más que la ausencia de enfermedad mental; incorporando aspectos del funcionamiento mental, sentimientos y comportamientos y simplemente ha sido descrito como sentirse bien y funcionar bien” (Hughes et al., 2016, p.2). De este modo, podríamos presumir que aquellas personas que experimentan ACE posiblemente presenten un nivel de bienestar más bajo. En esta dirección

concluye el estudio llevado a cabo por Hughes et al. (2016) que encuentra que cuantas más experiencias adversas se experimenten menor puntuación de bienestar y satisfacción de vida tenían. Los individuos de este estudio con 4 o más ACE puntualizaban que “nunca” o “rara vez” se sentían optimistas, útiles, relajados o cercanos a los demás, entre otros. En conclusión, las ACE podrían vincularse con un bienestar subjetivo deficiente, a nivel psicológico y a nivel general. De este modo, en cuanto al bienestar profesional, si tenemos en cuenta que los individuos suelen padecer enfermedades físicas y/o mentales, unidos a altos niveles de ansiedad generalizada da lugar a una disminución de la productividad del trabajo y una mayor demanda de los servicios sanitarios (Goodman et al., 2022).

Dos principales atributos que ha encontrado la investigación de Naden et al. (2023) para promover el bienestar y la protección contra una salud mental desfavorable son la resiliencia y la fuerza mental. La resiliencia ha sido definida como el proceso de adaptación a experiencias adversas, consiste en una habilidad individual para activar los recursos y sobrellevar los problemas. Esta investigación sugiere que las personas resilientes tienen más probabilidades de volver a un buen funcionamiento mental después de la experiencia desfavorable que aquellas personas menos resilientes. Además, mayor resiliencia en la persona está asociada positivamente con mejor salud mental, incluyendo menor ansiedad y depresión.

c) Impacto Social.

La perspectiva de las ACE tiene alto interés para la criminología. De esta manera, Farrington y Loeber (2000) han definido un catálogo de factores de riesgo del comportamiento criminal que presenta analogía con las situaciones definidas como ACE, como negligencia parental, abuso de sustancias por parte de los padres, comportamiento criminal, maltrato físico y sexual, entre otras. Estos factores de riesgo aumentan la probabilidad de que el niño o niña se inicien en la criminalidad (Farrington y Loeber, 2000) e incluso pueden provocar que su historial criminal no sea solo una etapa sino sea persistente en el tiempo, esto afecta sobre todo en los factores familiares (Farrington, 2019).

Como conclusión del estudio de Meddeb et al. (2023) han demostrado que las ACE son un buen predictor de comportamiento antisocial. Las personas

con ACE tienden a tener muchas más reacciones negativas debido a la mal gestión emocional, y les cuesta más concentrarse, pensar o actuar para conseguir sus objetivos a largo plazo cuando están afectados emocionalmente (Meddeb et al., 2023)

Hemos de señalar que se ha constatado un factor acumulativo de las ACE, esto quiere decir que, cuantas más experiencias tenga esa persona más probabilidad tiene de padecer enfermedades físicas y/o mentales o éstas serán de mayor gravedad (Elmore & Crouch, 2020). En este sentido, se ha evidenciado que los niños que están expuestos a 4 o más experiencias adversas tiene, un riesgo de 0,7 veces mayor, de padecer ansiedad en su etapa adulta a diferencia de los que están expuestos en menor grado o los que no (Elmore & Crouch, 2020; Poole et al., 2017).

A nivel criminológico se ha valorado la importancia de actuar de modo preventivo sobre estos factores adversos. A nivel individual, Craig et al. (2017) define la baja hiperactividad, ser tímido/retraído, baja extraversión, alto coeficiente intelectual no verbal, alto coeficiente intelectual verbal y bajo neuroticismo. A nivel familiar, tener un adulto constante y cariñoso que no solo se preocupe por las necesidades básicas sino también del cuidado socioemocional del menor, nivel alto socioeconómico, bajo estrés parental, tener fuertes conexiones con la comunidad que le rodea, o redes sociales de apoyo buscadas en tíos, abuelos (Bomysoad & Francis, 2020; Craig et al., 2017; Priego-Parra, et al, 2022). A nivel escolar, un fuerte compromiso escolar y un alto nivel educativo. Finalmente, según Craig et al. (2017), los factores protectores a nivel comunitario incluyen tener un fuerte apoyo social, un fuerte apego a los demás, la percepción de legitimidad de las figuras de autoridad y la participación religiosa. Los factores de protección en los que podemos trabajar preventivamente para evitar o disminuir las consecuencias de estar expuesto a experiencias adversas, deben ser de tipo multinivel (Bomysoad & Francis, 2020; Priego-Parra, et al, 2022.) y multicontexto, teniendo en cuenta la posibilidad de intervención con los NNA expuestos pero también con las familias (Priego-Parra, et al, 2022).

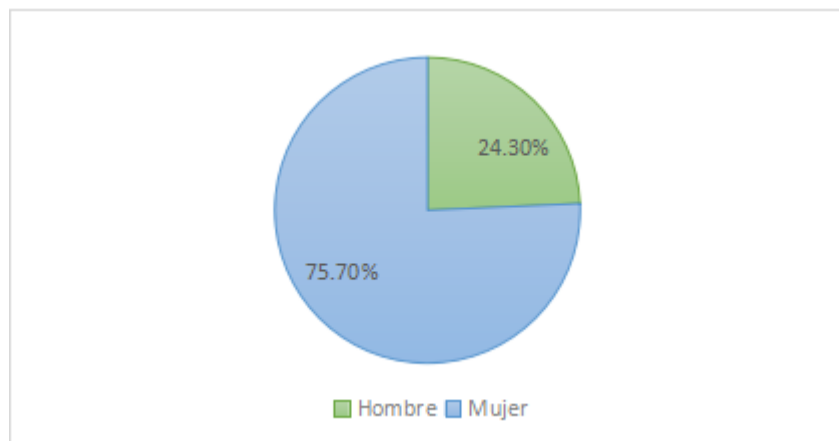
El interés en el diseño de este trabajo se centra en examinar, en jóvenes, la incidencia de la experimentación de ACE, y analizarlas desde la perspectiva de la victimización y el daño.

