



UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGÍA.

**POLIVICTIMIZACIÓN: RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS
TRAUMÁTICAS Y VARIABLES SOCIOAFECTIVAS.**

Tesis para optar al título profesional de Psicólogo.

Autores:

MACARENA OCAMPO PINO

PAULINA OCAMPO PINO

Profesor Guía:

Mg. Ps. HUGO PLAZA VILLARROEL.

Viña del Mar

2018

Dedicatoria

Dedicamos esta tesis a la familia, en especial a nuestros padres por su incondicional apoyo mantenido a través del tiempo.

“Todos los triunfos nacen cuando nos atrevemos a comenzar”. (Eugene Ware)

Agradecimiento

A nuestro profesor guía Hugo Plaza Villarroel, quien, con su conocimiento y vasta experiencia en trabajos de investigación, orientó el desarrollo de esta tesis, con profesionalismo, paciencia, y apoyo permanente.

A todos los estudiantes que voluntariamente accedieron a formar parte de este estudio y que posibilitaron realizar esta investigación.

A Ximena Cárcamo, por su ayuda y apoyo incondicional.

A nuestros amigos/as por su apoyo, en especial a Omar Marín por su ejemplo de lucha y perseverancia.

Finalmente, agradecemos a nuestra familia por todo el apoyo que nos brindaron desde el comienzo de este tremendo desafío.

A todas y todos los que formaron parte de nuestro éxito, nuestros sinceros agradecimientos.

Macarena y Paulina.

RESUMEN	11
ABSTRACT.....	12
INTRODUCCIÓN	13

Tabla de contenido

Capítulo I Planteamiento Del Problema.....	15
1.1. Antecedentes del estudio	15
1.2 Justificación del problema.....	16
1.3. Relevancia de la investigación.....	16
1.4. Delimitación del estudio	17
1.5. Pregunta de investigación	18
1.6. Hipótesis.....	18
1.6.1. Hipótesis general	18
1.6.2. Hipótesis I	18
1.6.3.HipótesisII.....	18
1.7. Objetivos	18
1.7.1. Objetivo general.....	18
1.7.2. Objetivos específicos	19
Capítulo II Marco Teórico.....	19
2.1. Marco conceptual	19
2.1.1 Polivictimización	19

2.1.2 prevalencia de la exposición a eventos polivictimizantes a nivel internacional y nacional	20
2.1.2.1 A nivel internacional.....	20
2.1.2.2 A nivel nacional	21
2.1.3. Consecuencias de la Polivictimización a corto, mediano y largo plazo.....	22
2.1.4. Ansiedad	23
2.1.5. Depresión.....	24
2.1.6. Estrés.	24
2.1.7. Impulsividad.....	24
2.1.8. Apoyo social.....	24
2.1.9. Autoeficacia.	25
2.1.10. Autoestima.	25
2.2. Marco referencial.	27
2.2.1. Estudios internacionales.	27
2.2.2. Estudios nacionales.	28
Capítulo III Marco Metodológico.	29
3.1. Metodología de la Investigación	29
3.2. Diseño de investigación	29
3.3. Tipo y características del estudio.....	30
3.4. Universo, población, muestra	30
3.4.1. Universo	30
3.4.2. Población.....	30
3.4.3. Muestra	30

3.5. Tamaño de la muestra.....	31
3.6. Criterios de inclusión de la muestra.....	31
3.7. Instrumentos de recolección de datos	31
3.7.1 Escala de valoración de ansiedad, depresión y estrés(DASS – 21).....	31
3.7.2 Escala de Impulsividad de Barratt, versión 11(BIS – 11).....	33
3.7.3.Escala de Autoestima de Rosenberg(EAR)	34
3.7.4. Escala de Trauma(Marshall).....	35
3.7.5. Escala de Autoeficacia (EAG).....	35
3.7.6. Escala multidimensional de percepción de apoyo social(MSPSS).....	36
3.8. Procedimiento	37
3.9. Aspectos éticos	38
3.10. Plan de análisis	40
Capitulo IV Resultados de la investigación	41
4.1. Regimen de estudio.....	41
4.2. Diferenciación por sexo de la cantidad total de estudiantes	42
4.3. Estado civil	43
4.4. Nacionalidad	43
4.5. Estudiante	44
4.6. Área académica	45
4.7. Profesión	46
4.8. Trabajo	46

4.9. Tipo de trabajo	47
4.10. Lugar de residencia	48
4.11. Religión	48
4.12. Tipo de religión.....	49
4.13. Edad e hijos	50
4.2. Confiabilidad escalas	50
4.2.1. DASS - 21.....	51
4.2.2. EAR	51
4.2.3. MSPSS.....	51
4.2.4. TRAUMA	52
4.2.5. EAG.....	52
4.2.6. BIS - 11.....	53
4.3. Estadísticos descriptivos traumatización	53
4.3.1. Medias y DT. Eventos traumáticos en contextos específicos	54
4.4. Frecuencias traumatización	54
4.5. Frecuencias por tipo evento traumático	55
4.5.1. Traumas vividos en el sistema de cuidado	56
4.5.2. Traumas vividos en contexto social	56
4.5.3. Traumas vividos por accidentes o desastres naturales/ humanos.....	57
4.6. Estadísticos descriptivos variables de estudio(salud mental y socio afectivas) (Media y DT)	58
4.7. Correlaciones nivel victimización/ variables de estudio	58

4.8. Correlaciones variables salud mental(estrés, depresión, ansiedad, impulsividad) con variables socio – afectivas	59
4.9. Comparación variables estudio según frecuencias traumatización	59
4.10. Comparación nivel impulsividad según frecuencia traumatización.....	61
Capítulo V Conclusiones de la investigación.....	62
5.1. Discusión.....	62
5.2. Conclusiones	66
5.3. Limitaciones estudio.....	67
5.4. Sugerencias	68
6. Bibliografía	69
6.1. Referencia bibliográfica	69
Anexo 1: Encuesta sociodemográfica	73
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos	75
Anexo 3: Consentimiento informado	82

Índice de ilustraciones y cuadros

Tabla 1: Régimen de estudios	41
Tabla 2: Sexo	42
Tabla 3: Estado civil.....	43
Tabla 4: Nacionalidad.....	44
Tabla 5: Estudia.....	44
Tabla 6: Área académica	45
Tabla 7: Profesión	46
Tabla 8: Trabajar	46
Tabla 9: Tipo de trabajo.....	47
Tabla 10: Lugar de residencia.....	48
Tabla 11: Religión.....	49
Tabla 12: Tipo de religión	49
Tabla 13: Edad e hijos	50
Tabla 14: DASS - 21	51
Tabla 15: EAR	51
Tabla 16: MSPSS	51
Tabla 17: Trauma	52
Tabla 18: EAG	52
Tabla 19: BIS - 11	53
Tabla 20: Medias y DT. Eventos traumáticos en contextos específicos.....	54
Tabla 21: Frecuencias traumatización	55
Tabla 22: Traumas vividos en el sistema de cuidado	56
Tabla 23: Traumas vividos en contexto social	57
Tabla 24: Traumas vividos por accidentes o desastres naturales/ humanos	57
Tabla 25: Media y DT. Variables estudio (estadísticos descriptivos).....	58

Tabla 26: Correlaciones nivel victimización/ variable de estudio	58
Tabla 27: Correlaciones variable salud mental con variables socio – afectivas.....	59
Tabla 28: Comparación variables estudio según frecuencia traumatización (ANOVA) 60	
Tabla 29: Comparación nivel impulsividad según frecuencia traumatización	62

RESUMEN

Estudios realizados en Estados Unidos y países de Europa han dado cuenta de las severas consecuencias que los distintos tipos de victimización generan en los individuos, sobre todo cuando las experiencias victimizantes han ocurrido en edades tempranas.

Las investigaciones que se vienen realizando en nuestro país a partir del 2015(aprox.), han dado cuenta de los altos niveles de violencia con que se ven enfrentadas las personas que se convierten en polivíctimas, y que afectan principalmente a la población más vulnerable (niños, niñas y adolescentes) puesto que cualquier situación capaz de alterar el normal desarrollo de estas etapas cruciales de la vida, puede sobrellevar consecuencias negativas a corto, mediano y largo plazo, desencadenando desajustes en el desarrollo, cognitivo, social y afectivo.

Este estudio tuvo como propósito evaluar las consecuencias de largo plazo en sujetos adultos que han experimentado distintos tipos de victimizaciones en la infancia y/o adolescencia, en una muestra de 81 estudiantes universitarios con una media de 26,26 y desviación estándar de 7,34%. Se planteó la hipótesis de que los distintos tipos de victimización durante la infancia y/ o adolescencia se correlacionarían con ansiedad, depresión, impulsividad, baja autoestima, bajo apoyo social, y menor autoeficacia. Se aplicaron para estos efectos seis escalas (E. DASS-21, E. BISS – 11, E. EAR, E. Trauma Marshall, E. EAG, y E. MSPSS) cuyos resultados fueron sometidos a un análisis cuantitativo de tipo correlacional, con un diseño transversal no experimental, por medio del programa SPSS. Los resultados dan cuenta de una relación directa entre los niveles de polivictimización y la variable de impulsividad; a mayor nivel de victimización, mayor nivel de impulsividad. Asimismo, se advierte que, el apoyo social y la autoeficacia minimizan las consecuencias de experiencias traumáticas; a mayor apoyo social, mayor autoeficacia y menores secuelas traumáticas. Resulta de especial interés, identificar aquellas variables relacionadas al fenómeno de polivictimización, en base a su sintomatología para su eventual intervención en el campo clínico.

Palabras Clave: Estrés – Ansiedad – Depresión – Impulsividad – Autoestima – Apoyo Social – Autoeficacia

ABSTRACT

Studies conducted in the United States and European countries have shown the severe consequences that different types of victimization generate on individuals, especially when victimizing experiences have occurred at an early age.

The investigations that have been carried out in our country since 2015 (approx.), Have shown the high levels of violence faced by people who become poly-victims, and that mainly affect the most vulnerable population (children and adolescents) since any situation capable of altering the normal development of these crucial stages of life, can overcome negative consequences in the short, medium and long term, triggering imbalances in development, cognitive, social and affective.

The purpose of this study was to evaluate the long-term consequences in adult subjects who have experienced different types of victimizations in childhood and / or adolescence, in a sample of 81 university students with an average of 26.26 and a standard deviation of 7.34. %. It was hypothesized that the different types of victimization during childhood and / or adolescence would correlate with anxiety, depression, impulsivity, low self-esteem, low social support, and lower self-efficacy. Six scales were applied for these effects (E. DASS-21, E. BISS-11, E. EAR, E. Marshall Trauma, E. EAG, and E. MSPSS) whose results were subjected to a quantitative analysis of correlation type, with a non-experimental transversal design, through the SPSS program. The results show a direct relationship between the levels of poly-victimization and the impulsivity variable; the higher the level of victimization, the higher the level of impulsivity. Likewise, it is noted that social support and self-efficacy minimize the consequences of traumatic experiences; to greater social support, greater self-efficacy and fewer traumatic sequelae. It is of special interest to identify those variables related to the polyvictimization phenomenon, based on their symptomatology for their eventual intervention in the clinical field.

Keywords: Stress - Anxiety - Depression - Impulsivity - Self-esteem - Social Support - Self-efficacy

Introducción

La polivictimización es un reciente concepto, definido por Finkelhor (2011) como la ocurrencia durante periodos del crecimiento, de diferentes tipos de victimización que dan paso a experiencias maltratantes, multifocales, que repercuten y generan daño especialmente en el desarrollo de un niño, niña y/o adolescente. Se advierte que, la intensidad del daño, ocasionado por los efectos de la polivictimización, pueden generar mayores secuelas que la cronicidad de ciertos eventos por separado, ocasionando un peor malestar psicológico. Este fenómeno de polivictimización ha sido investigada con mayor profundidad y frecuencia en el extranjero, tanto en Estados Unidos como en países de Europa. En Chile, paulatinamente se están implementando nuevos estudios que están dando cuenta de los altos niveles de violencia en todos sus tipos y las consecuencias o secuelas que estos eventos traumáticos dejan en las personas, sobre todo en las más vulnerables (niños/as y/adolescentes). Esto revierte importancia puesto que de a poco se está dando comienzo a la visibilización de este fenómeno.

La presente investigación expone los principales resultados estadísticos sobre la polivictimización y la relación entre experiencias traumáticas y variables socio afectivas (estrés, ansiedad, depresión, impulsividad, autoestima, autoeficacia, y apoyo social) a través de un estudio cuantitativo que se enmarca en un diseño de carácter transversal, no experimental (ex post facto).

Este estudio está organizado en diversos capítulos que permiten ir abordando el problema a investigar.

En el **Capítulo I Planteamiento del Problema** se presentan los antecedentes del estudio, justificación del problema a investigar, la relevancia de esta investigación, además de su delimitación, pregunta de investigación y objetivos (general y específicos), que en su conjunto permiten que este estudio sea viable.

En el **Capítulo II Marco Teórico**, se abordan los fundamentos teóricos relacionados con la polivictimización y su relación con variables socioafectivas, expuestos en el marco conceptual. Se exponen, además, investigaciones tanto a nivel internacional como nacional sobre este fenómeno, en el marco referencial.

En el **Capítulo III Marco metodológico**, se aborda el diseño que el método requiere para su ejecución, se describen los lineamientos del estudio, las técnicas de investigación. Se describe la población y la muestra a la cual van dirigidas todas las acciones y los instrumentos investigativos, necesarios para confrontar los sustentos teóricos con la realidad del contexto analizado. Además de establecer los criterios de

inclusión de la muestra, técnicas de análisis de datos, procedimiento y consideraciones éticas de este estudio.

En el Capítulo **IV Resultados**, se presentan los principales resultados de la investigación, a través de la aplicación y análisis del programa estadístico (SPSS)

En el **Capítulo V Conclusiones y Discusiones**, se presenta la discusión, respecto a los resultados obtenidos. Se exponen, además, las principales conclusiones de este estudio, describiendo las limitantes y posibles sugerencias en el plano investigativo.

Finalmente, en el apartado **Bibliografía**, se encuentran las referencias bibliográficas utilizadas en esta investigación.

Además, se presentan los **Anexos de la Investigación**, estos últimos adjuntan: Encuesta socio – demográfica, Instrumentos de recolección de datos y Consentimiento informado.

Capítulo I Planteamiento del Problema

1.1. Antecedentes del estudio

Paulatinamente se han ido incorporando nuevas investigaciones que ya están comenzando a dar cuenta del real impacto que pudieran estar causando los niveles de polivictimización en los sujetos más vulnerables de la población chilena.

Un primer estudio sobre esta temática fue realizado por Carvajal, González y Quiñones (2014) cuyo objetivo principal fue conocer los discursos de los profesionales interventores de programas especializados en maltrato infantil grave de la comuna de Valparaíso sobre la polivictimización en el proceso de intervención reparatoria. Se llegó a la conclusión de que gran parte de los casos que se atienden en esos centros, corresponden a polivíctimas.

Un segundo estudio realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2015) muestra que el 41% de los 1.555 adolescentes encuestados, ubicados en distintas ciudades de Chile, habían vivenciado más de un tipo de victimización en su vida.

