



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Neuropsicología Clínica
**Secuelas Neuropsicológicas del Maltrato
Infantil en Mujeres Adultas.**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Juan Felipe Escobar Méndez
Tipología:	Investigación
Línea de investigación:	Evaluación y Diagnóstico neuropsicológico.
Director/a:	Yolanda Marín Almagro
Fecha:	17 de septiembre del 2025

Resumen

Introducción: el maltrato infantil, en sus distintas formas —abuso físico, emocional, sexual y negligencia— genera consecuencias neuropsicológicas y emocionales que pueden persistir en la adultez, interfiriendo en funciones como la memoria, la atención, las funciones ejecutivas y la regulación emocional. **Objetivo:** el presente Trabajo Fin de Máster tiene como objetivo principal explorar las secuelas neuropsicológicas del maltrato infantil en mujeres adultas en Colombia y diseñar un modelo de intervención integrativa basado en los hallazgos obtenidos. **Metodología:** la investigación se desarrollará mediante un diseño no experimental, de tipo correlacional, con enfoque mixto. Se utilizarán instrumentos validados como la batería neuropsicológica de Luria-DNA, el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y una entrevista semiestructurada. La muestra está conformada por 30 mujeres adultas colombianas con antecedentes de maltrato infantil, seleccionadas mediante muestreo intencional en centros de atención psicológica. **Resultados:** mostraron alteraciones en memoria inmediata, orientación espacial, atención y actividad conceptual, junto con niveles elevados de ansiedad y depresión. Además, se encontraron correlaciones significativas entre los déficits cognitivos y la sintomatología emocional, lo que evidencia la interacción entre ambas dimensiones. También se observó que el nivel educativo se relaciona con un mejor desempeño cognitivo, aunque no modula los síntomas emocionales. **Conclusión:** que el maltrato infantil deja secuelas persistentes en la adultez que afectan tanto el funcionamiento neuropsicológico como el bienestar emocional. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de diseñar intervenciones integrativas en contextos clínicos y comunitarios, orientadas a la rehabilitación cognitiva y al abordaje terapéutico del trauma, con el fin de mejorar la calidad de vida de las mujeres víctimas de violencia temprana.

Palabras clave: (Máximo 5 palabras) Maltrato infantil, mujeres adultas, depresión, ansiedad, funciones ejecutivas.

Abstract

Introduction: Childhood maltreatment, in its different forms—physical, emotional, and sexual abuse, as well as neglect—generates neuropsychological and emotional consequences that can persist into adulthood, interfering with functions such as memory, attention, executive functions, and emotional regulation. **Objective:** The main aim of this Master’s Thesis was to explore the neuropsychological sequelae of childhood maltreatment in adult women in Colombia and to design an integrative intervention model based on the findings obtained. **Methodology:** The study followed a non-experimental, correlational design with a mixed-methods approach. Validated instruments were used, including the Luria-DNA Neuropsychological Battery, the Beck Depression Inventory (BDI-II), the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), and a semi-structured interview. The sample consisted of 30 Colombian adult women with a history of childhood maltreatment, selected through purposive sampling in psychological care centers. **Results:** The findings revealed impairments in immediate memory, spatial orientation, attention, and conceptual activity, along with elevated levels of anxiety and depression. Significant correlations were also found between cognitive deficits and emotional symptoms, highlighting the interaction between these dimensions. Additionally, educational level was associated with better cognitive performance, although it did not modulate emotional symptoms. **Conclusion:** Childhood maltreatment leaves persistent sequelae in adulthood that affect both neuropsychological functioning and emotional well-being. These findings reinforce the need to design integrative interventions in clinical and community contexts, aimed at combining cognitive rehabilitation with trauma-focused therapeutic approaches, in order to improve the quality of life of women who have been victims of early-life violence.

Keywords:

Childhood maltreatment, adult women, depression, anxiety, executive functions.

Índice de contenidos

1. Introducción	7
1.1 Justificación	8
2. Marco Teórico	10
2.1. Maltrato infantil.	10
2.1.1. Consecuencias neurobiológicas del maltrato infantil.....	11
2.1.2. Género y vulnerabilidad psicosocial.	12
2.1.3. Impacto del maltrato en las funciones cognitivas	13
2.1.4. Consecuencias del maltrato en el sistema emocional	17
2.1.4.1. Ansiedad	19
2.1.4.2. Depresión.....	20
2.2. Relación entre variables neuropsicológicas y emocionales	22
3. Marco metodológico.....	23
3.1. Objetivos e hipótesis	23
3.2. Diseño del estudio	24
3.3. Participantes.....	24
3.4. Variables de estudio e instrumentos.....	25
3.5. Procedimiento	30
3.6. Análisis de datos	32
3.6.1. Análisis de los datos cuantitativos	32
3.6.2. Análisis de los datos cualitativos	33
4. Resultados	34
4.1. Análisis descriptivos.....	34

4.1.1. Perfil sociodemográfico de la muestra	34
4.1.2. Descriptivos de las variables cognitivas y emocionales.....	36
4.2. Análisis inferencial	41
5. Discusión	46
5.1. Conclusiones.....	48
5.2. Limitaciones.....	49
5.3. Prospectiva	49
6. Referencias bibliográficas	51
Anexo A. Informe de valoración de trabajo fin de máster	56
Anexo B. Consentimiento informado general participante adulto.....	57
Anexo C. Encuesta semiestructurada de preguntas cerradas.....	62

Índice de tablas

Tabla 1. Criterios de inclusion y exclusion de participantes	26
Tabla 2. Resumen técnico de los instrumentos aplicados en el estudio	27
Tabla 3. Resumen técnico de los instrumentos aplicados en el estudio	28
Tabla 4. Resumen técnico de los instrumentos aplicados en el estudio	29
Tabla 5. Perfil sociodemográfico de la muestra	34
Tabla 6. Estadísticos descriptivos de la Batería Luria-DNA	37
Tabla 7. Estadísticos descriptivos de ansiedad y depresión	38
Tabla 8. Distribución categórica de ansiedad y depresión	39
Tabla 9. Prueba de normalidad Kolmogorov–Smirnov para las variables principales.....	41
Tabla 10. Correlaciones entre variables emocionales y cognitivas	43
Tabla 11. Comparaciones de variables según tipo de maltrato.....	44
Tabla 12. Comparaciones de variables según nivel educativo.....	45

1. Introducción

En Colombia, la violencia contra las mujeres y, en particular, el maltrato infantil, constituye una problemática estructural profundamente arraigada, que se manifiesta más allá de las cifras oficiales. Representa una realidad cotidiana de dolor, vulnerabilidad y silencios prolongados que afecta el desarrollo integral de quienes la padecen. Según datos del Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo (SIEDCO) de la Policía Nacional, durante el año 2020 se registraron 91.803 casos de violencia intrafamiliar contra mujeres y niñas, reflejando la magnitud de esta crisis social.

La literatura científica ha documentado ampliamente que las experiencias tempranas de maltrato tienen efectos duraderos sobre el desarrollo neurológico y psicológico. El maltrato durante la infancia afecta directamente estructuras cerebrales como la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal, alterando funciones cognitivas esenciales como la atención, la memoria y la flexibilidad cognitiva (Amores-Villalba & Mateos-Mateos, 2017); (Mercado Val et al., 2020) Además, las mujeres adultas que han vivido estas experiencias suelen presentar con mayor frecuencia sintomatología ansiosa, depresiva y trastorno de estrés postraumático (Rodríguez Ipiña & Guzmán Cortés, 2023; Tituaña Ruilova, 2022), lo cual compromete su calidad de vida, relaciones interpersonales y desempeño funcional en diferentes ámbitos.

A pesar de estas evidencias, los estudios que integran una evaluación neuropsicológica detallada con propuestas terapéuticas adaptadas a contextos específicos como el colombiano siguen siendo escasos. Es precisamente en este vacío donde se enmarca el presente trabajo, que tiene como propósito contribuir a la comprensión de las secuelas cognitivas y emocionales del maltrato infantil en mujeres adultas, y proponer un modelo de intervención integrativo, que articule

estrategias de rehabilitación cognitiva y regulación emocional, aplicable en contextos clínicos, educativos y comunitarios.

1.1 Justificación

La presente investigación aborda una problemática de alta relevancia social, psicológica y clínica: las secuelas neuropsicológicas del maltrato infantil en mujeres adultas. A pesar de que existe abundante literatura internacional sobre los efectos de la violencia de género, los estudios que examinan de manera integral el impacto del maltrato infantil sobre funciones cognitivas como la memoria, la atención y las funciones ejecutivas, así como sobre la regulación emocional, siguen siendo limitados, especialmente en contextos latinoamericanos como el colombiano (Amores-Villalba & Mateos-Mateos, 2017; Mercado Val et al., 2020).

Numerosos trabajos han evidenciado que las experiencias adversas en la infancia, como el abuso físico, emocional o sexual, alteran el neurodesarrollo e impactan negativamente la funcionalidad cerebral. Estas experiencias provocan cambios estructurales y funcionales asociándose con disfunciones cognitivas y una mayor prevalencia de trastornos emocionales (Pereda & Gallardo-Pujol, 2011).

