

Artículos

**Intervención para el Manejo del Estrés en Adolescentes con
Experiencias Adversas en la Infancia**

**Stress-Management Intervention Program for Adolescents with Adverse
Childhood Experiences**

Blanca Patricia Nevárez-Mendoza y Ricardo Hernández-Brussolo

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

Resumen

Las experiencias adversas en la infancia, como el maltrato, negligencia y disfunción familiar, han sido asociadas a dificultades en el desarrollo cognitivo y emocional. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la efectividad de una intervención para el manejo del estrés en adolescentes de bachillerato de entre 15 y 17 años de edad. Los resultados arrojaron que el 62 % de los participantes presentaron al menos un tipo de adversidad infantil. Se encontró una relación entre el haber experimentado alguna adversidad en la infancia y altos niveles de estrés, así como una diferencia entre el grupo que recibió la intervención y el grupo que fungió como referencia. Se determinó esta diferencia como un tamaño de efecto grande ($t = 3.94$, $g.l = 47$, $p < 0.01$, $d = 0.80$). Se concluye que la intervención fue efectiva para disminuir las puntuaciones de estrés y que puede servir de referencia para el diseño e implementación de programas que remedien el impacto de las adversidades infantiles.

Palabras clave: experiencias adversas en la infancia, adolescentes, estrés, intervención cognitivo-conductual, maltrato

Autores

Blanca Patricia Nevárez Mendoza. Departamento de Ciencias Sociales, Programa de Doctorado en Psicología, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7973-3474>

Ricardo Hernández-Brussolo. Departamento de Ciencias Sociales, Programa de Doctorado en Psicología, Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

Autor para correspondencia: Blanca Patricia Nevárez-Mendoza email: blanneva@gmail.com

Abstract

Adverse childhood experiences, such as abuse, neglect, and family dysfunction, have been associated with difficulties in cognitive and emotional development. This study aimed to evaluate the effectiveness of a stress management intervention in high school adolescents aged between 15 and 17 years. The results showed that 62% of the participants had at least one type of childhood adversity. A relationship was found between having experienced some adversity in childhood and high levels of stress, as well as a difference between the group that received the intervention and the group that served as a reference. This difference was determined as a large effect size ($t = 3.94$, $df = 47$, $p < 0.01$, $d = 0.80$). It is concluded that the intervention was effective in reducing stress scores and that it can serve as a reference for the design and implementation of programs that remedy the impact of childhood adversities.

Key words: adverse childhood experiences, adolescents, stress, behavioral-cognitive intervention, maltreatment

DOI <https://doi.org/10.36793/psicumex.v15i1.665>

Recibido 07 – Junio – 2023

Aceptado 28 – Diciembre – 2024

Publicado 07 – Mayo – 2025



Introducción

Las experiencias adversas en la infancia (EAI) son definidas como aquellos eventos que ocurren dentro de un ambiente familiar y social, que ocasionan distrés, y que tienen efectos perjudiciales para la salud física y psicológica en los niños. Entre ellas se encuentran el abuso físico, sexual y emocional; la negligencia y otras formas de disfunción en el hogar, como el abandono parental, abuso de sustancias (por ejemplo, drogas o alcohol), enfermedad mental de algún miembro de la familia o encarcelamiento (Felitti et al., 1998). La conceptualización de las EAI hace alusión a ciertas características contextuales: a) son perjudiciales debido al daño que ocasiona el maltrato en la vida de un niño; b) son crónicas, ya que se presentan de manera prolongada o frecuente; c) ocasionan distrés por la exposición continua ante el estrés; d) son acumulativas, puesto que usualmente un niño que experimenta un tipo de adversidad tenderá a experimentar más de una y e) son variantes en cuanto a la severidad, es decir, no todos los sucesos se presentan con el mismo nivel de gravedad (Kalmakis y Chandler, 2014).

No se cuenta con los números reales acerca del maltrato infantil o la disfunción familiar en el mundo, sin embargo, se estima que una cuarta parte de todos los adultos pudieran haber sufrido maltrato físico, además de que una de cada cinco mujeres y uno de cada 13 hombres sufrieron abuso sexual de niños. También se ha reportado que muchos niños son víctimas de abuso psicológico y de desatención por parte de sus cuidadores (Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud [OMS/OPS], 2020). En México, la violencia familiar ocurre entre el 21.7 % y el 37.1 %. No obstante, los eventos traumáticos han mostrado una presencia del 68 % (Medina-Mora et al., 2005). Por otra parte, se ha calculado que seis de cada 10 niñas y niños de entre uno y 14 años han experimentado alguna forma de disciplina violenta en su casa. Uno de cada dos niños y niñas ha sufrido agresión psicológica por alguien de su familia y uno de cada 15 ha recibido castigos físicos severos como patadas, bofetadas, manotazos o golpes fuertes con fines disciplinarios (Centro de Estudios para el Logro de la Igualdad de Género, 2019).