Un tercer estudio comandado por Pinto y Venegas (2015) se llevó cabo en la ciudad de Arica, con una muestra de 706 adolescentes (entre hombres y mujeres). Los resultados obtenidos revelaron que el 68% de la muestra habrían estado expuestos a seis tipos diferentes de victimización y que un 3°,3% de estos adolescentes habrían padecido siete o más tipos de violencia en su vida.

Un cuarto estudio realizado por Guerra, Ocaranza y Weinberger (2016) efectuaron una encuesta con 78 adolescentes atendidos en servicios públicos de protección de niños y adolescentes en Chile. En esta investigación se concluye que la polivictimización fue un buen predictor de síntomas de externalización como conductas delictivas, abuso de alcohol y de drogas. Por otro lado, la variable, apoyo social, actuó como un factor de protección ante eventos polivictimizantes.

Una quinta investigación realizada por Guerra, Inostroza, Villegas, Villalobos y pinto (2017) evaluaron la relación entre polivictimización, sintomatología postraumática, autoeficacia y apoyo social en una muestra de 180 estudiantes universitarios (entre 17 y 33 años). Los resultados obtenidos muestran que existe relación directa entre eventos polivictimizantes ocurridos en periodos anteriores y la sintomatología postraumática reportada por el 60,6% de los estudiantes. También se pudo observar el rol de la autoeficacia, como factor mediador entre el apoyo social y la sintomatología.

Por último, a fines del 2017, la Subsecretaría de Prevención del Delito elaboró la primera encuesta nacional de polivictimización en niños, niñas y adolescentes del país con una muestra de 19.867 participantes. El objetivo principal fue determinar la magnitud de

la exposición a violencias en niños, niñas y adolescentes, junto con sus niveles de Polivictimización, a nivel nacional y regional. Los resultados fueron un buen indicador de los altos índices de violencia en todos sus tipos que afectan, especialmente a estos grupos más vulnerables puesto que cualquier situación capaz de alterar el normal desarrollo de estas etapas cruciales de la vida, puede sobrellevar consecuencias negativas a corto, mediano y largo plazo, desencadenando desajustes en el desarrollo, cognitivo, social y afectivo.

Resulta relevante esta nueva información puesto que permite visibilizar con mayor claridad el porcentaje de personas polivictimizadas, además de avanzar en estrategias de acciones preventivas que permitan frenar el avance de este fenómeno.

1.2. Justificación del problema

El desafío de justificar un estudio de esta naturaleza viene de la mano con el desafío de encontrar mayores antecedentes en Chile que den cuenta de los distintos tipos de victimización y sus efectos en la vida de los sujetos, en especial de aquellos más vulnerables. Por tanto, resulta de especial interés, identificar aquellas variables relacionadas al fenómeno de polivictimización, en base a su sintomatología. Los estudios realizados hasta el momento dan cuenta de la relación directa entre la exposición a múltiples tipos de violencia y la consecuente sintomatología depresiva, ansiosa, percepción de bajo apoyo social, autoestima y autoeficacia, no así de impulsividad. Por tanto, se justifica realizar un estudio sobre esta variable y su correlación directa con el grado de victimización.

1.3. Relevancia de la investigación

A pesar de que en Chile existe poca información teórica respecto a temas relacionados con la polivictimización y sus graves efectos en la salud mental, física y psicológica de sus protagonistas, al menos, en los últimos cuatro años, se han estado realizando algunos estudios que ya están dando cuenta de los verdaderos índices de violencia en sus distintas tipologías, dando comienzo a la visibilización de este complejo, sobretudo, en la población más vulnerable (niños, niñas y adolescentes). Ante esta realidad, resulta relevante estudiar variables asociadas a la polivictimización, puesto que ayudaría a identificar mejor esta problemática desde el punto de vista investigativo. Pudiendo además

poner foco en la intervención. “Las consecuencias psicopatológicas que acompañan a estas víctimas son graves y tienen importantes repercusiones en su desarrollo. Conocer aquellas variables, que parecen agravar el estado del individuo ante estos acontecimientos, resulta totalmente imprescindible” (Pereda, Abad y Guilera 2011, p.8). Esto, revierte importancia puesto que, si no se toman medidas ahora sobre lo que está ocurriendo respecto a la proliferación de la violencia en todos sus tipos, tendremos en un próximo futuro, y, a largo plazo, un número no menor de personas adultas polivictimizadas.

1.4. Delimitación del estudio

Esta investigación pretende realizar un estudio de tipo cuantitativo, para lo cual se hace necesario contar con una muestra representativa de sujetos adultos entre hombres y mujeres, que hayan tenido más de una experiencia victimizante a lo largo de su vida. Por razones prácticas, se pretende obtener la muestra, de estudiantes pertenecientes a la Universidad de las Américas, ubicada en la comuna de Viña del Mar, región de Valparaíso, Chile.

Se ha delimitado este estudio, pensando en los objetivos propuestos que pretenden ahondar sobre este fenómeno de la polivictimización, y llegar a demostrar, que efectivamente, la vivencia de eventos traumáticos cronificados en el tiempo, experimentados en diversos momentos vitales, pueden ocasionar en la vida adulta repercusiones negativas que atentan contra la estabilidad de los sujetos.

Lo anterior se enmarca en tiempo cronológico desde agosto de 2017 a Julio de 2018. Tiempo necesario para llevar a cabo este proyecto de investigación.

1.5. Pregunta de investigación

Los distintos tipos de victimización durante la infancia y/o adolescencia, ¿se correlacionan con ansiedad, depresión, impulsividad, baja autoestima, bajo apoyo social, y menor autoeficacia?

1.6. Hipótesis

1. 6.1. Hipótesis General

Los distintos tipos de victimización durante la infancia y/o adolescencia se correlacionan con ansiedad, depresión, impulsividad, baja autoestima, bajo apoyo social, y menor autoeficacia

1. 6. 2. Hipótesis I

El nivel de victimización se correlaciona directamente con ansiedad, depresión e impulsividad

1. 6. 3. Hipótesis II

El nivel de victimización se correlaciona indirectamente con bajo apoyo social, baja autoestima y menor autoeficacia

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general

Evaluar consecuencias de largo plazo en sujetos adultos que han experimentado distintos tipos de victimizaciones

1.7.2. Objetivos específicos

1.- Describir los tipos y grados de victimización en sujetos adultos que han experimentado eventos traumáticos en etapa de infancia y/o adolescencia

2- Describir el nivel de ansiedad, depresión, impulsividad, bajo apoyo social, baja autoestima, menor autoeficacia en sujetos adultos que han experimentado eventos traumáticos en etapas anteriores

3- Comparar los niveles de ansiedad, depresión, impulsividad, bajo apoyo social, baja autoestima, menor autoeficacia entre sujetos victimizados y no victimizados

4.-Correlacionar los niveles de ansiedad, depresión, impulsividad, bajo apoyo social, baja autoestima, y menor autoeficacia, con el grado de victimización.

Capítulo II Marco Teórico

2.1. Marco conceptual

2.1.2. Polivictimización

Son varios los autores que hacen eco al momento de hablar sobre este fenómeno de polivictimización, sin embargo, para llegar a comprender en mayor profundidad su significado, resulta imprescindible definir antes el concepto de victimización, entendido como “una condición de la salud mental de una persona a partir de la cual esa persona se observa a sí misma como centro de todos los ataques y agresiones que pueden existir en una relación humana” (Ponce, 2013, p.35). El sujeto victimizado no siempre reacciona ante una situación de peligro o amenaza, más bien suele mantenerse en una actitud pasiva, conformando una visión negativa tanto de sí mismo como de su entorno. En consecuencia, cobra relevancia el concepto de polivictimización definido por Finkelhor (2011) (citado en Cortez y Sanhueza, 2015) que hace referencia a la ocurrencia durante el crecimiento de diferentes tipos de violencia o victimización, dando paso a experiencias disruptivas y/o maltratantes multifocales, que repercuten y generan daño especialmente en el desarrollo de un niño, niña y/o joven. Según este autor, el daño ocasionado por los distintos tipos de victimización, generan un mayor impacto si se compara con la ocurrencia de una sola experiencia victimizante, ocasionando un peor malestar psicológico. La intensidad del daño, ocasionado por los efectos de la polivictimización, pueden generar mayores secuelas que la cronicidad de ciertos eventos por separado.

Calvo (2013) (citado en Zambrano, González y Quiñones, 2014) por su parte, plantea la idea de que la polivictimización está directamente relacionada al trauma complejo que tiene relación con la experiencia de acontecimientos traumáticos, múltiples, crónicos y prolongados, por lo general de naturaleza interpersonal y ocurridos desde edades tempranas.

Talarn (2006) y Winnicott (1965) también comparten la idea de Calvo, respecto al trauma complejo, dando importancia al ambiente de crianza, indicando que si este se torna amenazante, podría generar una serie de situaciones de alto impacto que atentaría con el establecimiento del vínculo de apego, ocasionando un quiebre de la confianza del sujeto en su ambiente.

2.1.3. Prevalencia de la exposición a eventos polivictimizantes a nivel internacional y nacional

2.1.3.1. A nivel internacional

La evidencia internacional señala, que el 10% de niños y niñas más victimizados, son aquellos que presentan significativamente más daño socioemocional, vinculado a la acumulación de victimizaciones en el tiempo.

El primer estudio realizado sobre polivictimización en Estados Unidos por Finkelhor, Ormrod y Turner (2009) (citado en Pinto y Venegas, 2015) (2009) mostró que casi el 80% de los adolescentes entre 12 y 17 años fueron expuestos a más de un tipo de victimización, de este porcentaje, el 30%, correspondió a sujetos que habían experimentado cinco o más tipos de eventos disruptivos. Un 10% correspondió a la presencia de once o más formas de victimización en determinados sujetos, a lo largo de su vida.

Otro estudio realizado en España en el 2012 arrojó que el 99.2% de los adolescentes participantes de la investigación habían vivenciado más de una experiencia victimizante a lo largo de su vida. Por otro lado, un 63% de estos jóvenes habían sido víctimas de 1 a 6 sucesos de victimización. Asimismo, el 28% de la muestra correspondió al grupo de baja polivictimización, jóvenes que habían vivido de 7 a 11 eventos traumáticos. Entre tanto, el 9% de los jóvenes habían sido víctimas de 11 y más sucesos victimizantes.

Investigaciones realizadas en Suecia (Cater, Andershed y Andershed, 2014), China (Chan, Yan, Brownridge y Ip, 2013), Sudáfrica (Collings, Valjee y Penning, 2013), Angola (Cole y otros., 2014), Sandong-China (Dong y otros., 2013), Finlandia (Ellonen y Salmi, 2013), dan cuenta que la polivictimización afecta alrededor de un 10% de la población infanto- juvenil. Pudiendo establecerse una correlación entre los niveles de polivictimización y la presencia de psicopatología, estimando que, a mayor nivel de agresión multicausal, mayor nivel de malestar psicológico. Asimismo, Finkelhor, Ormrod y Turner (2007) determinaron que a menor polivictimización, menor presencia de desajustes en el desarrollo.

2.1. 3.2. A nivel nacional

Un estudio del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, 2015) llevó a cabo un estudio sobre los distintos tipos de victimización, en una muestra de 1.555 adolescentes residentes en distintas ciudades de Chile. En este estudio se muestra que el 41,9% de los encuestados había experimentado más de un tipo de victimización en su vida.

Posteriormente, Pinto y Venegas (2015) encuestan a 706 estudiantes de enseñanza media de Arica. Estiman que un 89 % de los encuestados había sufrido algún tipo de victimización durante su vida. La vivencia de hasta 6 acontecimientos sería muy común (68.1%), bastante menos habitual sería experimentar 7 o más victimizaciones (30.3%) y vivir más de 11 sería muy excepcional (13.2%). En lo que respecta a las áreas específicas de victimización, un alto porcentaje de adolescentes ha sufrido algún tipo de delito común (70.4%) o ha vivido victimización indirecta (63.2%). A continuación, se situaría la victimización por parte de pares y hermanos (50%), la victimización por parte de cuidadores (36%), la victimización electrónica (20%) y la victimización sexual (16%). En cuanto la polivictimización, en el presente estudio, se detectó que el 68.1% de los adolescentes ha vivido entre una y seis experiencias de victimización, mientras que el 30,3% ha experimentado 7 o más victimizaciones y un 13.2% más de 11 tipos de victimizaciones.

Otro estudio sobre polivictimización y sintomatología postraumática realizado por Guerra, Inostroza, Villegas, Villalobos y Pinto (2017) con una muestra de 180 estudiantes universitarios de Viña del Mar, entre 17 y 33, revelaron que el 98,3% de los participantes ha sufrido al menos un tipo de victimización a lo largo de su vida. Más específicamente, el 14,4% sufrió entre uno y tres tipos de victimización, el 23,3% presentaría baja

polivictimización (entre 4 y 6 tipos) y el 60,6% presentaría alta polivictimización (más de 7 tipos) en la infancia y adolescencia.

En fecha similar, se llevó a cabo la primera encuesta nacional sobre polivictimización, realizada por La Subsecretaría de Prevención del Delito y el Consejo Nacional de la Infancia (2017) con una muestra conformada por 19.684 estudiantes (entre 12 y 17 años) de establecimientos educacionales de las 15 regiones del país, da cuenta que un 10% de los niños, niñas y adolescentes (entre 12 y 17 años) han sufrido 14 o más tipos de violencia a lo largo de sus vidas, lo que los convierte en polivíctimas. Los resultados obtenidos arrojaron que el 46% de los estudiantes entre séptimo y tercero medio, ha sufrido al menos una victimización de delito común con ataque, un 34% ha sufrido al menos una situación de maltrato por parte de sus cuidadores, y un 65%, ha sufrido al menos una victimización indirecta en la comunidad. En cuanto al género, el 26% de los hombres sufren maltrato de parte de los cuidadores en comparación a un 42% en las mujeres. Con respecto al acoso en redes sociales, las mujeres tienen un 27%, mientras que los hombres un 14%. Un 8% de los encuestado enunció haber sufrido 8 o más tipos de victimización, en los últimos 12 meses. Por otro lado, un 28% de las niñas y niños no polivictimizados, declaró haber sufrido en los últimos doce meses, maltrato por cuidadores, mientras que las niñas y niños polivictimizados en esta misma dimensión, obtuvo una cifra de 84%. Los resultados siguen confirmando que, la victimización y polivictimización infanto-juvenil es un problema mucho más extendido en realidad chilena de lo que previamente podría estimarse.

2.1.4. Consecuencias de la polivictimización a corto, mediano y largo plazo

Las posibles consecuencias del daño ocasionado por uno o más sucesos traumáticos pueden desencadenar cambios drásticos en la personalidad de las víctimas. Sin embargo, ello va a depender de cada sujeto, de la cronificación a lo largo del tiempo, de su historia y entorno afectivo y social.

Herman (1997) (citado en Pereda, Abad y Guilera, 2012) propuso establecer una diferenciación entre trauma tipo 1 y trauma tipo 2. El primero hace referencia a un solo evento traumático, mientras que el segundo hace alusión a la presencia de varios acontecimientos de carácter traumático, que se repiten y cronifican en el tiempo, además de iniciarse a temprana edad.