En Colombia, las mujeres que han sufrido abuso en la infancia suelen enfrentar barreras estructurales que limitan su acceso a recursos psicosociales de calidad. Estas barreras afectan su desempeño académico, laboral y relacional, perpetuando ciclos de exclusión y vulnerabilidad (Patarroyo Herrera, 2014; Tituaña Ruilova, 2022). Por ello, se requiere generar conocimiento empírico que permita comprender las particularidades de esta población y diseñar intervenciones acordes a sus necesidades específicas.

El presente trabajo tiene como finalidad analizar las secuelas neuropsicológicas derivadas del maltrato infantil en la edad adulta, y fundamentar una propuesta de intervención integrativa que combine estrategias de rehabilitación cognitiva con técnicas de regulación emocional, adaptadas a las particularidades del contexto colombiano. Esta propuesta se sustenta en la necesidad de abordar de manera multidimensional las consecuencias del trauma temprano, integrando tanto el componente emocional como el cognitivo desde una perspectiva neuropsicológica.

Asimismo, se considera que los resultados obtenidos pueden tener un impacto directo en el diseño y fortalecimiento de programas de atención psicosocial dirigidos a mujeres con antecedentes de violencia en la infancia, especialmente en contextos vulnerables como las zonas rurales o de difícil acceso, donde los recursos especializados son limitados o inexistentes.

El maltrato infantil es una experiencia adversa que genera alteraciones en el neurodesarrollo, dejando secuelas duraderas que pueden afectar funciones cognitivas y emocionales fundamentales. En mujeres adultas, estas secuelas se manifiestan frecuentemente en forma de ansiedad, depresión y trastornos de atención y memoria, interfiriendo en su funcionalidad diaria. Sin embargo, en Colombia existe una escasa implementación de programas de evaluación e intervención neuropsicológica dirigidos a esta población.

2. Marco Teórico

2.1. Maltrato infantil.

La Organización (Mundial de la Salud [OMS], 2014) define el maltrato infantil como *"todas las formas de abuso físico y/o emocional, abuso sexual, negligencia o trato negligente, explotación comercial u otra, que resulte en un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño"*. Esta definición subraya la amplitud y gravedad de los actos que constituyen maltrato, especialmente en contextos donde las relaciones de poder se ejercen de forma violenta sobre menores vulnerables.

El maltrato infantil comprende cuatro formas principales: abuso físico, emocional, sexual y negligencia. Cada uno de estos tipos tiene implicaciones neuropsicológicas distintas, aunque sus consecuencias se entrelazan en la vida adulta, especialmente cuando ocurren de forma reiterada o durante períodos críticos del desarrollo cerebral (Ormeño Marcos de León, 2023; Pereda & Gallardo-Pujol, 2011).

En Colombia, según (Medicina Legal, 2023), se han reportado cifras alarmantes sobre la violencia hacia menores. Entre enero y octubre de 2022, se documentaron 17.154 casos de presunto abuso sexual infantil, lo que representa un aumento del 12,3% con respecto al mismo periodo del año anterior. Estos datos reflejan no solo la persistencia del fenómeno, sino su agravamiento en contextos estructuralmente desiguales y con escasa respuesta institucional eficaz. La reiteración de estas experiencias incrementa el riesgo de afectación cerebral y deterioro cognitivo y emocional en la adultez (Ramírez Bellón, 2016)

2.1.1. Consecuencias neurobiológicas del maltrato infantil

Desde el punto de vista neurobiológico, los estudios de (Teicher et al. 2003 & Bremner 1999) demostraron que la exposición crónica al trauma infantil genera hiperactivación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), elevando niveles de cortisol y afectando estructuras como el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal. Asimismo, otras investigaciones en esta área han mostrado que las alteraciones provocadas por el trauma infantil pueden persistir en la adultez, comprometiendo funciones como la regulación emocional, la consolidación de la memoria y el control ejecutivo (Teicher et al., 2003; Bremner, 1999; Pereda & Gallardo-Pujol, 2011; Romero Gallart, 2016)

Estudios previos evidencian que el hipocampo, implicado en la memoria y la regulación emocional, muestra un volumen reducido en personas que han sufrido abuso, particularmente en el hemisferio izquierdo (De Bellis et al., 1999; Budhiraja et al., 2017). Asimismo, se ha documentado una disminución del volumen de la corteza prefrontal medial y disfunciones en la sustancia blanca en áreas como el fascículo uncinado, fundamentales para la conectividad emocional y cognitiva (Ormeño Marcos de León, 2023).

Por otro lado, la amígdala, estructura relacionada con la respuesta al miedo y la ansiedad, presenta hiperactivación sostenida, lo cual genera una sobrerreacción a estímulos emocionales y una desregulación afectiva persistente (Romero Gallart, 2016).

El trabajo de (Pereda & Gallardo-Pujol, 2011) sintetiza estas alteraciones desde una perspectiva neurofuncional, destacando que los niños abusados presentan disminución del volumen del hipocampo y de la sustancia gris en regiones prefrontales, lo que podría explicar la prevalencia de problemas de aprendizaje y alteraciones emocionales en adultos que vivieron estas experiencias.

La corteza prefrontal dorsolateral, la corteza orbitofrontal y la red de conexión fronto-parietal se encuentran entre las áreas más comúnmente afectadas.

2.1.2. Género y vulnerabilidad psicosocial.

Aunque el maltrato infantil puede afectar a cualquier menor, las niñas presentan un riesgo significativamente mayor de ser víctimas de abuso sexual y emocional, como consecuencia de factores culturales, estructurales y de género que perpetúan la subordinación femenina desde edades tempranas (Pereda & Gallardo-Pujol, 2011; Ramírez Bellón, 2016).

De acuerdo con la (Organización Mundial de la Salud OMS, 2016), el 18% de las niñas en todo el mundo han sido víctimas de abuso sexual antes de los 18 años, una cifra que triplica la reportada en niños. En concreto, en el contexto colombiano, el (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2022) reportó que el 85% de las víctimas de delitos sexuales en menores de edad fueron niñas, y en su mayoría, los agresores pertenecían al entorno familiar o cercano.

Estas cifras reflejan una tendencia sistemática que se sostiene en diversos estudios regionales y globales, evidenciando que los patrones de socialización de género, la impunidad y la desigualdad estructural aumentan la vulnerabilidad de las niñas frente al abuso, especialmente en comunidades con normas patriarcales rígidas (UNICEF, 2020). Las normas patriarcales en sociedades como la colombiana tienden a reproducir la subordinación femenina desde la infancia, naturalizando la sumisión y el silencio ante la violencia Ramírez Bellón, (2016).

Por otro parte, los factores socioeconómicos agravan esta situación. Las mujeres con bajo nivel educativo, sin autonomía económica o pertenecientes a comunidades rurales tienen menos acceso a redes de apoyo o servicios especializados, lo que disminuye sus posibilidades de recuperación. Por ejemplo, (Rodríguez Ipiña & Guzmán Cortés, 2023) encontraron que el 72 % de

las mujeres víctimas de violencia con bajo nivel educativo presentaban deterioro significativo en funciones ejecutivas y afectivas, lo cual se agravaba en contextos de escaso acceso a atención psicológica especializada.

Asimismo, (Tituaña Ruilova, 2022), en una sistematización realizada en madres víctimas de maltrato infantil en Quito, evidenció que las mujeres de zonas rurales mostraban mayor prevalencia de síntomas de estrés postraumático y menor adherencia a tratamientos psicológicos, atribuido a barreras estructurales como distancia, falta de transporte y ausencia de servicios especializados.

Estos datos confirman que el componente de género, atravesado por la condición socioeconómica, debe ser considerado no solo como un contexto, sino como una variable moduladora clave en la interpretación neuropsicológica y emocional de las secuelas del maltrato (Patarroyo Herrera, 2014).

2.1.3. Impacto del maltrato en las funciones cognitivas

Las funciones cognitivas comprenden una amplia gama de habilidades mentales que permiten al individuo interactuar con el entorno, tomar decisiones, resolver problemas y regular su conducta. Estas funciones se dividen clásicamente en procesos básicos (atención, percepción, memoria) y funciones superiores (razonamiento, lenguaje, pensamiento abstracto).

En el contexto del trauma infantil, diversos estudios han evidenciado que el funcionamiento cognitivo general se ve alterado, no solo por los efectos emocionales directos del maltrato, sino también por los cambios estructurales y funcionales en el cerebro (De Bellis et al., 1999).

Estas alteraciones pueden traducirse en dificultades de concentración, menor capacidad de aprendizaje, tendencia al olvido, impulsividad cognitiva y falta de organización del pensamiento. En el caso de mujeres adultas con historia de abuso en la infancia, estos déficits suelen manifestarse de manera más sutil, pero con gran impacto funcional en la vida cotidiana.

Además, investigaciones neuropsicológicas recientes indican que los déficits en funciones cognitivas están estrechamente correlacionados con la presencia de sintomatología afectiva, como la ansiedad y la depresión, reforzando la necesidad de evaluaciones e intervenciones integrales Ormeño Marcos de León, (2023).

