



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TESIS

**RELACIÓN ENTRE LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS
EN LA INFANCIA, LA IDEACIÓN SUICIDA Y EL APOYO
SOCIAL PERCIBIDO EN UNIVERSITARIOS**

Para obtener el título de
Licenciada en Psicología

PRESENTA

Alanna Barrientos Hernández

Director (a)

Dra. Claudia Margarita González Fragosó

Comité tutorial

Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

Dr. David Jiménez Rodríguez

Dra. Alejandra Lima Quezada

San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, junio 2026

24 de marzo de 2026

Asunto: Autorización de impresión formal

DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
Head of Academic Psychology Area

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación del pasante **Alanna Barrientos Hernández**, bajo la modalidad de Tesis Individual cuyo título es: **"Relación entre las experiencias adversas en la infancia, la ideación suicida y el apoyo social percibido en universitarios"**. debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz	Presidente	
Dra. Claudia Margarita González Frago	Vocal	
Dr. David Jiménez Rodríguez	Secretario	
Dra. Alejandra Lima Quezada	Suplente	



"Amor, Orden y Progreso"

Circuito ex-Hacienda la Concepción s/n Carretera Pachuca
Actopan, San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México. C.P.42174
Teléfono: 52(771)7172000 Ext. 41531 y 41550
psicologia@uaeh.edu.mx

Dedicatoria

A mi familia y amigos por ser y estar...

A los que se adelantaron en el camino...

A la vida, por tenerme en lugares y con personas grandiosas...

A toda persona que busque comprensión en la lectura de este trabajo...

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo por acogerme en dos grandes espacios y momentos que han formado parte esencial de mi trayectoria académica durante 8 años, enriqueciendo mi vida con conocimientos y oportunidades.

A los docentes del Instituto de Ciencias de la Salud del Área de Psicología que brindaron todo su esfuerzo y conocimiento, adentrándome en el basto mundo de la psicología con enseñanzas para mi formación profesional; en especial a todos aquellos que brindaron su tiempo en calidad de humanos para preguntar, escuchar, dedicar palabras de aliento y ayudar con genuino interés en momentos oportunos o necesarios.

A mi familia, Felipe, Leonor, Carlos, Arantza y Erika quienes creen en mí y me recuerdan que soy capaz, me brindan apoyo, amor y cariño en cada paso que doy, impulsándome a tener metas, decidir, mejorar, encontrar mi camino y de quienes tengo la certeza de encontrar sus manos al yo extender la mía en la obscuridad.

Al comité tutorial, la Dra. Andrómeda Valencia Ortiz, al Dr. David Jiménez Rodríguez y la Dra. Alejandra Lima Quezada por sus diferentes aportes y por incentivar el engrandecimiento del presente trabajo.

A la Dra. Claudia Margarita González Fragoso, quién me acogió como pasante, docente y amiga, brindándome incluso la oportunidad de publicar junto a ella previamente, y ahora, con el presente trabajo no me queda más que volver a agradecer su guía, paciencia y motivación constante para lograr culminarlo.

A quienes tuve y tengo el gusto llamar amigos, que fueron parte de mi día a día en múltiples ocasiones e incluso me siguen acompañando hoy en día, quienes me brindaron escucha, consejos, sonrisas y abrazos cuando lo necesité, de quienes aprendí que la amistad tiene más de una forma de *ser* y *estar*, gracias, Atzi, Yuli, China, Zuriel, Lili, Liz, †Jorge, Mar, Sara.

A las Psicólogas Ivonne Echavarría y Sandra Elisa, quienes me ayudaron a creer, crecer y explotar todo mi potencial, a quienes llevaré como referentes y modelos a seguir en mis proseguir como psicóloga.

A todos los estudiantes universitarios que fueron partícipes, así como todo docente que me abrió las puertas, me brindó su tiempo y apoyo para la culminación del presente trabajo.

A todos los mencionados, mis más sinceros agradecimientos.

Índice

Resumen	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo 1. Experiencias Adversas en la Infancia	6
Definición	6
Características	7
Clasificación	9
Estadísticas	12
<i>Estadísticas Internacionales</i>	<i>12</i>
<i>Estadísticas Nacionales</i>	<i>13</i>
Factores de riesgo	15
Consecuencias	18
<i>Consecuencias Biológicas</i>	<i>18</i>
<i>Consecuencias Psicológicas y Sociales</i>	<i>20</i>
Teorías o modelos	22
<i>Teoría Ecológica de Bronfenbrenner</i>	<i>22</i>
Estudios recientes relacionados sobre Experiencias Adversas en la Infancia ...	24
Capítulo 2. Apoyo Social Percibido	44
Consideración Teórica: Apoyo Social	44

<i>Apoyo Social</i>	44
Definición de Apoyo Social Percibido.....	48
<i>Implicación de las Redes Sociales en el ASP</i>	49
<i>Características que Influyen al ASP</i>	50
<i>Relación con Salud Mental</i>	52
Importancia del Apego en la relación entre las EAI y el ASP	53
Estudios Recientes Sobre Apoyo Social Percibido.....	56
Capítulo 3. Ideación suicida.....	70
Consideración teórica: Suicidio.....	70
<i>Suicidio</i>	70
<i>Estadísticas</i>	72
Definición de Ideación Suicida.....	75
Clasificación	76
Factores.....	77
<i>Factores de Riesgo</i>	77
<i>Factores de Protección</i>	78
Estadísticas	79
<i>Estadísticas Internacionales</i>	79
<i>Estadísticas Nacionales</i>	81
Estudios Recientes Sobre Ideación Suicida.....	81

Capítulo 4. Planteamiento del Problema.....	90
Justificación	90
Pregunta de Investigación.....	91
Objetivo General	92
Objetivos Específicos	92
Hipótesis	92
Capítulo 5. Método.....	94
Diseño y Tipo de Estudio.....	94
Definición de Variables.....	94
Participantes	95
Selección de muestra	95
Criterios de selección.....	95
<i>Criterios de inclusión.....</i>	<i>95</i>
<i>Criterios de exclusión.....</i>	<i>95</i>
<i>Criterios de eliminación</i>	<i>95</i>
Instrumentos	96
<i>Cuestionario de datos sociodemográficos.....</i>	<i>96</i>
<i>Cuestionario Experiencias Adversas en la Infancia</i>	<i>96</i>
<i>Escalas de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr)</i>	<i>97</i>
<i>Escala de Ideación Suicida de Beck</i>	<i>98</i>

Procedimiento.....	99
Aspectos Éticos	100
Análisis estadístico	100
Resultados.....	101
Discusión y conclusiones	109
Referencias.....	123
Anexos	151
Anexo 1. Consentimiento informado.....	151
Anexo 2. Cuestionario de datos sociodemográficos	152
Anexo 3. Cuestionario Experiencias Adversas en la Infancia (EAI).....	156
Anexo 4. Escalas de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr)	157
Anexo 5. Escala de Ideación Suicida de Beck	160

Índice de Figuras

Figura 1. Consumo de sustancias, tabaco u otros, y, alcohol 103

Figura 2. Asistencia a tratamiento psicológico y psiquiátrico anterior, nunca o actual
..... 104

Índice de Tablas

Tabla 1. Estadísticos descriptivos	106
Tabla 2. Categorías Experiencias Adversas en la Infancia	106
Tabla 3. Prevalencia de la Ideación Suicida	106
Tabla 4. Correlación entre las variables de estudio de EAI, ASP e IS	107

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar la relación entre las experiencias adversas en la infancia, el apoyo social percibido y la ideación suicida en estudiantes universitarios de 18 a 27 años de Hidalgo, México. El cual se desarrolló mediante una metodología cuantitativa con diseño no experimental de corte transversal y de alcance descriptivo correlacional; se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos, el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia, las Escalas de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr) y la Escala de Ideación Suicida de Beck; se contó con una muestra de 321 participantes de 18 a 27 años seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Los resultados principales demostraron una correlación significativa y positiva entre las Experiencias Adversas en la Infancia y la Ideación Suicida, así como una correlación significativa y negativa entre el Apoyo Social Percibido Total y de Familia, además, se determinó una correlación significativa y negativa entre la Ideación Suicida y el Apoyo Social Percibido Total, de Familia y de Amigos. Se evidenció que, aunque existen correlaciones entre las variables, la muestra del presente estudio mostró porcentajes bajos que se pueden entender al considerar otros factores contextuales.

Abstract

The main objective of this study was to determine the relationship between adverse childhood experiences, perceived social support, and suicidal ideation in university students aged 18 to 27 in Hidalgo, Mexico. It was developed using a quantitative methodology with a non-experimental cross-sectional design and a descriptive correlational scope. A questionnaire on sociodemographic data, the Adverse Childhood Experiences Questionnaire, the Perceived Social Support Scales for Family and Friends (PSS-Fa and PSS-Fr), and the Beck Suicide Ideation Scale were used. The sample consisted of 321 participants aged 18 to 27 years selected through non-probabilistic convenience sampling. The main results showed a significant positive correlation between Adverse Childhood Experiences and Suicidal Ideation, as well as a significant negative correlation between Total Perceived Social Support and Family Perceived Social Support. In addition, a significant negative correlation was found between Suicidal Ideation and Total Perceived Social Support, Family Perceived Social Support, and Friends Perceived Social Support. It was evident that, although there are correlations between the variables, the sample in this study showed low percentages that can be understood when considering other contextual factors.

Introducción

Winston Churchill alguna vez mencionó que "Cuanto más puedas mirar atrás, más lejos podrás mirar hacia adelante", lo que hace referencia a la importancia de reconocer el pasado en la comprensión del futuro, esta frase expresa el trasfondo de la presente investigación que es el conocer la relación del haber experimentado algún tipo de adversidad en la infancia en la percepción del apoyo social y la presencia de ideación suicida en estudiantes universitarios.

Lo anterior es relevante como posible elemento para comprender el incremento en las tasas de problemas de salud mental en Hidalgo y México en los últimos años según lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (INEGI, 2026). Ahora bien, retomando la salud mental, ésta es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el "estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todo su potencial, aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a su comunidad" (OMS, 2025).

Sin embargo, la salud mental aunque es propia de cada sujeto se ve influida por factores protectores (p. e. habilidades socioemocionales, interacciones sociales saludables, vivienda segura, etc.) o por factores de riesgo, ambos pudiendo ser individuales, sociales y ambientales, dónde los factores de riesgo tienen un impacto negativo severo en la niñez, ejemplos de ello son la violencia, pobreza, crianza severa, entre otros, mismos que a la larga pueden afectar la salud mental aunque no ocurre en todos los casos (OMS, 2025).

Los factores de riesgo antes mencionados son ejemplos de los diversos tipos de Experiencias Adversas en la Infancia; algunos otros ejemplos son el abuso, la

negligencia y la disfunción familiar, dónde a mayor número de experiencias adversas vividas, existe mayor probabilidad de manifestar alguna afección física o mental como la depresión, ansiedad, intentos de suicidio, abuso de sustancias legales e ilegales o incrementar las conductas sexuales de riesgo, lo que en otras palabras afecta la salud mental (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2025; Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2021).

En contraparte y aunado a los factores protectores de la salud mental antes mencionados, se encuentra el Apoyo Social Percibido (ASP), mismo que contribuye en la disminución de la soledad y el estrés (O'Hare et al., 2024), por lo que éste junto con las redes de apoyo y vínculos positivos, pueden contribuir al desarrollo de una buena salud mental al reforzar la cohesión social, lo que en otras palabras ayuda a establecer vínculos afectivos que permiten tener un sentido de pertenencia social (INSP, 2025; UNICEF, 2021).

Ahora bien, en México existe una tasa de 10.2 suicidios en sujetos de entre 15 a 29 años, mientras que para el 2024 se reportaron 8,856 suicidios en todo el país (INEGI, 2025), lo que deja ver la relevancia de este problema de salud mental. Al mismo tiempo, el suicidio se encuentra relacionado directamente con la Ideación Suicida (IS), ya que ésta forma parte del conjunto de comportamientos suicidas, mismo que toma relevancia al encontrar que en universitarios mexicanos existe una prevalencia del 10.06% de ideación suicida (Cervantes et al., 2025).

Para dar comienzo a los contenidos de la presente investigación es necesario explicar que en el primer capítulo se caracteriza a las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) reconociendo sus características, los diversos tipos que existen, las

consecuencias que pueden tener, así como su prevalencia a nivel mundial y nacional por medio de estadísticas para así comprender la importancia de su investigación y el posible impacto en el presente.

En el segundo capítulo se aborda al Apoyo Social Percibido (ASP), su relación intrínseca con el Apoyo Social, los factores que intervienen en la percepción del apoyo social y la importancia de ella en su relación con la salud mental, lo que al mismo tiempo aborda su relación con las Experiencias Adversas en la Infancia para comprender su función como factor protector y/o de riesgo intrínseco reafirmando la importancia de su investigación.

Posteriormente en un tercer capítulo se aborda a la Ideación Suicida (IS), su relación intrínseca con el Suicidio como parte del proceso que conlleva a una muerte, sus características, clasificación, así como factores protectores y de riesgo ante la ideación suicida, lo que, a su vez, implica el abordaje de su relación tanto con las Experiencias Adversas en la Infancia como con el Apoyo Social Percibido.

Finalmente se aborda el planteamiento del problema, objetivos, muestra e hipótesis en el capítulo cuatro; el método, tipo de investigación, instrumentos y procedimiento en el capítulo cinco; y posteriormente, se abordan los resultados, discusión, conclusiones, referencias y anexos en apartados individuales posteriores que dan término a la presente investigación.

Capítulo 1. Experiencias Adversas en la Infancia

Definición

Las Experiencias Adversas en la Infancia, de ahora en adelante EAI por sus siglas en español, son estudiadas inicialmente por Felitti et al. (1998) en un estudio retro y prospectivo que buscaba conocer la relación entre las EAI con diversos problemas de salud; ahora bien, las EAI son catalogadas como eventos que tienen lugar en el periodo inicial de desarrollo de los 0 a los 17 años con una influencia negativa futura a nivel salud y bienestar (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2025).

De igual forma las EAI son eventos que irrumpen el desarrollo tradicional, desata cambios en la respuesta al estrés, elevándolo al estrés crónico continuo ocasionando complicaciones en el desarrollo neurobiológico, en el funcionamiento cognitivo, la regulación emocional y con cambios en la salud a través del tiempo (Scott, 2021), semejante a la definición de la World Health Organization (WHO) (2020), que cataloga estas experiencias como factores estresantes que varían en repetición e intensidad.

De igual forma, las EAI se conceptualizan como una serie de eventos negativos interrelacionados con influencia traumática debido a la falta de recursos personales, familiares y ambientales para transitarlos de forma favorable (Vega-Arce & Nuñez-Ulloa, 2017); definición que ve a las situaciones ocurridas como eventos negativos que pueden tener una influencia traumática como posibilidad en caso de no contar con lo necesario para hacerle frente.

Otra definición de EAI es la proporcionada por Kalmakis y Chandler (2014), quienes proponen que:

"Las experiencias adversas en la infancia son sucesos ocurridos durante la niñez, de gravedad variable y a menudo crónicos, que ocurren dentro del entorno familiar o social del niño y que causan daño o angustia, alterando así la salud y el desarrollo físico o psicológico del niño." (Kalmakis & Chandler, 2014; traducción propia).

Los autores anteriores proponen diversas definiciones de EAI, todas marcan diversos aspectos importantes, como el que son uno o varios eventos negativos que ocurren en periodo de la infancia, variables en gravedad y cronicidad, que, además, provocan cambios con el paso del tiempo debido al estrés en todas las esferas del sujeto; todas ellas son características propias de las EAI, mismos que se verán en el apartado a continuación.

Características

Para conocer a profundidad las características de las EAI, primero se debe reconocer que la salud mental está influida por los factores de riesgo y protección existentes en el proceso de desarrollo, mismos que se catalogan en tres áreas diferentes: 1. *el hogar o entorno cercano*, mismos que brindan atención; 2. *escuelas y comunidades* que proveen un sentido de seguridad y vínculos saludables; y, 3. *el ambiente externo en general*, que determina los factores sociales del entorno como el estrato socioeconómico, los desastres, discriminación, entre otros; estos factores basados en la percepción propia y el entorno influyen en el crecimiento de todo sujeto, por lo que pueden fungir como factor protector disminuyendo riesgos para la salud mental o por el contrario, ser un factor de riesgo para la salud (UNICEF, 2021).

Las EAI al ser situaciones o circunstancias estresantes y potencialmente traumáticas que atañan el crecimiento de niños y adolescentes hasta antes de cumplir 18 años (Soriano, 2022), resultan ser factores de riesgo alterando el sistema nervioso e inmunitario (WHO, 2020) por el estrés crónico que generan al desarrollo del cerebro en el proceso de crecimiento en la infancia (UNICEF, 2021).

Ahora bien, las EAI suceden sin importar el dónde se reside, raza o género, y al mismo tiempo, mantienen cinco características principales como lo explica Kalmakis y Chandler (2014):

- Son perjudiciales: es decir, las EAI son perjudiciales si hay presencia de ellas y por otro lado, si existe una deficiencia de experiencias positivas.
- Son crónicas: es decir, aunque una sola EAI puede ser dañina, el que las EAI tengan un patrón repetitivo por un tiempo prolongado le confiere una característica recurrente.
- Son angustiantes: es decir, las EAI tienen lugar en la infancia, por lo tanto, no se tiene control de las diversas EAI que pueden presentarse, lo que conlleva a sufrir estrés y por consiguiente angustia.
- Son sumatorias: es decir, es común que se experimente más de una EAI al mismo tiempo, lo que contribuye al aumento de afectaciones a la salud.
- Con distintos niveles de gravedad: es decir, las EAI pueden ser vistas con diferentes niveles de gravedad, por ejemplo: de muy alta a muy baja, sin embargo, esto dependerá de la percepción individual de dicha 'experiencia', ya que si bien, se pueden clasificar de mayor a menor gravedad, la percepción individual

determinará el nivel de gravedad propio de acuerdo con los recursos con los que se le hace frente.

Destaca que el contexto cultural en que ocurren las EAI es de vital importancia en lo que se considera una experiencia adversa, así como a la hora de interpretar un hecho o situación, ya que pueden estar influenciados por la cultura del lugar y no considerarse como tal (Seedat et al. 2004).

Lo anterior proporciona la caracterización central de las EAI; en resumen, éstas son catalogadas como un factor de riesgo para la salud de las que no se tiene control, que, además, pueden ser vivenciadas por cualquier ser humano, que son circunstancias perjudiciales, sumatorias, angustiantes, que son dictadas por la cultura y la percepción personal. Sin embargo, para entender la complejidad de las EAI, se necesita conocer no sólo sus características, sino también la forma en que se pueden clasificar como se verá a continuación.

Clasificación

Si bien existe una clasificación de los *tipos de experiencias adversas*, existe una clasificación que engloba a las propias experiencias adversas, se trata del acrónimo PACEs por sus siglas en inglés que significa Experiencias Infantiles Positivas y Adversas, dicho acrónimo hace referencia a las Experiencias Infantiles como un todo que puede clasificarse a su vez en experiencias positivas y adversas, esta agrupación resalta la existencia de ambas experiencias en la infancia como hechos que pueden coexistir y correlacionarse en el día a día (Willis et al., 2024).

Ahora bien, la clasificación de los *tipos de experiencias adversas*, fue la establecida en el primer estudio de EAI por Felitti et al. (1998), misma que sustenta la

estructura de las preguntas del cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia; esta clasificación se divide en tres grandes categorías y con sus subcategorías correspondientes, las cuales son: 1) maltrato infantil, 2) abuso sexual, y, 3) disfunción familiar; las categorías 1 y 2 se subdividen en: abuso psicológico, físico y negligencia y abuso sexual; y, la categoría 3 se divide en abuso de sustancias, enfermedad mental, ser testigo de violencia contra la madre y conducta criminal de algún familiar directo.

Por otra parte, en la literatura se han investigado los diversos factores que califican como una 'adversidad' además de los mencionados anteriormente, entre ellos se encuentran los propuestos por Sánchez-Vázquez (2024) que anexó dos categorías principales:

1. Abuso y negligencia: maltrato emocional, maltrato físico, negligencia emocional, negligencia física, violencia sexual.
2. Disfunción familiar: presenciar violencia contra la madre, abuso de sustancias, enfermedad mental o intento de suicidio de algún cuidador principal, Divorcio o pérdida de algún padre, encarcelamiento de algún progenitor.
3. Adversidad en el entorno social: visualizar la violencia en la comunidad, inseguridad en el lugar de residencia, pérdida de confianza o de lazos en el lugar de residencia, discriminación por raza, por religión, por cultura, por sexo u orientación sexual, exclusión social, infravivienda.
4. Otros: acoso entre pares, problemas escolares, ser parte del sistema de protección, aislamiento social, pobreza o bajo nivel socioeconómico, falta de habilidades sociales, desastres naturales, guerras o conflictos, pandemia global.

También se han anexado otras adversidades como la separación del cuidador principal por deportación o inmigración, ser parte de una casa hogar o centro de acogida, tener una intervención médica grave o una enfermedad altamente mortal, así como, ser detenido, arrestado y encarcelado (Soriano, 2022).

Por otra parte, Patiño et al. (2024) agregan nuevas categorías de tipos de adversidad infantil especiales para el contexto mexicano: 1) adversidades relacionadas con la seguridad personal: intento de secuestro, secuestro, asalto con arma de fuego, asalto con arma blanca, haber presenciado un tiroteo, extorsión; 2) adversidades relacionadas con eventos de violencia extrema: asesinato de familiares, peleas callejeras; y, 3) adversidades familiares y sociales: presión por el peso o la apariencia física.

Las Experiencias en la Infancia son la mega categoría en la que se encuentran englobadas las Experiencias Adversas en la Infancia, lo que de primera mano deja ver que nexternos,s únicas experiencias existentes y relevantes para los infantes; al mismo tiempo, éstas se encuentra divididas en varias clasificaciones que varían por autor, las iniciales abarcan aspectos derivado principalmente del contexto o dinámica familiar, las dos posteriores comienzan a abarcar situaciones más contextuales y las últimas van más enfocadas a situaciones que se viven en el contexto mexicano que por efecto de la cultura dichas situaciones se consideran experiencias adversas, no obstante, todas las clasificaciones siguen compartiendo un factor común, y es que dichos eventos son externos pero pueden impactar su desarrollo por el potencial traumático que tienen.

Considerando la complejidad y aspectos que caracterizan a las EAI, a continuación, se darán a conocer qué tan frecuentes son por medio de estadísticas,

mismas que darán cuenta de cómo las EAI no son un hecho aislado, sino un aspecto más frecuente de lo que se piensa.

Estadísticas

A continuación, se presentan las estadísticas internacionales y nacionales para dar un panorama de la recurrencia de las EAI:

Estadísticas Internacionales

Las EAI son comunes en todo el mundo, existen estudios realizados en diversos países y poblaciones que corroboran la importancia, pero sobre todo la prevalencia de dicha problemática a nivel internacional, tal como se muestra a continuación:

En un estudio realizado en población estudiantil adulta de siete países se encontró que la prevalencia de personas que han experimentado al menos una EAI fue del 94.8%, dentro de esta categoría por país se evidenció a Estados Unidos con 93,1%; a Canadá con 95,6%; a Sudáfrica con 98,3%; a España con 91,1%; a Argentina con 99,4%; a Uruguay con 98,9%; y a Inglaterra con 97,2%, de igual forma, en dicho estudio se encontró que la prevalencia de personas que han experimentado 4 o más EAI fue de 61.0%, mientras que en esta categoría por país se evidenció a Estados Unidos con 58,7%; a Canadá con 62,3%; a Sudáfrica con 71,8%; a España con 41,6%; a Argentina con 75,8%; a Uruguay con 80%; y a Inglaterra con 57,4% (Kaminer et al., 2023).

Hablando de Europa, se estima que la población adulta en un 42% ha experimentado al menos una EAI y el 19% más de una, mientras que en el área de América del Norte se estima un 58% con al menos una y un 35% con más de una EAI (Bellis et al., 2019).

En caso de Reino Unido la prevalencia de personas con al menos una EAI fue de 55.4% y personas con más de tres EAI con un 31.6%, además, se mostró que los porcentajes por categoría más altas fueron 27.0% para abuso emocional, 30.0% en negligencia emocional, 34.4% divorcio o separación parental y 35.2% en dificultades de salud mental (Hamilton et al., 2024).

Destaca que, en Estados Unidos, un estudio con 264,882 adultos reveló que el 63.9% de adultos estadounidenses ha experimentado al menos una EAI, mientras que el 17.3% menciona haber experimentado cuatro o más EAI (Swedo et al., 2023). Respecto a este último se mostró que experimentar de cuatro a más EAI fue más frecuente entre mujeres con un 19.2%, así como en la franja de edad de 25 a 34 años con un 25.2%, también en personas adultas indígenas estadounidenses o nativos de Alaska y personas adultas de diferente raza no hispana con un 32.4% y 31.5%, además fue común en personas sin empleo o incapacitados para laborar con un 25.8% y 28.8% respectivamente, y, fue común en personas con educación inferior al bachillerato en un 20.5% (Swedo et al., 2023).

Las estadísticas anteriores dejan ver que en el panorama internacional hay antecedentes de personas con al menos una EAI en al menos un 50%, de igual forma, que la adversidad de negligencia emocional se mostró con mayor recurrencia, y se observó que las EAI suelen ser más frecuentes en mujeres; a continuación, se abordarán las estadísticas del panorama nacional de las EAI.

Estadísticas Nacionales

En el contexto mexicano, en una encuesta a nivel nacional realizada en el 2023 por el Centro Primera Infancia y Fundación FEMSA (s.f.) sobre experiencias adversas y

benevolentes en adultos se reportó que el 87.9% habría vivido al menos una EAI, mientras que un 22.6% habría vivido más de cuatro, indicando que al menos 9 de cada 10 personas adultas de México experimentaron mínimo una EAI, además, se identificó que los factores más comunes en dicha población fueron la negligencia física (58%), la negligencia emocional (35.7%) y la ausencia parental (34.4%).

Por otra parte, en población adulta en México, estudios han reportado que el 88.2% de personas adultas hombres y mujeres habrían vivido al menos una EAI, así como el 22.6% habría vivido más de una EAI y un 49.7% habría vivido entre 9 y 10 EAI, además, dicho estudio reportó que las EAI más frecuentes fueron la negligencia física con 58.6%, la negligencia emocional con 35.7% y con mayor prevalencia en zonas urbanas se reportó la ausencia parental con 33.1%, siendo esta última significativamente más prevalente en zonas urbanas (León et al., 2025).

Otro estudio en población adulta mexicana reportó que las EAI más frecuentes fueron la negligencia emocional con un 95.1%, la violencia familiar con un 83.3%, el abuso emocional con un 78.6% y el bullying con un 78.3% (Almaraz-Castruita et al., 2024).

Finalmente, en un estudio realizado en población adolescente mexicana se encontró que el 64% de los participantes habían experimentado al menos una EAI, además, las EAI con porcentajes más altos en dicha población fueron encarcelamiento de alguno de los miembros de la familia y negligencia emocional, ambas con un 24.2 %, consumo de alcohol y/o drogas con un 20.9 %, depresión o alguna otra enfermedad mental dentro del hogar con un 19.8 % (Nevárez-Mendoza et al., 2025).

Dentro del panorama mexicano, se puede observar que las EAI son comunes y al igual que en el panorama internacional más del 50% de personas han experimentado al menos una EAI y siendo las más frecuentes las negligencias tanto físicas como las emocionales, así como destaca que en zonas urbanas otra de las EAI que fueron comunes fue la ausencia parental.

Con las estadísticas presentadas a nivel nacional e internacional, se puede notar que las EAI son un hecho frecuente en todo el mundo y en México, es por ello que, hay que conocer los factores de riesgo que hacen de las EAI algo común. Aspecto que se abordará en el siguiente apartado.

Factores de riesgo

Las EAI se pueden entender desde diversos factores que tienden a su desarrollo, mismos que son catalogados por la literatura como factores de riesgo, mismos que se abordan de forma general a continuación:

Un factor de riesgo psicosocial es caracterizado como un grupo de situaciones, hechos y componentes personales, familiares o sociales que están vinculados a temáticas concisas como el abandono de un progenitor, maltrato, lazos familiares escasos, negligencia, etc. que incrementan la probabilidad de iniciarse o mantenerse en situaciones críticas y riesgosas que pueden poner en riesgo el desarrollo integral, por ejemplo el consumo de sustancias, ser autor de hechos violentos o víctima, entre otros (Deza, 2015).

El origen multifactorial de las EAI, las hace dependientes en gran parte de factores externos tal como ocurre con la salud mental, que se ve influida por factores de riesgo y protectores (UNICEF, 2021), por lo cual, y al ser diversos tipos de experiencias adversas,

existen diferentes factores de riesgo que aplican a algunos o varios tipos de EAI (Bellis et al., 2023) y que al mismo tiempo pueden influir al incrementar las posibilidades de experimentar otra EAI, lo que se conoce como cadena de riesgos tempranos (Dong et al., 2004).

Los factores de riesgo se influyen entre sí y al individuo a nivel sociedad, comunitario, familiar y personal (Wood et al., 2023), algunos ejemplos de dichos factores por nivel son:

1. Sociedad: las normas culturales favorecedoras de violencia; falta de leyes eficientes para prevenir el abuso infantil; estrés financiero; y, conflictos o guerras (Wood et al., 2023).
2. Comunidad: estrato socioeconómico en desventaja; bajo capital social; disponibilidad de bebidas alcohólicas; y, existencia de sustancias psicoactivas (Wood et al., 2023).
3. Familiar o relacional: conflictos familiares; violencia interfamiliar; familia numerosa; negligencia del cuidador principal; nivel socioeconómico bajo; ausencia de un progenitor (Wood et al., 2023).
4. Individual: paternidad siendo joven y/o soltero; discapacidad y/o problemas de externalización en la infancia; sufrir de maltrato infantil, que el autor del maltrato o agresiones tenga problemas de salud mental y/o abuso de sustancias (Wood et al., 2023).

Por otra parte, se conoce del efecto negativo de las EAI sobre el sujeto, pero también existen secuelas que pasan generación tras generación, a hoy no es claro cómo se da dicha transmisión (Wood et al., 2023), pero se ha visto que las personas cuidadoras

principales que han vivido más de 4 EAI pueden tener dificultades en la forma de relacionarse o actuar con infantes, lo que se relaciona inevitablemente con la crianza (Bucci et al., 2015), en otras palabras, el haber experimentado algún tipo de EAI es un factor que influye en la repetición de patrones, generando un ciclo repetitivo de EAI que puede de igual forma perjudicar a los infantes (Russotti et al., 2020).

En el caso de los factores de riesgo como circunstancias que incrementan la posibilidad de presentar alguna EAI; los factores de riesgo marcan la exposición del niño ante circunstancias negativas, más éstas son probabilidades más no son una certeza total de que existan dificultades en su desarrollo a futuro (Krauskopf, 2003), más bien, la percepción personal de cada individuo así como sus estrategias de afrontamiento marcarán la diferencia (Kalmakis & Chandler, 2014) entre si las circunstancias lo llevan a una afectación por alguna EAI.