En relación con lo anterior, existen diversos estudios que demuestran que “Los efectos de los traumas de la infancia son muy reales y pueden persistir en la edad adulta si no se busca el soporte adecuado” (Arafat, 2017, p.1).

Campillo (2015) refiere que los daños que pueden ocasionar los traumas durante la infancia en la vida adulta pueden verse reflejados en problemas de afectividad y de empatía en la relación de pareja, además de estados ansiosos y depresión severa.

Anteriormente, Tapias (2010) ya aclaraba que los trastornos como la depresión y ansiedad se presentaban con mayor frecuencia en personas victimizadas.

Esbec (2000) (citado en Echeburúa, Del Corral y Amor, 2004) por su lado, advierte otras consecuencias del daño psicológico ocasionado por situaciones traumáticas experimentadas en etapas cruciales de la vida de los sujetos, tales como culpa, ira, impulsividad, pérdida progresiva de confianza personal, disminución de la autoestima, y bajo apoyo social, pérdida del control de la propia vida, entre otras como dependencia emocional, y pérdida de control de la propia vida.

Asimismo, Perry (2014) advierte que los traumas en cualquiera de las formas de victimización durante la infancia aumentan el riesgo de problemas de apego, depresión, ansiedad, alcoholismo, conducta suicida entre otros trastornos que se generarían en la edad adulta, siendo ésta un periodo impregnado de constantes cambios tanto a nivel biológico, psicológico como sociocultural (Fernández, 2012).

2.1.4. Ansiedad

La ansiedad es uno de los constructos más estudiados y a la vez uno de los menos consensuados en su definición. En general se concibe como una forma de conducta compleja y multidimensional en la que existen componentes de respuesta fisiológicos, motores y subjetivo-cognitivos.

Papalia (2012) (citado en García y Raquel, 2012) define la ansiedad como un estado emotivo caracterizado por sentimientos de aprensión, incertidumbre y tensión que surgen cuando los individuos se ven expuestos a una situación que implica peligro o amenaza, real o imaginaria

En general, las respuestas anticipatorias ante una situación amenazante varían de un individuo a otro, ello va a depender de su propia predisposición a padecer ansiedad y del tipo de amenaza a la que responden. Ahora bien, la ansiedad puede ser también una

conducta patológica, cuando los niveles de ansiedad superan los niveles de respuesta adaptativa del individuo, pudiendo generar serias repercusiones en la vida de las personas, en especial, en aquella población más vulnerable.

2.1.5. Depresión

La depresión, por su lado, se concibe como un trastorno de tipo emocional que genera un estado anímico bajo, causando principalmente un sentimiento de tristeza constante, y pérdida de interés en actividades que antes resultaban motivantes. Afecta no sólo el ánimo, sino también los sentimientos, pensamientos y el comportamiento de los sujetos que la padecen, pudiendo resultar altamente incapacitante. (Martino,2014).

Parece evidente que las consecuencias de estados de estrés y depresión pueden llegar a resultar peligrosos para los sujetos que lo padecen, llegando quizás a convertirse en tema de preocupación social a nivel mundial. Estudios recientes dan cuenta de las alarmantes cifras de sujetos que sufren de estrés y depresión, llegando a establecerse que una de cada cuatro personas sufre de estrés, y que una de diez, sufre de depresión.

2.1.6. Estrés

El **estrés** se concibe en general, como un mecanismo de supervivencia que entrega respuestas de tipo fisiológicas, emocionales y conductuales, muy útiles al momento de hacer frente a determinadas amenazas que pudieran atentar contra la integridad de los sujetos. Cuando dichas amenazas superan los recursos con los que cuenta la persona, puede ocasionar una serie de trastornos como ansiedad, dolores musculares, insomnio, y hasta depresión. Sánchez (2015).

2.1.7. Impulsividad

Barratt y colaboradores (1997) (citado en Squillace, Janeiro & Schmidt, 2011). Otorgan una definición biopsicosocial de este concepto, concibiéndolo como una predisposición a realizar acciones rápidas e impulsivas como respuesta a estímulos internos y/o externos, sin mediar posibles consecuencias negativas que podría generar en los sujetos. Este concepto se asocia directamente a la ansiedad, y actúa como un mecanismo defensor ante alguna situación que se advierte como amenazante, sea un temor, un peligro o una necesidad. Configurándose como una respuesta espontánea y rápida como medio para salvaguardar la propia integridad.

2.1.8. Apoyo social

El apoyo social es un concepto muy difundido y tiene relación con la valoración que el propio individuo percibe de su entorno, esto le permite afrontar situaciones

estresantes de mejor manera. Sin embargo, es indispensable contar con estos recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas al momento de vivenciar y/o afrontar dichos eventos cuando la persona lo requiera. Al respecto, Van der Kolk (1996) enuncia que la presencia o ausencia de apoyo social es un factor decisivo al momento de evaluar las posibles consecuencias de un evento traumático. Este apoyo vital, se configura como un proceso regulador emocional, que permite que el impacto de un evento traumático tenga menos efectos en los sujetos que los experimentan, al contar con el apoyo de otros.

2.1.9. Autoeficacia

Muy relacionado al apoyo social se encuentra la autoeficacia. Según Bandura (1977) este concepto hace referencia a la creencia que los propios sujetos poseen en base a la propia capacidad para dar solución a los problemas, haciendo uso de habilidades personales. Se pretende que, a mayor autoeficacia, mayor afrontamiento de situaciones o eventos estresantes. Esta característica de la autoeficacia la asocia con la capacidad de resiliencia que poseen algunos individuos al momento de sobrellevar o sobreponerse a situaciones traumáticas.

2.1.10. Autoestima

Farías (2012) (citado en Bastidas & Inaquiza, 2018) concibe la autoestima como “el conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de sí mismo”.

La forma en que una persona se valora está influida en muchas ocasiones por agentes externos y puede cambiar a lo largo del tiempo. Sin embargo, el establecimiento de la autoestima en los individuos les asegura recursos importantes para hacer frente a los conflictos, enfermedades y desafíos que se presentan en el camino. Cuando estos recursos personales se ven limitados, la persona puede desarrollar ciertas dificultades en su vida personal y social.

2.1. 11. ¿Qué ocurre en nuestro cerebro cuando hay un trauma?

Es sabido que gran parte del cerebro se desarrolla en el útero, sin embargo, éste sigue evolucionando, conformando nuevas conexiones neuronales a lo largo de la vida, siendo

los primeros años, un periodo crucial en el desarrollo del cerebro. Por tanto, cuando ha ocurrido una situación traumática, nuestro cerebro cambia, generando un alto impacto,

siendo la amígdala y el hipocampo las áreas más afectadas. La primera encargada de transmitir respuestas químicas y físicas ante una eventual amenaza y la segunda encargada de relacionar estas respuestas químicas con la memoria. El daño a estas zonas hace que la persona afectada reaccione con mayor intensidad ante un estímulo poco amenazante, por asociación al recuerdo de lo traumático. Estudios recientes, han develado que el cerebro actúa como un mecanismo defensor al “ocultar” en algún rincón alejado de los recuerdos, las vivencias de experiencias traumáticas, como vía de escape, para que los sujetos afectados puedan retomar su sistema de vida normal (Campillo, 2015).

López y González (2016) también coinciden al referir que el cerebro es capaz de desconectar la emoción de lo vivido cuando ha ocurrido alguna situación traumática, permitiendo que el hemisferio izquierdo entregue una respuesta adaptativa e “ignore” la situación de trauma.

Según Vander Kolk (2016) (citado en Levinton, 2016) esta situación de trauma “genera una reorganización fundamental del manejo de las percepciones por parte de la mente y el cerebro. Cambia no sólo cómo y en qué pensamos, sino también nuestra propia capacidad de pensar” (p.6).

Por otro lado, cabe señalar que no toda experiencia dolorosa o desagradable puede ser generadora de trauma. Al parecer, lo que podría marcar la diferencia entre una persona y otra al experimentar un evento traumático, serían las experiencias de vida y la herencia genética. Ello explica el hecho de que dos personas pueden experimentar un mismo trauma, pero una de ellas será capaz de generar resiliencia mientras que la otra sufrirá síntomas a lo largo de toda su vida dando lugar a reacciones y conductas desadaptativas.

Cobra relevancia el concepto de resiliencia moldeado por Luthar, Cicchetti y Becker (2000) (citado en García, García, López y Días, 2016) quienes lo definen como un mecanismo adaptativo ante un contexto de adversidad o estrés, tales como la pobreza, la pérdida de algún miembro de la familia, violencia interpersonal u otros eventos de carácter traumático. Las personas capaces de generar resiliencia poseen ciertas características tanto individuales como sociales que las diferencian de otras.

2.2. Marco referencial

2.2.1. Estudios Internacionales

A pesar de que la polivictimización es un fenómeno reciente, está teniendo mucha resonancia en países como Europa y Estados Unidos. Sin embargo, no ocurre lo mismo en Chile, donde los estudios sobre esta variable son escasos, aun cuando los altos niveles de violencia en sus distintas tipologías podrían llegar a convertirse en un grave problema de salud pública (Pinto y Venegas, 2015).

El primer estudio realizado sobre la polivictimización en Estados Unidos por Finkelhor, Ormrod y Turner (2009) (citado en Pinto y Venegas, 2015) se centró en identificar el grado o nivel de exposición a distintos tipos de victimización en niños, niñas y jóvenes con edades comprendidas entre los 2 y los 17 años. Los resultados obtenidos mostraron que casi el 80% de los adolescentes entre 12 y 17 años fueron expuestos a más de un tipo de victimización, de este porcentaje, el 30%, correspondió a sujetos que habían experimentado cinco o más tipos de eventos disruptivos. Otro 10% correspondió a la presencia de once o más formas de victimización en determinados sujetos, a lo largo de su vida.

Otro estudio realizado en España por Pereda, Abad y Guilera (2012) (citado en Pinto y Venegas, 2015) arrojó que el 99.2% de los adolescentes participantes de la investigación habían vivenciado más de una experiencia victimizante a lo largo de su vida. Por otro lado, un 63% de estos jóvenes habían sido víctimas de uno a seis sucesos de victimización. Asimismo, el 28% de la muestra correspondió al grupo de baja polivictimización, jóvenes que habían vivido de 7 a 11 eventos traumáticos. Entre tanto, el 9% de los jóvenes habían sido víctimas de 11 y más sucesos victimizantes.

Posteriormente, se realizaron investigaciones en Suecia (Cater, Andershed y Andershed, 2014), China (Chan, Yan, Brownridge y Ip, 2013), Sudáfrica (Collings, Valjee y Penning, 2013), Angola (Cole y otros., 2014), Shandong-China (Dong y otros., 2013), Finlandia (Ellonen y Salmi, 2013) (citado en Pinto y Venegas, 2015). Los resultados obtenidos en dichos estudios permiten estimar que la polivictimización afecta alrededor de un 10% de la población infanto- juvenil. Pudiendo establecerse una correlación entre los

niveles de polivictimización y la presencia de psicopatología, estimando que, a mayor nivel de agresión multicausal, mayor nivel de malestar psicológico.

Asimismo, Finkelhor, Ormrod y Turner (2007) determinaron que a menor polivictimización, menor presencia de desajustes en el desarrollo.

2.2.2. Estudios Nacionales

Al parecer, en Chile sólo se han realizado investigaciones basadas en victimizaciones por separado, no considerando los acontecimientos polivictimizantes. Por tanto, resulta complejo poder establecer parámetros que nos permitan determinar qué porcentaje de la población, sean niños, niñas, jóvenes y adultos se encuentran inmersos en contextos polivictimizantes. Así lo enuncian Pinto y Venegas (2015) en su reciente investigación sobre experiencias de victimización y polivictimización en jóvenes chilenos pertenecientes a la ciudad de Arica con una muestra de 706 alumnos y alumnas que cursan entre primer y cuarto medio, cuyas edades oscilan entre los 12 y 17 años. Los resultados obtenidos, estiman que un 89% de la muestra reporta haber sufrido algún tipo de victimización a lo largo de su vida (90% hombres y 89% mujeres), en tanto, un 68% ha vivido al menos 6 acontecimientos de índole traumática, un 30.3% ha experimentado al menos 7 o más victimizaciones, finalmente un 13.2% ha experimentado más de 11 victimizaciones.

En el año 2017, la Subsecretaría de Prevención del Delito elaboró la primera encuesta nacional de polivictimización en niños, niñas y adolescentes del país, con el objetivo de determinar los niveles de violencia en sus distintas tipologías que afectan a niños, niñas y adolescentes, además de detectar los niveles de polivictimización para llegar a “diseñar e implementar políticas de prevención y erradicación de la violencia con un marco ecológico, integral e intersectorial” (Urbina, 2018, p.1).

Este es el primer estudio que se realiza en Chile sobre la problemática de la polivictimización. La muestra obtenida de establecimientos educacionales de las 15 regiones del país fue conformada por 19.867 estudiantes de ambos sexos, de séptimo básico a tercero medio con edades comprendidas entre 12 y 17 años.

Los resultados obtenidos arrojaron que el 46% de los estudiantes entre séptimo y tercero medio, ha sufrido al menos una victimización de delito común con ataque, un 34% ha

sufrido al menos una situación de maltrato por parte de sus cuidadores, y un 65%, ha sufrido al menos una victimización indirecta en la comunidad. En cuanto al género, el 26% de los hombres sufren maltrato de parte de los cuidadores en comparación a un 42% en las mujeres. Con respecto al acoso en redes sociales, las mujeres tienen un 27%, mientras que los hombres un 14%. Respecto a los años académicos, la cantidad de victimizaciones aumenta a medida que los niños, niñas y adolescentes pasan de curso. La mayor cantidad de victimizaciones en el año se da en primero medio.

Capítulo III Marco Metodológico

3.1. Metodología de la Investigación

Esta investigación se abordará bajo un enfoque cuantitativo, basado en la rigurosidad objetiva. Así lo manifiestan, Hernández, Fernández y Baptista (2010) cuando afirman que una investigación de este tipo requiere de una rigurosa secuencia de pasos, que van desde la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento hasta la posibilidad de probar teorías.

3.2. Diseño de investigación

Este estudio se encuadra bajo un diseño de carácter transversal, no experimental (ex post facto) donde los hechos y variables ya ocurrieron (variables independientes), pudiendo sólo observarse la relación entre ellas, en su contexto natural, además datos se recopilan en un momento único. La principal característica de este diseño no experimental es que quien investiga puede escoger entre uno o más efectos posibles de observar y se retrotrae en el tiempo en la búsqueda de posibles causas, relaciones y significado. Esta característica resulta propicia cuando se pretende establecer relaciones de causa- efecto al observar ciertos acontecimientos ocurridos en el pasado y buscar los posibles factores que pudieran estar relacionados con determinados efectos (variable dependiente), sean a corto, mediano o largo plazo.(Tamayo y Tamayo,2004) resultando un diseño útil al momento de llevar a cabo esta investigación relacionada con Las consecuencias a largo plazo que generan los distintos tipos de victimizaciones ocurridas en periodos de la niñez y sus efectos a largo plazo en la vida adulta.