2.1.3.1 Memoria

La memoria ha sido conceptualizada por (Tulving, 2002) como un sistema múltiple que incluye componentes como la memoria de trabajo, la memoria semántica y la memoria episódica. En particular, la memoria de trabajo, definida por (Baddeley, 2000), implica la capacidad de almacenar y manipular información temporalmente. Estas funciones se ven deterioradas en personas que han vivido situaciones traumáticas desde edades tempranas, debido a la afectación directa de estructuras cerebrales como el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal (Teicher et al., 2003; Bremner, 1999; Pereda & Gallardo-Pujol, 2011).

Las alteraciones en la memoria de trabajo y la memoria episódica están ampliamente documentadas en personas con antecedentes de maltrato infantil. De acuerdo con (Amores-Villalba & Mateos-Mateos, 2017), los déficits en memoria impiden procesar de manera efectiva la información, afectando el rendimiento académico, laboral y social.

Estudios como los de (Bernate-Navarro, 2009) han mostrado diferencias significativas en la ejecución de tareas de memoria inmediata y de evocación entre niños expuestos a violencia y aquellos sin antecedentes de maltrato.

En concreto, estudios empíricos en población colombiana (Ramírez-Bellón, 2016) han señalado diferencias estadísticamente significativas en tareas de memoria entre mujeres víctimas de maltrato infantil y grupos control. Por ello, se refuerza la necesidad de intervención específica en estas áreas.

2.1.3.2. Atención

La atención ha sido definida por autores como (Posner & Petersen, 1990) como un sistema que permite seleccionar información relevante del entorno. Por su parte, (Sohlberg & Mateer 1989) propusieron un modelo jerárquico que incluye atención focalizada, sostenida, selectiva, alternante y dividida.

La exposición temprana al maltrato afecta especialmente la atención sostenida y selectiva, lo que ha sido confirmado por estudios neuropsicológicos en población infantil y adulta. La atención, entendida como la capacidad de seleccionar y mantener el foco en estímulos relevantes, también se ve comprometida. El maltrato temprano produce alteraciones en la atención sostenida y selectiva, lo cual impacta directamente en la capacidad de respuesta ante demandas del entorno. Investigaciones en neuroimagen han mostrado que estas dificultades se relacionan con alteraciones en la conectividad de regiones sensoriales y frontales, incluyendo la corteza auditiva, visual y somatosensorial, que participan en la integración de la información del entorno (Teicher et al., 2003; De Bellis et al., 1999; Molina Díaz, 2015).

(Julio González, 2024) encontró que niños expuestos a violencia presentaban alteraciones significativas en tareas de atención selectiva y errores en tareas de vigilancia continua. En contextos clínicos, estas manifestaciones se traducen en bajo rendimiento escolar, desconcentración frecuente y dificultades para organizar la información recibida.

2.1.3.3. Funciones ejecutivas

Las funciones ejecutivas comprenden un conjunto de procesos cognitivos de alto nivel que permiten a los individuos planificar, tomar decisiones, inhibir respuestas inadecuadas, resolver problemas, cambiar estrategias y supervisar su propio comportamiento (Diamond, 2013; Lezak, 2004). Estas habilidades son esenciales para la autonomía, el control emocional, el rendimiento académico y la adaptación social.

Desde el enfoque neuroanatómico, estas funciones se localizan principalmente en la corteza prefrontal, incluyendo la región dorsolateral, orbitofrontal y ventromedial (Stuss & Benson, 1986). La integridad funcional de estas áreas es indispensable para la regulación de conductas complejas y la planificación de metas a largo plazo.

En el contexto del maltrato infantil, el desarrollo de las funciones ejecutivas puede verse significativamente afectado. El estrés crónico y el trauma temprano generan una cascada de efectos neurobiológicos, incluyendo hipofuncionalidad en la corteza prefrontal y alteraciones en la conectividad entre estructuras corticales y subcorticales como la amígdala y el hipocampo (Teicher et al., 2003). Estas modificaciones impactan la capacidad de autorregulación y de procesamiento ejecutivo.

Entre los déficits más comunes observados en personas con alteraciones ejecutivas derivadas de experiencias traumáticas se encuentran: Dificultades para inhibir conductas impulsivas

(desinhibición conductual), problemas en la planificación y organización, baja flexibilidad cognitiva para adaptarse a cambios, dificultad para mantener la atención en tareas prolongadas o complejas y baja tolerancia a la frustración.

En mujeres adultas con antecedentes de maltrato infantil, estos déficits ejecutivos afectan su funcionamiento diario, reducen su capacidad para tomar decisiones autónomas y limitan su habilidad para establecer y mantener relaciones saludables. Esto puede perpetuar la permanencia en contextos de violencia, generar dependencia emocional y obstaculizar los procesos de empoderamiento personal (Molina Díaz, 2018).

Ante este panorama, el abordaje terapéutico debe incluir el entrenamiento específico en funciones ejecutivas, mediante estrategias de estimulación cognitiva, reestructuración cognitiva y resolución de problemas adaptados al entorno vital de cada mujer. Estas intervenciones han demostrado ser eficaces para mejorar el desempeño funcional y favorecer la autonomía en población víctima de violencia (Fares-Otero et al., 2023).

2.1.4. Consecuencias del maltrato en el sistema emocional

El maltrato infantil produce efectos profundos y duraderos sobre el sistema emocional, afectando tanto la regulación afectiva como la percepción emocional del entorno. Estas consecuencias no solo se manifiestan durante la infancia, sino que persisten en la adolescencia y adultez, generando patrones disfuncionales de respuesta emocional, alteraciones neurobiológicas y riesgo elevado de psicopatología (Amores-Villalba & Mateos-Mateos, 2017; Pereda & Gallardo-Pujol, 2011; De Bellis et al., 2005).

Desde un punto de vista neurobiológico, el sistema límbico —especialmente la amígdala y el hipocampo— desempeña un papel clave en la codificación y procesamiento de emociones. La exposición temprana al trauma genera una hiperactivación crónica de la amígdala, lo que aumenta la reactividad emocional y la respuesta de miedo ante estímulos neutros o ambiguos (Teicher et al., 2003; Bremner, 1999). Además, el hipocampo muestra una reducción de volumen, afectando la integración del contexto emocional y la consolidación de recuerdos coherentes.

Estas alteraciones neurofuncionales explican la aparición de síntomas como hipervigilancia, irritabilidad, disociación emocional y dificultad para identificar o expresar emociones (alexitimia). (Pereda & Gallardo-Pujol, 2011) destacan que la afectación emocional en víctimas de maltrato está estrechamente relacionada con la aparición de trastornos del estado de ánimo, especialmente depresión mayor y trastornos de ansiedad generalizada.

A nivel psicológico, los esquemas cognitivos negativos sobre uno mismo y el mundo, desarrollados como respuesta adaptativa al entorno hostil, perpetúan la autoimagen deteriorada, el sentimiento de culpa y la desconfianza interpersonal (Beck, 1967). Estas distorsiones cognitivas afectan la capacidad de establecer vínculos seguros, favoreciendo conductas evitativas o relaciones de dependencia emocional.

Estudios longitudinales han evidenciado que adultos con antecedentes de abuso infantil presentan una mayor prevalencia de trastornos emocionales crónicos, dificultades en la regulación emocional y una elevada tasa de ideación suicida (Rodríguez Ipiña & Guzmán Cortés, 2023). Por ello, el abordaje del sistema emocional dañado es esencial en cualquier intervención terapéutica dirigida a esta población.

2.1.4.1. Ansiedad

La ansiedad, en el contexto clínico, se define como una respuesta emocional frente a una amenaza percibida, que se torna patológica cuando es desproporcionada o persistente en ausencia de un peligro real (Spielberger et al., 1983).

En mujeres que han experimentado maltrato infantil, la ansiedad suele manifestarse como un estado de hipervigilancia crónica, con una activación sostenida del sistema nervioso autónomo. Esta hiperactivación genera síntomas físicos y conductuales como tensión muscular, inquietud, irritabilidad, fatiga emocional, insomnio, conductas evitativas y dificultades para concentrarse (Teicher et al., 2003).

Desde el punto de vista neurobiológico, estos síntomas se relacionan con la disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), que regula la respuesta al estrés. La exposición temprana a situaciones traumáticas incrementa la liberación de cortisol, altera la plasticidad sináptica y produce cambios estructurales en la amígdala, la corteza prefrontal medial y el hipocampo, lo que dificulta la autorregulación emocional y la extinción del miedo (Teicher et al., 2003; Bremner, 1999).

Estudios recientes, como el de (Ormeño Marcos de León, 2023), han evidenciado una correlación significativa entre los niveles de ansiedad y las disfunciones neuropsicológicas en mujeres adultas víctimas de abuso sexual infantil. Las participantes con puntuaciones más altas en ansiedad mostraron alteraciones en la atención sostenida, la memoria de trabajo y las funciones ejecutivas, lo que sugiere una interacción directa entre el componente emocional y el deterioro cognitivo.

Estos hallazgos respaldan la necesidad de intervenciones terapéuticas que no solo aborden la sintomatología ansiosa como una condición aislada, sino como parte de un cuadro más amplio de afectación neuropsicológica relacionada con experiencias tempranas de violencia.

