



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN

Modalidad Proyecto De Investigación

TEMA

Caracterización de los principales trastornos no diagnosticado en la infancia y sus efectos psicológicos en la edad adulta. Manta 2025

Estudiante:

Adriana Karelys Alcivar Cadena

Tutor:

Psi. Clin. Zoila Maria Alava Vasquez

Periodo 2025-2

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA

Certificado de autoria

Yo, Adriana Karelys Alcivar Cadena, estudiante de la carrera de Psicología, en calidad de autora del trabajo de investigación titulado “Caracterización de los principales trastornos no diagnosticado en la infancia y sus efectos psicológicos en la edad adulta. Manta 2025”, modalidad Proyecto de Investigación, declaro que el mismo ha sido desarrollado cumpliendo con los principios éticos, metodológicos, y académicos establecidos por la Institución.

Declaro que el contenido Presentado en este estudio corresponde exclusivamente a mi autoría, asumiendo la responsabilidad académica y legal derivada de su elaboración y presentación.

Autorizo la digitalización y publicación del presente trabajo en el repositorio institucional con fines estrictamente académicos y no comerciales conforme a lo establecido en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.


Para constancia de lo expuesto, se firma la presente certificación en la ciudad de Manta, periodo 2025-2.



Adriana Karelys Alcivar Cadena

C. I. 1313668228

CERTIFICACIÓN DE APROVACIÓN

	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTORÍA).	CÓDIGO: PAT-04-F-010
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACION CURRICULAR	REVISIÓN: 1 Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

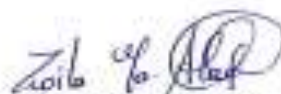
Haber dirigido y revisado el trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de la estudiante: **ADRIANA KARELYS ALCIVAR CADENA**, legalmente matriculada en la carrera de Psicología, período académico 2025-2, cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema del proyecto es: **Caracterización de los principales trastornos no diagnosticados en la infancia y sus efectos psicológicos en la edad adulta, Manta 2025.**

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 26 de enero del 2026.

Lo certifico,



PsI. Clín. Zaira María Ávila Vázquez, Mgs.
Docente Tutoría
Área: Ciencias de la Salud

DEDICATORIA

A mi madre y a mi familia, quienes han sido un apoyo incondicional a lo largo de este proceso.

A mi hijo, mi mayor bendición y el impulso que me motivó a no rendirme y llegar hasta el final.

A mi pareja, por sus palabras de motivación y apoyo.

A mi tutora, Psi. Clin. Zoila María Álava Vásquez, por su excelente trabajo, paciencia y valioso acompañamiento durante el desarrollo de esta investigación.

Adriana Karelys Alcivar Cadena

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecerle a Dios por ser mi fiel acompañante durante todo este proceso, en donde hubo momentos que decaí y él me levanto en respuesta a mis oraciones.

A mí misma por permitirme llegar lejos, cuando muchas personas no creyeron capas que lo lograría.

A mi madre por creer en mí y confiar que lo iba a lograr, esta meta no es solo mía es de las dos porque yo sé el sacrificio que usted ha hecho por mí para ayudarme, gracias por ese ejemplo de mujer y por su amor infinito e incondicional.

A mi amado hijo Saulito que no llego en el mejor momento, pero fue uno mis mayores motivos que tuve para llegar hasta aquí, porque gracias a su inocencia me lleno de fuerza y dio el valor para continuar y por él culmino esta etapa y ahora puedo dedicarle el tiempo que no tuve mientras terminada esta carrera.

A mis hermanas, aunque no estuvieron físicamente a mi lado, pero emocionalmente fueron una gran ayuda a través de cada llamada cada mensaje cada voz de aliento que me dieron mientras estábamos distantes, gracias por estar siempre a mi lado.

A mi pareja por sostener mi mano y acompañarme en este camino gracias por el amor, paciencia y apoyo incondicional que me ha brindado en todo este tiempo que decidimos unir nuestras vidas.

Adriana Karelys Alcivar Cadena

Resumen

El objetivo general del estudio fue caracterizar los efectos de la salud mental de los trastornos no diagnosticados en la infancia y sus efectos psicológicos en la edad adulta, cuyo objetivos específicos: identificar los efectos de la salud mental de los trastornos no diagnosticados en la infancia en la edad adulta, describir los principales efectos de la salud mental de los trastornos no diagnosticados en la infancia y realizar recomendaciones para reducir los efectos negativos en la salud mental de los trastornos no diagnosticados en la infancia. Su enfoque fue mixto, con diseño exploratorio-explicativo y observacional retrospectivo. La población fueron adultos residentes en Manta que reportaron síntomas psicológicos en la infancia sin diagnóstico profesional. Se aplicaron la Escala de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE) y el cuestionario DASS-21 a 50 participantes, además, se realizaron entrevistas semiestructuradas para profundizar en las experiencias subjetivas. Los resultados indican que el 84 % experimentó al menos una adversidad en la infancia, y el 34 % presentó alta exposición ($ACE \geq 4$). Las experiencias más frecuentes fueron la negligencia emocional (58 %), la violencia intrafamiliar (52 %) y el abuso psicológico (48 %). El 50 % evidenció niveles de depresión entre moderados y muy graves, el 58 % presentó ansiedad de moderada a muy severa y el 50 % reportó niveles significativos de estrés. Se concluye que las experiencias adversas y los trastornos no diagnosticados en la infancia generan un impacto significativo y acumulativo en la salud mental durante la adultez.

Palabras clave: Trastornos infantiles no diagnosticados, salud mental, adultez, experiencias adversas en la infancia.

Abstract

The overall objective of this study was to characterize the mental health effects of undiagnosed childhood disorders and their psychological effects in adulthood. Specific objectives included identifying the mental health effects of undiagnosed childhood disorders in adulthood, describing the main mental health effects of undiagnosed childhood disorders, and making recommendations to reduce the negative mental health effects of undiagnosed childhood disorders. The study employed a mixed-methods approach, with an exploratory-explanatory and retrospective observational design. The population consisted of adults residing in Manta who reported psychological symptoms in childhood without a professional diagnosis. The Adverse Childhood Experiences Scale (ACE) and the DASS-21 questionnaire were administered to 50 participants. In addition, semi-structured interviews were conducted to explore subjective experiences in greater depth. The results indicate that 84% experienced at least one adversity in childhood, and 34% presented high exposure ($ACE \geq 4$). The most frequent experiences were emotional neglect (58%), domestic violence (52%), and psychological abuse (48%). Fifty percent showed moderate to very severe levels of depression, 58% presented moderate to very severe anxiety, and 50% reported significant levels of stress. It is concluded that adverse experiences and undiagnosed disorders in childhood have a significant and cumulative impact on mental health in adulthood.

Key Word: Undiagnosed childhood disorders, mental health, adulthood, adverse experiences in childhood.

Indice

CERTIFICACIÓN DE AUTORÍA.....	ii
CERTIFICACIÓN DE APROVACIÓN	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
Resumen	vi
Abstract	vii
INTRODUCCIÓN	1
Problema de investigación.....	2
Justificación.....	4
Objetivos.....	6
<i>Objetivo general</i>	6
<i>Objetivos específicos</i>	6
CAPÍTULO I - MARCO TEORICO	7
1. Psicopatología del Desarrollo	7
1.1. Desarrollo Infantil Normal y Patológico	8
1.2. Factores de Riesgo y Protección en la Infancia.....	10
1.3. La Importancia del Diagnóstico Temprano	13
1. Trastornos del Neurodesarrollo y Otros Trastornos de Inicio en la Infancia no diagnosticados	

2.1 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)	15
2.2 Efectos en la Adulthood	16
2.3 Psicopatología Primaria y Secundaria	17
2.2. Trastornos de Ansiedad y Depresión en la Infancia	18
2.3. Trastorno Negativista Desafiante (TND) y Trastorno de Conducta (TC)	20
2.4. Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y Trauma Complejo (TEPT-C) en la Infancia	22
3. Efectos Psicológicos en la Edad Adulta de los Trastornos Infantiles No Diagnosticados	23
3.1. Sintomatología Psicopatológica Común en la Adulthood	23
3.2. Impacto en el Funcionamiento Psicosocial	25
3.3. Mecanismos Mediadores y Moderadores	27
1. Perspectivas Contextuales y Culturales	28
4.1. Factores Socioeconómicos y de Salud Pública en Ecuador	28
4.2. Impacto de Desastres Naturales y Eventos Traumáticos Locales	29
4.3. Rol de la Familia y la Comunidad en el Contexto Ecuatoriano	30
5. Implicaciones para la Detección, Intervención y Prevención	30
5.1. Importancia de la formación y sensibilización: Para profesionales de la salud, educadores y padres	31
5.2. Estrategias de cribado y evaluación: Desarrollo de herramientas adaptadas culturalmente	31
5.3. Enfoques terapéuticos para adultos: Terapias que abordan el trauma complejo, esquemas desadaptativos, y déficits en habilidades	32
5.4. Rol de la investigación: Para generar evidencia local que informe las políticas y prácticas	33

5.5. Teorías Psicológicas sobre trastornos no diagnosticados en la niñez y efectos en la adultez	34
<i>5.5.1 Teoría Psicodinámica (Sigmund Freud)</i>	35
<i>5.5.2 Teoría del Aprendizaje Social</i>	36
<i>5.5.3 Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erik Erikson</i>	37
<i>5.5.4 Teoría Ecológica del Desarrollo de Urie Bronfenbrenner</i>	38
CAPÍTULO II - DISEÑO METODOLOGICO	41
2.1. Características Generales del Diseño	41
2.2. Población y muestra	41
2.3. Población Objetivo	42
2.4. Diseño Muestral	42
2.5. Criterios	43
2.7. Técnicas y Procedimientos	46
2.9. Procedimientos	49
2.10. Principios Éticos	52
CAPITULO III - RESULTADOS	54
3.1. Análisis de los resultados	54
3.2 Relación estadística descriptiva entre ACE y DASS-21	58
3.3. Síntesis estadística	59
3.4. Resultados de las entrevistas	60
Segmentos codificados:	61
3.5. Discusión	63

CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	68
Bibliografía	70
ANEXOS	84
ANEXO A. FORMULARIO DE ENTREVISTA	84
ANEXO B. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA	85
ANEXO C. INSTRUMENTO DASS 1	87
ANEXO D. CUESTIONARIO PARA ADULTOS DE EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA	88
ANEXO E. CERTIFICADO DE PLAGIO	89
ANEXO F. CERTIFICADO CEISH	90

Indice de tablas

Tabla 1	39
Tabla 2	44
Tabla 3	54
Tabla 4	55
Tabla 5	56
Tabla 6	56
Tabla 7	57
Tabla 8	58
Tabla 9	58

Tabla 10	60
Tabla 11	62

INTRODUCCIÓN

La salud mental infantil es actualmente una de las mayores preocupaciones en el ámbito educativo, sanitario y social, ya que los cambios psicológicos que no se detectan ni tratan rápidamente en la infancia tienden a persistir y empeorar en etapas posteriores del desarrollo. Diversos estudios han demostrado que las experiencias adversas tempranas, las dificultades emocionales persistentes y los trastornos del neurodesarrollo que no se tratan adecuadamente pueden convertirse en factores de riesgo importantes para el desarrollo de ansiedad, depresión, problemas de conducta y deterioro del funcionamiento psicosocial en la adolescencia y la edad adulta. En este sentido, Baría et al. (2022) sugieren que muchas manifestaciones emocionales tempranas tienden a ser normalizadas o invisibilizadas por los entornos familiares y educativos, limitando la detección temprana y retrasando el acceso a procesos de evaluación psicológica e intervención profesional.

En el contexto ecuatoriano, y especialmente en la ciudad de Manta, existe una limitada cultura de prevención en salud mental infantil, así como pocos protocolos sistemáticos para la identificación temprana de trastornos psicológicos en niños y niñas. Esta situación permite que muchas dificultades emocionales y conductuales pasen desapercibidas durante años, con efectos acumulativos en el bienestar psicológico de las personas. La literatura científica señala que trastornos como el TDAH, la ansiedad infantil, la depresión de aparición temprana y los efectos del trauma infantil pueden afectar significativamente la autoestima, la regulación emocional, el rendimiento académico y las relaciones interpersonales en la edad adulta (Rusca et al., 2020).

De esta realidad surge la necesidad de profundizar el análisis de las consecuencias psicológicas asociadas a trastornos no diagnosticados en la infancia, especialmente en poblaciones adultas que reconocen haber mostrado síntomas tempranos sin ayuda profesional

oportuna. Así, el problema científico que guió este estudio fue:

¿Cómo afectarán los trastornos psicológicos infantiles no diagnosticados a la salud mental de los adultos de la ciudad de Manta en el año 2025?

Este estudio se justificó tanto por su importancia social como por sus aportes académicos y prácticos. Desde una perspectiva social, destacó un problema a menudo invisible que afecta la calidad de vida de muchas personas. Desde una perspectiva académica, contribuyó a fortalecer el conocimiento local sobre salud mental y desarrollo psicológico, aportando evidencia empírica que puede ser utilizada por profesionales de la psicología, docentes y tomadores de decisiones para promover estrategias de prevención, detección temprana e intervención oportuna. También tuvo utilidad práctica en el desarrollo de recomendaciones dirigidas a fortalecer la atención psicológica temprana en contextos familiares y educativos.

Según lo antes mencionado, el objetivo general del estudio fue caracterizar el impacto psicológico de los adultos residentes en la ciudad de Manta en el año 2025, el cual se relaciona con trastornos infantiles no diagnosticados de los niños. Para lograr esto, se fijaron objetivos específicos: identificar los principales requisitos previos de experiencias adversas y trastornos psicológicos no diagnosticados, describir las dificultades emocionales mencionadas en la infancia y las dificultades psicológicas asociadas con ellas, y proponer recomendaciones para la prevención y detección temprana de problemas de salud mental en niños.

Problema de investigación

En Ecuador, la salud mental infantil ha emergido como una preocupación significativa, es así que un informe de UNICEF Ecuador indica que 4 de cada 10 estudiantes afirmaron sentirse “*muy angustiados o tensionados*” durante la pandemia. Esta situación es especialmente crítica porque, según el mismo documento, cuando los niños enfrentan adversidades frecuentes o

prolongadas sin el soporte adecuado, *“las consecuencias pueden afectar su desarrollo cognitivo, capacidad de aprendizaje y regulación emocional a largo plazo”*. (UNICEF Ecuador, 2020) En lo que respecta a los trastornos del neurodesarrollo como el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) o el Trastorno del Espectro Autista (TEA) un estudio realizado en Quito encontró una prevalencia general de alteraciones del neurodesarrollo del 5,8 % en niños de 0 a 6 años (Ron Benavides, 2021). Además, se ha señalado que *“en Ecuador no hay suficientes profesionales entrenados para evaluar y diagnosticar trastornos del neurodesarrollo”*. (Villegas, 2023) En consecuencia, la detección temprana y la intervención oportuna siguen siendo insuficientes, lo que amplifica el riesgo de que múltiples trastornos psicológicos en la adultez tengan su origen en experiencias infantiles no diagnosticadas o no intervenidas, representando un desafío urgente tanto para el ámbito clínico como para el educativo.

Esta omisión diagnóstica puede deberse a diversos factores: desconocimiento por parte de padres y cuidadores, limitaciones en los sistemas de salud, estigmatización de la salud mental infantil, o la falta de recursos especializados en determinadas regiones. Cuando estos cuadros no son tratados a tiempo, es común que se manifiesten en la adultez como trastornos de mayor complejidad, como el trastorno de estrés postraumático, la depresión mayor, dificultades de regulación emocional o problemas en el establecimiento de vínculos afectivos y sociales (Portella, 2021). Por tanto, advierten que las experiencias adversas de la infancia se relacionan con una mayor probabilidad de desarrollar trastornos mentales graves en etapas posteriores de la vida.

En el contexto local de Manta, se percibe una carencia en los mecanismos de identificación y atención temprana de estas problemáticas; aunque existen iniciativas educativas y sanitarias, estas no siempre logran articularse eficientemente para garantizar un seguimiento

integral. Vega (2024) resalta que el impacto de trastornos como el TDAH en la vida escolar y social de los niños no solo se refleja en su desempeño académico, sino también en el desarrollo de una autoestima frágil, dificultades interpersonales y comportamientos de riesgo en la adultez, cuando no son intervenidos a tiempo.

Dado este panorama, surge la necesidad de investigar y caracterizar los principales trastornos psicológicos que, al no ser diagnosticados durante la infancia, presentan consecuencias significativas en la adultez. La investigación pretende aportar al conocimiento actual al identificar los efectos psicológicos más frecuentes, así como a generar recomendaciones para fortalecer los sistemas de detección temprana en contextos similares al de Manta. La pregunta general se establece de la siguiente forma:

¿Cuáles son los efectos en la salud mental de los trastornos no diagnosticados en la infancia y cómo se manifiestan psicológicamente en la edad adulta en la ciudad de Manta en 2025?

Justificación

La investigación es importante debido a la creciente prevalencia de problemas de salud mental que permanecen ocultos o sin tratamiento oportuno; estos trastornos afectan el bienestar emocional y social del individuo en la infancia, también generan consecuencias profundas y prolongadas en la adultez, impactando negativamente la calidad de vida, la productividad y las relaciones interpersonales. Por ende, es esencial entender en profundidad estas problemáticas para contribuir al diseño de estrategias de detección temprana y prevención.

El interés por la investigación radica en la necesidad de llenar vacíos existentes en el conocimiento y la práctica clínica local, especialmente en la ciudad de Manta, donde los recursos y protocolos para la identificación precoz de trastornos infantiles aún son limitados. Además,

aporta evidencia relevante que puede ser utilizada por profesionales de la salud, educadores y autoridades para mejorar la atención psicológica y desarrollar programas de intervención más efectivos; esta investigación facilitará la sensibilización sobre la importancia de la salud mental desde las primeras etapas del desarrollo.

La investigación es factible en términos metodológicos y de recursos disponibles, contando con acceso a fuentes documentales, técnicas de recolección de datos como entrevistas y grupos focales, y el respaldo teórico necesario. Se espera que los resultados contribuyan a la generación de conocimiento aplicado, promoviendo la prevención de efectos adversos en la adultez derivados de trastornos no tratados en la niñez, con un impacto positivo en la sociedad, la familia y el sistema de salud mental regional.