3.3. Tipo y características del estudio

El alcance de este estudio es de tipo correlacional, siendo su objetivo principal, conocer el grado de asociación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular (Ruiz, 2014). Estos estudios correlacionales se caracterizan por asociar conceptos o variables a través de un patrón predecible para un grupo o población, donde se pueden establecer predicciones que posibilitan cuantificar las relaciones que se establecen entre ellas. Es así como en este trabajo se pretende conocer la relación o grado de asociación entre Las consecuencias a largo plazo que generan los distintos tipos de victimización durante la infancia y la relación que se establece con la presencia de trastornos de ansiedad, depresión, impulsividad, bajo apoyo social, baja autoestima y pérdida progresiva de autoeficacia.

3.4. Universo, población, muestra

3.4.1. Universo

En esta investigación, el universo corresponde a todos los estudiantes de educación superior (hombres y mujeres) pertenecientes a todas las universidades, tanto tradicionales como privadas ubicadas en la región de Valparaíso.

3.4.2. Población

La población estimada para este estudio corresponde a todos los estudiantes de educación superior (hombres y mujeres) que cursan carreras en régimen diurno, ejecutivo y vespertino, en la universidad de las Américas, sede Viña del Mar, región de Valparaíso. Correspondiente a N= 3.600 alumnos/a.

3.4.3. Muestra

La muestra de este estudio es de tipo intencionada no probabilística, cuyo procedimiento de selección está directamente relacionado con las características de la investigación. Se trata de una muestra por cuotas en donde los sujetos seleccionados se han de distribuir según edad (18 a 65 años) sexo (hombre y mujer) y régimen de estudio (diurno y ejecutivo).

3.4.4. Tamaño de la muestra

Para los propósitos de esta investigación se ha estimado que el tamaño adecuado de la muestra(n) sea de $n=150$ sujetos entre hombres y mujeres mayores de 18 años, seleccionado de forma intencionada de acuerdo con las características de esta investigación. Fue calculado así por la probabilidad de recoger resultados, en base a la distribución normal de los datos. También se justifica este tamaño muestral por razones de conveniencia dada la escasez de recursos (financiero, energético, temporal, material, etc.)

3.4.5. Criterios de inclusión de la muestra

En la selección de la muestra se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Ser sujeto adulto, hombre o mujer, con edades comprendidas entre 18 y 65 años
- Estar cursando alguna carrera universitaria (régimen diurno- executive)
- Pertenecer a la Universidad de las Américas, sede Viña del Mar, región Valparaíso
- Aceptar participar voluntariamente en esta investigación, con conocimiento informado sobre el significado de este proceso.

3.5. Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos que utilizar por su alto grado de validez y confiabilidad que permitan medir las variables de estudio; ansiedad, depresión, estrés, impulsividad, bajo apoyo social, baja autoestima, pérdida de autoeficacia, y victimización, corresponden a las siguientes escalas de medición:

3.5.1. Escala de valoración de Ansiedad, Depresión y Estrés (DASS-21)

La escala de valoración de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Lovibond & Lovibond, 1995) es un instrumento donde se evalúa la presencia e intensidad de estados afectivos de depresión, ansiedad y estrés en población adulta y adolescente. Para ello, cuenta con un cuestionario de 21 reactivos distribuidos en tres subescalas de siete ítems cada una, con cuatro opciones de respuesta, en escala Likert, que van de 0(no me aplicó)

hasta 3(Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo). Cada consigna permite establecer una relación cercana entre lo que describe la frase con lo que le pasó o sintió la persona durante la última semana, lo que permite dar una respuesta muy cercana a la realidad vivenciada por los sujetos. El puntaje total se calcula con la suma de los ítems pertenecientes a cada escala cuyas variaciones oscilan entre 0 y 21 puntos.

La escala de Depresión evalúa disforia, falta de sentido, auto depreciación, falta de interés y anhedonia. La escala de Ansiedad considera síntomas subjetivos y somáticos de miedo, activación autonómica, ansiedad situacional y experiencia subjetiva de afecto ansioso. La escala de Estrés evalúa activación persistente no específica, dificultad para relajarse, irritabilidad e impaciencia

Las claves de puntuación para cada una de estas variables con el punto de corte son las siguientes: depresión (0-9, sin depresión; 10-13, depresión leve; 14-20, moderada; 21-27, grave; 28 o más, extremadamente grave), ansiedad (0-7, sin ansiedad; 8-9, leve; 10-14, moderada; 15-19, grave; 20 o más, extremadamente grave) y estrés (0-14, sin depresión; 15-18, leve; 19-25, moderada; 26-33, grave; 34 o más, extremadamente grave)

Estudios realizados en distintos países indican que la versión abreviada de las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21) poseen una sólida consistencia interna, con probada validez y confiabilidad de constructo, permitiendo una adecuada distinción entre ansiedad, depresión y estrés. Además de poseer ciertas ventajas que lo convierten en un instrumento viable, por ser breve, fácil de administrar, de responder, interpretar, y por ser de bajo costo (Antúnez y Vinet, 2012). En Chile, este instrumento fue adaptado idiomática y culturalmente por Vinet, Rehbein, Saiz y Román (2008) siendo validada por esta última autora en el 2010. Sus propiedades psicométricas fueron evaluadas en adolescentes y estudiantes universitarios (Antúnez & Vinet, 2012; Román, Vinet, & Alarcón, 2014) manifestando una confiabilidad satisfactoria (valores alfa de 0,87 a 0,88 para la escala de Depresión, entre 0,72 a 0,79 para la escala de Ansiedad y de 0,82 a 0,83 para la escala de Estrés) semejante a la obtenida en los estudios en población adulta y adolescente realizados en el extranjero. En cuanto a las evidencias de validez de este instrumento abreviado, se observaron correlaciones altas y significativas entre las escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés del DASS-21 y otras escalas que miden variables similares (Inventario de Depresión de Beck-II e Inventario de Ansiedad de Beck) y un ajuste aceptable del modelo de tres factores para el DASS-21 (Antúnez & Vinet, 2012;

Román et al., 2014). En estudios anteriores se determinó la validez discriminante de las escalas del DASS-21. Bados et al. (2005), anunciaron que los puntajes de las tres escalas difirieron significativamente al comparar una muestra clínica con una no clínica, también se obtuvieron diferencias significativas entre los puntajes de la escala de Depresión y la de Estrés, en pacientes con trastornos depresivos y con trastornos ansiosos. Obteniendo los primeros un mayor puntaje en la escala de Depresión y los segundos un puntaje mayor en la escala de Estrés. No se advirtieron diferencias significativas en la escala de Ansiedad (Antúñez y Vinet, 2012).

3.5.2. Escala de Impulsividad de Barratt, versión 11 (BIS-11)

La Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11, Patton, Stanford & Barratt, 1995) consta de 30 reactivos agrupados en tres sub-escalas: Impulsividad Cognitiva (Atención) (8 ítems: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27), Impulsividad Motora (10 ítems: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29) e Impulsividad no planeada (12 ítems: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30). Cada una de ellas, consta de cuatro opciones de respuesta tipo escala Likert: (1= Nunca o raramente; 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo y 4 = siempre o casi siempre), siendo la última opción la que recoge mayores niveles o grados de impulsividad. Los ítems 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30 tienen una puntuación inversa. La puntuación de cada subescala se obtiene sumando las puntuaciones parciales obtenidas en cada uno de sus ítems. La puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems. No existe un punto de corte propuesto. (Salvo y Castro, 2013). La suma de todas las respuestas muestra el nivel de impulsividad que se advierte en cada una de las tres subescalas: Impulsividad motora (se refiere a una tendencia a actuar sin pensar), impulsividad cognitiva (se relaciona con una propensión a tomar decisiones rápidamente) e impulsividad no planificada (se identifica con una tendencia a no trazar planes y realizar tareas de forma descuidada) (Barratt, 1985) (se citó en Cuevas y Hernández, 2008)

La BIS-11, a través de muchas pruebas y aplicaciones en diversos estudios, ha demostrado poseer adecuada confiabilidad y buenos indicadores de validez. Los resultados obtenidos en la aplicación de esta escala en un estudio con adolescentes chilenos (n= 763) logró una confiabilidad de 0,77 con base al análisis de la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Estos resultados han sido comparables con los obtenidos en estudios internacionales cuyo coeficiente oscilan entre 0,7 y 0,9. Valores muy cercanos al obtenido en este estudio, lo cual se considera aceptable (Salvo y Castro, 2013). La

validez de esta escala fue analizada mediante el coeficiente de correlación de Pearson, la prueba t de student para muestras independientes y la prueba chi-cuadrado. Para evaluar la validez concurrente de la BIS-11, se correlacionó su puntaje total con el puntaje obtenido en la escala de Impulsividad-DSM-IV. Se encontró una correlación directa, altamente significativa entre ambas escalas ($r(761) = 0,55, p < 0,001$). Dicha validez también fue estudiada a través de la comparación entre el puntaje de la BIS-11 obtenido en el grupo de adolescentes impulsivos y el grupo de adolescentes no impulsivos. Se pudo concluir que existe una diferencia significativa entre ambos grupos, $t(761) = 7,02, p < 0,001$. Los adolescentes impulsivos presentaron puntajes significativamente superiores en BIS-11 en comparación con los adolescentes no impulsivos (Impulsivos, $M = 58,30, DE = 16,19$; no impulsivos, $M = 47,49, DE = 13,97$). La diferencia en los promedios alcanzó a 10,8 puntos (95% IC = 7,77 a 13,85)

3.5.3. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR, Rosenberg, 1965)

La Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) es uno de los instrumentos de mayor uso para la medición global de la autoestima. Desarrollada originalmente por M. Rosenberg (1965). Esta escala de carácter unidimensional mide la valoración que hace la persona de sí misma, cuyos contenidos están enfocados en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. Su aplicación es simple y rápida. Consta de 10 ítems, con afirmaciones de los sentimientos que tiene la persona sobre ella, 5 direccionadas positivamente (ítems 1, 2, 4, 6 y 7) y 5 negativamente (ítems 3, 5, 8, 9 y 10). La graduación de respuestas en escala tipo Likert tiene 4 puntos (1 =muy en desacuerdo, 2 =en desacuerdo, 3 =de acuerdo y 4 =muy de acuerdo) y se asigna el puntaje inverso a las afirmaciones direccionadas negativamente; los valores teóricos fluctúan entre 10 (baja autoestima) y 40 (alta autoestima). Es una escala autoaplicada donde los participantes marcan con una " X" las alternativas que más lo identifican. En Chile se ha validado esta escala por Zegers, Rojas y Förster (2009) obteniendo resultados óptimos en cuanto a confiabilidad y validez. En cuanto a la confiabilidad el valor fue de 0,754 para el total de la muestra de 473 sujetos (adultos jóvenes, adultos, y adultos mayores), encontrándose dentro del rango esperado para este instrumento, que fluctúa entre 0,72 y 0,89. En cuanto a la validez, se presentó una correlación ítem-test, que fluctuó entre 0,46 y 0,67 ($p < 0,001$) y su peso factorial (0,24), siendo más estable en este caso (0,63). En consecuencia, se puede deducir que la Escala de Autoestima de Rosenberg, cumple con los criterios de validez y confiabilidad, por tanto,

es válida de ser aplicada en la población de Chile, obteniendo un comportamiento similar a lo esperado por Rosenberg para la población original (Rojas, Zegers, Förster, 2009).

3.5.4. Escala de Trauma de Marshall (1999)

La escala de trauma de Marshall (1999) es un instrumento claro, breve y de fácil aplicación que permite pesquisar eventos traumáticos ocurridos en periodos de la niñez y/o adolescencia. Ha sido ampliamente validada con un coeficiente de correlación de Pearson de 0.88 con una variación conjunta de 88.23% con coeficiente de determinación 0.77, lo que la convierte en un instrumento útil en la evaluación rápida de personas con antecedentes de trauma. Es un cuestionario breve que determina el recuerdo anamnóstico de la ocurrencia de siete eventos claramente traumáticos. Consta de dos opciones de respuesta que miden ausencia o presencia de algún tipo de evento (ausente: 0; presente: 1)

Para efectos prácticos de este estudio se estimó conveniente omitir los ítems 5(contacto sexual forzado con un pariente) y 7(contacto sexual forzado con un no familiar), aparte de incorporar otros 14 ítems que incorporan nuevos episodios de eventos traumáticos, sumando un total de 21 ítems que aparecen en el anexo de instrumentos de medición.

3.5.5. Escala de Autoeficacia (EAG) Schwarzer y Jerusalem (1979)

La Escala de Autoeficacia General (EAGE Schwarzer y Jerusalem en Alemania (1979). Su objetivo es medir la percepción que tienen las personas con relación a sus capacidades para enfrentar en su diario vivir diferentes situaciones estresantes. Está compuesta por 10 reactivos con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos. Las respuestas son tipo Likert donde los sujetos responden a cada pregunta de acuerdo a lo que cada sujeto percibe de su propia capacidad en el momento: Incorrecto (1 punto); apenas cierto (2 puntos); más bien cierto (3 puntos) o cierto (4 puntos). En esta escala a mayor puntaje mayor autoeficacia general percibida. Por otro lado, los hallazgos de un estudio realizado en Chile (Cid, Orellana y Barriga, 2010) para demostrar la validación de la escala de Autoeficacia General (EAG) aplicada a una población de sujetos con edades comprendidas entre 15 y 65 años de ambos sexos, revelan las adecuadas características psicométricas de esta escala en población Chilena.

Con respecto a la confiabilidad del instrumento, el coeficiente alfa de Cronbach de la EAG (0,84) indica que 84% de la variabilidad de las puntuaciones obtenidas representa diferencias verdaderas entre los sujetos y 16% refleja fluctuaciones al azar. Este resultado permite aseverar que los reactivos o elementos son homogéneos y que la Escala de Autoeficacia General mide de forma consistente la característica para la cual fue elaborada, demostrando consistencia interna con resultados similares a otros estudios que utilizaron este mismo instrumento de medición. Los estadísticos para validar el constructo autoeficacia percibida reflejan correlaciones que van en la misma dirección entre los pares de elementos, y muestran que cada uno de los 10 elementos tiene una contribución particular en el puntaje total, donde 3,41 fue el puntaje promedio, oscilando entre 3,14 y 3,75, evidenciando una estructura de respuesta de puntaje alto ("más bien cierto" y "cierto"). La correlación promedio entre-elementos (0,36) demuestra que existe una relación positiva, pero de acuerdo con el rango (0,43) de esta relación hace dudar en primera instancia de la homogeneidad entre los elementos, sin embargo, se confirma la característica unidimensional de la escala. Característica ya observada en investigaciones anteriores que incluyeron la versión de la escala en español (Cid, Orellana, Barriga, 2010).