Las consecuencias negativas de estas vivencias que se presentan durante la niñez o la adolescencia incluyen la repercusión inmediata en la salud física y en el adecuado desarrollo cognitivo y emocional. El estrés tóxico provocado por los eventos violentos puede tener consecuencias graves para la salud y el bienestar (Campbell et al., 2015; Cánepa, 2016; Nemeroff, 2016). La exposición a mayor número de circunstancias adversas en la infancia incrementa los riesgos y reduce hasta 20 años de la esperanza de vida (Brown et al., 2009), también, se asocian con el consumo de drogas, alcohol y tabaco, y a conductas sexuales peligrosas (Wiehn et al., 2018). Asimismo, se ha encontrado que otras de las grandes afectaciones son aquellas a la salud mental con un efecto permanente (Chapman et al., 2004), alterando el sistema de respuesta ante el estrés (Campbell et al., 2015). El sufrimiento, estrés y una pobre calidad de vida durante la infancia pueden causar alteraciones metabólicas en el sistema inmune, en el proceso hormonal y neurológico en la edad adulta, y dificultades psicológicas que aumentan la propensión a la depresión, ansiedad y desórdenes del estado de ánimo (González et al., 2019).

El reconocimiento de estos problemas ha propiciado que muchos de los estudios analicen las relaciones existentes entre las enfermedades y un historial de adversidad infantil (Felitti et al., 1998). Esto ha sentado las bases para elaborar estrategias de prevención del maltrato y violencia familiar (Grimes, 2017), así como la puesta en marcha de proyectos de intervención que remedien en cierta medida los efectos nocivos de las experiencias adversas, entre ellos, el estrés tóxico (Purewal et al., 2018).

El estrés tóxico (Campbell et al., 2015; Cánepa, 2016) es la activación crónica o frecuente del sistema de respuesta que resulta de la exposición prolongada a la adversidad. Este sistema está determinado por una relación entre las divisiones centrales y autonómicas del sistema nervioso, y por la interacción entre mecanismos genéticos, inmunológicos y endócrinos que resultan en la activación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal y simpático-medular-adrenal. Estos ejes regulan la descarga de elementos biológicos que preparan al individuo para enfrentar el estrés, como el cortisol (Ferraro et al., 2016). Cuando los infantes son



expuestos a la adversidad constante, los niveles de cortisol pueden volverse hiperactivos o hipoactivos, debido a una respuesta irregular de los mecanismos implicados. Lo anterior puede alterar la composición del cerebro y otros sistemas del organismo, al verse alterados en periodos claves del desarrollo humano (Purewal et al., 2018).

Se ha encontrado una alta relación entre el número de EAI y ciertas perturbaciones emocionales, como alto estrés percibido y dificultad para controlar emociones como el enojo (Anda et al., 2006). Además de aquellas en la salud física y psicológica, los altos niveles de estrés pueden ocasionar otras dificultades, sobre todo si se cuenta con pobres estrategias de afrontamiento, como mal funcionamiento de las relaciones interpersonales y la posible repetición del maltrato (Cameron et al., 2018).

Dada la evidencia del impacto de la adversidad infantil sobre la salud de los adultos, se continúa promoviendo la investigación encaminada a la reparación del daño físico y emocional. Existen proyectos efectivos que utilizan marcadores biológicos, como el cortisol, para regular la respuesta ante el estrés en aquellas personas con experiencia adversa previa (Hubmann et al., 2015; Lovallo et al., 2018; Schwaiger et al., 2019; Wingenfeld et al., 2017). Y, se han desarrollado intervenciones encaminadas a subsanar el aspecto emocional de adultos con historial de adversidad, por ejemplo, Chandler et al. (2015) evaluaron la eficacia de una intervención con el fin de aumentar la capacidad de resiliencia y conductas de salud adecuadas, así como la disminución de comportamientos negativos a la salud.

Por otro lado, Cameron et al. (2018) analizaron los resultados psicosociales y de salud física de un programa diseñado para trabajar la regulación de las emociones en personas que habían experimentado EAI. Las pruebas incluyeron medidas de regulación, como supresión, rumiación, reevaluación cognitiva, atención plena, resiliencia, experiencias emocionales (estrés percibido, estados de ánimo y síntomas depresivos), calidad de vida, síntomas físicos y enfermedad. Se obtuvieron mejores resultados que en la prueba previa en todas las facetas de la regulación emocional, resistencia psicológica, bienestar mental, síntomas y



enfermedades físicas, y en aspectos específicos de la calidad de vida. El estudio añade apoyo empírico a las intervenciones que ayudan a poblaciones vulnerables a obtener beneficios psicosociales y de salud (Cameron et al., 2018).

Con base en el modelo centrado en la promoción de la salud y bajo la premisa de que un impulso positivo conducirá a reducciones en los comportamientos problemáticos y protegerá a los jóvenes de alto riesgo del impacto de la adversidad previa, se realizó una intervención de nueve meses con mediciones de aceptación social, afrontamiento y autoestima. Con un diseño de dos grupos, se observó que los niños en el grupo de intervención expuestos a menos riesgos informaron menores síntomas de estrés postraumático y disociación que sus contrapartes en el grupo de control, mientras que no se mostraron diferencias grupales entre los niños expuestos, relativamente, a más riesgos. Los efectos en la salud mental, las estrategias de afrontamiento positivas y negativas, la aceptación social, la calidad de vida, el apoyo social y la autoestima no fueron estadísticamente significativos, aun así, se observaron impactos positivos para el funcionamiento de la salud mental y los síntomas de disociación seis meses después de la intervención (Weiler y Taussing, 2017).

