

Diferencias de género en la relación entre las Experiencias Adversas en la Infancia y la Sintomatología Internalizante y Externalizante

Gender differences in the relation between Adverse Childhood Experiences and Internalizing and Externalizing Symptomatology

Estefania Dorado López*; **Cintli Carolina Carbajal-Valenzuela****

* Egresada de la Maestría en Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia de la Facultad de Psicología y Educación de la Universidad Autónoma de Querétaro. Cerro de las Campanas, Centro Universitario, 76010 Santiago de Querétaro, Qro.; ** Profesora de Tiempo Completo de la Facultad de Psicología y Educación de la UAQ
*edorado25@alumnos.uaq.mx **cintli.carolina.carbajal@uaq.mx

Recibido: 26 de agosto 2022; Aceptado: 4 de enero 2023

Resumen

Las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) tienen consecuencias en la salud física y mental distintas en mujeres y hombres, pero se desconoce si es así a lo largo del desarrollo. Este estudio buscó identificar diferencias de género en número y frecuencia de EAI y su relación con Sintomatología Internalizante/Externalizante (SIE) en adultos jóvenes. Es un estudio correlacional, con una muestra no probabilística ($n = 374$ edad media = 20.4 años, 78% mujeres). No se identificaron diferencias entre hombres y mujeres en el número o frecuencia de EAI, pero sí en el tipo de EAI, las mujeres reportaron mayor frecuencia en abuso sexual y bullying y los hombres en violencia comunitaria y abuso físico. En las mujeres existe una correlación positiva entre número y frecuencia de EAI y SIE, SI y SE. En los hombres solo se encontraron correlaciones positivas entre número de EAI y SE, y entre frecuencia de EAI y SIE y SE. La negligencia, la violencia comunitaria y el abuso sexual y emocional predicen la SIE en mujeres y la violencia colectiva y el abuso físico en hombres. La relación entre EAI y SIE es distinta en hombres y mujeres y estas diferencias están presentes en los adultos jóvenes.

Palabras clave: Experiencias Adversas en la Infancia, Sintomatología Internalizante, Sintomatología Externalizante, Género, Adultos Jóvenes.

Abstract

It is known that Adverse Childhood Experiences (ACEs) have a deep impact on physical and mental health. This impact is different for women and for men, but there is no literature that analyzes whether these gender-specific differences change through life. The aim of this study was to identify gender-specific differences in the number and frequency of ACEs and their relation to Internalizing/Externalizing Symptomatology (IES), specifically in young adults. A correlational study with a non-probabilistic sample was carried out which included 374 young adults (mean age=20.4 years; 78% women). Women presented higher frequency in sexual abuse and bullying, and men in community violence and physical abuse ($p \leq 0.05$); however, when analyzed globally, there were no differences. In women, a positive correlation between the number and frequency of ACEs and IES, IS and ES was found, while in men significant correlations were found only between the number of ACEs and ES, and between the frequency of ACEs and IES. Neglect, community violence, and sexual and emotional abuse predict IES in women, while collective violence and physical abuse predict IES in men. ACEs and IES are related in a different way in women and men, these gender differences remain through life.

Keywords: Adverse Childhood Experiences, Internalizing Symptomatology and Externalizing Symptomatology, Gender, Young adults.

Introducción

Las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) se definen como un conjunto de experiencias traumáticas vividas antes de los 18 años de edad que pueden ocasionar altos niveles de estrés (Felitti et al., 1998, Centers for Disease Control and Prevention, 2019). Las EAI más estudiadas son el abuso físico, emocional y sexual, la negligencia u omisión de cuidados, la violencia intrafamiliar, el divorcio o separación de los padres, vivir con familiares diagnosticados con alguna enfermedad mental, consumo de sustancias o conductas delictivas/cargos penales; el bullying, la violencia comunitaria, expresada en peleas físicas, amenazas con armas, riñas; y la violencia colectiva, proveniente de grupos armados, policías, militares o pandillas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). Evidencia científica sugiere que el estrés temprano en la vida, ocasionado por experimentar adversidad, se relaciona con alteraciones en la estructura y funcionamiento del sistema nervioso central, que a su vez afectan la calidad de vida, la salud física, psicológica y conductual del individuo que la ha experimentado (Felitti et al., 1998; Barcelata y Álvarez, 2005; Palma-Gudiel et al., 2015; Carbajal-Valenzuela, 2021).

La Sintomatología Internalizante y Externalizante (SIE) es una clasificación básica que enmarca un conjunto de problemas psicológicos estudiados tradicionalmente bajo este término (Achenbach et al., 1987). La Sintomatología Internalizante (SI) hace referencia a un conjunto de alteraciones no externalizadas al ambiente, principalmente alteraciones emocionales como inestabilidad del estado de ánimo, alteraciones somáticas, inseguridad, obsesiones, nerviosismo, miedos, fobias, sentimientos de tristeza, inquietud, preocupación, culpabilidad, tensión, disforia, entre otros. La Sintomatología Externalizante (SE) incluye aquellas conductas que se manifiestan en el sujeto y pueden ser observables y objetivas, además de que se proyectan hacia el ambiente; por ejemplo, conductas delictivas como robar y abusar de sustancias nocivas; y conductas agresivas, como ser destructivo con las propias cosas o las de los demás, discutir mucho, ser cruel, desbordarse en ira, etc. (Hudziak et al., 2004).