Objetivos

Objetivo general

Caracterizar los efectos de la salud mental de los trastornos no diagnosticados en la infancia y sus efectos psicológicos en la edad adulta. Manta 2025.

Objetivos específicos

- Identificar los efectos de la salud mental de los trastornos no diagnosticados en la infancia y sus efectos psicológicos en la edad adulta. Manta 2025.
- Describir los principales efectos de la salud mental de los trastornos no diagnosticados en la infancia y sus efectos psicológicos en la edad adulta. Manta 2025.
- Realizar recomendaciones para reducir los efectos negativos en la salud mental de los trastornos no diagnosticados en la infancia y sus efectos psicológicos en la edad adulta. Manta 2025.

CAPÍTULO I - MARCO TEORICO

1. Psicopatología del Desarrollo

La psicopatología del desarrollo está integrada en la investigación en salud mental como un fenómeno dinámico que no se limita a la ausencia de enfermedad, sino que implica la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales en diferentes etapas de la vida. Este enfoque nos permite comprender cómo las experiencias tempranas, las relaciones familiares y los cambios culturales y ambientales influyen en la trayectoria del desarrollo emocional y conductual desde la niñez hasta la adolescencia. Además, enfatiza la importancia de analizar no sólo los síntomas clínicos, sino también las capacidades adaptativas y los factores de vulnerabilidad que pueden llevar a los individuos a desarrollar trastornos psicopatológicos, reconociendo que tanto el contexto histórico como las estructuras sociales actuales determinan la expresión y desarrollo de estos patrones (García, 2020).

La psicopatología del desarrollo es un enfoque integrador que percibe los trastornos psicológicos como procesos dinámicos que surgen y se transforman en diferentes etapas de la vida, desde la niñez hasta la edad adulta, en interacción con factores biológicos, psicológicos y sociales. En esta perspectiva, se reconoce que los síntomas emocionales y conductuales no se manifiestan de manera estática, sino que su manifestación, riesgo y desarrollo dependen del contexto evolutivo y de las transiciones propias de cada etapa, por lo que comprender el trastorno requiere de un análisis longitudinal del desarrollo individual. Por lo tanto, la disciplina examina cómo los factores de riesgo, las experiencias tempranas y las diferencias individuales influyen en la configuración de patrones psicopatológicos, reconociendo que los procedimientos diagnósticos y terapéuticos deben adaptarse a la etapa de desarrollo en la que se encuentra una persona para que sean efectivos (Odriozola & Rodríguez, 2020).

1.1. Desarrollo Infantil Normal y Patológico

El desarrollo infantil comprende una serie de transformaciones físicas, cognitivas, emocionales y sociales que ocurren desde el nacimiento hasta la adolescencia; estas transformaciones siguen un curso esperado, aunque con variaciones individuales. Según Cotoniato et al., (2021) en un desarrollo infantil normal, los niños adquieren habilidades motoras, del lenguaje, cognitivas y emocionales en función de su edad cronológica. Sin embargo, cuando existen alteraciones en la adquisición de estas habilidades, se considera que hay un desarrollo patológico, el cual puede manifestarse en forma de retrasos, trastornos del aprendizaje, dificultades emocionales o de comportamiento persistentes.

Las teorías del desarrollo permiten comprender cómo evoluciona el ser humano en la infancia y cómo una desviación en este proceso puede tener repercusiones duraderas. Piaget plantea que el desarrollo cognitivo se da en etapas secuenciales, donde el niño construye su conocimiento activamente; una interrupción en alguna de estas etapas puede dificultar la adquisición de habilidades lógicas o lingüísticas (Navarrete, 2021). Por su parte, Vygotsky resalta la importancia de la interacción social y el lenguaje en la formación de las funciones mentales superiores, resaltando que la falta de estimulación o de un entorno culturalmente rico puede limitar el desarrollo del pensamiento complejo (Vilchez, 2023).

Cuando un niño no cuenta con un entorno adecuado para su desarrollo, ya sea por negligencia, pobreza o carencias afectivas, se incrementa el riesgo de que aparezcan trastornos psicológicos no diagnosticados a tiempo; estos pueden incluir dificultades emocionales como ansiedad, irritabilidad o problemas en la socialización, que en muchos casos pasan desapercibidos (Piña, 2022). Por tanto, la falta de intervención en estas etapas sensibles puede generar consecuencias acumulativas que afecten gravemente el bienestar en la adultez.

No existe un modelo único de normalidad independiente del tiempo y del contexto, ya que los parámetros de normalidad generalmente se definen estadísticamente y se utilizan para comparar las trayectorias de niños y niñas, lo que puede llevar a interpretar las variaciones del desarrollo como desviaciones, cuando en realidad son parte de la diversidad de trayectorias individuales. desafía la idea de normalidad universal y aboga por una comprensión más amplia del desarrollo como un proceso complejo en el que cada niño o niña puede mostrar variación sin necesariamente indicar patología. De esta manera, se reconoce el "desarrollo infantil normal" como referencia para comprender patrones generales de crecimiento y capacidad, pero siempre en relación con contextos históricos, sociales y éticos específicos (Remorini & Rowensztein, 2022).

De igual forma, los trastornos del neurodesarrollo como el TDAH, el trastorno del espectro autista o los trastornos del lenguaje, muchas veces no se diagnostican de forma oportuna en la infancia. En algunos casos, de acuerdo con Robledo et al., (2022) los síntomas son atribuidos erróneamente a inmadurez o rebeldía, lo que retrasa la intervención adecuada; esta falta de diagnóstico puede desencadenar una cadena de dificultades escolares, sociales y emocionales, impactando directamente en la autoestima del niño y condicionando su adaptación a la vida adulta.

En ese sentido, es importante reconocer la infancia como un periodo crítico del desarrollo en el que tanto los avances como las interrupciones tienen consecuencias significativas. Comprender las diferencias entre el desarrollo normal y patológico, en base a las teorías del desarrollo y la evidencia neurocientífica, permite establecer estrategias de intervención más eficaces y con mayor impacto a largo plazo (Barría, 2022). Por tanto, la detección temprana y el acompañamiento adecuado no solo previenen el agravamiento.

En el estudio del desarrollo infantil, la psicología del desarrollo tradicional ha trazado una línea de continuidad entre lo que se considera desarrollo "normal" y la variación que escapa al patrón esperado. En este sentido, el estado patológico no se presenta como un fenómeno aislado, sino como desviaciones de los hitos esperados del crecimiento psicológico y adaptativo. Estas desviaciones, como prisa excesiva, retraso persistente, estancamiento o regresión en las secuencias evolutivas, marcan diferencias importantes con respecto a los procesos madurativos normales y constituyen puntos de encuentro entre lo normal y lo patológico en la infancia (Mirc, 2021).

1.2. Factores de Riesgo y Protección en la Infancia

Durante la infancia, el desarrollo saludable del niño está determinado por la interacción entre diversos factores de riesgo y protección. Los factores de riesgo aumentan la probabilidad de aparición de trastornos emocionales, conductuales o del desarrollo, mientras, los factores protectores amortiguan el impacto de experiencias adversas y favorecen la resiliencia (Gaete, 2020). Estos factores pueden clasificarse en niveles individuales, familiares y contextuales, y su presencia o ausencia puede condicionar profundamente el curso del desarrollo infantil.

El temperamento y la genética juegan un papel fundamental en la manera en que un niño responde a las exigencias del entorno. De acuerdo con Lemos (2022) algunos niños presentan una mayor capacidad de adaptación ante el estrés o la adversidad, lo cual está relacionado a la resiliencia; esta capacidad puede estar presente desde edades tempranas y fortalecerse con experiencias positivas, relaciones afectivas seguras y entornos estructurados. Por el contrario, un temperamento difícil o una predisposición genética a ciertas condiciones pueden aumentar la vulnerabilidad del niño ante eventos estresantes.

Respecto al entorno familiar, los estilos de crianza son determinantes del desarrollo

emocional. La crianza autoritaria, negligente o basada en la violencia puede desencadenar sentimientos de inseguridad, baja autoestima o agresividad; el apego, según Bowlby, es el vínculo emocional que el niño establece con su cuidador principal, y su calidad influye en la forma en que el niño percibe la seguridad y las relaciones interpersonales (Díaz, 2022). Un apego seguro según Piña et al., (2022) actúa como un factor protector clave; sin embargo, en hogares disfuncionales donde hay maltrato, consumo de sustancias o inestabilidad afectiva, se forma un apego inseguro, lo cual puede derivar en trastornos de conducta o dificultades en la socialización.

La estabilidad afectiva dentro del hogar es uno de los pilares del desarrollo emocional. Factores como la violencia intrafamiliar, la falta de motivación parental o la negligencia pueden alterar la personalidad del niño y afectar directamente su desempeño académico, su autoestima y su capacidad de adaptación. Arija et al., (2022) menciona que, los niños que crecen en estos entornos tienden a desarrollar comportamientos introvertidos o, por el contrario, violentos, lo cual interfiere en su desarrollo emocional y social; estas alteraciones suelen perpetuarse si no se interviene de forma oportuna.

Los factores de protección infantil son características, condiciones o recursos a nivel individual, familiar y comunitario que reducen la probabilidad de que los niños experimenten resultados negativos en situaciones de riesgo y promueven un desarrollo saludable y estable. Estos factores no sólo reducen el impacto de las experiencias negativas, sino que también promueven competencias sociales, emocionales y cognitivas que fortalecen el bienestar general del niño. Entre los factores protectores más destacados se encuentran las relaciones amorosas y estables con los cuidadores y adultos importantes, las redes de apoyo social, un entorno familiar seguro y enriquecedor, experiencias positivas con compañeros, un sólido rendimiento académico y el acceso a oportunidades de participación comunitaria. Estos elementos actúan como

amortiguadores contra los factores estresantes, permitiendo que los niños desarrollen habilidades de adaptación, autoestima y una mayor capacidad para enfrentar desafíos a lo largo de la vida, ayudando a prevenir trastornos mentales y mejorando sus perspectivas de salud mental y funcionamiento social (Villacastín, 2022).

Existen factores sociales y ambientales que también influyen significativamente. La pobreza, la falta de acceso a servicios de salud mental, la baja calidad educativa y la exposición a contextos violentos como pandillas o comunidades con altos niveles de criminalidad constituyen riesgos importantes para el desarrollo infantil (Pérez, 2022). En países como Ecuador, donde la desigualdad social es una realidad cotidiana, muchos niños viven en entornos donde la vulnerabilidad es la norma, lo cual afecta su sentido de pertenencia, su identidad y su seguridad emocional (Álvarez, 2021).

En este contexto, muchos niños y adolescentes son víctimas de maltrato físico, negligencia o abuso emocional, y lo más preocupante es que gran parte de estos abusos ocurren en los espacios que deberían ofrecer seguridad, como el hogar o la escuela (Díaz, 2025). Las secuelas de estos eventos se manifiestan en retraimiento social, ansiedad, dificultades en la autorregulación emocional y, en algunos casos, comportamientos antisociales o de riesgo (Arias, 2020). Por ende, la familia, como primer entorno de socialización, puede ser una fuente de protección o de daño, dependiendo de la calidad de las interacciones que en ella se den.

Frente a estos desafíos, es importante fortalecer los factores protectores, como el establecimiento de vínculos afectivos seguros, el acceso a servicios de salud mental, la escolarización inclusiva y el desarrollo de habilidades sociales desde una edad temprana (Gamboa, 2024). Promover entornos saludables contribuye a prevenir problemas psicológicos y potencia el bienestar y la capacidad de resiliencia infantil (Ibáñez, 2020). De esta manera,

identificar y abordar los factores de riesgo en los primeros años de vida representa una estrategia clave para prevenir trastornos mentales y favorecer un desarrollo integral y saludable.

1.3. La Importancia del Diagnóstico Temprano

El diagnóstico temprano en la infancia representa una herramienta clave para la promoción de la salud mental y el bienestar psicológico a largo plazo. Identificar de forma precoz los signos de trastornos emocionales, conductuales o del desarrollo permite iniciar intervenciones oportunas que favorecen la adaptación del niño a su entorno y evitan la progresión del problema (Imizcoz, 2022); esta intervención temprana se asocia con una mayor eficacia en el tratamiento, dado que el cerebro infantil posee una alta plasticidad, lo que facilita la incorporación de nuevas habilidades y la corrección de alteraciones en etapas iniciales del desarrollo.

El diagnóstico precoz del desarrollo infantil es una práctica fundamental, ya que permite identificar tempranamente posibles retrasos y dificultades en áreas clave del desarrollo, como el lenguaje, la motricidad, la socialización y la cognición, antes de que se arraiguen y afecten a otras etapas posteriores de la vida. La detección temprana, especialmente en los primeros años, cuando el cerebro es muy plástico, permite una intervención temprana que optimiza las habilidades y reduce el impacto negativo de las dificultades, mejorando los resultados a largo plazo en el aprendizaje, el comportamiento y la inclusión social. Estas evaluaciones continuas y sistemáticas facilitan no sólo el acceso a servicios de apoyo adecuados, sino también el desarrollo de estrategias personales que promuevan el potencial de cada niño, fortalezca su desarrollo integral y aumenten sus posibilidades de éxito en la escuela y su bienestar emocional futuro. Por lo tanto, la intervención temprana no sólo aprovecha las oportunidades de desarrollo neurológico, sino que también ayuda a reducir las desigualdades y promover una atención

sanitaria y educativa más eficaz y equitativa (Camacho et al., 2023).

Las ventajas de una detección oportuna también incluyen la reducción del sufrimiento individual, la mejora del rendimiento académico y la prevención de conductas de riesgo en la adolescencia y adultez. A nivel familiar, facilita una mejor comprensión de las dificultades del niño y promueve dinámicas más saludables entre cuidadores y menores; también, permite que las instituciones educativas y de salud trabajen de forma coordinada, creando redes de apoyo que potencian el proceso terapéutico (Marten, 2022). En este contexto, la intervención precoz no solo trata el síntoma, sino que también fortalece los factores protectores del entorno del niño.

La ausencia de diagnóstico o una identificación tardía de los trastornos psicológicos en la infancia puede llevar a la cronificación del problema, haciendo que las dificultades persistan y se agraven con el tiempo. Trastornos no tratados pueden evolucionar hacia formas más complejas en la adolescencia, afectando la identidad, las relaciones sociales y la salud mental en general (Moreno, 2022). Además, el niño puede interiorizar etiquetas negativas o enfrentar rechazo social, lo cual refuerza sentimientos de frustración, inseguridad o baja autoestima (Oteíza, 2023); esto evidencia la necesidad urgente de capacitar a familias, docentes y profesionales para detectar señales de alerta en etapas tempranas.

1. Trastornos del Neurodesarrollo y Otros Trastornos de Inicio en la Infancia no diagnosticados

Los trastornos del neurodesarrollo se caracterizan como un conjunto amplio y heterogéneo de condiciones de origen multifactorial que comienzan temprano en la vida y tienen un curso crónico que causa déficits en el funcionamiento personal, social, académico u ocupacional con consecuencias significativas a nivel personal, familiar y social (López & Förster, 2022).

2.1 Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es una alteración del neurodesarrollo caracterizada por un patrón persistente de inatención, hiperactividad e impulsividad, que interfiere de forma significativa en el funcionamiento social, académico y familiar del niño. De acuerdo con los criterios del DSM-5, el diagnóstico requiere que estos síntomas estén presentes antes de los 12 años y se manifiesten en al menos dos contextos diferentes, con una duración mínima de seis meses y un impacto clínicamente significativo en la vida diaria (Sánchez, 2025); por su parte, la CIE-11 clasifica al TDAH dentro de los trastornos del desarrollo neurológico, considerando la diversidad de presentaciones clínicas.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) es un trastorno del desarrollo neurológico caracterizado por un patrón persistente de falta de atención, hiperactividad e impulsividad que es más intenso y frecuente de lo esperado para el nivel de desarrollo de un niño o adolescente. Estas manifestaciones no son simples variaciones de comportamiento, sino que reflejan dificultades en las funciones ejecutivas relacionadas con problemas para mantener la atención, planificar y organizar tareas, inhibir respuestas impulsivas y reflexionar sobre las consecuencias de las acciones. Esta condición afecta significativamente el rendimiento académico, la interacción social y la adaptación en contextos cotidianos y representa una proporción significativa de las consultas en psiquiatría infantil (Rusca & Cortez, 2020).

En la infancia, el TDAH se presenta usualmente a través de dificultades para mantener la atención, impulsividad, inquietud motora excesiva y una marcada desorganización en las actividades cotidianas; estos comportamientos suelen ser más notorios en el ámbito escolar, donde los niños con TDAH enfrentan problemas de concentración, olvidos frecuentes, errores por descuido y conflictos con figuras de autoridad (Guajardo, 2023). Además, en el hogar,

pueden manifestarse como conductas oposicionistas, dificultad para seguir instrucciones y escasa tolerancia a la frustración.

2.2 Efectos en la Adultez

Los trastornos del neurodesarrollo que comienzan en la infancia, como el TDAH y otros problemas de desarrollo, están vinculados durante la adultez con una serie de consecuencias negativas que van desde una salud mental deficiente hasta resultados socioeconómicos y funcionales desfavorables. Esto incluye un aumento en los niveles de depresión, dificultades físicas de salud, abuso de sustancias y bajo desempeño en el trabajo o la educación. Estas evidencias sugieren que las complicaciones iniciales pueden mantenerse y perjudicar la calidad de vida en la adultez, aun cuando los síntomas cambien a medida que se desarrolla la persona (Carvajal & Quiroz, 2018).

Si bien el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) suele asociarse principalmente a la infancia, su impacto puede extenderse significativamente a lo largo de la vida. Se estima que la prevalencia mundial del TDAH en niños y adolescentes es del 5,29%, siendo más frecuente en varones (OMS, 2020). Asimismo, Fuentes (2023) menciona que la mayoría de los casos diagnosticados en la niñez persisten durante la adolescencia y la adultez, aunque con variaciones en la expresión sintomática; en adultos, el TDAH tiende a manifestarse como desorganización crónica, impulsividad verbal, baja tolerancia al estrés, y dificultades para mantener empleos o relaciones estables.