La teoría del apego de Bowlby (1995) respalda las bases de la intervención psicológica en personas con historial de adversidad infantil, y hace referencia a los efectos que las experiencias tempranas con las figuras de cuidado tienen sobre el desarrollo de los individuos. La capacidad de adaptación o enfrentamiento al estrés con la que cuentan las personas es influida, en gran medida, por el patrón de apego o el vínculo que se generó durante sus primeros años de vida con la madre, principalmente, o con cualquier otro cuidador. En caso de que exista maltrato infantil, los niños sufren dificultad para tolerar la frustración y pierden la confianza en su cuidador principal, y esto se relaciona con algunos comportamientos controladores, agresivos y riesgosos, así como problemas escolares y menor capacidad cognitiva; por lo que, de acuerdo



con este autor, las relaciones tempranas dejan huellas que repercuten a largo plazo en la salud mental de los individuos, y una vulnerabilidad ante las enfermedades.

Por otra parte, Beck y Clark (2010) sostienen que la activación emocional persistente genera interferencia con las diferentes esferas de la vida del individuo. Cuando las personas identifican la potencial amenaza, se desencadena una respuesta fisiológica, que incluye la segregación de adrenalina o noradrenalina y genera una aceleración fisiológica responsable de los cambios que preparan al organismo para actuar ante el peligro o huir; aumenta la frecuencia respiratoria y la irrigación de sangre a los músculos. Todo esto trae consigo una respuesta comportamental en relación con el miedo, que puede ser de cuatro tipos: de huida, de afrontamiento, de lucha o de congelamiento. Además de estas respuestas fisiológicas y conductuales, se presentan las cognitivas, que tienen que ver con la percepción automática del peligro y el análisis de los recursos para hacerles frente; se presumen las consecuencias y la ocurrencia posterior. El resultado de este balance podrá entonces promover un aumento o disminución del nivel de ansiedad. En caso de que la evaluación sea negativa, persistirá la perturbación. Asimismo, se acompaña de una gama grande de emociones de nerviosismo, impaciencia, preocupación, tensión, etc. (Beck y Clark, 2010).

En este sentido, Lazarus (1991) propone que cuando las personas enfrentan situaciones o circunstancias que exceden sus habilidades para manejarlas y se presiona por lidiar con dichas circunstancias, aparece el estrés. En este caso, la propuesta central es la interpretación cognitiva que se le da al evento amenazante y esta es un mediador en la reacción, es decir, el grado de apreciación de la situación estresante será proporcional a la reacción ante este; además de que el individuo evalúa sus capacidades para hacerle frente (o no) de forma satisfactoria mediante los recursos que posee (Lazarus, 1991).

De estas investigaciones mencionadas han surgido recomendaciones que señalan la importancia de la implementación temprana de programas preventivos y de aquellos que logren aminorar las consecuencias devastadoras a nivel psicológico (Purewal et al., 2018). Lo que lleva a cuestionarse si son efectivas a corto,



mediano y largo plazo las intervenciones psicológicas sobre el manejo del estrés en adultos que han experimentado adversidad infantil.

La presente investigación se realizó debido a que no existe suficiente registro de intervenciones en el manejo del estrés en población mexicana con un historial de adversidad infantil. Se busca aportar evidencia científica del efecto de las intervenciones, a nivel psicológico, por fenómenos como el maltrato infantil, la disfunción familiar y la adversidad. Con base en esto, se llevó a cabo el presente estudio para evaluar la efectividad de una intervención para el manejo del estrés mediante un tratamiento cognitivo conductual en aquellos jóvenes que hayan experimentado adversidades en la infancia.

Metodología

Participantes

Participaron 91 estudiantes de bachillerato técnico de Ciudad Juárez, Chihuahua, México. Todos los estudiantes cursaban el primer semestre del turno matutino. Los participantes fueron 47 hombres (51.6 %) y 44 mujeres (48.4 %). La distribución de las edades fue: de 15 años, un 73.6 %; de 16 años, 25.3 %, y solo un estudiante de 17 años. El 58.2 % provenía de familias nucleares, esto es, vivían con ambos padres. El 23.1 % pertenecían a familias monoparentales, el 14.3 % indicaron ser de familia extendida y el 3.3 % de familia compuesta o reconstruida. El 83 % mencionó tener un nivel socioeconómico medio, seguido de un 6.6 % de nivel medio-bajo. El nivel alto se reportó en el 5.5 % de los casos y el bajo en el 3.3 %.

Diseño

Diseño cuasi experimental de comparación intrasujetos e intersujetos con un grupo experimental y uno de control, con una muestra no probabilística por conveniencia y asignación no aleatoria a los grupos; medición pre y post intervención.