2. Método

2.1. Participantes

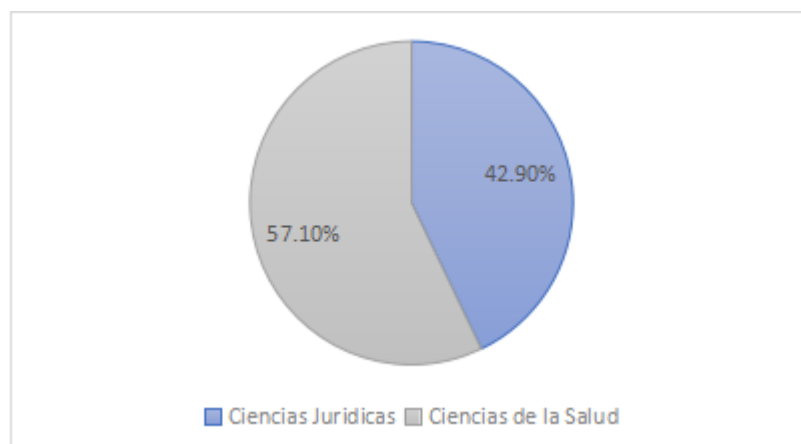
Participaron en este estudio un total de 338 estudiantes de la Universidad de Santiago de Compostela y de la Universidad de Vigo. El rango de edad de los participantes oscila entre 19 y 36 años ($M=21.5$; $DT=2.39$). Por sexo (Gráfico 1) la distribución fue de 82 varones (24.3%) y 256 mujeres (75.7%).

Gráfico 1. Distribución de los participantes por sexo.



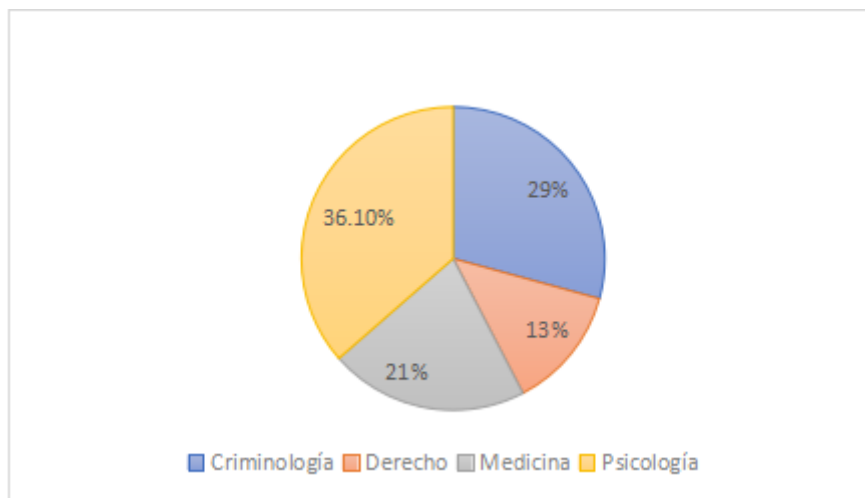
Los participantes provenían de dos ámbitos de conocimiento (Gráfico 2), el primer ámbito es *Ciencias de la Salud* conformado, en este caso, por estudiantes de los grados universitarios de Medicina y Psicología y, el segundo ámbito, de *Ciencias Jurídicas* conformado por estudiantes de los grados universitarios de Criminología y Derecho. En el ámbito de las de Ciencias de la salud la participación fue de 193 (57.1%) y en Ciencias Jurídicas fue de 145 (42.9%).

Gráfico 2. Distribución de los participantes según el ámbito de estudio.



En cuanto a la participación según el Grado universitario (Gráfico 3) fueron, de Criminología 98 participantes (29.8%), de Derecho 47 participantes (13.9%), de Medicina 71 participantes (21%) y de Psicología 122 participantes (36.1).

Gráfico 3. *Distribución de los participantes según e grado universitario.*



2.2. Procedimiento

Primeramente, se procedió al diseño de la batería de cuestionarios para recoger la información significativa en base a la literatura científica sobre las ACE. Posteriormente, se planificó la recogida de los datos en población universitaria. Para ello, se solicitó licencia para la aplicación a del cuestionario a diferentes grupos de estudiantes de titulaciones de la rama de conocimiento de Ciencias Jurídicas y de Ciencias de la Salud. El tiempo estimado de cumplimentación de la batería fue de 40 minutos. Previamente a la aplicación, para respetar las condiciones éticas de participación en estudios de investigación, se realizó una explicación general sobre el estudio y, en cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos, se informó sobre las condiciones de voluntariedad en la participación, así como en el anonimato de esta. Una vez obtenidos los cuestionarios cubiertos, se creó una base de datos para poder tratarlos estadísticamente.

2.3. Instrumentos de medida

Se construyó una batería de cuestionarios compuesta por los siguientes instrumentos de medida:

a) *Datos sociodemográficos* (Anexo 1).

Los datos sociodemográficos que se recogieron fueron la edad, los estudios, y el sexo de los participantes.

b) *Experiencias adversas en la infancia* (Anexo 2).

Para valorar las ACE se aplicó el cuestionario desarrollado por la Unidad de Psicología Forense (2021). El cuestionario recoge un total de 14 circunstancias definidas como adversas por la literatura científica, concretamente: Separación, divorcio o no convivencia de los progenitores; Convivencia con cuidador que fuera a prisión, cárcel u otro centro correccional; Convivencia con cuidador que presentara depresión, enfermedad mental o intento de suicidio; Historia de violencia o maltrato físico; Historia de violencia o maltrato emocional; Historia de violencia o maltrato sexual; Historia de negligencia física; Historia de negligencia emocional; Haber sido testigo de situaciones de violencia de género en el hogar; Haber sido testigo de situaciones de violencia familiar; Que alguno de los cuidadores fuera consumidor de drogas o alcohol; Fallecimiento de un cuidador primario; Haber sido testigo de violencia en el vecindario; Haber tenido historial de violencia o de acoso acoso escolar. A todas estas circunstancias los participantes contestan Si o NO. En caso de haber experimentado alguna de ellas se pregunta por la edad así como una breve descripción de las circunstancias.

c) *Valoración psicoemocional* (Anexo 3).

Para tener una medida de síntomas psicológicos se aplicó el SCL-90-R, test de 90 síntomas (Derogatis, 2002). Se trata de un instrumento de cuantificación sintomática diseñado en la Universidad Johns Hopkins que permite evaluar una amplia gama de síntomas psicológicos y psicopatológicos, tanto en población clínica, como en población normal. Este método de cuantificación valora 90 síntomas en una escala del 0 al 4 la intensidad del síntoma evaluado, siendo 0 un valor de ausencia y 4 un valor de máxima intensidad. El SCL-90-R se compone de 3 índices globales y de 9 dimensiones de sintomatología primaria de salud mental (Somatizaciones, Obsesiones y compulsiones, Sensibilidad interpersonal,

Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide, Psicoticismo). Las dimensiones primarias son las siguientes:

- Somatización. Esta dimensión evalúa la presencia de malestares físicos o disfunciones corporales percibidas como manifestación de malestar psicológico.
- Obsesión y Compulsión. Esta dimensión evalúa la presencia de síntomas que se corresponden con el trastorno obsesivo compulsivo, como es el padecimiento de pensamientos o la realización de acciones repetitivas o rituales imposibles de evitar y no deseados.
- Sensibilidad Interpersonal. Esta dimensión evalúa la capacidad social de la persona para inferir las habilidades, características y estados de otras personas a raíz de sus señales no verbales, y la capacidad de actuar conforme a ellas de forma adecuada.
- Depresión. Esta dimensión evalúa la concurrencia de los principales síntomas clínicos de un trastorno depresivo, como son el estado de ánimo disfórico, abulia, pesimismo, desesperanza e ideaciones suicidas.
- Ansiedad. Esta dimensión evalúa la presencia de síntomas relacionados con el trastorno ansioso, como son nerviosismo, inquietud, rumiación, tensión, ataques de pánico y miedos.
- Hostilidad. Esta dimensión evalúa la presencia de pensamientos, sentimientos y acciones característicos del enfado como son impulsividad, actitud negativa o comportamiento violento.
- Ansiedad Fóbica. Esta dimensión evalúa la presencia de síntomas relacionados con los trastornos de ansiedad fóbica, esto es, el miedo irracional a personas, lugares, objetos y situaciones concretas.
- Ideación Paranoide. Esta dimensión evalúa la presencia de síntomas característicos de trastornos del pensamiento, como son el pensamiento proyectivo, suspicacia, idea de persecución y temor a la pérdida de autonomía.
- Psicoticismo. Esta dimensión evalúa la presencia de síntomas relacionados con los trastornos de tipo psicótico, como son la soledad, delirios, alucinaciones, control del pensamiento y embotamiento afectivo.

Los tres índices globales son:

- Índice de Severidad Global. Este indicador muestra el nivel actual de la severidad del malestar percibido.
- Total de síntomas positivos (STP). Este indicador revela la cantidad de ítems positivos. En caso de que las puntuaciones en varones sean iguales o inferiores a tres, y en mujeres sean iguales o inferiores a cuatro, se advierte de la disimulación, esto es la negación de síntomas clínicos y asunción de características positivas que no se tienen. Por el contrario, las puntuaciones superiores a cincuenta en varones y a sesenta en mujeres indican una tendencia a sobreestimulación es la exageración de anomalías o trastornos psicológicos.
- Índice de Malestar Positivo (PSDI). Este indicador evalúa el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar el malestar que señala. Si las puntuaciones son elevadas sugieren simulación, esto es la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos.

d) *Bienestar Psicológico* (Anexo 4).

Para contar con una estimación del bienestar psicológico se aplicó las escalas de bienestar psicológico (EBP) desarrolladas por Sánchez-Cánovas (2007). Este instrumento permite valorar el grado de bienestar general de una persona a partir de la información subjetiva acerca de su nivel de satisfacción en distintos ámbitos de su vida. Consta de 65 ítems e incluye cuatro subescalas: Bienestar Psicológico Subjetivo, Bienestar Material, Bienestar Laboral y Relaciones con la Pareja (Sánchez-Cánovas, 2007). Estas subescalas posibilitan que se puedan analizar en conjunto o por separado, en función de las preferencias y objetivo del evaluador.

2.4. Análisis de datos

Para la realización de los análisis se empleó el programa estadístico IBM SPSS Statics versión 25. Se aplicó metodología de tipo descriptivo (análisis de frecuencias y porcentajes) para conocer la incidencia de las Experiencias Adversas en la Infancia (ACE) en general, en función de las titulaciones y de los ámbitos de conocimiento de los estudiantes participantes en el estudio.

Se aplicó *Chi cuadrado* para conocer la incidencia de ACE según el ámbito de conocimiento (Ciencias jurídicas vs Ciencias de la salud). El tamaño del efecto fue calculado tomando en consideración el estadístico *Phi*.

Se aplicó *t de Student* para muestras independientes para conocer la sintomatología medida por el SCL-90-R en función de las ACE, así como para valorar el nivel de bienestar medido por las EBP en función de haber experimentado ACE. Para ello, se dicotomizó la variable ACE (SI vs NO), diferenciando en dos grupos muestrales los participantes que señalan haber experimentado alguna experiencia adversa de aquellos que indican no haber vivido ninguna de ellas. Por otro lado, también se quería conocer el impacto que la acumulación de varias ACE podía tener en los participantes. La literatura establece un impacto diferencial cuando se experimentan 4 o más ACE. Para esto, se seleccionó el grupo que señalaba haber experimentado alguna ACE y se dicotomizó este grupo en una nueva variable denominada Acumulación ACE (SI vs NO). El tamaño del efecto se calculó a través de la *d de Cohen*, que se interpreta de modo que *d* entre 0.2 y 0.3 indican un tamaño de efecto pequeño, alrededor de 0.5 un tamaño de efecto moderado y mayor que 0.8 un tamaño de efecto grande (Cohen, 1988).

3. Resultados

3.1. Victimización por Experiencias Adversas en el Infancia (ACE).

En la Tabla 1 se recogen los datos sobre incidencia de victimización por ACE. Podemos observar que el ítem más frecuente es *Convivencia con cuidador con enfermedad mental o intento de suicidio* con un 95 (28.1%). El segundo ítem más observado es la *Separación, divorcio o no convivencia de los progenitores* con un 72 (21.3%) de incidencia. Los siguientes son el *Maltrato emocional*, con una frecuencia de 69 (20.4%) y la *Negligencia emocional* con 60 (17.8%) de incidencia. El ítem de *Bullying* que tiene una incidencia de 54 (16%).

Tabla 1. *Incidencia general de las ACE.*

ACE	Frecuencia	Porcentaje
Convivencia con cuidador con enfermedad mental o intento de suicidio	95	28.1
Separación, divorcio o no convivencia de los progenitores	72	21.3
Maltrato emocional	69	20.4
Negligencia emocional	60	17.8
Bullying	54	16
Consumo de alcohol y drogas	46	13.6
Testigo de violencia en el vecindario	30	8.9
Testigo de violencia familiar	28	8.3
Maltrato físico	26	7.7
Testigo de Violencia de Género	23	6.8
Fallecimiento de cuidador primario	20	5.9
Violencia Sexual	18	5.3
Negligencia física	5	1.5
Convivencia con progenitor a prisión u otros	3	0.9

En función de la titulación (Tabla 2), podemos observar que el ítem de *Separación, divorcio o no convivencia de los progenitores* es de las ACE más victimizantes en el grado de Criminología con una incidencia de 21 (21.4%). Por su parte, en el grado de Psicología es el ítem de *Convivencia con cuidador con enfermedad mental o intento de suicidio*, con una incidencia de 40 (32.8%), al igual que en Medicina, con una incidencia de 24 (33.8%). Para los participantes del grado de Derecho, tres de los ítems tienen la misma incidencia más alta. Estos son *Separación, divorcio o no convivencia de los progenitores*, *Convivencia con cuidador con enfermedad mental o intento de suicidio* y *Maltrato emocional*, siendo 10 (21.3%) la incidencia en los tres casos.