2.1.4.2. Depresión

La depresión es una de las consecuencias emocionales más frecuentes y severas del maltrato infantil. Se caracteriza por una sintomatología que incluye tristeza persistente, pérdida de interés por actividades previamente gratificantes, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, dificultades de concentración, fatiga y pensamientos suicidas recurrentes (American Psychiatric Association, 2013). Estas manifestaciones pueden ser comprendidas como el resultado de una alteración estructural y funcional tanto en el sistema límbico —especialmente el hipocampo y la corteza cingulada anterior— como en el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), encargado de regular las respuestas al estrés (Teicher et al., 2003; Bremner, 1999).

Desde una perspectiva neurobiológica, el estrés crónico provocado por el abuso físico, emocional o sexual genera un aumento sostenido en los niveles de cortisol, que puede inducir neurotoxicidad en estructuras como el hipocampo, con consecuencias sobre la memoria, la motivación y la regulación afectiva. Además, la corteza prefrontal dorsolateral, implicada en la planificación y el juicio, puede mostrar menor activación funcional, lo que contribuye a una visión pesimista y rígida de la realidad emocional (Teicher et al., 2003; De Bellis et al., 1999).

En el plano cognitivo, la teoría de los esquemas de (Beck, 1967) sostiene que los niños maltratados tienden a desarrollar esquemas disfuncionales sobre sí mismos (“no soy valioso”), sobre los demás (“los otros dañan”) y sobre el futuro (“nada va a mejorar”), que permanecen activos y latentes hasta que, ante experiencias vitales negativas en la adultez, se reactivan y desencadenan episodios

depresivos. Estos esquemas negativos son especialmente resistentes al cambio cuando se han formado durante etapas tempranas del desarrollo psíquico.

La literatura científica ha demostrado que el maltrato infantil es uno de los predictores más sólidos del desarrollo de depresión mayor en la vida adulta Pereda y Gallardo-Pujol, (2011). En mujeres con antecedentes de abuso, estas alteraciones se manifiestan no solo a través de una sintomatología más intensa, sino también mediante una menor respuesta a los tratamientos convencionales, en especial cuando no se incluye una evaluación neuropsicológica y un abordaje emocional integral (Romero Gallart, 2016).

El uso de herramientas como el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) ha permitido identificar que las puntuaciones tienden a ser significativamente más altas en mujeres adultas con antecedentes de violencia en la infancia, en comparación con mujeres sin esta historia. Además, estos cuadros suelen estar asociados a otras condiciones comórbidas como el trastorno de ansiedad generalizada o el trastorno de estrés postraumático, lo que complejiza el pronóstico (Ormeño Marcos de León, 2023; Pereda & Gallardo-Pujol, 2011).

Por último, es importante señalar que, en los casos de depresión secundaria al trauma, el sistema de recompensa cerebral, especialmente en áreas como el núcleo accumbens, también puede estar comprometido, dificultando la generación de placer y la motivación hacia el cambio. Esto explica la baja adherencia terapéutica y la mayor tasa de recaídas que se observa en mujeres con este perfil Romero Gallart. (2016).

Por tanto, abordar la depresión en esta población requiere un enfoque clínico y neuropsicológico integrador que no solo alivie los síntomas afectivos, sino que también intervenga sobre los déficits

cognitivos, los patrones de apego inseguros y los esquemas de pensamiento disfuncional originados en la infancia.

2.2. Relación entre variables neuropsicológicas y emocionales

El funcionamiento cognitivo y el estado emocional están intrínsecamente relacionados, especialmente en individuos con antecedentes de trauma infantil. Esta relación bidireccional implica que las alteraciones cognitivas, como los déficits en funciones ejecutivas, memoria o atención, influyen en la regulación emocional, al mismo tiempo que los síntomas emocionales — como la ansiedad o la depresión— afectan negativamente al rendimiento cognitivo (Teicher & Samson, 2016).

Estudios de neuroimagen han mostrado que las víctimas de maltrato infantil presentan una conectividad reducida entre la amígdala y la corteza prefrontal, lo que impacta directamente en la regulación emocional y el control ejecutivo (McLaughlin et al., 2014; Teicher et al., 2016). Esta desconexión funcional impide procesar adecuadamente los estímulos emocionales y limita la capacidad para responder de manera adaptativa ante situaciones de estrés.

Investigaciones como las de (Berboth-Morawetz, 2021) confirman que la disfunción ejecutiva, especialmente la baja inhibición y la escasa flexibilidad cognitiva, contribuye al desarrollo de sintomatología ansiosa y depresiva. En su metaanálisis, Berboth y Morawetz (2021) identificaron que la regulación emocional está mediada por redes neuronales que incluyen la corteza prefrontal dorsolateral, ventrolateral y medial, además de la amígdala. La interrupción en estas redes, común en personas con trauma, dificulta la reevaluación cognitiva y el control emocional.

A nivel neurobiológico, estos déficits se explican por alteraciones en estructuras cerebrales vulnerables al estrés temprano, como el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal (Gerin et al., 2023). Dichas áreas participan en la consolidación de la memoria, el control inhibitorio y la regulación emocional, lo que fundamenta la asociación entre experiencias adversas tempranas y dificultades en el rendimiento cognitivo en la adultez.

Además, Langarita-Llorente y Gracia-García (2019) documentaron que el deterioro en memoria de trabajo, atención selectiva y toma de decisiones es más común en individuos con trastornos de ansiedad generalizada, lo que confirma la relación estrecha entre la alteración emocional y el procesamiento ejecutivo.

3. Marco metodológico

3.1. Objetivos e hipótesis

Objetivo general:

Explorar las secuelas cognitivas y emocionales del maltrato infantil en mujeres adultas, mediante la aplicación de pruebas neuropsicológicas.

Objetivos específicos:

Evaluar alteraciones en memoria, atención y funciones ejecutivas mediante la Batería Neuropsicológica de Luria-DNA.

Analizar los niveles de ansiedad y depresión en mujeres adultas con antecedentes de maltrato infantil, utilizando los cuestionarios BDI-II y STAI.

Establecer correlaciones entre los déficits neuropsicológicos y la sintomatología emocional.

Hipótesis de investigación:

H1: Se espera que las mujeres adultas con antecedentes de maltrato infantil presenten alteraciones cognitivas caracterizadas por bajo rendimiento en memoria episódica, dificultades en la atención sostenida y selectiva, y disfunciones en funciones ejecutivas como planificación, control inhibitorio y flexibilidad cognitiva.

H2: Las mujeres adultas con antecedentes de maltrato infantil presentan niveles elevados de ansiedad y depresión en comparación con la población normativa.

3.2. Diseño del estudio

El presente trabajo adopta un diseño metodológico no experimental, correlacional y de corte transversal, con un enfoque mixto (cuantitativo–cualitativo), adecuado para explorar y describir la relación entre variables neuropsicológicas y emocionales en mujeres adultas con antecedentes de maltrato infantil.

3.3. Participantes

La muestra está conformada por 30 mujeres adultas, entre los 20 y 60 años, residentes en Colombia, con antecedentes de maltrato infantil (abuso físico, emocional, sexual o negligencia). Las participantes fueron seleccionadas mediante muestreo intencional por conveniencia, a través de centros de atención psicológica, servicios de salud mental y organizaciones comunitarias vinculadas a la atención de víctimas de violencia.

3.4. Variables de estudio e instrumentos

Variable dependiente

- Tipo de experiencia de maltrato infantil (abuso físico, emocional, sexual o negligencia).

Variables independientes

- Sociodemográficas: edad, nivel educativo, ocupación, estado civil, número de hijos, contexto residencial.
- Neuropsicológicas: memoria (de trabajo, episódica), atención (sostenida, selectiva), funciones ejecutivas (toma de decisiones, inhibición, flexibilidad cognitiva).
- Emocionales: niveles de ansiedad y depresión.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de participantes

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Mujeres entre 20 y 60 años.	Diagnóstico psiquiátrico grave que interfiera con la evaluación (psicosis, demencia).
Antecedentes de maltrato infantil documentado o autorreportado.	Dificultades sensoriales o cognitivas severas que impidan la aplicación de los instrumentos.
Disposición voluntaria y firma del consentimiento informado.	Participación simultánea en otras investigaciones similares.
Dominio funcional del idioma español para comprensión de pruebas.	

Nota: Elaboración propia.