Instrumentos

Cuestionario de experiencias adversas en la infancia

Se utilizó la versión validada en México por Nevárez-Mendoza y Ochoa-Meza (2022), que mostró una consistencia interna de $\alpha = 0.70$. Consiste en un autorreporte de 10 preguntas que identifican en retrospectiva las posibles adversidades experimentadas en la infancia y que van de 0 al 10. La estructura del cuestionario consiste en dos dimensiones principales: maltrato infantil y disfunción familiar. El primero se divide en cuatro categorías: abuso psicológico, abuso físico, abuso sexual y negligencia. El segundo constructo se categoriza en abuso de sustancias, enfermedad mental, ser testigo de violencia contra la madre y conducta criminal de algún familiar directo. Este inventario es de respuestas dicotómicas, las cuales reflejarían si la persona experimentó con regularidad cierto tipo de adversidad, pudiendo obtener un número de exposiciones que van desde el 0 (sin exposición) al 10 (expuesto a todas las categorías). A nivel internacional, este cuestionario se ha utilizado en estudios epidemiológicos retrospectivos (Hardt y Rutter, 2004), así como en encuestas de vigilancia de riesgos a la salud (Ports et al., 2020).

Escala de estrés percibido

Se utilizó la versión adaptada para población mexicana, la cual consiste en un cuestionario de 14 ítems con opciones de respuesta de escala Likert, que varían desde 0 (nunca) hasta 4 (muy frecuentemente). Esta escala ha sido empleada con el objetivo de medir el grado en el cual los eventos de la vida son valorados como estresantes de acuerdo con el modelo de estrés propuesto por Lazarus (1991) y en donde altos puntajes significan altos niveles de estrés percibido. Este instrumento validado en México cuenta con una consistencia interna de $\alpha = 0.83$, considerándose adecuado para la población en la que se administra (González y Landero, 2007).



Procedimiento

Se solicitó a los directivos del plantel la autorización para implementar la intervención. El departamento de orientación estudiantil fue el encargado de asignar a estudiantes del primer semestre en grupos experimental y de control, así como concretar la primera sesión informativa y de consentimiento. A los estudiantes del grupo experimental y control se les explicó en qué consistiría el proyecto y se llevaron a casa el formato para que sus tutores legales firmaran el consentimiento informado. Habiendo obtenido los consentimientos, se procedió al llenado de los cuestionarios para el pretest. Posteriormente se inició con la intervención en el grupo experimental.

El programa consistió en un formato presencial grupal basado en la teoría cognitivo conductual y en el modelo de afrontamiento al estrés. Se programaron nueve sesiones: una de información y encuadre en la que se aplicaron los instrumentos, y ocho de intervención, en las que se incluyeron objetivos y técnicas encaminadas al reconocimiento de la problemática relacionada con la adversidad y el estrés, a la identificación y manejo del pensamiento automático, al afrontamiento al estrés dirigido a la emoción, entrenamiento en solución de problemas, reestructuración cognitiva y reforzamiento de habilidades aprendidas (Ruiz et al., 2012). La descripción de la intervención se incluye en el Anexo A. Al finalizar, se procedió al llenado del cuestionario de estrés para el postest.

Análisis de los datos

Se inició con la prueba de normalidad de los datos de Kolmogorov-Smirnov, que arrojó que se cumplía con el criterio de distribución normal ($KS = 0.068$, $p = 0.200$), por lo que se llevaron a cabo los análisis con estadística paramétrica. Se evaluaron las características descriptivas de la muestra total y por grupos, y la frecuencia y el tipo de adversidades experimentadas.

Para comprobar la homogeneidad de los grupos, se realizó un ANCOVA con la puntuación del estrés percibido como variable dependiente y las covariables de edad, tipo de familia a la que pertenece, cantidad



de miembros en el hogar, nivel socioeconómico y escolaridad de los padres. Se efectuó una prueba *chi* cuadrado para comprobar si haber experimentado al menos un tipo de adversidad tenía una influencia en la presencia de estrés. Se hicieron pruebas *t* de medidas repetidas para evaluar los cambios presentados por ambos grupos posterior a la intervención. Nuevamente, se ejecutó una prueba *chi* cuadrado para determinar si el nivel de estrés era alto o bajo, tomando en cuenta que el punto de corte es 30 (González y Landero, 2007), se asoció con la intervención. Se hizo el análisis para valorar el tamaño de efecto en los cambios observados mediante la *d* de Cohen, que fue de 0.80, lo que indica un efecto grande.

Consideraciones éticas

El proyecto de intervención fue revisado y valorado por el Comité de Ética y Bioética de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez bajo el código CIEB-2019-2-69. El investigador responsable de dirigir la intervención cumplía con la certificación en Investigación con Humanos, nivel básico, avalada por la Collaborative Institutional Training Initiative (CITI PROGRAM) con número de identificación 37606039.

Además de contar con la autorización de los directivos del plantel, se solicitó el permiso firmado de los padres de familia para la participación de sus hijos en el proyecto, aclarando las actividades en las que se verían involucrados, así como la confidencialidad de la información y datos que se obtuvieron del estudio. A los alumnos se les dio a firmar el consentimiento del proyecto. Una de las jóvenes del grupo experimental decidió no participar, por lo que no se le aplicaron los instrumentos ni interactuó en el taller.