De Anda y colaboradores realizaron en el 2021 un estudio que buscaba conocer la relación entre las EAI y la sintomatología depresiva y el consumo de sustancias en adolescentes tardíos. Uno de sus principales hallazgos fue identificar claras diferencias entre los hombres y las mujeres que compusieron su muestra. Encontraron que las mujeres adolescentes presentan una mayor prevalencia de sintomatología depresiva que los varones adolescentes, lo que ya se ha estudiado y encontrado en varios estudios previos (Sassarini, 2016). Además, reportaron hallazgos novedosos respecto a los tipos de EAI que predicen las variables sintomatología depresiva y consumo de sustancias diferenciando a las de los adolescentes. Según este estudio, las EAI que ocurren dentro del entorno familiar parecen afectar en

mayor medida a las adolescentes, mientras que a los adolescentes parecen afectarles más los eventos violentos que suceden en la comunidad. En las mujeres observaron una correlación entre el número y la frecuencia de EAI y los puntajes en sintomatología depresiva, mientras que en los varones no se encontraron correlaciones ni con los puntajes en sintomatología depresiva ni con el consumo de sustancias.

Dadas las grandes diferencias neurobiológicas, psicológicas y del entorno social entre hombres y mujeres que le dan sentido a estos resultados y buscando profundizar en el conocimiento de las EAI y sus consecuencias, el presente estudio se propuso como objetivos conocer si las diferencias entre hombres y mujeres en términos de EAI y sus consecuencias se mantienen en los adultos jóvenes, así como explorar la relación entre EAI y una gama más amplia de sintomatologías englobadas aquí como SI y SE.

Método

Se realizó una investigación de tipo cuantitativo, transversal, no experimental, con una muestra no probabilística de adultos jóvenes estudiantes universitarios voluntarios o muestra autoseleccionada. Se solicitó permiso a las autoridades universitarias para pasar a los salones invitando a las y los estudiantes a contestar el instrumento. Las y los estudiantes que aceptaban contestarlo, recibían un link de acceso a un formulario google en el que, tras expresar su consentimiento informado, señalaban la respuesta a cada una de las preguntas. El instrumento de recolección de datos se conformó por un cuestionario digital, estructurado y autoaplicado, con 104 ítems, conformado por dos escalas. Para identificar y evaluar las EAI dentro y fuera del entorno familiar, se adaptó el Cuestionario Internacional de Experiencias Adversas en la Infancia (OMS, 2014), un instrumento de 34 ítems con cinco opciones de respuesta en escala tipo Likert que explora 13 EAI. El número de EAI se calculó sumando un punto por cada EAI explorada en la que hubiera cualquier respuesta distinta a nunca. Por lo que el rango fue de 0 a 13. Por otra parte, la frecuencia con que ocurrieron las EAI se midió asignando y sumando el puntaje en cada una de las respuestas tipo likert de este cuestionario, siendo 0 para “nunca” y 5 para “muy frecuentemente”, teniendo un rango de 0 a 170.

Por otro lado, para evaluar la SIE se utilizó el Adult Self Report (Achenbach y Rescorla, 2003), un instrumento de 70 ítems con tres opciones de respuesta en escala tipo Likert, que nos permite clasificar, con base en su puntaje bruto si los participantes se encuentran en rango clínico, límite (sujetos que presentan puntajes suficientemente altos como para ser motivo de preocupación) o en un rango normal de SI, SE y SIE en general. Esta escala se compone de seis síndromes; la SI se conforma por los síndromes depresivo-ansioso, retraimiento (característico de sujetos poco comunicativos, tímidos y que tienden a aislarse) y quejas somáticas; la SE está compuesta de los síndromes de conducta agresiva, conducta de romper normas y conducta intrusiva.

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el programa IBM SPSS Statistics Versión 23.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Bioética de la Universidad Autónoma de Querétaro, la participación de los adultos jóvenes estuvo sujeta al consentimiento informado, fue voluntaria y no se solicitaron datos personales que permitieran conocer su identidad por lo que fue completamente anónima.

Resultados

La muestra estuvo conformada por 374 adultos jóvenes estudiantes universitarios de pregrado, el 78% fueron mujeres y el 22% hombres, con una edad promedio de 20.4 años, una desviación estándar de ±1.84 y un rango de edad de 18 a 27 años. La edad promedio no fue diferente entre el grupo de mujeres (20.41 ± 1.81) y de hombres (20.6 ± 1.95) (t = 1.21, gl = 372, p>0.05). Analizadas de forma global, las y los participantes tuvieron en promedio el mismo número de EAI (x = mujeres 6.28±2.4 y hombres x = 6.47±2.3) (t = .590, gl = 372, p>0.05). En relación con la frecuencia con la que ocurrieron estas experiencias, en un rango mínimo de 0 y máximo de 134, las mujeres presentaron una media de 2.23 ± 2.08 y los hombres de 2.39 ± 5.0. El 83.7% de las mujeres y el 88.6% de los hombres reportaron haber experimentado cuatro o más EAI, y sin diferencias entre hombres y mujeres (χ² = 1.14, gl = 1, p>0.05).

Los tipos de EAI que vivenciaron las mujeres se muestran en la Figura 1 y para los hombres en la Figura 2; en ambos, la negligencia (mujeres 100% y hombres 100%), la violencia intrafamiliar (mujeres 84% y hombres 87.3%), la violencia comunitaria (mujeres 77.2% y hombres 91.1%), y el abuso emocional (mujeres 80.9% y hombres 79.6%), son las EAI con mayor prevalencia. La prevalencia del abuso físico fue de 51.7% en mujeres y de 60.7% en hombres, y el abuso sexual fue de 48.2% en mujeres y de 34.1% en hombres.