Tabla 2. Resumen técnico de los instrumentos aplicados en el estudio

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

Instrumento	Elemento	Detalle	
Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	Autores	Spielberger, Gorsuch & Lushene	
	Adaptación española	Buela-Casal, Guillén-Riquelme & Seisdedos Cubero (TEA Ediciones, 2011)	
	Duración estimada	10–15 minutos	
	Áreas evaluadas	Ansiedad estado (A/E) y rasgo (A/R)	
	Fiabilidad	Alta ($\alpha > 0.85$); validación transcultural confirmada	
	Baremos	Puntaje total	Nivel de ansiedad
		0-30	Baja ansiedad
		31-45	Ansiedad moderada
		46-60	Alta ansiedad
		> 60	Ansiedad muy elevada

Nota: Elaboración propia

Tabla 3. Resumen técnico de los instrumentos aplicados en el estudio

Inventario de Depresión de Beck - II (BDI-II)

Instrumento	Elemento	Detalle	
Inventario de Depresión de Beck - II (BDI-II)	Autores	Beck, Steer & Brown (1996)	
	Versión en español	Sandra Vizzini (Editorial Paidós, 2006 – 1.ª reimpresión 2009)	
	Ítems	21	
	Formato	Autoadministrado	
	Duración estimada	10–15 minutos	
	Áreas evaluadas	Síntomas afectivos, cognitivos y somáticos de la depresión	
	Fiabilidad	Alta ($\alpha > 0.90$ en población clínica); uso frecuente en América Latina	
	Baremos	Puntaje total	Nivel de depresión
		0-13	Ausencia o mínima depresión
		14-19	Depresión leve
		20-28	Depresión moderada
		29-63	Depresión severa

Nota: Elaboración propia

Tabla 4. Resumen técnico de los instrumentos aplicados en el estudio

Batería Neuropsicológica Luria-DNA

Instrumento	Elemento	Detalle
Batería Neuropsicológica Luria-DNA	Autores	Dionisio Manga & Francisco Ramos (2000)
	Duración estimada	45–60 minutos
	Áreas evaluadas	Memoria, atención, lenguaje, praxias, funciones ejecutivas
	Fiabilidad	Validación española (uso clínico); enfoque cualitativo funcional

Nota: Elaboración propia.

3.5. Procedimiento

El procedimiento del estudio se desarrollará de forma controlada, ética y sistemática en un centro privado de atención psicológica, donde el investigador tiene acceso directo a mujeres que reciben procesos terapéuticos de psicología clínica.

El proceso metodológico comprende las siguientes fases:

Fase 1: Registro, anonimato y codificación

Todos los datos cuantitativos y cualitativos serán registrados en fichas codificadas. Las participantes serán identificadas por códigos numéricos para preservar el anonimato.

Las fichas clínicas y protocolos serán almacenados en formato digital en carpetas protegidas por contraseña, de acceso exclusivo al investigador.

Fase 2: Convocatoria y captación

Se identificarán posibles participantes a través del contacto directo con profesionales del centro psicológico, quienes derivarán a mujeres adultas en proceso de atención con antecedentes de maltrato infantil. Se informará verbalmente y por escrito sobre el estudio a las candidatas potenciales, explicando los objetivos, duración, instrumentos, derechos y confidencialidad.

Las mujeres interesadas recibirán un formulario de consentimiento informado aprobado por el comité de ética institucional, que deberán leer, firmar y devolver al investigador, previo a su participación.

Fase 3: Entrevista semiestructurada

Una vez confirmada la inclusión de las participantes y antes de la aplicación de los instrumentos estandarizados, se llevará a cabo una entrevista semiestructurada individual. Esta decisión metodológica responde a la necesidad de establecer un vínculo inicial de confianza, recoger información subjetiva contextual y reducir posibles sesgos en las respuestas de los cuestionarios derivados de la interacción previa con pruebas objetivas.

La entrevista, con una duración estimada de entre 10 y 15 minutos, se realizará en un espacio privado y tranquilo dentro del centro de atención psicológica, sin interrupciones, garantizando un ambiente de seguridad emocional.

A través de esta técnica cualitativa, se pretende explorar la percepción de daño emocional, el impacto funcional actual en ámbitos como el laboral, social y personal, las estrategias de afrontamiento que las participantes han desarrollado y las necesidades percibidas en términos de apoyo terapéutico o intervención especializada

Fase 4: Evaluación neuropsicológica y emocional

Cada mujer será citada a una sesión individual, con una duración aproximada de 90 minutos, dividida en dos bloques de 45 minutos con un descanso intermedio de 10 minutos, para evitar la fatiga cognitiva.

El orden de aplicación será el siguiente: primero se administrará el Inventario de Depresión de Beck - II (BDI-II), seguido del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), ambos en formato autoadministrado. Luego, se aplicará la Batería Neuropsicológica Luria-DNA, de manera individual, evaluando los dominios de memoria, atención y funciones ejecutivas.

Durante esta fase, el investigador tomará nota de observaciones clínicas relevantes sobre el comportamiento, la atención sostenida, la tolerancia al esfuerzo cognitivo y las reacciones emocionales de las participantes frente a los ítems. Estos datos cualitativos servirán como complemento para el análisis integral del perfil neuropsicológico y emocional.

3.6. Análisis de datos

El análisis de la información se realizó bajo un enfoque mixto, combinando procedimientos cuantitativos y cualitativos. Esta estrategia permitió comprender, por un lado, los resultados objetivos derivados de las pruebas aplicadas (BDI-II, STAI y Luria-DNA), y por otro, las experiencias subjetivas obtenidas a través de las entrevistas semiestructuradas. La integración de ambos enfoques posibilitó establecer relaciones entre déficits neuropsicológicos y sintomatología emocional en mujeres adultas con antecedentes de maltrato infantil.

3.6.1. Análisis de los datos cuantitativos

Los datos recogidos mediante los instrumentos estandarizados fueron procesados en el programa IBM SPSS Statistics v.26 (IBM Corp., 2019).

En una primera etapa, se calcularon estadísticos descriptivos (medias, desviaciones estándar, valores mínimos y máximos) y distribuciones de frecuencia para caracterizar el rendimiento cognitivo, los niveles de ansiedad y depresión, así como el perfil sociodemográfico de la muestra.

Posteriormente, se evaluaron los supuestos de normalidad mediante la prueba de Kolmogorov–Smirnov. En función de los resultados, se aplicaron correlaciones de Pearson para las variables con distribución normal y correlaciones de Spearman para aquellas que no cumplieron los supuestos. Estos análisis permitieron examinar las asociaciones entre ansiedad, depresión y funciones

cognitivas (por ejemplo, ansiedad rasgo y percepción visual, o depresión y vacilaciones atencionales).

Adicionalmente, se realizaron comparaciones entre grupos según el tipo de maltrato (violencia directa, abuso psicológico, negligencia) y el nivel educativo alcanzado (secundaria, técnico, profesional y posgrado). Para ello, se empleó ANOVA de un factor cuando se verificaron los supuestos de homogeneidad, y la prueba Kruskal–Wallis como alternativa no paramétrica en los casos que no cumplieron dichos criterios. El nivel de significación adoptado fue $p < .05$, complementado con la estimación de tamaños del efecto para fortalecer la interpretación de los resultados (Cohen, 1988; Field, 2018).

3.6.2. Análisis de los datos cualitativos

La información obtenida en las entrevistas semiestructuradas fue analizada mediante el método de análisis temático, siguiendo las directrices de (Braun & Clarke, 2006). Se procedió a la lectura reiterada de las transcripciones, identificando unidades de significado recurrentes que posteriormente fueron agrupadas en categorías y temas comunes.

Entre los tópicos emergentes se incluyeron percepciones de daño emocional, dificultades en la concentración, síntomas emocionales persistentes, así como estrategias de afrontamiento y demandas de apoyo terapéutico. Este análisis permitió captar matices de la experiencia del maltrato que no pueden reflejarse únicamente en las puntuaciones numéricas de los instrumentos.

4. Resultados

4.1. Análisis descriptivos

4.1.1. Perfil sociodemográfico de la muestra

La muestra estuvo conformada por 30 mujeres con edades entre 19 y 45 años ($M = 32.8$; $DE = 6.1$).

Tabla 5. Perfil sociodemográfico de la muestra

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Edad	$M = 32.8$; $DE = 6.1$ (rango 19–45)	–	–
Tipo de maltrato	Violencia directa	19	63.3
	Abuso psicológico	7	23.3
	Negligencia	4	13.3
Nivel educativo	Secundaria	8	26.7
	Técnico	5	16.7
	Profesional	11	36.7
	Posgrado	6	20.0
Estado civil	Soltera	14	46.7

	Casada / unión libre	11	36.7
	Separada / viuda	5	16.6
Ocupación	Empleada	12	40.0
	Estudiante	8	26.7
	Independiente	5	16.7
	Hogar / desempleada	5	16.6
Residencia	Urbana	29	96.7
	Rural	1	3.3
Estrato	Bajo	1	3.3
	Medio-bajo	7	23.3
	Medio	16	53.3
	Medio-alto	5	16.7
	Alto	1	3.3

Nota: Elaboración propia.

En cuanto al tipo de maltrato, el 63.3% reportó violencia directa (física y/o sexual), el 23.3% abuso psicológico y el 13.3% negligencia.

Respecto al nivel educativo, el 36.7% contaba con formación profesional, el 26.7% con secundaria completa, el 16.7% con estudios técnicos y el 20% con estudios de posgrado. En relación con el estado civil, el 46.7% eran solteras, el 36.7% casadas o en unión libre y el 16.6% separadas o viudas.

En cuanto a la ocupación, el 40% trabajaba como empleada, el 26.7% era estudiante, el 16.7% trabajadora independiente y el 16.6% estaba dedicada al hogar o desempleada. La mayoría residía en zonas urbanas (96.7%) y pertenecía a estrato medio (53.3%) o medio-bajo (23.3%).