Las EAI son circunstancias negativas, que no existen sin razón alguna, y justo los factores de riesgo son aquellas circunstancias que hacen que el ambiente del sujeto termine siendo uno poco favorecedor para un buen crecimiento, y por el contrario, lo vuelva un caldo de cultivo para que el sujeto vivencie al menos una EAI dependiendo el caso, por lo que los recursos personales que tenga son en parte definitorias del impacto que tendrán estos factores de riesgo sobre el sujeto, en caso de propiciar un ambiente en el que existan una o varias EAI.

Sin embargo, si el sujeto tuvo un ambiente propicio para vivir alguna EAI y no contaba con los recursos personales para hacerle frente de forma positiva, existen diversas consecuencias a nivel biológico, psicológico y social derivadas del experimentar algún tipo de EAI, mismas que se abarcan en el siguiente apartado.

Consecuencias

A continuación, se presentan las consecuencias que pueden derivar a causa de experimentar EAI, mismas que son de orden biológico, psicológico y social:

Consecuencias Biológicas

Unas de las consecuencias más estudiadas tienen que ver con el ámbito biológico; se ha visto que las EAI están relacionadas con el estrés crónico, lo cual afecta el proceso de desarrollo del cerebro humano, ya que la exposición a EAI cambia los mecanismos de regulación del estrés y por ende el sistema inmune también cambia, incrementando las posibilidades de adquirir padecimientos físico y mentales, sin embargo, aunque pueda verse como algo negativo estos cambios se consideran estrategias de sobrevivencia que buscan proteger al individuo (Ulukol et al., 2014).

Por otro lado, se ha demostrado que las EAI provocan la disminución de estructuras corticales frontales, así como daño en la amígdala e hipocampo (Cassiers et al., 2018). Además, se ha encontrado que las EAI incrementan el rápido envejecimiento genético lo que es asociado al aumento de ciertas enfermedades (Bhushan et al., 2020), y con la epigenética se ha demostrado que el estrés crónico generado por las EAI puede generar cambios genéticos en el individuo y ser transmitidos generación a generación (Lang et al., 2020).

Con respecto a las consecuencias en la salud física de las personas que experimentan EAI, comúnmente ésta se ve deteriorada con el paso del tiempo, tal como se vio desde el primer estudio realizado por Felitti et al. (1998) en el cual se menciona la relación existente entre las EAI y problemáticas sociales, emocionales, médicos y de

salud, que pueden llevar a la adopción de conductas de riesgo, provocando enfermedades y resultando en una muerte temprana.

Ahora bien, los comportamientos de riesgo para la salud son comunes en personas que han experimentado EAI; se ha observado que a mayor número de EAI incrementan dichos comportamientos, algunos de ellos son un historial de enfermedades de transmisión sexual y un gran número de parejas sexuales (Felitti et al., 1998), la dependencia al alcohol (Koss et al., 2003) y el uso de sustancias psicoactivas y tabaco (González-Araya et al., 2023; Ulukol et al., 2014).

Además, algunas enfermedades relacionadas con el haber experimentado alguna EAI son enfermedad cardíaca isquémica, cáncer, bronquitis crónica o enfisema, fracturas óseas, así como, tener una percepción baja de la propia salud (Felitti et al., 1998); de igual forma se encuentran padecimientos como el asma (Wing et al., 2015), la obesidad (Burke et al., 2011), una salud dental deficiente así como más presencia de caries (Bright et al., 2015); fibromialgia, infertilidad, hipertensión, migraña, artritis, trastornos sensoriales y daños al sistema nervioso (Ulukol et al., 2014).

Con lo anterior, destaca que las EAI tienen diversas consecuencias de orden biológico que afectan desde la parte genética, el sistema inmune y estructuras cerebrales, hasta afecciones físicas y de salud como el incremento de padecimientos, así como conductas de riesgo llevando al sujeto a percibirse con una menor salud y en otros casos llevándolo a una muerte prematura. Aunado a las consecuencias biológicas, se encuentran las consecuencias psicológico y sociales, mismas que se explican en el siguiente apartado.

Consecuencias Psicológicas y Sociales

Se reconoce que algunas de las consecuencias que pueden tener las EAI en el área psicológica son dentro del ámbito educativo (Vega-Arce & Nuñez-Ulloa, 2017), con problemas de aprendizaje y bajo rendimiento académico (Burke et al., 2011), así como deficiencias en las habilidades de lectoescritura y problemas de atención (Jiménez et al., 2016).

Además, existe una mayor probabilidad de retraso en el desarrollo y problemas de conducta hasta cuatro veces más en personas que hayan experimentado alguna EAI (Marie-Mitchell & O'Connor, 2013), así como problemas en la parte cognitiva, física y socioemocional debido a la incidencia negativa de las EAI en los procesos del desarrollo (Curran et al., 2025).

Otras consecuencias son la prevalencia de enfermedades mentales en relación a las EAI; algunas de ellas son la ansiedad, las autolesiones no suicidas, (González-Araya et al., 2023), el TEPT y TEPTC (Schalinski et al., 2016; Tian et al., 2020), y la depresión: más en concreto con la frecuencia de episodios depresivos y la magnitud de los síntomas (González-Araya et al., 2023; Fernández et al., 2018); además, las EAI son vinculadas a todo lo que abarca al constructo de suicidalidad (Jia et al., 2020; Ryttilä-Manninen et al., 2018), trastornos de alimentación, trastornos del sueño, hiperactividad, baja autoestima y conducta criminal (Ulukol et al., 2014).

En concreto, las consecuencias de orden psicológico tienden a polarizarse en dos ámbitos, en la parte académica con problemas de conducta, bajo rendimiento académico, problemas en el aprendizaje u otros, y en el otro polo, en relación a las enfermedades mentales como depresión, ansiedad, trastornos alimenticios o de sueño,

entre otros; lo anterior demostrando la amplia gama de problemáticas que pueden surgir y posiblemente relacionadas a las consecuencias biológicas tras la vivencia de alguna EAI.

Ahora bien, en relación a las consecuencias psicológicas, se encuentran las consecuencias sociales; éstas son una medida cuantitativa en los países, ya que se ha evaluado que las EAI representan un costo monetario significativamente alto si se toma en cuenta el uso de recursos (servicios de salud, jurídicos, sociales, etc.) en los que se invierte a corto y largo plazo debido a las enfermedades derivadas de las EAI, así como también por el costo que representa la inactividad de dichas personas (Wood et al., 2023).

Aunado a ello, los costos monetarios por el uso de recursos a nivel país a causa de la recurrencia de las EAI ronda entre \$0.1 mil millones en Montenegro, y entre \$129.4 mil millones en Alemania, lo que representa casi el 1.1% del producto interno bruto (PIB) de Suecia y Turquía (Hughes et al., 2021).

En el caso particular de las consecuencias sociales, éstas se expresan a nivel monetario, lo que sumado a la posible falta de inversión gubernamental en temas de salud o carencia en los servicios requeridos sumarían como complicaciones que tendría el sujeto que vive alguna EAI, sin embargo, esta cadena de consecuencias es común y se puede comprender por medio de un modelo explicativo como se menciona en el siguiente apartado.

Teorías o modelos

A hoy no existe una teoría concreta fundada para explicar las EAI de forma directa, sin embargo, la teoría ecológica de Bronfenbrenner ayuda en la comprensión multifactorial del origen de las EAI, misma que se presenta a continuación:

Teoría Ecológica de Bronfenbrenner

Actualmente, los modelos teóricos que explican el origen de las EAI son pocos debido a los múltiples factores que intervienen en ellas, de hecho, existen más modelos o teorías por cada tipo de adversidad que modelo que las expliquen de forma total, sin embargo, a continuación, se presenta la teoría ecológica de Bronfenbrenner que comprende una explicación multifactorial del origen de las EAI:

La teoría ecológica de Bronfenbrenner (1979), creada por el psicólogo ruso-americano Urie Bronfenbrenner se basa en el principio de la "ecología del desarrollo humano", que considera que una persona que se encuentra en su proceso de desarrollo es una entidad en crecimiento, cambiante, que va integrándose progresivamente y reestructurando el medio en que se encuentra, por lo que existe una relación bidireccional entre la persona y el ambiente que lo rodea, siendo este último el entorno nuclear, sus interconexiones con otros entornos y el poder que tienen los entornos más externos sobre él.

De lo anterior, Bronfenbrenner (1979) entendió por "entorno" aquellos lugares en que una persona puede relacionarse directamente de una manera sencilla como la casa o escuela, y, además, entendió por "ambiente ecológico" la constitución de una serie de estructuras concéntricas, cada una dentro de la siguiente siendo un total de cuatro estructuras, mismas que se describen a continuación:

- Microsistema, conjunto de vínculos que existe entre las personas de un entorno, y, relaciones e interrelaciones que influyen colateralmente a la persona que participa dentro del mismo entorno, por ejemplo, la persona y sus relaciones interpersonales directas. Nivel más interno (López et al., 2021; Martínez et al., 2014; Pérez, 2004).
- Mesosistema, conjunto de interrelaciones entre los diversos entornos en los que participa la persona, por ejemplo, familia, amigos, etc. Segundo nivel (López et al., 2021; Martínez et al., 2014; Pérez, 2004).
- Exosistema, conjunto de interrelaciones que se dan entre los ambientes que influyen a la persona (mediante hechos o decisiones) pero en los que ella no participa (directa o indirectamente), por ejemplo, entornos como la escuela, trabajo de los padres, entre otros. Las tres estructuras anteriores (micro, meso y exosistema) suelen ser similares en pauta y función. Tercer nivel (López et al., 2021; Martínez et al., 2014; Pérez, 2004).
- Macrosistema, conjunto de sistemas interrelacionados y seriados pertenecientes a cierta cultura o subcultura, así como al momento histórico-social, por ejemplo, costumbres, creencias, normas, estructuras políticas etc., por lo que cada cultura y subcultura tiene propiedades individuales y diferentes. Cuarto y último nivel (López et al., 2021; Martínez et al., 2014; Pérez, 2004).

López et al. (2021) establecen que los factores adversos y protectores en la vida de un niño se pueden explicar bajo el modelo de Bronfenbrenner, donde factores del macrosistema como el gobierno, variables culturales y socioeconómicas pueden orientar a cambios que guían a la adaptación o a la adversidad (EAI o EPI) en el exosistema y

microsistema del niño donde se encuentran mayormente expuestos a problemáticas o beneficios para su desarrollo, salud física y mental; al mismo tiempo, dichos factores adversos o protectores conllevan al desarrollo de diversas características como resiliencia, plenitud económica, aseguranza de servicios básicos, educativos, entre otros.

Lo anterior deja ver la complejidad que implican las EAI, ya que los integrantes del macrosistema como el gobierno o la cultura ejercen cierta influencia en las otras esferas sin que el sujeto tenga control de ello, por lo que las esferas del micro, meso y exosistema se impactan llevando al sujeto a factores de riesgo o en su defecto de protección, tanto a nivel comunidad como a nivel familiar, lo que puede favorecer al sujeto en sus habilidades para hacerle frente a la adversidad o por el otro lado impactar el desarrollo de sujeto de forma negativa generando consecuencias biológicas, genéticas, físicas, psicológicas, académicas y sociales.

Estudios recientes relacionados sobre Experiencias Adversas en la Infancia

En el apartado a continuación, se presentan estudios relacionados con la variable de Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) en relación con diversas variables como conductas suicidas, estrés, bienestar psicológico, desadaptación social, prácticas sexuales abusivas, desesperanza, resiliencia, inteligencia emocional, ansiedad, depresión, satisfacción familiar, apego ansioso y evitativo, consumo de alcohol, experiencias de violencia en el noviazgo, conexión social y experiencias positivas en la infancia (EPI):

Reinosa et al. (2023), realizaron una investigación cuyos objetivos fueron 1) Determinar si las experiencias adversas en la infancia son predictoras de la conducta suicida en jóvenes universitarios; 2) Describir la prevalencia de las EAI y conductas

suicidas; 3) Analizar si la experiencia de abuso psicológico en combinación con otra EAI predice el desarrollo de un tipo de conducta suicida; y, 4) Analizar si el género es un predictor mayor de tendencia suicida en mujeres que en hombres; dicho estudio tuvo la participación de 406 jóvenes universitarios de una universidad de Ecuador de entre 18 a 25 años (media de 20.21 años), donde 76.4% fueron mujeres y el 23.6% hombres. Se aplicaron, el Cuestionario de Experiencias Adversas de la Niñez y la Escala Columbia para Evaluar el Riesgo Del Suicidio (C-SSRS). Se realizó la recolección de datos por medio de Google Forms, con una sección para datos sociodemográficos, datos de perfil académico, consentimiento informado y los cuestionario y escalas correspondientes, con uso del paquete estadístico SPSS para el análisis estadístico posterior.

Se encontró que más de la mitad de los participantes presentaron ideación suicida (60.3%), se menciona que un 50.2% de los estudiantes presenta conductas autolesivas; por otra parte, se menciona que 31.3% de los estudiantes manifiesta haber sufrido abuso psicológico y abuso físico en un 26.8%; un 30.5% reportó alguna experiencia de abuso sexual; 44.6% reporta negligencia emocional y un 32.5% reporta disfunción familiar. Se confirma que existe una asociación significativa entre la presencia de tres EAI respecto a la ideación suicida y que los estudiantes que vivieron negligencia emocional y abuso sexual son más propensos a presentar ideación suicida y que hombres tienen menor probabilidad de experimentar ideación suicida (47.5%). Los autores concluyen que existe prevalencia de ideación suicida, conductas autolíticas y comportamientos suicidas en jóvenes universitarios, mismo que se exacerba si se cuenta con más de una EAI, lo que aumenta el riesgo suicida en adultos, por lo que es necesaria su retoma para prevención y tratamiento (Reinosa et al., 2023).

Agudelo-Hernández et al. (2023), realizaron una investigación mixta cuyo objetivo fue relacionar los eventos adversos en la infancia, el nivel de desesperanza y la capacidad de resiliencia de un grupo de jóvenes vinculados a pandillas en una ciudad de Colombia, el cual tuvo la participación de 40 jóvenes con una media de 24 años, donde 8 fueron mujeres y 32 fueron hombres. Se aplicaron, un cuestionario sociodemográfico, la escala de desesperanza de Beck, la Escala reducida de resiliencia de Connor-Davidson y preguntas para el grupo focal. Se aplica primero fase cuantitativa, aplicación de consentimiento informado, posteriormente se aplicaron los instrumentos y su análisis mediante el programa SPSS; seguido de la fase cualitativa con un grupo focal con seis participantes pertenecientes a una pandilla y su posterior vaciado de datos para llevar a cabo un análisis temático.

Se encontró en cuanto a las EAI que el 48,6% estuvieron expuestos a violencia en la comunidad, el 40% experimentó la separación de los padres y el encarcelamiento de un miembro de la familia, el 31,4% evidenció enfermedad mental en el hogar, etc.; se encontró la exposición a la violencia en la comunidad como evento adverso con más incidencia entre las personas encuestadas, seguido de el bajo nivel socioeconómico y encarcelamiento de un miembro de la familia; en cuanto a resiliencia se mostró que el 75% indicaron que se consideran fuertes cuando se enfrentan a los desafíos y dificultades vitales; con respecto a la escala de desesperanza de Beck, se encontró una media de 4,52, lo que muestra un rango de desesperanza leve. Se encontró una correlación negativa estadísticamente significativa entre el total de la resiliencia y la desesperanza; y, una correlación positiva y estadísticamente significativa entre la cantidad de eventos adversos en la infancia y la desesperanza. En el área cualitativa

destacó la pérdida de uno de sus padres lo que más recuerdan de su infancia como evento adverso, y el reconocimiento de la madre como quien debe asumir un proceso de crianza sin apoyo, además de la exposición a violencia en la comunidad y el sentido de pertenencia ligado a recuerdos dolosos y con dificultades en su condición de vida. Los autores concluyeron que las EAI se ven como conductas no solo sociales, interpersonales y familiares, sino como una forma de afrontar la vida en los jóvenes, y, además, que una perspectiva positiva del futuro se asocia a la resiliencia alta aún con antecedente de EAI (Agudelo-Hernández et al., 2023).

Mieles et al. (2025), realizaron una investigación cuyo objetivo fue examinar la relación entre los niveles de ansiedad y depresión, Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) y Satisfacción Familiar, el cual tuvo la participación de 304 estudiantes universitarios de instituciones públicas y privadas de Bucaramanga, Colombia; la edad promedio de los participantes fue de 21.1 (DE=4.0), donde 119 (39.1%) fueron mujeres y 185 (6.8%) fueron hombres, donde 106 fueron de universidad privada y 186 de universidad pública. Se aplicaron, un cuestionario de datos sociodemográficos diseñado por los propios autores, el Inventario de depresión estado-rasgo (IDER), el Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI), el Cuestionario de experiencias adversas en la niñez (ACE) y la Escala de satisfacción familiar. Se acudió en busca de los participantes a quienes se les explicó las características del estudio, posteriormente se explica y comparte el consentimiento informado, así como las instrucciones de aplicación para su posterior llenado, una vez terminada la recolección de datos se realiza el análisis de datos mediante el software estadístico IBM SPSS en su versión 19.

Se encontró que de los participantes 286 eran solteros, 6 eran casados, 11 fueron unión libre y 1 divorciado, además, 146 de ellos mencionan que trabaja y 158 no trabaja; por otro lado se identificó que el 39.5% de los participantes se ubicaba en un estrato socioeconómico nivel tres y un 26.5% en un estrato nivel cuatro (en el contexto colombiano); en cuanto a las puntuaciones por escalas se encontró que los resultados de la depresión estado y depresión rasgo se encuentran dentro de los rangos establecidos como normales, siendo que el 35% mostró puntuaciones elevadas en cuanto a depresión estado y 29.1% en depresión rasgo; en cuanto a los resultados de ansiedad, se observó que las puntuaciones fueron elevadas en ambas, ansiedad estado ($X = 55.3$; $DE = 27.1$) y ansiedad rasgo ($X = 63.9$; $DE = 27.9$), los participantes que presentaron puntuaciones altas de ansiedad estado fueron en un 69.9%, y, los participantes con puntuaciones altas de ansiedad rasgo fueron en un 74.2%; en referencia a experiencias adversas en la infancia, los resultados indicaron que la mayoría de participantes habría experimentado al menos una de ellas ($X = 1.5$; $DE = 1.7$); siendo que el 37.8% de los participantes presentó más de una EAI y el 7.9% habría experimentado más de cinco de ellas; la pregunta más frecuente con un 25.7% fue "¿Nadie en su familia lo quería o pensaba que usted era especial o importante? o en su familia no se cuidaban unos a otros, no sentía que tenía una relación cercana, o no se apoyaban unos a los otros", seguida de "¿Alguna vez perdió un padre o una madre biológica debido al divorcio, abandono o alguna otra razón?" con un 22% y finalmente "¿Algún miembro de su familia sufría de depresión o enfermedad, o alguien de su familia trató de suicidarse?" con un 19.1%; respecto a la satisfacción familiar, se identificó de la puntuación total promedio la $X = 47.6\%$ con $DE = 12.3\%$; en cuanto a los resultados de

comparación de las tres variables de ansiedad y depresión, EAI y satisfacción familiar se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas por sexo, estado civil, tipo de universidad y entre los que trabajaban o no, sin embargo, se encontró una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la ansiedad estado y rasgo en estudiantes en modalidad presencial, siendo quienes presentan puntuaciones más altas, además, se encontró diferencia estadísticamente significativas en ansiedad rasgo por programas educativos, siendo ingeniería industrial, técnica de producción industrial y mercadeo los programas que presentaron mayores puntuaciones comparado a otras carreras; finalmente, se encontró que existe una correlación significativa entre la depresión rasgo y estado con la ansiedad rasgo y estado, así como con la satisfacción familiar, siendo esta última la que posee una relación significativa y positiva con el estrato socioeconómico. Los autores concluyeron que la ansiedad al estar por encima de los niveles de depresión mantiene la conocida y reiterada comorbilidad, aunque de igual forma se destaca que la ansiedad rasgo no es concluyente en la generación de alteraciones de corte emocional; por otra parte, se concluyó que a mayor estrato socioeconómico mayor nivel de satisfacción familiar percibido reiterando la importancia del elemento familiar en la salud mental de los estudiantes universitarios (Mieles et al., 2025).

Peng y Ishak (2025), realizaron una investigación cuyo objetivo fue examinar la relación entre el apego ansioso y el apego evitativo, y como estos influyen en los síntomas del trastorno de estrés postraumático complejo (TEPTC) y los de las alteraciones en la autoorganización (DSO) en estudiantes universitarios con experiencias adversas en la infancia (ACE) observando el papel mediador de la autocompasión (SC),

el cual tuvo la participación de 32,388 estudiantes universitarios de diversas universidades de Kunming, China de entre 15 a 27 años ($M \pm DE = 21.05 \pm 1.486$), de los cuales, sólo 3,896 reportaron haber experimentado al menos una ACE; el 40.3% de los participantes fueron mujeres y el 59.7% hombres. Se aplicaron, el Cuestionario revisado de experiencias adversas en la infancia (ACEQ-R), la Escala de apego para adultos (EAA), el Cuestionario internacional sobre trauma (ITQ) (mide DSO-TEPTC) y la Escala de autocompasión versión corta (SCS-SF). Se acudió a las diversas universidades, se obtuvo el consentimiento y asentimiento informado de los participantes, además, se invitó a completar la encuesta en línea; finalmente, se hizo uso del programa estadístico SPSS 29 para el análisis de datos.

Se encontró que de los 3,896 estudiantes que reportaron haber experimentado al menos una ACE, la más frecuente fue la separación o divorcio de padres con un 38.53%, en cuanto a las otras experiencias comunes, la violencia doméstica se reportó con un 33.50%, negligencia física (32.65%), abuso físico (32.16%), abuso de sustancias en el hogar (22.43%), negligencia emocional (18.81%), tener un miembro de la familia en la cárcel (17.07%), agresión sexual (15.86%), abuso emocional (12.04%), y enfermedades mentales en casa (10.63%); por otra parte, se encontró que la media de apego ansioso fue de 2.73 y la media de apego evitativo fue de 2.65, así como la puntuación media de autocompasión fue de 40.34, y, la puntuación media de TEPT y de Alteraciones en la autoorganización (DSO) fue de 3.64 y de 4.73 respectivamente; en cuanto a las correlaciones entre variables, se encontró una correlación positiva entre el apego ansioso y el apego evitativo, el TEPT y DSO, así como una correlación negativa con la autocompasión (SC), además de existir una correlación entre el apego evitativo

con el TEPT y DSO, así como una correlación negativa con SC; otra correlación negativa encontrada fue entre SC y TEPT y DSO, finalmente, se encontró otra correlación positiva entre TEPT y DSO; por otra parte, en el modelo de mediación realizado se encontró que el apego ansioso y el apego evitativo se asocian de forma significativa y negativa con la SC, y, la SC influye significativa y negativamente en el TEPT y el DSO, siendo en el DSO donde el efecto fue mayor, de igual forma se encontró que la evitación del apego mostró tener efecto positivo sobre el DSO. Los autores concluyeron que los estilos de apego inseguro se relacionan con el aumento de los síntomas de TEPTC, por lo que se asocia un estilo de apego seguro con la disminución de los síntomas de TEPTC, particularmente de las alteraciones en la autoorganización (DSO); por lo anterior, se determina que los resultados respaldan la teoría del apego y la teoría de la mentalidad social al visibilizar como la influencia de los estilos de apego inseguros aunados a los acontecimientos adversos a temprana edad, disminuyen el apego seguro e incrementan los síntomas de TEPTC (Peng & Ishak, 2025).

Fernández et al. (2023), realizaron una investigación cuyos objetivos fueron saber si 1) las ACE se relacionan con el estrés y con el bienestar psicológico; y, 2) saber si las ACE, el estrés y el bienestar psicológico difieren con la práctica del Yoga, el cual tuvo la participación de 209 participantes con un mínimo de tres ACE mayores de 21 años (21 a 73 años) residentes de Puerto Rico, donde 92.3% fueron mujeres, el 7.2% hombres y 5% transgénero. Se aplicaron, una hoja de datos sociodemográficos, la Escala de estrés percibido (EPP-10), la Escala de Bienestar Psicológico (EBP) y la Escala de Experiencias Adversas en la Infancia. Se convoca a reunión de comité de ética para aprobar la investigación, seguido de la captación de la muestra, se proporcionaba

el consentimiento informado en electrónico, se llena datos sociodemográficos y otras escalas, seguido del análisis de datos mediante SPSS.

Se encontró que en la muestra en promedio tenía cuatro ACE; Se encontró una relación positiva entre las ACE y el estrés ($p=.035$); así como se encontró una relación negativa significativa entre ACE y bienestar psicológico ($p=.011$), a mayor número de ACE mayor estrés y menor bienestar psicológico; por otra parte, no se encontraron diferencias significativas en el bienestar psicológico ni en los niveles de estrés entre aquellas personas que practicaron Yoga durante los últimos 60 días y aquellas que no. Los autores concluyeron que la práctica consistente y a largo plazo del Yoga podría ser una alternativa a considerar como tratamiento complementario en psicoterapia para personas que han sufrido alguna ACE (Fernández et al., 2023).

Irshad y Lone (2025), realizaron una investigación cuyo objetivo fue explorar y examinar la relación entre las experiencias adversas en la infancia (ACE), el bienestar psicológico (PWB) y la inteligencia emocional (EI) en estudiantes universitarios de pregrado y posgrado de la Universidad Rey Faisa, en Al-Hasa, Arabia Saudita; dicho estudio tuvo la participación de 272 estudiantes universitarios de entre 18 a 36 años, donde 143 fueron mujeres y 129 fueron hombres. Se aplicaron, un cuestionario de datos sociodemográficos, el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE-Q), el Cuestionario de Bienestar psicológico (PWB) y la Escala Breve de Inteligencia Emocional-10 (BEIS-10). Se buscó el permiso de la universidad, se fijó la muestra; la distribución de la encuesta fue por medio de Google Survey en línea; se informó a los participantes del objetivo del estudio, se les pidió su consentimiento voluntario para

participar y posteriormente se les envió el enlace de la encuesta por correo, se hizo uso del software SPSS versión 27 para los análisis estadísticos.

Se encontró que el 42.64% de los participantes reportó abuso emocional, abuso físico (31.25%) y negligencia emocional (30.51%), de igual forma se reportó un 5.51% en el caso de familiares encarcelados siendo el menor porcentaje reportado de experiencias adversas en la infancia (ACE); de forma general en el grupo de 18 a 24 años, se encontró que 27.47% de los participantes no habían presentado ninguna ACE, mientras que el 16.01% de dichos participantes reportaron tener de 4 a más ACE; en relación con los datos sociodemográficos, se obtuvo que el grupo de participantes de entre 18 a 24 años mostraron mayor número de ACE tales como el abuso emocional, negligencia emocional y enfermedad mental en casa (comparado al grupo de 25-36 años (16 participantes), no se encontraron diferencias significativas entre otros datos sociodemográficos y ACE; por otra parte, se mostró que los participantes que no presentaron ACE tenían mayor bienestar psicológico (PWB) en casi todas sus dimensiones exceptuando la de "propósito de vida", donde participantes con cuatro o más ACE presentaban puntuaciones altas en dicha dimensión; en cuanto a la inteligencia emocional (EI) y su relación con las ACE, se encontró que quienes no experimentaron alguna ACE reportaron niveles altos de EI en todas sus dimensiones; por otra parte, se encontró que existe una correlación moderada a fuerte entre ACE, PWB y EI; donde las ACE obtuvieron una correlación significativa y negativa con todas las dimensiones del PWB exceptuando el área de propósito de vida; además, se mostró que existe una correlación significativa-positiva entre el PWB y la EI en todas sus dimensiones; finalmente, se mostró que las ACE son predictores del PWB en un 21% (total) y de

dimensiones de la EI de forma negativa como la evaluación de las propias emociones (9%), la evaluación de las emociones de los demás (3%), la regulación de las propias emociones (4%), la regulación de las emociones de los demás (4%), y la utilización de las emociones (6%). Los autores concluyeron que la exposición a ACE contribuye positivamente a tener un mayor propósito de vida y en contraparte, que la ausencia de ACE contribuye al aumento del bienestar psicológico (PWB) y el aumento de la inteligencia emocional (EI) (Irshad & Lone, 2025).

Willis et al. (2024), realizaron una investigación cuyo objetivo fue investigar la interacción entre las experiencias positivas y adversas en la infancia (PACEs), buscando perfiles existentes de PACEs que fueran mutuamente excluyentes, junto con la inscripción a secundaria durante la pandemia por COVID-19 para saber el impacto en la conexión social, dicha investigación tuvo la participación de 211 adultos jóvenes de entre 19 a 26 años ($M=20.97$), donde el 67.7% fueron mujeres, el 27.5% hombres, el 1.4% fueron no-binario, el 0.5% fueron queer, el 0.5% fueron fluido, el 0.5% fueron demipoly, y el 1.6% prefirió no decirlo. Se aplicaron, el cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE) y la Escala de Experiencias Benévolas en la Infancia (ECB) para sacar las medidas de PACEs, además, el Índice de redes sociales Berkman-Syme adaptado para el estudio (SNI) que midió la conexión social y para saber si se encontraban en secundaria durante la pandemia por COVID-19 se les pidió colocar el año en que se graduaron. Se buscó participantes por medio de redes sociales de forma global y de igual forma, se buscaron estudiantes universitarios de diversas carreras en una Universidad del Medio Oeste de E.U.A., no se ofrecieron incentivos por participar vía internet, pero sí se ofrecieron puntos extras por la ayuda en el estudio a los participantes reclutados en

la universidad; finalmente, el análisis de datos (análisis de conglomerados y regresión) se llevó a cabo mediante el software SPSS versión 28.

Se encontraron los siguientes perfiles de PACEs (análisis de conglomerados): el primer perfil, de BCEs altas/ACEs bajas (74,9%), el segundo perfil de BCEs moderadas/ACEs altas (14,7%) y el tercer perfil de BCEs bajas/ACEs moderadas (10,4%); además, se encontraron tres perfiles de comportamiento de dichos perfiles (análisis de regresión): Bajo riesgo/alta protección-combinación más común (N=158; 74.9%); Alto riesgo/alta protección (N=31) y Riesgo moderado/Protección moderada (N=22); el grupo de Bajo Riesgo/Alta Protección junto con la no inscripción a la secundaria durante la pandemia por COVID-19 conformó el modelo 1, el cuál explicó una variabilidad en la conexión social de un 13.6% ($F(3,207)=10.859$, $p<.001$), mientras que los otros dos grupos mostraron menores conexiones sociales que dicho grupo base (perfil de Alto de Riesgo/Alta Protección: ($b=0.219$, $p=0.001$); perfil de Riesgo Moderado/Protección Moderada: ($b=0.316$, $p<0.001$)); destaca que la conexión social de quienes estaban inscritos en secundaria al inicio de la pandemia por COVID-19 y quienes se graduaron de ella antes del inicio de la pandemia por COVID-19 no fue diferente ($b=0.067$, $t(1)=1.029$, $p=0.305$); el modelo 2 que exploró las diferencias en la conexión social entre los sujetos inscritos en los diferentes años a la secundaria (0-4) durante la pandemia, retoma al grupo Bajo Riesgo/Alta Protección como base, mismo que explicó el 14.4% de la variabilidad en la conexión social ($F(6,204)=5.715$, $p<0.001$), mientras que los otros dos grupos al igual que en el modelo 1, mostraron menos conexión social que dicho grupo base. Los autores concluyeron que las experiencias en la infancia tanto adversas como positivas no son opuestas, más bien, se encuentran relacionadas y

demuestran que el efecto de las experiencias adversas se ve influenciado por las positivas, así como que ambas experiencias en la infancia influyen en la conexión social, por otra parte, se prevé que la pandemia por COVID-19 afectaría más a personas que estuvieran saliendo de la secundaria en el mantenimiento y creación de nuevas conexiones sociales (Willis et al., 2024).