Figura 1. Porcentaje de mujeres que experimentaron cada una de las EAI exploradas

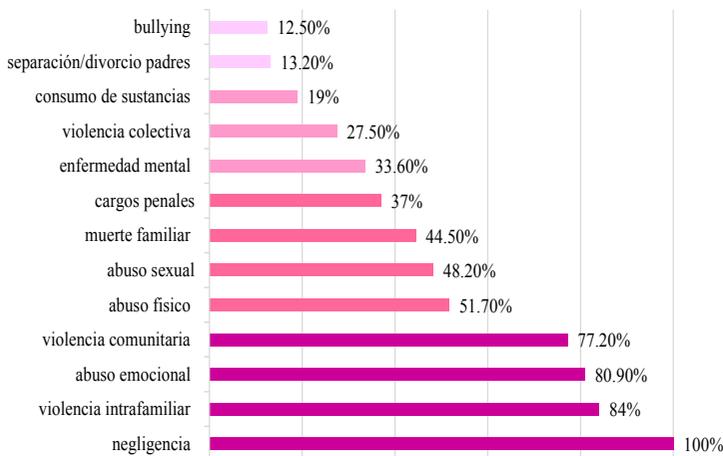
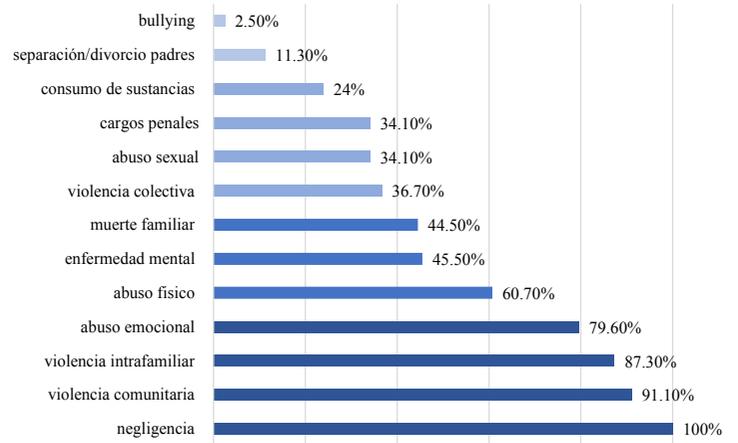


Figura 2. Porcentaje de hombres que experimentaron cada una de las EAI exploradas



Se comparó la frecuencia con la que hombres y mujeres vivieron estas EAI, y se encontró que el abuso sexual (t = -2.26, gl = 144.27, p<0.05) y el bullying (t = -2.14, gl = 151.75, p<0.05) fue mayor en las mujeres; mientras que la violencia comunitaria (t = 4.19, gl = 90.56), p<0.001) y el abuso físico (t = 2.51, gl = 97.39), p<0.01) fue mayor en los hombres (ver tabla 1).

Tabla 1. Comparación de la frecuencia media entre hombres y mujeres en cada EAI

EAI	Media±Desviación Estándar		Valores
	Mujeres	Hombres	
Violencia comunitaria	1.74±1.56	3.15±2.88	t= 4.19, (90.56), p<0.001***
Abuso físico	1.03±1.39	1.66±2.08	t=2.51, (97.39), p≤0.01**
Abuso sexual	1.31±2.05	.80±1.71	t=-2.26, (144.27), p<0.05*
Bullying	.20±.585	.06±.462	t=-2.14, (151.75), p<0.05*
Negligencia	18.64±4.37	17.99±4.58	t=-1.14, (118.81), p>0.05
Violencia intrafamiliar	2.79±2.21	2.92±2.18	t=.471, (124.18), p>0.05
Abuso emocional	1.79±1.55	2.04±1.93	t= 1.06, (106.32), p>0.05
Consumo de sustancias	.31±.753	.33±.673	t=.274, (134.78), p>0.05

EAI	Media±Desviación Estándar		Valores
	Mujeres	Hombres	
Cargos penales	.37±.483	.34±.477	t= -.457, (124.26), p>0.05
Enfermedad mental	.34±.473	.46±.501	t=1.94, (117.86), p>0.05
Separación de los padres	.13±.339	.11±.320	t=-2.14, (151.75), p>0.05
Muerte familiar	.44±.498	.44±.500	t=-.016, (122.61), p>0.05
Violencia colectiva	.58±1.25	.80±1.800	t=1.027, (99.22), p>0.05

Respecto a la SIE, se hicieron comparaciones del puntaje medio entre sexos. Las mujeres presentan mayor puntaje de SI (t = -2.24, gl = 150.18, p<0.05), y en el síndrome de quejas somáticas (t = -4.63, gl = 161.05, p<0.001), mientras que los varones presentaron valores más altos en los síndromes de conducta de romper normas (t = 2.10, gl = 109.63, p<0.05) y conducta intrusiva (t = 2.32, gl = 111.63, p<0.05).

Se clasificó el puntaje obtenido por las y los participantes en la escala para evaluar SIE en normal, límite y clínico. En la tabla 2 se observan las proporciones de mujeres y hombres que se encuentran en los distintos rangos de SI y SE respectivamente.