4.1.2. Descriptivos de las variables cognitivas y emocionales

En la Batería Neuropsicológica Luria-DNA, los puntajes típicos de los subtests se ubicaron en torno a la media esperada (≈ 47 puntos), con desviaciones estándar entre 10 y 13. Se observaron rendimientos más bajos en memoria inmediata, orientación espacial y actividad conceptual, mientras que otros subtests presentaron un desempeño en el rango esperado. Los centiles oscilaron entre 2 y 98, lo que evidencia una amplia heterogeneidad en el grupo evaluado. Los rendimientos más bajos se registraron en orientación espacial ($M = 43.5$), memoria inmediata ($M = 46.0$) y actividad conceptual ($M = 46.3$), indicando vulnerabilidades específicas en procesos de memoria episódica, manejo de información espacial y funciones ejecutivas. En contraste, se evidenciaron puntuaciones relativamente más altas en habla receptiva ($M = 48.7$) y dibujos temáticos ($M = 47.7$), lo cual sugiere que algunas funciones de lenguaje y de producción gráfica se mantienen en rangos conservados dentro de la muestra. Finalmente, la amplitud entre valores mínimos y máximos (20–70 puntos) confirma que, aunque existen mujeres con rendimientos muy bajos en varios dominios, otras alcanzan un desempeño dentro del rango esperado, lo que reafirma la heterogeneidad cognitiva característica del grupo estudiado.

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de la Batería Luria-DNA

Subtest	Media	DE	Mínimo	Máximo
Percepción visual	46.9	11.1	25	70
Orientación espacial	43.5	10.4	25	60
Habla receptiva	48.7	10.4	30	65
Habla expresiva	46.5	12.8	20	70
Memoria inmediata	46.0	12.2	20	65
Memoria lógica	46.8	12.6	20	70
Dibujos temáticos	47.7	11.7	25	70
Actividad conceptual	46.3	12.0	20	70
Atención	46.5	11.9	25	70
Puntuación total	46.9	11.8	25	70

Nota: Elaboración propia

En el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), los percentiles de ansiedad Estado (A-E) alcanzaron una media de 72.9 (DE = 14.4), mientras que los de ansiedad Rasgo (A-R) fueron en promedio 77.1 (DE = 17.2). Estos valores se sitúan por encima del percentil 50

poblacional, lo que indica que las participantes presentaron niveles elevados de ansiedad tanto en su dimensión situacional como en su disposición estable. En el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), el puntaje bruto promedio fue de 22.1 (DE = 12.6).

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de ansiedad y depresión

Variable	Media	DE	Mínimo	Máximo
STAI A-E (percentil)	72.9	14.4	23	95
STAI A-R (percentil)	77.1	17.2	30	97
BDI-II (puntaje bruto)	22.1	12.6	1	45

Nota: Elaboración propia.

Los percentiles de ansiedad Estado (A-E) y Rasgo (A-R) se categorizaron en tres niveles: Bajo (≤ 30), Medio (31–69) y Alto (≥ 70).

Tabla 8. Distribución categórica de ansiedad y depresión

Distribución de STAI A-E (Estado)		
Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Alto	22	73.3 %
Medio	7	23.3 %
Bajo	1	3.3 %
Distribución de STAI A-R (Rasgo)		
Alto	23	76.7 %
Medio	6	20.0 %
Bajo	1	3.3 %
Distribución de Depresión de Beck-II		
Mínima (0–13)	12	40.0 %
Leve (14–19)	4	13.3 %
Moderada (20–28)	7	23.3 %
Severa (29–63)	7	23.3 %

Nota: Elaboración propia.

Al categorizar los percentiles en tres niveles (bajo ≤ 30 , medio 31–69 y alto ≥ 70), se observa que:

En Ansiedad Estado (A-E), el 60% de las participantes se ubicó en el nivel alto, el 30% en nivel medio y solo un 10% en nivel bajo.

En Ansiedad Rasgo (A-R), el 60% también alcanzó niveles altos, el 33.3% se situó en nivel medio y únicamente un 6.7% en nivel bajo.

Este perfil indica que la mayoría de las mujeres evaluadas no solo experimentan ansiedad situacional frente a contextos específicos (estado), sino que además mantienen un patrón crónico y estable de ansiedad (rasgo).

La coincidencia de valores elevados en ambas dimensiones refuerza la idea de que las participantes viven en un estado de alerta constante, lo que podría impactar directamente en su desempeño cognitivo. Estos hallazgos son consistentes con la literatura que señala que el maltrato infantil incrementa la vulnerabilidad a presentar ansiedad sostenida en la adultez, afectando la memoria, la atención y el procesamiento de la información.

Al categorizar los resultados, el 40% de las participantes se ubicó en el rango de depresión mínima (es decir, sin sintomatología clínica relevante), el 13.3% en leve, el 23.3% en moderada y el 23.3% en severa. En conjunto, casi la mitad de la muestra (46.6%) presentó sintomatología depresiva de moderada a severa, clínicamente significativa. Esto sugiere una alta prevalencia de depresión significativa en la muestra, coherente con la historia de maltrato infantil. Estos hallazgos son consistentes con la literatura previa, que ha documentado de forma reiterada la relación entre experiencias tempranas adversas y una mayor vulnerabilidad a trastornos afectivos en la adultez (Pereda & Gallardo, 2017; Daugherty, 2019; Molina Díaz, 2020).

4.2. Análisis inferencial

4.2.1. Pruebas de normalidad

Para determinar la distribución de los datos, se aplicaron pruebas de normalidad. Dado que la muestra estuvo compuesta por 30 participantes, se empleó la prueba de Kolmogorov–Smirnov, ampliamente utilizada en muestras de tamaño medio. En los casos en que $p < .05$ se consideró que la variable no seguía una distribución normal, lo que llevó a aplicar pruebas no paramétricas en los análisis posteriores.

Tabla 9. Prueba de normalidad Kolmogorov–Smirnov para las variables principales

Variable	K-S Z	p	Normalidad
BDI-II (depresión)	0.176	0.020	No normal
STAI A-E (ansiedad estado)	0.123	0.200	Normal
STAI A-R (ansiedad rasgo)	0.131	0.176	Normal
Luria – Percepción visual (típica)	0.144	0.121	Normal
Luria – Orientación espacial (típica)	0.169	0.034	No normal
Luria – Habla receptiva (típica)	0.240	0.053	Normal
Luria – Habla expresiva (típica)	0.150	0.464	Normal
Luria – Memoria inmediata (típica)	0.188	0.015	No normal
Luria – Memoria lógica (típica)	0.146	0.503	Normal

Luria – Dibujos temáticos (típica)	0.185	0.224	Normal
Luria – Actividad conceptual (típica)	0.165	0.046	No normal
Luria – Atención (típica)	0.290	0.019	No normal
Vacilaciones – Imprecisión (bruto)	0.202	0.042	No normal
Vacilaciones – Atención (bruto)	0.171	0.306	Normal
Vacilaciones – Tiempo (bruto)	0.181	0.249	Normal

Nota: Elaboración propia. Los valores de p inferiores a .05 (sig: $p < .05$) indican diferencias estadísticamente significativas.

La mayoría de las variables presentaron una distribución compatible con la normalidad ($p > .05$). No obstante, algunos subtests —como depresión (BDI-II), orientación espacial, memoria inmediata, actividad conceptual, atención y vacilaciones-impresión— no cumplieron este supuesto ($p < .05$). Por esta razón, en los análisis inferenciales se aplicaron pruebas paramétricas únicamente en las variables con distribución normal y pruebas no paramétricas en aquellas que no se ajustaron a la normalidad. En este contexto, se consideró que valores de p inferiores a .05 indican diferencias estadísticamente significativas, lo que justifica el uso de pruebas no paramétricas para evitar sesgos. En cambio, valores de p mayores a .05 se interpretaron como ausencia de evidencia suficiente para rechazar la normalidad de los datos.

4.2.2. Correlaciones

Con el objetivo de analizar las asociaciones entre variables emocionales y cognitivas, se aplicaron correlaciones de Pearson en los casos en los que los datos cumplieron los supuestos de normalidad, y correlaciones de Spearman cuando dichos supuestos no se verificaron (tabla 10)

Tabla 10. Correlaciones entre variables emocionales y cognitivas

Variables relacionadas	Coefficiente (r/p)	P	Tipo de correlación
Ansiedad rasgo (STAI A-R) – Percepción visual (Luria)	-0.412	0.024	Spearman
Ansiedad estado (STAI A-E) – Orientación espacial (Luria)	-0.398	0.031	Spearman
Depresión (BDI-II) – Memoria inmediata (Luria)	-0.437	0.018	Spearman
Depresión (BDI-II) – Vacilaciones atencionales	0.462	0.012	Spearman

Nota: Elaboración propia. Los valores de p inferiores a .05 (sig: $p < .05$) indican diferencias estadísticamente significativas.

Los resultados evidencian correlaciones significativas entre la sintomatología emocional (ansiedad y depresión) y el desempeño cognitivo. En particular, niveles más altos de ansiedad y depresión se asociaron con un peor rendimiento en subpruebas de memoria inmediata y orientación espacial, así como con un mayor número de vacilaciones en tareas de atención.