3.5.6. Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS) Zimet, Dahlem y Farley (1988)

La escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS) de Zimet, Dahlem y Farley (1988) es un instrumento de aplicación breve y simple de responder, tiene por finalidad medir el apoyo percibido desde tres áreas: la familia, amigos y pareja u otras personas significativas. Ha sido validada en Estados Unidos con óptimos resultados y utilizada en diversidad de grupos de población, tales como: estudiantes universitarios, mujeres embarazadas, pacientes depresivos, pacientes con ideación suicida, adolescentes, y pacientes psiquiátricos. Este instrumento fue traducido y adaptado para su uso en Chile por Arechabala y Miranda (2002) versión que fue sometida al juicio de expertos en el idioma inglés y en las áreas de psicología y geriatría. La principal adaptación que se realizó en esta escala consistió en reducir la escala de frecuencia a 4 niveles, desde 1 que indica casi nunca, hasta 4 que señala casi siempre o siempre, así la escala va desde un puntaje mínimo de 12 a un máximo de 48 puntos. Este instrumento de medición está conformado por 12 ítems, los cuales recogen información del apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia (3, 4, 8 y 11) amigos (6, 7, 9 y 12) y otros significativos (1, 2, 5 y 10)

con cuatro respuestas tipo Likert, que va desde: 1 = casi nunca; 2 = a veces; 3 = con frecuencia; 4 = siempre o casi siempre. Los puntajes más altos señalan mayor apoyo social percibido. Al respecto, no hubo diferencias significativas por sexo, pero sí entre grupos de edad. Los resultados obtenidos sobre la confiabilidad y validación de este instrumento arrojaron los siguientes resultados; La confiabilidad de las 2 subescalas: familia-otros significativos y amigos, obtuvo un Alpha de Cronbach de .86 y .88 respectivamente, lo que muestra un buen índice de confiabilidad.

Por otro lado, en el análisis de varianza (ANOVA) por edad, estableciendo tres rangos: 60-67; 68-75 y 76 a 88 años, se encontró que hay una diferencia significativa en el apoyo social que perciben los adultos mayores de estos tres grupos de edad $F(2,72) = 3.72$, $p \leq 0.05$. La prueba de Tukey permitió determinar que esta diferencia significativa se daba entre los sujetos de 68 a 75 y el de 76 a 88 años. Este estudio verifica que la MSPSS resulta ser un instrumento confiable y válido que puede ser utilizado como herramienta de evaluación en varios ámbitos, sobre todo en el área de salud (Arechabala y Miranda, 2002).

3.6. Procedimiento

Para lograr cumplir con él o los objetivos de esta investigación, se llevarán a cabo los siguientes pasos:

- 1: Aprobación del tema por parte de la escuela de Psicología de la Universidad de las Américas, sede Viña del Mar
- 2: Se solicitará a la Dirección de Asuntos Estudiantiles (DAE) un permiso que autorice la realización de la investigación con alumnos y alumnas de esta casa de estudios
- 3: Se solicitará la participación voluntaria a los posibles estudiantes que han de conformar la muestra de este estudio, explicándoles los objetivos del mismo, a través del establecimiento de un buen rapport
- 4: Se Planificará la aplicación de los instrumentos de medición de variables para una fecha establecida en la que todos los alumnos y alumnas que forman parte de la muestra, puedan responderlos
- 5: Se aplicarán los instrumentos de medición de variables a los sujetos de la muestra en la fecha y horario establecido.

6: Se recolectará la información a través de la aplicación de los instrumentos de medición de variables y se tabularán los datos adquiridos.

7: Se procederá a analizar los datos recogidos para obtener las puntuaciones que según la tabla de calificación de escala aplica para cada ítem. (Algún programa estadístico como el SPSS u otro)

8: Se interpretarán los resultados obtenidos a través de procedimientos estadísticos descriptivos.

9: Se redactará un informe conforme a los resultados obtenidos, además de las conclusiones y recomendaciones.

10: Se llevará a cabo el informe final de esta investigación.

3.7. Aspectos éticos

Toda investigación en el área de la psicología ha de tener amparo en los principios establecidos por el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Chile (2008), sobre todo en lo que concierne al artículo 15°, en donde se establecen los parámetros éticos en los cuales se han de basar las investigaciones en esta área, sobre todo si los principales implicados son personas. Para los efectos de este estudio se han de considerar los siguientes aspectos éticos que permitirán resguardar la integridad de los sujetos participantes.

1. Es fundamental que las personas que participarán de éste estudio, estén informadas del propósito de la investigación, el uso que se hará de los resultados de la misma y las consecuencias que pueden tener en sus vidas. Para cumplir con estos objetivos se les convocará en algún lugar o dependencia de la universidad, y a través de una charla, se les expondrán los principales objetivos de esta investigación.

2.- Toda persona invitada a participar en este estudio tiene el derecho de hacerlo o negarse, así como también a abandonarlo en cualquier momento, sea por incomodidad, u otros motivos personales, así como también tiene derecho de negarse a proporcionar información si así lo estimara. Para ello, se elaborará un consentimiento informado (por escrito) en donde se estipulen los derechos de los participantes.

3.- Toda información de carácter confidencial que pudiera surgir durante el proceso de aplicación de los instrumentos en los sujetos de la muestra, será debidamente resguardada, garantizando el anonimato de los participantes. Para prevenir esto, las investigadoras tendrán especial cuidado cuando manejen información confidencial en algún computador de uso frecuente por los estudiantes de esta institución universitaria. Cualquier cuestión que los pueda dañar física y/o mentalmente, de manera irreversible o aún reversible, debe eliminarse. Este punto también estará estipulado en el consentimiento informado que los mismos sujetos podrán revisar, leer, y consultar.

4.- La muestra seleccionada de forma intencionada cumple sólo los criterios de inclusión que van desde ser un sujeto adulto, hombre o mujer, con edades comprendidas entre 18 y 65 años, que actualmente estén cursando alguna carrera, en ambos regímenes, en la Universidad de las Américas, sede Viña del Mar, y que acepten voluntariamente participar de este estudio. Por tanto, todos los participantes, de cualquiera de los dos géneros, que cumplan los requerimientos anteriores pueden ser elegidos, sin estimar, niveles socioeconómicos y orígenes étnicos, puesto que todos y todas las personas son igualmente importantes y merecen el mismo respeto. Por otro lado, es necesario que seamos sensibles a la cultura de los participantes.

5.- Sumado a todo lo anterior, es importante que los participantes reciban alguna gratificación como premio a su intervención en este estudio. Para ello se ha pensado en entregarle a cada uno de los participantes, la retroalimentación de los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados. Esto puede entregarse vía correo electrónico agradeciendo a la vez su participación. Adicionalmente a esto, pretendemos conseguir en el Centro de Atención Psicológica (CAPS) de esta universidad, uno o dos cupos de atención psicológica para quien o quienes más lo requieran. Asimismo, es importante que los sujetos conozcan los resultados finales de la investigación.

6.- Dentro del presente mes, se entregarán los resultados de la investigación a la trabajadora social que integra la dirección de asuntos estudiantiles, a modo de que conozca los resultados.

7.- Finalmente, los resultados deben reportarse con honestidad (sin importar cuáles hayan sido) y es fundamental reconocer las limitaciones de la investigación y las nuestras propias.

3.8. Plan de análisis

Objetivos	Hipótesis	Análisis
1.- Describir los tipos y grados de victimización en sujetos adultos que han experimentado eventos traumáticos en etapa de infancia y/o adolescencia		Análisis de Frecuencia
2- Describir el nivel de ansiedad, depresión, impulsividad, bajo apoyo social, baja autoestima, y menor autoeficacia en sujetos adultos que han experimentado eventos traumáticos en etapas anteriores		Análisis de medida de tendencia central y dispersión
3- Comparar los niveles de ansiedad, depresión, impulsividad, bajo apoyo social, baja autoestima, y menor autoeficacia entre sujetos victimizados y no victimizados	De acuerdo con este objetivo, se espera que los sujetos victimizados, presenten altos niveles de ansiedad, depresión e impulsividad En comparación a esto, se espera que los sujetos no victimizados mantengan altos niveles de autoestima, autoeficacia y perciban un alto apoyo social.	t- student Muestras independientes

4.-Correlacionar los niveles de estrés, ansiedad, depresión, impulsividad, bajo apoyo social, baja autoestima, y menor autoeficacia, con el grado de victimización	Hipótesis I El nivel de victimización se correlaciona directamente con estrés, ansiedad, depresión e impulsividad Hipótesis II El nivel de victimización se correlaciona indirectamente con bajo apoyo social, baja autoestima y pérdida de autoeficacia	Coefficiente correlacional de Pearson
---	--	--

Capítulo IV Resultados de la investigación

4.1. Caracterización de la muestra

4.1.1. Régimen de estudio

La muestra del presente estudio está compuesta por 81 estudiantes, de los cuales 60 pertenecen al régimen diurno, correspondiente a un 74,1%, mientras que los 21 restantes, pertenecen al régimen vespertino, lo que corresponde a un 21,9% de la muestra total. (Ver tabla 1)

Tabla 1: régimen estudio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 diurno	60	74,1	74,1	74,1
2 vespertino	21	25,9	25,9	100,0
Total	81	100,0	100,0	

4.1.2. Diferenciación por sexo de la cantidad total de estudiantes

Del total de estudiantes, se puede observar que en su mayoría pertenecen al sexo femenino. Se discrimina que 29 sujetos pertenecen al sexo masculino y 21 sujetos pertenecen al sexo femenino, correspondientes a un 36,3% y 63,8% respectivamente. (ver tabla 2)

Tabla 2: Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 hombre	29	35,8	36,3	36,3
	2 mujer	51	63,0	63,8	100,0
	Total	80	98,8	100,0	
Missing	99	1	1,2		
	Total	81	100,0		

4.1.3. Estado civil

De acuerdo con los resultados, se puede determinar que, de los 81 participantes de este estudio, 28 están solteros, correspondiente a un 35, 9% de la muestra. 39 de ellos están en pareja, lo que corresponde a un 50% de la muestra. Asimismo, 6 participantes están casados, lo que corresponde a un 7,7% de la muestra. Sin dejar de mencionar que un grupo de 5 sujetos están separados, lo que corresponde a un 6,4% del total. (ver tabla 3)

Tabla 3: Estado civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Soltero/a	28	34,6	35,9	35,9
	2 en pareja	39	48,1	50,0	85,9
	3 casado/a	6	7,4	7,7	93,6
	4 separado	5	6,2	6,4	100,0
	Total	78	96,3	100,0	
Missing	99	3	3,7		
	Total	81	100,0		

4.1.4. Nacionalidad

Respecto a la nacionalidad de los participantes, se puede constatar que, de un total de 81 sujetos, 79 son chilenos, lo que corresponde a un 98,8% del total. Un solo sujeto reportó pertenecer a otra nacionalidad, correspondiente a un 1,3% de la muestra. (ver tabla 4)

Tabla 4: Nacionalidad

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 chilena	79	97,5	98,8	98,8
	6 otra	1	1,2	1,3	100,0
	Total	80	98,8	100,0	
Missing	99	1	1,2		
Total		81	100,0		

4.1.5. Estudiante

Respecto a la categoría de estudiante, se puede observar que los 81 participantes están cursando una carrera actualmente, lo que corresponde a un 100% de la muestra. (ver tabla 5)

Tabla 5: Estudia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 sí	81	100,0	100,0	100,0

4.1.6. Área académica

Se puede observar en la siguiente tabla que, de un total de 81 participantes, 31 estudian una carrera en el área de las ciencias sociales, correspondiente a un 38,3% de la muestra, lo que representa la frecuencia más alta, seguida de 26 estudiantes que se registró en el área de ciencias de la salud, con un porcentaje de 32,1%, a diferencia del resto. Se puede concluir que el mayor número de estudiantes cursan carrera en el área de las ciencias sociales. (ver tabla 6)

Tabla 6: área académica

	Frequency	Percent	Valid Percentil	Cumulative Percent
Valid 1 ciencias sociales	31	38,3	38,3	38,3
2 ingeniería y negocios	2	2,5	2,5	40,7
3 educación	9	11,1	11,1	51,9
4 derecho	4	4,9	4,9	56,8
5 ciencias de la salud	26	32,1	32,1	88,9
7 arquitectura, diseño/ construcción	3	3,7	3,7	92,6
9 otra	6	7,4	7,4	100,0
Total	81	100,0	100,0	

4.1.7. Profesión

Se puede observar que, del total de la muestra de estudiantes encuestados, 36 de ellos posee una carrera anterior, lo que corresponde a un 45% de la muestra, en comparación a otros 44 estudiantes que no poseen una carrera anterior, con un porcentaje estimado en 55%. (ver tabla 7)

Tabla 7: Profesión

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid sí	36	44,4	45,0	45,0
no	44	54,3	55,0	100,0.
Total	80	98,8	100,0	
Missing 9				
9	1	1,2		
Total	81	100,0		

4.1.8. Trabajar

Respecto a la actividad laboral de los participantes, 41 declararon estar trabajando lo que se traduce en un 51,3% y otros 39 reportaron no estar trabajando, lo que se traduce en un 48,8%. Se observa una pequeña diferencia entre quienes trabajan y quienes sólo se dedican al estudio. (ver tabla 8)

Tabla 8: Trabaja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	41	50,6	51,3	51,3
sí				
2	39	48,1	48,8	100,0
no				
Total	80	98,8	100,0	
Missing 9	1	1,2		
9				
Total	81	100,0		

4.1.9. Tipo de trabajo

Respecto al tipo de trabajo, se puede deducir que 15 de los estudiantes trabaja en jornada completa equivalente a un 37,5%. 7, trabajan media jornada, correspondiente a un 17,5% de la muestra. Otros 18 estudiantes trabajan en jornada parcial, lo que equivale a un 45% del total. Se observa además que 41 sujetos no reportaron respuesta a este ítem, lo que podría significar que sólo estudian, coincidiendo con el análisis anterior. (ver tabla 9)

Tabla 9: tipo trabajo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 jornada completa	15	8,5	37,5	37,5
	2 media jornada	7	8,6	17,5	55,0
	3 jornada parcial	18	22,2	45,0	100,0
	Total	40	49,4	100,0	
Missing	99	41	50,6		
	Total	81	100,0		

4.1.10. Lugar de residencia

De acuerdo con este recuadro, se puede apreciar que la mayoría de los estudiantes residen en la ciudad de Viña del Mar, con un porcentaje equivalente a 43,8% de la muestra total, seguido de los que habitan en Valparaíso con porcentaje equivalente a 20,0%. Lo cual significa que, de los 81 participantes, 51 habitan cerca de su casa de estudios. (ver tabla 10)

Tabla 10: Lugar de residencia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Valparaíso	16	19,8	20,0	20,0
	2 Quilpue	7	8,6	8,8	28,8
	3 Viña del Mar	35	43,2	43,8	72,5
	4 Villa Alemana	9	11,1	11,3	83,8
	5 Concón	3	3,7	3,8	87,5
	6 Peñablanca	2	2,5	2,5	90,0
	7 Limache	1	1,2	1,3	91,3
	8 otra	7	8,6	8,8	100,0
	Total	80	98,8	100,0	
Missing	99	1	1,2		
Total		81	100,0		

4.1.11. religión

Del total de encuestados, 44, declaró no profesar ninguna religión, lo que equivale a un 55,7% del total. Cercana a esta cifra, lo obtuvieron quienes sí reportaron profesar alguna religión, lo cual se traduce en 35 sujetos, arrojando un porcentaje de 44,3%. (ver tabla 11)

Tabla 11: religión

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	35	43,2	44,3	44,3
sí				
	44	54,3	55,7	100,0
no				
	79	97,5	100,0	
Total				
Missing	2	2,5		
9				
Total	81	100,0		

4.1.12. Tipo de religión

Respecto al tipo de religión, 28 estudiantes abrazaron la religión católica, lo que corresponde al 80% de la muestra. (ver tabla 12).