A pesar de la alta prevalencia del TDAH, muchos casos no son diagnosticados durante la infancia debido a varios factores; entre ellos se encuentra el desconocimiento por parte de padres y docentes, quienes tienden a atribuir los síntomas a un “mal comportamiento” o falta de disciplina (Armijos, 2023). Además, el estigma asociado a los trastornos mentales infantiles

causa que muchas familias eviten consultar con especialistas, retrasando el diagnóstico y la intervención. Por tanto, la falta de acceso a servicios especializados, más que todo en contextos de pobreza o ruralidad, también contribuye a que el TDAH pase desapercibido.

En la adultez, las dificultades derivadas de un TDAH no tratado pueden llevar a múltiples problemas, como bajo rendimiento académico, desempleo, relaciones conflictivas y trastornos emocionales asociados, como ansiedad o depresión. Según González et al., (2023) para detectar estos casos no diagnosticados en la niñez, se utilizan herramientas como la escala Wender Utah Rating Scale, que permite evaluar retrospectivamente síntomas infantiles, y entrevistas clínicas estructuradas como la SCID-5, que ayudan a establecer la trayectoria del trastorno a lo largo del tiempo.

2.3 Psicopatología Primaria y Secundaria

Los Trastornos del Espectro Autista (TEA) son condiciones del neurodesarrollo caracterizadas por dificultades persistentes en la comunicación e interacción social, así como por patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades. Según los criterios diagnósticos del DSM-5 y la CIE-11, estos síntomas deben estar presentes desde etapas tempranas del desarrollo y limitar significativamente el funcionamiento diario (Lagos, 2022). En efecto, las manifestaciones del TEA pueden incluir desde la ausencia de contacto visual y lenguaje limitado hasta rutinas inflexibles o hipersensibilidad sensorial.

Durante la infancia, la presentación del TEA es heterogénea y puede pasar desapercibida, especialmente en casos de funcionamiento alto o cuando hay comorbilidades como TDAH o ansiedad. La detección temprana se ve dificultada por la variabilidad de los síntomas, el desconocimiento en las familias y entornos escolares, y el estigma asociado a los trastornos del desarrollo (Arija, 2022); esta falta de diagnóstico oportuno impide que los niños accedan a

intervenciones adecuadas que favorezcan el desarrollo de habilidades comunicativas, sociales y emocionales, aumentando el riesgo de complicaciones futuras.

Cuando el TEA no es identificado ni tratado en etapas tempranas, el impacto se extiende hacia la adolescencia y adultez. Las dificultades para comprender las normas sociales, expresar emociones o establecer relaciones afectivas pueden generar un aislamiento progresivo, acompañado de ansiedad, depresión o retraimiento emocional (Molleda, 2024); la mayoría de adultos con TEA no diagnosticado desarrollan estrategias compensatorias que les permiten adaptarse parcialmente, pero con un alto coste psicológico, incluyendo una autoimagen fragmentada, inseguridad persistente y dificultades para mantener vínculos saludables.

Además del impacto en las relaciones sociales, el no diagnóstico del TEA puede repercutir en el rendimiento académico y laboral. Las personas con estas condiciones no tratadas desde la infancia suelen enfrentar problemas de organización, baja tolerancia a los cambios o dificultades en la resolución de problemas interpersonales, lo que limita su progreso en contextos estructurados y exigentes (Rico, 2022); estas dificultades pueden derivar en frustración crónica, desmotivación y sensación de inadecuación, factores que afectan el desarrollo de una identidad sólida y la capacidad de proyectarse con autonomía y confianza hacia el futuro.

2.2. Trastornos de Ansiedad y Depresión en la Infancia

Durante la infancia, los trastornos de ansiedad y depresión suelen manifestarse de forma atípica en comparación con los adultos. En lugar de verbalizar sentimientos de tristeza o miedo, muchos niños expresan su malestar emocional a través de irritabilidad constante, quejas somáticas recurrentes como dolores de cabeza o de estómago, alteraciones en el sueño,

retraimiento social o bajo rendimiento escolar; estas manifestaciones suelen ser confundidas con problemas de conducta, rebeldía o simple inmadurez, lo cual dificulta su

reconocimiento clínico y retrasa el abordaje oportuno (Mejía, 2022). En este sentido, la situación pone de relieve la importancia de un enfoque diagnóstico que contemple las particularidades del desarrollo infantil.

Uno de los factores que contribuyen a la subestimación de estos trastornos es la tendencia cultural y social a normalizar ciertos síntomas en la infancia. Expresiones como *“es solo una etapa”* o *“ya se le pasará”* refuerzan la idea de que el sufrimiento emocional infantil no requiere intervención profesional; esta visión reduccionista lleva a que signos tempranos de ansiedad por separación, depresión o trastornos adaptativos no sean tratados, aumentando el riesgo de que evolucionen hacia cuadros más severos en la adolescencia o adultez (Rico, 2022). Por ende, el desconocimiento por parte de cuidadores y docentes impide que se activen mecanismos de detección oportuna.

El rol de la familia y del entorno escolar es esencial en la identificación de estos trastornos. Muchas veces, son los docentes quienes detectan los primeros indicios al observar cambios en el comportamiento, la concentración o la interacción social del niño; sin embargo, si estos síntomas no son comunicados adecuadamente o son ignorados por el entorno familiar, se pierde la posibilidad de una intervención temprana (Castañeda, 2023). Por ende, el acompañamiento activo y sensibilizado de los adultos responsables del niño es clave para establecer un puente entre la observación cotidiana y la atención profesional.

La falta de atención a estos síntomas puede provocar, a largo plazo, un deterioro en el desarrollo emocional, social y académico del niño. La acumulación de frustraciones, temores no verbalizados o tristeza persistente impacta negativamente en la autoestima, las relaciones interpersonales y la capacidad de adaptación a nuevos contextos (Molleda, 2024); estos estados emocionales no procesados durante la infancia suelen arrastrarse hasta la vida

adulta, generando patrones de respuesta emocional disfuncionales, como el autosabotaje o el retraimiento afectivo.

En este contexto, es importante abordar los trastornos emocionales en la infancia desde un enfoque biopsicosocial, que incluya la dimensión médica, psicológica y educativa. Los profesionales de la salud deben estar capacitados para distinguir entre enfermedades físicas comunes, como infecciones respiratorias o gastrointestinales, y aquellas manifestaciones que enmascaran un trastorno emocional subyacente (Tuarez, 2022). Por ende, el trabajo interdisciplinario con la familia y la escuela, junto con la educación emocional desde edades tempranas, puede marcar la diferencia entre un niño que arrastra sufrimiento no reconocido y uno que accede a los recursos necesarios para desarrollar su bienestar integral.

2.3. Trastorno Negativista Desafiante (TND) y Trastorno de Conducta (TC)

El Trastorno Negativista Desafiante (TND) y el Trastorno de Conducta (TC) son alteraciones del comportamiento que suelen comenzar en la infancia o la adolescencia. El TND se caracteriza por un patrón persistente de desobediencia, hostilidad, irritabilidad y desafío hacia figuras de autoridad, mientras que el TC implica conductas más graves como la agresión a personas o animales, destrucción de la propiedad, engaños o violaciones graves de normas sociales (Santillán, 2023). En efecto, ambos trastornos comparten una base en la disfunción del control de impulsos y en la dificultad para regular las emociones y la conducta, lo que afecta significativamente la convivencia escolar, familiar y social.

La evolución clínica de estos trastornos puede ser especialmente preocupante si no se detectan ni abordan a tiempo. Según Blázquez et al., (2022) en ausencia de intervención, los niños con TND o TC presentan una mayor probabilidad de desarrollar trastornos de la personalidad en la adultez, especialmente el Trastorno de Personalidad Antisocial; esta

transición suele estar mediada por la cronificación de los patrones de conducta violenta, el rechazo social acumulado y la interiorización de actitudes oposicionistas como formas normales de interacción con el entorno. Por tanto, la falta de límites consistentes, modelos parentales inadecuados o el abandono emocional durante la infancia son elementos que agravan este pronóstico.

Entre los principales factores de riesgo asociados a la aparición de trastornos del comportamiento se identifican múltiples condiciones individuales, familiares y contextuales. Según Santillán et al. (2023), en el plano individual, características como un temperamento difícil, bajo umbral de frustración y dificultades en la regulación emocional incrementan la probabilidad de desarrollar conductas oposicionistas; a nivel familiar, experiencias como el maltrato físico o psicológico, la negligencia, estilos de crianza autoritarios o excesivamente permisivos, y la exposición a violencia intrafamiliar son antecedentes frecuentes; asimismo, entornos escolares excluyentes o comunidades marcadas por altos niveles de violencia pueden reforzar y consolidar estos patrones conductuales disruptivos.

El trastorno de conducta en adolescentes es un conjunto de cambios psicológicos caracterizados por patrones persistentes de comportamiento que violan las normas sociales y los derechos de los demás, manifestados como agresión verbal o física, violación de la autoridad y comportamiento disruptivo que altera el funcionamiento social o académico de un individuo. Entre los más comunes se encuentran el Trastorno de Oposición Desafiante (TOD), el Trastorno Explosivo Intermitente (IED) y el Trastorno de Conducta (TC), que pueden acompañarse de dificultades emocionales y relacionales con pares y figuras de autoridad, así como retrasos en el desarrollo neurológico, lo que indica la necesidad de una evaluación integral de diversas fuentes en su entorno escolar y social (familia). Además, la presencia de rasgos como la falta de empatía,

la insensibilidad emocional y el desprecio por las normas sociales se asocian con una mayor gravedad y un peor pronóstico, lo que enfatiza la importancia de una intervención temprana y multimodal que incluya enfoques conductuales, familiares y, a veces, farmacológicos para las comorbilidades (Eddy, 2020).

2.4. Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y Trauma Complejo (TEPT-C) en la Infancia

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en la infancia puede surgir a partir de experiencias altamente perturbadoras como el abuso físico, sexual o emocional, la negligencia crónica, la violencia intrafamiliar o comunitaria, y los desastres naturales. En regiones como la costa ecuatoriana, donde los eventos naturales como terremotos e inundaciones son relativamente frecuentes, estos eventos traumáticos pueden dejar secuelas duraderas en los menores (París, 2021). Por ende, en contextos de pobreza o inestabilidad, los niños suelen quedar expuestos a múltiples formas de trauma simultáneamente, lo que incrementa el riesgo de desarrollar síntomas clínicos severos.

A diferencia de los adultos, los niños no siempre expresan el trauma mediante verbalizaciones directas. En cambio, pueden presentar regresiones en el desarrollo, problemas de conducta, irritabilidad extrema, dificultades para concentrarse en el aula o conductas de evitación; la reexperimentación del evento traumático también se manifiesta por medio de pesadillas, juegos repetitivos con temática violenta o respuestas de sobresalto exageradas, lo que muchas veces es malinterpretado por el entorno como “mala conducta” o “inmadurez” (Pereira, 2022). En efecto, la hipervigilancia constante y la dificultad para establecer vínculos seguros también son señales frecuentes del TEPT en menores.

El trauma complejo (TEPT-C) se diferencia del TEPT convencional en que implica una

exposición prolongada y repetitiva a situaciones de maltrato, abandono o violencia, generalmente dentro del entorno familiar, y sin posibilidad de escape; este tipo de trauma interfiere profundamente en el desarrollo emocional, neurológico y social del niño, afectando su autoestima, su percepción de seguridad y su capacidad de regulación emocional (Muñoz, 2024). No obstante, este trastorno a menudo no se diagnostica a tiempo debido a la escasa formación en trauma infantil, la naturalización de ciertas formas de maltrato en algunos entornos culturales, y la dificultad de los niños para comprender y expresar lo que les ocurre.

3. Efectos Psicológicos en la Edad Adulta de los Trastornos Infantiles No

Diagnosticados

Los trastornos psicológicos o problemas de salud mental que se manifiestan en la niñez (como internalización de emociones, externalización de conductas, ansiedad o depresión temprana) tienden a persistir o reemerger en la edad adulta, afectando la salud mental general, la satisfacción con la vida y la calidad de vida de las personas. Estas consecuencias incluyen una mayor probabilidad de sufrir síntomas de ansiedad y depresión, menor bienestar psicológico, dificultades en las relaciones interpersonales y reducción del rendimiento académico o profesional. La evidencia longitudinal sugiere que los niños con problemas de internalización o externalización en la edad adulta temprana tienen una mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo, peor calidad de vida y resultados psicosociales adversos en comparación con aquellos sin estos problemas en la infancia (Fernandez et al., 2000).

3.1. Sintomatología Psicopatológica Común en la Adulthood

La ausencia de diagnóstico y tratamiento adecuado durante la infancia suele manifestarse en la adultez a través de cuadros de depresión crónica o distimia, muchas veces acompañados de

trastornos de ansiedad; estas condiciones tienden a pasar desapercibidas por su presentación atenuada, pero persistente, lo que puede llevar a una sensación de vacío, desmotivación constante y dificultad para experimentar placer (Sánchez, 2020). En este sentido, la comorbilidad entre ambos cuadros es frecuente, principalmente en adultos que vivieron entornos inseguros, carentes de contención emocional o con experiencias de trauma temprano. Los años de vida saludable perdidos por problemas de salud mental en Ecuador pasaron de 223 805 en el año 2000 a 410 163 en 2021 (un aumento del 83 %). La atención a la salud mental representa menos del 3 % del presupuesto nacional de salud en la región. (Primicias, 2024)

Los trastornos de ansiedad generalizada, pánico y fobia social también son frecuentes en adultos que no recibieron un acompañamiento adecuado durante su desarrollo emocional temprano; en muchos casos, estas condiciones derivan de vivencias infantiles marcadas por una exposición prolongada al estrés, negligencia emocional o un entorno impredecible (Tabares, 2022). Por ende, la sobre activación del sistema de alerta, instalada desde la niñez, se convierte en un patrón permanente que genera hipervigilancia, evitación social o miedo constante al rechazo, aun cuando el contexto actual no represente una amenaza real.

Los traumas infantiles no tratados pueden moldear la estructura misma de la personalidad. Trastornos como el de personalidad límite, evitativo o narcisista tienen una fuerte relación con patrones de apego disfuncional, invalidación emocional o abandono en la infancia; estos adultos presentan dificultades para regular sus emociones, dependencia afectiva, miedo al abandono o una autoimagen inestable (Tuarez, 2022). Cabe mencionar que, las experiencias tempranas no solo afectan la vida emocional, sino también la manera en que la persona se percibe a sí misma y a los demás.

Igualmente, muchas personas adultas recurren al uso de sustancias psicoactivas como una

forma desadaptativa de lidiar con el dolor emocional originado en la infancia; este mecanismo de afrontamiento contribuye a la cronificación del malestar y puede derivar en adicciones, aislamiento social o deterioro funcional (Vanegas, 2022). Además, según Viuda et al., (2023) pueden existir problemas de regulación emocional y fallas en las funciones ejecutivas, como la toma de decisiones, la planificación o el control de impulsos, que también tienen sus raíces en una infancia marcada por la inestabilidad y la falta de contención psicológica.

El estudio, titulado Evaluación del estilo de apego de jóvenes adultos que han sufrido maltrato intrafamiliar y su sintomatología psicopatológica, examina cómo las experiencias de abuso en la infancia y la adolescencia se relacionan con la expresión de síntomas psicopatológicos en la edad adulta utilizando el Perfil de Apego Clínico (PCA-n) y el instrumento SCL-90-R. Los resultados indicaron que la dimensión ansiosa-evitativa del estilo de apego se relacionó significativamente con el número total de síntomas psicopatológicos informados en la evaluación clínica, lo que sugiere que los patrones de apego disfuncionales resultantes de la violencia familiar pueden contribuir a síntomas como ansiedad generalizada, tensión y angustia emocional, aunque el estudio no mostró una mayor prevalencia de síntomas subdiagnosticados en adultos. Este enfoque muestra cómo ciertas experiencias negativas tempranas pueden asociarse con la expresión a largo plazo de angustia emocional y psicológica en la edad adulta (Aragonés, 2015).

3.2. Impacto en el Funcionamiento Psicosocial

Es importante mencionar que en Ecuador *“hay un psicólogo para cada 1 300 estudiantes, aproximadamente, aunque la normativa establece que debe existir un profesional por cada 450 estudiantes”*. Este déficit de profesionales implica que alumnos con problemas de salud mental muchas veces no reciben la atención necesaria (Beltrán, 2023).

La ausencia de diagnóstico y tratamiento adecuado durante la infancia suele manifestarse en la adultez a través de cuadros de depresión crónica o distimia, muchas veces acompañados de trastornos de ansiedad; estas condiciones tienden a pasar desapercibidas por su presentación atenuada, pero persistente, lo que puede llevar a una sensación de vacío, desmotivación constante y dificultad para experimentar placer (Rueda, 2022). Por ende, la comorbilidad entre ambos cuadros es frecuente, especialmente en adultos que vivieron entornos inseguros, carentes de contención emocional o con experiencias de trauma temprano.

Los trastornos de ansiedad generalizada, pánico y fobia social también son frecuentes en adultos que no recibieron un acompañamiento adecuado durante su desarrollo emocional temprano. De acuerdo con Colque (2023) estas condiciones derivan de vivencias infantiles marcadas por una exposición prolongada al estrés, negligencia emocional o un entorno impredecible. Además, la sobreactivación del sistema de alerta, instalada desde la niñez, se convierte en un patrón permanente que genera hipervigilancia, evitación social o miedo constante al rechazo, aun cuando el contexto actual no represente una amenaza real.

En un nivel más profundo, los traumas infantiles no tratados pueden moldear la estructura misma de la personalidad. Trastornos como el de personalidad límite, evitativo o narcisista tienen una fuerte relación con patrones de apego disfuncional, invalidación emocional o abandono en la infancia; estos adultos presentan dificultades para regular sus emociones, dependencia afectiva, miedo al abandono o una autoimagen inestable (Tabares, 2022). De esta manera, las experiencias tempranas no solo afectan la vida emocional, sino también la manera en que la persona se percibe a sí misma y a los demás.

La mayoría de las personas adultas recurren al uso de sustancias psicoactivas como una forma desadaptativa de lidiar con el dolor emocional originado en la infancia; este mecanismo de

afrontamiento no solo contribuye a la cronificación del malestar, sino que puede derivar en adicciones, aislamiento social o deterioro funcional (Vanegas, 2022). Además, los problemas de regulación emocional y fallas en las funciones ejecutivas tienen sus raíces en una infancia marcada por la inestabilidad y la falta de contención psicológica.