Álvarez et al. (2023), realizaron una investigación cuyo objetivo fue el conocer si existía relación entre las experiencias de vida adversas y la desadaptación social, sobre el riesgo de reincidencia sexual en adolescentes involucrados en prácticas sexuales abusivas, el cual tuvo la participación de 115 adolescentes hombres de Chile en tratamiento especializado, se contó con dos grupos con una media de edad de 15.7 y 15.3 (de entre 12 y 18 años). Se aplicaron, el Cuestionario de Comportamiento Social Adolescente (CACSA), la Escala de Enganche Delictivo (EGED) y la Escala de Tamizaje de Experiencias Adversas en la Infancia (EEA); el riesgo de reincidencia sexual se evaluó mediante ERASOR 2.0. Se busca la autorización del estudio, se dedican 32 horas de capacitación al personal que brinda el tratamiento especializado para el uso de los instrumentos de investigación, mismos que se encargaron de realizar la evaluación de los participantes se recaban los datos.

Se encontró EAI altas en ambos grupos de adolescentes con una media de 9.58 en el grupo uno y para el grupo dos de 8.53; además, se encontró la escala Conducta Prosocial con un 16.84 se considera de promedio alto; las escalas Conducta Rebelde Escolar con un 3,28, Conducta Antisocial y Drogas con un 3.83 y Delitos con un 2.87 se consideran de promedio moderado; finalmente, las escalas Conducta Antisocial Violenta con un 2.28, Conducta Abusiva con Personas con un 2.28 y Consumo de Drogas

y Alcohol con un 2.0; en cuanto al comportamiento desadaptativo se muestra que la más significativa fue Delitos que atentan contra la integridad de las personas con un 0.65, en un nivel moderado se encuentra Frecuente pares desadaptados y/o infractores con un 0.24 y los demás ítems mostraron un promedio bajo tales como el de Precocidad con un 0.22. La franja de adolescentes clasificados como alto riesgo de reincidencia mostraron un porcentaje de 85.4%. Los autores concluyeron que existe la infracción de la ley general en estos adolescentes se relaciona con un mayor riesgo de reincidencia sexual (Álvarez et al., 2023).

Šulejová et al. (2022), realizaron una investigación cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre las Experiencias Adversas en la Infancia (ACE) y el consumo de alcohol de hombres y mujeres estudiantes universitarios de Eslovaquia, dicho estudio tuvo la participación de 4,044 estudiantes universitarios de tres universidades diferentes de Eslovaquia; la media de edad de los participantes fue de 22.23% (DE=4.8), donde 45.7% (1,850) fueron mujeres y el 54.3% (2,194) fueron hombres. Se aplicaron, el cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE) y la Prueba de identificación del trastorno por consumo de alcohol (AUDIT). La investigación tuvo lugar de diciembre del 2021 a enero del 2022; acudieron a las tres universidades eslovacas en donde se obtuvo el consentimiento informado de los participantes para posteriormente realizar el envío de formularios de Google para su contestación, y, finalmente para el análisis de datos se hizo uso del software IBM SPSS Statistics 19.

Se encontró la existencia de dos grupos de estudiantes: el grupo de no consumidores de alcohol (70.6%) y el grupo de consumidores de alcohol (29.4%), este último contando con un total de 3,647 estudiantes, de los cuales, se detectaron puntajes

bajos en consumo de alcohol en 2,573 de ellos, seguido por puntajes medios en 893 estudiantes, puntajes altos en 92 estudiantes y puntajes muy altos en 86 estudiantes; en cuanto a los resultados del cuestionario de ACE, se mostró que el abuso emocional y físico por parte de algún padre y el abuso sexual fue mayor en mujeres, de igual forma, presentaron porcentajes más altos en los diez ítems del cuestionario ACE, indicando mayor frecuencia en ellas, los porcentajes de respuesta "Sí" para negligencia emocional fueron de M=21.9%; H=10.5%, negligencia física M=9.9%; H=5.8%, abuso sexual M=16.2%; H=2.9%, abuso emocional de padres M=19.8%; H=11.5%, abuso físico de padres M=12.2%, H=8.2%, separación o divorcio de padres M=23.2%, H=18.2%, maltrato a la madre M=17.0%; H=13.5%, crecer con alguien que abuse del alcohol y drogas en casa M=20.1%; H=12.9%, vivir con un familiar con alguna enfermedad mental M=20.1%, H=12.5%, y, tener un familiar en la cárcel M=7.2%; H=5.8%. Por otra parte, en cuanto a la correlación entre variables, se encontró que los puntajes alto o muy altos en el AUDIT y su correlación con -0 ACE, -1 ACE, -2 ACE, -3 ACE, y +4 ACE fueron de 3.8%, 4.7%, 4.1%, 6.4% y 9.3% respectivamente, en cuanto a dichos estudiantes que mostraron puntajes altos, se indica mayor riesgo en el desarrollo de un trastorno por consumo de alcohol (AUD), al mismo tiempo que presentaban puntuaciones altas en el cuestionario de ACE, sin embargo, se evidenció sólo el 5.5% de dichos hombres que presentó puntuaciones altas en el AUDIT no experimentó ninguna ACE, contrario al 10.2% que experimentó más de 4 ACE; en el caso de las mujeres con puntajes altos en el AUDIT se evidenció que el 0.9% no experimentó ninguna ACE y que el 8.9% experimentó más de 4 ACE; Además, se observó una diferencia significativa entre hombres y mujeres, donde los hombres se mostraron más dados a la relación ACE (de

0 a 3) y AUDIT que en mujeres ($Z=6,41$; $p<0,001$) en relación a puntajes altos de AUDIT y un ACE de 0 a 3, dicha relación no se presentó en el caso de estudiantes (H o M) con al menos 4 ACE y puntuaciones altas en el AUDIT, de igual forma, no existió diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres ($Z=0,44$; $p=0,663$); al tiempo que, no existió una diferencia significativa entre los grupos de consumidores y no consumidores de alcohol ($Z = 4,559$, $p<0,001$). Los autores concluyeron que ha mayor número de experiencias adversas vividas, existe mayor posibilidad de tener problemas con el consumo de alcohol en ambos sexos, sin embargo, con los resultados se observa que los hombres presentan problemas con el consumo de alcohol aun sin experimentar alguna adversidad en la infancia, contrario a las mujeres, a quienes el experimentar numerosas ACE les incrementa el consumo de alcohol, reforzando la idea de que los problemas con el consumo de alcohol pueden tener diversos motivos que le dan origen, siendo uno de ellos el sexo o las ACE, que mostraron ser más comunes en mujeres (Šulejová et al., 2022).

Grest et al. (2022), realizaron una investigación cuyo objetivo fue examinar los comportamientos del consumo de alcohol entre estudiantes universitarios utilizando un enfoque de estrés acumulativo entre las Experiencias Adversas en la Infancia (ACE) y las experiencias de violencia en el Noviazgo (DV) con el consumo de alcohol, el cual tuvo la participación de 3,710 estudiantes universitarios de cuatro universidades diferentes de Estados Unidos y Canadá, los participantes contaron con una media de 20.6 años, donde el 72% fueron mujeres y el 28% fueron hombres. Para medir las Experiencias Adversas en la Infancia se hizo uso de ítems modificados para la investigación provenientes de la Escala de Victimización Juvenil; de igual forma, para medir la victimización por violencia

en el noviazgo, se hizo uso de ítems modificados para la investigación provenientes del Partner Victimization Scale, también se hace uso de tres ítems adaptados del cuestionario AUDIT, además, se llevaron a cabo preguntas de datos sociodemográficos. Se presentó la investigación por medio de encuestas en línea en las cuatro universidades (E.U. y Canadá), la recopilación de datos se llevó a cabo de marzo a diciembre de 2016, cada universidad llevó a cabo su propio acopio de datos de estudiantes de pregrado; a los participantes de dos universidades se les ofreció participar por un incentivo económico mediante un sorteo y selección al azar; finalmente, para el análisis de modelos de clases latentes se hizo uso del Mplus versión 7.4, y, el análisis de modelos de regresión lineal se hizo uso del software SPSS versión 25.

Se realizó el análisis de clases latentes para encontrar subgrupos de participantes con respuestas similares (se seleccionó el modelo de siete clases de adversidad infantil y experiencias de violencia doméstica) y posteriormente se llevaron a cabo el análisis de regresión lineal (entre el modelo elegido y el consumo de alcohol). El modelo de siete clases de adversidad se constituyó por la primera clase o grupo: compuesta de estudiantes sin antecedentes de victimización en la infancia o citas amorosas (18,52%; n=687); la segunda clase: compuesta de estudiantes sólo con experiencias de victimización por pares en la infancia (28,92%; n=1,073); la tercera clase: con estudiantes con violencia entre pares en la infancia y experiencias de abuso psicológico infantil (10,81%; n=401); la cuarta clase: con estudiantes con violencia entre pares en la infancia y la experiencia de presenciar violencia parental (9,92%; n=368); la quinta clase: con estudiantes con violencia entre pares en la infancia y victimización psicológica posterior en citas (16,95%; n=629); la sexta clase: con estudiantes con

violencia entre pares en la infancia y varios tipos de violencia en citas (6,55%; n=243); la séptima clase: compuesta con estudiantes con diversos tipos de adversidad infantil combinados con violencia psicológica en citas (8,33%; n=309); en posteriores análisis, el género raza/etnia, la orientación sexual y el género no mostraron ser estadísticamente significativos en cuanto a las clases o grupos; en cuanto a las regresiones lineales: se retomó el grupo de -baja exposición a la violencia- o de referencia con las variables de "Adversidad infantil y violencia psicológica en citas", dicho grupo resultó ser de mayor exposición al riesgo; en relación a la comparación del grupo de variables de -baja exposición a la violencia- se encontró que los siguientes grupos de variables fueron asociados significativamente en relación al número de bebidas alcohólicas consumidas de forma diaria en el periodo de los últimos 12 meses: los grupos de "violencia entre pares y violencia psicológica en citas" ($B=.389$), "violencia entre pares y violencia en citas" ($B=.389$) y "adversidad infantil y violencia psicológica en citas" ($B=.546$); de igual forma, siguiendo con la asociación entre el grupo de variables de -baja exposición a la violencia- y *el uso frecuente de alcohol*, se observó que los siguientes grupos de: "violencia entre pares y violencia psicológica en citas" ($B=.116$), "violencia entre pares y violencia en citas" ($B=.115$) y "adversidad infantil y violencia psicológica en citas" ($B=.087$); además, se encontró que existen asociaciones entre el grupo de variables de -baja exposición a la violencia- y las variables de "baja exposición a la violencia" ($B=-.087$), "violencia predominantemente entre pares" ($B=-.095$), "violencia entre pares y abuso psicológico infantil" ($B=-.086$) y "violencia entre pares y violencia doméstica parental" ($B=-.087$), reportando una relación estadísticamente significativa con la frecuencia en el consumo de alcohol; finalmente, se observó una relación menor entre el

consumo problemático de alcohol en el último año para con el grupo de variables de -baja exposición a la violencia-, reportando en el grupo de “baja exposición a la violencia” ($B=-.183$), “violencia predominantemente entre pares” ($B=-.179$), “violencia entre pares y abuso psicológico infantil” ($B=-.159$), y “violencia doméstica entre pares y padres” ($B=-.130$). Los autores concluyeron que una vida de estrés acumulado proveniente de vivencias adversas en la infancia, aunado a factores de violencia posteriores como victimización entre pares y violencia en el noviazgo en la adultez joven aumentan el consumo de alcohol en el entorno universitario, lo que a su vez puede progresar a un consumo riesgoso (Grest et al., 2022).

Como puede observarse en el análisis de los diversos estudios sobre las experiencias adversas en la infancia, aquellas personas que las han experimentado tienden a ser más propensos a presentar conductas autolesivas, ideación y comportamientos suicida, especialmente en mujeres; así como ansiedad, depresión y presencia de síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT); así mismo, al haber experimentado alguna experiencia adversa puede presentarse la desesperanza, se tiene mayor riesgo de presentar conductas desadaptativas, elevados niveles de estrés, disminución del bienestar psicológico y conexión social, y se pueden presentar altos niveles de consumo de alcohol y estilos de apego inseguros.

Por otra parte, en personas que han presentado alguna experiencia adversa en la infancia, se observa que la resiliencia es un factor que puede estar presente en niveles altos y se ve asociada a una perspectiva positiva del futuro, de igual forma, se observó que personas que han experimentado gran número de experiencias adversas en la infancia pueden tener un mayor propósito de vida. Sin embargo, las personas que no

han experimentado ninguna experiencia adversa en la infancia tienden a tener un mejor bienestar psicológico e inteligencia emocional.

Capítulo 2. Apoyo Social Percibido

En el capítulo que se presenta a continuación, se abordará la definición, características e importancia que tiene la variable de Apoyo Social Percibido, así como su relación con el apego y un apartado posterior a ellos que ayuda a comprender la unión de dicha variable con la posterior de Ideación suicida.

Consideración Teórica: Apoyo Social

Primeramente y antes de definir al Apoyo Social Percibido, se caracterizará el concepto del Apoyo Social ya que funge como base para el entendimiento del concepto principal:

Apoyo Social

El Apoyo Social (AS) es un aspecto correlativo a los seres humanos, investigado por diversos autores quienes han aportado múltiples definiciones; por ejemplo, Cobb (1976) cataloga al AS como esa información que permite a la persona creer que es cuidado y amado, estimado y valorado, además de hacerlo sentirse parte de una red comunicativa y de mutua obligación.

Otro autor relevante en el ámbito del AS es Kaplan et al. (1997) quienes definen al AS como el nivel de gratificación al estar cubiertas las necesidades de pertenencia, afecto, aprobación y seguridad por terceros. Así mismo, se ha definido al AS como una permuta de recursos entre sujetos (dos o más, proveedor o receptor), mismos que se perciben con la finalidad de proporcionar bienestar a quien lo reciba (Shumaker & Brownell, 1984).

Las definiciones anteriores tratan tres diferentes conceptos de AS, destaca que en ellas el sujeto proporciona "algo", las creencias, el grado de gratificación o la

percepción, así mismo, la definición de Shumaker & Brownell (1984) abarca la necesidad de contar con al menos "dos personas", volviendo relevante el que exista un proveedor y un receptor, aspecto no abordado en las demás definiciones.

Ahora bien, se conoce la existencia de tres aspectos importantes al hablar del AS: la cantidad de apoyo recibido, el tipo de apoyo recibido y la fuente de apoyo de quién proviene (Thoits, 1982), cada uno de dichos aspectos hace que cambie ese "algo" que plantean los autores como la percepción.

Por otra parte, dentro del ámbito del AS los tres aspectos antes mencionados, hacen referencia a las dimensiones del AS; se conocen diversas de ellas, dependiendo del autor estas cambian, sin embargo, algunas de estas son la dimensión estructural o cuantitativa, la dimensión funcional o cualitativa y la dimensión evaluativa (Alonso et al., 2013; García, 2020).

- La dimensión estructural hace referencia a la "red social", es decir, el número de vínculos relacionales o personas en las que se confía, a las que se puede recurrir por ayuda y de los que se espera recibir algún tipo de apoyo en concreto (Alonso et al., 2013, Thoits, 1982). Si bien una de las funciones que tiene la red es brindar AS, no es la única y éste va a ser brindado por medio de acciones o comportamientos de parte de los miembros de la red (O'Reilly, 1988), algunas fuentes de apoyo son esposo(a) o pareja, colegas de trabajo, amigos, familiares, grupos religiosos, entre otros (Núñez-Alcocer & Yupanqui-León, 2024; Thoits, 1982).
- La dimensión funcional, hace referencia a la disponibilidad del soporte, visto desde la subjetividad y la percepción individual (Alonso et al., 2013). Esta última

dimensión abarca dentro de sí los tipos de AS por ejemplo, el apoyo emocional, apoyo informativo, apoyo instrumental, entre otros (Alonso et al., 2013).

- Finalmente, la dimensión evaluativa hace referencia a la percepción del AS y el nivel de satisfacción que se tiene del mismo (García, 2020); dentro de esta dimensión se distinguen al apoyo social percibido y al apoyo social recibido como dos componentes que pueden estar unidos o no (Barrón, 1996), y se pueden nombrar como el componente cognitivo y conductual (Gracia, 2011).

En cuanto a los tipos de AS, pueden variar, pero de forma general todos tienen la finalidad de brindar AS e impactar en el sujeto quien lo recibe (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo [INSST], 1998), algunos de los tipos de apoyo son:

- Apoyo emocional, comúnmente el más relevante, alude a la empatía, cariño, así como a la capacidad de brindar seguridad y alivio ante el estrés, brindando un sentido de cuidado (Alonso et al., 2013; Cutrona & Russell, 1990).
- Apoyo instrumental, es el apoyo material o tangible que, de igual forma, proporciona una ayuda directa al sujeto, por ejemplo, a nivel monetario (Alonso et al., 2013; Cutrona & Russell, 1990).
- Apoyo informativo, se refiere a la guía, datos o recomendaciones proporcionados al sujeto para que pueda apoyarse y afrontar la situación que le apremie (Alonso et al., 2013; Cutrona & Russell, 1990).
- Apoyo de estima, es la habilidad de proporcionar comentarios sobre las aptitudes o capacidades del sujeto, apelando a su valía y al refuerzo de la autoestima del mismo (Coulson & Greenwood, 2011; Cutrona & Russell, 1990).

Las dimensiones citadas anteriormente son diferenciadas aunque actúan en conjunto, de manera que ciertas personas que son parte de una red social brindan un tipo de apoyo o varios dependiendo de la situación que lo amerite, lo anterior con la finalidad de generar un impacto en quien recibe dicha ayuda y que éste sea bien percibido; en concreto, el AS según O'Reilly (1988), es un proceso interactivo en el que existe una influencia positiva sobre la parte psicológica, social o física; además, se plantea que el AS tiene una influencia directa en la salud y que es un moderador del impacto que tienen otros factores sobre el bienestar general (López de Roda & Sánchez, 2001), por ejemplo, se ha encontrado que es un factor protector ante el estrés (Vega & González, 2009).

Sin embargo, aunque el AS generalmente tiene un efecto presumiblemente positivo como se menciona, también existen otros aspectos a tener en cuenta que pueden cambiarlo, como la percepción. De hecho, la literatura remarca que, aunque el AS por sí solo influye en el sujeto, sólo el Apoyo Social Percibido muestra tener una relación alta con la salud del sujeto, ya que el creer en disponer de los recursos para realizar su intercambio hace ver a ese apoyo social como disponible en caso de ser requerido, y dicha percepción de apoyo aún si no es utilizado o requerido es altamente importante incluso más que la ayuda tangible (Drageset, 2021; Taylor, 2011).

Con lo anterior se refuerza la estrecha relación que tiene el Apoyo Social con el Apoyo Social Percibido, donde uno es parte del otro y donde se influyen mutuamente dando como resultado una influencia en el sujeto ya sea positiva o negativa tal como se explicará en el siguiente apartado donde se profundizará más acerca del Apoyo Social Percibido.

Definición de Apoyo Social Percibido

Después de haber definido al Apoyo Social y la Red de Apoyo Social, se procede a la definición de Apoyo Social Percibido:

El Apoyo Social Percibido (ASP) como ha sido señalado anteriormente, parte del AS y es muy importante en el ámbito psicológico ya que influye de forma directa en el sujeto; así pues, las propias definiciones de AS brindadas por ciertos autores ya incluían un acercamiento al ASP dentro de ellas, como en el caso de Lin et al. (1986) que mencionaban al AS como el acopio expresivo o de instrumental, que puede ser real y percibido, que tiene su origen en la comunidad, redes sociales y en pares cercanos.

Ahora bien, se han planteado definiciones para el ASP como la de Barra (2004) que lo define como la valoración subjetiva del apoyo que está siendo facilitado por medio de la red social. Dicha definición resulta semejante a la proporcionada por Vega & González (2009) quienes mencionan que el ASP es "la valoración cognitiva que hace la persona respecto a quiénes les pueden proveer determinada ayuda en momentos de necesidad".

Además, existen otras definiciones como la de Sidamo et al. (2024) que definen al apoyo social percibido como la sensación subjetiva de contar con apoyo, cuidado y valía por parte de terceros. Semejante a la siguiente definición que cataloga al ASP como esa creencia de contar con el apoyo social en caso de ser requerido, la gratificación que deja el apoyo social obtenido y el grado emocional que el sujeto siente hacia los demás (Wang et al., 2024).

De forma general, las definiciones existentes tienen similitudes en varios aspectos, llegando a un punto común, que el sujeto haga un examen de conciencia sobre

la comodidad o satisfacción propia ante el apoyo recibido y de quién lo recibe, así como ante el hecho de pensar si obtendría el apoyo de ocuparlo.

Implicación de las Redes Sociales en el ASP

Ahora bien, algo que también es mencionado dentro de las definiciones de ASP y que es relevante son los miembros que forman parte de la red social del sujeto, ya que éstos van brindar el AS que va a ser percibido por el mismo; por lo anterior, es relevante entender que la percepción cambia dependiendo de quién viene el apoyo, así como del tipo de apoyo que brinde.

En relación con lo anterior, las redes de apoyo pueden ser negativas para el sujeto y brindar una percepción desfavorable tal como lo menciona Taylor (2011) al establecer que las redes sociales son un "arma de doble filo", ya que pueden no ser de ayuda y terminar perjudicando la salud. Además, se ha visto que el tener una red social numerosa que interviene continuamente con consejería, puede ser poco favorable en cuanto al ASP, ya que aún si la intención inicial de dicho apoyo es aconsejar, se percibe como un apoyo controlador e intrusivo que genera estrés, otros ejemplos de ello son la invasión de la privacidad, tener un vínculo con personas constantemente enojadas o conflictivas, entre otros (Taylor, 2011).

Lo anterior, ejemplifica aspectos negativos que pueden existir con miembros de una red social y por consiguiente se resalta que algunos miembros de ella no son favorecedores para el sujeto; lo mismo sucede cuando dicha red social fomenta conductas nocivas para la salud del sujeto como el fumar (Wills & Vaughan, 1989).

Las redes sociales son entonces un factor importante a tener en cuenta cuando se habla del ASP, ya que, si la fuente principal de AS llega a tener aspectos negativos

como los antes mencionados, la percepción de la red social, así como del propio apoyo brindado puede cambiar o ser una percepción poco favorable; lo que a su vez puede ocasionar la anulación de la percepción del apoyo mismo (Lepore, 1998).

Lo anterior refuerza la unión del ASP con el AS y estos a su vez con la propia salud de quien lo recibe y percibe, sin embargo, existen características propias del sujeto que modifica la percepción del AS, mismas que se ven a continuación.

Características que Influyen al ASP

Las redes sociales son importantes proveedoras de AS, de hecho, pueden ser favorables o no favorables, pero las características de dicho sujeto que percibe el AS son un factor que define su percepción; ejemplo de ello es el estado civil, ya que se ha visto que las personas casadas tienen una percepción de apoyo más alta que las personas que no lo están (Thoits, 1995).

La memoria de igual forma mostró ser un factor relevante en el ASP, ya que los sujetos que tienen una alta percepción de apoyo tienden a evaluar su entorno como uno de mayor apoyo debido a que recuerdan mejor las conductas de ayuda y soporte, haciendo al ambiente uno de AS (Lakey & Drew, 1997).

De igual forma, otra característica que proporciona Procidano y Walker (1997) son los esquemas mentales respecto al AS, ya que estos van a constituir todo lo que significa el AS para el sujeto, lo que esperan recibir de terceros, así como aspectos relacionados a la cultura como el reconocimiento de lo que es un vínculo y lo que ello implica, así como ciertos rasgos de personalidad que pueden determinar la forma en que se percibe el AS.

Otras características personales importantes son la efectiva percepción de la persona que proporciona el apoyo y de la persona que lo recibe, preferencia por buscar

el AS, tener una buena apreciación de las señales sociales, así como el ser asertivo, empático, sociable y saber escuchar (INSST, 1998).

Finalmente, existen otras características que, si bien afectan directamente la percepción del sujeto o a las redes de apoyo, no son del sujeto en sí sino son parte del contexto; por ejemplo, los vínculos o tipos de apoyo que cambian dependiendo de las características de la población (Drageset, 2021).

La cultura es también una variable mediadora de la percepción, tanto porque influye en los esquemas mentales que rigen al sujeto, como por las normas culturales, sociales, implícitas o explícitas que existen y se pueden aplicar a nivel familiar, mismas que podrían impedir que el sujeto sienta el AS o presente dificultades para percibirlo debido a esas normas (Procidano & Walker, 1997); de igual forma, los comportamientos que son considerados AS cambian dependiendo de la cultura o región en que se encuentre el sujeto (Taylor, 2011) y con ello la percepción también cambia.

Lo anterior deja ver la importancia que tiene el ASP al influir en la reducción y afrontamiento del estrés, aun si no es por efecto de un apoyo real sino por una percepción (Mankowski & Wyer, 1997), tal como se ha demostrado con la percepción de apoyo emocional, que muestra mayor relación con la reducción del estrés, así como en la mejora de la salud del sujeto (Barra, 2004; Taylor, 2011).

Los aspectos que atraviesan al ASP son varios, mismos que van de los individuales como la predisposición a la búsqueda del AS, al factor red social y sus características positivas o poco favorables, así como el contexto cultural que dicta a gran escala normas a los dos factores pasados; dichos factores sumados ayudan al sujeto a

elaborar una percepción del AS que puede ser de ayuda en la salud mental del sujeto, a continuación, se profundiza más en dicha relación del ASP con la salud mental.

Relación con Salud Mental

Anteriormente se profundizó en como el ASP depende de varios factores para llegar a esa percepción del AS; en relación con ello se observa que el contar con AS se considera un factor protector, y en caso de no contar con él se considera como un factor de riesgo para el sujeto (Gracia, 2011).

Lo anterior es importante al retomar el AS, pero cuando este apoyo no es percibido se tiene un efecto semejante, por ejemplo, se ha demostrado que el ASP tiene relación con el estrés, la depresión y el uso de alcohol (Grest et al., 2022; Raffaelli et al., 2013). Además, el ASP tiene correlación negativa con la soledad, en otras palabras, a menor ASP mayor probabilidad de presentar soledad en algún nivel (Lasgaard et al., 2010), situación semejante a lo que se plantea desde la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson, la cual establece que los adultos tempranos al atravesar la sexta etapa del desarrollo psicosocial: intimidad versus aislamiento, tendrán la tarea principal de desarrollar relaciones firmes y duraderas, tanto de amistad como de amor, misma que de no llevarse a cabo de manera eficaz puede llevar al aislamiento (Papalia et al., 2021).

En el polo contrario se ha observado que el ASP se muestra efectivo en la disminución de los síntomas psicológicos (Barrera-Herrera et al., 2019), como los pensamientos depresivos y los efectos de la victimización especialmente por el AS cara a cara (Cole et al., 2017).

Por otra parte, es importante destacar que hoy en día las redes de apoyo no se limitan a la interacción cara a cara, sino también se incluye el ámbito virtual, en donde

las personas se perciben apoyadas incluso sin la interacción presencial (Vázquez, 2023), por lo que tras la aparición de las redes sociales virtuales como Facebook u otras, las relaciones sociales se expanden incrementando las posibilidades de tener más relaciones sociales y con ello aumentar el ASP (Guevara-Valtier et al., 2022).

De igual forma, se ha visto que las personas que se perciben o a su medio como uno con un mayor AS demuestran una inteligencia emocional, satisfacción vital y un bienestar subjetivo mayores (Fiallo-Armendáriz et al., 2021; Hidalgo-Fuentes et al., 2021). En general, el ASP es vital, el impacto que tiene en la salud mental es bastante grande tanto de forma positiva cuando existe una buena percepción del AS, como de forma negativa cuando existe la ausencia de, una percepción baja o cuando la percepción es negativa.

La relación anterior resulta esencial cuando se trata de la salud mental de los jóvenes universitarios ya que son una población con un alto riesgo suicida (Santillán et al., 2022), y éste se ha visto que se ve aminorado al tener redes de apoyo positivas y fuertes (Suárez-Colorado et al., 2019). En el siguiente capítulo se abordará más acerca de una parte del espectro del suicidio: la ideación suicida.

Importancia del Apego en la relación entre las EAI y el ASP

Comenzando por las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI), como se señaló es un tema muy importante que afecta al sujeto que las experimenta, con ello conviene destacar la relación existente de las EAI con el apego, ya que éste es el punto de inflexión entre las EAI y el Apoyo Social Percibido:

Los infantes dependen de la familia durante todo el proceso de crecimiento, así como en la vida en general; y por ello, ésta tiene un gran impacto sobre el sujeto, especialmente en los primeros años de vida, donde los familiares o cuidadores principales son los encargados de brindar la seguridad y afecto correspondientes para que el sujeto se desarrolle de la mejor forma posible (Vigoa et al., 2025).

Además, la familia típicamente es el conjunto de personas que son vistas como fuente de integración a la sociedad y de enseñanza de normas, conductas aceptables propias de la cultura, habilidades y comportamientos de orden comunicativo o social, entre otros (Alonso et al., 2013; Vigoa et al., 2025).

En este sentido, la familia es entonces la encargada de brindar lo necesario para vivir y derivado de ello se conforma un tipo de apego; aspecto ya mencionado en la teoría psicosocial del desarrollo de Erikson, que en su primera etapa: confianza básica versus desconfianza básica, el apego seguro brindaría la "confianza" en las personas o cosas, y su contrario, el apego inseguro brindaría la "desconfianza", por lo que el apego sería la base del sentido de seguridad del sujeto con relación directa en el desarrollo socioemocional y cognitivo del mismo (Papalia et al., 2011).

Sin embargo, las circunstancias propias de cada familia no son favorables en todos los casos para el desarrollo de un apego seguro, como cuando existen EAI derivadas de la familia como el divorcio de los padres, el abuso físico, psicológico o verbal, negligencia ante las necesidades básicas u otras, mismas que terminan siendo, vivencias tempranas del desarrollo que son igual de vitales en la conformación de los estilos de apego (Peng & Ishak, 2025), por lo que de existir dichas circunstancias en el

desarrollo, éstas influirían directamente en el apego que se desarrolle (Vigoda et al., 2025).

Así pues, se ha observado que el apego ansioso y evitativo son comunes en personas que vivieron algún tipo EAI (Taunton et al., 2021), siendo estos dos últimos, aspectos que influyen al sujeto con la creencia de que las personas no son confiables, así como el que no tiene derecho a ser cuidado (Raquel et al., 2023).