Tabla 2. Sintomatología Internalizante y Externalizante por género

Sintomatología Internalizante								
	Depresivo-Ansioso		Retraimiento		Quejas somáticas		Puntaje General	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Clínico	23.0%	15.1%	19.6%	22.7%	25.7%*	12.6%	32.3%	22.7%
Límite	17.6%	17.7%	16.6%	7.5%	18.6%	12.6%	12.9%	8.8%
Normal	59.3%	67.0%	63.7%	69.6%	55.5%	74.6%	54.7%	68.3%

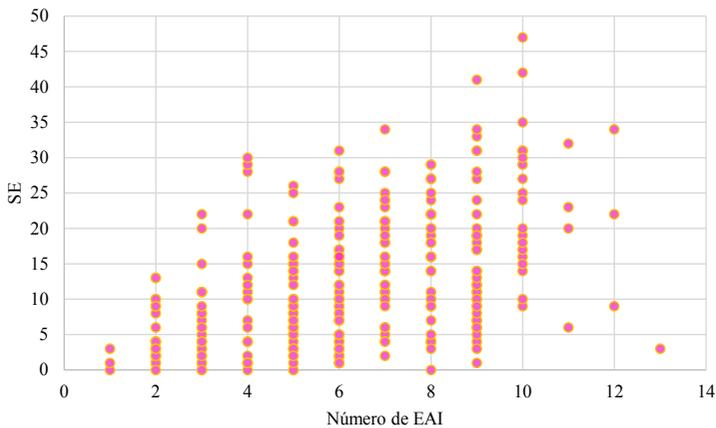
Sintomatología Externalizante								
	Conducta Agresiva		Romper Normas		Conducta Intrusiva		Puntaje General	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Clínico	4.0%	1.2%	5.7%	5.0%	5.7%	11.3%	15.3%**	3.7%
Límite	11.8%	5.0%	3.7%	7.5%	6.7%	5.0%	14.2%	8.8%
Normal	84.0%	94.0%	90.5%	87.3%	87.4%	83.5%	70.4%	87.3%

** p ≤0.01

* p ≤0.05

El género femenino se asoció con presentar un puntaje clínico en los síndromes de quejas somáticas ($\chi^2 = 6.10$, $gl = 1$, $p > 0.05$) y sintomatología externalizante ($\chi^2 = 7.59$, $gl = 1$, $p \leq 0.01$) mientras que no se encontraron asociaciones con el género masculino. Se analizó además si existe relación entre el número de EAI y la SIE en mujeres y hombres para conocer las diferencias de género en esta asociación. En el caso de las mujeres, se encontró que existe una relación positiva entre el número de EAI y el puntaje general de SIE ($r = .467$, $gl = 1/292$, $p < 0.01$), entre el número de EAI y la SI ($r = .393$, $gl = 1/292$, $p < 0.01$) y entre el número de EAI y la SE ($r = .475$, $gl = 1/292$, $p < 0.01$) (ver figura 3). En el caso de los varones, existe una relación positiva entre el número de EAI y la SE ($r = .300$, $gl = 1/77$, $p < 0.01$) (ver figura 4), pero no entre el número de EAI y la SI ($r = .081$, $gl = 1/77$, $p > 0.05$) ni entre el número de EAI y el puntaje global de SIE ($r = .207$, $gl = 1/77$, $p > 0.05$).

Figura 3. Relación entre el número de EAI y la SE en mujeres



Por otro lado, se realizaron correlaciones entre la frecuencia de las EAI y la SIE. En las mujeres, se encontró una relación positiva entre la frecuencia de las EAI y el puntaje general de SIE ($r = .207$, $gl = 1/372$, $p < 0.01$), entre la frecuencia de EAI y la SI ($r = .144$, $gl = 1/292$, $p < 0.01$) y entre la frecuencia de EAI y la SE ($r = .268$, $gl = 1/292$, $p < 0.01$). Respecto a los hombres, se encontró una relación positiva entre la frecuencia de EAI y el puntaje general de SIE ($r = .621$, $gl = 1/372$, $p < 0.01$) y entre la frecuencia de EAI y la SE ($r = .397$, $gl = 1/292$, $p < 0.01$), pero no entre la frecuencia de EAI y la SI ($r = .026$, $gl = 1/77$, $p > 0.05$) (ver tabla 3).

Tabla 3. Correlaciones bivariadas entre EAI y SIE en mujeres y hombres

	Número EAI		Frecuencia EAI	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
SI	$r = .393^{**}$	$r = .081$	$r = .144^*$	$r = .026$
SE	$r = .475^{**}$	$r = .300^{**}$	$r = .268^{**}$	$r = .397^{**}$
SIE	$r = .467^{**}$	$r = .207$	$r = .207^{**}$	$r = .621^{**}$

Usando prueba de correlación de Pearson:
 $^{**} p \leq 0.01$ $^* p \leq 0.05$

Se realizaron análisis de regresión lineal múltiple por pasos, ingresando las 13 EAI exploradas como variables independientes, y los puntajes generales de SIE, SI y SE, como variables dependientes. Los análisis en mujeres mostraron que, en orden de importancia, los predictores del puntaje de SIE global son la negligencia ($F = 87.12$, $p < 0.001$), la violencia comunitaria ($F = 63.60$, $p < 0.001$), el abuso emocional ($F = 48.95$, $p < 0.001$), y el abuso sexual ($F = 39.73$, $p < 0.01$). En el caso de los hombres, solo la violencia colectiva ($F = 11.52$, $p < 0.01$) y el abuso físico ($F = 8.28$, $p < 0.05$), aparecen como las EAI predictoras de SIE en ese orden de importancia.