3.3. Mecanismos Mediadores y Moderadores

Los efectos de los trastornos infantiles no diagnosticados no son lineales ni inevitables; existen mecanismos mediadores y moderadores que pueden mitigar o intensificar su impacto en la adultez; entre ellos, las estrategias de afrontamiento juegan un papel importante (Gamboa, 2024). Mientras que algunas personas desarrollan respuestas adaptativas como la búsqueda de apoyo, la introspección o la regulación emocional, otras recurren a mecanismos desadaptativos como la evitación, la negación o la agresión (Pereira, 2020); estas diferencias no solo determinan el curso del malestar psicológico, sino también la capacidad del individuo para establecer relaciones saludables y tomar decisiones funcionales.

La resiliencia emerge como una capacidad clave para superar experiencias adversas tempranas. Su desarrollo está influido por factores protectores, el acompañamiento terapéutico, el fortalecimiento del autoconocimiento o incluso la estabilidad económica (Díaz, 2022). No obstante, el estigma asociado a la salud mental y las barreras estructurales como la falta de acceso a servicios psicológicos, limitan la posibilidad de buscar ayuda profesional (Muñoz, 2024). Por ende, la mayoría de personas adultas que arrastran sufrimiento desde la infancia optan por el silencio o la autosuficiencia forzada, perpetuando un malestar que podría haberse aliviado con intervención oportuna.

1. Perspectivas Contextuales y Culturales

Las perspectivas culturales sobre los trastornos infantiles creen que la forma en que se definen, perciben y tratan estos trastornos está profundamente influenciada por los valores, creencias y prácticas específicos de cada sociedad. En diferentes contextos culturales, las conductas consideradas "*normales*" o "*desviadas*" varían considerablemente, influyendo no sólo en la definición de detección y diagnóstico, sino también en las estrategias de intervención y la importancia otorgada al trastorno del niño y su familia. Esta visión enfatiza la importancia de comprender la salud mental de los niños no solo a través de modelos biomédicos universales, sino también considerando formas culturales de expresar, interpretar y responder a los síntomas, así como la interacción entre las prácticas parentales locales, las expectativas sociales y los sistemas de salud (Martinez, 2019).

4.1. Factores Socioeconómicos y de Salud Pública en Ecuador

El acceso a servicios de salud mental en Ecuador está condicionado por factores socioeconómicos que limitan la disponibilidad y cobertura de atención. Aunque el Ministerio de Salud Pública ofrece múltiples niveles de servicios, desde atención primaria hasta hospitales especializados, la infraestructura y el número de profesionales capacitados no son suficientes para cubrir la demanda creciente (Álvarez, 2021). Además, los costos directos e indirectos representan una barrera significativa para muchas familias, dificultando el acceso oportuno a tratamientos de calidad (Pérez, 2022); esta situación se revela en el aumento sostenido de emergencias por trastornos mentales, evidenciando la urgencia de promover el sistema y garantizar una atención integrada y accesible para todos.

En cuanto a las políticas públicas, Ecuador la Constitución de la República, Capítulo segundo, Derechos del buen vivir, Sección séptima, Salud, en su Artículo 32 indica que el Estado

debe asegurar el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas y servicios de salud, incluyendo la salud mental, bajo principios de equidad, universalidad, interculturalidad y calidad, con un enfoque de género y generacional (Constitución de la República, 2008). No obstante, en la práctica, persisten desafíos para implementar plenamente estas garantías, especialmente en regiones como Manabí, donde la infraestructura y la capacitación profesional aún son insuficientes.

4.2. Impacto de Desastres Naturales y Eventos Traumáticos Locales

El terremoto ocurrido en 2016 en Manabí tuvo un impacto profundo y prolongado en la salud mental de la población, especialmente en niños y adultos que estuvieron directamente expuestos al desastre; tras este tipo de eventos traumáticos, es común que muchas personas desarrollen Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) u otros trastornos psicológicos, pero también que exista un subdiagnóstico debido a la escasez de recursos adecuados para la detección y atención temprana (Arias, 2020). Por tanto, la afectación incluye consecuencias en el bienestar general y el desarrollo emocional.

Por otro lado, la violencia y la delincuencia en zonas como Manabí también tienen un efecto significativo en la salud mental y el desarrollo infantil. La exposición continua a entornos inseguros y situaciones traumáticas puede limitar el desarrollo psicosocial y emocional de los niños, incrementando el riesgo de trastornos como ansiedad, depresión y comportamientos desadaptativos (Curo, 2024); este contexto adverso, combinado con la insuficiente oferta de servicios de salud mental y la persistencia del estigma cultural hacia la búsqueda de ayuda, dificulta que las familias y comunidades reciban el apoyo necesario para mitigar estas consecuencias.

4.3. Rol de la Familia y la Comunidad en el Contexto Ecuatoriano

En el contexto ecuatoriano, la familia es un pilar importante para el afrontamiento de las dificultades, principalmente en la salud mental de niños y adultos. Según Arias et al., (2020) la cohesión familiar y el apoyo emocional fortalecen la capacidad de enfrentar el estrés y recuperarse de eventos traumáticos. De acuerdo con Anderson et al., (2024) la solidaridad comunitaria funciona como una red informal de apoyo, brindando contención y ayuda mutua en momentos difíciles; este respaldo es clave para fomentar la resiliencia, integrando elementos sociales y culturales propios de Ecuador.

Por otro lado, respecto a la crianza y el comportamiento infantil, en la mayoría de familias ecuatorianas ciertos comportamientos disruptivos se consideran normales o resultado de mala disciplina, lo que puede retrasar la búsqueda de ayuda profesional; este enfoque, junto con el estigma hacia los trastornos mentales, dificulta la identificación temprana y el acceso a servicios adecuados (Farias, 2023). Por ende, es importante promover una educación que sensibilice y adapte las intervenciones a la cultura local.

5. Implicaciones para la Detección, Intervención y Prevención

La detección temprana implica la identificación temprana de una enfermedad, afección o factor de riesgo en una fase asintomática o subclínica con el objetivo de intervenir antes de la aparición de los síntomas clínicos y mejorar así los resultados de salud. Este proceso se llama cribado y sólo se justifica si se dispone de pruebas diagnósticas válidas y tratamientos eficaces, cuyo uso temprano ha demostrado reducir la morbilidad o la mortalidad. La intervención temprana después de la detección es parte de una estrategia de prevención secundaria que apunta a lograr beneficios netos para la salud (como una mayor supervivencia o una mejor calidad de vida) en comparación con la identificación tardía de la enfermedad. La prevención se logra cuando la combinación de detección

e intervención temprana muestra una mejora real en los resultados de salud y está respaldada por evidencia científica que respalda su eficacia en poblaciones específicas (Viñes, 2007).

5.1. Importancia de la formación y sensibilización: Para profesionales de la salud, educadores y padres

La detección temprana de los trastornos del neurodesarrollo y emocionales en la infancia depende en gran medida del nivel de formación y sensibilización de quienes rodean al niño, principalmente padres, docentes y profesionales de la salud. De acuerdo con Marten et al., (2022) una mirada informada ayuda a distinguir entre conductas propias del desarrollo y señales de alerta que podrían indicar la presencia de un trastorno. Sin una capacitación adecuada, muchos síntomas pueden ser interpretados erróneamente como problemas de conducta, desobediencia o inmadurez, retrasando la intervención o impidiendo que ocurra del todo (Portella, 2021).

La sensibilización también implica combatir prejuicios y estigmas que rodean a los trastornos mentales en la infancia. En contextos donde aún se considera que los niños superan solos sus dificultades o que el malestar emocional es una cuestión de carácter, resulta urgente implementar programas de educación comunitaria que promuevan una comprensión empática y científica del desarrollo infantil (Ibáñez, 2020); esta formación puede mejorar la capacidad de detectar señales tempranas y fortalecer los vínculos entre adultos y niños, al fomentar una crianza más consciente, respetuosa y orientada al acompañamiento emocional.

5.2. Estrategias de cribado y evaluación: Desarrollo de herramientas adaptadas culturalmente

El cribado temprano es una herramienta importante para identificar posibles trastornos en la infancia, pero su eficacia depende de que las evaluaciones sean culturalmente pertinentes y

sensibles al contexto donde se aplican. Según Piña et al., (2022) muchas de las escalas y pruebas diagnósticas utilizadas han sido desarrolladas en países con realidades sociales, lingüísticas y educativas muy diferentes, lo que puede ocasionar sesgos o interpretaciones inadecuadas en contextos como el ecuatoriano. Por ende, es importante desarrollar y validar instrumentos que consideren las particularidades culturales, económicas y familiares de las comunidades locales.

Las herramientas de evaluación deben centrarse en el déficit, y además contemplar los recursos y capacidades del niño dentro de su entorno. Un enfoque contextual según Salto et al., (2024) permite interpretar de manera más precisa el comportamiento infantil, diferenciando lo patológico de lo adaptativo en situaciones adversas. Además, incluir la participación de la familia, la escuela y los profesionales comunitarios en los procesos de evaluación ayuda a obtener una visión más completa del desarrollo del niño.

5.3. Enfoques terapéuticos para adultos: Terapias que abordan el trauma complejo, esquemas desadaptativos, y déficits en habilidades

El tratamiento psicológico en la adultez además de enfocarse en los síntomas actuales se enfoca en las experiencias tempranas no resueltas que configuran el malestar presente. En este contexto, enfoques terapéuticos como la Terapia Basada en la Mentalización, la Terapia de Esquemas o el EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular) han mostrado eficacia en el abordaje del trauma complejo, los patrones de apego disfuncional y los esquemas desadaptativos que se originan en la infancia (Oriol, 2024); estas intervenciones ayudan al paciente a resignificar sus experiencias, mejorar la regulación emocional y reconstruir una narrativa coherente de sí mismo (Rivero, 2020).

Muchas personas adultas con antecedentes de trastornos infantiles no tratados presentan déficits en habilidades sociales, autorregulación y resolución de conflictos. Asimismo, la

intervención terapéutica también debe incluir componentes psicoeducativos, entrenamiento en habilidades y técnicas de afrontamiento adaptativo (Torres, 2023); mediante un proceso terapéutico sostenido, es posible desarrollar herramientas más funcionales para enfrentar el estrés, establecer vínculos seguros y tomar decisiones desde una mayor conciencia emocional.

5.4. Rol de la investigación: Para generar evidencia local que informe las políticas y prácticas

La investigación científica en el ámbito de la salud mental infantil y sus repercusiones en la adultez es clave para diseñar políticas públicas eficaces y culturalmente pertinentes. En contextos como el ecuatoriano, donde los recursos son limitados y existen marcadas desigualdades sociales, generar evidencia local permite comprender las particularidades del desarrollo psicológico de niños expuestos a violencia, pobreza o negligencia (Salto, 2024). Por ende, sin datos específicos del entorno, las intervenciones tienden a replicar modelos externos que no siempre responden a las realidades locales.

Promover líneas de investigación que integren variables socioculturales, educativas y comunitarias ayuda a establecer programas preventivos más sostenibles y ajustados a las necesidades de la población; esto también facilita la evaluación de la efectividad de las intervenciones ya implementadas. (Campos, 2023). En este contexto, la articulación entre academia, práctica clínica y políticas públicas resulta primordial para garantizar una atención integral y con base empírica.

El papel de la investigación en contextos educativos y sociales es fundamental para generar evidencia local que oriente y sustente la formulación de políticas públicas y prácticas efectivas, ya que permite comprender dinámicas específicas en las realidades territoriales y sociales donde se implementan estas políticas. Por ejemplo, en el caso de las prácticas sociales

de la educación, la investigación no sólo documenta y analiza el impacto de estas actividades en comunidades específicas, sino que también proporciona información valiosa sobre las necesidades, los recursos y los resultados mensurables que los gobiernos, las instituciones educativas y las organizaciones sociales pueden utilizar para adaptar estrategias y tomar decisiones informadas que satisfagan los requisitos locales. Este enfoque va más allá de la formación académica tradicional al posicionar a la universidad como un participante activo en el desarrollo local, integrándose con las comunidades locales, aportando datos empíricos y colaborando en el desarrollo de soluciones basadas en evidencia científica para contextos reales, contribuyendo así a fortalecer tanto la práctica institucional como las políticas públicas desde una perspectiva más relevante y contextualizada.

5.5. Teorías Psicológicas sobre trastornos no diagnosticados en la niñez y efectos en la adultez

Desde una perspectiva teórica psicológica, los trastornos que no se diagnostican en la infancia pueden verse significativamente influenciados por experiencias negativas tempranas que afectan el desarrollo cognitivo, emocional y conductual del niño. Las teorías del desarrollo y la psicopatología enfatizan que situaciones como el abuso físico y emocional, el abandono, el apego inseguro o la violencia familiar producen cambios en los sistemas de regulación emocional y patrones de afrontamiento que pueden evitar que ciertos síntomas se vuelvan evidentes o se articulen de acuerdo con los criterios de diagnóstico tradicionales en la infancia. Esta falta de diagnóstico temprano no solo refleja las limitaciones de la evaluación clínica y los criterios de diagnóstico, sino que también resalta la importancia de considerar factores contextuales, relacionales y estresantes al interpretar comportamientos infantiles que no cumplen con las expectativas normativas de desarrollo, lo que puede tener implicaciones significativas

para la salud mental a lo largo de la vida (Maza , 2024).

5.5.1 Teoría Psicodinámica (Sigmund Freud)

Desde el enfoque psicodinámico, los trastornos no diagnosticados durante la niñez pueden ser comprendidos como conflictos intrapsíquicos no solucionados que permanecen en estado inconsciente y se expresan en la adultez a través de síntomas psicológicos. Freud afirmaba que las vivencias tempranas, sobre todo las relacionadas con las fases psicosexuales, tienen un impacto decisivo en la personalidad del adulto. Si un niño sufre de ansiedad, trauma o frustración sin una adecuada evaluación clínica y sin contención emocional, es posible que estos conflictos se repriman y luego se presenten nuevamente en la forma de depresión, ansiedad, somatización o problemas relacionales. Por lo tanto, la falta de diagnóstico y tratamiento a tiempo contribuye a que se mantengan o retrocedan a fases tempranas del desarrollo, lo que perjudica la habilidad del individuo para formar relaciones sanas y manejar sus emociones cuando llega a la adultez (Freud, S. 2006).

La teoría psicodinámica, incluida en el marco de las teorías de la personalidad, postula que el comportamiento humano y los procesos psicológicos están influenciados por conflictos intrapsíquicos y fuerzas inconscientes que se forman desde la infancia. Este enfoque se basa en la idea de que muchos de los motivadores del comportamiento no son inmediatamente accesibles a la conciencia, sino que operan en niveles profundos de la mente y surgen, por ejemplo, a través de sueños, obsesiones o síntomas neuróticos. En este sentido, los teóricos psicodinámicos sostienen que elementos como los impulsos instintivos, los mecanismos de defensa y las experiencias relacionales tempranas (familiares y sociales) juegan un papel central en la formación de la personalidad y la regulación emocional. El inconsciente no sólo contiene procesos reprimidos, sino que también actúa como un motor dinámico que influye en las

decisiones, las emociones y el comportamiento de un individuo, lo que hace de este enfoque una perspectiva integral para comprender tanto la normalidad como las manifestaciones más complejas de la psicopatología humana (Montalvo, 2021).

5.5.2 Teoría del Aprendizaje Social

La Teoría del Aprendizaje Social sostiene que las conductas problemáticas o los trastornos no diagnosticados en la niñez pueden entenderse como patrones de pensamiento y comportamiento adquiridos a través de la observación y la experiencia, que se afianzan con el tiempo y continúan en la adultez. Según Bandura, los niños no aprenden únicamente a través del condicionamiento directo, sino también por modelado, o sea, al observar las acciones de personas importantes para ellos, como maestros, cuidadores o padres. Cuando un niño se desarrolla en un ambiente de violencia, descuido emocional o falta de apoyo, puede internalizar pensamientos negativos acerca de sí mismo y del mundo. Esto podría dar lugar a la formación de baja autoestima, indefensión aprendida o patrones relacionales disfuncionales. Es posible que si estas dificultades no se observan ni se abordan a tiempo, persistan en la vida adulta y se presenten como ansiedad, depresión, dificultades para establecer vínculos saludables o problemas de autorregulación emocional (Bandura, 1986). Por tanto, la falta de diagnóstico temprano impide modificar estos aprendizajes disfuncionales, favoreciendo su consolidación como patrones estables de personalidad y comportamiento

Desde el punto de vista de Albert Bandura, el aprendizaje social se considera un proceso en el que las personas adquieren conocimiento y comportamiento principalmente mediante la observación de patrones en contextos sociales significativos. Villagómez Cabezas et al. (2023), esta teoría se propone como una estrategia educativa efectiva para la enseñanza de la educación cívica, enfatizando que el aprendizaje observable en los estudiantes activa los procesos de

atención, retención, producción y motivación, lo que permite no solo adquirir contenidos, sino también generar conocimientos profundos en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Este enfoque muestra que la interacción de la observación con modelos no sólo facilita la reproducción del comportamiento, sino que también mejora el nivel de aprendizaje y comprensión en el contexto de la educación formal.

5.5.3 Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erik Erikson

Los desórdenes no diagnosticados en la infancia pueden ser vistos, según la Teoría del Desarrollo Psicosocial, como crisis evolutivas sin resolver que obstaculizan el desarrollo saludable de la personalidad. Según Erikson, el desarrollo humano pasa por ocho fases, cada una marcada por un conflicto central que debe ser resuelto de manera apropiada para conseguir un desarrollo emocional saludable. Si un niño atraviesa problemas emocionales, inseguridad, desinterés o falta de apoyo sin recibir una evaluación psicológica en el momento adecuado, puede no lograr resolver crisis esenciales como la confianza frente a la desconfianza, la autonomía frente a la vergüenza o la iniciativa frente a la culpa. Estos fallos iniciales impactan la consolidación de la autoestima y la identidad, creando vulnerabilidades a nivel psicológico que, durante la adultez, pueden presentarse como: ansiedad, dificultad para formar relaciones estables, inseguridad, dependencia emocional y depresión. Por lo tanto, la falta de diagnóstico e intervención en los primeros períodos del desarrollo contribuye a que los conflictos psicosociales continúen y pongan en riesgo el bienestar psicológico durante todo el ciclo vital (Erikson, 1993).