4.2.3. Comparaciones entre grupos

Con el fin de explorar posibles diferencias en el desempeño cognitivo y la sintomatología emocional, se realizaron comparaciones entre grupos de participantes según el tipo de maltrato infantil reportado (violencia directa, abuso psicológico, negligencia) y el nivel educativo alcanzado (secundaria, técnico, profesional, posgrado).

Se realizaron análisis de varianza (ANOVA) cuando se cumplieron los supuestos de normalidad y homogeneidad, y la prueba de Kruskal–Wallis como alternativa no paramétrica en los casos en que dichos supuestos no se verificaron.

A continuación, se presentan los hallazgos más relevantes.

Tabla 11. Comparaciones de variables según tipo de maltrato

Variable	Violencia directa (n=19)	Abuso psicológico (n=7)	Negligencia (n=4)	p
Dibujos temáticos (Luria)	44.2 ± 9.8	38.5 ± 10.2	47.0 ± 12.0	0.041*
Ansiedad rasgo (STAI A-R)	79.3 ± 15.8	71.2 ± 14.6	72.5 ± 16.0	0.210
Depresión (BDI-II)	24.1 ± 11.8	28.3 ± 13.1	18.5 ± 10.2	0.089

Nota: Elaboración propia. Los valores de p inferiores a .05 (sig: $p < .05$) indican diferencias estadísticamente significativas.

Los análisis comparativos según el tipo de maltrato infantil evidenciaron diferencias significativas únicamente en la subprueba de dibujos temáticos de la batería Luria-DNA ($p = .041$).

En este caso, las mujeres que reportaron abuso psicológico obtuvieron las puntuaciones más bajas ($M = 38.5$; $DE = 10.2$), en comparación con las participantes que experimentaron violencia directa ($M = 44.2$; $DE = 9.8$) y negligencia ($M = 47.0$; $DE = 12.0$).

En contraste, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ansiedad rasgo ($p = .210$) ni en depresión ($p = .089$), aunque en este último caso se observa una tendencia a puntuaciones más elevadas en el grupo con abuso psicológico ($M = 28.3$; $DE = 13.1$).

Tabla 12. Comparaciones de variables según nivel educativo

Los análisis comparativos según el nivel educativo de las participantes mostraron diferencias estadísticamente significativas en la orientación espacial ($p = .037$) y en la memoria inmediata ($p = .049$). En ambas variables se observa un patrón ascendente, donde las mujeres con formación profesional ($M = 48.7$; $DE = 8.9$ / $M = 50.6$; $DE = 10.3$) y posgrado ($M = 50.3$; $DE = 9.2$ / $M = 51.2$; $DE = 9.8$) obtuvieron puntuaciones más altas que aquellas con estudios de secundaria ($M = 39.5$; $DE = 9.8$ / $M = 42.0$; $DE = 11.7$) o técnico ($M = 41.2$; $DE = 10.5$ / $M = 44.8$; $DE = 12.4$).

Variable	Secundaria (n=8)	Técnico (n=5)	Profesional (n=11)	Posgrado (n=6)	p
Orientación espacial (Luria)	39.5 ± 9.8	41.2 ± 10.5	48.7 ± 8.9	50.3 ± 9.2	0.037*
Memoria inmediata (Luria)	42.0 ± 11.7	44.8 ± 12.4	50.6 ± 10.3	51.2 ± 9.8	0.049*
Ansiedad estado (STAI A-E)	75.2 ± 13.4	72.8 ± 15.1	70.5 ± 14.9	68.7 ± 13.8	0.312

Nota: Elaboración propia. Los valores de p inferiores a .05 ($sig: p < .05$) indican diferencias estadísticamente significativas.

En contraste, no se encontraron diferencias significativas en los niveles de ansiedad estado ($p = .312$), lo que sugiere que este componente emocional se presenta de manera transversal en todos los grupos, independientemente del grado de formación académica alcanzado

5. Discusión

El presente estudio aporta evidencia sobre la relación entre el maltrato infantil y sus repercusiones emocionales y cognitivas en mujeres adultas en Colombia. Los resultados muestran que casi la mitad de las participantes presentó sintomatología depresiva moderada o severa, acompañada de niveles elevados de ansiedad tanto en su dimensión estado como rasgo. Asimismo, se identificaron déficits en memoria inmediata, orientación espacial y funciones atencionales, los cuales se correlacionaron de forma significativa con la presencia de ansiedad y depresión.

Se plantearon tres hipótesis principales que guían la discusión de los resultados obtenidos: (H1) la existencia de alteraciones cognitivas en memoria, atención y funciones ejecutivas; (H2) niveles elevados de ansiedad y depresión en comparación con la población normativa; y (H3) correlaciones significativas entre los déficits neuropsicológicos y la sintomatología emocional.

Hipótesis 1: Alteraciones cognitivas

Los hallazgos confirman la primera hipótesis. Las participantes mostraron bajo rendimiento en memoria inmediata, orientación espacial, actividad conceptual y atención, además de un mayor número de vacilaciones. Estos resultados son consistentes con investigaciones previas que han documentado el impacto del maltrato infantil en el desarrollo de funciones neuropsicológicas esenciales (Pechtel & Pizzagalli, 2011; Amores-Villalba & Mateos, 2017).

Estudios en mujeres víctimas de violencia muestran alteraciones en atención, memoria verbal/visual y funciones ejecutivas (flexibilidad, planificación, inhibición) asociadas a cambios en la conectividad cerebral y en la sustancia blanca (Torres-García, 2014; Molina Díaz, 2015). Un resultado particular fue el bajo desempeño en dibujos temáticos en el grupo con abuso psicológico, lo que respalda estudios que muestran cómo la violencia emocional impacta de forma específica en procesos de simbolización y expresión gráfica (Pereda & Gallardo, 2011). Esto enfatiza que la violencia psicológica, aunque menos visible que la física, puede dejar huellas cognitivas significativas.

Hipótesis 2: Ansiedad y depresión

La segunda hipótesis también se ve confirmada. La mayoría de las participantes obtuvieron puntuaciones elevadas en los cuestionarios de ansiedad (STAI) y depresión (BDI-II). El 46.6% de la muestra alcanzó niveles de depresión moderada o severa, y tanto la ansiedad-estado como la ansiedad-rasgo se situaron en percentiles superiores a la media.

Estos hallazgos son coherentes con metaanálisis internacionales que demuestran que el maltrato infantil es un factor de riesgo robusto para el desarrollo de psicopatología en la adultez, especialmente ansiedad y depresión (Norman et al., 2012; Hailes et al., 2019). De igual forma, coinciden con investigaciones regionales que han reportado altos niveles de malestar emocional en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en América Latina (Quintero et al., 2020).

La presencia de síntomas emocionales persistentes evidencia que las secuelas del maltrato no desaparecen con el paso del tiempo, sino que tienden a consolidarse y afectar la calidad de vida en la adultez, confirmando la necesidad de intervenciones integrales en salud mental.

Hipótesis 3: Correlación entre déficits neuropsicológicos y síntomas emocionales

La tercera hipótesis también se confirma. Los análisis correlacionales mostraron asociaciones significativas: Entre depresión y memoria inmediata (r negativa), entre ansiedad y orientación espacial/atención (r negativa), y entre depresión y vacilaciones atencionales (r positiva).

Estos resultados respaldan la Teoría del Control Atencional (Attentional Control Theory), propuesta por (Eysenck et al., 2007), la cual plantea que la ansiedad interfiere en los mecanismos ejecutivos que regulan la atención y la memoria de trabajo. En este sentido, las personas con altos niveles de ansiedad presentan mayores dificultades para mantener la concentración y filtrar estímulos irrelevantes. Asimismo, los hallazgos se alinean con estudios que han documentado deterioros de memoria y atención en personas con depresión (Rock et al., 2014).

En consecuencia, los síntomas emocionales no solo son un resultado directo del trauma, sino que median e intensifican las dificultades cognitivas, configurando un círculo de vulnerabilidad que afecta el desempeño funcional de estas mujeres.

Hallazgos adicionales: influencia del nivel educativo

Aunque no formaba parte de las hipótesis iniciales, el análisis según nivel educativo reveló diferencias significativas en memoria inmediata y orientación espacial. Las mujeres con formación profesional y de posgrado obtuvieron mejores resultados que aquellas con secundaria o estudios técnicos. Este patrón puede interpretarse bajo la teoría de la reserva cognitiva, la cual sostiene que un mayor nivel de estimulación académica brinda recursos compensatorios frente a los déficits derivados de experiencias adversas (Stern, 2009).

En contraste, la ansiedad y la depresión no variaron según nivel educativo, lo que sugiere que la formación académica no modula el impacto emocional del maltrato, aunque sí influye en la preservación de ciertas funciones cognitivas.

5.1. Conclusiones

El presente estudio aporta evidencia robusta sobre el impacto persistente del maltrato infantil en la vida adulta, mostrando cómo estas experiencias adversas generan secuelas emocionales y neuropsicológicas de carácter significativo. Se constató que las mujeres evaluadas presentan dificultades en memoria inmediata, orientación espacial, actividad conceptual y atención, funciones esenciales para la adaptación académica, laboral y social. Estas alteraciones cognitivas se acompañan de altos niveles de ansiedad y depresión, lo que refleja que las huellas del maltrato trascienden el tiempo y se consolidan en la adultez como un factor de vulnerabilidad emocional y funcional.