Resultados

Frecuencia y tipo de adversidades experimentadas

Respecto a las adversidades en la infancia, se presentó un comportamiento similar en ambos grupos, en los que 64 % de los participantes experimentó al menos una forma de adversidad. La Tabla 1 muestra la frecuencia de adversidades por grupo al que pertenecía. Se encontró que la mayoría de los participantes reportaron entre una y tres adversidades tanto en el grupo control como en el de intervención, posteriormente,



casi un tercio manifestó cero experiencias adversas, y tres estudiantes del grupo experimental y cinco del de control presentaron más de cuatro.

Tabla 1

Distribución de la frecuencia por número de adversidades en la infancia y grupo

Cantidad de adversidades	Experimental		Control		Total (%)
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
0 adversidades	16	33.3	16	37.2	32 (35 %)
De 1 a 3 adversidades	29	60.4	22	51.2	51 (56 %)
4 + adversidades	3	6.3	5	11.6	8 (9 %)
Total	48	100.0	43	100.0	91 (100 %)

Las adversidades referidas con mayor frecuencia fueron negligencia emocional y encarcelamiento de alguno de los miembros de la familia, ambas con un 24.2 %, seguidas del consumo de alcohol y/o drogas en 20.9 %, depresión o alguna otra enfermedad mental dentro del hogar en un 19.8 %, pérdida parental por abandono o divorcio 17.6 %, abuso psicológico 14.3 %, abuso físico 6.6 %, abuso sexual 6.6 %, ser testigo de violencia hacia la madre/madrastra 5.5 % y, en menor medida, negligencia física con un 2.2 %.

EAI y su relación con el estrés

Se encontró una relación entre haber experimentado alguna adversidad en la infancia y el nivel alto de estrés. Esto indica que aquellos que reportaron al menos una adversidad presentaron mayor estrés percibido que quienes reportaron cero experiencias adversas ($X^2 = 4.160, p < 0.05$). En la Tabla 2 se muestran estos resultados.



Tabla 2*Distribución de la frecuencia del estrés bajo o alto por grupos*

Experimentó adversidad infantil		Estrés		X^2	gl	p
		Estrés bajo	Estrés alto			
No	Frecuencia	23	11	4.160	1	0.034*
	%	25.3 %	12.1 %			
Sí	Frecuencia	26	31			
	%	28.6 %	34.1 %			

Nota: X^2 = prueba chi cuadrado, p = significancia; * < 0.05

Homogeneidad de los grupos

El análisis ANCOVA arrojó que ambos grupos eran homogéneos y que no presentaron diferencias entre ellos en el pretest de estrés como variable dependiente y la edad, nivel socioeconómico, tipo de familia al que pertenece, cantidad de miembros en el hogar y escolaridad de los padres como covariables (ver Tabla 3).

Tabla 3*Análisis de covarianza para evaluar diferencia inicial entre grupo experimental y grupo control*

Variable	F	P
Edad	0.733	0.396
Tipo de familia	0.023	0.880
Cantidad de miembros en el hogar	0.122	0.728
Nivel socioeconómico	0.099	0.754
Escolaridad del padre	2.785	0.101
Escolaridad de la madre	1.380	0.246
Grupo	1.260	0.267

Nota: F = análisis de varianza
P = significancia estadística



Resultados de la intervención

En el análisis posttest, después de la intervención a ambos grupos, se encontraron diferencias significativas en el total de la escala de estrés percibido. La puntuación de estrés en el grupo experimental presentó una disminución de alrededor de tres puntos y en el grupo control hubo un aumento de un punto (ver Tabla 4).

Tabla 4

Resultados de la escala de estrés percibido en ambos grupos antes y después de la intervención

Variable	Medición/ Grupo	Pretest M	Posttest M	t	gl	p	d
Estrés percibido	Experimental (n = 48)	29.87	26.00	3.94	47	0.001	0.80
	Control (n =43)	27.3	28.4	-1.29	41	0.201	*

Nota: n = muestra, M = media,
t = prueba t de muestras repetidas,
p = significancia estadística,
d = d de Cohen

* No se muestran datos debido a que no existe diferencia estadística

La prueba *chi* cuadrado reflejó diferencias respecto a los niveles de estrés dependiendo de si recibió o no la intervención. En la Tabla 5 se puede observar que el estrés alto se presentó con mayor frecuencia en quienes no tomaron el taller, por lo que quienes sí lo hicieron manifestaron mayor porcentaje de estrés bajo y disminución del estrés percibido alto.