En resumen, el apego es un aspecto que se ve afectado a causa de las EAI, lo que en ocasiones desemboca en el desarrollo del infante con un apego inseguro basado en la desconfianza, que al ir creciendo ocasiona problemas en el bienestar; por ejemplo, en el desarrollo de vínculos, dificultades a nivel emocional, en la búsqueda y el recibimiento de apoyo social, así como la percepción del mismo (Taylor, 2011; Vigoda et al., 2025), aspectos que van de la mano con el apoyo social percibido.

Ahora bien, y en relación al apoyo social percibido: el apego seguro se caracteriza por que el sujeto se ve a sí mismo como alguien que merece recibir amor y atención (Bowlby, 1973), sin embargo, un apego seguro se desarrolla en un ambiente familiar tranquilo y cariñoso que ayuda a modular las respuestas ante el estrés que tienen los infantes por medio de vínculos seguros que le ayuden a su regulación emocional, lo que Taylor (2011) considera un principio de AS; por lo que si esa familia no brinda el apoyo y tranquilidad necesaria, la percepción del infante será de una ausencia de AS (Bartholomew et al., 1997).

Ahora bien, cuando se consolida un apego seguro, el infante goza de confianza tanto en él mismo como en los demás (Papalia et al., 2021), así como de una imagen positiva de él, seguridad y autonomía (Bartholomew et al., 1997), mientras que las

personas que desarrollan un apego ansioso o evitativo tienden a la desconfianza derivado de la falta de vínculos que brinden seguridad, confort y soporte, además, lo anterior afecta el correcto desarrollo de habilidades sociales, de regulación emocional y el entendimiento de las señales sociales (Repetti et al., 2002; Sullivan et al., 2008), habilidades que son necesarias para lograr una convivencia adecuada y la formación de vínculos con otros.

Por lo anterior, la familia vuelve a cobrar importancia debido a que además de influir en el desarrollo del apego del sujeto, brindará las habilidades sociales que le servirán para la búsqueda del apoyo, por lo que en sujetos provenientes de familias de carácter frío, desinteresadas o problemáticas, dichas habilidades sociales serán menores, lo que muchas veces dificulta el desarrollo de vínculos afectivos, la búsqueda de apoyo y la percepción de este (Taylor, 2011).

En otras palabras, el apego y el AS tienen un factor común y es la percepción de ser digno de amor, cariño, cuidado, aprobación y apoyo (Bartholomew et al., 1997), lo que evidencia su relación con el ASP.

En resumen, la infancia de los sujetos es un parteaguas donde la familia es encargada de brindar los recursos físicos, emocionales y sociales, así como las enseñanzas necesarias para que el infante crezca teniendo un apego preferiblemente seguro, así como con las habilidades sociales necesarias para poder crear vínculos, buscar ayuda y percibirse como alguien amado, apoyado y cuidado.

Estudios Recientes Sobre Apoyo Social Percibido

En el apartado a continuación, se presentan estudios relacionados con la variable de apoyo social percibido (ASP) en relación con diversas variables como inteligencia

emocional, satisfacción vital, la triada oscura de la personalidad, estrés académico, adicción a internet, ideación suicida y rasgos autistas:

Hidalgo-Fuentes et al. (2021), realizaron una investigación cuyos objetivos fueron examinar el grado de inteligencia emocional, apoyo social percibido y satisfacción vital en estudiantes universitarios ecuatorianos, además de valorar las diferencias por sexo y analizar el nivel predictivo de la inteligencia emocional y apoyo social percibido sobre la satisfacción vital; dicho estudio tuvo la participación de 381 estudiantes de la universidad privada de Azuay y de la universidad pública de Cuenca Ecuador, dichos participantes tenían de entre 18 a 36 años ($M=21.41$ años), donde 76.6% fueron mujeres y el 26.4% hombres. Se aplicaron, el Trait Meta Mood Scale, el Satisfaction With Life Scale y la Multidimensional Scale of Percibed Social Support. Se les informó a los participantes de los objetivos, alcance y anonimato de la investigación, posteriormente se realizó la administración de pruebas en una sola sesión sin límite de tiempo, y finalmente, se llevó a cabo el análisis de datos mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics v.24.

En las mujeres se encontraron diferencias en el apoyo social percibido por otras personas significativas y amigos siendo el puntaje más significativo; la inteligencia emocional junto el apoyo social percibido se muestran estadísticamente significativas y en correlación positiva con la satisfacción vital; algunas dimensiones de la inteligencia emocional (claridad emocional y reparación de las emociones) igualmente están correlacionadas positiva y significativamente con el apoyo social percibido; finalmente, en cuanto a la capacidad predictiva sobre la satisfacción vital, se encontró que la inteligencia emocional predice un 23.29% del total de la satis. vital (principalmente los factores de claridad y reparación de las emociones) y el apoyo social percibido predice

un 17.9% del total de la satisfacción vital (principalmente factor familia). Los autores concluyeron en base a sus resultados que es importante fomentar la inteligencia emocional por medio de programas específicos que al mismo tiempo ayuden a reforzar las redes de apoyo social, haciendo hincapié en lo familiar para así ayudar a elevar la satisfacción vital y con ello algunos derivados como el rendimiento académico (Hidalgo-Fuentes et al., 2021).

Mutlu y Cetingok (2023), realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la relación entre la adicción a internet, variables sociodemográficas y el apoyo social percibido, así como conocer la frecuencia y finalidad de uso del internet en estudiantes universitarios; dicho estudio tuvo la participación de 399 estudiantes universitarios de Estambul de entre 18 a 25+ años, donde 52.63% fueron mujeres y el 47.37% hombres. Se aplicaron, la Escala de adicción a Internet de Young y la Escala multidimensional de apoyo social percibido. Se seleccionaron 500 estudiantes de forma aleatoria residentes de Estambul para enviar vía correo electrónico la batería a completar con el formulario de datos sociodemográficos creado por los autores con preguntas extras de la frecuencia, propósito y uso del internet, además de las dos escalas de apoyo social y adicción a internet, se obtuvo la aprobación del comité de ética de la universidad de Nişantaşı y el consentimiento informado de los participantes, para el análisis de resultados se hizo uso del Statistical Package for the Social Sciences 23.

Se encontró que en el uso de internet el 83.71% de los participantes ha utilizado internet durante 5 años o más, el 31,83% utilizaba internet durante 5 horas o más en el día, además, el 72,18% utilizaba internet los siete días a la semana; por otro lado, los propósitos del internet detectados fueron para tareas escolares, para investigación, para

películas, música y tener comunicación vía correo, mensaje, etc.; además, los sitios web más usados fueron redes sociales (Facebook, etc.) con el 75.69%, y 8.77% para sitios de chat; no se encontraron diferencias entre el género y el nivel de apoyo social percibido de ningún tipo, así como del nivel de adicción a Internet, tampoco se encontró diferencias entre edad y el nivel de apoyo familiar de ningún tipo; por el contrario, se encontró una diferencia significativa entre la edad y el nivel de adicción a internet ($p=0,010$), de igual manera se encontró una diferencia significativa entre el estado civil y el nivel de adicción a internet ($p=0,017$), donde las personas solteras tenían mayor nivel de adicción a internet que personas casadas; aunado a ello, se encontró que el nivel de apoyo social percibido sobre la adicción a internet tiene un efecto negativo de -0.199 ($p=0.000$), y el modelo de regresión significativo fue el apoyo social percibido como variable independiente, el cual explicó el 40% de la varianza en el nivel de adicción a internet. Los autores concluyeron que el aumento del apoyo social percibido es un factor que contribuye a la disminución de la adicción a internet, y que, además, a medida que aumentaba la edad disminuía el nivel de adicción a internet, y, finalmente, personas solteras tienen mayor adicción a internet que las personas casadas (Mutlu & Cetingok, 2023).

Guevara-Valtier et al. (2022), realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la relación y diferencias entre el apoyo social percibido en redes sociales con variables sociodemográficas en estudiantes universitarios pertenecientes a la licenciatura de enfermería de dos instituciones públicas pertenecientes a Monterrey, Nuevo León y Minatitlán, Veracruz, México; dicho estudio tuvo la participación de 304 estudiantes universitarios de primer, segundo, cuarto, sexto, séptimo y octavo semestre,

con edades de entre 17 a 24 años ($M=20$), donde 68.8% fueron mujeres y el 31.3% fueron hombres. Se aplicó, un cuestionario de datos sociodemográficos y el cuestionario apoyo social percibido a través de redes sociales (ASPRS). Se obtiene autorización de las instituciones educativas, se realiza la recolección de datos de manera presencial citando a los estudiantes para contestar los cuestionarios acompañados por el investigador como testigo; los participantes tenían que contar con una cuenta activa en alguna red social, se les otorgaba el asentimiento y/o consentimiento informado, así como los cuestionarios correspondientes; además, se reiteró la importancia de aceptar y retirarse de la investigación voluntariamente, la confidencialidad y trato digno; finalmente se hace el análisis estadístico mediante el paquete estadístico SPSS versión 24.

Se encontró que no existen diferencias significativas con respecto al sexo; en cuanto a las diferencias en el apoyo social percibido de las redes sociales se encontró que los estudiantes universitarios del norte de México perciben más apoyo social en las redes sociales ($M=49.55$, $DE=12.79$), en comparación con los estudiantes del sur ($M=44.40$, $DE=13.30$); además, en cuanto a las diferencias por semestres en relación al apoyo social percibido en redes sociales se encontró que existen diferencias significativas con medianas similares entre los semestres de segundo y séptimo, así como entre los semestres de sexto y octavo; sin embargo, se mostró que el apoyo social percibido es mayor en los participantes del primer semestre (189.42), al igual que con los del segundo semestre (177.81); por otra parte, se encontró una relación lineal estadísticamente significativa, media e inversa entre el apoyo social percibido de las redes sociales y la edad de los estudiantes universitarios ($r_s=-.286$, $p<.05$). Así también hubo una relación lineal estadísticamente significativa, media e inversa entre el apoyo

social percibido de las redes sociales y el semestre ($r_s = -.202$, $p < .05$). Los autores concluyeron que el apoyo social percibido en redes sociales de los estudiantes universitarios depende del área, semestre y de la edad, lo que indica que, a menor semestre y menor edad, se buscan y utilizan las redes sociales como un medio para recibir apoyo social, pero conforme avanzan de semestre, las redes sociales se empiezan a ver con una utilidad diferente y menos vista como un medio para dar y recibir apoyo social (Guevara-Valtier et al., 2022).

Hernández y Acosta (2022), realizaron una investigación cuyos objetivos fueron conocer la relación entre el apoyo social percibido y la tríada oscura de la personalidad en profesionales y estudiantes de la salud de Perú; y, establecer la relación entre las dimensiones de la tríada oscura y el apoyo social percibido en ambos grupos, dicho estudio tuvo la participación de 277 personas divididas en dos grupos; el primero compuesto de 118 estudiantes de diversas carreras del sector salud de entre 18 y 59 años, donde 74 (62.7%) fueron mujeres y 44 (37.3%) fueron hombres; el segundo grupo fue compuesto por 159 profesionales de la salud de entre 23 y 70 años, donde 111 (69.8%) fueron mujeres y 48 (30.2%) fueron hombres. Se aplicaron, el Cuestionario de apoyo social percibido (MOS) para medir el apoyo social percibido y la escala Dirty Dozen Dark Triad (DDDT) para el estudio de la tríada oscura de la personalidad. Se consiguió la autorización para el uso de los instrumentos psicométricos, la aplicación se realizó mediante Formularios Google, mismos que contenían el consentimiento informado y los instrumentos psicométricos; los análisis estadísticos fueron realizados mediante el programa SPSS 25.

Se encontró que la media de apoyo social percibido en el grupo de profesionales fue más alta siendo de 76.541 y de 72.864 en el grupo de estudiantes, evidenciando que existe una diferencia significativa entre los niveles de apoyo social percibido entre ambos grupos. En cuanto a los resultados de la tríada oscura de la personalidad, se encontró que el grupo de profesionales tuvo medias en maquiavelismo de 2.352 (DE=2.28), en psicopatía 3.113 (DE=2.65) y en narcisismo 5.541 (DE=3.30); en cuanto al grupo de estudiantes, la media en maquiavelismo fue de 4.02 (DE=2.89), en psicopatía 3.746 (DE=2.86) y en narcisismo 5.864 (DE=3.68); se mostró que los niveles de psicopatía y narcisismo fueron mayores en estudiantes que en profesionales; además, en el grupo de estudiantes se evidenciaron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre el apoyo social percibido y las dimensiones de maquiavelismo y psicopatía; en el grupo de profesionales, se mostró que existe una única correlación negativa y estadísticamente significativa entre el apoyo social percibido y psicopatía. Los autores concluyeron que los profesionales del sector salud obtuvieron las puntuaciones más altas de apoyo social percibido, y que los estudiantes mostraron mayores puntuaciones en las dimensiones de la triada oscura de la personalidad, pero, aunque existe una relación entre las variables, no se puede asegurar que los rasgos presentes de la tríada oscura cambien al modificar la percepción del apoyo social (Hernández & Acosta, 2022).

Rocha y Gavilanes (2024), realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la relación entre el apoyo social percibido y estrés académico, así como identificar los niveles de estrés académico y compararlos por sexo en estudiantes universitarios de la Facultad de Ingeniería en Sistemas, Electrónica e Industrial de una Universidad de Ambato, Ecuador; dicho estudio tuvo la participación de 140 estudiantes

universitarios de entre 18 a 32 años, donde 65 fueron mujeres y 75 hombres. Se aplicaron, el cuestionario MOS Social Support Survey para medir el apoyo social percibido y el inventario SISCO del estrés académico SV-21 (segunda versión). Se buscó la aprobación del comité de bioética de la universidad, se solicitó autorización en la facultad, se socializó el consentimiento informado, objetivos, riesgos y beneficios de la investigación a los alumnos de todos los semestres; posteriormente se llevó a cabo la recolección de datos mediante formularios de Google, mismos que contenían el consentimiento informado y ambas escalas, finalmente el análisis estadístico se llevó a cabo mediante Jamovi 2.3.28.

Se encontró que no existe correlación entre el estrés académico y las dimensiones de apoyo social percibido; individualmente, los resultados de los niveles de estrés mostraron que la categoría de moderado fue la más alta con un 67.9% , seguido de la categoría de severo con un 30.7%, siendo la categoría de leve la más baja con un 1.4%; los resultados del apoyo social percibido mostraron que todas las dimensiones tuvieron puntajes altos seguidos de los medios y por último los bajos (apoyo emocional: 51.4% nivel alto; apoyo material: 62.1% nivel alto; relaciones sociales de ocio y distracción: 54.3% nivel alto; y, apoyo afectivo: 53.5% nivel alto); finalmente, se encontró que no existen diferencias significativas entre medias de estrés académico entre hombres y mujeres. Los autores concluyeron en base a sus resultados que no existe una correlación entre las variables de apoyo social percibido y estrés académico, lo que podría deberse a la relación multifactorial entre dichas variables, es decir, que se vean influidas por factores externos y ello se evidencia en la nula funcionalidad protectora del apoyo social percibido ante el estrés, sin embargo, no se pueden generalizar los resultados debido a

la dimensión pequeña de la muestra, además, se evidenció que el estrés académico es una preocupación general y no exclusiva de un género en específico (Rocha & Gavilanes, 2024).

Umut y Köse (2025), realizaron una investigación cuyo objetivo fue examinar la relación entre rasgos autistas con la adicción al internet y el apoyo social percibido multidimensional en una muestra no clínica de adultos de Turquía; dicho estudio tuvo la participación de 355 personas de entre 18 a 81 años con una media de 44.07 años, donde 257 (72.4%) fueron mujeres y 98 (27.6%) fueron hombres; participantes estudiantes, con estudios universitarios y de posgrado, trabajadores, jubilados y desempleados. Se aplicaron, un cuestionario de datos sociodemográficos y uso de internet, el Cociente del Espectro Autista (AQ), el Test de Adicción a Internet para Jóvenes (Y-IAT), la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS), y, la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS). Se buscó la aprobación del comité de ética en la universidad; la recolección de datos fue llevada a cabo en un periodo de una semana, además, fue distribuido por medio de un formulario en línea compartido por medio de redes sociales y correo electrónico; la participación fue voluntaria para personas mayores de 18 años con un tiempo de aplicación aproximado de 20 minutos; finalmente, para el análisis de datos se hizo uso del paquete estadístico IBM SPSS versión 18.

Se encontró que el 49.6% de participantes recibe apoyo por medio de internet, y el 87.3% menciona una preferencia mayor por el apoyo social de forma presencial, lo anterior se refleja en los participantes con puntuaciones altas del cociente del espectro autista y adicción a internet quienes tenían preferencia por el apoyo social por vía

internet, mientras que quienes mostraron una puntuación media en cuanto al apoyo social percibido de amigos, tenían preferencia por recibir apoyo social de forma presencial; por otra parte, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de las subescalas de los rasgos autistas de atención al detalle, cambio de atención e imaginación; además, se encontró que el nivel más alto de adicción a internet fue encontrado en el grupo de participantes de 18 a 25 años sin existir algún participante con puntajes que indiquen uso patológico del internet (<50 ($n=344$); $50 - 79$ ($n=11$)), y por otra parte se encontraron puntuaciones altas en los grupos de 26 a 39 años y 40 a 59 en las puntuaciones de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido; en cuanto a la satisfacción con la vida, se identificó que las personas con empleo y jubiladas presentaban un puntaje mayor; por otra parte, en diferencias por sexos se encontró que los participantes hombres mostraron puntuaciones altas en el cociente del espectro autista y adicción a internet; y, en cambio, las mujeres mostraron puntajes altos en las escalas de apoyo social y satisfacción con la vida; en cuanto a las correlaciones, el cociente del espectro autista y la adicción a internet mostraron una correlación moderada positiva ($r = 0,322$), en cambio, el apoyo social y la satisfacción con la vida mostró una correlación negativa con el cociente del espectro autista ($r = -0,290$ y $r = -0,159$), a su vez, se encontró una correlación negativa entre la adicción a internet y satisfacción con la vida ($r = -0,236$). Los autores concluyeron que las personas con más rasgos autistas (ATs) tenían mayor probabilidad de presentar adicción a internet (10%), al mismo tiempo, el incremento del apoyo social percibido de familiares y amigos disminuye la adicción al internet, así como niveles altos de adicción a internet disminuye

la satisfacción con la vida, y, finalmente los rasgos autistas resultan ser un predictor del apoyo social percibido (8%) y satisfacción con la vida (2%) (Umut & Köse, 2025).

Franco et al. (2020), realizaron una investigación cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de la ideación suicida y determinar la asociación entre la ideación suicida y el apoyo social percibido en adolescentes, dicho estudio tuvo la participación de 267 adolescentes derechohabientes del Hospital General Regional parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Cuernavaca Morelos, México, dichos adolescentes comprendían las edades de 12 a 17 años (media de 13.14 años), donde 51.69% fueron mujeres y el resto hombres. Se aplicaron, un cuestionario de datos sociodemográficos, la escala de apoyo social percibido de Vaux y el cuestionario de ideación suicida de Beck. Se llevó a cabo la recolección de datos en un periodo de abril a julio de 2018, con previa aceptación y la firma del consentimiento informado por parte del padre, madre y/o tutor, así como el asentimiento informado de parte del adolescente; se buscó la aprobación del protocolo con el comité de ética; se hace la aplicación del cuestionario de datos sociodemográficos y las escalas correspondientes; finalmente, los análisis estadísticos se llevaron a cabo mediante el uso del programa estadístico Stata versión 14.0.

Se encontró una prevalencia de la ideación suicida de 16.48% (n=44), no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con las variables sociodemográficas; de la relación entre la ideación suicida y el apoyo social percibido por categorías se encontró que de los adolescentes que presentaron ideación suicida (n=44), el 54.55% mostró tener un bajo apoyo social y con un apoyo social alto sólo el 20.45%; en el caso contrario, los adolescentes que no mostraron tener ideación suicida (n=223),

el 29.15% de ellos mostró tener un bajo apoyo social y el 34.98% mostró un alto apoyo social percibido (Los porcentajes que se muestran indicaron ser estadísticamente significativos, $p < 0.05$); se encontró una correlación negativa estadísticamente significativa ($Rho -0.298$, $p = 0.04$) entre la severidad de la ideación suicida y el puntaje global del apoyo social percibido en los adolescentes que presentaron ideación suicida ($n=44$); finalmente, se mostró la fuerza de asociación entre ideación suicida y apoyo social percibido, estimando una asociación de protección entre el apoyo social medio y alto para ideación suicida, con una tendencia significativa en la que a mayor apoyo social percibido por los adolescentes se presentaba mayor protección para ideación suicida. Los autores concluyeron que a mayor apoyo social percibido menor severidad de ideación suicida (en los últimos doce meses), y por lo tanto, a mayor apoyo social percibido, mayor protección contra ideación suicida (Franco et al., 2020).

Velasteguí y García (2024), realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la relación entre el apoyo social percibido y el riesgo suicida en estudiantes universitarios, el cual tuvo la participación de 99 estudiantes universitarios pertenecientes a la facultad de Ingeniería Civil y Mecánica de la Universidad Técnica de Ambato, Ecuador de entre 18 a 35 años, donde 12 fueron mujeres y 87 fueron hombres. Se aplicaron, el Cuestionario de apoyo social percibido (MOS) y la Escala de riesgo suicida de Plutchik. La investigación se llevó a cabo en el periodo de septiembre a enero del 2024; se informó y buscó la aprobación del comité de ética de la universidad para la aplicación de instrumentos, posteriormente se les otorgó el consentimiento informado, se realiza la aplicación de instrumentos por medio de formularios de Google, finalmente se hacen los análisis estadísticos mediante el programa estadístico Jamovi.

Se encontró que un 54.5% de los participantes tuvo un nivel alto de apoyo social percibido, mientras que un 45.5% obtuvo niveles bajos de apoyo social percibido; en cuanto a el nivel de riesgo suicida, se encontró que el 37.4% de los participantes presentó riesgo suicida, y por otro lado, el 62.6% de los participantes no presentó riesgo suicida, además, se encontró que existió una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de mujeres (media de: 6.42) y hombres en riesgo suicida (media de: 4.03); finalmente, se encontró que existió una correlación negativa baja entre las variables de apoyo social percibido y el riesgo suicida ($Rho(97) = -0.259$ $p < 0.05$). Los autores concluyeron de acuerdo con sus resultados que mientras exista mayor apoyo social, menor será el riesgo suicida; además de notar que la población que fue parte del estudio cuenta con niveles altos de apoyo social, es decir, cuentan con una buena red social que les proporciona ayuda y bienestar. La medida de la muestra al ser pequeña hace que los resultados no puedan ser generalizados a la población estudiada en general (Velasteguí & García, 2024).

Como puede observarse en el análisis de los diversos estudios sobre el apoyo social percibido, aquellas personas con una alta percepción de apoyo social tienden a tener elevados niveles de satisfacción vital e inteligencia emocional, así como niveles bajos de estrés, y ayuda a disminuir la severidad de la ideación y el riesgo suicida fungiendo como un factor protector.

Por el contrario, es preciso señalar que cuando existen bajos niveles de apoyo social percibido, las personas tienden a tener niveles altos de estrés, baja satisfacción de vida, y adicción a internet. Es importante señalar que la percepción de apoyo social

puede verse afectada por diversos factores como los rasgos autistas, así como rasgos de personalidad, entre ellos la triada oscura.

Capítulo 3. Ideación suicida

En el capítulo que se presenta a continuación, se abordará la definición, clasificación, factores de riesgo y protectores que en conjunto ayudan a caracterizar y comprender la tiene la variable de Ideación Suicida.

Consideración teórica: Suicidio

Primeramente y antes de definir la Ideación Suicida, se caracterizará el concepto de Suicidio ya que funge como base para el entendimiento del concepto principal:

Suicidio

El suicidio es considerado una problemática que difiere según el sujeto, sus habilidades, vivencias, cultura y contexto (Medina-Mora & López, 2021), por lo que es importante definir qué es para así comprender su relevancia y conexión con la ideación suicida.

En este sentido la etimología de la palabra "suicidio" comienza a proporcionar un preámbulo de las definiciones de hoy en día; la palabra "suicidio" viene del latín: *suicidium*, mismo que es conformado a su vez por dos términos, *sui* que significa 'de sí' o 'a sí', y, del término *cidium* que significa 'acto de matar', lo que en su conjunto proporciona ya una primera forma de definición que es el querer terminar con la propia vida (Real Academia Española, 2026).

Ahora bien, se ha definido al suicidio como aquellos actos que lleva a cabo el sujeto con la finalidad de morir (Nizama, 2011); por ello es que se le ve como un acto violento cometido hacia uno mismo (Sánchez et al., 2013). Otros autores de diversas disciplinas han propuesto su definición, como en el caso de Durkheim (1897) que define

al suicidio como cualquier acto que lleva a la muerte, mismo que es propiciado por el mismo sujeto quien es consciente de su consecuente muerte.

Las anteriores definiciones dejan ver que el acto de morir por mano propia son el punto central de lo que se concibe como suicidio. Ahora bien, el suicidio es también un indicador de que el individuo busca acabar con el malestar y dolor, siendo este último sin un lugar de procedencia específico (Uribe et al., 2022).

Referente a lo anterior, se observa que hay diversas formas de concebir al suicidio en el área psicológica, por ejemplo, como una forma de establecer comunicación, como forma de expresión de sentimientos y deseos agresivos, como venganza o como una salida del sufrimiento (Campillo & Fajardo, 2021).

Sin embargo, el suicidio no es un hecho que sucede sin antecedentes que den pie a que el sujeto piense en él como la salida a su malestar; por lo que se ha visto que el suicidio es un proceso, en donde éste es la acción presidida de un intento de suicidio o de la propia ideación suicida (Sánchez et al., 2013; Uribe et al., 2022)

El proceso antes mencionado es descrito por Miranda de la Torre et al. (2009) como el espectro suicida, donde la ideación suicida, planeación y preparación, intento suicida y el acto suicida consumado serían las fases por las que pasa un individuo antes de consumir el suicidio, donde dichas fases no poseen orden específico.

Lo anterior es semejante a lo que menciona Vélez-Pérez et al. (2016) al expresar que el comportamiento suicida es un proceso que involucra advertencias, ideas e intentos que tienen por finalidad el poner fin a la vida, sin embargo, el suicidio puede ocurrir con o sin ideación.

Y en relación con el proceso antes mencionado, se ha visto que las personas que consuman el suicidio son pocas si se compara con las personas que llevan a cabo intentos de suicidio sin llegar a consumarlos, así como con las personas con ideación suicida y con los factores de riesgo (Medina-Mora & López, 2021). Sin embargo, se logra apreciar que la ideación suicida cobra relevancia ya que es considerada como el factor inicial del proceso para consumir el suicidio (Sánchez et al., 2013).

Con la caracterización del suicidio, se enmarca que el suicidio es el fin de la vida, pero para llegar a ello, existen diferentes factores que pueden suceder tal como la ideación suicida o el intento suicida previos a consumir el suicidio, aún si se dan todos o no y sí se dan sin un orden específico; al mismo tiempo deja ver la estrecha relación existente entre el suicidio y la ideación suicida, ya que van en forma de cadena que puede iniciar con la ideación, siendo un factor desencadenante para llegar a la consumación del suicidio.

Estadísticas

A continuación, se presentan la estadísticas internacionales, nacionales y estatales para dar panorama acerca del suicidio:

Estadísticas Internacionales

El suicidio es un problema presente en todo el mundo, existen estudios realizados en diversos países y poblaciones que corroboran la importancia, pero sobre todo la prevalencia de dicha problemática a nivel internacional, tal como se muestra a continuación:

La OMS (2025) reporta que el suicidio es una de las principales causas de defunción en el mundo, siendo que en el año 2021 se reportó como la principal causa de defunción en población de entre 15 a 29 años en todo el mundo.

Además, se reporta que cada año fallecen alrededor de 720,000 personas por suicidio, sin embargo, se denota que éste fenómeno está presente en todo contexto sin importar el estatus socioeconómico; países de mediano a bajo estatus reportaron una tasa de 73% de fallecimientos por suicidio, además se menciona que, por cada defunción reportada, existen mayor número de reportes por intento de suicidio a nivel mundial (OMS, 2025).

Con lo anterior se logra visualizar que el suicidio no es una problemática pequeña, sino que es global y se presenta en todos los contextos; ahora bien, a continuación, se abordarán las estadísticas correspondientes del contexto mexicano.

Estadísticas Nacionales

Por otro lado, en cuanto a las estadísticas de suicidios en México encontramos que en el último registro del INEGI (2025) correspondiente al año 2024, se registraron un total de 8,856 muertes por suicidio en personas mayores de 10 años en el país, dónde la tasa mayor fue en hombres con un 11.2 por cada 100 mil habitantes del país.

Además, el rango de edad de 30 a 44 fue el que tuvo mayor porcentaje de suicidios con un 10.7, sólo precedido por el de 15 a 29 años por un puntaje menor de 0.5. Destaca que los estados con mayor número de suicidios fueron Chihuahua con un 16.4%, seguido de Yucatán y Aguascalientes; mientras que los estados con menor número de muertes por suicidio fueron Guerrero con un 1.6%, seguido de Chiapas, Baja California y Veracruz (INEGI, 2025).

El porcentaje de suicidios consumados en el país del año 2024 (6.8%) supera las tasas de años anteriores como 2014 (5.1%) y 2019 (5.6%) con un 1.7% y un 1.2% respectivamente (INEGI, 2025). Lo anterior marca un aumento grande e importante en el porcentaje de suicidios reportados en nuestro país en los últimos años, lo que a su vez es un indicador de la salud mental poblacional y la falta de recursos de todo tipo para hacerle frente a las situaciones que llevan a la población al suicidio.

A continuación, se presentan estadísticas del contexto mexicano pero centradas en el estado de Hidalgo.

Estadísticas Estatales

En el estado de Hidalgo, el INEGI (2026) reporta en su último censo del año 2024 que existen un total de 184 registros por defunciones en el estado, siendo 143 de ellos hombres y 41 mujeres, algunos de los métodos reportados fueron ahorcamiento (161 del total), arma de fuego (11 del total), envenenamiento (10 del total) u otros (2 del total).

Dichas estadísticas reportadas fueron menores en comparación a las del año 2023, donde existieron un total de 203 registros de defunciones, donde 160 fueron hombres y 43 fueron mujeres; aunque siguen siendo un número considerablemente alto en comparación a datos reportados de diez años atrás del último censo del 2024, es decir, en el año 2014 existieron un total de 126 reportes de defunciones por suicidio, lo que son 58 reportes menos en comparación a los del año 2024 (INEGI, 2026).

En suma, se puede apreciar cómo ha ido en aumento el porcentaje de muertes por suicidio en el país, así como en el estado de Hidalgo, que, aunque falta el reporte del año 2025 se podría esperar que el porcentaje sea similar a los reportados para los años 2024 y 2023, lo que deja ver la importancia de evaluar los factores que preceden a la

muerte por suicidio, uno de ellos es la antes abordada dentro del espectro suicida: la ideación suicida (IS), misma que se caracterizará en el siguiente apartado.