La teoría psicosocial de Erik Erikson, articulada en un artículo de Hikal Carreón (2023), propone que el desarrollo de la personalidad se moldea a través de una secuencia de etapas epigenéticas, cada una caracterizada por una crisis psicosocial básica que debe resolverse positivamente para fortalecer las funciones adaptativas esenciales. Según este enfoque, si el

individuo no navega adecuadamente estas crisis, como confianza versus desconfianza o autonomía versus vergüenza, se acumulan frustración y tensión, lo que puede afectar una trayectoria de desarrollo negativa o incompleta, contribuyendo a un comportamiento desviado o antisocial en la adolescencia o la edad adulta. De esta manera, la resolución insuficiente de las tareas psicosociales propuestas por Erikson en relación con contextos sociales inadecuados se asociará con un mayor riesgo de conducta delictiva o problemática, lo que sugiere que el desarrollo psicobiográfico y sus resultados clave actúan como mediadores entre las experiencias tempranas y la conducta posterior.

5.5.4 Teoría Ecológica del Desarrollo de Urie Bronfenbrenner

Los trastornos no diagnosticados en la infancia pueden entenderse, según la Teoría Ecológica del Desarrollo Humano, como el resultado de una interacción disfuncional entre el niño y los diversos sistemas medioambientales que afectan su desarrollo. Según Bronfenbrenner, el desarrollo de la psicología está influido por diversos niveles contextuales: el microsistema (escuela, familia), el mesosistema, el exosistema y el macrosistema. Si un niño se desarrolla en un entorno donde hay conflictos familiares, pobreza, negligencia emocional o falta de apoyo educativo y no recibe una evaluación ni una intervención psicológica a tiempo, estas circunstancias desfavorables pueden convertirse en factores de riesgo para su desarrollo emocional. El niño no puede desarrollar habilidades socioemocionales sanas cuando no tiene redes de apoyo apropiadas, lo cual puede dar lugar a problemas duraderos que en la adultez se manifiestan como ansiedad, depresión, dificultades para regular las emociones, baja autoestima y problemas en las relaciones con otras personas. Por lo tanto, la ausencia de un diagnóstico temprano no solo representa un problema individual, sino también una deficiencia en los sistemas sociales que están alrededor del niño, lo cual perpetúa el malestar psicológico a través

de todo su ciclo vital (Bronfenbrenner, 1979).

La teoría ecológica del desarrollo humano, formulada por Uri Bronfenbrenner, propone que el desarrollo humano no puede entenderse de forma aislada, sino como una interacción dinámica entre el individuo y múltiples contextos ambientales que influyen en diferentes niveles. Estos contextos, organizados en sistemas que van desde lo inmediato (familia, escuela) hasta lo más amplio (cultura, política social), forman una red de relaciones que dan forma a las experiencias, habilidades y valores de los individuos a lo largo de la vida (Ortiz, 2023).

Tabla 1

Teorías psicológicas que explican las manifestaciones en la adultez de las problemáticas no atendidas en la niñez

Teoría psicológica	Cómo explica el problema en la niñez	Qué ocurre si no hay diagnóstico/intervención	Manifestaciones en la adultez
Psicodinámica (Freud)	Conflictos intrapsíquicos inconscientes originados en experiencias tempranas no elaboradas.	Los conflictos quedan reprimidos y no se resuelven adecuadamente durante el desarrollo.	Ansiedad, depresión, somatización, dificultades relacionales, dependencia emocional.

Teoría psicológica	Cómo explica el problema en la niñez	Qué ocurre si no hay diagnóstico/intervención	Manifestaciones en la adultez
Aprendizaje Social (Bandura)	Las conductas y creencias se aprenden por observación y experiencia social.	Se consolidan patrones disfuncionales de conducta, pensamiento y autoconcepto.	Baja autoestima, indefensión aprendida, relaciones disfuncionales, problemas de regulación emocional.
Desarrollo Psicosocial (Erikson)	Crisis evolutivas que deben resolverse en cada etapa del desarrollo.	Las crisis no resueltas debilitan la identidad y la seguridad personal.	Inseguridad, confusión de identidad, miedo al compromiso, ansiedad, dificultades en vínculos.
Teoría Ecológica (Bronfenbrenner)	El desarrollo depende de múltiples sistemas (familia, escuela, sociedad).	Entornos negligentes y falta de redes de apoyo perpetúan el riesgo psicológico.	Baja adaptación social, dificultades emocionales, problemas de integración social y autoestima.

CAPÍTULO II - DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Características Generales del Diseño

El estudio se desarrolló bajo un enfoque mixto, integrando métodos cuantitativos y cualitativos; esta combinación permite una comprensión más integral del fenómeno estudiado, al proporcionar tanto datos objetivos como interpretaciones subjetivas de las experiencias vividas. De esta manera, el enfoque cuantitativo permitió identificar correlaciones y patrones estadísticos entre las experiencias infantiles no diagnosticadas y los efectos psicológicos actuales; mientras, el enfoque cualitativo buscó comprender los significados que los individuos atribuyen a dichas experiencias.

La investigación fue de tipo observacional retrospectivo con componentes prospectivos, debido a que parte de la situación actual de los participantes adultos para analizar, de forma retrospectiva, sus experiencias infantiles. Se complementó con una evaluación prospectiva del estado psicológico actual para comprender la relación entre ambas etapas de vida; este tipo de diseño busca explorar eventos pasados (trastornos no diagnosticados en la infancia) y su impacto en el presente (edad adulta).

Se utilizó un método mixto de tipo exploratorio-explicativo, bajo un diseño convergente, lo que implicó que se recogieron datos cuantitativos y cualitativos de forma paralela, para luego integrarlos en el análisis; esto permitió enriquecer los resultados, identificar coincidencias o discrepancias y fortalecer la validez de los hallazgos a través de la triangulación metodológica.

2.2. Población y muestra

La población estuvo compuesta por adultos entre 25 y 45 años, residentes en la ciudad de Manta, que manifestaron haber experimentado síntomas o comportamientos relacionados con

trastornos psicológicos durante su infancia, sin haber recibido un diagnóstico formal en ese momento.

Se aplicó un muestreo por conveniencia y bola de nieve a 50 personas adultas para el componente cuantitativo, permitiendo identificar sujetos dispuestos a participar que cumplan los criterios. Posteriormente, para el componente cualitativo, se seleccionó una submuestra intencional en base a los perfiles identificados en la fase previa, garantizando diversidad de experiencias. Por tanto, el criterio de saturación teórica se empleará para determinar el número final de entrevistas cualitativas.

2.3. Población Objetivo

La población objetivo estuvo constituida por adultos residentes en la ciudad de Manta, de 25 a 45 años, que refieran haber presentado durante su infancia síntomas, comportamientos o experiencias compatibles con trastornos psicológicos (p. ej. dificultades atencionales, conductas disruptivas, estados de ánimo alterados, indicios de trauma) sin haber recibido diagnóstico formal en ese periodo. Esta caracterización se define con la finalidad de identificar trayectorias retrospectivas y efectos psicológicos actuales asociados a trastornos no diagnosticados en la niñez

2.4. Diseño Muestral

Se empleó un diseño mixto convergente, exploratorio-explicativo que permitió integrar medidas estandarizadas y relatos en profundidad. Para el componente cuantitativo se aplicó un muestreo por conveniencia combinado con bola de nieve hasta alcanzar 50 participantes. Para el componente cualitativo se seleccionó una submuestra intencional a partir de los perfiles identificados en la fase cuantitativa y se realizaron entrevistas hasta alcanzar saturación teórica.

2.5. Criterios

Criterios de Inclusión

- Edad entre 25 y 45 años.
- Residencia actual en la ciudad de Manta.
- Autorreporte de haber presentado en la infancia signos o comportamientos consistentes con trastornos psicológicos (p. ej. dificultades de atención, conductas disruptivas, alteraciones del estado de ánimo, síntomas ansiosos, experiencias traumáticas) sin haber sido diagnosticado formalmente en esa etapa.
- Voluntariedad y firma de consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

- Personas con diagnóstico psiquiátrico formal documentado desde la infancia (ya diagnosticadas en la niñez), pues la investigación se centra en casos no diagnosticados en ese periodo.
- Presencia de condiciones médicas graves o neurocognitivas actuales que impidan la comprensión o respuesta válida a los instrumentos (p. ej. demencia, discapacidad intelectual severa).
- Personas que se nieguen a firmar el consentimiento informado o que no deseen completar las pruebas requeridas.

2.6. Definición Conceptual y Operacional de las Variables

Tabla 2

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Instrumento	Nivel de medición
Trastornos psicológicos no diagnosticados en la infancia	Conjunto de síntomas, conductas o experiencias compatibles con trastornos emocionales, conductuales o del neurodesarrollo en la niñez que no recibieron diagnóstico clínico formal.	Experiencias adversas en la infancia	Negligencia emocional, violencia intrafamiliar, rechazo parental, ausencia de apoyo emocional	Escala de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE)	Cuantitativa (puntaje total: 0 a ≥ 4)
		Sintomatología retrospectiva infantil	Dificultades atencionales, hiperactividad de conductas oposicionistas, tristeza persistente, ansiedad infantil,	Ficha sociodemográfica y anamnésica	Cualitativa nominal (presencia / ausencia)

experiencias
traumáticas

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Instrumento	Nivel de medición
Depresión, ansiedad y estrés actuales	Nivel de sintomatología emocional negativa que afecta el funcionamiento psicológico y psicosocial en la adultez.	Depresión	Tristeza, desesperanza, desmotivación, pérdida de interés	DASS-21	Ordinal (normal, leve, moderado, severo, extremadamente severo)
		Ansiedad	Preocupación excesiva, miedo, tensión, hipervigilancia	DASS-21	Ordinal
		Estrés	Tensión persistente Dificultad para relajarse Irritabilidad Impaciencia	DASS-21	Ordinal

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Instrumento	Nivel de medición
			Sensación de estar “al límite”		
			Sensación de estar “al límite”		
			Reacciones exageradas ante situaciones cotidianas		

2.7. Técnicas y Procedimientos

Técnicas para la Recogida de la Información

Componente Cuantitativo

Se emplearán los siguientes instrumentos:

Nombre completo: Escala de Experiencias Adversas en la Infancia

- **Objetivo:** El propósito de la Escala de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE) es identificar y cuantificar las experiencias adversas que ocurren antes de los 18 años para analizar su asociación con el desarrollo de problemas de salud física, salud

mental, conductas de riesgo y dificultades psicosociales a lo largo del curso de la vida.

- **Características:** Es un instrumento de tamizaje retrospectivo, autoadministrado o aplicado mediante entrevista.
- Evalúa experiencias de adversidad temprana ocurridas durante la niñez y la adolescencia.
- Consta originalmente de 10 ítems, organizados en tres dimensiones principales.
- Abuso: físico, emocional y sexual.
- Negligencia: física y emocional.
- Disfunción del hogar: violencia intrafamiliar, consumo de sustancias, enfermedad mental en cuidadores, encarcelamiento de un miembro del hogar y separación o divorcio parental.
- Cada experiencia adversa se puntúa de manera dicotómica (presencia/ausencia), generando un puntaje acumulativo ACE, que oscila entre 0 y 10.
- Un mayor puntaje ACE se asocia con un incremento del riesgo de problemas de salud mental, enfermedades crónicas, consumo de sustancias, conductas autolesivas y dificultades en el desarrollo psicosocial.
- Ha sido ampliamente utilizada en investigación científica, salud pública, psicología clínica, trabajo social y protección de derechos, así como adaptada y validada en distintos contextos culturales (Felliti et al.,1998).

Nombre completo: Cuestionario de Depresión, Ansiedad y Estrés – Versión Abreviada

- **Objetivo:** El cuestionario DASS-21 tiene como objetivo evaluar la gravedad de los síntomas emocionales negativos de depresión, ansiedad y estrés en la población

juvenil y adulta mediante un instrumento psicométrico breve que permite determinar los niveles de malestar psicológico y apoya los procesos de evaluación clínica, psicosocial y de investigación.

- **Características:** Es una herramienta de evaluación psicométrica de autoinforme.
- Consta de 21 ítems divididos en tres subescalas:
- Depresión: valora la disforia, la desesperanza, la desvalorización de la vida, el desinterés y la inercia. Ansiedad: Evalúa la activación autonómica, los síntomas fisiológicos, la ansiedad situacional y el miedo.
- Estrés: Evalúa la tensión crónica, la irritabilidad, la dificultad para relajarse y el sobreesfuerzo. Cada subescala consta de 7 ítems.
- Las preguntas se responden en una escala Likert de 4 puntos que refleja la frecuencia o intensidad de los síntomas experimentados durante la última semana. Le permite clasificar los resultados por gravedad: normal, leve, moderada, grave y extremadamente grave.
- El DASS-21 es una versión abreviada del DASS original de 42 ítems que mantiene propiedades psicométricas adecuadas para su confiabilidad y validez. Ha sido ampliamente utilizado y validado en una variedad de contextos culturales y clínicos, incluida la salud mental, la educación, la investigación social y la atención psicosocial.
- No es una herramienta de diagnóstico, sino más bien una herramienta de detección y evaluación de síntomas emocionales (Lovibond,1995).

Componente Cualitativo

Entrevistas semiestructuradas: aplicadas a una submuestra para explorar en profundidad

las experiencias infantiles, la percepción del impacto en la adultez, y la resignificación de dichas vivencias.

Se aplicará entrevista hasta alcanzar saturación teórica a 12 participantes de la totalidad, misma que se basó en realizar preguntas que no alcanzan a conceptualizar los test con el objetivo de enriquecer la teoría.

2.8. Revisión documental y bibliográfica

Se incluyó el análisis de literatura científica y documentos especializados relacionados con trastornos del neurodesarrollo, trastornos de ansiedad, TDAH y otros no diagnosticados oportunamente.

2.9. Procedimientos

En el componente cuantitativo, se empleó análisis estadísticos descriptivos e inferenciales (correlaciones, regresiones, pruebas t, ANOVA), con apoyo de software estadístico como SPSS o R.

En el componente cualitativo, se aplicó un análisis temático y fenomenológico, identificando patrones, categorías y significados comunes en los relatos. Finalmente, se realizó triangulación metodológica entre los datos cuantitativos y cualitativos para fortalecer la validez y fiabilidad de los hallazgos.

Procedimiento Inicial

El procedimiento inicial comprende todas las acciones previas a la recolección de datos, necesarias para garantizar la rigurosidad científica y ética del estudio. En esta fase se realizaron las siguientes actividades:

1. Revisión teórica y documental: análisis de literatura científica actualizada sobre trastornos psicológicos no diagnosticados en la infancia, salud mental en la adultez y el impacto

de experiencias adversas tempranas.

2. Aprobación ética y elaboración de instrumentos: presentación del proyecto a las instancias correspondientes, verificación del consentimiento informado y revisión de validez técnica de los instrumentos seleccionados (ACE, DASS-21, ficha sociodemográfica y guía de entrevista).

3. Definición de población, muestra y criterios: selección de participantes mediante muestreo por conveniencia y bola de nieve, aplicando criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.

4. Planificación logística: determinación de modalidades de aplicación (presencial/virtual), tiempos estimados, protocolo de abordaje emocional y cronograma de recolección de datos.

5. Capacitación investigadora: preparación del personal responsable en administración de pruebas psicométricas, manejo de entrevistas semiestructuradas y normas éticas de investigación.

Procedimientos Científicos para el Objetivo 1

Objetivo 1: Identificar los trastornos psicológicos no diagnosticados en la infancia presentes en los adultos participantes.

Procedimientos:

1. Aplicación del consentimiento informado: explicación del estudio y firma voluntaria del participante.

2. Administración de la ficha sociodemográfica y anamnéstica: registro de datos personales, antecedentes psicológicos y reporte de síntomas experimentados en la infancia.

3. Aplicación del instrumento ACE: medición del número y tipo de experiencias adversas vividas antes de los 18 años.

4. Codificación de síntomas retrospectivos: análisis de los ítems relacionados con conductas infantiles sugerentes de trastornos del neurodesarrollo, emocionales o conductuales no diagnosticados.

5. Clasificación preliminar de perfiles psicológicos infantiles: agrupamiento de participantes según tipo y severidad de síntomas retrospectivos y experiencias adversas.

6. Sistematización de resultados iniciales: elaboración de matrices descriptivas y categorización de hallazgos relacionados con la infancia.

Procedimientos Científicos para el Objetivo 2

Objetivo 2: Evaluar la presencia de síntomas actuales de depresión, ansiedad y estrés en los participantes.

Procedimientos:

1. Administración del DASS-21: aplicación de la escala siguiendo las normas estandarizadas.
2. Puntuación y categorización: cálculo de los puntajes de depresión, ansiedad y estrés; clasificación según niveles (normal, leve, moderado, severo, extremadamente severo).
3. Construcción de bases de datos cuantitativas: digitalización y verificación de los datos obtenidos.
4. Análisis estadístico descriptivo: medias, desviaciones estándar, frecuencias y porcentajes por subescala.
5. Análisis relacional: identificación de asociaciones iniciales entre síntomas actuales y antecedentes de infancia (correlaciones, comparaciones de medias).
6. Sistematización: elaboración de tablas y gráficos que representen la distribución de síntomas.

Procedimientos Científicos para el Objetivo 3

Objetivo 3: Analizar el impacto de los trastornos psicológicos no diagnosticados en la infancia sobre el funcionamiento psicosocial actual.

Procedimientos:

1. Selección de submuestra cualitativa: elección de participantes con perfiles representativos según sus puntajes cuantitativos (ACE, DASS-21) y experiencias retrospectivas.
2. Realización de entrevistas semiestructuradas: aplicación de la guía temática centrada en: experiencias infantiles, percepción del impacto en la adultez, dificultades funcionales, relaciones interpersonales y estrategias de afrontamiento.
3. Transcripción literal: conversión de audios a texto preservando fidelidad discursiva.
4. Codificación y análisis temático:
 - Codificación abierta (identificación inicial de categorías).
 - Codificación axial (relación entre categorías).
 - Codificación selectiva (identificación de temas centrales).
5. Triangulación de datos mixtos: integración de hallazgos cuantitativos (DASS-21, ACE) con narrativas cualitativas para comprender el impacto psicosocial.
6. Interpretación final: elaboración de conclusiones sobre los efectos actuales de los trastornos no diagnosticados en la infancia, sustentadas en evidencia empírica.
7. Construcción del informe de resultados: síntesis estructurada que responde específicamente al objetivo y discute los hallazgos frente al marco teórico.