Tabla 5*Niveles de estrés entre grupos posterior a la intervención*

Grupo (postest)		Estrés		X ²	gl	p
		Bajo	Alto			
Control	Frecuencia	20	22	4.131	1	0.03*
	%	37.7 %	59.5 %			
Experimental	Frecuencia	33	15			
	%	62.3 %	40.5 %			

Nota: X²= prueba chi cuadrado, p = significancia; * < 0.05

Discusión

El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad de una intervención para el manejo del estrés en adolescentes de bachillerato de entre 15 y 17 años de edad que experimentaron adversidad durante la infancia. Al respecto se puede considerar que existe un cambio importante en la variable que se manipuló: el estrés. Los resultados mostraron que, previo a la intervención, los grupos fueron equiparables u homogéneos y mostraron puntuaciones similares en la escala de estrés percibido que se les administró. Asimismo, no hubo diferencias iniciales entre los grupos respecto a otras variables que pudiesen estar implicadas, como la edad, tipo de familia de pertenencia, miembros con los que viven, nivel socioeconómico o escolaridad de los padres. Posterior a la intervención, el grupo experimental registró una disminución considerable en dichas puntuaciones, lo cual indicó una mejoría en percepción del estrés. Al mismo tiempo, el grupo de comparación no tuvo mayores cambios, por lo que se pudiera inferir que hubo influencia del taller y una atribución de la intervención sobre el nivel de estrés. Estos resultados coinciden con los que reportaron Chandler et al. (2015), quienes manifestaron que no en todas las variables se encuentran cambios estadísticos, pero sí en niveles de fortalecimiento y mejoras personales, en regulación de emociones y en afrontamiento ante acontecimientos estresantes.



Por otra parte, el cambio en el grupo experimental resultó en un efecto grande estadísticamente hablando, refiriéndose a la diferencia del antes y después del programa. Estos hallazgos coinciden con los encontrados en otras investigaciones que se han enfocado en el manejo del estrés, resiliencia y afrontamiento en personas que experimentaron adversidad infantil, y que han reportado disminución en los niveles de estrés y mejora en el manejo de emociones mediante sus intervenciones (Cameron et al., 2018; Chandler et al., 2015; Hubmann et al., 2015; Lovallo et al., 2018; Purewal et al., 2018; Schwaiger et al., 2019; Weiler y Taussing, 2017; Wingenfeld et al., 2017).

Se encontró que más de la mitad de los estudiantes habían presentado durante su infancia entre uno y tres eventos adversos de forma frecuente, lo cual coincide con los datos que existen a nivel nacional, incluso internacional (Medina-Mora et al., 2005; OMS, 2016). Asimismo, en esta investigación queda reflejado que quienes presentaron mayor cantidad de adversidades manifestaron niveles más altos de estrés percibido; esto es consistente con la mayoría de los estudios acerca del efecto acumulativo de la adversidad, en los que, a mayor número de experiencias, mayor será la presencia de complicaciones a la salud mental y física (Anda et al., 2006; Brown et al., 2009; Campbell et al., 2015; Dong et al., 2004; Dube et al., 2006; Felitti et al., 1998; Hubmann et al., 2015).

Si bien las experiencias adversas infantiles son inmutables, abordar el manejo de emociones, estrategias de afrontamiento al estrés y resolución de problemas son elementos de intervención que sí pueden ser moldeados de acuerdo con las necesidades de las personas que hayan tenido una infancia desafortunada (Cameron et al., 2018). Por ejemplo, el presente trabajo consideró la etapa del desarrollo de dichos jóvenes, puesto que es una edad en la que suelen aparecer los inicios de trastornos de salud mental y porque se ha demostrado que intervenciones en edades tempranas pueden reducir el impacto negativo de las adversidades y cambiar el potencial dañino del abuso y disfunción familiar (Benjet et al., 2009).



Conclusiones

Un aspecto que se considera como ventaja en este estudio es el enfoque que se le dio al fortalecimiento de habilidades personales, tanto de manejo del estrés como de reconocimiento de emociones (Casado-Cañero, 2002). Esto pudo permitir un abordaje positivo y esperanzador con los jóvenes, independientemente de las dificultades o situaciones vulnerables en las que se encontraran. También, otra fortaleza de esta intervención es que se emplearon cuestionarios de fácil administración y entendimiento para los estudiantes, y una dinámica de interacción atractiva para ellos.

Cabe señalar que este trabajo presenta limitaciones; por una parte, la cantidad de variables medidas no aportan mayor información acerca de los posibles efectos de la adversidad infantil, por lo que se recomienda, en investigaciones futuras, incluir mayor cantidad de mediciones sobre la adaptación y calidad de vida; incluso marcadores biológicos del estrés (Hubmann et al, 2015; Lovallo et al., 2018; Schwaiger et al., 2019; Wingenfeld et al., 2017) y la asociación con conductas de riesgo (Brown et al., 2009; Chapman et al., 2004; Wiehn et al., 2018). No se contempló un seguimiento de los resultados; por tanto, se sugiere que se hagan mediciones posteriores al término de las intervenciones para corroborar los efectos, así como el empleo de análisis estadísticos de multinivel de los datos recabados. Cabe señalar que las relaciones encontradas entre la intervención y las modificaciones en los cuestionarios administrados no se deben interpretar como causalidad.

La metodología que se utilizó no se considera rigurosa debido a que la asignación de los grupos no fue aleatoria, sino que fue proporcionada por la institución. También, se deberán tomar en cuenta otras variables que pudiesen interferir natural y socialmente en los cambios presentados por los participantes.