Definición de Ideación Suicida

Después de haber definido el Suicidio, se procede a la definición de la Ideación Suicida:

La Ideación Suicida (IS por sus siglas en español) de acuerdo con Beck et al. (1988) es la existencia del conjunto de planes y deseos de poner fin a su vida, presentes en el sujeto sin antecedentes recientes o evidentes de haber llevado a cabo algún intento. Definición similar a la proporcionada posteriormente por Reynolds (1991), quien define a la IS como el conjunto de deseos y pensamientos sobre la muerte y la suya propia en un nivel bajo, que al volverse más fuertes comienzan a abarcar un plan, así como las herramientas a usar para así terminar con la vida.

De igual forma, destaca que dentro de la literatura algunos autores refieren al término "pensamiento suicida" como un equivalente de la IS; término que es retomado por Retterstol (1993), quién los define como aquellos pensamientos de querer terminar con su vida, mismos que se expresan a terceros o se confirman al preguntarle, y, además, dichos pensamientos suicidas pueden incluir conductas observables del sujeto que piense en terminar con su vida.

En años más recientes, han surgido otras definiciones como la de Rizvi et al. (2024), quienes definen a la IS como la consideración de infligirse daño o terminar con su vida, la cual puede tener resultados mortales de no ser reconocida y manejada a tiempo. Semejante a la definición de IS que refiere ser "los pensamientos, fantasías o contemplaciones sobre el terminar con la propia vida" (Yale Medicine, 2026).

En lo que respecta a las definiciones, se puede notar que aún con el paso del tiempo hay poca variación respecto a la forma en que se concibe la IS, son todas esas ideas o pensamientos sobre la muerte, así como con el terminar con la propia vida, que puede ir desde un pensamiento simple hasta uno más elaborado respecto a cómo terminar con la propia vida; así pues, en el siguiente apartado se profundiza sobre la clasificación de la IS.

Clasificación

La IS de forma general es una variable compleja que puede cambiar dependiendo del contexto del sujeto, sin embargo, ésta puede presentarse de dos formas diferentes:

- IS Pasiva, que es el deseo de morir sin intención real, es decir, es la valoración de la propia muerte sin planes, ejemplos de ello son el expresar que "no vale la pena vivir" o el ya no querer despertar, menor grado (Baños-Chaparro, 2022).
- IS Activa, que es el diseño detallado del cómo poner fin a la vida lo que involucra de igual forma las herramientas con las que va a cumplir dicha meta, mayor grado (Baños-Chaparro, 2022).

Lo anterior cobra relevancia ya que como menciona Baños-Chaparro (2022) puede iniciar con una IS pasiva y cambiar brevemente a una activa, siendo ésta última la más estudiada; sin embargo, se ha visto que los factores que conllevan al suicidio no se relacionan únicamente con la IS activa, sino también con los deseos de muerte, es decir, la IS pasiva, en otras palabras, ambos tipos de IS son factores relevantes dentro de la conducta que lleve el suicidio (Baños-Chaparro et al., 2024).

Por lo anterior, se ha visto que es de suma importancia el examinar y mantener bajo supervisión la IS independientemente del tipo que sea (Tejadilla et al., 2022). Sin embargo, parte importante para evaluar la IS es conocer los factores que la motivan y aquellos que la contrarrestan, mismos que se abordan en el siguiente apartado.

Factores

La IS se ve potenciada o disminuida por diversos factores catalogados por la literatura como factores de riesgo y de protección, mismos que se abordan de forma general a continuación:

Factores de Riesgo

Algunos de los factores de riesgo que incrementan las posibilidades de que se presente la IS son el creer que se es una carga para las otras personas, el sentirse sólo o en desconexión con los demás, así como otros factores de orden físico como la agitación y el insomnio (Rogers & Joiner, 2018).

Por otra parte, se encuentra el tener historial de muerte por suicidio en la familia, tener historial de trastorno psiquiátrico y/o enfermedades crónicas, tener un trastorno por consumo de alcohol, así como la desesperanza, depresión (depende de la gravedad), tener un intento suicida previo y un apoyo social percibido bajo (Ozcelik et al., 2021).

Así mismo, Castro-Díaz et al. (2013), reportaron que algunos de los factores relacionados con la IS son el haber tenido dificultades financieras en los últimos dos años, encontrarse sin trabajo, consumo de alcohol y tabaco, dolor físico o psíquico, tener una regular a baja percepción de la salud, un bajo apoyo social percibido, tener algún trastorno afectivo como distimia, entre otros.

En suma, se encuentran diversos factores que pueden ayudar a que la IS se presente o en su defecto, que se incremente, mismos que van desde factores físicos como el haber tenido problemas financieros o el consumo de tabaco, hasta factores de orden psicológico como la soledad y el tener antecedentes de muerte por suicidio en la familia, factores que pueden ser previos, ajenos e incluso de percepción que en conjunto influyen en la salud mental del sujeto.

Ahora bien, existen otros factores que auxilian o contrarrestan la IS y éstos son los factores protectores, mismos que se abordan a continuación.

Factores de Protección

Los factores protectores relacionados a la IS son diversos, algunos ejemplos de ellos son el contar con un entorno familiar funcional que proporcione seguridad y un buen canal comunicativo, así como el tener autoconfianza, inteligencia y regulación emocional, siendo el apoyo de familia el factor protector más significativo (Godoy-León & Olivas-Ugarde, 2025).

Autores como Perdomo-Jurado et al. (2024) mencionan algunos factores protectores de la IS como el realizar alguna actividad física, meditar, ser autocompasivo, ser prioritariamente alegre y receptivo a emociones positivas, tener inteligencia emocional, ser cercano a la religión o aspectos culturales, ser resiliente, percibirse en control de su vida, contar con apoyo social de familia, amigos y en línea, así como el estar satisfechos con dichas relaciones.

Aunque de igual forma, se ha observado que los factores protectores cambian según el tipo de IS, tal como menciona Baños-Chaparro (2022), quien propone que los factores protectores de la IS pasiva son el encontrarse en matrimonio o vivir en unión

libre, tener hijos, sentirse dichoso con la vida, disfrutar de tiempo libre, contar con trabajo y realizar alguna actividad física; mientras que para la IS activa menciona factores protectores como el contar con apoyo social, tener acceso a servicios de salud mental, poder llenar sus necesidades básicas y de sueño, ser resiliente, con buena autoestima, así como contar con una actitud positiva y determinada.

Los factores protectores relacionados con la IS son al igual que los factores de riesgo, factores externos, internos, físicos o psicológicos, sin embargo, algunos de los factores protectores pueden trabajarse o realizarse por cuenta propia para ayudar a prevenir o disminuir la IS, por ejemplo, meditar, realizar ejercicio, buscar apoyo social, acercarse a su comunidad en busca de apoyo, religión o espiritualidad, así como buscar ayuda profesional para mejorar aspectos propios como la autoestima o la resiliencia ante los factores de riesgo a los que pueda estar expuesto.

En el siguiente apartado, se encontrarán algunas de las estadísticas sobre IS a nivel internacional y nacional que proporcionarán un contexto mayor acerca de la relevancia y recurrencia del tema.

Estadísticas

A continuación, se presentan la estadísticas internacionales y nacionales para dar un panorama de la recurrencia de la IS:

Estadísticas Internacionales

Actualmente, según datos reportados por van Meter et al. (2023) en una revisión sistemática y metaanálisis de estudios con la participación de sujetos de 149 países de entre 6 a 21 años mostró que la prevalencia de IS activa a nivel mundial fue de 16.3%, mientras que la prevalencia de IS de sujeto con un plan en mente fue del 8.9%, así como

se encontró que la prevalencia de IS en el transcurso de la vida fue de 20.4%, porcentaje superior a la prevalencia anual de 15.1%.

De igual forma, van Meter et al. (2023) reportó que los sujetos de menor edad mostraban menores porcentajes de IS activa (8.7% versus 16.9%); además, las mujeres tuvieron una tendencia a reportar mayor IS activa (19.8% versus 13.6%), IS con la formulación de un plan (11.4% versus 7.9%), e intento de suicidio (8.5% versus 4.9%) que los hombres; de igual forma se reportó que los sujetos asiáticos e hispanos (24.0% y 21.8%) tuvieron porcentajes altos respecto a la IS activa.

En el caso de la prevalencia de IS en estudiantes universitarios; de acuerdo con Mortier et al. (2017) la prevalencia de IS en el transcurso de la vida a nivel mundial es de 22.3% para estudiantes universitarios. Aunado al estudio anterior, Crispim et al. (2021) encontraron que, a nivel mundial, entre los estudiantes universitarios la prevalencia de la IS varía de entre 9.7% a 58.3%, siendo la prevalencia total de IS en el transcurso de la vida y en los últimos 12 meses fue de 27.1% y 14.1% respectivamente; al mismo tiempo, se reportó que las mujeres tenían mayor prevalencia de IS con rangos de entre 16.2% a 28.2%.

Las estadísticas son irrefutables, los porcentajes reportados a nivel mundial enfatizan la prevalencia de la IS a nivel mundial en la población en general, así como en estudiantes universitarios, además, algo en lo que coinciden es que la mujer tiende a reportar mayor IS. A continuación, se tratarán las estadísticas de la IS en México, mismas que proporcionarán una visión del panorama de dicha problemática de salud mental en México.

Estadísticas Nacionales

En relación con la IS en México, Valdez-Santiago et al. (2023) reportan que según datos de las Encuestas Nacionales de Salud y nutrición (Ensanut) del año 2022, la IS en población adolescente y adulta estuvo presente en al menos un 7.6% y un 7.7% respectivamente; siendo en mujeres tanto adolescentes (10.2%) como adultas (9.1%) la mayor prevalencia de IS visto contra la reportado por hombres.

Con lo anterior Valdez-Santiago et al. (2023) destacan lo reiterado en la literatura, que las mujeres presentan con mayor frecuencia la IS que los hombres, y por el lado contrario, los hombres presentan menos ideación, pero mayor índice de mortalidad por suicidio.

De igual forma, Arteaga et al. (2025) mencionan que existe registro de al menos 322 sujetos (161 hombres y 171 mujeres), con solicitudes de cuidado en servicios de salud por IS de enero a septiembre.

Destaca que los datos proporcionados a nivel estadístico vuelven a acentuar a la mujer como quién muestra mayor índice de IS, siendo lo opuesto a las tasas de suicidio consumado expuestas anteriormente. A continuación, se abordarán algunos de los estudios recientes sobre IS.

Estudios Recientes Sobre Ideación Suicida

En el apartado a continuación, se presentan estudios relacionados con la variable de Ideación Suicida (IS) en relación con diversas variables como autoestima, salud general percibida, burnout académico, malestar psicológico, crisis familiar, exposición a la violencia, autolesión no suicida, depresión y ansiedad:

Lara y Bonilla (2022), realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la relación entre la autoestima e ideación suicida en estudiantes universitarios, el cual tuvo la participación de 110 estudiantes universitarios de entre 20 a 24 años, donde 73.6% fueron mujeres y el 26.4% hombres. Se aplicaron, la Escala de autoestima de Rosenberg (EAR) y el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI). Se entregó una carta compromiso para aceptar participar en el estudio, posteriormente se registraron los datos en Excel y con el programa estadístico Jamovi para su análisis.

Se encontró una correlación positiva entre la autoestima y la ideación suicida positiva (factores protectores) aplicando Rho de Spearman se obtuvo $Rho=0,568$, además, se encontró una correlación negativa entre la autoestima e ideación suicida ($Rho=0,370$). Además, se encontró que la gran mayoría de los estudiantes poseían una autoestima alta con un 62.7%, lo que se le puede atribuir a factores protectores como la autoconfianza, buen autoconcepto, etc. Los autores concluyen que los resultados exhiben que los factores protectores para presentar ideación suicida positiva como la inteligencia emocional, resiliencia, entre otros, son mayores a los factores de riesgo; sin embargo, también existen factores de riesgo que incrementan el valor de ideación suicida negativa como abuso, conflictos, entre otros (Lara & Bonilla, 2022).

Jiménez y Caballero (2021), realizaron una investigación cuyo objetivo fue describir la prevalencia de la salud general percibida y su asociación al síndrome de burnout académico e ideación suicida en universitarios colombianos de una institución pública, el cual tuvo la participación de 807 estudiantes universitarios con edades de entre 18 a 47 años, donde el 60% fueron mujeres y el 40% hombres. Los instrumentos utilizados fueron: la escala de Salud General - GHQ, el Inventory-Student Survey (MBI-

SS) (para síndrome de burnout académico, mide: agotamiento emocional, cinismo y eficacia) y la escala del centro de estudios epidemiológicos en depresión (CES-D-IS). Se procedió inicialmente a presentar y pedir la autorización para llevar a cabo la investigación, se utilizó el paquete estadístico SPSS para el análisis de datos, además, se hizo entrega de un informe final.

Los resultados indicaron que el 28% de los estudiantes informó malestar en su salud general percibida; se evidenció dentro de las dimensiones del burnout un 27% de alto agotamiento, 35% de cinismo y 20% de ineficacia; así como un 8% de alto riesgo de ideación suicida. La ideación suicida, el agotamiento, el cinismo, y la ineficacia académica se asociaron a malestar general percibido. Los autores concluyen que la ideación suicida y las dimensiones del burnout (agotamiento, cinismo e ineficacia académica) son factores de riesgo para la salud general percibida en los estudiantes universitarios (Jiménez & Caballero, 2021).

Langer et al. (2024), realizaron una investigación cuyos objetivos fueron: *examinar* las asociaciones entre la evitación experiencial (EA) y la ideación suicida (IS) reciente (últimos 30 días) y futura (próximos 12 meses), así como, el *examinar* la asociación entre antecedentes de autolesiones no suicidas (ALNS) e ideación suicida (IS) previa junto con síntomas depresivos actuales, ansiedad y estrés vital percibido para *conocer* si predicen la IS reciente y futura; dicho estudio tuvo la participación de 1355 estudiantes de primer año de dos universidades del sur de Chile de entre 18 a 36 años ($M=19.11$ años, $DE=1.71$), donde 69.3% fueron mujeres y el restante hombres. Se aplicaron, un cuestionario de datos sociodemográficos, la Entrevista sobre Pensamientos y Conductas Autolesivas (SITBI) para medir la ideación suicida (IS) y las autolesiones no suicidas

(ALNS) y el Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II) para medir la tendencia a omitir o eludir pensamientos, sentimientos o recuerdos negativos; la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la Organización Mundial de la Salud (WMH-CIDI) para evaluar síntomas depresivos y de ansiedad, además, la Escala de percepción del estrés para medir el estrés vital percibido.

Se aplicaron las encuestas en línea entre los meses de junio y julio de 2021 con el software Qualtrics, con anterioridad se aplicó un protocolo de riesgo de suicidio que facilitó los datos de los estudiantes que presentaban ideación suicida en el último mes y que a su vez presentaron una ideación suicida en un futuro (12 meses), dichos estudiantes fueron contactados vía telefónica para aplicarles la escala de Gravedad de Suicidio de Columbia (CSSR-S), finalmente, para el análisis de datos se hizo uso de RStudio (R Core Team 2020) y SPSS-21 (Langer et al., 2024).

1. Caracterización muestra x variables: Se contó con un grupo de participantes sin la presencia de ideación suicida en los últimos 30 días (40%; N=542), y otro donde no si existió la presencia de ideación suicida (N=813), en este último se observó que la salud física y mental se percibió de regular a mala, contrario al grupo sin IS reciente, además, en el grupo con IS reciente se encontró la presencia de síntomas de depresión, ansiedad, estrés vital percibido y tendencia a la autolesión (ALNS) comparada con el grupo sin IS reciente. Dentro del grupo que presentó IS reciente, se encontró que el 59.9% tuvo IS en el pasado y el 57% practicó las ALNS en el pasado, de igual forma, se encontró que de dicho grupo con IS reciente el 4.6% (N=64) encontraron probable un futuro intento de suicidio en los próximos 12 meses (IS futura), se destaca que todos los participantes que reportaron IS futura reportaron IS reciente; en cuanto a diferencias por sexo, se encontró

que la IS reciente fue mayor en mujeres que en hombres (42% vs. 31,3 %; $\chi^2=34,87$; $_{p_}<0,001$), lo mismo ocurrió en el caso de IS futura, siendo mayor en mujeres que en hombres (4,8% vs. 3,5%; $\chi^2=9,52$; $_{p_}<0,01$); en cuanto a las ALNS, se encontró que la edad de inicio para ellas y de la IS fue de 13.92 y 14,21 años, respectivamente; además, en cuanto a las asociaciones entre ALNS e IS, se encontró que el 38% (N=515) participantes no tenía antecedentes de ALNS o IS, que el 11.2% (N=152) de los participantes informó ALNS pasada, el 14.6% (N=198) sólo tenía IS pasada y el 36.2% (N=490) informó tener ambos (ALNS IS); en cuanto al grupo de participantes con IS se observó que quienes tenían IS futura (N=64) presentaban una IS más grave, en comparación con quienes reportaron la IS reciente (N=478); así mismo, se observó que los estudiantes que reportaron IS futura, mostraron un inicio muy temprano de ALNS, mayor evitación experiencial (EA), así como más síntomas de depresión, ansiedad y estrés vital percibido; por otra parte, se encontró que las correlaciones más fuertes fueron entre la evitación experiencia (AE) y la depresión ($r=0.604$) y entre la evitación experiencial y la depresión ($r=0.651$).

2. Regresión: IS reciente (últimos 30 días). Se encontraron tres categorías unitarias, (1) de autolesiones no suicidas en solitario, (2) ideación suicida previa en solitario, (3) autolesiones no suicidas previas + ideación suicida previa, mismas que mostraron ser las más altas predictoras de IS futura, al mismo tiempo, se encontró que la evitación experiencial (EA), depresión, ansiedad y el estrés vital percibido de igual forma son factores predictores de una mayor probabilidad de IS futura, y siguiendo en los predictores de la IS futura, se encontraron la categoría de (1) historial de autolesiones no suicidas + ideación suicida previa, (2) evitación experiencial (EA) y (3) depresión.

3. Papel moderador de la EA en la asociación de ALNS pasada/IS pasada y reciente: No se encontró ningún efecto de interacción entre la evitación experiencial (EA) y las autolesiones no suicidas (ALNS), las ideas suicidas (IS) previas, ni la combinación de ALNS e IS previas, sin embargo, en el lado opuesto se mostró que la evitación experiencial (EA) predice la IS reciente en estudiantes con antecedentes de ALNS, IS previas y ALNS e IS previas, esto en comparación a los estudiantes que no tienen dichos antecedentes; aunado a lo anterior, no se encontró relación que la evitación experiencial (EA) tuviera efecto moderador en los síntomas de depresión y la IS reciente ($\beta = -.0002$, $EE = .002$, $p = .91$), en cambio, se encontró que los síntomas depresivos se encuentran asociados con el aumento de probabilidad de la IS reciente sin importar el nivel de EA; por otro lado, se encontró un efecto moderador de la EA en la asociación entre los síntomas de ansiedad y de IS reciente con una EA baja ($\beta = -.004$, $EE = .001$, $p < .05$), siendo que se encontró que los síntomas de ansiedad se asociaron con una mayor probabilidad de ideación suicida reciente en estudiantes con EA baja ($\beta = .15$, $EE = .07$, $p < .05$), en comparación con aquellos con EA alta, en otras palabras, los estudiantes con alta EA presentan un alto riesgo de SI, independientemente del nivel de ansiedad, aunado al efecto anterior, se encontró un efecto modelador de la EA en la asociación entre el estrés vital percibido y la SI reciente ($\beta = -.03$, $EE = .009$, $p < .01$), siendo que se encontró que los síntomas de estrés vital se asociaron con una mayor probabilidad de IS reciente en estudiantes con una EA baja ($\beta = .82$, $EE = .36$, $p < .05$) en comparación con aquellos con una EA alta, en otras palabras, el riesgo de IS en estudiantes con EA alta es constante e independiente del estrés vital percibido.

Los autores concluyeron que la ansiedad social está relacionada con el suicidio, ya que es un factor que aumenta el riesgo de ideación suicida reciente y futura en estudiantes universitarios, en especial en los que presentan antecedentes de ideación suicida y autolesiones no suicidas (Langer et al., 2024).

Uribe et al. (2022), realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar en qué medida el malestar psicológico, el acoso sexual y crisis familiar predicen la ideación suicida, el cual tuvo la participación de 657 estudiantes de licenciatura de las carreras de medicina y psicología con edades de entre 18 y 25 años con una media de 19.9, siendo 67.7% mujeres y 32.3% de hombres respectivamente; el instrumento utilizado fue un cuestionario sobre conductas de riesgo juvenil con seis dimensiones, de las cuales, se retoma únicamente ideación suicida, malestar psicológico, crisis familiares y acosos sexual que contó con el aval institucional y el consentimiento informado de los participantes. Se brinda el consentimiento una vez obtenido el permiso institucional para la obtención de datos, el análisis y una posterior devolución de resultados a nivel institucional.

Los resultados mostraron que existen las mujeres presentan un índice alto en cuanto a malestar psicológico, así como en el tema del acoso sexual respecto a los hombres; además, se demuestra que el malestar psicológico es el principal predictor de ideación suicida: en un 44% en mujeres y 47% en hombres. Se concluye que tanto en hombres como mujeres el malestar psicológico es el principal factor predictor de la ideación suicida, contrario a las crisis en familia y el acoso sexual (Uribe et al., 2022).

Gallo-Barrera et al. (2023), realizaron una investigación cuyo objetivo fue establecer la asociación entre la exposición a la violencia e ideación suicida en

universitarios de Santa Marta, Colombia; dicho estudio contó con la participación de 1647 estudiantes entre 16 y 24 años, siendo 52.5% mujeres y el restante de hombres; los instrumentos utilizados fueron la Escala de Exposición a la Violencia y la Escala de Ideación Suicida de Roberts. Primeramente, se solicitaron los permisos correspondientes, se explicó el objetivo de la investigación, se hizo entrega del consentimiento informado y los instrumentos, se utilizó el software SPSS para los análisis estadísticos.

Los resultados mostraron una prevalencia de la ideación suicida de 28.3%, además de alta violencia indirecta en el colegio (55.4%) (contrario a la violencia directa) y una alta exposición a violencia en la televisión (74.9%), lo que indicó un factor de riesgo en la ideación suicida. Se concluye que la exposición a la violencia en la escuela y en la casa, de forma directa e indirecta, son factores de riesgo para la ideación suicida en estudiantes universitarios (Gallo-Barrera et al., 2023).

Ahora bien, como puede observarse en el análisis de los diversos estudios sobre la ideación suicida, aquellas personas con presencia de ideación suicida tienden a tener síntomas más elevados de ansiedad social, menor autoestima, mayor malestar psicológico y presencia de síntomas de burnout académico, como el agotamiento que, a su vez, resulta en una baja percepción de la salud propia. Es importante resaltar que un contexto escolar o familiar de violencia directa o indirecta es un factor que ayuda a incrementar la presencia de ideación suicida y que junto con todos los factores ya mencionados puede llevar de la ideación al suicidio. En contraste, la autoestima y los pensamientos positivos sobre la vida pueden ayudar a disminuir los niveles de ideación suicida, fungen como factores protectores.

Capítulo 4. Planteamiento del Problema

Justificación

El maltrato infantil es una problemática en todo el mundo, en México se ha evidenciado que al menos un 31.6% de personas de entre 15 a 19 años han sufrido violencia en su infancia, tanto física (20.4%), emocional (11.6%) y sexual (10.2%), esto según datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) del 2021 (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2024).

Aunado a ello se ha observado que las experiencias adversas en la infancia pueden tener diversas consecuencias en quien las experimentó tales como presencia de estrés, ansiedad, desesperanza, depresión, así como tener ciertas conductas desadaptativas como el consumo de alcohol, la disminución del bienestar psicológico, la conexión social, y al mismo tiempo el aumento en la probabilidad de tener conductas autolesivas, ideación y comportamientos suicidas.

Lo anterior, se hace relevante ya que demuestra la influencia de las experiencias adversas en la infancia sobre el apoyo social percibido y en la presencia de ideación suicida, donde al mismo tiempo se evidencia la relación intrínseca entre las variables, pues en el caso del apoyo social percibido, puede fungir como un factor protector elevando la satisfacción vital y la inteligencia emocional, así como reduciendo los niveles de estrés y la severidad de la ideación suicida. Sin embargo, en caso de ésta última, se observa que es un factor que puede ser consecuencia y al mismo tiempo verse influida de forma que pueda reducirse o incrementarse llegando al propio suicidio consumado.

Por ello, la presente investigación es conveniente al brindar una descripción de la relación existente entre las experiencias adversas ocurridas en la infancia en la

percepción del apoyo social y en la ideación suicida en adultos universitarios. Lo que al mismo tiempo es relevante a nivel social ya que al saber el curso de acción entre variables se logran encontrar elementos de intervención de los que pueden hacer uso los profesionales ante las posibles consecuencias de las experiencias adversas y como una opción para salvaguardar la salud, evitando desenlaces como el suicidio en las personas que las hayan experimentado.

De igual modo, una de las posibles implicaciones prácticas que tiene el asentar la relevancia del apoyo social percibido como factor protector ante las experiencias adversas en la infancia y la ideación suicida, sería el dar pie a su uso para futuros planes de intervención que ayuden a fomentar la protección y prevención. Por otra parte, el presente estudio contribuirá en la literatura al abordar la interacción y relación entre las tres variables, misma que no ha sido abordada con anterioridad; así como aportando datos y un panorama respecto a las variables en la población adulta universitaria de Hidalgo, México.

Finalmente, otras utilidades metodológicas es el abrir nuevas líneas de investigación respecto a la relación de dichas variables en otras muestras con diferentes características, teniendo en cuenta aspectos culturales e incluso de diferentes estados permitiendo hacer nuevas comparaciones y conocer más respecto a la condición de las variables en el país.

Pregunta de Investigación

¿Existe relación entre las experiencias adversas en la infancia, el apoyo social percibido y la ideación suicida en estudiantes de 18 a 20 años de una universidad pública de Hidalgo, México?

Objetivo General

Determinar si existe relación entre las experiencias adversas en la infancia, el apoyo social percibido y la ideación suicida en estudiantes universitarios de 18 a 20 años de Hidalgo, México.

Objetivos Específicos

- Conocer el número de experiencias adversas en la infancia reportadas por una muestra de estudiantes universitarios de 18 a 27 años.
- Conocer el nivel de apoyo social percibido en una muestra de estudiantes universitarios de 18 a 27 años.
- Conocer el nivel de ideación suicida en una muestra de estudiantes universitarios de 18 a 27 años.
- Determinar si existe relación entre las experiencias adversas en la infancia (EAI), la ideación suicida (IS) y el apoyo social percibido (ASP) en una muestra de estudiantes universitarios de 18 a 27 años.
- Determinar la diferencia por sexos entre el porcentaje de experiencias adversas en la infancia (EAI), ideación suicida (IS) y el apoyo social percibido (ASP) en una muestra de estudiantes universitarios de 18 a 27 años.

Hipótesis

Hipótesis Nula (H0): No existe relación estadísticamente significativa entre las experiencias adversas en la infancia, el apoyo social percibido y la ideación suicida en estudiantes de 18 a 27 años de una universidad pública de Hidalgo, México.

Hipótesis Alternativa (H_i): Existe relación estadísticamente significativa entre las experiencias adversas en la infancia, el apoyo social percibido y la ideación suicida en estudiantes de 18 a 27 años de una universidad pública de Hidalgo, México.

Capítulo 5. Método

Diseño y Tipo de Estudio

Investigación tipo cuantitativa con un diseño no experimental de corte transversal y de alcance descriptivo correlacional (Hernández et al., 2010).

Definición de Variables

A continuación, se presentan las definiciones conceptual y operacional de las variables de Experiencias Adversas en la Infancia, Apoyo Social Percibido e Ideación Suicida:

Experiencias Adversas en la Infancia

Definición Conceptual. "Las experiencias adversas en la infancia son sucesos ocurridos durante la niñez, de gravedad variable y a menudo crónicos, que ocurren dentro del entorno familiar o social del niño y que causan daño o angustia, alterando así la salud y el desarrollo físico o psicológico del niño" (Kalmakis & Chandler, 2014; traducción propia).

Definición Operacional. Se utilizará el *Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (EAI)* elaborado por Felitti et al. (1998) y validada en población mexicana por Nevárez y Ochoa (2022).

Apoyo Social Percibido

Definición Conceptual. El apoyo social percibido es la estimación cognitiva que es realizada por el sujeto respecto a aquellos que le puedan brindar algún tipo de ayuda en el momento propicio (Vega & González, 2009).

Definición Operacional. Se utilizarán las *Escalas de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr)* elaboradas por Procidano y Heller (1983) y validada en población mexicana por Domínguez et al. (2011).

Ideación Suicida

Definición Conceptual. La ideación suicida es la existencia del conjunto de planes y deseos de poner fin a la vida, presentes en el sujeto sin antecedentes recientes o evidentes de haber llevado a cabo algún intento (Beck et al., 1988).

Definición Operacional. Se utilizará la *Escala de Ideación Suicida de Beck (EISB)* elaborado por Beck et al. (1979) y validada en población mexicana por González et al. (2000).

Participantes

Se requirió de la participación de al menos 300 hombres y mujeres de entre 17 y 27 años todos ellos estudiantes de una universidad pública del estado de Hidalgo, México.

Selección de muestra

Los participantes fueron seleccionados por medio de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Ser estudiantes de una universidad pública del estado de Hidalgo, México.
- Cumplir con el rango de edad de 17 a 27 años.

Criterios de exclusión

- No responder la totalidad de los reactivos de los cuestionarios aplicados.
- Aquellos individuos que presentaban alguna discapacidad física que les dificultara responder a las preguntas del cuestionario.

Criterios de eliminación

- Abandonar la investigación voluntariamente.

- No contar con la firma y por tanto el consentimiento informado del participante.

Instrumentos

Cuestionario de datos sociodemográficos

Para evaluar las diversas variables sociodemográficas se optó por elaborar un cuestionario para realizar preguntas que permitieran conocer características propias de la población tales como: edad, sexo, género, carrera y semestre; estado civil; si se encuentra en una relación; si se tiene hijos; con quién se vive actualmente; si se trabaja/estudia o ambos; si se realiza deporte; si se tiene algún hobby; si es estudiante foráneo o no y de qué parte; si se consume alcohol, tabaco o derivados, sustancias psicoactivas; si se consume contenido audiovisual violento; y, finalmente, si se asiste o llegó a asistir a terapia psicológica y/o tratamiento psiquiátrico.

Cuestionario Experiencias Adversas en la Infancia

Para evaluar la variable de experiencias adversas en la infancia se determinó el uso del Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) elaborado originalmente por Felitti et al. (1998) y validado en población mexicana por Nevárez y Ochoa (2022), dicha versión reportó un coeficiente alfa de Cronbach de 0.68, además, fue validado por medio de la V de Aiken y el porcentaje de acuerdo interjueces.