Tabla 12: tipo religión

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	28	34,6	80,0	80,0
1 católica				
	4	4,9	11,4	91,4
2 evangélica				
	3	3,7	8,6	100,0
5 otra				
Total	35	43,2	100,0	
Missing 99	46	56,8		
Total	81	100,0		

4.1.13. Edad e hijos

Esta tabla registra la media de edad de los sujetos participantes, estimada en 26,26, con un mínimo de 18 años y un máximo de 52 años. Asimismo, se registra la media de los hijos de los estudiantes estimada en 1,79, con un mínimo de 1 hijo y un máximo de 2. (ver tabla 13)

Tabla 13: Statistics

	Edad	Hijos
Valid	81	81
Missing	0	0
Mean	26,26	1,79
Std. Deviation	7,340	,410
Minimum	18	1
Máximo	52	2

4.2. Confiabilidad escalas

Para efectos del presente estudio se obtuvo el coeficiente de confiabilidad de las siguientes escalas

4.2. 1. La escala DASS - 21 arrojó un coeficiente de confiabilidad de 0,90(ver tabla 14)

Tabla 14: DASS - 21

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0,905	21

4.2. 2. La escala de Autoestima (EAR) arrojó un coeficiente de confiabilidad de 0,89(ver tabla 15)

Autoestima (EAR)

Tabla 15: Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0,898	10

4.2. 3.La escala de apoyo social(MSPSS) arrojó un coeficiente de confiabilidad de 0,91(ver tabla 16)

Apoyo social(MSPSS)

Tabla 16: Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0,912	12

4.2.4. La escala de trauma (Marshall) arrojó un coeficiente de confiabilidad de 0,77(ver tabla 17)

Trauma (Marshall)

Tabla 17: Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0,774	21

4.2. 5. La escala autoeficacia(EAG) arrojó un coeficiente de confiabilidad de 0,88(ver tabla 18).

Autoeficacia(EAG)

Tabla 18: Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0,888	10

4.2. 6. La escala impulsividad (BISS – 11) arrojó un coeficiente de confiabilidad de 0,74(ver tabla 19)

Impulsividad (BIS – 11)

Tabla 19: Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0,740	30

4.3. Estadísticos descriptivos traumatización.

4.3.1. Medias y DT. Eventos traumáticos en contextos específicos

Los resultados obtenidos para el trauma en sistema de cuidado obtuvieron una media de 0,25 con una desviación estándar de 0,2. Para el trauma contextual se obtuvo una media de 0,3 con una desviación estándar de 0,25. Y para para el trauma por accidente o desastres se obtuvo una media de 0,34 con una desviación estándar de 0,31.

Parece ser que, en términos generales, están más traumatizados los sujetos por accidente o desastres naturales, seguido de los que han experimentado algún trauma contextual, y finalmente estarían los sujetos que han experimentado traumas en sistema de cuidado. (ver tabla 20)

Tabla 20: Statistics

	trauma en sistema cuidado	trauma contextual	trauma por accidentes o desastres
Valid	81	81	81
Missing	0	0	0
Mean	,25473	,30658	,34979
Std. Deviation	,206916	,252015	,311365
Minimum	,000	,000	,000
Maximum	,800	1,000	1,000

4.3.2. Frecuencias traumatización

El análisis de la frecuencia de la traumatización reveló que el 30,9 de los sujetos ha vivenciado entre 0 a 2 eventos traumáticos. Un 19,8 ha vivenciado entre 3 a 5 eventos, otro 29,6 ha experimentado entre 6 a 9 eventos, y un 19,8 de la muestra ha experimentado entre 10 a 15 eventos. Este último rango revela altos niveles de polivictimización que correspondería a 16 sujetos, además se observa que 24 sujetos también presentan un rango alto de frecuencia de traumatización. (ver tabla 21)

Tabla 21: Frecuencia traumatización

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0-2 EVENTOS	25	30,9	30,9	30,9
3-5 EVENTOS	16	19,8	19,8	50,6
6-9 EVENTOS	24	29,6	29,6	80,2
10-15 EVENTOS	16	19,8	19,8	100,0
Total	81	100,0	100,0	

4.3. 3. Frecuencias por tipo evento traumático.

4.3.3.1. Traumas vividos en el sistema de cuidado.

De acuerdo con lo señalado por los sujetos, el trauma que experimentaron con mayor prevalencia es el relativo a haber sido testigo de VIF verbal, con un porcentaje de 44,4%, seguido de un 37% correspondiente a ser cuidado por personas distintas a madre o padre. Otro indicador de trauma vivido por el sistema de cuidado es el haber sufrido castigo físico, con una prevalencia de 34,6%. (ver tabla 22)

Tabla 22: Traumas vividos en el sistema de cuidado

EVENTO	PORCENTAJE
SEPARACION CUIDADORES	29,6
SUFRIR CASTIGO FISICO	34,6
TESTIGO VIF FISICA	21
TESTIGO VIF VERBAL	44,4
ABUSO DE DROGAS DE FAMILIAR DIRECTO	23,5
DAÑO FISICO POR HABER SIDO CASTIGADO	18,5
DAÑO POR PARTE CUIDADOR	28,4
SER CUIDADO POR PERSONAS DISTINTAS PADRE O MADRE	37
VIVIR EN HOGAR DE PROTECCIÓN	2,5

4.3.3.2. Traumas vividos en contexto social.

Los traumas vividos en el contexto social de mayor prevalencia en los sujetos de la muestra son el bullying escolar con un 51,9%, seguido de violencia comunitaria con un 33,3%. Asimismo, se observa una prevalencia de 32,1% en traumas por cambios de colegio en tres o más oportunidades. (ver tabla 23)

Tabla 23: traumas vividos en contexto social

EVENTO	PORCENTAJE
BULLYING ESCOLAR	51,9
VIOLENCIA POLOLEO	14,8
VIOLENCIA COMUNITARIA	33,3
BURLAS OFENSAS POR PARTE PROFESOR/A	28,4
TRES O MAS CAMBIOS DE COLEGIO	32,1
TRES O MAS CAMBIOS DOMICILIO	23,5
SER MOLESTADO EN SU SEXUALIDAD	14,8

4.3.3.3. Traumas vividos por accidentes o desastres naturales/humanos

Se reporta mayor prevalencia en traumas relativos a haber vivenciado efectos de desastres naturales o humanos en los sujetos con un 48,1%, seguido de la vivencia de hospitalización prolongada con una prevalencia de 34,6%. (ver tabla 24)

Tabla 24: traumas vividos por accidentes o desastres naturales/ humanos

EVENTO	PORCENTAJE
SUFRIR ACCIDENTE GRAVE	22,2
HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA	34,6
VIVIO EFECTOS DE DESASTRE NATURAL O HUMANO	48,1

4.4. Estadísticos descriptivos variables de estudio (salud mental y socio afectivas) (MEDIA Y DT)

Los resultados arrojan un nivel de apoyo social con un máximo de 36 y una media de 27,62% seguido de la autoeficacia que arroja un máximo de 30 y una media de 24,0. Por otro lado, la impulsividad es de 39, 62% con un máximo de 62, seguido de Al parecer, los sujetos estarían percibiendo un buen apoyo social, respaldado por la autoeficacia, lo que puede explicar los bajos niveles de ansiedad y estrés, seguido de menor sintomatología depresiva. Asimismo, se observa que los sujetos serían moderadamente impulsivos. (ver tabla 25)

Tabla 25: Statistics

	estrés	depresión	ansiedad	autoestima	apoyo social	autoeficacia	impulsividad
Valid	81	81	81	81	81	81	81
	1		1	1			
Missing	0	0	0	0	0	0	0
Media	6,44	3,91	4,21	1,026	27,62	24,00	39,62
Std. Deviation	4,327	3,950	4,262	8,151	7,559	5,119	9,640
Minimum	0	0	0	0	4	9	18
Maximum	18	15	18	30	36	30	62

4.5. Correlaciones nivel Victimización / Variables de estudio

Tabla 26: correlaciones nivel victimización/ variables de estudio

Trauma sistema cuidado – apoyo social	-0.24
Trauma sistema cuidado – autoeficacia	-0.18
Trauma por accidentes o desastres – autoestima	0.20

4.6. Correlaciones variables salud mental (estrés, depresión, ansiedad, impulsividad) con variables socio afectivas

Se correlaciona estrés con apoyo social y autoeficacia de forma inversa; a mayor estrés menor apoyo social y menos autoeficacia. También la variable depresión se correlaciona de forma inversa con apoyo social, autoeficacia e impulsividad; a mayor depresión menor apoyo social y menor autoeficacia y mayor impulsividad. La variable ansiedad se correlaciona de forma inversa con apoyo social y con autoeficacia, es decir, a mayor ansiedad, menor apoyo social y menor autoeficacia. (ver tabla 27)

Tabla 27: Correlaciones variables salud mental (estrés, depresión, ansiedad)

3.7.6. con variables socio afectivas

		apoyo social	Autoeficacia	impulsividad
Estrés	Pearson Correlations	-,386**	-,296**	
Depresión	Pearson Correlations	-,327**	-,317**	,201*
Ansiedad	Pearson Correlation	-,255*	-,332**	3.7.6.

***.* Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

*.** Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

*.** Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

4.7. comparación variables estudio según frecuencia traumatización

Se realizó un análisis de varianza, para comparar las puntuaciones de las variables de estudio según la frecuencia de ocurrencia de episodios traumáticos. El análisis de varianza arrojó diferencias únicamente para la variable impulsividad ($F(3;77) = 2,692$, $p;0.05$) (ver tabla 28)

Tabla 28: ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Estrés	Between Groups	13,307	3	4,436	,230	,875
	Within Groups	1484,693	7	19,282		
	Total	1498,000	8			
Depresión	Between Groups	49,027	3	16,342	1,049	,376
	Within Groups	1199,368	7	15,576		
	Total	1248,395	8			
Ansiedad	Between Groups	44,286	3	14,762	,807	,494
	Within Groups	1409,146	7	18,301		
	Total	1453,432	8			
Autoestima	Between Groups	76,882	3	25,627	,377	,770
	Within Groups	5238,673	7	68,035		
	Total	5315,556	8			
apoyo social	Between Groups	164,198	3	54,733	,956	,418

	Within Groups	4406,9 38	7 7	57,233		
	Total	4571,1 36	8 0			
Autoeficacia	Between Groups	49,153	3	16,384	,6 16	, 606
	Within Groups	2046,8 48	7 7	26,582		
	Total	2096,0 00	8 0			
Impulsividad	Between Groups	705,88 7	3	235,29 6	2, 692	, 05*
	Within Groups	6729,2 48	7 7	87,393		
	Total	7435,1 36	8 0			

4.8. Comparación nivel impulsividad según frecuencia traumatización.

Empleando la prueba HSD de Tukey, se establece que el grupo de personas que ha sufrido de 10-15 eventos traumáticos, presenta un nivel de impulsividad significativamente superior al resto de los grupos. (ver tabla 29)

Tabla 29: Impulsividad

	N	Mean	Std. Deviation
0-2 eventos	25	33,72	10,679
3-5 eventos	16	36,06	7,954
6-9 eventos	24	37,17	9,201
10-15 eventos	16	43,56	8,548
Total	81	39,62	9,640

Capítulo V Conclusiones

5.1. Discusión

Esta investigación tuvo como propósito evaluar las consecuencias de largo plazo en sujetos adultos que han experimentado distintos tipos de victimizaciones en la infancia y/o adolescencia, en una muestra de 81 estudiantes universitarios. Se planteó la hipótesis de que los distintos tipos de victimización durante la infancia y/ o adolescencia se correlacionarían con ansiedad, depresión, impulsividad, baja autoestima, bajo apoyo social, y menor autoeficacia.

Para estos efectos, se analizó con detención los resultados obtenidos, respecto a la frecuencia de ocurrencia de episodios traumáticos que más se presentaron, prevalencia, diferencias por sexo, edad, además se comparó las variables de estudio según frecuencia de traumatización en el grupo muestral.

A continuación, se estarán discutiendo los principales hallazgos de este estudio.

Se puede deducir que, dentro de la muestra, un 30,9% de los estudiantes (25) reportó haber sido víctima de algún evento traumático, al menos una vez en su vida. Asimismo, un 29,6% (24 sujetos) refirieron haber experimentado entre 6 a 9 eventos, y un 19,8% correspondiente a 16 participantes, presentó alta frecuencia de eventos polivictimizantes

con 10 a 15 episodios. Esta última cifra es comparativamente inferior a la obtenida en un estudio similar realizado por Guerra, Inostroza, Villegas, Villalobos y pinto (2017) con sujetos adultos entre 17 a 33 años, con un 60,6% de episodios traumáticos, que se traduce en la experiencia de 7 o más tipos de victimización. Sin embargo, en la presencia de 0 a 2 episodios de trauma, este estudio reporta 30,9% de eventos traumáticos. Mas del doble de la cifra alcanzada en ese estudio que arrojó un 14,4% de una muestra de 180 estudiantes. Esta diferencia puede ser un indicador de los verdaderos índices de victimización en todos sus tipos, si consideramos que el tamaño muestral de este estudio⁸¹ estudiantes (con edad promedio de 26,26)

es comparativamente inferior al de Guerra, Inostroza, Villegas, Villalobos y pinto (2017) con un tamaño muestral de 180 estudiantes. Además de observar que la cantidad de sujetos que han vivido de 6 a 9 episodios de trauma (29,6%) no deja de ser un número muy cercano a los altos niveles de polivictimización.

Respecto a los traumas vividos en el sistema de cuidado, se pudo deducir que un 44,4% de la muestra, refirió haber sido testigo de violencia intrafamiliar(VIF)verbal, otro 37%, manifestó haber sido cuidado por personas distintas a madre o padre, mientras que un 34,6% refirió haber sufrido castigo físico. Estos resultados pudieron agravar la intensidad del daño si se conjugan al mismo tiempo, violencia intrafamiliar verbal, haber sufrido castigo físico, separación cuidadores, y ser cuidados por personas distintas a madre y padre, entre otros.

De la experiencia de episodios traumáticos vividos en contexto social, se puede concluir que un 51,9% reportó haber sufrido de bullying escolar, cifra significativa dado el tamaño de la muestra, régimen de estudio, donde la mayoría de los participantes (60) estudia en horario diurno, a diferencia de los que estudian bajo el régimen vespertino (21). Esta diferencia podría suponer que, si se hubiese alcanzado a encuestar a más estudiantes en régimen vespertino, donde el promedio de edad es superior al de la muestra, quizás los niveles de bullying hubiesen sido mayores, puesto que a mayor edad, mayor acumulación de experiencias, por tanto, quizás, mayor acumulación de daño. Por otro lado, un 32,1% reportó haberse cambiado de colegio con mayor frecuencia, lo que explicaría las consecuencias directas de bullying, junto a un 28, 4% de sujetos que reportó haber sido víctima de burlas u ofensas por parte de profesor/a.

Es sabido que, en general, el daño ocasionado por este tipo de trauma tanto en la infancia como en la adolescencia deja secuelas emocionales importantes en la vida adulta, tales

como bajos niveles de autoestima, ansiedad generalizada, falta de confianza, tendencia a la depresión.

Asimismo, un 33,3% del total, reportó haber sufrido de violencia comunitaria, lo que podría asociarse directamente a los constantes cambios de domicilio con un 23,5%.