En resumen, los ítems más frecuentes en tres de las cuatro titulaciones se repiten en *Separación, divorcio o no convivencia de los progenitores*, *Convivencia con cuidador con enfermedad mental o intento de suicidio* y *Maltrato emocional*, estos suceden en el grado de Psicología, Derecho y Medicina. En el grado de Criminología, sería la *Negligencia emocional* (en lugar del *Maltrato emocional*) con una incidencia de 16 (16.3%).

Tabla 2. Incidencia de las ACE según la titulación.

ACE	CRIMINOLOGÍA	PSICOLOGÍA	DERECHO	MEDICINA
Separación, divorcio o no convivencia de los progenitores	21 (21.4%)	31 (25.4%)	10 (21.3%)	10 (14.1%)
Convivencia con progenitor a prisión u otros	0	2 (1.2%)	0	1 (1.4%)
Convivencia con cuidador con enfermedad mental o intento de suicidio	21 (21.4%)	40 (32.8%)	10 (21.3%)	24 (33.8%)
Maltrato físico	4 (4.1%)	12 (9.8%)	3 (6.4%)	7 (9.9%)
Maltrato emocional	11 (11.2%)	36 (29.5%)	10 (21.3%)	12 (16.9%)
Violencia Sexual	6 (6.1%)	7(5.7%)	2 (4.3%)	3 (4.2%)
Negligencia física	1 (1%)	4 (3.3%)	0	0
Negligencia emocional	16 (16.3%)	26 (21.3%)	9 (19.1%)	9 (12.7%)
Testigo de Violencia de Género	8 (8.2%)	9(7.4%)	4 (8.5%)	2 (2.8%)
Testigo de violencia familiar	5 (5.1%)	15 (12.3%)	4 (8.5%)	4 (5.6%)
Consumo de alcohol y drogas	12 (12.2%)	20 (16.4%)	7 (14.9%)	7 (9.9%)
Fallecimiento de cuidador primario	8 (8.2%)	6 (4.9%)	4 (8.5%)	2 (2.8%)
Testigo de violencia en el vecindario	9 (9.2%)	12 (9.8%)	5 (10.6%)	4 (5.6%)

En cuanto al ámbito de conocimiento, Salud o Jurídico (Tabla 3), los datos son indicativos de que los estudiantes universitarios del ámbito de la salud presentan significativamente una mayor *convivencia con cuidador con enfermedad mental o intento de suicidio* ($\chi^2= 5.499$). Lo mismo sucede en el *maltrato emocional* ($\chi^2= 5.499$) y el *Bullying* ($\chi^2= 5.999$). La significación estadística que arroja la variable *Convivencia con progenitor en prisión* no ha de ser tomada en cuenta por deberse al efecto de la baja frecuencia ($n=3$).

Tabla 3. Incidencia de las ACE según el ámbito.

ACE	Frecuencia CC Jurídicas (%)	Frecuencia Salud (%)	Chi2	p	phi
Separación, divorcio o no convivencia de los progenitores	31 (43.1)	41 (56.9)	0.001	.976	0.002
Convivencia con progenitor a prisión u otros	0	3 (100%)	2.274	.017	-0.082
Convivencia con cuidador con enfermedad mental o intento de suicidio	31 (32.6%)	64 (67.4%)	5.687	.017	-0.130
Maltrato físico	7 (26.9%)	19 (73.1%)	2.935	.087	-0.093
Maltrato emocional	21 (30.4%)	48 (69.6%)	5.499	.019	-0.128
Violencia Sexual	8 (44.4%)	10 (55.6%)	0.019	.892	0.007
Negligencia física	1 (20%)	4 (80%)	1.086	.297	-0.057
Negligencia emocional	25 (41.7%)	35 (58.3%)	0.045	.832	-0.012
Testigo de Violencia de Género	12 (52.2%)	11 (47.8%)	0.867	.352	0.051
Testigo de violencia familiar	9 (32.1%)	19 (67.9%)	2.732	.255	0.090
Consumo de alcohol y drogas	19 (41.3%)	27 (58.7%)	0.055	.814	-0.013
Fallecimiento de cuidador primario	12 (60%)	8 (40%)	2.538	.111	0.087
Testigo de violencia en el vecindario	14 (46.7%)	16 (53.3%)	0.191	.662	0.024
Bullying	15 (27.8%)	39 (72.2%)	5.999	.014	-0.133

3.2 Valoración del impacto psicoemocional en función de las Experiencias Adversas en la Infancia.

El impacto psicoemocional se ha valorado doblemente, por el daño medido a través del SCL-90-R y por el nivel de bienestar tomado por las Escalas de Bienestar Psicológico, resultados que pasamos a comentar a continuación.

Según se observa en la Tabla 4, se obtienen diferencias estadísticamente significativas en la escala de *Somatización* ($t=4.84$; $p\leq.001$; tamaño de efecto moderado), *Obsesión* ($t=2.47$; $p\leq.05$; tamaño de efecto pequeño), *Sensibilidad interpersonal* ($t=3.61$; $p\leq.001$; tamaño de

efecto moderado), *Depresión* ($t=3.91$; $p\leq.001$; tamaño de efecto moderado), *Ansiedad* ($t=4.24$; $p\leq.001$; tamaño de efecto moderado), *Índice de Gravedad Global* ($t=4.17$; $p\leq.001$; tamaño de efecto pequeño) y *Total de Síntomas Positivos* ($t=3.46$; $p\leq.001$; tamaño de efecto moderado). En todos los casos las diferencias indican que la existencia de mayor alteración en los participantes que señalan haber experimentado algún tipo de ACE.

Tabla 4. *T de Student para muestras independientes del SCL90-R en función de ACE (SI o NO).*

SCL 90R	M_{SI}	DT_{SI}	M_{NO}	DT_{NO}	t	gl	p	d
SOM	1.13	0.7	0.79	0.57	4.84	326.4	.000	0.53
OBS	1.57	0.73	1.36	0.74	2.47	336	.014	0.29
INT	1.48	0.78	1.18	0.72	3.61	336	.000	0.40
DEP	1.51	0.79	1.19	0.73	3.91	336	.000	0.42
ANS	1.12	0.74	0.81	0.60	4.24	327.64	.000	0.46
HOST	1.05	2.4	0.71	0.62	1.64	33	.102	0.19
FOB	0.94	3.06	0.5	0.55	1.16	336	.093	0.2
PAR	1.13	0.80	0.97	0.76	1.83	336	.680	0.21
PSI	0.77	1.64	0.53	0.52	1.65	336	.099	0.2
GSI	1.18	1.60	0.92	0.53	4.17	336	.000	0.21
PST	52.17	17.40	45.35	18.38	3.46	336	.001	0.38
PSDI	1.94	0.74	1.73	0.43	4.17	336	.000	0.47

NOTA: M_{SI}= Media del grupo que han experimentado alguna ACE; DT_{SI}=Desviación Típica del grupo que han experimentado alguna ACE; M_{NO}=Media del grupo que no ha experimentado ACE; DT_{NO}=Desviación típica del grupo que no ha experimentado ACE.