El cuestionario es un instrumento autoaplicable que evalúa los sucesos negativos para los cuales no se tienen recursos para hacerles frente; dicho cuestionario consta de 10 reactivos con respuestas en formato dicotómico (si/no), con valores de respuesta "si" igual a "1" y "no" igual a "0"; la calificación va del 0 a 10, indicando el número de experiencias adversas vividas (Nevárez y Ochoa, 2022).

El cuestionario se encuentra dividido en tres factores: (1) maltrato infantil, (2) abuso sexual, y (3) disfunción familiar; los primeros dos factores se dividen en abuso psicológico, físico y negligencia, y, abuso sexual, en tanto que el tercer factor, se divide en abuso de sustancias, enfermedad mental, ser testigo de violencia contra la madre y conducta criminal de algún familiar directo (Nevárez y Ochoa, 2022).

Escalas de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr)

Para evaluar la variable de apoyo social percibido en estudiantes universitarios se determinó el uso de las escalas auto aplicables de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr) elaborada originalmente por Procidano y Heller (1983), así como, validada en población mexicana por Domínguez et al. (2011), dicha versión reportó un coeficiente alfa de Cronbach por escalas de familia y amigos (PSS-Fa y PSS-Fr) en ese mismo orden de 0.86 y 0.81 respectivamente.

Escala que evalúa el apoyo social percibido de la familia y los amigos como dos subescalas separadas entre sí; en la validación mexicana, dichas escalas cuentan con 16 y 12 ítems respectivamente (familia y amigos), con tres opciones de respuesta: Sí (igual a 1), No y No sé (igual a 0), sin embargo, ambas escalas cuentan con ítems que se califican en orden inverso, siendo de 1 para No, y 0 al Sí y No sé, en la subescala de ASP de Familia son los 3, y, 4; en la subescala de ASP de Amigos son los ítems 2, 5, 11, y, 12 (Domínguez et al., 2011).

Para la subescala de ASP de Familia los ítems 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, y, 16 se califican con 1 al Sí, y 0 al No y No sé; por otro lado, a los ítems 3 y 4 se les otorga una calificación de 1 al No, y 0 al Sí y No sé; de la subescala de ASP de Amigos (PSS-Fr) los ítems 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, y, 10 se califican con 1 al Sí, y 0 al No y No

sé; por otro lado, a los ítems 2, 5, 11 y 12 se le otorga una calificación de 1 al No, y 0 al Sí y No sé. Ambas puntuaciones se obtienen realizando la suma total donde a mayor puntuación, mayor apoyo social percibido, pudiendo ir de 0 a 16 y de 0 a 12 (Domínguez et al., 2011).

Escala de Ideación Suicida de Beck

Para evaluar la variable de ideación suicida en estudiantes universitarios se determinó el uso de la *Escala de Ideación Suicida de Beck (EISB)*, la cual es un cuestionario autoaplicable originalmente elaborado por Beck et al. (1979), así como validada en población mexicana por González et al. (2000), dicha versión reportó un coeficiente alfa de Cronbach de $\alpha = 0.84$.

La escala proporciona una valuación de la presencia o no de ideación suicida por medio de cuatro subescalas, mismas que miden las actitudes hacia la vida (ítem 1 al 5), las características de los pensamientos o deseos de suicidio (ítems 6 al 11), las características del intento (ítems 12 al 15) y la actualización del intento suicida (ítems 16 al 20); dicha escala cuenta con 20 ítems en formato tipo Likert con 3 opciones de respuesta cada una con posible puntuación de 0 a 2 (Beck et al., 1979).

La primera subescala determina la finalización o no de la aplicación, si las respuestas de los ítems 4 y 5 fuesen 0 indican nula ideación suicida y el término de la aplicación; para la calificación, sólo se toman en cuenta los primeros 19 ítems, que en suma puedan dar de 0 a 38 puntos, un puntaje igual o mayor que 1 es indicativa de riesgo de suicidio, a mayor puntuación más elevado riesgo de suicidio; el ítem 20 funge como indicador de intentos de suicidio, no aporta puntaje (González et al., 2000).

Procedimiento

Para la realización de la presente investigación se acudió a las instalaciones de una universidad pública del estado de Hidalgo, México; se contactó a los docentes vía correo electrónico y WhatsApp o de forma presencial, se les explicó el objetivo de la investigación y se les pedía la autorización para acudir a sus salones a realizar las aplicaciones de cuestionarios, ya con la autorización, se agendó un horario.

Se acudió a los salones en la hora y día acordados, los docentes estuvieron presentes en la gran mayoría de ocasiones y realizaban la presentación de la investigadora ante el grupo de estudiantes; tras dicha presentación, se procedía a explicar los objetivos de la investigación y se les pedía su participación consentida, voluntaria, sin el ofrecimiento de incentivos de ningún tipo en dicha investigación para contestar los cuestionarios correspondientes, explicándoles de igual forma los aspectos correspondientes a la confidencialidad, el carácter anónimo de sus respuestas y su retiro voluntario de la investigación si así lo decidían.

Una vez explicado los aspectos éticos, se les facilitó indicaciones y la batería de instrumentos de forma física (en papel) a los estudiantes, dicha batería fue comprendida por el consentimiento informado, el cuestionario de datos sociodemográficos (de elaboración propia), el cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (EAI), la Escala de Apoyo Social Percibido de Familia y Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr), y, la Escala de Ideación Suicida de Beck (EISB).

Las aplicaciones se dieron en el periodo del 05 al 13 de marzo del 2025, dentro de las aulas de clase en una sola sesión sin límite de tiempo, al término de las aplicaciones se da un breve agradecimiento por su participación en la investigación a los

estudiantes y al profesor por el tiempo prestado. Posteriormente, se realizó la captura, filtro y análisis de datos; en un primer momento se aplicó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para decidir el uso de pruebas paramétricas o no paramétricas. Finalmente, se utilizó estadística descriptiva e inferencial (prueba de correlación de Rho de Spearman y prueba U de Mann-Whithney).

Aspectos Éticos

La aplicación de aspectos éticos en la presente investigación se da en el manejo y resguardo de los datos recabados posterior a la firma del consentimiento informado (Anexo. 1), así como previo, durante y después de la aplicación de instrumentos, cuidando la confidencialidad de los datos proporcionados por los participantes en todo momento, lo anterior en apego a lo establecido en la Declaración de Helsinki, el Código Ético del Psicólogo, así como lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia de investigación y a la Ley General de Salud Mexicana.

Análisis estadístico

Los datos obtenidos en el presente estudio fueron capturados mediante el software IBM SPSS Statistics 26 para Windows. Se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión para describir las características sociodemográficas de la muestra, así como de las variables de interés. Finalmente, se aplicó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para determinar el tipo de prueba a utilizar. Se utilizó estadística inferencial para comprobar la hipótesis de investigación, se empleó la prueba Rho de Spearman.

Resultados

En el apartado que se presenta a continuación, se concentran los resultados derivados de los análisis estadísticos en el software SPSS v.26 abordando datos sociodemográficos, datos descriptivos y los estadísticos inferenciales:

Datos Sociodemográficos

Se contó con una participación de 321 participantes en total con edades de entre los 18 a los 27 años (media de 20.67), donde el 75.4% de los participantes mencionó estudiar a tiempo completo y el 24.6% mencionó trabar y estudiar. Además, se observó que el 50.5% menciona ser estudiante foráneo (de estados como Puebla, Tamaulipas, Veracruz, Michoacán, Guanajuato, Estado de México y CDMX) y el restante 49.5% no lo es.

En cuanto a sus características, se observa que el 94.18% de los participantes se encontraba viviendo con la familia cercana (papá, mamá, hermanos y/o abuelos), y el restante reportó vivir con otros familiares externos como tíos, primos, en pareja, entre otros. Además, se encontró que el 21.8% de los participantes se encontraban cursando el primer semestre, 15.9% el tercer semestre, 14.0% el octavo semestre, 11.2% el quinto semestre, 11.2% séptimo semestre, 9.3% el segundo semestre, 9.3% el noveno semestre, y, 7.2% el cuarto semestre.

En cuanto al estado civil, se encontró que el 97.8% de los participantes era soltero, 1.6% se encontraban en unión libre, y, 0.6% era casado; además, se mostró que el 98.4% de los participantes no tenía hijos, y sólo el 1.6% mencionó tenerlos, de dicho 1.6% tres participantes, es decir, el 0.9% mencionó tener 1 hijo, y dos de ellos, es decir, el 0.6% mencionó tener 2 hijos.

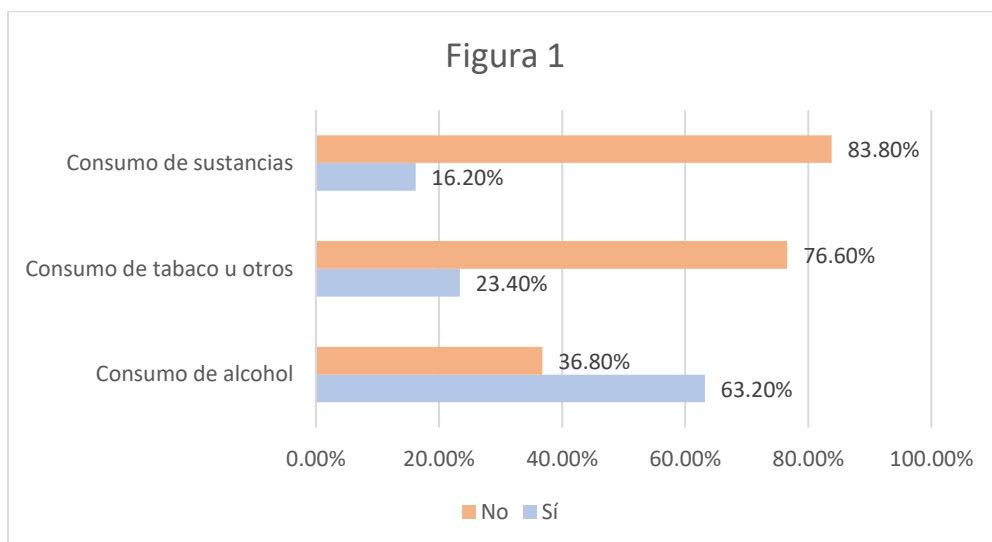
Por otra parte, los resultados mostraron que el 40.8% de los participantes mencionó realizar algún deporte o actividad física como acudir al gimnasio, practicar fútbol, salir a caminar o correr, entre otros, caso contrario, con el 59.2% de los participantes que menciona no realizar ningún deporte o actividad física.

Aunado al deporte, el 60.4% de los participantes mencionó tener un hobby o actividad recreativa como leer y escribir, pintar, jugar videojuegos entre otros, mientras que el 39.6% menciona no tenerlo. Por otra parte, en cuanto a el consumo de series, películas o contenidos audiovisuales violentos el 40.5% de los participantes manifestó consumirlos, mientras que el 59.5% no lo consume.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, se encontró que el 16.2% si consume algún tipo de sustancia psicoactiva, mientras que el 83.8% manifiesta no consumirlas.

En cuanto al consumo de productos derivados del tabaco, cigarros electrónicos, calentadores de tabaco o dispositivo para vapear, el 23.4% mencionó consumir dichos productos, mientras que el 76.6% mencionó no consumirlos.

En cuanto al consumo de alcohol, el 63.2% mencionó sí beber algún tipo de bebida alcohólica, mientras que el 36.8% mencionó no tomar bebidas alcohólicas.

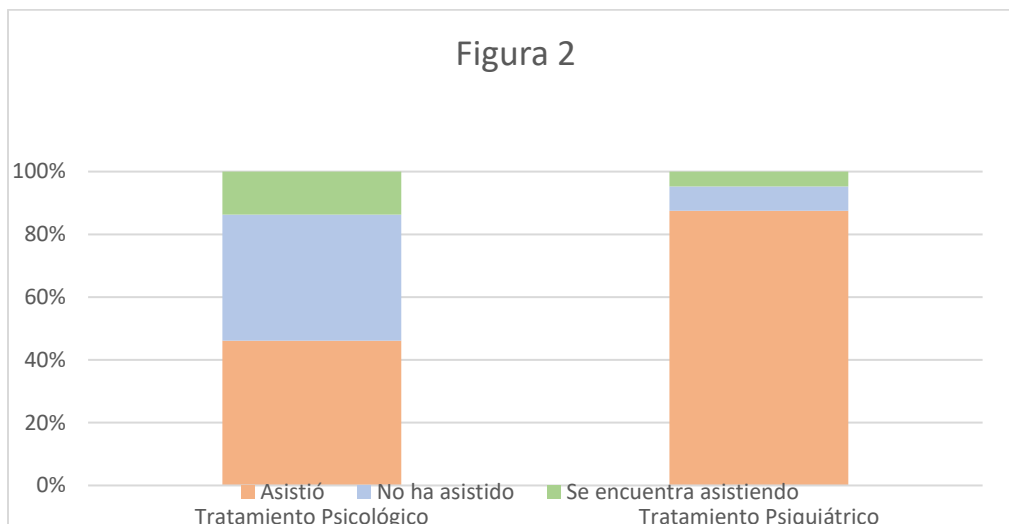
Figura 1*Consumo de sustancias, tabaco u otros, y, alcohol*

En cuanto a la asistencia a terapia psicológica, de mayor a menor, se encontró que el 46.1% de los participantes asistió en algún punto a terapia psicológica, caso contrario y seguido del 40.2% que no ha asistido ninguna vez, mientras que el 13.7% manifestó estar asistiendo actualmente a terapia psicológica.

En cuanto a la toma de tratamiento psiquiátrico, de mayor a menor, se encontró que el 87.5% no ha tomado tratamiento psiquiátrico, mientras que el 7.8% manifestó haber asistido en algún momento, pero ya no, y, finalmente se encontró que el 4.7% de los participantes se encontraba asistiendo en ese momento a un tratamiento psiquiátrico.

Figura 2

Asistencia a tratamiento psicológico y psiquiátrico anterior, nunca o actual



Datos Descriptivos

Se aplicaron, el cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia en su versión validada para población mexicana de Nevárez y Ochoa (2022), el cual tiene una puntuación de 0 a 10, donde a mayor puntuación mayor número de experiencias adversas vividas; de igual forma se implementaron la Escala de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos en su validación para población mexicana de Domínguez et al. (2011), mismas que tienen una puntuación total máxima de 28 y por separado en ese mismo orden de 12 y 16, donde a mayor puntuación mayor percepción de apoyo social total, de familia y de amigos. Finalmente, se aplicó la Escala de Ideación Suicida de Beck en su validación para población mexicana de González et al. (2000), el cual tiene una puntuación máxima de 38 puntos, donde a mayor puntuación mayor ideación suicida,

contando además con un indicador del número de intentos suicidas, entre cero o más de dos.

Se encontró que dentro de la muestra de 321 participantes hubo una media de 2.46 experiencias adversas en la infancia ($DE=1.90$), donde el número máximo reportado de experiencias adversas de parte de los participantes fue de 8 y el mínimo 0. Así mismo, por categorías se encontró: que el abuso psicológico se reporta en un 26.2%; abuso físico en un 17.1%; abuso sexual en un 13.7%; negligencia emocional en un 29.0%; negligencia en un 2.8%; y, disfunción familiar: divorcio o abandono en un 32.1%, visualización de violencia en un 7.5%, consumo de sustancias en un 33%, enfermedad mental en la familia en un 30.5%, y, encarcelamiento de algún familiar en un 12.8%. (Tabla 1 y 2).

Por otra parte, se encontró una media de Ideación Suicida de 7.40 ($DE=6.04$; máximo 28 - mínimo 0), así como una media de intentos de suicidio de 0.28 ($DE=0.58$) donde resaltan ambos casos: de más de dos intentos o donde no se ha tenido ningún intento de suicidio. Además, se encontró una ideación suicida de débil a moderado-fuerte de un 21.8%, mientras que en el lado opuesto se encontró un porcentaje de 78.2% de personas sin ideación suicida (Tabla 3). En el caso de los intentos de suicidio por sexo, se encontró dentro de la categoría de personas sin ningún intento suicida a un 72% de mujeres y un 28% de hombres, mientras que dentro de la categoría de personas con un intento suicida se encontró un 71.4% de mujeres y un 28.4% de hombres, y finalmente, se encontró dentro de la categoría de personas con más de un intento de suicidio a un 86.4% de mujeres y a un 13.2% de hombres.

Por otra parte, se encontró que hubo una media de Apoyo Social Percibido Total de 15.63 (DE=6.43), con un puntaje máximo de 28 y mínimo de 1, mientras que para el apoyo social percibido de Familia se observó una media de 8.70 (DE=4.59) con un puntaje máximo de 16 y un mínimo de 0, mientras que para el apoyo social percibido de Amigos se encontró una media de 6.93 (DE=3.41) con un puntaje máximo reportado de 12 y un mínimo de 0 (Tabla 1).

Tabla 1*Estadísticos descriptivos*

	N	Mínimo	Máximo	Media	DE
Experiencias Adversas en la Infancia Total	321	0	8	2,04	1,90
Ideación suicida Total	309	0	29	7,40	6,04
Ideación suicida (Intentos)	321	0	2	,28	,58
Apoyo Social Percibido Total	321	1	28	15,63	6,43
Apoyo Social Percibido de Familia	321	0	16	8,70	4,59
Apoyo Social Percibido de Amigos	321	0	12	6,93	3,41

Tabla 2*Categorías Experiencias Adversas en la Infancia*

Categoría	Porcentaje
Abuso Psicológico	26.2%
Abuso Físico	17.1%
Abuso Sexual	13.7%
Negligencia emocional	29.0%
Negligencia	2.8%
Disfunción familiar	7.5% – 33%

Tabla 3*Prevalencia de la Ideación Suicida*

Categoría	Porcentaje
Ninguno (Inexistente)	78.2%
Poco (Débil)	19.6%
Moderado a fuerte	2.2%

Estadística Inferencial

Se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnoff para ver la normalidad de los datos y ver el tipo de prueba a utilizar. Los datos no fueron normales, por lo que se utilizó estadística no paramétrica, se aplicó la prueba de correlación Rho de Spearman.

Se encontró una correlación estadísticamente significativa y positiva entre las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) con la Ideación Suicida ($,362^{**}$), de igual forma, se encontraron relaciones estadísticamente significativas negativas entre las Experiencias Adversa en la Infancia (EAI) y el Apoyo Social Percibido (ASP) Total ($-,315^{**}$) y el Apoyo Social Percibido de Familia ($-,397^{**}$). No se encontró correlación significativa entre las EAI y el ASP de Amigos. Lo anterior indicando que a mayor número de EAI aumenta la IS; y, a mayor número de EAI disminuye el ASP Total y de Familia (Tabla 4).

Además, se encontraron correlaciones estadísticamente significativas negativas entre la Ideación suicida y el Apoyo Social Percibido (ASP) Total ($-,454^{**}$), con el ASP de Familia ($-,482^{**}$), y con el ASP de amigos ($-,222^{**}$). Lo anterior indicando que a mayor IS disminuye el ASP Total, el ASP de Familia y el ASP de Amigos (Tabla 4).

Tabla 4

Correlación entre las variables de estudio de EAI, ASP e IS

		Ideación suicida Total	Apoyo Social Percibido Total	Apoyo Social Percibido de Familia	Apoyo Social Percibido de Amigos
Experiencias Adversas en la Infancia Total	Rho de Spearman	$,362^{**}$	$-,315^{**}$	$-,397^{**}$	$-,072$
Ideación suicida Total	Rho de Spearman	-	$-,454^{**}$	$-,482^{**}$	$-,222^{**}$

****:** Correlación significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

En referencia a las diferencias por sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo en las Experiencias Adversas en la Infancia Total, en el Apoyo Social Percibido Total, en la Ideación Suicida ni en los Intentos de Suicidio. De igual forma, no se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa en las subescalas de Apoyo Social Percibido de Familia y el Apoyo Social Percibido de Amigos.

En suma, en cuanto a las correlaciones: se encontró una relación positiva y significativa entre las Experiencias Adversas en la Infancia y la Ideación Suicida, así como se encontró una relación negativa entre las Experiencias Adversas en la Infancia y el Apoyo Social Percibido Total y de Familia; además, se encontró una relación negativa y significativa entre la Ideación Suicida y el Apoyo Social Percibido Total, de Familia y Amigos.

Discusión y conclusiones

La presente investigación buscó determinar si existe relación entre las experiencias adversas en la infancia, el apoyo social percibido y la ideación suicida en estudiantes universitarios de 18 a 27 años de Hidalgo, México, por lo que se comenzará a dar respuesta a este y a los objetivos específicos planteados con anterioridad, empezando por éstos últimos:

El primer objetivo particular, buscó conocer el número de experiencias adversas en la infancia reportadas por una muestra de estudiantes universitarios. Se encontró que los participantes tienen una media de 2.46 experiencias adversas en la infancia, así como por categorías se encontró abuso psicológico en un 26.2%; abuso físico en un 17.1%; abuso sexual en un 13.7%; negligencia emocional en un 29.0%; negligencia en un 2.8%; y, disfunción familiar: divorcio o abandono en un 32.1%, visualización de violencia en un 7.5%, consumo de sustancias en un 33%, enfermedad mental en la familia en un 30.5%, y, encarcelamiento de algún familiar en un 12.8%.

Los resultados del presente estudio son contrarios a los encontrados en la literatura donde se observan porcentajes de experiencias adversas en la infancia elevados en categorías como abuso psicológico, físico y sexual, o negligencia emocional como los reportados por Agudelo-Hernández et al. (2023) quienes también presentan porcentajes altos en las categorías de divorcio, visualización de violencia y encarcelamiento de algún familiar (40%; 5.7%; 40%).

Otros estudios con porcentajes mayores a los resultantes en el presente estudio son los de Grest et al. (2022) y Mieles et al. (2025), así como los de Šulejová et al. (2022) quienes reportan porcentajes mayores en las diez categorías correspondientes, es decir,

las categorías de abuso físico, psicológico y sexual, negligencia emocional y física, divorcio o abandono, visualización de violencia, abuso de sustancias, enfermedad mental en la familia y el encarcelamiento de algún familiar.

Los resultados de la presente investigación tienden a ser porcentajes bajos comparados con algunos en la literatura; y una de las posibles explicaciones para ello, son que en la interacción de las experiencias en la infancia de los participantes existiera un mayor número de experiencias benevolentes o positivas en la infancia, las cuales son experiencias que apelan al soporte familiar y social hasta antes de cumplir 18 años, mismas que hacen referencia a la estabilidad, confort y aceptación que se fomenta en el infante por medio de una rutina constante por ejemplo (Landa-Blanco et al., 2024).

Es por ello que una posible explicación para el bajo nivel de EAI puede ser el tipo de ambiente en el que se desarrollaron los participantes; en relación a ello, se observó que la gran mayoría de los participantes se encuentran cohabitando con su familia nuclear (94.18%), en otras palabras, los participantes se encuentran en un ambiente familiar que posiblemente proviene desde su infancia y que pudiera tener una cohesión familiar adecuada; en relación a ello, se ha visto que las familias con una buena cohesión familiar, tienden a proporcionar vínculos emocionales estables, lo que a su vez contribuye a una regulación y expresión emocional adecuada, así como el fomento de estrategias de afrontamiento idóneas para un correcto desarrollo infantil (van Eickels et al., 2022).

Por otra parte, se identificó que el 75.4% de los participantes se dedica a estudiar a tiempo completo, lo que pudiera indicar un apoyo de la familia para que esta situación de estudiar sin trabajar sea una opción para más de la mitad de los participantes, esto

destaca teniendo en cuenta que el porcentaje registrado en el 2024 de población en situación de pobreza en Hidalgo fue de 35.3% (INEGI, 2025).

Además, se observa que el 40.8% de los participantes del presente estudio realizan algún tipo de actividad física o deporte, lo que coincide con lo reportado por el INEGI (2026) quienes mencionan que un 33.8% de personas mayores de 12 años practicaron algún deporte, esta acción pudiera ser fomentada desde la infancia por la familia, aunque también pudiera ser una actividad retomada debido a los beneficios que proporciona, tales como en el área física con la prevención de sobrepeso u obesidad, así como de otras enfermedades crónicas como las cardiovasculares u osteoporosis; además, en el área psicológica, el ejercicio físico contribuye al bienestar psicológico, a mejorar la autoimagen, la estabilidad emocional, la confianza, el autoconcepto, las relaciones sociales y el rendimiento en áreas como la académica o laboral (Caracuel & Arbinaga, 2012).

Otro factor que se observa es el alto porcentaje de personas sin consumo sustancias psicoactivas (83.8%) y tabaco (76.6%), esto posiblemente puede deberse por un trabajo de prevención desde la infancia proveniente de la familia, ya que ésta es un factor importante en la prevención de las adicciones que funge de modelo para los infantes respecto a la tolerancia y uso de sustancias legales e ilegales como el alcohol, tabaco u otras, así como será la familia la encargada de poner límites en el uso de sustancias legales en sus hijos menores de edad, o el conversar sobre los riesgos de su abuso y el uso responsable de dichas sustancias sin asociarlo a la diversión (Gobierno de México, 2019).

Por otra parte, se observó que más de la mitad de la muestra mencionó tener un hobby o actividad recreativa (60.4%), esta podría ser una actividad que pudo ser inculcada desde casa y retomada como una forma de pasar el tiempo libre o por los beneficios que tiene; algunos de los beneficios son el fomento de la autoconfianza, la memoria, concentración, atención, creatividad e imaginación, además de incrementar los vínculos relacionales y la empatía (de la O Radilla, 2025).

Hoy en día el presupuesto designado para la salud mental en México ronda el 1.3% (Méndez, 2024), lo que resalta aún más el porcentaje de participantes que reportó en algún momento asistir o seguir asistiendo a terapia psicológica (46.1%; 13.7%) lo que podría ser un indicador del fomento a la salud mental probablemente auspiciado por la familia.

Simultáneamente dicho fomento a la salud mental y la alta recurrencia en servicios psicológicos se ve reflejado en el alto porcentaje de participantes quienes reportaron no haber tomado tratamiento psiquiátrico (87.5%); lo que destaca ante la prevalencia nacional de trastornos mentales y del comportamiento del año 2021 de 9.3%, siendo los trastornos de ansiedad y los obsesivos compulsivos los que reportaron mayor frecuencia (81.1%) en la población mayor de 20 años (Romero-Guerrero et al., 2024).

En cuanto al segundo objetivo, que fue conocer el nivel de apoyo social percibido en estudiantes universitarios; se encontró una media de apoyo social percibido Total de 15.63, mientras que para el apoyo social percibido de Familia se observó una media de 8.70, y para el apoyo social percibido de Amigos se encontró una media de 6.93. Lo anterior deja ver que existe el apoyo social percibido de familia y amigos.

Los resultados antes expuestos coinciden con los existentes en la literatura científica, es decir, sí existe un apoyo social percibido, lo que se ejemplifica al retomar los estudios de Rocha y Gavilanes (2024), quienes reportan la existencia de apoyo social percibido en su dimensión emocional, material, de ocio-distracción, y afectivo en estudiantes universitarios de Ecuador. Semejante a lo reportado en el estudio de Umut y Köse (2025) quienes reportaron una percepción total de apoyo social percibido alta en universitarios de Turquía, principalmente en mujeres (68.54) respecto a los hombres; de igual forma en el estudio de Guevara-Valtier et al. (2022) quienes encontraron un mayor apoyo social percibido en estudiantes universitarios del norte de México (49.55), contrario a los del sur del país con una diferencia de cinco puntos.

Además, la coincidencia de la existencia de apoyo social percibido en la literatura, se refuerza aún más con lo reportado por Mutlu y Cetingok (2023) quienes reportan la existencia de apoyo social percibido en estudiantes universitarios de Estambul, hombres y mujeres, tanto de Familia (H: 21.70; M: 22.69) como de Amigos (H: 21.49; M: 22.58). Así como en el estudio de Hernández y Acosta (2022), quienes establecen la existencia de apoyo social percibido, siendo más alta en la muestra de profesionales (76.541) contra la muestra de estudiantes universitarios en Perú quienes reportaron una percepción relativamente más baja por tres puntos.

De igual forma, en el estudio de Hidalgo-Fuentes et al. (2021) se reportó la existencia de apoyo social percibido tanto en estudiantes universitarios hombres como en mujeres de Ecuador, siendo más alto en mujeres que en hombres por tres puntos en relación con el ASP de Otros (24.27), y por dos puntos en ASP de Familia y Amigos.

Los resultados del presente estudio muestran al igual que en la literatura, la presencia del apoyo social percibido, aunque con variabilidad en cuanto a las medias, sin embargo, existen algunos factores que serían determinantes de que los participantes del presente estudio tuvieran una adecuada percepción del apoyo social a su alrededor. Algunos de dichos factores son la disponibilidad y calidad de sus redes sociales, así como del tipo de apoyo que éstas le proporcionen (Taylor, 2011), el nivel de autoestima (Simón et al., 2017), y los esquemas mentales preexistentes respecto al apoyo social (Procidano y Walker, 1997).

Ahora bien, con respecto al tercer objetivo específico que fue conocer el nivel de ideación suicida en estudiantes universitarios; se encontró una media de ideación suicida total de 7.40; de igual forma se encontró una media general de 0.28 para los intentos de suicidio. Además, se encontró una ideación suicida de débil a moderado-fuerte de un 21.8%, mientras que en el lado opuesto se encontró un porcentaje de 78.2% de personas sin ideación suicida.

En apoyo a los resultados respecto el bajo porcentaje de ideación suicida se han encontrado estudios que coinciden al respecto, tales como el de Lara y Bonilla (2022) quienes reportaron una ideación suicida negativa de 5.45; así como el estudio de Gallo-Barrera et al. (2023) quienes muestran una baja prevalencia de ideación suicida (28.3%). De igual forma, en el estudio de Jiménez y Caballero (2021) reportaron una ideación suicida de alto riesgo en un 8% y un 92% en el nivel bajo riesgo, lo que apoya a los resultados del presente estudio donde existe una baja IS; lo mismo que con lo encontrado en el estudio de Uribe et al. (2022) quienes también muestran medidas similares en cuanto a la media de IS reportada.

Ahora bien, como se planteó, el porcentaje de IS de los participantes del presente estudio fue de 21.8%, el cual resulta menor al reportado en muestras similares en otros estudios (Gallo-Barrera et al., 2023; Langer et al., 2024; Reinosa et al., 2023), una de las posibles explicaciones es que los participantes cuentan con factores protectores que les ayudan a mantener menores porcentajes de ideación suicida. Entre éstos, se destaca que realicen una actividad física, así como alguna actividad de ocio o hobby que les permite apaciguar la actividad mental del día a día; tal y como se observó anteriormente, más del cincuenta por ciento de los participantes reportaron realizar algún hobby como leer, escribir o pintar (60.4%), lo mismo en el área de realizar ejercicio físico, dónde el 40.8% de los participantes reportó salir a caminar, correr o acudir al gimnasio, lo anterior ya es abordado por Perdomo-Jurado et al. (2024) quien menciona que la actividad física o actividades como la meditación son factores que contribuyen a la disminución o prevención de la IS.