Por otro lado, los análisis en mujeres mostraron que, en orden de importancia, los predictores del puntaje de SI son la negligencia ($F = 82.69$, $p < 0.001$), la violencia comunitaria ($F = 55.21$, $p < 0.001$), el abuso sexual ($F = 40.24$, $p < 0.001$), y los antecedentes familiares de cargos penales ($F = 31.86$, $p < 0.05$). La única EAI predictora de SI para los hombres fue la violencia colectiva ($F = 6.42$, $p < 0.01$).

Por último, los análisis en mujeres mostraron que en orden de importancia, los predictores del puntaje de SE son, el abuso emocional ($F = 66.64$, $p < 0.001$), la negligencia ($F = 45.59$, $p < 0.001$), la violencia comunitaria ($F = 36.79$, $p < 0.001$), el bullying ($F = 31.13$, $p < 0.01$), el divorcio o separación de los padres ($F = 26.42$, $p < 0.01$), y el consumo de sustancias en el hogar ($F = 23.07$, $p < 0.05$). Para los hombres, las EAI que aparecen como predictoras de SE son el abuso físico como primer predictor ($F = 16.34$, $p < 0.01$), y la violencia colectiva como segundo predictor ($F = 11.29$, $p < 0.05$) (ver tabla 4).

Tabla 4. Análisis de regresión lineal por pasos para cada tipo de sintomatología

Regresión lineal por pasos para SIE					
Sexo	#Predictor	EAI	R	R ²	F
Mujeres	1	Negligencia	.479 ^{***}	.230	87.12
	2	Violencia comunitaria	.552 ^{***}	.304	63.60
	3	Abuso emocional	.580 ^{***}	.336	48.95
	4	Abuso sexual	.596 ^{**}	.355	39.73
Hombres	1	Violencia colectiva	.361 ^{**}	.130	11.52
	2	Abuso físico	.423 [*]	.179	8.28

Regresión lineal por pasos para SI					
Mujeres	1	Negligencia	.470***	.221	82.69
	2	Violencia comunitaria	.525***	.275	55.21
	3	Abuso sexual	.542***	.294	40.24
	4	Antecedentes familiares de cargos penales	.553*	.306	31.86
Hombres	1	Violencia colectiva	.278**	.077	6.42
Regresión lineal por pasos para SE					
Mujeres	1	Abuso emocional	.431***	.186	66.64
	2	Negligencia	.488***	.239	45.59
	3	Violencia comunitaria	.525***	.276	36.79
	4	Bullying	.549**	.301	31.13
	5	Divorcio o separación padres	.561**	.315	26.47
	6	Consumo de sustancias en el hogar	.570*	.325	23.07
Hombres	1	Abuso físico	.418**	.175	16.34
	2	Violencia colectiva	.479*	.229	11.29

Nota. Se estableció el puntaje de SIE, SI y SE como variables dependientes, y las EAI como variables independientes.

*** $p \leq 0.001$

** $p \leq 0.01$

* $p \leq 0.05$

Discusión

Los objetivos principales de esta investigación fueron conocer si las diferencias entre hombres y mujeres respecto a la relación entre las EAI y la SIE se mantienen en los adultos jóvenes, y explorar la relación entre las EAI y una amplia gama

de sintomatologías. Nuestros principales resultados fueron que, en lo que respecta a nuestra muestra, no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto al número o frecuencia de las EAI en conjunto. Sin embargo, la frecuencia con que reportaron abuso sexual y bullying las mujeres fue mayor con comparación con los hombres, y la frecuencia con la que reportaron violencia comunitaria y abuso físico los hombres fue mayor que las mujeres. Las mujeres reportan en promedio mayores puntajes en SI y en el síndrome de quejas somáticas y los hombres en los síndromes de conducta de romper normas y conducta intrusiva. El género femenino está asociado a presentar puntajes clínicos en el síndrome quejas somáticas y en la SE en general. En las mujeres existe una correlación positiva entre el número y la frecuencia de EAI y la SIE de forma global, la SI y la SE, mientras que en los hombres solo se encontraron correlaciones significativas entre número de EAI y SE, y entre la frecuencia de EAI y SE y SIE. Finalmente, en las mujeres muchas de las EAI son predictoras de los puntajes en SIE, especialmente la negligencia, la violencia comunitaria, el abuso emocional y el abuso sexual, mientras que en los hombres solo aparecen como predictores la violencia colectiva y el abuso físico. Confirmando que en los adultos jóvenes al igual que en los adolescentes, las EAI se relacionan con la sintomatología internalizante y externalizante en la vida adulta de distinta manera en mujeres que en hombres.

En general, el porcentaje de sujetos que reportaron haber experimentado cuatro o más EAI es consistente con otros estudios del centro de México (De Anda et al., 2021) lo que nos proporciona una perspectiva más amplia de las problemáticas emergentes en el país y la región. Sin embargo, los datos del estudio actual indican que no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en el número de EAI y en las EAI acumuladas (menos de cuatro o cuatro o más), resultados distintos a otros estudios internacionales que encuentran mayor prevalencia de EAI acumuladas en mujeres (Felitti et al., 1998; Kim, 2017; Mersky et al., 2021), aunque hay algunos que reportan mayor prevalencia de EAI en hombres (Almuneef et al., 2017; El Mhamdi et al., 2017). Pensamos que estas diferencias pueden ser explicadas por variaciones culturales y regionales y diferencias con respecto a la edad y características de los participantes. Es importante tomar en cuenta estos resultados se obtuvieron de una muestra de estudiantes universitarios, lo que podría no ser representativo del resto de la población adulta joven por las características sociales, culturales y educativas asociadas a quienes acceden a la educación superior (Khrapatina y Berman, 2017; Karatekin, 2017).