Según se observa en la tabla 5, la única diferencia estadísticamente significativa es en el índice global de malestar positivo ($t=-2.09$; $p\leq.05$; tamaño de efecto moderado).

Tabla 5. *t de Student para muestras independientes del SCL90-R en función de la acumulación de las ACE (SI vs NO).*

SCL 90R	M_{NO}	DT_{NO}	M_{SI}	DT_{SI}	t	gl	p	d
SOM	1.08	0.69	1.28	0.71	-1.77	81.87	.080	0.29
OBS	1.56	0.75	1.6	0.69	-.38	91.22	.709	0.06
INT	1.42	0.8	1.64	0.69	-1.89	96.24	.061	0.29
DEP	1.47	0.76	1.64	0.84	-1.3	78	.201	0.21
ANS	1.08	0.76	1.24	0.7	-1.37	89.88	.175	0.22
HOST	1.04	2.75	1.09	0.76	-.17	194.34	.869	0.02
FOB	1.02	3.51	0.7	0.59	1.09	171.21	.279	0.12
PAR	1.09	0.79	1.23	0.85	-1.04	78.87	.279	0.17
PSI	0.77	1.88	0.76	0.49	0.6	191.51	.955	0.01
GSI	1.14	0.61	0.76	0.49	-1.66	94.68	.100	0.69
PST	51.15	17.34	55.2	17.39	-1.43	86.86	.155	0.23
PSDI	1.9	0.47	2.06	0.44	-2.09	83.06	.039	0.35

NOTA: M_{SI}= Media del grupo que han experimentado 4 o más ACE; DT_{SI}=Desviación Típica del grupo que han experimentado 4 o más ACE; M_{NO}=Media del grupo que ha experimentado menos de 4 ACE; DT_{NO}=Desviación típica del grupo que ha experimentado menos de 4 ACE.

Según se observa en la tabla 6, existen diferencias estadísticas significativa. Estas son en las Escalas de Bienestar Material ($t=-3.21$; $p\leq.001$; tamaño de efecto moderado) y la Escala de Bienestar Total ($t=-2.02$; $p\leq.05$; tamaño de efecto pequeño).

Tabla 6. *t* de Student para muestras independientes de las Escalas de Bienestar en función de ACE (SI o NO)

E.	M_{SI}	DT_{SI}	M_{NO}	DT_{NO}	t	gl	p	d
Bienestar								
Psicología	95.64	19.7	99.65	19.07	-1.88	300.73	.061	0.21
Subjetiva								
Material	34.45	7.39	36.93	6.69	-3.21	312.44	.001	0.35
Laboral/ escolar	35.06	5.45	35.3	5.2	-.43	303.37	.671	0.05
Relaciones de Pareja	40.87	30.29	43.93	29.65	-.92	298.67	.356	0.1
Total	206.29	43.73	215.91	42.53	-2.02	299.94	.044	0.22

NOTA: M_{SI}= Media del grupo que han experimentado alguna ACE; DT_{SI}=Desviación Típica del grupo que han experimentado alguna ACE; M_{NO}=Media del grupo que no ha experimentado ACE; DT_{NO}=Desviación típica del grupo que no ha experimentado ACE.

En la tabla 7 se puede apreciar la no existencia de diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 7. *t de Student para muestras independientes de las Escalas de Bienestar en función de la acumulación de las ACE (SI vs NO)*

E.	M_{NO}	DT_{NO}	M_{SI}	DT_{SI}	t	gl	p	d
Bienestar								
Psicología	95.7	19.57	95.42	20.24	.87	81.7	.931	0.01
Subjetiva								
Material	34.87	7.12	33.16	8.09	1.34	75.89	.186	0.22
Laboral/ escolar	35.41	5.57	34	5	1.68	93.57	.096	0.27
Relaciones de Pareja	39.53	30.84	44.88	28.46	-1.13	90.32	.263	0.18
Total	205.49	43.55	208.7	44.64	-.44	82.31	.659	0.07

NOTA: M_{SI}= Media del grupo que han experimentado 4 o más ACE; DT_{SI}=Desviación Típica del grupo que han experimentado 4 o más ACE; M_{NO}=Media del grupo que ha experimentado menos de 4 ACE; DT_{NO}=Desviación típica del grupo que ha experimentado menos de 4 ACE.

4. Discusión y conclusiones.

En primer lugar, se ha de considerar las limitaciones de este estudio, fundamentalmente de tipo metodológico. Así, no se ha realizado un muestreo estadísticamente representativo de la población objeto de estudio, por lo que los resultados no pueden ser generalizables, ni a la población joven de Galicia, ni siquiera a la población universitaria de nuestro ámbito. Salvar esta limitación pudiera ser un paso importante para continuar esta línea de investigación en el futuro, así como otros aspectos que pudieran ser de utilidad para ello, como sería llevar a cabo un diseño que combinase metodología cualitativa al análisis cuantitativo llevado a cabo. Dicho esto, del análisis de este estudio se encuentran los siguientes datos:

- La incidencia mayor de Experiencias Adversas en la Infancia se encuentra en los siguientes cuatro aspectos: a) *Separación, divorcio o no convivencia de los progenitores*, b) *Convivencia con cuidador con enfermedad mental o intento de suicidio*, c) *Maltrato emocional*, y d) *Negligencia emocional*.
- En cuanto al daño, se observa la existencia de mayor alteración en los participantes que señalan haber experimentado algún tipo de ACE en sintomatología internalizante (ansiedad, depresión) así como en índices de malestar y sufrimiento psicoemocional en

general. Este resultado va en la misma dirección del encontrado por otros autores como Bomysoad y Francis (2020) o Goodman et al. (2022).

- En línea de lo que se había encontrado en otras investigaciones (i.e., Elmore & Crouch, 2020; Poole et al., 2017), hemos advertido un efecto acumulativo de las ACE, observando un impacto en el índice global de malestar positivo en función de la acumulación de experiencias adversas.
- En cuanto a la medida de bienestar se observa la existencia de mayores índices de bienestar material y general en los participantes que señalan no haber experimentado ACE. En esta dirección se han manifestado los estudios llevados a cabo por Hughes et al. (2016) o Goodman et al. (2022).