Otros factores relevantes que podrían explicar que esta muestra tenga menores porcentajes de IS en contraste con muestras similares reportadas, es el que se encuentren inmersos en un ambiente familiar, mismo que se reporta en la gran mayoría de los participantes (94.18%); dicho ambiente podría ser un factor clave en la enseñanza de estrategias para la regulación emocional y resolución de problemas, lo que se traduciría en un posible ambiente familiar positivo, de apoyo y confianza que contribuiría a que la IS sea menor. Al respecto, se ha encontrado que la familia influye directamente en la vida de los estudiantes universitarios mexicanos, esto debido a las características que se le confiere a la familia a nivel social y cultural, al mismo tiempo, se le considera

un factor protector ante la ideación suicida al fungir como una red de apoyo (Lievanos-Ruiz et al., 2024).

Aunado a lo anterior, el ambiente familiar en el que presumiblemente podrían estar los participantes también podría ser un factor que contribuye al autocuidado, la prevención y tratamiento de enfermedades mentales, que, al mismo tiempo, ayudaría a prevenir la IS. Lo anterior se podría reforzar en lo reportado por los participantes de haber acudido o seguir acudiendo a algún servicio de terapia psicológica (46.1%; 13.7%) y el haber tomado o encontrarse en algún tratamiento psiquiátrico (7.8%; 4.7%). Respecto a ello, se ha visto que la familia es un factor que influye en la salud mental al proporcionar herramientas psicológicas y emocionales, además, de ser un factor que contribuye al apego a tratamientos para enfermedades mentales por medio de una actitud de cooperación y apoyo emocional (Martín et al., 2018; Secretaría de Salud, 2013).

Así mismo, otra posible explicación es que el contexto de los participantes sea uno con baja violencia directa e indirecta, así como con baja violencia familiar e incluso el bajo consumo de sustancias (Gallo-Barrera et al., 2023; Rodríguez et al., 2025); lo anterior se refuerza en lo reportado por los participantes, quienes muestran en su mayoría no consumir sustancias (83.8%) y el nulo consumo de contenidos audiovisuales violentos (59.5%) que disminuye la exposición a la violencia directa o indirectamente.

Ahora bien, en cuanto al cuarto objetivo sobre la relación existente entre las experiencias adversas en la infancia (EAI), la ideación suicida (IS) y el apoyo social percibido (ASP) en estudiantes universitarios: Se encontró una correlación estadísticamente significativa y positiva entre las EAI con la Ideación Suicida ($.362^{**}$), así como, se encontró una relación estadísticamente significativa negativa entre las EAI

y el ASP Total (-,315**) y el ASP de Familia (-,397**); además, se observó una correlación significativa negativa entre la Ideación Suicida y el ASP Total (-,454**), con el ASP de Familia (-,482**), y con el ASP de Amigos (-,222**). Por lo anterior, se acepta la Hipótesis Alternativa. Los resultados del presente estudio coinciden con los presentes en la literatura, aunque estas coincidencias son en su mayoría sólo entre dos de las variables estudiadas en el presente estudio, es decir, que se encuentra una relación entre dos de las variables y/o con una variable diferente.

En cuanto a las correlaciones entre EAI e IS, existen estudios que coinciden con las correlaciones encontradas en el presente estudio, ejemplo de ello es el estudio de Wang y Jin (2025) quienes reportaron que a mayor número de EAI existe mayor probabilidad de presentar IS, en especial para quienes presentaron abuso físico y sexual por parte de un padre. Así como el estudio de Reinos et al. (2023) quienes reportaron que la IS, las conductas autolíticas y comportamientos suicidas se ven exacerbadas si hay antecedentes de EAI.

Ahora bien, otros estudios que apoyan los resultados encontrados en cuanto a las correlaciones entre ASP e IS son los de Franco et al. (2020) quienes reportan que el ASP es un factor protector que aminora la IS. Así como el de Carbone et al. (2025) quienes reportaron que el ASP se encuentra relacionado con la calidez emocional parental, y ésta última con la IS mostró una relación negativa; así como se encontró una relación negativa entre el ASP con la sobreprotección y el rechazo de los padres, mientras que éstas últimas mantienen una relación positiva con la IS.

Aunado a lo anterior, el estudio de Velasteguí y García (2024) reportó que mientras exista una percepción de apoyo social, menor será el riesgo suicida; si bien éste

estudio no está relacionado directamente al ASP con la IS, se considera como un estudio que coincide al tratar una variable relacionada directamente con la IS. De igual forma, existe un estudio que apoya las correlaciones encontradas entre EAI y el ASP del presente estudio, dicho estudio es el de Stansfeld et al. (2017) quienes reportan una relación directa entre las EAI y los síntomas de depresión por medio de la desregulación emocional, al mismo tiempo que se reportó que el ASP de personas significativas, amigos y familia ayuda a disminuir los síntomas depresivos.

Los resultados de la presente investigación invitan a ver que las EAI y la IS reportadas por los participantes si bien existen, no son frecuentes, están correlacionadas entre sí y con el ASP (especialmente el ASP de Familia), el cual existe, aunque en ellos se observa más como un factor protector ante las EAI y la IS.

Finalmente, en cuanto al último objetivo de la presente investigación acerca de determinar las diferencias por sexos entre los porcentajes de Experiencias Adversas en la infancia, Ideación Suicida y el Apoyo Social Percibido; no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los porcentajes de Experiencias Adversas en la Infancia Total, en el Apoyo Social Percibido Total, Familia y Amigos, así como en la Ideación Suicida ni en los Intentos de Suicidio.

Respecto a la nula diferencia por sexos obtenida en el presente estudio, se piensa que pudiera deberse a la constitución de la muestra del presente estudio, ya que estaba conformada en su gran mayoría por participantes mujeres (N=234), ello coincide con estudio reportado por Reinos et al. (2013), quienes también tuvieron una gran disparidad en la muestra analizada (predominando las mujeres [N=310]), donde el sexo masculino mostró ser menos propenso a experimentar ideación suicida (47.5%).

Además, el estudio de Rosales et al. (2013) mostró de igual forma la nula existencia de diferencias entre los porcentajes por sexos en su estudio, apoyando los resultados de la presente investigación, aunque en dicho estudio la ideación suicida fue mayor en hombres (5.5%) en comparación con las mujeres (5.4%).

De igual forma, y en caso contrario a lo antes expuesto, se ha visto que diversos estudios han determinado al sexo como un factor determinante en cuanto a los porcentajes de ideación suicida como en el caso de Reinoso et al. (2023), quienes encontraron que los hombres tienen menor probabilidad de presentar ideación suicida comparado con las mujeres en un 47.5%.

Por otra parte, existen otros estudios que también hacen hincapié en la importancia del género como determinante en los porcentajes tanto en el caso del apoyo social percibido como en el caso de las experiencias adversas en la infancia.

Y en referencia a lo anterior se encuentra el estudio de Hidalgo-Fuentes et al. (2021) quienes mostraron que las mujeres tienen puntajes más altos en el apoyo social percibido, inteligencia emocional y satisfacción vital en comparación con los hombres. Semejante a lo encontrado en el estudio de Šulejová et al. (2022) donde se reportó de igual forma a las mujeres con mayores porcentajes en todas las áreas del cuestionario de experiencias adversas en la infancia, siendo las más altas el abuso físico y sexual en comparación con los hombres.

Lo anterior deja ver la importancia del género en cuanto a los porcentajes de las diversas variables, ya sea en las experiencias adversas en la infancia, en el apoyo social percibido o en la ideación suicida, sin embargo, dependerá mucho de la muestra y sus características propias e individuales, ya que pueden darse ambos casos, es decir,

donde es más frecuente en hombres que en mujeres o viceversa, donde es más frecuente en mujeres que en hombres, por lo que los factores personales, contextuales y de riesgo o protección que inciden en cada variable serán decisivos para la comprensión de tales diferencias por sexos e incidencias en un sexo antes que el otro.

A modo de conclusión, se puede constatar que existe una relación entre las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI), el Apoyo Social Percibido (ASP) y la Ideación Suicida (IS) relación explorada en el presente estudio que no ha sido abordada con anterioridad, por lo que los resultados obtenidos son de relevancia al aportar una nueva caracterización y entendimiento de las variables, donde las EAI y la IS se relacionan negativamente, así como al existir un antecedente de EAI se disminuye el ASP, y de existir IS se disminuye el ASP, por lo que el ASP termina siendo entonces un factor que puede verse afectado en ambos casos pero que de no ser así puede ayudar y fungir como factor protector disminuyendo el impacto de las EAI y la IS. Llama la atención que en el presente estudio aunque están presentes las EAI y la IS, ésta no es alta comparada con la literatura aunque desataca que dichos porcentajes siguen siendo considerablemente importantes debido al tema, pudiendo ser que el ASP mediara el impacto de dichas variables a forma de factor protector en los participantes.

Algunas de las limitaciones encontradas durante el desarrollo de la presente investigación fueron la falta de estadísticas en el rubro de experiencias adversas en la infancia, ya que si bien, se pueden encontrar estadísticas respecto al maltrato infantil u otras semejantes, es importante destacar que no existen estadísticas que sean brindadas por organismos oficiales en el país que brinden información respecto a la totalidad de la

población mexicana y mucho menos del estado de Hidalgo, lo que dificulta la caracterización de la variable.

Así mismo, otra limitación encontrada fue a nivel teórico en cuanto a la variable de apoyo social percibido, ya que dentro de la literatura científica existen dos problemáticas, la primera es que existe cierta confusión entre los conceptos de apoyo social y apoyo social percibido, y la segunda que va de la mano con la anterior, es que hay poca literatura así como teóricos que establezcan parámetros actuales de lo que es el apoyo social percibido y su caracterización respecto a la actualidad, esto se refleja en el uso de fuentes de información primaria que datan del siglo XX.

Otra limitación encontrada dentro del estudio fue el contar con un alto porcentaje de participantes de un solo sexo dentro de la muestra del presente estudio haciendo complejo la obtención de respuestas de los objetivos respecto a la diferencia por sexos.

Ahora bien, se encuentran ciertas sugerencias para futuras líneas de investigación en cuanto a las variables estudiadas. La primera, es el replicar la investigación en muestras más jóvenes para evaluar si el impacto de las variables cambia según la etapa del desarrollo, así como en muestras de diversas regiones o lugares, por ejemplo, en estudiantes universitarios de una región urbana y una rural, o, estudiantes de diversos estados para evaluar y comparar los resultados evaluando otros factores que pudieran impactar según cada lugar, así como el ocupar una muestra equilibrada entre hombres y mujeres para así poder obtener información respecto a las diferencias por sexos.

Finalmente, otra sugerencia es el uso de una metodología mixta, que permita evaluar la parte cuantitativa de las variables y la parte cualitativa para así conocer desde el punto de vista del estudiante universitario, el impacto que tiene cada una de las

variables en su vida, así como aspectos complementarios relevantes que influyen para así, llegar a una caracterización nueva o complementaria de las variables según el contexto actual.

Referencias

- Agudelo-Hernández, F., Guapacha-Montoya, M., Castro-Díaz, J. M. & Luna-Trujillo, L. (2023). Resiliencia, eventos adversos en la infancia y desesperanza en jóvenes vinculados a pandillas. *Revista Cultura y Droga*, 28(35), 278-300.
<https://doi.org/10.17151/culdr.2023.28.35.13>
- Almaraz-Castruita, D. A., Téllez, A., Valdez, A., Sánchez-Jauregui, T. & Juárez-García, D. M. (2024). Experiencias Adversas en la Infancia y su Asociación con Malestar Psicológico y Optimismo en Adultos. *Psicumex*, 14.
<https://doi.org/10.36793/psicumex.v14i1.684>
- Alonso, A., Rodríguez, M. & González, L. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cuadernos de atención primaria*, 19(2), 118-123.
- Álvarez, L. B., Salazar, M., Bustamante, Y. & Pérez-Luco, R. (2023). Adolescentes con prácticas abusivas sexuales: Rol de las experiencias adversas y desadaptación social en el riesgo de reincidencia. *Psicoperspectivas*, 22(3).
<https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol22-issue3-fulltext-2969>
- Arteaga, M. E., Gutiérrez, M. G., Ferrer, J. E. & Díaz, A. (2025). Datos sobre el comportamiento suicida en México. *Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA)*.
- Baños-Chaparro, J. (2022). Ideación suicida pasiva y activa: una breve descripción: Passive and active suicidal ideation: a brief description. *Peruvian Journal of Health Care and Global Health*, 6(1), 42–45.

- Baños-Chaparro, J., López-Vega, D. & Ynquillay-Lima, P. (2024). Análisis de red de la ideación suicida pasiva y activa en adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con niños y Adolescentes*, 11(1), 71-79.
<https://doi.org/10.21134/rpcna.2024.11.1.8>
- Barra, E. A. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243.
- Barrera-Herrera, A., Neira-Cofré, M., Raipán-Gómez, P., Riquelme-Lobos, P. & Escobar, B. A. (2019). Apoyo social percibido y factores sociodemográficos en relación con los síntomas de ansiedad, depresión y estrés en universitarios chilenos. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 24(2), 105-115.
- Barrón, A. (1996). Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones. Siglo XXI de España Editores.
- Bartholomew, K., Cobb, R. J. & Poole, J. A. (1997). Adult attachment patterns and social support processes. En G. R. Pierce, B. Lakey, I. G. Sarason & B. R. Sarason (eds.), *Sourcebook of social support and personality*, pp. 359-378, Springer Science.
- Beck, A. T., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for Suicide Ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 499-505.

[https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/1097-4679\(198807\)44:4%3C499::AID-JCLP2270440404%3E3.0.CO;2-6](https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/1097-4679(198807)44:4%3C499::AID-JCLP2270440404%3E3.0.CO;2-6)

Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Ramos, G., Sethi, D. & Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Heal*, 4(10), e517- e528. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(19\)30145-8](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(19)30145-8)

Bellis, M. A., Wood, S., Hughes, K., Quigg, Z., Butler, N., Brown, C. & Passmore, J. (2023). Tackling Adverse Childhood Experiences State of the Art and Options for Action. Public Health Wales National Health Service Trust. Public Health Wales National Health Service Trust.

Bhushan, D., Kotz, K., McCall, J., Wirtz, S., Gilgoff, R., Dube, S.R., Powers, C., Olson-Morgan, J., Galeste, M., Patterson, K., Harris, L., Mills, A., Bethell, C., Burke, N. & Office of the California Surgeon General. (2020). Roadmap for Resilience: The California Surgeon General's Report on Adverse Childhood Experiences, Toxic Stress, and Health. Office of the California Surgeon General.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. Basic Books.

Bright, M.A., Alford, S.M., Hinojosa, M.S., Knapp, C. & Fernández-Baca, D.E. (2015). Adverse childhood experiences and dental health in children and adolescents. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 43(3), 193-199, <http://dx.doi.org/10.1111/cdoe.12137>

Bronfenbrenner, U. (1979). La ecología del desarrollo humano. Paidós.

Bucci, M., Gutiérrez, L., Koita, K., Purewal, S. K., Silvério, S. & Burke Harris, N. (2015). Center for Youth Wellness ACE-Questionnaire User Guide. Center of Youth Wellness.

Burke, N. J., Hellman, J. L., Scott, B. G., Weems, C. F. & Carrion, V. G. (2011). The impact of adverse childhood experiences on an urban pediatric population. *Child Abuse & Neglect*, 35, 408-13, <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.02.006>

Campillo, C. & Fajardo, G. (2021). Prevención del suicidio y la conducta suicida. *Gaceta médica de México*, 157(5), 564-569. <https://doi.org/10.24875/gmm.21000205>

Caracuel, J. C. & Arbinaga, F. (2012). Repercusión del ejercicio físico sobre la salud. *Apuntes de Psicología*, 30(1-3), 547-554 <https://doi.org/10.55414/492bzf18>

Carbone, G. A., Adenzato, M., Dell'Acqua, C., Imperatori, C., Presti, A. L., De Rossi, E., Allegrini, G., Messerotti, S., Farina, B. & Ardito, R. B. (2025). Breaking the cycle: The protective role of perceived social support in the relationship between adverse childhood experiences, emotional dysregulation and depression in university students. *Journal of Affective Disorders*, 395(Parte A), 120669. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.120669>

Cassiers, L., Sabbe, B., Schmaal, L., Veltman, D., Penninx, B. & Van Den Eede, F. (2018). Structural and functional brain abnormalities associated with exposure to different childhood trauma subtypes: A systematic review of neuroimaging

findings. *Frontiers in Psychiatry*, 9(329), 1-17.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00329>

Castro-Díaz, S., Gómez-Restrepo, C., Gil, F., Uribe, M., Miranda, C., de la Espriella, M., Arenas, A. & Pinto, D. (2013). Factores de riesgo para ideación suicida en pacientes con trastorno depresivo en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(1), 27-35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.003>

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2025). About Adverse Childhood Experiences. <https://www.cdc.gov/aces/about/index.html>

Centro Primera Infancia & Fundación FEMSA. (s.f.). *Experiencias adversas en la infancia mexicana: Panorama y recomendaciones para promover el bienestar en la niñez*. Centro Primera Infancia.

Cervantes, M. L., Denis, P. B., Melo-Santiesteban, G., Baltazar, J. I. & Denis, E. (2025). Análisis epidemiológico de la ideación suicida en estudiantes universitarios. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 15(30), e836. Epub 27 de junio de 2025. <https://doi.org/10.23913/ride.v15i30.2297>

Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>

Cole, D. A., Nick, E. A., Zelkowitz, R. L., Roeder, K. M., y Spinelli, T. (2017). Online social support for young people: Does it recapitulate in-person social support; Can it Help? *Computers in human behavior*, 68, 456–464.
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.11.058>

- Coulson, N. S. & Greenwood, N. (2011). Families affected by childhood cancer: an analysis of the provision of social support within online support groups. *Child: care, health and development*, 38(6), 870-877. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01316.x>
- Crispim, M. O., Santos, C. M. R., Frazão, I. S., Frazão, C. M. F. Q., Albuquerque, R. C. R. & Perrelli, J. G. A. (2021). Prevalence of suicidal behavior in young university students: A systematic review with meta-analysis. *Revista latino-americana de enfermagem*, 29, e3495. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5320.3495>
- Curran, S., McLaughlin, D., Gobikrushanth, M., & Scotney, R. (2025). The long shadow of childhood trauma on subsequent adult mental health. *Traumatology*. Advance online publication. <https://dx.doi.org/10.1037/trm0000622>.
- Cutrona, C. E. & Russell, D. (1990). Type of social support and specific stress: toward a theory of optimal matching. En B. R. Sarason, I. G. Sarason & G. R. Pierce (eds.), *Social Support: An Interactional View*, pp. 319–366. Wiley-Interscience.
- de la O Radilla, C. (2025, 26 de mayo). *La recreación y sus múltiples beneficios*. Gaceta CCH. <https://gaceta.cch.unam.mx/es/la-recreacion-y-sus-multiples-beneficios>
- Deza, S. L. (2015). Factores de riesgo y protección en niños y adolescentes en situación de pobreza de Instituciones Educativas en Villa El Salvador. *Avances en Psicología*, 23(2). <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2015.v23n2.165>
- Domínguez, A. del C., Salas, I., Contreras, C. & Procidano, M. (2011). Validez concurrente de la versión mexicana de las escalas de Apoyo Social Percibido de

la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr), *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(1), 125-137.

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), 771-84.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.008>

Drageset, J. (2021). Social support. En G. Haugan, M. Eriksson (eds.), *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*, pp. 137-144,
https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_11

Durkheim, E. (1897). *El suicidio. Estudio de sociología*. Ediciones Akal.

Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V. y Marks, J. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
[https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

Fernández, R., Kokoulina, E., Campos, X., Carballido, E., García, I., Rey, A. & Vázquez, P. (2018). Ecophenotypes in major depression: the role of child physical abuse. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 75 - 97.
<https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100004>

Fernández, S., Planas-García, B. Y. & Pérez-Pedrogo, C. (2023). Yoga para Bienestar Psicológico y Estrés Percibido en Adultos con Experiencias Adversas en su

Infancia. *Revista caribeña de psicología*, 7(1), e7679.
<https://doi.org/10.37226/rcp.v7i1.7679>

Fiallo-Armendáriz, R., Vizcaíno, A. E. & Castro-Martínez, J. A. (2021). Reflexiones sobre el apoyo social en el afrontamiento a la COVID-19. *Infodir (Revista de Información para la Dirección en Salud)*, 17(35), 1-7.

Franco, B. I., Mendieta, Z., Juárez, N. E. & Castrejón, R. (2020). Ideación suicida y su asociación con el apoyo social percibido en adolescentes. *Atención Familiar*, 27(1), 11-16. <http://dx.doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.1.72278>

Gallo-Barrera, Y. D., Perdomo-Rojas, C. C. & Caballero-Domínguez, C. C. (2023). Exposición a la violencia e ideación suicida en estudiantes universitarios de Santa Marta, Colombia. *Salud UIS*, 55, e23003.
<https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23003>

García, A. (2020). Apoyo social recibido y percibido en adolescentes internas en un centro de rehabilitación. *Archivos de Criminología, Seguridad Privada y Criminalística*, 8(15), 31-53.

Gobierno de México. (2019). *Prevención de adicciones comienza en las familias*.
<https://www.gob.mx/sipinna/articulos/la-prevencion-de-adicciones-comienza-en-las-familias?idiom=es>

Godoy-León, N. B. & Olivas-Ugarde, L. O. (2025). Factores protectores frente a la ideación suicida en adolescentes hispanohablantes: una revisión sistemática.

Avances en psicología: Revista de la facultad de psicología y humanidades, 33(2).

<https://doi.org/10.33539/avpsicol.2025.v33n2.3538>

González-Araya, J., Rojas-Jara, C., Cornejo-Araya, C. & Valenzuela-Stuardo, C. (2023).

Cuando el pasado nubla al presente: Una revisión sobre trastornos mentales en adolescentes expuestos a experiencias adversas en la infancia. *Veritas & Research*, 5(1), 38-57.

González, M. S., Díaz Martínez, A., Ortiz León, S., González Forteza, C. & González

Núñez, J. (2000). Características psicométricas de la Escala de Ideación Suicida de Beck en estudiantes universitarios de la Ciudad de México. *Salud mental*, 23(2), 21-30.

Gracia, E. (2011). Apoyo social e intervención social y comunitaria. En I. Fernández, J.

F. Morales y F. Molero (Coords.), *Psicología de la intervención comunitaria*. Bilbao: Desclée De Brower.

Grest, C. V., Cederbaum, J. A., Lee, D. S., Choi, Y. J., Cho, H., Hong, S., Yun, S. H. &

Lee, J. O. (2022). Cumulative Violence Exposure and Alcohol Use Among College Students: Adverse Childhood Experiences and Dating Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(1-2), 557-577.

<https://doi.org/10.1177/0886260520913212>

Guevara-Valtier, M. C., González, P., Cárdenas, V. M., Pérez, M. & Santiago, A. D.

(2022). Apoyo social percibido en redes sociales por estudiantes universitarios del sur y norte de México. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 21(2), 1-8.

<https://doi.org/10.29105/respyn21.2-1>

- Hamilton, J., Welham, A., Morgan, G. & Jones, C. (2024). Exploring the prevalence of childhood adversity among university students in the United Kingdom: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 19(8), 1-24. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0308038>
- Hernández, L. E. & Acosta, R. M. (2022). Apoyo social percibido y tríada oscura de la personalidad en estudiantes y profesionales de la salud. *Revista de Investigación en Psicología*, 25(1), 117-134. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v25i1.22408>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. del P. (2010). Metodología de la investigación (5a ed.). McGraw Hill.
- Hidalgo-Fuentes, S., Tijeras-Iborra, A., Martínez-Álvarez, I. & Sospedra-Baeza, M. J. (2021). El papel de la inteligencia emocional y el apoyo social percibido en la satisfacción vital de estudiantes universitarios ecuatorianos. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 13(3), 87-95.
- Hughes, K., Ford, K., Bellis, M.A., Glendinning, F., Harrison, E. & Passmore, J. (2021). Health and financial costs of adverse childhood experiences in 28 European countries: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 6(11), e848–e857. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(21\)00232-2](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(21)00232-2)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2025, 8 de septiembre). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio* (comunicado de prensa 126/25). https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2025/EAP_Suicidio_25.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2025). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2024*.

<https://mexicocomovamos.mx/enigh-reimaginemos-el-panorama/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2026, 14 de enero). *Tasa de casos nuevos de enfermedades sobre trastornos mentales y del comportamiento seleccionados y entidad federativa según sexo, serie anual de 2014 a 2024*.

INEGI. <https://sinegi.page.link/kckJ>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2026, 27 de enero). *Módulo de práctica deportiva y ejercicio físico (MOPRADEF) 2025* (reporte de resultados 4/26).

https://inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2026/mopradef/mopradef2025_RR.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2026). *Defunciones registradas por suicidio por entidad federativa y causa según sexo, serie anual de 2010 a 2024*.

https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Salud_Mental_07_6913431a-a0c5-496f-ba02-87f5fd985619

Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES]. (2024). *Maltrato infantil*.

http://estadistica-sig.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Maltrato_infantil.pdf

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo [INSST]. (1998). *Nota Técnica de Prevención 439: El apoyo social*.

- Irshad, S. & Lone, A. (2025). Adverse childhood experiences and their influence on psychological well-being and emotional intelligence among university students. *BMC Psychology*, 13(1), 1-14. <http://dx.doi.org/10.1186/s40359-025-02565-8>
- Jia, Z., Wen, X., Chen, F., Zhu, H., Li, C., Lin, Y., Xie, X. & Yuan, Z. (2020). Cumulative exposure to adverse childhood experience: depressive symptoms, suicide intentions and suicide plans among senior high school students in Nanchang City of China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4718. <https://doi.org/10.3390%2Fijerph17134718>
- Jiménez, M. P. & Caballero, C. C. (2021). La salud general percibida y su asociación al síndrome de burnout académico e ideación suicida en universitarios colombianos. *Psicogente*, 24(45), 1-16. <https://doi.org/10.17081/psico.24.45.3878>
- Jiménez, M. E., Wade, R., Lin, Y., Morrow, L. M. & Reichman, N. E. (2016). Adverse experiences in early childhood and kindergarten outcomes. *Pediatrics*, 137(2), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-1839>
- Kalmakis, K. A. & Chandler, G. E. (2014). Adverse childhood experiences: towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1489-1501. <https://doi.org/10.1111/jan.12329>
- Kaminer, D., Bravo, A. J., Mezquita, L., Pilatti, A., Conway, C. C. & Henson, J. M. (2023). Adverse childhood experiences and adulthood mental health: a cross-cultural examination among university students in seven countries. *Current Psychology*, 42(21), 18370–18381. <http://dx.doi.org/10.1007/s12144-022-02978-3>

- Kaplan, B. H., Cassel, J. C., & Gore, S. (1977). Social Support and Health. *Medical Care*, 15(5), 47–58. <https://doi.org/10.1097/00005650-197705001-00006>
- Koss, M. P., Yuan, N. P., Dightman, D., Prince, R. J., Polacca, M., Sanderson, B., & Goldman, D. (2003). Adverse childhood exposures and alcohol dependence among seven Native American tribes. *American journal of preventive medicine*, 25(3), 238–244. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(03\)00195-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(03)00195-8)
- Krauskopf, D. (2003). *Participación Social y Desarrollo en la Adolescencia*, 3a edición, UNFPA.
- Lakey, B. & Drew, J. B. (1997). A social-cognitive perspective on social support. En G. R. Pierce, B. Lakey, I. G. Sarason & B. R. Sarason (eds.), *Sourcebook of social support and personality*, pp. 93-106, Springer Science.
- Landa-Blanco, M., Herrera, T., Espinoza, H., Girón, K., Moncada, S., Cortés-Ramos, A. (2024). The impact of Benevolent Childhood Experiences on adult Flourishing: the mediating role of Light Triad traits. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1320169>
- Lang, J., McKie, J., Smith, H., McLaughlin, A., Gillberg, C., Shiels, P. G. & Minnis, H. (2020). Adverse childhood experiences, epigenetics and telomere length variation in childhood and beyond: a systematic review of the literature. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(10), 1329-1338. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01329-1>

- Langer, Á., Schmidt, C., Martínez, V., Mac-Ginty, S., Fuentes, R. & Núñez, D. (2024). Suicidal ideation, non-suicidal self-injury and psychopathology in university students: Examining the moderating role of experiential avoidance. *Journal of Affective Disorders Reports*, 16. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100734>
- Lara, M. X. & Bonilla, P. J. (2022). Autoestima y su relación con la ideación suicida en estudiantes universitarios. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 10114-10130. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i6.4120
- Lasgaard, M., Nielsen, A., Eriksen, M. E. & Goossens, L. (2010). Loneliness and social support in adolescent boys with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(2), 218–226.
- León, D., Castorena, F., Torres-Soto, N. Y., Martín-Estal, I., Mundo, V., Martinez, B. & Rodríguez-de-Ita, J. (2025). Implications of adverse and benevolent childhood experiences on the physical and mental health of Mexican adults: a population-based study. *The Lancet Regional Health*, 46. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2025.101092>
- Lepore, S. J. (1998). Problems and prospects for the social support-reactivity hypothesis. *Annals of Behavioral Medicine*, 20(4), 257–269. <https://doi.org/10.1007/bf02886375>
- Lievanos-Ruiz, F. J., González, F., Hermosillo de la Torre, A. E. & Sánchez-Loyo, L. M. (2024). Modelo de factores proximales para la ideación suicida de estudiantes universitarios mexicanos. *Psicumex*, 14, e662. Epub 09 de diciembre de 2024. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v14i1.662>

- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. En N. Lin, A. Dean y W. Ensel (Eds.), *Social support, life events, and depression*, (pp. 17-30). Academic Press.
- López, M., Ruiz, M. O., Rovnaghi, C. R., Tam, G. K. Y., Hiscox, J., Gotlib, I. H., Barr, D. A., Carrion, V. G. & Anand, K. J. S. (2021). The Social Ecology of Childhood and Early Life Adversity. *Pediatric Research*, 89(2), 353-367.
<https://doi.org/10.1038/s41390-020-01264-x>
- López de Roda, A. & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23.
- Mankowski, E. S. & Wyer, R. S. (1997). Cognitive causes and consequences of perceived social support. En G. R. Pierce, B. Lakey, I. G. Sarason & B. R. Sarason (eds.), *Sourcebook of social support and personality*, pp. 93-106. Springer Science.
- Marie-Mitchell, A. & O'Connor, T. G. (2013). Adverse childhood experiences: Translating knowledge into identification of children at risk for poor outcomes. *Academic Pediatrics*, 13(1), 14-9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2012.10.006>
- Martín, E., Obando, D. & Sarmiento, P. (2018). La adherencia familiar en el trastorno mental grave. *Atención Primaria*, 50(9), 519-526.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.010>
- Martínez, M., Robles, C., Utria, L. & Amar, J. (2014). Legitimación de la violencia en la infancia: un abordaje desde el enfoque ecológico de Bronfenbrenner. *Psicología desde el Caribe*, 31(1), 133-160.