Al explorar la frecuencia con que se presentan las EAI analizadas, encontramos que todas y todos los adultos jóvenes reportan haber experimentado negligencia u omisión de cuidados, resultados consistentes con los presentados por De Anda et al. (2021) que reportan una prevalencia del 87%. Esta percepción se mantiene en ambos grupos

de edad; y con otros estudios que reportan la negligencia como una de las EAI con mayor ocurrencia (Moreno, 2002; Lee et al., 2017).

Las mujeres informaron que durante la infancia sufrieron de abuso sexual y de bullying más que los hombres, estadísticas congruentes a las presentadas por otras investigaciones, donde las EAI relacionadas con el abuso infantil (por ejemplo, el abuso sexual) tienden a presentarse en mayor medida en población femenina que en masculina (Winstanley et al., 2020; Liu et al., 2013; Alegria et al., 2013). Por su parte, los varones experimentaron mayores índices de abuso físico y violencia comunitaria en comparación con las mujeres, y esto es similar a lo encontrado por otros estudios donde las EAI que se manifiestan fuera del hogar, como la violencia comunitaria, parecen tener mayor prevalencia en los hombres (El Mhamdi et al., 2017). En nuestro estudio la prevalencia de abuso físico y sexual fue mayor en comparación con estudios en población mexicana (Flores-Torres et al., 2020) y en población latina (Jiménez-Borja et al., 2020).

El hecho de que las mujeres reporten mayores puntajes en SI y en el síndrome de quejas somáticas en comparación con los hombres, indica dos premisas importantes, por un lado, la consistencia de nuestros resultados con la literatura internacional existente que demuestra que entre las mujeres que experimentaron adversidad en la infancia, existe un riesgo elevado de presentar problemáticas psicológicas de internalización, como síntomas depresivos, ansiedad y quejas somáticas, en especial si lo comparamos con los hombres (Almuneef et al., 2017; Alegria et al., 2013; Fisher et al., 2009; Kroenke y Spitzer, 1998). De la misma forma, la prevalencia en los varones de los síndromes de conducta de romper normas y conducta intrusiva son mayores que en el sexo femenino, confirmando que, como indican las investigaciones, las conductas de externalización tienden a reportarse con mayor frecuencia en población masculina (Alarcón y Bárrig, 2015; Verhulst et al., 2003).

Los análisis indican que, para las mujeres, conforme aumenta el número y la frecuencia de EAI, aumenta también el riesgo de presentar sintomatología internalizante y externalizante; en el caso de los hombres, parece que el número y la frecuencia de EAI solo se relaciona con mayores índices de sintomatología externalizante. Con estos datos podemos confirmar que, en los adultos jóvenes, si existen diferencias de género en la forma en cómo se expresan los efectos de la adversidad en la vida adulta. Se puede observar que, para el género femenino, las consecuencias no solo se manifiestan en SI como se reporta en la literatura (De Anda et al., 2021), sino que también en SE.

Finalmente, la prueba de regresión lineal permitió identificar que tanto las EAI que ocurren dentro del entorno familiar, como aquellas que ocurren fuera en el entorno social, afectan de igual manera a las mujeres, quienes presentan una gama más amplia de predictores o factores de riesgo en comparación con los hombres, quienes se ven mayormente

afectados por la violencia física y colectiva. Esto podría significar que, aunque en general las mujeres no están expuestas a mayor adversidad que los varones, muchas de las EAI exploradas en este estudio tienen en ellas un efecto más profundo y duradero, de manera que su presencia nos permite predecir con cierta certeza la aparición de SIE en comparación con los hombres. En estos últimos, las EAI que predicen SIE son pocas y están bastante delimitadas; lo que nos lleva a generar nuevas preguntas de investigación, por ejemplo, ¿qué determina el tipo de EAI que deja una huella en la psique y por qué esto es distinto entre hombres y mujeres?

Una de las explicaciones que pueden dar respuesta a estos cuestionamientos son las diferencias en los sistemas neurohormonales entre mujeres y hombres. Estudios con roedores han permitido explicar cómo las glándulas gonadales tienen un papel esencial en la respuesta al estrés; la actividad del Eje Hipotalámico-Hipofisario-Adrenal (HHA) se ve reducida cuando los índices de testosterona aumentan y esto promueve la supresión de corticosterona. A partir de la adolescencia, los niveles de hormonas gonadales cambian, esto impacta en la modulación de ciertos neurotransmisores involucrados en la regulación del eje HHA, los hombres tienen mayor producción de testosterona y al parecer una respuesta más favorable en la reducción de la actividad del HHA, mientras que las mujeres muestran una respuesta cambiante, que depende del ciclo menstrual y los niveles de estrógeno y progesterona que presentan (Goel y Bale, 2008; Bale y Epperson, 2015).

Por otro lado, el hecho de que las mujeres presenten una gama más amplia de factores de riesgo para presentar SIE en comparación con los hombres puede explicarse desde el contexto social. Históricamente el rol de la mujer era reducido a la crianza y el cuidado del hogar; según Madrigal et al. (2019), esta percepción limitada se ha mantenido debido a diversas ideologías, que han provocado represión y violencia hacia las mujeres que las ha colocado en situaciones de vulnerabilidad económica, social y psicológica; esta última puede entenderse como aquel conjunto de factores o características que pueden predisponer, desencadenar o aumentar la probabilidad de desarrollar una afectación en la salud mental en una persona (Sivak, 2008). Aún en la actualidad, la exposición a escenarios de conflicto y riesgo social como la pobreza, el desempleo, la discriminación de género, el bajo nivel educativo, la violencia familiar y la explotación sexual, afectan principalmente a las mujeres (Franco et al., 2011).