Respecto a los traumas vividos por accidentes o desastres naturales, se pudo inferir que la exposición a eventos traumáticos relacionados con desastres naturales o humanos, fue reportada como el más común entre los participantes con un 48,1%.

Altas exposiciones a estos eventos eran de esperarse, dadas las condiciones geográficas y sociales que prevalecen en el País. Chile tiene una historia marcada por desastres naturales, inundaciones, terremotos, tsunamis, erupciones volcánicas, incendios forestales, entre otros. Un estudio realizado por el ministerio del interior reveló que, en los últimos tres años, se produjo el 43% de los desastres naturales registrados desde 1960 (La Tercera, 2018). Asimismo, la Convención Marco de las Naciones Unidas, declaró que Chile posee siete de las nueve principales características necesarias para calificar como una nación especialmente vulnerable a los efectos del cambio climático. Sumado a lo anterior, existen también altos índices de violencia, actos delictuales y una no menor cifra de accidentes automovilísticos, que corroboran los resultados.

Por otro lado, se reportó un porcentaje similar en sujetos que vivenciaron experiencias de hospitalización prolongada (34,6%). Este tipo de traumas pudo quizás ser más intenso, por los efectos conocidos que conlleva para un niño/a ser hospitalizado por tiempo prolongado, sobretodo estar en un centro médico, donde se encuentra de pronto en un ambiente que no le es propio.

. Esta prolongación de tiempo se podría haber convertido en uno de los factores más negativos para la estabilidad emocional del niño o niña, desarrollándose un grado de ansiedad mayor, tanto por estar lejos de la familia, de la escuela, los amigos, aparte de sufrir las dolencias propias de la enfermedad o daño físico. Quizás, estas posibles explicaciones tendrían un mayor respaldo si se hubiesen incorporado en este estudio registro de la frecuencia de ocurrencia de eventos traumáticos, así como el grado de intensidad de estos.

Respecto a las variables de estudio (salud mental y socio afectivas) se puede inferir que al parecer, los sujetos estarían percibiendo un buen apoyo social, respaldado por la autoeficacia, lo que puede explicar los bajos niveles de ansiedad y estrés, seguido de menor sintomatología depresiva. Asimismo, se observó que los participantes serían medianamente impulsivos.

Por otro lado, los resultados obtenidos entre las correlaciones, nivel victimización/ variables de estudio, permiten inferir que, el puntaje de trauma en el sistema de cuidado se correlacionó inversamente con apoyo social; a mayor trauma menor percepción de apoyo social en el sistema de cuidado. En cuanto al sistema de cuidado y autoeficacia, se pudo establecer que, a mayor trauma en el sistema de cuidado, menor autoeficacia. Sin embargo, se pudo inferir una relación directa entre trauma por accidentes o desastres naturales y autoestima. Los resultados obtenidos en este estudio corroboran en parte la hipótesis II, que plantea que el nivel de victimización se correlaciona indirectamente con percepción de bajo apoyo social, pérdida de autoeficacia y baja autoestima, resultando en esta última variable socioafectiva una correlación directa con los niveles de victimización (a mayor victimización por traumas por accidente o desastres naturales, mayor autoestima) . Esto último, quizás pudiera explicar un alza en los niveles de resiliencia que se observan no sólo a nivel individual, sino que también a nivel de cultural e idiosincrático de los chilenos (en general). Al parecer cuando ocurren eventos de esta naturaleza (terremotos, tsunamis, incendios masivos, etc.), se suele dar un clima de unión de país hacia una causa común, de resiliencia, de apoyo social, de mayor autoeficacia, y que podría generar un mayor grado de autoestima.

Del análisis de resultados respecto a la correlación entre variables de salud mental (estrés, depresión, ansiedad, impulsividad) y variables socio afectivas (apoyo social, autoestima, autoeficacia), se pudo establecer una relación inversa entre estrés con apoyo social y autoeficacia; a mayor estrés, menor percepción de apoyo social y autoeficacia.

También la variable depresión se correlacionó de forma inversa con apoyo social, autoeficacia e impulsividad; a mayor depresión menor apoyo social y menor autoeficacia y mayor impulsividad. La variable ansiedad se correlacionó de forma inversa con apoyo social y con autoeficacia, es decir, a mayor ansiedad, menor apoyo social y menor autoeficacia. Ahora bien, si establecemos la relación con la hipótesis I, donde se postula que el nivel de victimización se correlaciona directamente con estrés, ansiedad, depresión e impulsividad, se puede deducir que la única variable relacionada directamente con el nivel de victimización es la impulsividad. Por tanto, la baja aceptación de esta hipótesis puede explicarse por la autoeficacia y percepción de apoyo social de parte de familiares, amigos/as, y habilidades de afrontamiento que están manejando los estudiantes de esta muestra. Resaltando sólo el grado de impulsividad, que pudiera tener relación quizás por la edad de los participantes que en promedio es de 26,26, además de la capacidad resiliente que se está advirtiendo, sobre todo al momento de enfrentar situaciones de catástrofes o

desastres naturales. Posiblemente, las circunstancias difíciles o los traumas están permitiendo desarrollar en este grupo, recursos que estaban latentes y que ante circunstancias difíciles están apareciendo, incluso a sorpresa de los mismos individuos.

Finalmente, al comparar variables de estudio según frecuencia de traumatización, se pudo concluir en el análisis de varianza, que la única variable que arrojó resultados significativos fue la impulsividad. Pudiendo establecer una relación directa entre niveles de victimización e impulsividad; a mayor nivel de victimización, mayor nivel de impulsividad ($F(3;77) = 2,692, p;0.05$).

Junto a lo anterior, al comparar los niveles de impulsividad con la frecuencia de traumatización, aplicando la prueba HSD de Tukey, se pudo determinar que el grupo de personas que ha sufrido de 10 – 15 eventos traumáticos, presentaron un nivel de impulsividad significativamente superior al resto de los grupos.

5.2. Conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos durante todo el proceso investigativo, es necesario poner a prueba la pregunta de investigación: Los distintos tipos de victimización durante la infancia y/o adolescencia, ¿se correlacionan con estrés, ansiedad, depresión, impulsividad, baja autoestima, bajo apoyo social y menor autoeficacia? La respuesta a esta interrogante permite realizar todo un recorrido desde los comienzos hasta la obtención de resultados. Se deduce pues:

- Que existe correlación directa entre los tipos de victimización durante la infancia y/o adolescencia con la variable impulsividad.
- Que el grupo de personas que ha sufrido de 10 – 15 eventos traumáticos, presentaron niveles de impulsividad significativamente superior al resto de los participantes.
- Que todos los participantes han experimentado más de un episodio traumático (entre 0 a 2 eventos
- Que si se conjugaron al mismo tiempo el haber sido testigo de violencia intrafamiliar verbal(VIF), haber sido cuidado por personas distintas a madre o padre y además haber sufrido castigo físico, pudieron quizás, agravar la intensidad del daño, sobretodo en el vínculo de apego.
- También se pudo deducir qué, dentro de lo traumas vividos en contexto social, el acoso escolar o bullying, arrojó un alto porcentaje (51,9%), dado el tamaño

muestral. Esto pudo haber estado asociado a los cambios de colegio (3 o más cambios) sumado a las burlas u ofensas de parte de profesor/a.

- Asimismo, se pudo concluir que las personas que reportaron haber sufrido de violencia comunitaria, posiblemente también reportaron haber tenido tres o más cambios de domicilio.
- Se pudo inferir, además, que la alta exposición a eventos traumáticos relacionados con desastres naturales, eran de esperarse, dadas las condiciones geográficas y sociales que prevalecen en el país.
- Por otro lado, las personas que reportaron haber sido víctimas de hospitalización prolongada, pudieron quizás, haber experimentado mayores secuelas que la cronicidad de sucesos por separado.
- Respecto a las variables de estudio, se pudo deducir que, al parecer, los participantes (estudiantes universitarios) estarían percibiendo buen apoyo social, respaldado por mejor autoeficacia, lo que puede explicar los bajos niveles de ansiedad y estrés, seguido de menor sintomatología depresiva.

5.2.1 Limitaciones de estudio

Es importante señalar que en un comienzo se pensó en estimar una muestra representativa de 150 estudiantes, sin embargo, una de las razones por las cuales se obtuvo un total de 81 participantes, fue la elección del lugar para administrar los cuestionarios. Se invitaba a los estudiantes a participar en forma individual o en pequeños grupos que se encontraban en biblioteca, en patios de la universidad, en casino, entre otros. No así en forma masiva, como, por ejemplo, en una sala de clases con los alumnos/as ya ingresados, con la debida autorización de parte de algún coordinador y/o director de la carrera de Psicología y del profesor/a, a cargo de un curso en distintas carreras. Haber obtenido los datos de esta manera, hubiesen posibilitado obtener, quizás, el total de la muestra estimada.

Una segunda limitante de este estudio fue el no haber considerado el lugar de residencia original de los participantes, puesto que ello, habría respaldado la obtención de resultados respecto a la exposición a eventos traumáticos relacionados con desastres naturales o humanos, reportado como el más común entre los participantes con un 48,1%.

Chile tiene una historia marcada por desastres naturales, inundaciones, terremotos, tsunamis, erupciones volcánicas, incendios forestales, entre otros, en distintas regiones del país.

Otra limitante lo conforman los pocos estudios realizados hasta el momento sobre la polivictimización en Chile, en población adulta.

5.2.2. Sugerencias

Resulta interesante poder realizar nuevos estudios respecto a la impulsividad y su relación directa con el nivel de victimización, que quizás puede estar relacionado con la edad de los participantes, que son en su mayoría adultos jóvenes, y que a lo mejor han aprendido a afrontar situaciones adversas a través de conductas resilientes y posiblemente perciben buen apoyo social, lo que podría derivar en el uso de mayor autoeficacia, y autoestima.

Se sugiere, además, abrir el campo investigativo respecto al fenómeno de la polivictimización y su implicancia directa en el plano familiar, social – comunitario, educacional, y en la intervención clínica. Puesto que son los agentes principales en donde se focalizan los niveles de violencia en todos sus tipos que traen directa o indirectamente consecuencias negativas para las personas, sobre todo si estas están en pleno desarrollo evolutivo.

REFERENCIAS

6.1. Referencia bibliográfica

Antúñez, Z y Vinet, E. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Ter Psico.* (2012), vol.30, n.3, pp.49-55. ISSN 0718-4808.

Arechabala, M., y Miranda, C. (2002) Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región Metropolitana. *Cien. Enferm.* [Online] vol.8, n.1, pp.49-55. ISSN 0717-9553. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000100007>.

Bados, A., Greco, A., & Toribio, L. (2013). Eventos traumáticos en universitarios de psicología y sintomatología postraumática, de depresión, ansiedad y estrés en la actualidad. *Psicología Conductual*, 21(2), 303.

Bandura, A. (1977). Autoeficacia: hacia una teoría unificada del cambio conductual. *Revista de psicología*, 84, 191-215.

Bastidas Paredes, M. E., & Inaquiza Vizcaino, E. C. (2018). *Autoestima y rendimiento escolar de los estudiantes de octavo año de educación general básica de la unidad educativa Diego Abad de Cepeda de la ciudad de Quito, año lectivo 2016-2017*(Bachelor's thesis, Quito: UCE).

Becerra, A. P. E., & Saldaña, A. C. T. (2012) Psicología y acompañamiento a víctimas. - academia.edu

Calvete, E., Villardón, L., Estévez, A., & Espina, M. (2007). La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva al estrés: adaptación del cuestionario de estilo cognitivo para adolescentes. *Ansiedad y estrés*, 13(2-3), 215-227.

Campos, R. M. E., Delgado, A. O., & Jiménez, Á. P. (2012). Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: un análisis longitudinal de los efectos de moderación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 39-53.

Carvajal Zambrano, E., González Loo, E., & Quiñones Gongollón, D. (2014). *Discursos asociados a la polivictimización desde profesionales interventores en Programas especializados en Maltrato Infantil Grave de la comuna de Valparaíso* (Doctoral dissertation, Universidad Andrés Bello).

CID, P., Orellana, A., y Barriga, O (2010) Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev. Méd. Chile* [online]. vol.138, n.5, pp.551-557. ISSN 0034-9887. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000500004>.

Cortez, C. P., & Sanhueza, K. V. (2015). Experiencias de Victimización y Polivictimización en Jóvenes Chilenos. *Se finales*, 9, 5-25

Cuevas, E., Hernández. (2008) Escala de impulsividad de Barratt(bis-11) Revista mexicana de análisis de la conducta 2008 número 2(Dic)

Cuneo, C., González, I., Jara, M., Palomares, L., Rammasy, C., Cruz, C., ... & Cruz,

C. (2005). Validación externa de la Escala de Trauma de Marshall. *Florenzano R, Weil P, Carvajal C, Cruz C: Trauma Infanto-Juvenil y Psicopatología adulta. Santiago: Editorial Corporación de Promoción Universitaria.*

Echeburúa.; De Corral.; Amor. (2004) Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología clínica, legal y forense*, V4 2004(pp. 227-244).

Echeburúa, E., & Corral, P. D. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿ Cuándo, cómo y para qué. *Psicología Conductual*, 15(3), 373-387.

Espinosa, A. & Tapias, A. (2013). Psicología y acompañamiento a víctimas. Módulo 3. Proyecto de la Unión Europea para la capacitación de funcionarios públicos operado por la Universidad de San Buenaventura, Bogotá. ISBN: 978-958-57886-3-3 ER.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2015). Maltrato infantil en Chile: análisis comparativo 1994, 2000, 2006, 2012. Santiago, Chile: Unicef.

García, S., & Raquel, F. (2018). ANSIEDAD Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN LOS ADOLESCENTES DE LA IE JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI, TRUJILLO.

Guerra, C., Inostroza, R., Villegas, J., Villalobos, L., & Pinto-Cortez, C. (2017). Polivictimización y sintomatología postraumática: el rol del apoyo social y la autoeficacia. *Revista de psicología (Santiago)*, 26(2), 66-75.

Guerra, C., Ocaranza, C., & Weinberger, K. (2016). Searching for social support moderate the relationship between polyvictimization and externalizing symptoms: A brief report. *Journal of Interpersonal Violence*, 1-10 <http://dx.doi.org/10.1177/0886260516642293>

Guerra, C., Pereda, N., Guilera, G., & Abad, J. (2016). Internalizing symptoms and polyvictimization in a clinical sample of adolescents: The roles of social support and non-productive coping strategies. *Child Abuse & Neglect*, 54, 57-65. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.03.004>

González, F (2016): adaptación psicométrica de los cuestionarios “trauma symptom Checklist for Young Children” (TSCC) (tesis doctoral) Universidad Complutense, Madrid, España

González Loo, E., & Quiñones Gongollón, D. (2014). *Discursos asociados a la polivictimización desde profesionales interventores en Programas especializados en Maltrato Infantil Grave de la comuna de Valparaíso* (Doctoral dissertation, Universidad Andrés Bello).

González de Rivera, J. G., & Revuelta, A. M. Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis, 1*, 83.