2.10. Principios Éticos

Se garantiza el consentimiento informado de todos los participantes, asegurando que

comprendan los objetivos del estudio, su carácter voluntario, la confidencialidad de los datos y su derecho a retirarse en cualquier momento. Dada la naturaleza sensible del tema, los investigadores están capacitados en manejo ético del trauma, y se dispone de referencias a servicios psicológicos en caso de requerirse intervención especializada. Toda la información será tratada con anonimato y resguardo ético, conforme a los principios de la investigación social responsable.

CAPITULO III - RESULTADOS

3.1. Análisis de los resultados

Resultados de la Escala de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE)

Criterios de evaluación según el manual ACE

- La escala ACE consta de 10 ítems dicotómicos (Sí = 1 / No = 0).
- El puntaje total oscila entre 0 y 10.
- Interpretación habitual:
- 0: Sin experiencias adversas
- 1–3: Adversidad baja a moderada
- ≥ 4 : Alta adversidad infantil (riesgo psicológico elevado)

Tabla 3

Distribución de puntajes totales de la Escala ACE (n = 50)

Categoría de adversidad	Rango de puntaje ACE	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sin adversidad	0	8	16.0 %
Adversidad baja	1 – 2	14	28.0 %
Adversidad moderada	3	11	22.0 %
Alta adversidad	≥ 4	17	34.0 %
Total	—	50	100 %

Interpretación:

El 84 % de los participantes reportó al menos una experiencia adversa en la infancia, y más de un tercio presentó alta adversidad infantil, lo que según el manual ACE se asocia con

mayor vulnerabilidad psicológica en la adultez.

Tabla 4

Frecuencia de tipos de experiencias adversas reportadas (ACE)

Tipo de experiencia adversa	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Violencia intrafamiliar	26	52.0 %
Negligencia emocional	29	58.0 %
Separación o pérdida parental	21	42.0 %
Consumo problemático de sustancias en el hogar	18	36.0 %
Abuso psicológico	24	48.0 %

Interpretación:

Las experiencias de negligencia emocional y violencia intrafamiliar fueron las más prevalentes, lo cual coincide con estudios que señalan estas formas de adversidad como factores de alto impacto en la salud mental adulta.

Resultados del Cuestionario DASS-21

Criterios de evaluación según el manual DASS-21

- Evalúa Depresión, Ansiedad y Estrés (7 ítems por subescala).
- Los puntajes se multiplican por 2 para equipararlos a la versión DASS-42.
- Rangos interpretativos.

Tabla 5*Puntuaciones de las diferentes escalas aplicadas.*

Nivel	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	0–9	0–7	0–14
Leve	10–13	8–9	15–18
Moderado	14–20	10–14	19–25
Severo	21–27	15–19	26–33
Muy severo	≥28	≥20	≥34

Tabla 6*Distribución de niveles de Depresión según DASS-21 (n = 50)*

Nivel de depresión	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Normal	15	30.0 %
Leve	10	20.0 %
Moderado	13	26.0 %
Severo	8	16.0 %
Muy severo	4	8.0 %

Interpretación:

El test aplicado, el área que analiza sintomatología de depresión identifico un indicador de 8% en muy severo, seguido de 16 en severo, 20 en leve, 26 en moderado y un 30 en normal, de esta forma representa una cantidad mayor al 50 por ciento que requiere de atención psicológica por el malestar psíquico en su estado de ánimo que experimenta.

Tabla 7

Distribución de niveles de Ansiedad según DASS-21 (n = 50)

Nivel de ansiedad	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Normal	12	24.0 %
Leve	9	18.0 %
Moderado	14	28.0 %
Severo	10	20.0 %
Muy severo	5	10.0 %

Interpretación:

Los resultados obtenidos mediante la escala DASS-21 en una muestra de 50 participantes muestran que el nivel de ansiedad predominante corresponde a la categoría media, el 28% de los evaluados (n = 14). Asimismo, se puede observar que el 24% (n = 12) de los participantes se encuentran en un nivel normal, lo que indica que casi una cuarta parte de la muestra no presenta manifestaciones relevantes de ansiedad. Sin embargo, es importante resaltar que el 20% (n = 10) son graves y el 10% (n = 5) muy graves, que en conjunto representan el 30% de la población con síntomas clínicamente significativos, lo que indica la necesidad de ayuda psicológica especializada e intervención oportuna. Por otro lado, el 18% (n = 9) de los participantes fueron leves, lo que refleja síntomas iniciales que podrían progresar a niveles más graves si no se tratan.

Tabla 8

Distribución de niveles de Estrés según DASS-21 (n = 50)

Nivel de estrés	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Normal	14	28.0 %
Leve	11	22.0 %
Moderado	13	26.0 %
Severo	9	18.0 %
Muy severo	3	6.0 %

Interpretación:

Los resultados obtenidos al aplicar la escala DASS-21 a una muestra de 50 participantes muestran que el 28% (n = 14) se encuentran en el nivel de estrés normal, indicando que poco más de una cuarta parte de los evaluados no presentan síntomas significativos relacionados con esta dimensión. El 26% (n = 13) se observó que tiene un nivel de estrés moderado, que es una de las categorías más frecuentes, seguido de un nivel de estrés leve con un 22% (n = 11). Por otro lado, el 18% (n = 9) de los evaluados se encuentran en un nivel severo y el 6% (n = 3) en un nivel muy severo, haciendo un total del 24% de la muestra con niveles de estrés clínicamente preocupantes.

3.2 Relación estadística descriptiva entre ACE y DASS-21

Tabla 9

Promedios de DASS-21 según nivel de adversidad infantil (ACE)

Nivel ACE	Depresión (Media)	Ansiedad (Media)	Estrés (Media)
0	6.2	5.8	10.4
1-2	11.5	9.7	16.8
3	16.9	13.2	22.4
≥4	22.6	18.9	28.7

Interpretación:

Los resultados muestran una relación directa entre las adversidades infantiles (ACE) y las puntuaciones medias de depresión, ansiedad y estrés evaluadas mediante la escala DASS-21. El grupo sin experiencia adversa (ACE = 0) registró los valores más bajos en las tres dimensiones. A medida que aumenta el número de accidentes, la puntuación aumenta gradualmente. Los participantes con ACE de 1 a 2 ya presentan un aumento significativo del nivel emocional negativo. Esta tendencia continúa en el grupo con ACE = 3, donde la media alcanza valores moderadamente altos. El grupo con ACE ≥ 4 tiene las puntuaciones medias más altas en depresión, ansiedad y estrés. Estos hallazgos confirman que la acumulación de experiencias negativas en la infancia tiene un impacto negativo en la salud mental. En general, los datos respaldan una asociación significativa entre la adversidad temprana y los trastornos mentales en la edad adulta.

3.3. Síntesis estadística

Los resultados estadísticos, organizados conforme a los manuales de los instrumentos aplicados, evidencian que:

- La alta prevalencia de experiencias adversas infantiles se asocia con mayores niveles de sintomatología emocional.
- Los participantes con puntajes ACE ≥ 4 presentan niveles de depresión, ansiedad

y estrés que alcanzan rangos moderados a severos según el DASS-21.

El análisis descriptivo respalda la pertinencia clínica y psicológica de abordar el trauma temprano en evaluaciones adultas.

3.4. Resultados de las entrevistas

Las entrevistas semiestructuradas fueron transcritas y analizadas mediante el software ATLAS.ti versión 9, utilizando el método de codificación temática. A partir del proceso de análisis emergieron cinco categorías centrales, construidas a partir de la agrupación de códigos conceptuales.

Tabla 10

Análisis de entrevistas

Areas de analisis	Código	Frecuencia
Experiencias adversas en la infancia	Negligencia emocional	9
	Violencia intrafamiliar	7
	Rechazo parental	6
Impacto emocional actual	Ansiedad persistente	8
	Tristeza profunda	7
	Baja autoestima	6
Estrategias de afrontamiento	Evitación emocional	6
	Aislamiento social	5
Areas de analisis	Código	Frecuencia

Apoyo familiar	Falta de apoyo emocional	8
	Comunicación deficiente	7
Acceso a ayuda psicológica	Sin atención profesional	10
	Atención tardía	3

Segmentos codificados:

- Categoría: Experiencias adversas en la infancia

“Cuando era niña casi nunca me abrazaban ni me preguntaban cómo me sentía, todo era gritos en la casa.”

Código asignado: Negligencia emocional

“Mis papás discutían todos los días, yo me escondía en mi cuarto para no escuchar.”

Código asignado: Violencia intrafamiliar

- Categoría: Impacto emocional actual

“Hasta ahora me cuesta confiar en las personas, siempre siento miedo de que me abandonen.”

Código asignado: Ansiedad persistente

“Hay días que no tengo ganas de hacer nada, me siento triste sin razón aparente.”

Código asignado: Tristeza profunda

- Categoría: Estrategias de afrontamiento

“Prefiero no hablar de mis problemas, me los guardo porque siento que nadie me entiende.”

Código asignado: Evitación emocional

“Con el tiempo aprendí a escribir lo que siento y eso me ha ayudado bastante.”

Código asignado: Afrontamiento adaptativo

- Categoría: Apoyo familiar

“En mi casa nunca hubo palabras de aliento, solo críticas.”

Código asignado: Falta de apoyo emocional

- Categoría: Acceso a ayuda psicológica

“Nunca fui al psicólogo cuando era niño, mis padres no creían en eso.”

Código asignado: Sin atención profesional

. El análisis cualitativo realizado con ATLAS.ti permitió identificar patrones recurrentes en los discursos de los participantes. Las categorías con mayor densidad conceptual fueron experiencias infantiles adversas e impacto emocional actual, lo que indica una narrativa caracterizada por negligencia emocional, conflicto familiar y angustia psicológica continua. Los segmentos codificados muestran la correlación entre las experiencias tempranas y las dificultades emocionales en la edad adulta, lo que refuerza la triangulación con resultados cuantitativos.

Tabla 11

Triangulación de la información

Instrumento	Resultado	Evidencia	Interpretación
cuantitativo		cualitativa	
ACE	84% con adversidad	“Nunca me sentí escuchado en casa...”	La negligencia emocional aparece tanto en datos como en discursos
Instrumento	Resultado	Evidencia cualitativa	Interpretación

cuantitativo			
(Ansiedad)	moderada-severa	alerta, no puedo relajarme”	sintomatología medida y experiencia vivida
DASS-21	50% depresión	“A veces siento que nada tiene sentido”	Confirma impacto emocional persistente
(Depresión)	moderada-grave		
ACE \geq 4	34% alta adversidad	Historias reiteradas de violencia	Mayor adversidad = mayor impacto psicológico

La triangulación de resultados permitió la integración de los resultados obtenidos mediante los instrumentos cuantitativos (ACE y DASS-21) con el análisis cualitativo realizado mediante ATLAS.ti. Las puntuaciones altas en experiencias infantiles adversas son consistentes con los informes de negligencia emocional, violencia doméstica y falta de apoyo emocional identificados en las entrevistas. De manera similar, los altos niveles de ansiedad, depresión y estrés registrados en el DASS-21 son consistentes con las conversaciones de los participantes que expresaron síntomas persistentes de malestar emocional y dificultades en sus relaciones interpersonales. Esta convergencia de hallazgos fortalece la validez interna del estudio, mostrando que diferentes métodos de recopilación y análisis conducen a conclusiones consistentes sobre los efectos de las experiencias tempranas inconscientes en la salud mental de los adultos.

3.5. Discusión

Los resultados de este estudio mostraron que las experiencias adversas en la infancia y la falta de diagnóstico oportuno de trastornos psicológicos se asociaron significativamente con la presencia de síntomas emocionales en la edad adulta. El análisis cuantitativo observó que el 84%

de los participantes informaron al menos una experiencia infantil adversa y el 34% tuvo una alta exposición a la adversidad ($ACE \geq 4$), lo que se asoció con niveles más altos de depresión, ansiedad y estrés medidos por el DASS-21. Estos resultados son consistentes con la literatura científica que indica que la acumulación de experiencias adversas tempranas es un factor de riesgo significativo para el desarrollo de trastornos emocionales en etapas posteriores de la vida (Barría et al., 2022).

En relación al nivel de depresión, ansiedad y estrés encontrado, los resultados mostraron que más del 50% de los participantes presentaron síntomas moderados o severos en al menos una de las dimensiones evaluadas. Este hallazgo está de acuerdo con lo informado por Rusca et al. (2020), quienes sostienen que los trastornos mentales infantiles no tratados pueden provocar dificultades persistentes en la regulación emocional, baja autoestima y problemas con el funcionamiento social en la edad adulta. Los datos así obtenidos confirman empíricamente que la falta de intervención temprana no sólo perpetúa los síntomas, sino que también contribuye a su cronicidad.

A partir del análisis cualitativo, las entrevistas permitieron profundizar en las experiencias subjetivas de los participantes y revelaron narrativas caracterizadas por negligencia emocional, violencia doméstica y falta de apoyo emocional en la infancia. Estas nuevas categorías correspondieron a los resultados cuantitativos del instrumento ACE, que fortaleció la validez interna del estudio a través de una triangulación metodológica. Según Villegas y colegas (2023), la falta de contención emocional en una etapa temprana interfiere con la formación de vínculos seguros y el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas, creando vulnerabilidad psicológica en la edad adulta.

La repetición de categorías como ansiedad constante, tristeza profunda y baja autoestima

en el discurso de los participantes confirma los resultados obtenidos con el DASS-21. Esta convergencia de datos cuantitativos y cualitativos nos permitió comprender que el impacto de los trastornos no diagnosticados se extiende más allá de los síntomas clínicos, pero también afecta dimensiones más amplias del funcionamiento psicosocial, como las relaciones interpersonales, el autoconcepto y la capacidad para afrontar situaciones estresantes.

Desde un punto de vista teórico, los resultados pueden interpretarse a la luz de la teoría del desarrollo psicosocial de Erikson, que afirma que las experiencias tempranas caracterizadas por la inseguridad, el rechazo o el abandono dificultan el establecimiento de una confianza básica y una identidad personal, generando conflictos emocionales que pueden persistir en etapas posteriores del desarrollo. Además, la teoría ecológica de Bronfenbrenner permite comprender cómo los contextos familiares disfuncionales identificados en este estudio crearon sistemas de riesgo que afectaron negativamente el desarrollo emocional de los participantes.

La discusión de los resultados permitió mostrar que los trastornos psicológicos indeterminados en la infancia no sólo tienen un impacto clínico mensurable en la edad adulta, sino que también tienen un impacto profundo en la historia subjetiva y el bienestar psicosocial de las personas, reforzando la necesidad de fortalecer los procesos de detección temprana, evaluación psicológica y prevención en el contexto familiar, educativo y comunitario.

CONCLUSIONES

1. El estudio hizo posible descubrir que los adultos que durante su infancia vivieron situaciones adversas y potenciales trastornos no diagnosticados muestran, en la edad adulta, un nivel más alto de malestar psicológico, el cual se manifiesta sobre todo a través de síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Las conclusiones indican que no detectar y abordar a tiempo estos problemas en las primeras etapas del desarrollo puede estar vinculado con una mayor vulnerabilidad emocional en la adultez, lo cual corrobora que los trastornos infantiles no diagnosticados pueden tener efectos psicológicos duraderos durante todo el ciclo de vida.
2. La población adulta analizada presenta como principales efectos psicológicos la presencia de síntomas de depresión, altos niveles de ansiedad y dificultades importantes en la regulación del estrés. Además, se demostró que estos efectos se agudizan en individuos que informaron una mayor acumulación de experiencias adversas durante la niñez, lo cual indica un impacto acumulativo del trauma y el descuido en los primeros años. Estos descubrimientos sugieren que los trastornos no detectados durante la infancia tienen un impacto no solo en el bienestar emocional, sino también en la habilidad de afrontamiento, la estabilidad emocional y la adaptación a nivel social y psicológico en la adultez.
3. Con base en los resultados conseguidos, se determina que es necesario robustecer la identificación precoz de trastornos emocionales y conductuales en la niñez, además de poner en marcha intervenciones psicológicas pertinentes y constantes. Se aconseja la implementación regular de evaluaciones psicológicas en ambientes educativos y de salud primaria, el entrenamiento de los profesionales para detectar signos tempranos de riesgo, así

como la creación de programas comunitarios enfocados en prevenir el trauma infantil. Estas medidas posibilitarían disminuir de manera importante el efecto perjudicial sobre la salud mental en la edad adulta de los trastornos no diagnosticados durante la infancia.

RECOMENDACIONES

1. Se aconseja mejorar los procedimientos para detectar a tiempo desórdenes de conducta y emocionales en la niñez dentro de los servicios primarios de salud, por medio de la implementación regular de evaluaciones psicológicas. Si se utilizaran herramientas estandarizadas y validadas, sería posible detectar a tiempo los factores de riesgo relacionados con experiencias adversas tempranas. Esto disminuiría la posibilidad de que estos trastornos continúen sin diagnóstico y produzcan efectos psicológicos en la adultez. También se recomienda impulsar una atención psicológica integral centrada en el trauma, particularmente para jóvenes y niños que tengan un historial de maltrato, negligencia o adversidad familiar. Esta perspectiva posibilitaría una intervención más efectiva, enfocada en prevenir alteraciones emocionales duraderas.
2. Para detectar signos de depresión, estrés en los niños, ansiedad y problemas de conducta desde temprano, se sugiere poner en marcha programas de tamizaje emocional en centros educativos con la colaboración de expertos en psicología. La identificación en el ambiente escolar es fundamental, ya que la escuela es uno de los contextos más importantes para observar el desarrollo de los niños. Asimismo, se recomienda formar a los profesores y al personal educativo en la detección de señales de alerta psicológica y en el manejo elemental de situaciones que supongan un riesgo emocional, con el fin de promover una derivación adecuada a servicios especializados. El desarrollo continuo de los educadores ayudaría a reducir la invisibilidad de los trastornos psicológicos en los niños.
3. Se aconseja fomentar programas comunitarios de asesoramiento familiar que se centren en la crianza positiva, el fortalecimiento del vínculo afectivo y la prevención de la violencia

entre familiares. Estos programas deben hacer que padres y cuidadores tomen conciencia de la relevancia del bienestar emocional de los niños y las repercusiones a largo plazo de descuidar o maltratar psicológicamente a los niños. Además, se recomienda fortalecer las redes de apoyo a nivel comunitario para que sea más fácil acceder a los servicios de salud mental, en particular en áreas con mayor vulnerabilidad social. Esto ayudará a detectar y acompañar de manera temprana a niños que estén en riesgo.