Desde la perspectiva de la Criminología, los datos analizados en este trabajo pueden ser de utilidad de cara a actuar de modo preventivo. Las situaciones que definen experiencias adversas en la infancia han de ser tenidas en cuenta como factores de riesgo (Bomysoad & Francis, 2020; Priego-Parra, et al, 2022) sobre los que se debe incidir en ellos con carácter preventivo a fin de evitar o disminuir las consecuencias de estar expuesto. También se deben estudiar los factores de protección que pueden ayudar a reducir el impacto negativo a largo plazo debido a la exposición de experiencias adversas. Factores de protección y de riesgo han de ser tenidos en cuenta en el diseño de programas de intervención de carácter preventivo dirigidas a las familias y a profesionales que trabajen con NNA que pueden estar expuestos a experiencias adversas

Finalmente, deseamos poner de manifiesto que la realización de este Trabajo Fin de Grado, ha posibilitado un nivel de aprendizaje sobre el diseño de una investigación, la revisión de la literatura sobre un campo específico, la toma de decisión sobre los instrumentos de medida o sobre el procedimiento a llevar a cabo, la recogida de los datos y el tratamiento estadístico, que ha supuesto la adquisición de competencias que han complementado muy significativamente todos los conocimientos que hemos adquirido a lo largo de la formación del Grado en Criminología.

Referencias

- Bomysoad, R. N., & Francis, L. A. (2020). Adverse Childhood Experiences and Mental Health Conditions Among Adolescents. *Journal of Adolescent Health, 67*(6), 868-870. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.04.013>
- Derechos de la Infancia. UNICEF España.* (s. f.). UNICEF España. <https://www.unicef.es/causas/derechos-ninos>
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Manual.* TEA Ediciones.
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, C. M., & Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Neglect, 28*(7), 771-784. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.008>
- Elmore, A. L., & Crouch, E. (2020). The Association of Adverse Childhood Experiences With Anxiety and Depression for Children and Youth, 8 to 17 Years of Age. *Academic Pediatrics, 20*(5), 600-608. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.02.012>
- Farrington, D. P. (2019). Childhood risk and protective factors for early desisters, late desisters and life-course persistent offenders. *Revista Española de Investigación Criminológica, 17*, 1-33. <https://doi.org/10.46381/reic.v17i0.225>
- Farrington, D., & Loeber, R. (2000). Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and Psychopathology, 12*(4), 737-762. <https://doi.org/10.1017/S09545794000017-8>
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., & Marks, J.S. (1998). Relación del abuso infantil y la disfunción del hogar con muchas de las principales causas de muerte en adultos: El Estudio de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE). *Revista Estadounidense de Medicina Preventiva, 14*(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Goodman, M., Baker, L., Maigallo, A. K., Elliott, A., Keiser, P., & Raimer-Goodman, L. (2022). Adverse childhood experiences, adult anxiety and social capital among women in rural Kenya. *Journal of Anxiety Disorders, 91*, 102614. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102614>

- Haynes, E., Crouch, E., Probst, J. C., Radcliff, E., Bennett, K. J., & Glover, S. H. (2020). Exploring the association between a parent's exposure to Adverse Childhood Experiences (ACEs) and outcomes of depression and anxiety among their children. *Children and Youth Services Review*, *113*, 105013. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105013>
- Honor, G. (2015). Childhood trauma exposure and toxic stress: What the PNP needs to know. *Journal of Pediatric Health Care*, *29*, 191-198.
- Hughes, K., Lowey, H., Quigg, Z., & Bellis, M. A. (2016). Relationships between adverse childhood experiences and adult mental well-being: results from an English national household survey. *BMC Public Health*, *16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2906-3>
- Instrumento de ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.* (s. f.). BOE-A-1990-31312 <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1990-31312>
- Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2014). Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(7), 1489-1501).
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la violencia. (s. f.). BOE-A-2021-9347 <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-9347>
- Martín, M. Y. (2021). *Impacto de las experiencias infantiles adversas en la calidad de vida en población adulta en situación de vulnerabilidad social.* Universidad de Oviedo. <http://hdl.handle.net/10651/60381>
- Meddeb, A., Garofalo, C., Karlén, M. H., & Wallinius, M. (2023). Emotion dysregulation – a bridge between ACE and aggressive antisocial behavior. *Journal of Criminal Justice*, *88*, 102110. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2023.102110>
- Naden, E., Bilton, G., Schepman, A., & Rodway, P. (2023). Resilience and mental toughness as predictors of anxiety, depression, and mental well-being. *Mental Wellness*, *1*(2). <https://doi.org/10.4081/mw.2023.2>

- Nevárez, B., & Ochoa, G. (2021). *Experiencias adversas en la infancia y su impacto sobre la salud física y mental*. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.
- Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2017). Anxiety among adults with a history of childhood adversity: Psychological resilience moderates the indirect effect of emotion dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, 217, 144-152. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.047>
- Priego-Parra, B. A., Remes-Troche, J. M., & Vivanco-Cid, H. (2022). Experiencias adversas de la infancia. *Estancias*, 2(4), 151-168.
- Sánchez-Cánovas, J. (2007). Manual Escala de Bienestar Psicológico (2ª). TEA Ediciones.
- Truyol, T. (1971). *Los derechos humanos*. Tecnos.
- Unidad de Psicología Forense (2021). *Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia*. Universidad de Santiago de Compostela [Documento inédito].

ANEXO 1

Datos sociodemográficos

DATOS PERSONALES
SEXO: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
Nivel de estudios: <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> FP grado medio <input type="checkbox"/> FP grado superior <input type="checkbox"/> Grado <input type="checkbox"/> Doctorado

ANEXO 2

**Cuestionario sobre ACEs y circunstancias familiares (Unidad de Psicología Forense,
2021)**

A continuación, te planteamos unas cuestiones sobre tu HISTORIA FAMILIAR Por favor contesta si has experimentado alguna de estas situaciones en tu entorno familiar mientras eras menor de edad.				
En caso de contestar SI indica, por favor, qué edad tenías y describe las circunstancias:			EDAD	CIRCUNSTANCIAS
1	Separación, divorcio o no convivencia de los progenitores.	SI	NO	
2	Convivencia con cuidador que fuera a prisión, cárcel u otro centro correccional.	SI	NO	
3	Convivencia con cuidador que presentara depresión, enfermedad mental o intento de suicidio.	SI	NO	
4	Historia de violencia física hacia ti (si tus padres u otro adulto de referencia te golpeaba, si sufriste lesiones de esta naturaleza,) (maltrato físico)	SI	NO	
5	Si alguna vez has convivido con alguien que actuara de manera tal que te atemorizara, dominara, controlara (maltrato emocional)	SI	NO	
6	Historia de violencia sexual (tocamientos, acoso, agresión,...)	SI	NO	
7	Historia de negligencia física (no tener suficiente que comer, utilizar ropa sucia, no disponer de un adulto que te protegiera, cuidase o que llevase al médico cuando era necesario,...)	SI	NO	
8	Historia de negligencia emocional (déficit de apego, no sentirse querido, no preocuparse por ti, déficit de cariño)	SI	NO	