Los resultados expuestos demarcan algunas de las diferencias de género en términos de EAI y los factores de riesgo asociados a presentar sintomatología internalizante y externalizante. En general, estos hallazgos destacan la necesidad de desarrollar estrategias preventivas para abordar las EAI en etapas tempranas de la vida, para promover conductas de crianza saludables y espacios sociales y comunitarios libres de violencia. A su vez, señalan la necesidad de realizar acciones diferenciadas por sexo y a nivel regional, para sol-

ventar la vulnerabilidad especialmente del género femenino, tales como aumentar el acceso a programas que mejoren las destrezas de las niñas, jóvenes y mujeres para manejar el estrés, resolver conflictos, reducir la violencia y encontrar caminos hacia la resiliencia; y apoyar los programas comunitarios y las políticas que proporcionan condiciones seguras y saludables para todas las y los niños y las familias.

Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones de este estudio es la cantidad menor de hombres que de mujeres que conforman la muestra. Igualmente, el incluir solo a estudiantes universitarios sesga los resultados a un tipo de población que no es representativa del país pues continúa siendo una minoría, el hecho de que un o una joven pueda acceder a educación superior nos habla de los recursos materiales, cognitivos, emocionales y apoyos con los que ha contado a lo largo de su vida.

Conclusiones

La mayoría de los adultos jóvenes incluidos en el estudio han experimentado cuatro o más EAI. De forma global, no existen diferencias en el número y la frecuencia de EAI entre mujeres y hombres. La negligencia, el abuso emocional, la violencia intrafamiliar y la violencia colectiva son las EAI con más prevalencia en ambos sexos. Las mujeres presentan mayores puntajes en frecuencia de abuso sexual y bullying,

en SI y quejas somáticas y más mujeres entran en la clasificación clínica de SE y quejas somáticas, en comparación con los hombres. Los hombres presentan mayores puntajes en frecuencia de abuso físico y violencia comunitaria, y en la conducta de romper normas y conducta intrusiva, en comparación con las mujeres. En las mujeres, existe una relación positiva entre el número y la frecuencia de EAI y la SIE, entre el número y la frecuencia de EAI y la SI, y entre el número de EAI y la SE mientras que, en los hombres, existe una relación positiva entre el número de EAI y la SE, entre la frecuencia de EAI y la SIE y entre la frecuencia de EAI y la SE. Finalmente, las EAI que predicen la SIE en el sexo femenino son la negligencia, la violencia comunitaria, el abuso emocional y el abuso sexual, mientras que en los varones son el abuso físico y la violencia colectiva.

Estos resultados indican que, aunque el número y la intensidad de EAI no son muy distintas entre hombres y mujeres, el tipo de EAI a las que se enfrenta cada género si es diferente, así como lo son las consecuencias de estas EAI, teniendo mayor repercusión en la sintomatología internalizante y externalizante de las mujeres en comparación con los hombres. Son pocos los estudios que han explorado las EAI y su relación con la salud mental del adulto en nuestro contexto nacional y menos aún los que han buscado conocer las diferencias entre hombres y mujeres, por lo que consideramos que este es el principal aporte de este trabajo de investigación.