Por último, se considera que este trabajo puede ser punto de partida para el diseño e implementación de futuras intervenciones que involucren experiencias adversas infantiles y su relación con las condiciones de salud mental y emocional de los adolescentes. Debido a que se observó gran apertura y disposición por



parte de la escuela donde se llevó a cabo, se concluye que estudios como este son relevantes para las instituciones educativas e, incluso, se pueden contemplar dentro de las actividades cotidianas de atención psicoemocional a los estudiantes.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de interés en relación con la investigación, autoría y/o publicación de este trabajo.

Financiamiento

No se contó con financiamiento para esta investigación.

Agradecimientos

A nuestras familias.

Referencias

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremer, D., Walker, J. D., Withfield, C., Perry, B. D., . . . & Giles, W. H. (2006). The Enduring Effects of Abuse and Related Adverse Experiences in Childhood. A Convergence of Evidence from Neurobiology and Epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Beck, A., & Clark, D. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. Guilford Press.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. y Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2), 155-163. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212275008>
- Bowlby, J. (1995). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós.
- Brown, D., Anda, R., Tiemeier, H., Felitti, V., Edwards, V., Croft, J., & Giles, W. (2009). Adverse Childhood Experiences and the Risk of Premature Mortality. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 389-396. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.06.021>
- Cameron, L., Carroll, P., & Hamilton, W. K. (2018). Evaluation of an Intervention Promoting Emotion Regulation Skills for Adults with Persisting Distress Due to Adverse Childhood Experiences.



International Journal of Child and Neglect, 79, 423-433.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.002>

Campbell, J., Walker, R., & Egede, L. (2015). Associations Between Adverse Childhood Experiences, High Risk Behaviors, and Morbidity in Adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(3), 344-352. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.07.022>

Cánepa, E. (2016). Recuerdos de la infancia. Las experiencias tempranas y la epigenética. *Química Viva*, 15(1), 13-19. <https://www.redalyc.org/pdf/863/86347589004.pdf>

Casado-Cañero, F. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de la intervención. *Apuntes de Psicología*, 20(3), 1-10. <https://doi.org/10.55414/36wtdw50>

Centro de Estudios para el Logro de la Igualdad de Género. (2019). *Niñas, niños y adolescentes víctimas de la violencia en México*. Dirección de Estudios Sociales de la Posición y Condición de las Mujeres y la Equidad de Género.

Chandler, G., Roberts, S., & Chiodo, L. (2015). Resilience Intervention for Young Adults with Adverse Childhood Experiences. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 21(6), 406-416. <https://doi.org/10.1177/1078390315620609>

Chapman, D., Whitfield, C., Felitti, V., Dube, S., Edwards, V., & Anda, R. (2004). Adverse Childhood Experiences and the Risk of Depressive Disorders in Adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217-225. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.12.013>

Dong, M., Anda, R., Felitti, V., Dube, S., Williamson, D., Thompson, T., . . . & Giles, W. (2004). The Interrelatedness of Multiple Forms of Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction. *Child Abuse and Neglect*, 28, 771-784. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.008>

Dube, S. R., Miller, J. W., Brown, D. W., Giles, W. H., Felitti, V. J., Dong, M., & Anda, R. F. (2006). Adverse Childhood Experiences and the Association with Ever Using Alcohol and Initiating Alcohol Use During Adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 38(4), 444. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.06.006>

Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., . . . & 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)



- Ferraro, K., Schafer, M., & Wilkinson, L. (2016). Childhood Disadvantage and Health Problems in Middle and Later Life: Early Imprints on Physical Health? *American Sociological Review*, *81*(1), 1007-133. <https://doi.org/10.1177/0003122415619617>
- González, M., & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, *10*(1), 199-206. <https://www.redalyc.org/pdf/172/17210120.pdf>
- González, S., Sánchez, S. y Ramírez, N. (2019). Epigénesis: secuelas de una infancia adversa. *Revista Digital Universitaria*, *20*(2), 1-13. <https://doi.org/10.22201/codeic.16076079e.2019.v20n2.a1>
- Grimes, K. (2017). Lessons from ACES: Pay Now or Pay Later. *Academic Pediatrics*, *17*, 18-19. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2016.12.013>
- Hardt, J., & Rutter, M. (2004). Validity of Adult Retrospective Reports of Adverse Childhood Experiences: Review of the Evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*(2), 260-273. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00218.x>
- Hubmann, P., Burkhardt, S., Neuhauser, A., Schaub, S., Lanfranchi, A., & Ehler, U. (2015). Effects of an Early Intervention Program on Chronic Biological Stress. A Longitudinal RCT with Psychosocially Disadvantaged Children. *Psychoneuroendocrinology*, *65*, 35. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.07.485>
- Kalmakis, K., & Chandler, G. (2014). Adverse Childhood Experiences: Towards a Clear Conceptual Meaning. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(7), 1489-1501. <https://doi.org/10.1111/jan.12329>
- Lazarus, R. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Ediciones Roca.
- Lovallo, W., Acheson, A., Vincent, A. S., Kristen, S., & Cohoon, A. (2018). Early Life Adversity Diminishes the Cortisol Response to Opioid Blockade in Women: Studies from the Family Health Patterns Project. *PLOS one*, *13*(10), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205723>
- Medina-Mora, M. E., Borges-Guimares, G., Lara, C., Ramos-Lira, L., Zambrano, J., y Fleiz-Bautista, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población Mexicana. *Salud Pública de México*, *47*(1), 8-22. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6585>
- Nemeroff, C. (2016). Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. *Neuron*, *89*(5), 892-909. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuron.2016.01.019>