9	Testigo de situaciones de violencia de género	SI	NO		
10	Testigo de situaciones de violencia familiar	SI	NO		
11	Alguno de tus cuidadores (padre, madre, tutor) era consumidor de drogas o alcohol	SI	NO		
12	Fallecimiento de un cuidador primario	SI	NO		
13	Testigo de violencia en el vecindario	SI	NO		
14	Historial de violencia escolar (acoso escolar)	SI	NO		

ANEXO 3

Inventario de Síntomas Revisado/ SCL-90-R (Derogatis, 2002)

A continuación, encontrarás una lista de alteraciones. Selecciona, en la escala de respuestas, cuánto te suelen afectar. Nada = 0 Un poco = 1 Moderadamente = 2 Bastante = 3 Muchísimo = 4

1. Dolores de cabeza.	0	1	2	3	4
2. Nerviosismo o agitación interior.	0	1	2	3	4
3. Pensamientos desagradables repetidos que no puedes quitarte de la cabeza.	0	1	2	3	4
4. Desmayos o mareos.	0	1	2	3	4
5. Pérdida de interés o de placer sexual.	0	1	2	3	4
6. Sentirte crítico hacia los demás.	0	1	2	3	4
7. La idea de que alguien puede controlar tus pensamientos.	0	1	2	3	4
8. Creer que los demás son culpables de muchos de tus problemas.	0	1	2	3	4
9. Dificultad para recordar cosas.	0	1	2	3	4
10. Preocupación por el desorden y la dejadez.	0	1	2	3	4
11. Sentirte fácilmente enfadado o irritado.	0	1	2	3	4
12. Dolores en el pecho o en el corazón.	0	1	2	3	4
13. Sentir miedo en los espacios abiertos o en la calle.	0	1	2	3	4
14. Sentirte con pocas energías o decaído.	0	1	2	3	4
15. Pensamientos de poner fin a tu vida.	0	1	2	3	4
16. Oír voces que otra gente no oye.	0	1	2	3	4
17. Temblores.	0	1	2	3	4
18. Creer que no puede confiar en la mayor parte de la gente.	0	1	2	3	4
19. Poco apetito.	0	1	2	3	4
20. Llorar con facilidad.	0	1	2	3	4
21. Sentirte tímido o incómodo con el sexo opuesto.	0	1	2	3	4
22. Sentimientos de estar atrapado.	0	1	2	3	4
23. Asustarte súbitamente sin razón.	0	1	2	3	4
24. Explosiones de mal genio que no puedes controlar.	0	1	2	3	4
25. Sentir miedo de salir solo de tu casa.	0	1	2	3	4
26. Culparte a ti mismo de las cosas.	0	1	2	3	4

27. Dolores en la parte baja de la espalda.	0	1	2	3	4
28. Sentirte bloqueado para hacer cosas.	0	1	2	3	4
29. Sentirte solo.	0	1	2	3	4
30. Sentirte triste.	0	1	2	3	4
31. Preocuparte demasiado o dar vueltas continuamente sobre las cosas.	0	1	2	3	4
32. Desinterés por las cosas.	0	1	2	3	4
33. Sentirte temeroso.	0	1	2	3	4
34. El hecho de que tus sentimientos son heridos fácilmente.	0	1	2	3	4
35. Pensar que otras personas conocen tus pensamientos íntimos.	0	1	2	3	4
36. Sentir que los demás no te entienden o son poco comprensivos contigo.	0	1	2	3	4
37. Encontrar que la gente es poco amistosa o que tú les desagradas.	0	1	2	3	4
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que están bien hechas.	0	1	2	3	4
39. Palpitaciones o aceleración del ritmo cardíaco.	0	1	2	3	4
40. Nauseas o trastornos estomacales.	0	1	2	3	4
41. Sentirte inferior a los demás.	0	1	2	3	4
42. Dolores musculares.	0	1	2	3	4
43. Sentir que estás siendo observado o que hablan de ti.	0	1	2	3	4
44. Dificultad para conciliar el sueño.	0	1	2	3	4
45. Tener que comprobar y volver a comprobar lo que haces.	0	1	2	3	4
46. Dificultad para tomar decisiones.	0	1	2	3	4
47. Sentir miedo de viajar en autobús, metro o tren.	0	1	2	3	4
48. Dificultad para respirar.	0	1	2	3	4
49. Rachas o momentos de frío o calor.	0	1	2	3	4
50. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque te asustan.	0	1	2	3	4
51. Quedarte con la mente en blanco.	0	1	2	3	4
52. Sensaciones de adormecimiento u hormigueo en algunas partes de tu cuerpo.	0	1	2	3	4
53. Sentir un nudo en la garganta.	0	1	2	3	4
54. Sentirte desesperanzado sobre tu futuro.	0	1	2	3	4
55. Dificultad para concentrarse.	0	1	2	3	4
56. Debilidad en algunas partes de tu cuerpo.	0	1	2	3	4
57. Sentirte tenso y con los nervios de punta.	0	1	2	3	4

58. Sensación de pesadez en los brazos o piernas.	0	1	2	3	4
59. Pensamientos sobre la muerte o de morirte.	0	1	2	3	4
60. Comer en exceso.	0	1	2	3	4
61. Sentirte incómodo cuando la gente te mira o habla de ti.	0	1	2	3	4
62. Tener pensamientos que no son tuyos.	0	1	2	3	4
63. Tener fuertes deseos de pegar, herir o dañar a alguien.	0	1	2	3	4
64. Despertarte muy temprano por la mañana.	0	1	2	3	4
65. Tener que repetir las mismas acciones, por ejemplo, tocar, contar, lavarte.	0	1	2	3	4
66. Dormir de manera inquieta o desvelarte fácilmente.	0	1	2	3	4
67. Tener fuertes deseos de romper o destrozar cosas.	0	1	2	3	4
68. Tener pensamientos o creencias que otros no comparten.	0	1	2	3	4
69. Sentirte muy tímido con los demás.	0	1	2	3	4
70. Sentirte incómodo cuando hay mucha gente, por ejemplo en las tiendas o en el cine.	0	1	2	3	4
71. Sentir que todo te representa un esfuerzo.	0	1	2	3	4
72. Momentos de terror o de pánico.	0	1	2	3	4
73. Sentirte incómodo al comer o beber en público.	0	1	2	3	4
74. Involucrarte frecuentemente en discusiones.	0	1	2	3	4
75. Sentirte nervioso cuando te dejan solo.	0	1	2	3	4
76. Pensar que los demás no valoran tus logros.	0	1	2	3	4
77. Sentirte solo incluso cuando estás con gente.	0	1	2	3	4
78. Sentirte tan intranquilo que no puedes estarse quieto.	0	1	2	3	4
79. Sentimientos de inutilidad.	0	1	2	3	4
80. La sensación de que algo malo te va a ocurrir.	0	1	2	3	4
81. Gritar o tirar cosas.	0	1	2	3	4
82. Sentir miedo de desmayarte en público.	0	1	2	3	4
83. Pensar que la gente se aprovechará de ti si les dejas.	0	1	2	3	4
84. Tener pensamientos sexuales que te preocupan mucho.	0	1	2	3	4
85. La idea de que deberías ser castigado por tus pecados.	0	1	2	3	4
86. Pensamientos e imágenes de naturaleza amenazadora.	0	1	2	3	4
87. La idea de que algo grave pasa en tu cuerpo.	0	1	2	3	4