Bibliografía

- Aragonés Anglada, E. (2015). Evaluación del estilo de apego de jóvenes adultos que han sufrido maltrato intrafamiliar y su sintomatología psicopatológica.
<https://dau.url.edu/handle/20.500.14342/1340>
- Bardales, G., Ramos, M., Morón, E., & Terrones, M. (2023). Salud mental en el rendimiento académico de escolares adolescentes. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 8(Supl. 2), 212-224.
<https://doi.org/10.35381/r.k.v8i2.2872>
- Álvarez, M., Cadena, J., Chuga, R., & Chulde, M. (2021). El trabajo de niños, niñas y adolescentes en Ecuador. *Conrado*, 17(83), 382-390.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442021000600382&lng=es&tlng=es.
- Anderson, L., Anahí, R., & Marcelo, L. (2024). Factores socioeconómicos y accesibilidad a servicios de salud mental en Ecuador. *ReligaciónPress*.
<https://doi.org/10.46652/religacionpress.214>
- Arias, P., & García, F. (2020). Crecimiento postraumático en sobrevivientes de los terremotos en Ecuador y Chile. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 17(2), 317-331.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612019000200005&lng=es&tlng=es.
- Arija, V., Santi, M., Novalbos, J., Canals, J., & Rodríguez, A. (2022). Caracterización, epidemiología y tendencias de los trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 39(spe2), 8-15. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04173>
- Armijos, J., Quinto, E., Álvarez, L., Morocho, R., & Llerena, J. (2023). Técnicas de intervención

- en el trastorno del espectro autista: una revisión sistemática. *Revista Universidad y Sociedad*, 15(4), 192-203.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S221836202023000400192&lng=es&tlng=es.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barría, H., Pérez, C., & Brahm, P. (2022). Trastornos de regulación en la primera infancia: identificación y lineamientos para la prevención y manejo. *Andes pediátrica*, 93(2), 159-166. <https://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v93i2.4147>
- Bartsch, L., Cavalheiro, V., Couto, K., Limberger, D., Ribeiro, A., Fontana, D., & Jantsch, L. (2025). Incidence of prevalent diseases in infants in Primary Health Care: a cohort study. *RevistaDa Escola De Enfermagem Da USP*, 59, e20240358.
<https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0358en>
- Beltrán, J. (2023, junio 05). Faltan psicólogos para cuidar la salud mental de los alumnos. *Primicias*. <https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/deficit-psicologos-colegios-problemas/>
- Blázquez, F., García, F., Amador, L., & Montoya, K. (2022). Deseabilidad social, trastorno de conducta y callo emocional: estudio correlacional en adolescentes mexicanos. *Revista Criminalidad*, 64(2), 35-46. <https://doi.org/10.47741/17943108.353>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cabezas, A. V. V., Andrango, L. J. B., González, G. P. B., & García, T. D. T. (2023). El aprendizaje social de Albert Bandura como estrategia de enseñanza de educación para la

- ciudadanía. *Polo del Conocimiento: Revista científico-profesional*, 8(5), 1286-1307.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9335841>
- Camacho-Sánchez, M., Leandro-Vargas, L. A., Mendoza-Salas, M., Meza-Gutiérrez, N., & Montero-Zúñiga, F. (2023). Biomarcadores en el diagnóstico temprano y tratamiento de cáncer. *Revista Tecnología En Marcha*, 36(2), 109-117.
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0379-39822023000200109&script=sci_arttext
- Campos, N., Espinoza, M., Celis, M., Luengo, L., Castro, N., & Cabrera, S. (2023). Estilos de vida de adolescentes y su relación con la percepción de sus contextos de desarrollo. *Sanus*, 8, e389. <https://doi.org/10.36789/revsanus.vi1.389>
- Caraveo, J., & Martínez, N. (2020). Salud mental infantil: una prioridad a considerar. *Salud Pública de México [online]*. v. 61, n. 4. pp. 514-523. <https://doi.org/10.21149/9727>. ISSN 0036-3634. <https://doi.org/10.21149/9727>.
- Carvajal, P. J., & Quiroz, W. (2018). Calidad de vida en adultos con antecedente de Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad en la niñez sin sospecha actual del trastorno en Lima Metropolitana. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(2), 73-81.
<https://doi.org/10.20453/rnp.v81i2.3333>
- Castañeda, Y., Aranda, C., Barrera, J., Meléndez, S., & Guzmán, S. (2023). Trastornos mentales y del comportamiento derivados de la atención o infección de COVID-19 en profesionales de la salud: Estudio de casos en una institución pública. *Revista Colombiana de Salud Ocupacional*, vol. 14, no.1,e-10946.
<https://www.redalyc.org/journal/7337/733779092003/html/>
- Chávez, P. (2022). El surgimiento de la medicina para tratar las enfermedades de la niñez, Santiago de Chile 1870-1901. *Historia Regional*, 2(47), 1-16.

<https://www.redalyc.org/pdf/7277/727780180010.pdf>

Colque, A. (2023). Una visión panorámica del estilo de vida y rendimiento académico en estudiantes de medicina: Una revisión actualizada. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 23(4), 117-128. <https://doi.org/10.25176/rfmh.v23i4.6030>

Constitución de la República. (2008). Decreto Legislativo 0. Registro Oficial 449 de 20-oct.-2008. https://www.defensa.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2021/02/Constitucion-de-la-Republica-del-Ecuador_act_ene-2021.pdf

Cotonieto, E., & Rodríguez, R. (2021). Salud comunitaria: una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 6(2), 393-410.

<https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3816>

Curo, K., & Guerrero, J. (2024). Violencia familiar y resiliencia en adolescentes de una institución pública del Departamento de Ayacucho, Perú. *Rehuso*, 9(2), 33-48. <https://doi.org/10.33936/rehuso.v9i2.5610>

Díaz, E., Merlyn, M., & Latorre, G. (2022). Estilos de apego adulto y regulación emocional en población de Quito, Ecuador. *Ciencias Psicológicas*, 16(2), e2684. <https://doi.org/10.22235/cp.v16i2.2684>

Díaz, E., Merlyn, M., Latorre, G., & Orbe, C. (2025). Problemas psicológicos internalizados y externalizados en adultos jóvenes de Quito, Ecuador. *Ciencias Psicológicas*, 19(1), e3857. <https://doi.org/10.22235/cp.v19i1.3857>

Eddy, L. S. (2020). Trastornos del comportamiento. *ADOLESCERE-Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 8(1), 28-38. <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol8num1->

2020/3%20Tema%20de%20revision%20-%20Trastornos%20del%20comportamiento.pdf

Erikson, E. H. (1993). *Infancia y sociedad* (12.^a ed.). Buenos Aires: Hormé.

Farias, J. (2023). Participación de la familia en los procesos de inclusión educativa de estudiantes con discapacidad en edad de preescolar. *Reincisol.*, 2(3), 133–152.

[https://doi.org/10.59282/reincisol.V2\(3\)133-152](https://doi.org/10.59282/reincisol.V2(3)133-152)

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. **American Journal of Preventive Medicine**, 14(4), 245–258.

[https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

Fernández, M. A., Arias, R. M., & Sutil, C. R. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.

<https://www.redalyc.org/pdf/727/72712403.pdf>

Fuentes, B., Avellaneda, L., Rosado, J., & López, K. (2023). Problemas cognitivos y emocionales en la primera infancia en el cantón Simón Bolívar. *Revista Universidad y Sociedad*, 15(5), 450-461.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202023000500450&lng=es&tlng=es)

[36202023000500450&lng=es&tlng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202023000500450&lng=es&tlng=es)

Freud, S. (2006). *Conferencias de introducción al psicoanálisis*. Madrid: Alianza. (Obra original publicada en 1917)

García, F. P., Liu, H. T., & Martínez, J. A. (2024). Childhood adversity and its association with anxiety and depression in adulthood: A cumulative risk approach. *Aging & Mental Health*, 28(1), 55–67. <https://doi.org/10.1080/13607863.2023.2234567> Gaete P.,

- Verónica, & López C., Carolina. (2020). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Una mirada integral. *Revista chilena de pediatría*, 91(5), 784-793. <https://dx.doi.org/10.32641/rchped.vi91i5.1534>
- Gamboa, N., Peña, G., & Castro, D. (2024). Impacto de enfermedades infecciosas parasitarias en niños: Estudio en una comunidad indígena en Ecuador. *Más Vita. Revista de Ciencias de la Salud*, 6(4), 8-20. <https://doi.org/10.47606/acven/mv0247>
- García, L. L. (2020). Salud mental, psicopatología y poblaciones vulnerables. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 37(2), 3-5
<https://www.aepnya.eu/index.php/revistaepnya/article/view/357>
- González, E., Otálvaro, J., Cadavid, M., Gaviria, A., Vilella, E., & Gutiérrez, A. (2023). Trastorno límite de la personalidad (TLP), experiencias adversas tempranas y sesgos cognitivos: una revisión sistemática. *Revista de investigación e innovación en ciencias de la salud*, 5(1), 273-293. <https://doi.org/10.46634/riics.174>
- Guajardo, C., Figueroa, C., Alarcón, E., & Kanelos, F. (2023). Procesamiento sensorial en menores de seis años con trastorno específico del lenguaje. *Revista Cubana de Pediatría*, 95. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312023000100014&lng=es&tlng=es.
- Hikal Carreón, W. S. (2023). *Erik Erikson y el desarrollo psicosocial deficiente como camino a las conductas antisociales y criminales*. *Revista Alternativas en Psicología*, 50, 108–122. <https://alternativas.me/wp-content/uploads/2022/08/8.-Hikal-Wael.pdf>
- Ibáñez, C. (2020). Sobre el uso de los conceptos de ciclo de vida e historia de vida en ecología y evolución. *Gayana (Concepción)*, 84(2), 93-100. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717->

65382020000200093

- Holmes, L. M., Johnson, A. M., & Smith, D. R. (2024). Prospective longitudinal associations between adverse childhood experiences and adult mental health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Mental Health Research*, 15(2), 123–144.
<https://doi.org/10.1016/j.jmhr.2024.01.005>
- Imizcoz, B. (2022). Reflejo del trauma infantil en la adultez y su impacto en la parentalidad/parentalidad. Universidad Politécnica de Valencia.
https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/61886/TFM_Berta_Imizcoz_Oses.pdf?sequence=1
- Kim, H. S., & Lee, B. J. (2023). Adverse childhood experiences and mental disorders in young adulthood: Latent classes and exposure to community violence. *Journal of Developmental Psychology*, 47(4), 376–388. <https://doi.org/10.1037/dev0001523>
- Lagos, N., Ossa, C., & Palma, M. (2022). Estudio longitudinal de la ansiedad escolar en niños chilenos de educación primaria. *Revista Costarricense de Psicología*, 41(1), 9-21.
<https://dx.doi.org/10.22544/rcps.v41i01.01>
- Lemos, H., De Azevedo, C., Valdelamar, J., & Nova, C. (2022). Trastornos mentales y calidad de vida relacionada con la salud en profesionales de Unidades de Cuidados Intensivos. *Interdisciplinaria*, vol. 39, núm. 1, pp. 311-323.
<https://www.redalyc.org/journal/180/18069356020/html/>
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Psychology Foundation.
- López, I., & Förster, J. (2022). Trastornos del neurodesarrollo: dónde estamos hoy y hacia dónde nos dirigimos. *Revista médica clínica las condes*, 33(4), 367-378.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686402200075X>

- Marten, V., Bärtschi, R., Cardoso, J., Damé, T., Stragliotto, J., & Da Cruz, C. (2022). Adaptación familiar: del diagnóstico al tratamiento de la condición crónica del niño. *Enfermería Global*, 21(68), 336-387. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.502291>
- Martínez-Fernández, J. R. (2019). El modelo de patrones de aprendizaje: estado actual, reflexiones y perspectivas desde el territorio de Iberoamérica. *Revista Colombiana de Educación*, (77), 227-244. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-39162019000200227&script=sci_arttext
- Maza Jiménez, K. (2024). Exposición a las experiencias adversas en la infancia y su relación con los trastornos mentales en la adultez. <https://dspace.ucacue.edu.ec/items/941dc172-d715-403f-9d4a-31e3f393e96d>
- Mejía, H., & Ramos, L. (2022). Prevalencia de los principales trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 85(1), 72-82. <https://doi.org/10.20453/rnp.v85i1.4157>
- Mirc, A. (2021). *El problema del desarrollo infantil y sus vertientes temporales: Algunas coordenadas*. En M. Martínez & A. E. Mirc (Coords.), *Hacia una deconstrucción de la Psicología Evolutiva: Aportes teórico-políticos* (pp. ...). Universidad Nacional de La Plata; EDULP. <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.4729/pm.4729.pdf>
- Molleda, P., & Serra, G. V. (2024). El Fenómeno del Niño y la prevalencia de enfermedades infecciosas: revisión. *La Granja*, 40(2), 9–36. <https://doi.org/10.17163/lgr.n40.2024.01>
- Montalvo Ponce, K. T. (2021). *Teorías de la personalidad* (Monografía). Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle, Lima, Perú.

<https://repositorio.une.edu.pe/handle/20.500.14039/812>

- Moreno, R., & Machado, M. (2022). Problemas de salud en niños y adolescentes durante la pandemia ocasionada por la COVID-19. *Revista Cubana de Pediatría*, 94(Supl. 1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312022000500012&lng=es&tlng=es.
- Muñoz, J., Muñoz, J., & Rivas, J. (2024). Paciente adolescente con trastorno de estrés postraumático debido a estresor atípico: Reporte de caso. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 53(1), 103-106. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.11.004>
- Navarrete, R., Tamayo, A., Guzmán, M., & Pacheco, M. (2021). Impacto de la psicología Piagetana en la educación de la matemática en estudiantes educación básica superior. *Revista Universidad y Sociedad*, 13(6), 598-608. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202021000600598&lng=es&tlng=es.
- Odriozola González, P., & Rodríguez Medina, J. (2020). *Una breve historia de la psicopatología*. En C. Imaz Romero & B. Arias Martínez (Coords.), *Manual básico de psiquiatría de la infancia y la adolescencia* (pp. 31–47). Ediciones Universidad de Valladolid (EdUVa) / Universidad de Valladolid.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). La clasificación CIE-10 de trastornos mentales y del comportamiento. OMS. <https://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>.
- Oriol, B., Magariño, A., Montaner, A., Canalias, M., Arin, O., & Artigue, J. (2024). Equipo Clínico de Intervención a Domicilio: cómo trabajamos desde el modelo AMBIT con las familias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 44(146), 43-65. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352024000200003>

- Ortiz, F. M. P. (2023). Incidencia de la Teoría Ecológica de Bronfenbrenner en la Formación de Valores Ambientales. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(6), 5548-5564. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9100>
- Oteíza, M., Santamarina, P., & Romero, S. (2023). Los trastornos depresivos de la infancia y la adolescencia. Principales signos de alerta. Orientación para el tratamiento. *Pediatría Atención Primaria*, 25(97), 83-93. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322023000100017&lng=es&tlng=es.
- París, O., & Cárdenas, L. (2021). Factores de riesgo de enfermedades prevalentes de la infancia en hogares de atención integral. *Revista Cubana de Pediatría*, 93(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312021000400002&lng=es&tlng=es.
- Peña, G., González, J., Jiménez-, J., Fuentes, J., Salazar, P., Bucio, M., Cabrera, M., & Flores, A. (2022). Enfermedad de Chagas: biología y transmisión de *Trypanosoma cruzi*. *TIP. Revista especializada en ciencias químico-biológicas*, 25, e449. <https://doi.org/10.22201/fesz.23958723e.2022.449>
- Pereira, N., Navarrete, C., & Parada, B. (2020). Impacto del maltrato infantil en la prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes chilenos. *Ciencia Y Enfermería/Ciencia Y Enfermería*, 26. <https://doi.org/10.29393/ce26-12imnc30012>
- Pérez, P., Pérez, H., & Guevara, G. (2022). Factores de riesgo y desarrollo de resiliencia en adolescentes. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2), 23-38. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.519>
- Piña, M., Olivo, M., Martínez, C., Poblete, M., & Guerra, V. (2022). Envejecimiento, calidad de

- vida y salud. Desafíos para los roles sociales de las personas mayores. *Rumbos TS*, 17(28), 7-27. <https://dx.doi.org/10.51188/rrts.num28.642>
- Portella, C., Mayo, D., Valladares, N., & Saavedra, J. (2021). Eventos de vida en la infancia y su relación con el trastorno de estrés postraumático en adultos en Lima Metropolitana. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 84(4), 254-268. <https://doi.org/10.20453/rnp.v84i4.4131>
- Rico, L., Cervantes, E., Robledo, M., Cervantes, G., Cervantes, G., Ramírez, S., González, A., Fuentes, C., Cervantes, G., Cervantes, L., & Pérez, A. (2022). El rol de la nutrición en la salud mental y los trastornos psiquiátricos: una perspectiva traslacional. *Revista de Nutrición Clínica y Metabolismo*, 5(1), 51-60. <https://www.redalyc.org/pdf/7182/718279909009.pdf>
- Rivero, G. R. (2020). El rol de la universidad en los procesos de desarrollo local: caso prácticas sociales educativas, Universidad Nacional de Cuyo (Tesina de grado). Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. <https://bdigital.uncu.edu.ar/16853>
- Robledo, C., Duque, C., Hernández, J., Ruiz, M., & Zapata, R. (2022). Envejecimiento, calidad de vida y políticas públicas en torno al envejecimiento y la vejez. *Revista CES Derecho*, 13(2), 132-160. <https://doi.org/10.21615/cesder.6453>
- Ron Benavides, J. P. (2021). Prevalencia de Alteraciones de Neurodesarrollo en la Población Infantil que Acude al Hospital del Día Eloy Alfaro, Quito 2019 2020 (Tesis de maestría). Universidad Andina Simón Bolívar. [https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/8509/1/T3708 MTDI Ron Prevalencia.pdf](https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/8509/1/T3708%20MTDI%20Ron%20Prevalencia.pdf)
- Rueda, L. (2022). Esperanza de vida e inicio de la etapa de adulto mayor. *Revista Salud Uninorte*, 38(1), 5-20. <https://doi.org/10.14482/sun.38.1.613.041>

Rusca, F., & Cortez, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3), 148-156. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794>

Salto, M., Calle, T., Segarra, O., & Tapia, J. (2024). Desarrollo infantil de 0 a 5 años desde una perspectiva contemporánea y reflexiva. *Revista Scientific*, 9(31), 22-45.