- Nevárez Mendoza, B. y Ochoa Meza, G. (2022). Adaptación del cuestionario de experiencias adversas en la infancia en muestras mexicanas. *Revista Psicología y Salud*, 32(2). <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2742>
- Organización Mundial de la Salud. (2016, septiembre 30). *Organización Mundial de la Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Informe sobre la situación regional 2020: Prevenir y responder a la violencia contra las niñas y niños en la Región de las Américas*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56312/9789275322949_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Purewal, S., Au, V., Koita, K., Lee, D., Briner, S., Burke, N., & Bucci, M. (2018). Ameliorating the Biological Impacts of Childhood Adversity: A Review of Intervention Programs. *Child, Abuse and Neglect*, 81, 82-105. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.04.014>
- Ports, K. A., Ford, D. C., Merrick, M. T., & Guinn, A. S. (2020). ACEs: Definitions, Measurement, and Prevalence. In G. J. Asmundson & T. O. Afifi (Eds.): *Adverse Childhood Experiences. Using Evidence to Advance Research, Practice, Policy, and Prevention* (pp. 17-34). Academic Press.
- Ruiz, M. Á., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée de Boruwer.
- Schwaiger, M., Heinrichs, M., & Kumsta, R. (2019). Oxytocin Administration and Emotion Recognition Abilities in Adults with a History of Childhood Adversity. *Psychoneuroendocrinology*, 99, 66-71. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.08.025>
- Weiler, L. M., & Taussing, H. N. (2017). The Moderating Effect of Risk Exposure on an Efficacious Intervention for Maltreated Children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48, 1-8. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1295379>
- Wiehn, J., Hornberg, C., & Fisher, F. (2018). How Adverse Childhood Experiences Relate to Single and Multiple Health Risk Behaviours in German Public University Students: A Cross-Sectional Analysis. *BMC Public Health*, 18(1), 1005. <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7957-9>
- Wingenfeld, K., Kühn, L. K., Boeker, A., Schultebrasucks, K., Ritter, K., Hellmann-Regen, J., . . . & Spitzer, C. (2017). Stress Reactivity And Its Effects on Subsequent Food Intake in Depressed and Healthy



Women With and Without Adverse Childhood Experiences. *Psychoneuroendocrinology*, 80, 122-130. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.03.014>

Cómo citar este artículo: Nevárez Mendoza, B. P., & Hernández Brussolo, R. (2025). Intervención para el Manejo del Estrés en Adolescentes con Experiencias Adversas en la Infancia. *Psicumex*, 15(1), 1–24, e665. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v15i1.665>



Anexo A*Descripción de técnicas empleadas en la intervención*

Sesión	Objetivo	Tareas	Duración
Sesión 1. Encuadre	Establecimiento de <i>rapport</i> y propiciar un ambiente relajado para los participantes	Ninguna	1 h
Sesión 2. Introducción a la adversidad y sus consecuencias	Llevar a cabo la psicoeducación de los participantes para conocer el impacto que tienen las adversidades y el estrés crónico en la salud física y emocional de las personas	Ninguna	1 h
Sesión 3. Pensamiento automático	Poner en marcha las técnicas cognitivas para la identificación y cambio de pensamiento distorsionado.	Autorregistro diario	1 h
Sesión 4. Afrontamiento dirigido a la emoción	Introducir a los participantes en el reconocimiento de las emociones y cómo se emplean como afrontamiento al estrés.	Autorregistro diario	1 h
Sesión 5. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento y solución de problemas	Entrenar a los participantes para que adquieran más estrategias de autocontrol, favorecer la autorregulación de la conducta; también las creencias sobre la propia capacidad.	Autorregistro diario	1 h
Sesión 6 Estrategias de afrontamiento	Fortalecer y aumentar las estrategias ante las situaciones de estrés mediante la preparación a través de exposiciones estresantes de baja intensidad para lograr que el individuo deje de percibir que no cuenta con recursos suficientes para sobrellevar la amenaza.	Autorregistro diario	1 h
Sesión 7 Estrategias de afrontamiento II	Trabajar con la identificación y uso de las estrategias adecuadas y la modificación de los pensamientos disfuncionales.	Autorregistro diario incluyendo los pensamientos y emociones alternativas	2 h
Sesión 8 Control de la actividad emocional	Mostrar cómo las técnicas de relajación y respiración profunda son de utilidad para disminuir y controlar los síntomas fisiológicos del estrés y tensión emocional.	Realizar diario alguna de las técnicas de relajación	1 h



Sesión 9	Que los participantes pongan en práctica lo aprendido y comprueben la utilidad de las nuevas herramientas.	Ninguna	1 h
Aplicación y consolidación de las habilidades adquiridas y cierre; aplicación de instrumentos			