88. No sentirte nunca cercano o compenetrado con otra persona.	0	1	2	3	4
89. Sentimientos de culpa.	0	1	2	3	4
90. La idea de que algo funciona mal en tu mente	0	1	2	3	4

ANEXO 4

Escala de Bienestar (Sánchez-Cánovas, 2007)

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones sobre sentimientos que las personas podemos experimentar en cualquier etapa de nuestra vida. Por favor, contesta en función de la siguiente escala:

1- NUNCA 2-ALGUNAS VECES 3-BASTANTES VECES 4- CASI SIEMPRE 5-SIEMPRE

1	Acostumbro a ver el lado favorable de las cosas	1	2	3	4	5
2	Me gusta transmitir mi felicidad a los demás	1	2	3	4	5
3	Me siento bien conmigo mismo	1	2	3	4	5
4	Todo me parece interesante	1	2	3	4	5
5	Me gusta divertirme	1	2	3	4	5
6	Me siento jovial	1	2	3	4	5
7	Busco momentos de distracción y descanso	1	2	3	4	5
8	Tengo buena suerte	1	2	3	4	5
9	Estoy ilusionado/a	1	2	3	4	5
10	Se me han abierto muchas puertas en mi vida	1	2	3	4	5
11	Me siento optimista	1	2	3	4	5
12	Me siento capaz de realizar mi trabajo	1	2	3	4	5
13	Creo que tengo buena salud	1	2	3	4	5
14	Duermo bien y de forma tranquila	1	2	3	4	5
15	Me creo útil y necesario/a para la gente	1	2	3	4	5
16	Creo que me sucederán cosas agradables	1	2	3	4	5
17	Creo que como persona he logrado lo que quería	1	2	3	4	5
18	Creo que valgo tanto como cualquier otra persona	1	2	3	4	5
19	Creo que puedo superar mis errores y debilidades	1	2	3	4	5
20	Creo que mi familia me quiere	1	2	3	4	5
21	Me siento “en forma”	1	2	3	4	5
22	Tengo muchas ganas de vivir	1	2	3	4	5
23	Me enfrento a mi trabajo y a mis tareas con buen ánimo	1	2	3	4	5

24	Me gusta lo que hago	1	2	3	4	5
25	Disfruto de las comidas	1	2	3	4	5
26	Me gusta salir y ver a la gente	1	2	3	4	5
27	Me concentro con facilidad en lo que estoy haciendo	1	2	3	4	5
28	Creo que, generalmente, tengo buen humor	1	2	3	4	5
29	Siento que todo me va bien	1	2	3	4	5
30	Tengo confianza en mí mismo/a	1	2	3	4	5
31	Vivo con cierto desahogo y bienestar	1	2	3	4	5
32	Puedo decir que soy afortunado/a	1	2	3	4	5
33	Tengo una vida tranquila	1	2	3	4	5
34	Tengo lo necesario para vivir	1	2	3	4	5
35	La vida me ha sido favorable	1	2	3	4	5
36	Creo que tengo una vida asegurada, sin grandes riesgos	1	2	3	4	5
37	Creo que tengo lo necesario para vivir cómodamente	1	2	3	4	5
38	Las condiciones en que vivo son cómodas	1	2	3	4	5
39	Mi situación es relativamente próspera	1	2	3	4	5
40	Estoy tranquilo/a sobre mi futuro económico	1	2	3	4	5

Las siguientes cuestiones se refieren a posibles condiciones y efectos que las personas podemos experimentar en nuestro trabajo (en nuestro caso como estudiantes). Por favor contesta en base a la siguiente escala:

1 = nunca 2 = raras veces 3=algunas veces 4=con frecuencia 5 = casi siempre

1	Mi trabajo como estudiante es creativo, variado, estimulante	1	2	3	4	5
2	Mi trabajo como estudiante da sentido a mi vida	1	2	3	4	5
3	Mi trabajo como estudiante me exige aprender cosas nuevas	1	2	3	4	5
4	Mi trabajo como estudiante es interesante	1	2	3	4	5
5	Mi trabajo como estudiante es monótono, rutinario, aburrido	1	2	3	4	5
6	En mi clase he encontrado apoyo y afecto	1	2	3	4	5
7	Mi trabajo como estudiante me ha proporcionado independencia	1	2	3	4	5
8	Estoy discriminado/a en mi clase	1	2	3	4	5

9	Mis estudios es lo más importante para mí	1	2	3	4	5
10	Disfruto con lo que estoy estudiando	1	2	3	4	5

CONTESTA UNICAMENTE SI TIENES PAREJA: Seguidamente encontrarás frases que describen actitudes personales en relación con la sexualidad y las relaciones de pareja. Responde solo si tienes pareja. Por favor, responde en función de la siguiente escala: 1=Totalmente en desacuerdo 2=Algo en desacuerdo 3=Mitad de acuerdo/Mitad en desacuerdo 4=Algo de acuerdo 5=Totalmente de acuerdo

1	Atiendo al deseo sexual de mi pareja	1	2	3	4	5
2	Disfruto y me relajo con las relaciones sexuales	1	2	3	4	5
3	Me siento feliz como pareja	1	2	3	4	5
4	La sexualidad sigue ocupando un lugar importante en mi vida	1	2	3	4	5
5	Mi pareja manifiesta cada vez menos deseo de realizar el acto sexual	1	2	3	4	5
6	Cuando estoy en casa no aguanto a mi pareja en ella todo el día	1	2	3	4	5
7	Mis relaciones sexuales son ahora poco frecuentes	1	2	3	4	5
8	Mi pareja y yo tenemos una vida sexual activa	1	2	3	4	5
9	No temo expresar a mi pareja mi deseo sexual	1	2	3	4	5
10	A mi pareja le cuesta conseguir la erección	1	2	3	4	5
11	Mi interés sexual ha descendido	1	2	3	4	5
12	El acto sexual me produce dolores físicos, cosa que antes no me ocurría	1	2	3	4	5
13	Mi pareja y yo estamos de acuerdo en muchas cosas	1	2	3	4	5
14	Hago con frecuencia el acto sexual	1	2	3	4	5
15	El acto sexual me proporciona placer	1	2	3	4	5