- Medina-Mora, M. & López, A. (2021). No había otra manera: las vicisitudes en torno al suicidio. En Kraus, A. (coord.) *Suicidio* (pp. 181-197), Penguin Random House.
- Méndez, J. S. (2024, 8 de octubre). Salud mental: *Presupuesto y política nacional*. Centro de investigación económica y presupuestaria. <https://ciep.mx/Nwx6>
- Mieles, I., Barchelot, L., Pabón, D., Guzmán, J. F. & Pérez, P. (2025). Más allá de las aulas: relación entre experiencias adversas infantiles, satisfacción familiar y salud mental en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología*, 43(1), 83-107. <http://dx.doi.org/10.18800/psico.202501.004>
- Miranda de la Torre, I., Cubillas, M., Román, R. & Abril, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32(6), 495-502.
- Mortier, P., Cuijpers, P., Kiekens, G., Auerbach, R. P., Demyttenaere, K., Green, J. G., Kessler, R. C., Nock, M. K. & Bruffaerts, R. (2017). The prevalence of suicidal thoughts and behaviours among college students: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 48(4), 554–565. <https://doi.org/10.1017/s0033291717002215>
- Mutlu, M. & Cetingok, S. (2023). Internet Addiction, Psychosocial Variables and Perceived Social Support in University Students. *Namık Kemal Medical Journal*, 11(1), 54-60. <http://dx.doi.org/10.4274/nkmj.galenos.2023.18894>
- Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2021). Estado mundial de la infancia 2021. En mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia (Resumen ejecutivo). UNICEF.

- Nevárez, B. & Ochoa, G. (2022). Adaptación del Cuestionario de Experiencias Adversas en la infancia en muestras mexicanas. *Psicología y Salud*, 32(2).
<https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2742>
- Nevárez-Mendoza, B. P. & Hernández-Brussolo, R. (2025). Intervención para el Manejo del Estrés en Adolescentes con Experiencias Adversas en la Infancia. *Psicumex*, 15, e665. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v15i1.665>
- Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 81-85.
- Núñez-Alcocer, J. & Yupanqui-León, L. (2024). Relación entre la religiosidad y el riesgo del intento suicida. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 62(2), 118-9.
<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272024000200118>
- O'Hare, D., Gaughran, F., Stewart, R. & Pinto da Costa, M. (2024). Across-sectional investigation on remoteworking, loneliness, workplace isolation, well-being and perceived social support in healthcare workers. *BJPsych Open*, 10(2), 1-6.
- O'Reilly, P. (1988). Methodological issues in social support and social network research. *Social Science & Medicine*, 26(8), 863-873.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2025, 8 de octubre). *Salud mental*.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2025). *Suicidio*.
- Ozcelik, H. S., Ozdel, K., Dogan Bulut, S. & Orsel, S. (2021). The reliability and validity of the turkish version of the beck scale for suicide ideation (Turkish BSSI). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 25(2), 141–150.
<https://doi.org/10.5455/bcp.20141214105009>

- Papalia, D., Feldman, R. & Martorell, G. (2021). *Desarrollo humano* (14° ed.). Mc Graw Hill.
- Patiño, J. A., González, F., Méndez, A. M., Montes, R. & Toledano-Toledano, F. (2024). Análisis del Concepto de Experiencias Adversas en la Infancia en el Contexto Mexicano. *Simbiosis Revista de educación y psicología*, 4(8), 147-163. <https://doi.org/10.59993/simbiosis.V.4i8.57>
- Peng, Y. & Ishak, Z. (2025). Self-compassion as a mediator of attachment anxiety, attachment avoidance, and complex PTSD in college students with adverse childhood experiences. *Scientific Reports*, 25. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-84947-3>
- Perdomo-Jurado, Y. E., Jiménez, D. & Jaramillo, Y. (2024). Revisión sistemática sobre los factores de riesgo y protección asociados a la ideación suicida en estudiantes universitarios. *Revista salud bosque*, 14(2):1-16. <https://doi.org/10.18270/rsb.4754>
- Pérez, F. (2004). El medio social como estructura psicológica, Reflexiones a partir del modelo ecológico de Bronfenbrenner. *EduPsykhé: Revista de psicología y educación*, 3(2), 161-177.
- Procidano, M. E. & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11(1), 1-24. <https://doi.org/10.1007/bf00898416>

- Procidano, M. E. & Walker, W. (1997). Assessing Percived social suport. The importance of context. En G. R. Pierce, B. Lakey, I. G. Sarason & B. R. Sarason (eds.), *Sourcebook of social support and personality*, pp. 93-106, Springer Science.
- Raffaelli, M., Andrade, F. C. D., Wiley, A. R., Sanchez-Armass, O., Edwards, L. L., & Aradillas-Garcia, C. (2013). Stress, social support, and depression: A test of the stress-buffering hypothesis in a Mexican sample. *Journal of Research on Adolescence*, 23(2), 283–289.
- Raque, T. L., Ziemer, K. & Jackson, J. (2023). *Handbook of Self-Compassion* (eds Amy, F.-J., Karen, B., & Kristin, N.). Springer International Publishing.
<https://doi.org/10.1007/978-3-031-22348-8>
- Real Academia Española. (2026). Suicidio. En Diccionario de la lengua española, 23.a edición (versión en línea). Consultado el 2 de enero de 2026.
<https://dle.rae.es/suicidio>
- Reinosa, B. J., Castillo, E. Y., Sánchez, Y. L. & Placencio, M. R. (2023). El poder predictivo de las experiencias adversas en la infancia para estimar las conductas suicidas en jóvenes universitarios en Ecuador. *Revista Espacios*, 44(09), 120-133.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E. & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of off spring. *Psychological bulletin*, 128(2), 330 – 366.
- Retterstol, N. (1993). *Suicide: A European perspective*. Cambridge: University Press.

- Reynolds, W. M. (1991). Psychometric Characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in College Students. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 289–307. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5602_9
- Rizvi, A., Harmer, B. & Saadabadi, A. (2024). *Suicidal Ideation*. StatPearls Publishing.
- Rocha, G. L. & Gavilanes, F. R. (2024). Apoyo social percibido y estrés académico en estudiantes universitarios. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 6(5), 16–27. <https://doi.org/10.59169/pentaciencias.v6i4.1141>
- Rodríguez, S. E., García-Arce, P., Bosch-Vázquez, A. S., Guraieb-Galland, P., Moreno-Martínez, M., Leyva-García, F., Arellanez-Hernández, J. L. & Caballero-Hernández, P. (2025). Factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes: un estudio sobre violencia familiar, trastornos psicológicos y consumo de sustancias. *Psicología Iberoamericana*, 33(2), e332808-e332808. <https://doi.org/10.48102/pi.v33i2.808>
- Rogers, M. L. & Joiner, T. E. (2018). Severity of suicidal ideation matters: Reexamining correlates of suicidal ideation using quantile regression. *Journal of clinical psychology*, 74(3), 442-452. <https://doi.org/10.1002/jclp.22499>
- Romero-Guerrero, X. R., Cortés-García, H., Alcántar-Chávez, F., Miranda-García, M., Almazán-Farfán, V. & Victoria-Carrasco, O. Y. (2024). Prevalencia de los trastornos mentales y del comportamiento en población derechohabiente del IMSS, 2021. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 62(3), e5811. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10998791>

- Rosales, J. C., Córdova, M., Guerrero, D. I. (2013). Ideación suicida y variables asociadas, conforme al sexo, en estudiantes de la universidad tecnológica del estado de Puebla, México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(2), 390-406.
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol16num2/Vol16No2Art5.pdf>
- Russotti, J., Warmingham, J. M., Handley, E. D., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2020). Child maltreatment: An intergenerational cascades model of risk processes potentiating child psychopathology. *Child Abuse Neglect*, 112.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104829>
- Rytilä-Manninen, M., Haravuori, H., Fröjd, S., Marttunen, M. & Lindberg, N. (2018). Mediators between adverse childhood experiences and suicidality. *Child Abuse & Neglect*, 77, 99-109. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.12.007>
- Sánchez, J. C., Villarreal, M. E. & Musitu, G. (2013). Ideación suicida. En *Adolescencia y familia: Nuevos retos en el siglo XXI*, (pp. 273-290). Trillas.
- Sánchez-Vázquez, A. R. (2024). Experiencias adversas en la infancia (EAI): ¿la base del iceberg del sufrimiento emocional de la población infantil y adolescente? *Anales de Pediatría*, 101(5), 299-302, <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2024.10.001>
- Santillán, C., Eguiluz, L. de L., Ortiz, Z. Z. & Campos, A. M. (2022). Conductas asociadas al suicidio y su relación con el apoyo social y la sintomatología depresiva. *El Psicólogo Anáhuac*, 22,17-31.

- Schalinski, I., Teicher, M. H., Nischk, D., Hinderer, E., Müller, O. & Rockstroh, B. (2016). Type and timing of adverse childhood experiences differentially affect severity of PTSD, dissociative and depressive symptoms in adult in patients. *BMC Psychiatry*, 16(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1004-5>
- Scott, K. (2021). Adverse childhood experiences. *InnovAiT*, 14(1), 6-11. <https://doi.org/10.1177/1755738020964498>
- Secretaría de Salud. (2013, 8 de marzo). *La Familia, fundamental para prevenir trastornos mentales y adicciones*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/la-familia-fundamental-para-prevenir-trastornos-mentales-y-adicciones>
- Seedat, S., Nyamai, C., Njenga, F., Vythilingum, B. & Stein, D. J. (2004). Trauma exposure and post-traumatic stress symptoms in urban African schools. *British Journal of Psychiatry*, 184(2), 169–175. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.2.169>
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11–36. Portico. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1984.tb01105.x>
- Sidamo, N. B., Kerbo, A. A., Wado, Y. D., Koyira, M. M. & Gidebo, K. D. (2024). Factors associated with perceived social support among adolescents in Gamo Zone, Southern Ethiopia: a community-based cross-sectional study. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1-15. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1429886>

- Simón, M. del M., Molero, M. del M., Pérez-Fuentes, M. del C., Gázquez, J. J., Barragán, A. B. & Martos, Á. (2017). Análisis de la relación existente entre el apoyo social percibido, la autoestima global y la autoeficacia general. *European Journal of Health Research*, 3(2), 137-149.
- Soriano, M. (2022). Impacto en la conducta de las experiencias adversas en la infancia. *Pediatría Integral*, 26(1), 49e1- 49e5.
- Stansfeld, S. A., Clark, C., Smuk, M., Power, C., Davidson, T., & Rodgers, B. (2017). Childhood adversity and midlife suicidal ideation. *Psychological Medicine*, 47(2), 327–340. <https://doi.org/10.1017/s0033291716002336>
- Suárez-Colorado, Y., Ebratt-Pedraza, J., Samper-Santiago, C. & Medina-Cotes, J. (2019). Apego parental y riesgo suicida en adolescentes y jóvenes. *Informes psicológicos*, 19(2), 67-79. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v19n2a05>
- Šulejová, K., Líška, D., Liptáková, E., Szántová, M., Patarák, M., Koller, T., Batalik, L., Makara, M. & Skladaný, Ľ. (2022). Relationship between alcohol consumption and adverse childhood experiences in college students-A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1004651>
- Sullivan, M. W., Bennett, D. S., Carpenter, K. & Lewis, M. (2008). Emotion knowledge in young neglected children. *Child Maltreatment*, 13(3), 301-306. <https://doi.org/10.1177/1077559507313725>
- Swedo, E. A., Aslam, M. V., Dahlberg, L. L., Holditch, P., Guinn, A. S., Simon, T. R. & Mercy, J. A. (2023). Prevalencia de experiencias adversas en la infancia entre

- adultos estadounidenses: Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento, 2011 - 2020. *Morbidity Mortality Weekly Report*, 72(26), 707-715. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7226a2>
- Taunton, M., McGrath, L., Broberg, C., Levy, S., Kovacs, A. H. & Khan, A. (2021). Adverse childhood experience, attachment style, and quality of life in adult congenital heart disease. *International journal of cardiology congenital heart disease*, 5. <https://doi.org/10.1016/j.ijcchd.2021.100217>
- Taylor, S. E. (2011). Social Support: A Review. En Howard S. Friedman (ed.), *The Oxford handbook of health Psychology*, pp. 190-214, Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195342819.013.0009>
- Tejadilla, D. I., Molina, C., Espinosa, P., Turado, R., Vázquez, A., Téllez, A. D., Castro, J. V., Arenas, P. & Videgaray, D. (2022). *Manual de procedimientos del sistema de atención coordinada para comportamiento suicida código 100*. Secretaría de Salud.
- Thoits, P. A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and social behavior*, 23, 145-159.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 53 – 79. <https://doi.org/10.2307/2626957>

- Tian, Y., Wu, X., Wang, W., Zhang, D., Yu, Q. & Zhao, X. (2020). Complex posttraumatic stress disorder in Chinese young adults using the International Trauma Questionnaire (ITQ): A latent profile analysis. *Journal of affective disorders*, 267, 137–143. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.02.017>
- Ulukol, B., Kahiloğulları, A. K. & Sethi, D. (eds.) (2014). Adverse childhood experiences survey among university students in Turkey study report - 2013. *World Health Organization*.
- Umut, I. & Köse, S. (2025). The Relationship Between Autistic Traits, Internet Addiction, Perceived Social Support and Life Satisfaction. *Archives of Neuropsychiatry*, 62(1),34-40. <http://dx.doi.org/10.29399/npa.28752>
- Uribe, J. I., Espinosa, I. M., Arguero, A. & Alcantara, I. (2022). Malestar psicológico y crisis familiar como predictores de la ideación suicida en jóvenes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 25(4), 1401-1418.
- Valdez-Santiago, R., Villalobos Hernández, A., Arenas-Monreal, L., Benjet, C., & Vázquez García, A. (2023). Conducta suicida en México: análisis comparativo entre población adolescente y adulta. *Salud Pública De México*, 65, s110 - s116. <https://doi.org/10.21149/14815>
- van Eickels, R. L., Tsarpalis-Fragkoulidis, A., & Zemp, M. (2022). Family cohesion, shame-proneness, expressive suppression, and adolescent mental health-A path model approach. *Frontiers in psychology*, 13, 921250. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.921250>

- van Meter, A. R., Knowles, E. A. & Mintz, E. H. (2023). Systematic Review and Meta-analysis: International Prevalence of Suicidal Ideation and Attempt in Youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 62(9), 973–986. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.07.867>
- Vázquez, L. (2023). Las redes sociales online como amortiguadoras de la soledad durante el confinamiento. *Revista de Comunicación de la SEECI*, 56, 249-64. <https://doi.org/10.15198/seeci.2023.56.e828>
- Vega, O. & González, D. (2009). Apoyo social: Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 8(2). <https://doi.org/10.6018/eglobal.8.2.66351>
- Vega-Arce, M. & Nuñez-Ulloa, G. (2017). Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería universitaria*, 14(2), 124-130.
- Velasteguí, E. G. & García, D. C. (2024). Apoyo social y riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Revista Científica de Salud BIOSANA*, 4(4), 143-152. <https://doi.org/10.62305/biosana.v4i5.308>
- Vélez-Pérez, D. Maldonado-Santiago, N. & Rivera-Lugo, C. I. (2016). Espectro del suicidio en jóvenes universitarios en Puerto Rico. *Revista Purtorriqueña de psicología*, 28(1), 34-44.
- Vigoa, Y., Pardo, D. V., Piedra, M. M., Criollo, A. M., Herrera, L. P., Torres, L. J., Gómez, J. M., Piloza, L. F. & Marcillo, L. E. (2025). *Psicología para todos: Entendiendo la conducta humana*. ALEMA.

- Wang, H., Jimerson, S., Saiding, A., Guo, K. & Chen, C. (2024). The longitudinal effect of perceived social support on school engagement: A multiple mediation model examining the role of emotion regulation and left-behind status. *School Psychology, 40*(5), 554-565. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/spq0000673>
- Wang, R. & Jin, C. (2025). Parenting styles and suicidal ideation among Chinese college students: The mediating role of perceived social support. *Acta Psychologica, 255*. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2025.104992>
- Willis, M. C., Jeffries, J., Barrett, A. R. & Swearer, S. M. (2024). The impact of positive and adverse childhood experiences on social connectedness in young adults. *Journal of Experimental Child Psychology, 247*, 1-19. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2024.106033>
- Wills, T.A. & Vaughan, R. (1989). Social support and substance use in early adolescence. *Journal of Behavioral Medicine, 12*(4), 321 – 339. <https://doi.org/10.1007/bf00844927>
- Wing, R., Gjelsvik, A., Nocera, M. & McQuaid, E. L. (2015). Association between adverse childhood experiences in the home and pediatric asthma. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology, 114*(5), 379 - 84, <http://dx.doi.org/10.1016/j.anai.2015.02.019>
- Wood, S., Janssen, H., Hughes, K., Passmore, J. & Bellis, M. A. (2023). A practical handbook on Adverse Childhood Experiences (ACEs). Delivering prevention, building resilience and developing trauma-informed systems. A resource for

professionals and organizations. Public Health Wales National Health Service Trust.

World Health Organization [WHO]. (2020). *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ)*.

Yale Medicine. (2026). Suicidal Ideation. En *Clinical Definitions Library*.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Pachuca de Soto, Hgo., marzo de 2025

Estamos realizando una investigación, con el fin de indagar la relación entre las experiencias adversas en la infancia, el apoyo social y familiar con relación a la ideación suicida, en adultos jóvenes. Te invitamos a participar en esta investigación; los datos recabados mediante las pruebas serán totalmente confidenciales, no serán divulgados ni entregados a ninguna otra institución o individuo, dicha información será utilizada únicamente con fines académicos y de investigación.

Yo, confirmo de manera voluntaria que me encuentro en total uso de mis facultades para tomar decisiones y declaro que he sido informado e invitado a participar en la investigación, la cual es presidida por la alumna Alanna Barrientos de la Lic. en psicología perteneciente a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, quien realizará una investigación que se llevará a cabo mediante la aplicación de una serie de preguntas y pruebas con el objetivo de evaluar las experiencias adversas en la infancia, ideación suicida, y, apoyo social percibido de familia y amigos en estudiantes universitarios de Pachuca de Soto, Hidalgo. Así mismo, reconozco puedo negar mi participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación.

Yo otorgo mi consentimiento y deseo participar en dicha investigación: Si _____
No _____ Firma _____

En caso de alguna duda comunicarse al correo: ba383776@uaeh.edu.mx

Anexo 2. Cuestionario de datos sociodemográficos

1. Edad: _____ años

2. Sexo biológico:

☐ Femenino

☐ Masculino

3. Género con el que te identificas:

☐ Mujer

☐ Hombre

☐ Otro: _____

4. Carrera en la que te encuentras actualmente:

☐ Enfermería

☐ Farmacia

☐ Gerontología

☐ Nutrición

☐ Medicina

☐ Psicología

☐ Otra: _____

5. Semestre que cursas actualmente: _____

6. Estado civil

☐ Soltero(a)

☐ Casado(a)

☐ Unión libre(a)

☐ Otro: _____

7. Tienes noví@ actualmente?

Nota: si actualmente estas casad@ o te encuentras en unión libre selecciona la opción 3, gracias.

☐ Si

☐ No

☐ No aplica

8. ¿Tiempo de relación?

☐ No tengo pareja

☐ Tres o menos semanas

☐ De 1 a 3 meses

☐ De 4 a 6 meses

☐ De 6 meses a 1 año

☐ De 1 año a 2 años

☐ 2 años o más

9. ¿Tienes hijos?

☐ Si _____ (número)

☐ No

10. ¿Con quién vives actualmente? Se puede seleccionar más de una opción.

- ☐ Solo(a)
- ☐ En pareja
- ☐ Amigo(s) ____ (número)
- ☐ Papá
- ☐ Mamá
- ☐ Herman@ (s) ____ (número)
- ☐ Otro: _____

11. ¿Estudias a tiempo completo o trabajas y estudias?

- ☐ Estudio a tiempo completo
- ☐ Trabajo y estudio

12. ¿Realizas algún deporte u actividad física?

- ☐ Si
- ☐ No

13. ¿Qué tipo de actividad o deporte es?

14. ¿Con qué frecuencia realizas dicha(s) actividad o deporte?

Nota: si no realizas alguna actividad o deporte selecciona la opción 1, gracias.

- ☐ Nunca
- ☐ Una o menos veces al mes
- ☐ De 2 a 4 veces al mes
- ☐ De 2 a 3 veces a la semana
- ☐ 4 o más veces a la semana

15. ¿Realizas algún hobby o actividad recreativa?

- ☐ Si
- ☐ No

16. ¿Qué tipo de hobby o actividad es?

17. ¿Eres estudiante foráneo?

- ☐ Si
- ☐ No

18. ¿Eres estudiante foráneo dentro del estado de Hidalgo o de otro estado de la república?

Nota: si no eres estudiante foráneo, selecciona la opción 1, gracias.

- ☐ No soy estudiante foráneo.
- ☐ De dentro del estado de Hidalgo:
del municipio de _____.
- ☐ De fuera del estado de Hidalgo:
del estado de _____,
del municipio de _____.

19. ¿Consumes alguna bebida alcohólica (por ejemplo, cerveza, vino, vodka, etc.)?

- ☐ Sí
- ☐ No

20. ¿Con qué frecuencia consumes dicha(s) bebidas?

- ☐ Nunca
- ☐ Una o menos veces al mes
- ☐ De 2 a 4 veces al mes
- ☐ De 2 a 3 veces a la semana
- ☐ 4 o más veces a la semana

21. ¿Consumes productos derivados del tabaco, cigarros electrónicos, calentador de tabaco o algún dispositivo para vapear?

- ☐ Sí
- ☐ No

22. ¿Con qué frecuencia consumes dicho(s) productos?

- ☐ Nunca
- ☐ Una o menos veces al mes
- ☐ De 2 a 4 veces al mes
- ☐ De 2 a 3 veces a la semana
- ☐ 4 o más veces a la semana

23. ¿Consumes sustancias psicoactivas (por ejemplo, marihuana, alucinógenos, etc.)?

- ☐ Sí
- ☐ No

24. ¿Con qué frecuencia consumes dicha(s) sustancias?

- ☐ Nunca
- ☐ Una o menos veces al mes
- ☐ De 2 a 4 veces al mes
- ☐ De 2 a 3 veces a la semana
- ☐ 4 o más veces a la semana

25. ¿Sueles consumir series, películas o medios audiovisuales para observar contenidos violentos?

- ☐ Si
- ☐ No

26. Ahora o anteriormente llegaste a asistir a terapia psicológica?

- ☐ No
- ☐ Si, pero a hoy ya no.
 - Tiempo asistido: _____
- ☐ Si, sigo asistiendo hoy en día

27. Ahora o anteriormente llegaste a tomar tratamiento psiquiátrico?

- ☐ No
- ☐ Si, pero a hoy ya no.
 - Tiempo asistido: _____
- ☐ Si, sigo asistiendo hoy en día

Anexo 3. Cuestionario Experiencias Adversas en la Infancia (EAI)

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de enunciados, por favor, lea cada pregunta y responda si o no. Si la respuesta es SI, marque la casilla del sí. Si su respuesta es NO, marque la casilla del no.

Antes de cumplir los 18 años...		SI	NO
1	¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa con frecuencia o con mucha frecuencia lo ofendían, lo insultaban, lo menospreciaban? o ¿lo humillaban? o ¿Actuaban de tal forma que temía que lo fueran a lastimar físicamente?		
2	¿Alguno de sus padres u otros adultos en su casa con frecuencia o con mucha frecuencia lo empujaban, lo jalaban, lo cacheteaban, o le aventaban cosas? o ¿Alguna vez lo golpearon con tanta fuerza que le dejaron marcas o lo lastimaron?		
3	¿Algún adulto o alguna otra persona cuando menos 5 años mayor que usted alguna vez lo tocó o le pidió que usted lo tocara de alguna forma sexual? o ¿Intentó tener relaciones sexuales orales, anales o vaginales con usted?		
4	¿Sentía con frecuencia o con mucha frecuencia que nadie en su familia lo quería o pensaba que usted era especial o importante? o ¿En su familia no se cuidaban unos a los otros, no sentían que tenían una relación cercana, o no se apoyaban?		
5	¿Sentía usted con frecuencia o con mucha frecuencia que no tenía suficiente comida, tenía que usar ropa sucia, o no tenía nadie que lo protegiera? o ¿Sus padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidarlo o llevarlo al médico si es que lo necesitaba?		
6	¿Alguna vez perdió a su padre o a su madre biológico(a) debido a divorcio, abandono, o alguna otra razón?		
7	¿Con frecuencia o con mucha frecuencia a su madre o madrastra la empujaban, jalaban, golpeaban, o le aventaban cosas? o ¿A veces, con frecuencia, o con mucha frecuencia le pegaban, la mordían, le daban puñetazos, o la golpeaban con algún objeto duro? o ¿Alguna vez la golpearon durante varios minutos seguidos o la amenazaron con una pistola o un cuchillo?		
8	¿Vivió usted con alguien que se emborrachaba o era alcohólico, o que usaba drogas?		
9	¿Algún miembro de su familia sufría de depresión o alguna otra enfermedad mental, o alguien en su familia trató de suicidarse?		
10	¿Algún miembro de su familia estuvo en la cárcel?		

Anexo 4. Escalas de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr)

Lea cuidadosamente este cuestionario. Marque con un **círculo** el número de la frase de cada grupo que **mejor** lo describa. Asegúrese de leer todas las frases de cada grupo antes de elegir.

1. Su deseo de vivir es:

- 0. Moderado a fuerte.
- 1. Mediano o poco (débil).
- 2. No tengo deseo (inexistente).

2. Su deseo de morir es:

- 0. No tengo deseos de morir.
- 1. Pocos deseos de morir.
- 2. Moderado a fuerte.

3. Sus razones para Vivir/Morir son:

- 0. Vivir supera a morir.
- 1. Equilibrado (es igual).
- 2. Morir supera vivir.

4. Su deseo de realizar un intento de suicidio activo es:

- 0. Ninguno (inexistente).
- 1. Poco (Débil).
- 2. Moderado a fuerte.

5. Realizar un intento de suicidio pasivo:

- 0. Tomaría precauciones para salvar su vida.
- 1. Dejaría la vida/muerte a la suerte.
- 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida.

6. Su duración de Pensamientos/Deseos son:

- 0. Breves, duran poco tiempo o pasajeros.
- 1. Temporadas o periodos largos.
- 2. Duran un tiempo largo o continuo.

7. Su frecuencia de Pensamientos/Deseos son:

- 0. Rara vez; ocasionalmente (baja).
- 1. Frecuentemente pienso/deseo.
- 2. Casi todo el tiempo pienso/deseo.

8. Su actitud hacia los Pensamientos/Deseos es:

- 0. Rechazo los pensamientos/deseos.
- 1. Ambivalente; indiferente.
- 2. Aceptación de pensamientos/deseos.

9. Su Control sobre la acción/deseo de suicidio:

- 0. Tiene capacidad de control.
- 1. Inseguridad de capacidad de control.
- 2. No tiene capacidad de control.

10. Sus Razones o motivos que detienen la tentativa suicida (familia, religión, irreversibilidad o fallar):

- 0. No lo intentaría porque algo lo detiene.
- 1. Tiene cierta duda hacia los intereses que lo detienen.
- 2. No tiene o mínimo interés en las razones que lo detienen.

11. Sus razones para Pensar/Desear el intento suicida:

0. Manipular el ambiente, llamar la atención, venganza.

- 1. Combinación de 0 – 2.
- 2. Escapar, acabar, manera de resolver problemas.

Indica cuáles son estos factores que detienen la tentativa:

12. El método: Especificidad/Oportunidad de pensar el intento:

- 0. Sin considerar método o plan.
- 1. Considerado, pero son elaborar los detalles.
- 2. Plan elaborado, detalles elaborados y bien formulados.

13. El método: Disponibilidad/Oportunidad de pensar el intento:

- 0. Método no disponible; no oportunidad.
- 1. Método requeriría tiempo/esfuerzo; oportunidad no disponible realmente.
- 2. Método y oportunidad disponible.
- 2a. Oportunidad en el futuro o disponibilidad de anticipar el método.

14. La Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento:

- 0. No tiene el valor, o capacidad (debilidad o asustado).
- 1. No está seguro de tener valor o capacidad.
- 2. Está seguro de tener valor.

15. La expectativa de anticipación de un intento real:

- 0. No.
- 1. Sin seguridad, sin claridad.
- 2. Si.

16. La preparación real de realizarlo:

- 0. Ninguna preparación.
- 1. Alguna preparación (guardar pastillas, conseguir instrumentos).
- 2. Completa (preparativos terminados).

17. La Nota Suicida:

- 0. No ha escrito nota o carta (ninguna).
- 1. Sólo pensaba, iniciada, sin terminar.

2. Nota o carta escrita (terminada).

18. Ha realizado acciones finales para preparar suicidio (testamento, arreglos, o pagos, regalos):

- 0. No.
- 1. Pensamientos de realizar algunos arreglos finales.
- 2. Planes realizados y arreglos finales.

19. Encubrimiento de la idea de realizar el intento suicida:

- 0. Revela las ideas abiertamente.
- 1. Evita o revela las ideas con reserva.
- 2. Encubre, oculta o engaña y miente.

20. Intento de suicidio anteriores

- 0. No ha intentado.
- 1. Uno.
- 2. Más de uno.

Anexo 5. Escala de Ideación Suicida de Beck

		Sí	No sé	No
1	Mi familia me da mucho ánimo.			
2	Yo recibo consejos prácticos de mi familia.			
3	La mayoría de la gente es más cercana a su familia que yo a la mía. *			
4	Cuando comparto mis opiniones y sentimientos personales con mis familiares más cercanos, me da la impresión que los hace sentir incómodos. *			
5	A mi familia le gusta escuchar lo que pienso.			
6	Los miembros de mi familia comparten muchos de mis gustos e intereses.			
7	Algunos de mis familiares se acercan a mí cuando tienen problemas o necesitan ser aconsejados.			
8	Dependo de mi familia para apoyo emocional.			
9	Cuando me siento triste o decepcionado(a), puedo contárselo a alguien de mi familia sin arrepentirme de ello después.			
10	Mi familia y yo expresamos abiertamente nuestras opiniones.			
11	Mi familia está consciente de mis necesidades personales.			
12	Mis familiares hablan conmigo cuando se sienten mal.			
13	Mi familia es de gran utilidad para ayudarme a resolver mis problemas.			
14	Tengo un vínculo muy cercano con varios de mis familiares.			
15	Le doy a mis familiares consejos útiles y prácticos.			
16	Mis familiares dicen que soy útil ayudándoles a resolver sus problemas.			
		Sí	No sé	No
1	Mis amigos me dan muchos ánimos.			
2	La mayoría de la gente es más cercana a sus amigos que yo a los míos. *			
3	A mis amigos les gusta escuchar lo que pienso.			
4	Dependo de mis amigos para apoyo emocional.			
5	Siento que encajo un poco mal en mi círculo de amigos. *			
6	Cuando me siento triste o decepcionado(a), puedo contárselo a alguno de mis amigos sin arrepentirme de ello después.			
7	Mis amigos están conscientes de mis necesidades personales.			
8	Mis amigos son de gran utilidad para ayudarme a resolver mis problemas.			
9	Le doy a mis amigos consejos útiles y prácticos.			
10	Mis amigos dicen que soy útil ayudándoles a resolver sus problemas.			
11	Los amigos de otros muestran más cariño y preocupación entre ellos, que los míos por mí. *			
12	Desearía que mis amigos fueran muy diferentes. *			