Referencias

- Achenbach, T. M., Edelbrock, C., & Howell, C. T. (1987). Empirically based assessment of the behavioral/emotional problems of 2-and 3-year-old children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(4), 629-650. <https://doi.org/10.1007/BF00917246>
- Alarcón, D. & Bárrig, P. (2015). Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *Liberabit*, 21(2), 253-259.
- Alegria, A. A., Blanco, C., Petry, N. M., Skodol, A. E., Liu, S. M., Grant, B., & Hasin, D. (2013). Sex differences in antisocial personality disorder: results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Personality Disorders*, 4(3), 214–222. <https://doi.org/10.1037/a0031681>
- Almuneef, M., ElChoueiry, N., Saleheen, H. N. & Al-Eissa M. (2017). Gender-based disparities in the impact of adverse childhood experiences on adult health: findings from a national study in the Kingdom of Saudi Arabia. *International Journal for Equity Health* 16(90). <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0588-9>
- Bale, T. L. & Epperson, C. N. (2015). Sex differences and stress across the lifespan. *Nature Neuroscience*, 18(10), 1413-1420. <https://doi.org/10.1038/nn.4112>
- Barcelata, B. & Álvarez, I. (2005). Patrones de interacción familiar de madres y padres generadores de violencia y maltrato infantil. *Acta Colombiana de Psicología*, 8(1), 35-46. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0123-91552005000100003
- Carbajal-Valenzuela, C. C. (2021). Efectos Neurobiológicos del Maltrato Infantil y otras Experiencias Adversas de la Infancia: una Revisión Bibliográfica. *Salud y Administración*, 8(23), 15-28.
- Centers for Disease Control and Prevention (2019). Preventing Adverse Childhood Experiences: Leveraging the Best Available Evidence. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- De Anda, D., Avecilla, G. N. & Carbajal-Valenzuela, C. C. (2021). Eventos adversos en la infancia: secuelas en la adolescencia. *Nthe*, 63-69.
- El Mhamdi, S., Lemieux, A., Bouanene, I., Ben Salah, A., Nakajima, M., Ben Salem, K., & al'Absi, M. (2017). Gender differences in adverse childhood experiences, collective violence, and the risk for addictive behaviors among university students in Tunisia. *Preventive medicine*, 99, 99–104. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.02.011>
- Felitti, V. J., Anda R. F., Nordenberg D., Williamson D. F., Spitz M. S., Edwards V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal Preventive Medicine*, 14(4). [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Fisher, H., Morgan, C., Dazzan, P., Craig, T. K., Morgan, K., Hutchinson, G., Jones, P. B., Doody, G. A., Pariante, C., McGuffin, P., Murray, R. M., Leff, J., & Fearon, P. (2009). Gender differences in the association between childhood abuse and psychosis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 194(4), 319–325. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.047985>
- Flores-Torres, M. H., Comerfordb, E., Signorello, L., Grodsteinb, F., López-Ridaaura, R., De Castro. F., Familiar, I. & Ortiz-Panozo, E. (2020). Impact of adverse childhood experiences on cardiovascular disease risk factors in adulthood among Mexican women. *Child Abuse & Neglect*, 99. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104175>
- Franco, L., Mora, G. M., Mosquera, A. L. & Calvo, V. D. (2011). Planificación familiar en mujeres en condiciones de vulnerabilidad social. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 43(3). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072011000300004
- Goel, N. & Bale T. L. (2008). Organizational and Activational Effects of Testosterone on Masculinization of Female Physiological and Behavioral Stress Responses. *Endocrinology*, 149(12), 6399–6405. <https://doi.org/10.1210/es.2008-0433>
- Hudziak, J. J., Copeland, W, Stanger, C. & Wadsworth, M. (2004). Screening for DSM-IV externalizing disorders with the Child Behavior Checklist: a receiver-operating characteristic analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1299-1307. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00314.x>
- Jiménez-Borja, M., Jiménez-Borja, V., Borja.Alvarez, T., Jiménez-Mosquera, C. J. & Murgueitio, J. (2020). Prevalence of child maltreatment in Ecuador using the ICAST-R. *Child Abuse & Neglect*, 99. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104230>
- Karatekin, C. (2017). Adverse Childhood Experiences (ACEs), Stress and Mental Health in College Students. *Stress & Health*, 34. <https://doi.org/10.1002/smi.2761>
- Khrapatina, I. & Berman, P. (2017). The Impact of Adverse Childhood Experiences on Health in College Students. *Journ Child Adol Trauma*, 10, 275–287. <https://doi.org/10.1007/s40653-016-0093-0>
- Kim, Y. H. (2017). Associations of adverse childhood experiences with depression and alcohol abuse among Korean college students. *Child Abuse & Neglect*, 67, 338–348. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.009>
- Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 60(2), 150–155. <https://doi.org/10.1097/00006842-199803000-00006>

- Lee, E.P., Hsia, S.H., Huang, J.L., Lin, J.J., Chan, O.W., Lin, C.Y., Lin, K.L., Chang, Y.C., Chou, I.J., Lo, F.S., Lee, J., Hsin, Y.C., Chan, P.C., Hu, M.H., Chiu, C.H., & Wu, H.P. (2017). Epidemiology and clinical analysis of critical patients with child maltreatment admitted to the intensive care units. *Medicine*, *96*(23), 1–6. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000007107>
- Liu, Y., Croft, J. B., Chapman, D. P., Perry, G. S., Greenlund, K. J., Zhao, G., & Edwards, V. J. (2013). Relationship between adverse childhood experiences and unemployment among adults from five U.S. states. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(3), 357–369. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0554-1>
- Madrigal, R., Madrigal, B. E., Echerry, D. & Saldaña, S. (2019). Empoderamiento y vulnerabilidad social en mujeres del sur de Jalisco. *Estudios Políticos*, *9*(47), 87-115. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=426465780004>
- Mersky, J. P., Choi C., Plummer Lee, C. & Janczewski, C. E. (2021). Disparities in adverse childhood experiences by race/ethnicity, gender, and economic status: Intersectional analysis of a nationally representative sample. *Child Abuse & Neglect*, *117*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105066>
- Moreno, J. M. (2002). Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil. *Anales de Psicología*, *18*(1), 135-150. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16718108.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)*. OMS.
- Palma-Gudiel H., Córdova-Palomera A., Leza J.C. & Fañanás L. (2015). Glucocorticoid receptor gene (NR3C1) methylation processes as mediators of early adversity in stress-related disorders causality: A critical review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *55*, 520-535. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.05.016>
- Sassarini, J. (2016). Depression in midlife women. *Maturitas*, *94*, 149-154. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.09.004>
- Sivak, R. (2008). Clínica de la vulnerabilidad [versión electrónica]. <http://www.gador.com.ar/iyd/vulner/sivak.htm>
- Verhulst, F. C., Achenbach, T. M., van der Ende, J., Erol, N., Lambert, M. C., Leung, P. W., Silva, M. A., Zilber, N., & Zubrick, S. R. (2003). Comparisons of problems reported by youths from seven countries. *The American Journal of Psychiatry*, *160*(8), 1479–1485. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1479>
- Winstanley, E. L., Mahoney, J. J., Lander, L. R., Berry, J. H., Marshalek, P., Zheng, W., & Haut, M. W. (2020). Something to despair: Gender differences in adverse childhood experiences among rural patients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *116*. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108056>