Hernández, R. Fernández, C y Baptista, L. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: 6ta. Edición Editorial Mc Graw Hill Education

Martino, P. (2014). Un análisis de las estrechas relaciones entre el estrés y la depresión desde la perspectiva psiconeuroendocrinológica: el rol central del cortisol. *Cuadernos de Neuropsicología, 8*(1), 60-75.

MengeL, M., Margaret Rose Santa and LINHARES, María Beatriz Martins. Risk factors for infant developmental problems. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2007, vol.15, n.spe, pp.837-842. ISSN 1518-8345. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000700019>.

Morales-Rodríguez, F., & Trianes, M., & Blanca, M., & Miranda, J., & Escobar, M., & Fernández-Baena, F. (2012). Escala de Afrontamiento para Niños (EAN): propiedades psicométricas. *Anales de Psicología, 28* (2), 475-483. NOVA

Pereda, N., Guilera, G., & Abad, J. (2014). Victimización infanto-juvenil en España: Una revisión sistemática de estudios epidemiológicos. *Papeles del psicólogo, 35*(1). vol. 35(1), pp.66-77

Pereda, N., Abad, J., y Guilera, G. (2012). **Victimología del desarrollo**
Incidencias y repercusiones de la victimización y la polivictimización en jóvenes catalanes

Pinto Cortez, C. & Venegas Sanhueza, K. (2015). Experiencias de victimización y polivictimización en jóvenes chilenos. *Señales, 9*(14), 5-25. Recuperado de <https://goo.gl/hQazBS>

Reyes, A., & Acuña, L. (2008). Reportes de Niños y Padres sobre Eventos Vitales Estresantes y Síntomas de Enfermedad. *Interamerican Journal of Psychology, 42* (2), 272-286.

Rojas, C., Zegers, B., y Förster, C. (2009) La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores. *Rev. méd. Chile*[online]. 2009, vol.137, n.6, pp.791-800. ISSN 0034-9887. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000600009>.

Román, F., & Santibáñez, P., & Vinet, E. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records*, 6 (1), 2325-2336.

Salvo, L., y Castro, Andrea. (2013) Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt

(BIS-11) en adolescentes. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* [online], vol.51, n.4, pp.245-254. ISSN 0717-9227. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000400003>.

Sánchez Guerrero, Y. Relación entre estrés y depresión. Análisis de sus bases neurobiológicas. (2015)

Sierra, J., & Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Malestar E Subjetividad*, 3 (1), 10 - 59.

Squillace, M., Janeiro, J. P., & Schmidt, V. (2011). El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías **psicobiológicas de la personalidad**. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, 3(1), 8-18.

Talarn, A. (2006) El Trauma: Lectura psicopatológica y psicoanalítica. Propuesta del concepto de trauma relacional. *Correo de Psicoterapia y Salud Mental*, (6).

Tarragona Oriols, M. J., & Ezpeleta, L. (2016). Historia de victimización materna y su impacto sobre la salud mental de los menores en entornos de violencia de pareja. Universidad autónoma, Barcelona. Urbina Valenzuela, D. (1 de febrero de 2018). **Primera Encuesta Nacional de Polivictimización en Niñas, Niños y Adolescentes. La Tercera, p. 1.). Estrés y trastornos mentales:** aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 8-19.

Van der Kolk, BA (1996). La complejidad de la adaptación al trauma: autorregulación, discriminación de estímulos y desarrollo caracterológico.

Zambrano, E. González, E., y Quiñones, D. (2014). Discursos asociados a la polivictimización desde profesionales interventores en programas especializados en maltrato infantil grave de la comuna de Valparaíso.

Anexo 1

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Hola,

Por favor, invierta unos pocos minutos de su tiempo para rellenar el siguiente cuestionario. (marque con una “x” la respuesta que más lo/la represente)

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA									
Régimen de estudio	Diurno					Vespertino/Executive			
Sexo	Hombre					Mujer			
Edad							Años		
¿Actualmente, está usted?									
Soltero/a		Pareja		En pareja		Casado/a		Separado/a	
¿Tiene hijos?	Sí					No			
¿Cuál es su nacionalidad?									
Chilena		Peruana		Argentina		Boliviana		Colombia	
Otra									
¿Estudia actualmente?	Sí					No			
¿Qué área académica estudia?									
Ciencias Sociales		Ingeniería y Negocios					Educación		
Derecho		Comunicaciones y Arte					Arquitectura, diseño y Construcción		

Medicina Veterinaria y Agronomía		Otra				
Posee alguna profesión y/o estudios anteriores?		Sí		No		
¿Usted trabaja?		Sí		No		
Tipo de trabajo (responda sólo si su respuesta es afirmativa)						
Jornada completa		Media jornada		Jornada parcial (por Horas)		
¿En cual ciudad vive?						
Valparaíso		Quilpué		Viña del Mar		
Villa Alemana		Concón		Peñablanca		
Limache		Otra				
¿Usted profesa alguna religión?			Sí		No	
Católica		Evangélica		Mormona		
Testigo de Jehová	Otra					

Anexo 2

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Escala de valoración de Ansiedad, Depresión y Estrés (DASS-21)

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque una “x” alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted *durante la semana pasada*.

No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 Me aplicó
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

1.	Me costó mucho relajarme				
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca				
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo				
4.	Se me hizo difícil respirar				
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas				
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones				
7.	Sentí que mis manos temblaban				
8.	Sentí que tenía muchos nervios				
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo				
10.	Sentí que no tenía nada por que vivir				

11.	Noté que me agitaba				
12.	Se me hizo difícil relajarme				
13.	Me sentí triste y deprimido				
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo				
15.	Sentí que estaba al punto de pánico				
16.	No me pude entusiasmar por nada				
17.	Sentí que valía muy poco como persona				
18.	Sentí que estaba muy irritable				
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico				
20.	Tuve miedo sin razón				
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido				

Escala de Autoestima Rosenberg

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones en torno a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Marque con una “x” la respuesta que más lo identifica.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 Muy de acuerdo
- 1 De acuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 Muy en desacuerdo

1.	Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás				
2.	Creo que tengo un buen número de cualidades				

3.	En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/				
4.	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
5.	Siento que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a de mi				
6.	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
7.	En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a				
8.	Desearía valorarme más a mí mismo/a				
9.	A veces me siento verdaderamente inútil				
10.	A veces pienso que no soy bueno/a para nada				

Escala Multidimensional de Percepción de Apoyo Social (MSPSS)

Esta es una escala para medir el apoyo social percibido por usted en tres áreas: familia, amigos y otros significativos. Responda rápida y honestamente marcando con una “x” la opción que más le represente.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 Casi nunca
- 1 A veces
- 2 Con frecuencia
- 3 Siempre o casi siempre

1.	Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar				
2.	Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar				
3.	Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme				
4.	Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero				

5.	Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito .				
6.	Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme				
7.	Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas				
8.	Puedo conversar de mis problemas con mi familia				
9.	Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos.				
10.	Hay una persona que se interesa por lo que yo siento				
11.	Mi familia me ayuda a tomar decisiones				
12.	Puedo conversar de mis problemas con mis amigos				

Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarze

Indicaciones:

No hay respuestas correctas, ni incorrectas. Lea cada una de las afirmaciones, y marque con una “x” el número que considere conveniente. Utilice la siguiente escala para responder a todas las afirmaciones.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 Incorrecto
- 1 Apenas cierto
- 2 Más bien cierto
- 3 Ciertó

Afirmaciones

1	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga				
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.....				

3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.....				
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.....				
5	Gracias a mis cualidades puedo superar situaciones imprevistas				
6.	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles				
7.	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo				
8.	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario				
9.	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.....				
10.	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo				

Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)

Esta es una escala para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en las oraciones. Responda rápida y honestamente marcando con una “x” la opción que más le represente.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 Raramente o nunca
- 1 Ocasionalmente
- 2 A menudo
- 3 Siempre o casi siempre

1.	Planifico mis tareas con cuidado				
2.	Hago las cosas sin pensarlas				
3.	Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo fácilmente.				
4.	Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (mis pensamientos van muy rápido en mi mente)				
5.	Planifico mis viajes (actividades) con antelación				
6.	Soy una persona con autocontrol.				
7.	Me concentro con facilidad.				
8.	Ahorro con regularidad.				
9.	Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo.				
10.	Pienso las cosas cuidadosamente.				
11.	Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo para asegurarme que tendré dinero para mis gastos) (planifico mis estudios para asegurarme rendir bien)				
12.	Digo las cosas sin pensarlas				
13.	Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos				
14.	Cambio de trabajo frecuentemente (cambio de colegio con frecuencia)				
15.	Actúo impulsivamente				
16.	Me aburre pensar en algo por demasiado tiempo				
17.	Visito al médico y al dentista con regularidad				
18.	Hago las cosas en el momento en que se me ocurren				
19.	Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				

20.	Cambio de vivienda a menudo (no me gusta que mis padres vivan en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21.	Compro cosas impulsivamente				
22.	Yo termino lo que empiezo				
23.	Camino y me muevo con rapidez				
24.	Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)				
25.	Gasto más dinero de lo que tengo/ de lo que gano				
26.	Hablo rápido				
27.	Tengo pensamientos extraños(irrelevantes)cundo estoy pensando				
28.	Me interesa más el presente que el futuro				
29.	Me siento inquieto/a en clases (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar demasiado tiempo)				
30.	Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

Escala de Trauma: Marshall

Tipo de evento (Marque con una “x” si estos sucesos han estado ausente o presente en su experiencia de vida (desde 0 a 20 años)

NO(ausente): 0

SI(presente): 1

1	Separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes		
2	Experiencia de haber sufrido castigo físico		
3	Haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador		
4	Haber presenciado violencia verbal entre los padres o cuidador		

5	Abuso de alcohol o drogas por miembro de la familia		
6	Daño físico después de haber sido castigado/a		
7	Daño psicológico de parte de padre, madre o cuidador		
8	Experiencia de haber sido víctima de burlas y comentarios ofensivos por parte de compañeros/as.		
9	Haber sido víctima de violencia en el pololeo		
10	Experiencia de violencia comunitaria, relativa a ser testigo de agresiones en la calle, asaltos, de tiroteos o haber sufrido hurtos en el propio hogar		
11	Experiencia de haber sido víctima de burlas y comentarios ofensivos por parte de profesor/a		
12	¿Cuándo niño/a sucedió algún accidente de gravedad?		
13	¿Cuándo niño/a debió estar hospitalizado por un periodo de largo tiempo?		
14	¿Cuándo niño/a debió ser cuidado por personas distintas a sus padres?		
15	¿Cuándo niño /a le tocó vivir en algún hogar de protección?		
16	¿Cuándo niño/a y/o adolescente tuvo distintos cambios de colegio (3 o más)?		
17	¿Cuándo niño/a sucedió algún accidente de gravedad?		
18	¿Cuándo niño/a debió cambiarse de domicilio en varias oportunidades (más de cuatro veces)?		
19	¿Cuándo niño/a ha vivido directamente efectos de algún desastre natural o humano (terremotos, tsunamis, aluviones, incendios)?		
20	¿Cuándo niño/a se ha sentido molestado en su sexualidad por otras personas?		
21	¿Cuándo niño /a vivió alguna otra situación traumática que no aparezca en las preguntas?		

Anexo 3.

Consentimiento informado

La investigación que se pretende realizar es un trabajo de Tesis para optar al Título de Psicóloga de las estudiantes de 5° año de la carrera de Psicología de la Universidad de las Américas sede Viña del Mar: Macarena Ocampo Pino y Paulina Ocampo Pino. Guiadas por el Académico Ps. Hugo Plaza Villarroel quien será el investigador responsable.

Este formulario de consentimiento informado tiene la finalidad de ayudarle a tomar la decisión de participar en este estudio de investigación.

Léalo minuciosamente, y discuta cualquier inquietud que tenga con el investigador responsable a cargo del estudio, o alguno de sus colaboradores. Igualmente, si lo considera necesario puede discutir su participación en la investigación con su familia o cercanos antes de tomar la decisión.

Es así como en este trabajo se pretende conocer si los distintos tipos de victimización ocurridos durante la infancia y/o adolescencia, se correlacionan con ansiedad, depresión, impulsividad, baja autoestima, bajo apoyo social y menor autoeficacia en sujetos adultos

Título

Polivictimización: Repercusiones en la etapa adulta - Estudio Correlacional

Investigador responsable

Ps. Hugo Plaza Villarroel, Magister en Psicología e investigador responsable.

Estudiantes, Macarena Ocampo Pino y Paulina Ocampo Pino.

Patrocinante

Escuela de Psicología, Universidad de las Américas sede Viña del Mar

Alumno@ Titular: Es nuestro deber informar a usted:

1.- Que su autorización para realizar este estudio es voluntaria y que su negativa a participar no influirá en la relación sostenida hasta este momento con el establecimiento.

2.- Que la información obtenida será usada únicamente con el propósito de esta investigación, será confidencial y se guardarán los registros en la Universidad de las Américas sede Viña del Mar ubicada en 7 norte 1348. Tendrán acceso a ella sólo el investigador responsable y sus colaboradores.

3.- Qué, si en el futuro la información obtenida de usted fuera usada para otra investigación, se solicitará nuevamente su autorización por medio de otro consentimiento informado.

4.- Que usted no recibirá aportes económicos por su participación ni se le cobrarán los test que se le realicen mientras sea participe de esta investigación.

5.- Que no existen riesgos de este procedimiento, sin embargo, ante cualquier inquietud el investigador responsable de este estudio, Ps. Hugo Plaza, estará disponible para contestar cualquier duda al mail; (investigaciónadultosudla@gmail.com)

6.- La duración de este estudio será en tiempo aproximado de 15 a 20 minutos para responder cuestionarios, donde se pretende ahondar sobre el fenómeno de la polivictimización y correlacionar si efectivamente la vivencia de eventos traumáticos cronificados en el tiempo, experimentados en diversos momentos vitales, repercute en la vida adulta y en la estabilidad de los sujetos.

7.- Los resultados de esta investigación pueden ser publicados, sin identificar a los participantes, en medios de difusión con objetivos académicos.

8.- Usted será informado de cualquier hallazgo derivado de su participación en la investigación, que pueda cambiar su decisión de continuar en este estudio. El investigador puede retirarlo de esta investigación sin necesidad de su consentimiento si estima que es de riesgo para usted continuar en él.

9.- Este informe científico fue aprobado por la Escuela de Psicología de la Universidad de las Américas, sede Viña del Mar. En caso de consultas sobre sus derechos como sujeto del estudio, puede dirigirse al teléfono (32) 2524100 o al correo electrónico ivan.echeverria@udla.cl

10.- Usted puede hacer abandono de este estudio cuando quiera o lo estime conveniente, quedando exento de represalias de parte de investigadores u otros.

11.- Al firmar a continuación acepta que:

- ☐ Leyó este formulario de consentimiento.
- ☐ Se le ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que le asisten y que se puede retirar de esta en el momento que lo desee.
- ☐ No renuncia a ningún derecho que le asista.
- ☐ Firma este documento, voluntariamente, sin ser forzada/o a hacerlo.
- ☐ Al momento de la firma, recibirá una copia firmada y fechada de este formulario de consentimiento.

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FIRMA USUARIO

O PROFESIONAL RESPONSABLE

Nombre _____

Nombre _____

RUT

RUT

Teléfono: _____

Correo: _____

En fecha: _____ de _____ del 2018