<https://doi.org/10.29394/scientific.issn.2542-2987.2024.9.31.1.22-45>

Sánchez, I. (2020). Los trastornos psicósomáticos en el niño y el adolescente. *MEDISAN*, 24(5), 943-961. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000500943&lng=es&tlng=es.

Sánchez, O. (2025). Diagnósticos y salud mental: discursos sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la región de Los Lagos, Chile. *Salud Colectiva*, v. 18, e4233. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4233>. ISSN 1851-8265.

<https://doi.org/10.18294/sc.2022.4233>.

Santillán, L., & Samada, Y. (2023). Programa de capacitación a docentes para actuación ante conductas disruptivas en niños de Educación Inicial. *Revista San Gregorio*, 1(53), 51-69. <https://doi.org/10.36097/rsan.v0i53.2243>

Tabares, Y., & Mederos, K. (2022). El desarrollo humano en tiempos de covid-19. *Conrado*, 18(84), 68-73.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442022000100068&lng=es&tlng=es

Torres, M. (2024). Atención temprana en niños con trastornos del Neurodesarrollo en Iberoamérica 2018-2022. Una revisión sistemática. *Revista Scientific*, 9(31), 230-250.

<https://doi.org/10.29394/scientific.issn.2542-2987.2024.9.31.11.230-250>

Tuarez, G., Mero, G., Saldarriaga, M., & Castro, J. (2022). Epidemiología de los problemas mentales: Factores de Riesgo y Causas en Habitantes de Latinoamérica. *Revista Científica Higía De La Salud*, 7(2). <https://doi.org/10.37117/higia.v7i2.752>

UNICEF Ecuador. (2020, 7 de octubre). La salud mental es determinante para que niños, niñas, adolescentes, familias y comunidades puedan salir adelante.

<https://www.unicef.org/ecuador/comunicados-prensa/la-salud-mental-es-determinante-para-que-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-adolescentes-familias-y>
(recuperado xx de mes de 2025)

Vanegas, M. (2022). Depresión, un trastorno que afecta a niños y adolescentes ¿Cuál fue su impacto durante el aislamiento por pandemia? *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, 7, 1-16. <https://www.redalyc.org/pdf/5635/563579384028.pdf>

Vega, G. (2024). Impacto del TDAH en el aprendizaje de estudiantes en edad escolar: una revisión sistemática. *Revista San Gregorio*, 1(57), 199-219. <https://doi.org/10.36097/rsan.v1i57.2329>

Vilchez, J. (2023). Vigencia de la teoría de Vygotski: Desarrollo cognitivo, mediación y el problema de la evaluación de los profesores. *Transformación*, 19(1), 1-29.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-29552023000100001&lng=es&tlng=es.

Villacastín Carreño, A. I. (2022). La resiliencia como factor protector en el sistema de protección a la infancia. Propuesta de mejora en la prevención de la desprotección infantil: estudio de caso. Villacastín Carreño, A. I. (2022). La resiliencia como factor protector en el sistema de protección a la infancia. Propuesta de mejora en la prevención de la

desprotección infantil: estudio de caso.

Villegas, D. (2023, 8 de septiembre). En Ecuador no hay suficientes profesionales entrenados para evaluar y diagnosticar trastornos del neurodesarrollo. El Universo.

Viñes, J. J. (2007, April). La efectividad de la detección precoz de las enfermedades. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 30, No. 1, pp. 11-27). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30n1/colaboracion.pdf>

Viuda, M., Alonso, E., Ruiz, F., & Luciano, C. (2023). Evolución de menores diagnosticados con trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Estudio de seguimiento en una muestra española. *Gaceta médica de México*, 159(3), 199-206.

<https://doi.org/10.24875/gmm.23000046>

ANEXOS

ANEXO A. FORMULARIO DE ENTREVISTA

Nombre de la entrevista: Entrevista semiestructurada sobre experiencias infantiles no diagnosticadas y su impacto psicológico en la adultez

Objetivo de la entrevista: Explorar la experiencia subjetiva de los participantes sobre las dificultades emocionales y conductuales en la infancia, exposición a experiencias negativas, falta de diagnóstico psicológico oportuno y consecuencias para la salud mental en la edad adulta.

- ¿Recuerda haber presentado dificultades emocionales o conductuales durante su infancia?
- ¿Qué tipo de emociones o comportamientos le generaban mayor dificultad en esa etapa?
- ¿Cómo reaccionaban sus padres, cuidadores o docentes frente a estas dificultades?
- ¿Considera que su malestar emocional fue comprendido o minimizado por su entorno?
- Durante su infancia, ¿vivió situaciones de violencia, negligencia, conflictos familiares u otras experiencias que considera negativas?
- ¿De qué manera cree que estas experiencias influyeron en su desarrollo emocional?
- ¿Recibió en algún momento de su infancia evaluación o diagnóstico psicológico?
- En caso negativo, ¿por qué considera que no se realizó una evaluación profesional?
- Actualmente, ¿presenta dificultades emocionales como ansiedad, depresión o estrés?
- ¿De qué manera estas dificultades afectan su vida personal, social o laboral?
- Mirando su historia personal, ¿considera que un diagnóstico o apoyo psicológico oportuno en la infancia habría cambiado su vida?
- ¿Qué tipo de apoyo cree que habría sido necesario en esa etapa?

ANEXO B. FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Ficha Sociodemográfica

1. Datos Generales

- Nombre completo: _____
- Fecha de nacimiento: ___ / ___ / _____
- Edad: _____ años
- Sexo:
 - Masculino
 - Femenino
 - Otro: _____
- Estado civil:
 - Soltero(a)
 - Casado(a)
 - Unión libre
 - Divorciado(a)
 - Viudo(a)
- Lugar de nacimiento: _____
- Lugar de residencia actual: _____

2. Información Educativa

- Nivel educativo alcanzado:
 - Sin estudios
 - Primaria incompleta
 - Primaria completa
 - Secundaria incompleta
 - Secundaria completa
 - Educación técnica
 - Bachillerato/Preparatoria
 - Licenciatura
 - Posgrado
- Actualmente estudia?:
 - Sí
 - No
 - En qué nivel: _____

3. Información Laboral

- Ocupación actual: _____

- Condición laboral:
 - Empleado(a)
 - Desempleado(a)
 - Estudiante
 - Ama de casa
 - Jubilado(a)/Pensionado(a)
 - Independiente / Freelance
 - Otro: _____
- Lugar de trabajo (si aplica): _____
- Horario laboral: _____

4. Información Familiar (opcional)

- Número de personas en el hogar: _____
- Hijos (número): _____
- Personas dependientes económicamente: _____

5. Información de Contacto (opcional)

- Teléfono de contacto: _____
- Correo electrónico: _____

ANEXO C. INSTRUMENTO DASS 1

DASS-21

Iniciales del nombre y apellidos: Fecha:

Por favor, lea cada una de las siguientes frases y rodee con un círculo el número 0, 1, 2 ó 3 que mejor indique en qué medida cada frase ha sido aplicable a usted durante **los últimos 7 días**. No hay respuestas correctas ni incorrectas. No emplee mucho tiempo en cada frase.

La escala de valoración es como sigue:

- 0 = Nada aplicable a mí
- 1 = Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo
- 2 = Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo
- 3 = Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

1. Me ha costado mucho descargar la tensión	0	1	2	3
2. He notado la boca seca	0	1	2	3
3. No he podido sentir ninguna emoción positiva	0	1	2	3
4. He tenido dificultades para respirar (p.ej., respiración excesivamente rápida, falta de aliento sin haber hecho esfuerzo físico)	0	1	2	3
5. Me ha resultado difícil tener iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. He tendido a reaccionar exageradamente ante las situaciones	0	1	2	3
7. He tenido temblores (p.ej., en las manos)	0	1	2	3
8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	0	1	2	3
9. He estado preocupado/a por situaciones en las que pudiera ser presa del pánico y hacer el ridículo	0	1	2	3
10. He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11. Me he sentido agitado/a	0	1	2	3
12. Me ha resultado difícil relajarme	0	1	2	3
13. Me he sentido desanimado/a y triste	0	1	2	3
14. No he tolerado nada que me impidiera seguir con lo que estaba haciendo ..	0	1	2	3
15. He sentido que estaba al borde del pánico	0	1	2	3
16. He sido incapaz de entusiasmarme por nada	0	1	2	3
17. He sentido que no valía mucho como persona	0	1	2	3
18. He tendido a sentirme enfadado/a con facilidad	0	1	2	3
19. He notado mi corazón sin hacer esfuerzo físico (p.ej., aumento del ritmo cardíaco, ausencia de algún latido)	0	1	2	3
20. Me he sentido asustado/a sin una razón de peso	0	1	2	3
21. He sentido que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

ANEXO D. CUESTIONARIO PARA ADULTOS DE EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA

Cuestionario para Adultos de Experiencias Adversas en la Infancia

Comité Consultivo Clínico del Cirujano General de California



Nuestras relaciones y experiencias, incluso las de la infancia, pueden afectar nuestra salud y bienestar. Las experiencias difíciles de la infancia son muy comunes. Díganos si ha tenido alguna de las experiencias enumeradas a continuación, ya que pueden estar afectando su salud hoy o pueden afectar su salud en el futuro. Esta información lo ayudará a usted y a su proveedor a comprender mejor cómo trabajar juntos para apoyar su salud y bienestar.

Instrucciones: A continuación hay una lista de 10 categorías de Experiencias Adversas en la Infancia (ACEs por sus siglas en inglés.) En la lista a continuación, coloque una marca de verificación junto a cada categoría de ACEs que experimentó antes de cumplir 18 años. Luego, sume el número de categorías de ACE que experimentó y coloque el número total en la parte inferior.

¿Sintió que no tenía suficiente para comer, tenía que usar ropa sucia o no tenía a nadie que lo protegiera o lo cuidara?	<input type="checkbox"/>
¿Perdió a uno de sus padres a causa de divorcio, abandono, muerte u otra razón?	<input type="checkbox"/>
¿Vivió con alguien que estaba deprimido, enfermo mental o intentó suicidarse?	<input type="checkbox"/>
¿Vivió con alguien que tuvo problemas del alcohol y/o drogas, incluyendo medicamentos recetados?	<input type="checkbox"/>
¿Sus padres o algún adulto en su casa alguna vez se golpearon o amenazaron con lastimarse?	<input type="checkbox"/>
¿Vivió con alguien que fue a la cárcel o prisión?	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez uno de sus padres o algún adulto en su casa le ha insultado o menospreciado?	<input type="checkbox"/>
¿Alguno de sus padres o algún adulto en su hogar alguna vez lo golpeó, pateó o lastimó físicamente de alguna manera?	<input type="checkbox"/>
¿Sintió que nadie en su familia lo quería o pensaba que era especial?	<input type="checkbox"/>
¿Experimentó contacto sexual no deseado (como manosear / penetración oral / anal / vaginal)?	<input type="checkbox"/>
Su calificación ACE es el número total de respuestas marcadas	

¿Usted cree que estas experiencias han afectado a su salud?

No mucho Algo Mucho

Las experiencias en la infancia son solo una parte de la historia de vida de una persona.

Hay muchas maneras de sanar a lo largo de nuestra vida.

Háganos saber si tiene preguntas sobre privacidad o confidencialidad.

ANEXO E. CERTIFICADO DE PLAGIO

 **CERTIFICADO DE ANÁLISIS**
magister

Tesis ALCIVAR KARELYS

5%
Textos sospechosos



3% Similitudes
0 % similitudes entre comillas
< 1 % entre las fuentes mencionadas

3% Idiomas no reconocidos

34% Textos potencialmente generados por la IA (ignorado)

Nombre del documento: Tesis ALCIVAR KARELYS.pdf
ID del documento: 5cfe4a809be824e3902d834784d37c729e8c4190
Tamaño del documento original: 530,88 kB


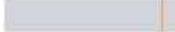


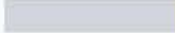


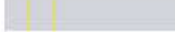


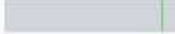


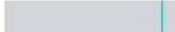

Depositante: ZOILA ALAVA VASQUEZ
Fecha de depósito: 29/1/2026
Tipo de carga: interface
fecha de fin de análisis: 29/1/2026

Número de palabras: 19.628
Número de caracteres: 150.398

Ubicación de las similitudes en el documento:



Fuentes principales detectadas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 bdigital.unal.edu.co Descripción de un grupo de escolares y adolescentes vict... http://bdigital.unal.edu.co/46997/ 10 fuentes similares	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (54 palabras)
2	 openaccess.uoc.edu https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/146871/3/auillacastinTFM0622memoria.pdf	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (38 palabras)
3	 colegiopspchubut.com.ar https://colegiopspchubut.com.ar/storage/2024/04/8c95aa78-3d45-4977-93b6-e32a882dd555...	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (30 palabras)
4	 doi.org Problemas psicológicos internalizados y externalizados en adultos jóvenes... https://doi.org/10.22235/cp.v19i1.3857	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (23 palabras)
5	 Documento de otro usuario #3507aa Viene de de otro grupo 1 fuente similar	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (22 palabras)

Fuentes con similitudes fortuitas

Nº	Descripciones	Similitudes	Ubicaciones	Datos adicionales
1	 Documento de otro usuario #2465a Viene de de otro grupo	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (35 palabras)
2	 doi.org https://doi.org/https://doi.org/10.36097/rsan.v1i57.2329	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (34 palabras)
3	 doi.org Calidad de vida en adultos con antecedente de Trastorno de déficit de at... https://doi.org/10.20453/mp.v8i12.3333	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (36 palabras)
4	 pubmed.ncbi.nlm.nih.gov Prospective longitudinal associations between adver... https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3777785/	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (31 palabras)
5	 doi.org Impacto de la violencia psicológica escolar en la motivación académica y ... https://doi.org/10.33996/revistahorizontes.v9i40.1182	< 1%		 Palabras idénticas: < 1% (25 palabras)

ANEXO F. CERTIFICADO CEISH



Ministerio de Salud Pública
 Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud
 Dirección Nacional de Investigación en Salud

ANEXO 13. Formato de carta de aprobación definitiva- estudios observacionales/de intervención
Oficio circular No. 0341-CEISH-JMSZ-2025
 Manta, 25 de agosto de 2025

Señor/a,
Adriana Karelys Alcívar Cadena
 Investigador Principal
 Carrera de Psicología de la Uleam

ASUNTO: REVISIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN (observacional)

Por medio de la presente y una vez que el protocolo de investigación presentado por la Srta. Adriana Karelys Alcívar Cadena, que titula "Caracterización de los principales trastornos no diagnosticados en la infancia y sus efectos psicológicos en la edad adulta. Manta 2025", ha ingresado al Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, con fecha 11-08-2025 (1), y cuyo código asignado es **CEISH-Uleam 0409**, luego de haber sido revisado y evaluado, dicho proyecto está **APROBADO** para su ejecución en Instituciones en donde trabajen profesionales de la salud mental en Manta, al cumplir con todos los requerimientos éticos, metodológicos y jurídicos establecidos por el reglamento vigente para tal efecto.

Como respaldo de lo indicado, reposan en los archivos del CEISH-Uleam, tanto los requisitos presentados por el investigador, así como también los formularios empleados por el comité para la evaluación del mencionado estudio.

En tal virtud, los documentos aprobados sumillado del CEISH- Uleam que se adjuntan en físico al presente informe son los siguientes:

Nro.	Nombre del documento	Nro. de versión	Nro. de hojas	Fecha de aprobación
1	Anexo 1. Solicitud de evaluación de protocolos de investigación Observacionales y de Intervención	X	1	25/08/25
2	Anexo 2. Formulario para la presentación del protocolo	X	23	25/08/25
3	Anexo 3. Consentimiento y/o asentimiento informado	X	4	25/08/25
4	Anexo 4. Formato de confidencialidad de los investigadores	X	2	25/08/25
5	Anexo 5. Declaración de tener o no conflicto de interés	X	1	25/08/25
6	Anexo 6. Hoja de vida de los investigadores	X	2	25/08/25
7	Anexo 7. Carta de interés institucional	X	1	25/08/25
8	Anexo 8. Declaración de responsabilidad del investigador principal	X	2	25/08/25
9	Anexo 9. Instrumentos de recolección de datos	X	4	25/08/25

Cabe indicar que la información de los requisitos presentados es de responsabilidad exclusiva del investigador, quien asume la veracidad, originalidad y autoría de los mismos.

Así también se recuerda las obligaciones que el investigador principal y su equipo deben cumplir durante y después de la ejecución del proyecto en el:

- Informar al CEISH-Uleam la fecha de inicio y culminación de la investigación.
- Presentar a este comité informes periódicos del avance de ejecución del proyecto, según lo estime el CEISH- Uleam.
- Cumplir todas las actividades que le corresponden como investigador principal, así como las descritas en el protocolo con sus tiempos de ejecución, según el cronograma establecido en dicho proyecto, vigilando y respetando siempre los aspectos éticos, metodológicos y jurídicos aprobados en el mismo.
- Aplicar el consentimiento informado a todos los participantes, respetando el proceso definido en el protocolo y el formato aprobado.
- Al finalizar la investigación, entregar al CEISH- Uleam el informe final del proyecto.

Atentamente,



Juan Manuel Sierra
 Zambrano
 The Signature
 Integrity Data

Odo. Juan Sierra zambrano
 Presidente CEISH-Uleam
 Institución: Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
 Teléfono: 0989693757
 Correo electrónico: comiteetica@investigacion@uleam.edu.ec