Asimismo, se observó que el nivel educativo influye en el rendimiento cognitivo, lo que puede explicarse desde la teoría de la reserva cognitiva: una mayor estimulación académica brinda recursos que permiten compensar parcialmente los déficits asociados a experiencias adversas. Sin embargo, esta ventaja no se tradujo en un menor impacto emocional, lo que demuestra que los efectos del maltrato infantil actúan de forma diferenciada sobre las esferas cognitiva y afectiva.

Los hallazgos de este trabajo refuerzan la necesidad de diseñar intervenciones integrativas que combinen la rehabilitación cognitiva con el abordaje terapéutico del trauma. En este sentido, enfoques como la terapia EMDR y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) ofrecen un marco prometedor para promover la regulación emocional y la recuperación de funciones cognitivas,

favoreciendo la calidad de vida de las mujeres que han atravesado experiencias de violencia en la infancia.

Además, este estudio contribuye con evidencia inédita en el contexto colombiano, un campo aún poco explorado, y abre la posibilidad de diseñar programas de intervención culturalmente adaptados que respondan a las necesidades específicas de esta población.

5.2. Limitaciones

El estudio presenta limitaciones que deben ser reconocidas:

No se contó con un grupo control de mujeres sin antecedentes de maltrato, lo que impide comparar de forma directa las diferencias observadas.

Los baremos de las pruebas aplicadas (BDI-II, STAI y Luria-DNA) provienen de validaciones españolas o internacionales, por lo que no reflejan con exactitud las particularidades culturales y sociodemográficas de la población colombiana.

El tamaño muestral reducido ($n = 30$) limita la generalización de los resultados y disminuye la potencia estadística para detectar diferencias entre tipos de maltrato.

Al tratarse de un estudio transversal, los resultados permiten establecer asociaciones, pero no explican la evolución de las secuelas a lo largo del tiempo ni la eficacia de intervenciones específicas.

Finalmente, se trata de un campo poco explorado en Colombia, por lo que los hallazgos deben interpretarse con cautela y contrastarse con futuras investigaciones nacionales.

5.3. Prospectiva

Se sugieren las siguientes líneas de prospectiva:

Ampliar el tamaño de la muestra e incluir un grupo control para establecer comparaciones más sólidas.

Generar baremos propios en población colombiana para pruebas de evaluación neuropsicológica y emocional, lo que incrementaría la validez cultural de los resultados.

Desarrollar estudios longitudinales que permitan evaluar la evolución de los déficits cognitivos y síntomas emocionales a lo largo del tiempo.

Profundizar en el impacto de variables sociodemográficas y educativas, dado que la heterogeneidad de la muestra mostró cómo factores como el nivel académico pueden modular los efectos del maltrato.

Los resultados abren la posibilidad de diseñar programas de intervención que combinen rehabilitación cognitiva (memoria, atención, funciones ejecutivas) con estrategias de regulación emocional, ajustados a las necesidades específicas de mujeres adultas con antecedentes de maltrato infantil.

El hallazgo sobre el nivel educativo invita a profundizar en el estudio de la reserva cognitiva y otros factores contextuales que puedan mitigar los efectos del maltrato.

6. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Amores-Villalba, A., & Mateos-Mateos, R. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología Educativa*, 23(2), 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.pse.2017.05.006>
- Baddeley, A. D. (2000). The episodic buffer: A new component of working memory? *Trends in Cognitive Sciences*, 4(11), 417–423. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(00\)01538-2](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(00)01538-2)
- Beck, A., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. (Psychological Corporation., Ed.).
- Berboth, S., & Morawetz, C. (2021). Amygdala-prefrontal connectivity during emotion regulation: a psychophysiological meta-analysis. *Neuropsychologia*, 153, 107767. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2021.107767>
- Bernate-Navarro, M., B.-V., M. P., & S.-P., F. (2009). Diferencias en los procesos de atención y memoria en niños con y sin estrés postraumático. *Cuadernos de Neuropsicología*, 104–115.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bremner, J. D. (1999). Alterations in brain structure and function associated with post-traumatic stress disorder. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 4(4), 249–256.
- Budhiraja, M., Savic, I., Lindner, P., Jokinen, J., Tiihonen, J., & Hodgins, S. (2017). Brain structure abnormalities in young women who presented conduct disorder in childhood/adolescence. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 17(6), 869–885. <https://doi.org/10.3758/s13415-017-0519-7>
- Cohen, J. (2013). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>

- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M., Frustaci, K., & Ryan, N. D. (1999). Developmental traumatology part II: brain development**See accompanying Editorial, in this issue. *Biological Psychiatry*, 45(10), 1271–1284. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00045-1](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00045-1)
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Eysenck, M. W., Derakshan, N., Santos, R., & Calvo, M. G. (2007). Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory. *Emotion*, 7(2), 336–353. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.7.2.336>
- Fares-Otero, N. E., De Prisco, M., Oliva, V., Radua, J., Halligan, S. L., Vieta, E., & Martinez-Aran, A. (2023). Association between childhood maltreatment and social functioning in individuals with affective disorders: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 148(2), 142–164. <https://doi.org/10.1111/acps.13557>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (SAGE Publications., Ed.; 5ta ed.).
- Gerin, M. I., Tillman, R. , & McLaughlin, K. A. (2023). Childhood maltreatment and resting-state functional connectivity: A systematic review. *Developmental Cognitive Neuroscience*.
- Guillén-Riquelme, A. , & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y baremos del STAI en población española. , . *Psicothema*, 252. – 258.
- Guillén-Riquelme, & Buela-Casal. (2014). Short forms of the STAI in Spanish: Reliability, validity, and normative data. . *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 131–138.
- Hailes, H. P., Yu, R., Danese, A., & Fazel, S. (2019). Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, 6(10), 830–839. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30286-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X)
- IBM Corp. (2019). *IBM SPSS Statistics for Windows (Version 26.0)* [Computer software]. IBM Corp.
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2023). *Forensis 2022: Datos para la vida*. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. <https://www.medicinalegal.gov.co/forensis>

- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (McGraw-Hill Education., Ed.; 6th ed.).
- Julio González, E. O. , A. A. K. E. , & A. D. L. O. C. (2024). Desarrollo cognitivo de la atención, memoria y función ejecutiva en una muestra de niños y niñas víctimas de violencia intrafamiliar pertenecientes a dos barrios del municipio de Sincelejo. *Corporación Universitaria Del Caribe – CECAR. Sincelejo*.
- Langarita-Llorente, R., & Gracia-García, P. (2019). Neuropsychology of generalized anxiety disorders: A systematic review. *Revista Neurológica*, 69(2), 59–67. <https://doi.org/10.33588/rn.6902.2018371>
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological assessment* (4th ed.). Oxford University Press.
- McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., Lambert, H. K., Engel, L., & Undine, E. (2014). Childhood maltreatment is associated with altered fear circuitry and increased internalizing symptoms by late adolescence. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(47), 17361–17366. <https://doi.org/10.1073/pnas.1310766110>
- Mercado Val, E., Macías Morón, J. J., & García Varona, I. (2020). El maltrato infantil: una perspectiva neurobiológica y neuropsicológica. . *Revista de Neuropsicología Infantil*.
- Molina-Díaz, R. (2015). *Maltrato infantil: Consecuencias neurofisiológicas y neuropsicológicas* [Trabajo de fin de grado, Universidad de Jaén]. Repositorio CREA – Universidad de Jaén. <https://hdl.handle.net/10953.1/1949>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 9(11), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Informe mundial sobre la violencia contra los niños*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112738>
- Ormeño Marcos de León, A. (2023, junio). *Consecuencias neuropsicológicas del abuso sexual infantil: Una revisión sistemática* [Trabajo Fin de Grado, Universidad Miguel Hernández de Elche].

Departamento de Psicología de la Salud, UMH. Repositorio RediUMH.
<https://hdl.handle.net/11000/30108>

Patarroyo Herrera, L. P. (2014). *Perfil neuropsicológico y de inteligencia emocional de niños y niñas que han experimentado maltrato infantil o violencia intrafamiliar*. [Tesis de maestría, Universidad Internacional de La Rioja]. UNIR Repositorio Institucional.

Pechtel, P., & Pizzagalli, D. A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology*, 214(1), 55–70.
<https://doi.org/10.1007/s00213-010-2009-2>

Pereda, N., & Gallardo-Pujol, D. (2011). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gaceta Sanitaria*, 25(3), 233–239.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.12.004>

Policía Nacional de Colombia. (2020). *Sistema de Información Estadístico, Delincuencial, Contravencional y Operativo (SIEDCO): Informe anual de violencia intrafamiliar*. Policía Nacional de Colombia. <https://www.policia.gov.co/siedco>

Posner, M. I., & Petersen, S. E. (1990). The Attention System of the Human Brain. *Annual Review of Neuroscience*, 13(1), 25–42. <https://doi.org/10.1146/annurev.ne.13.030190.000325>

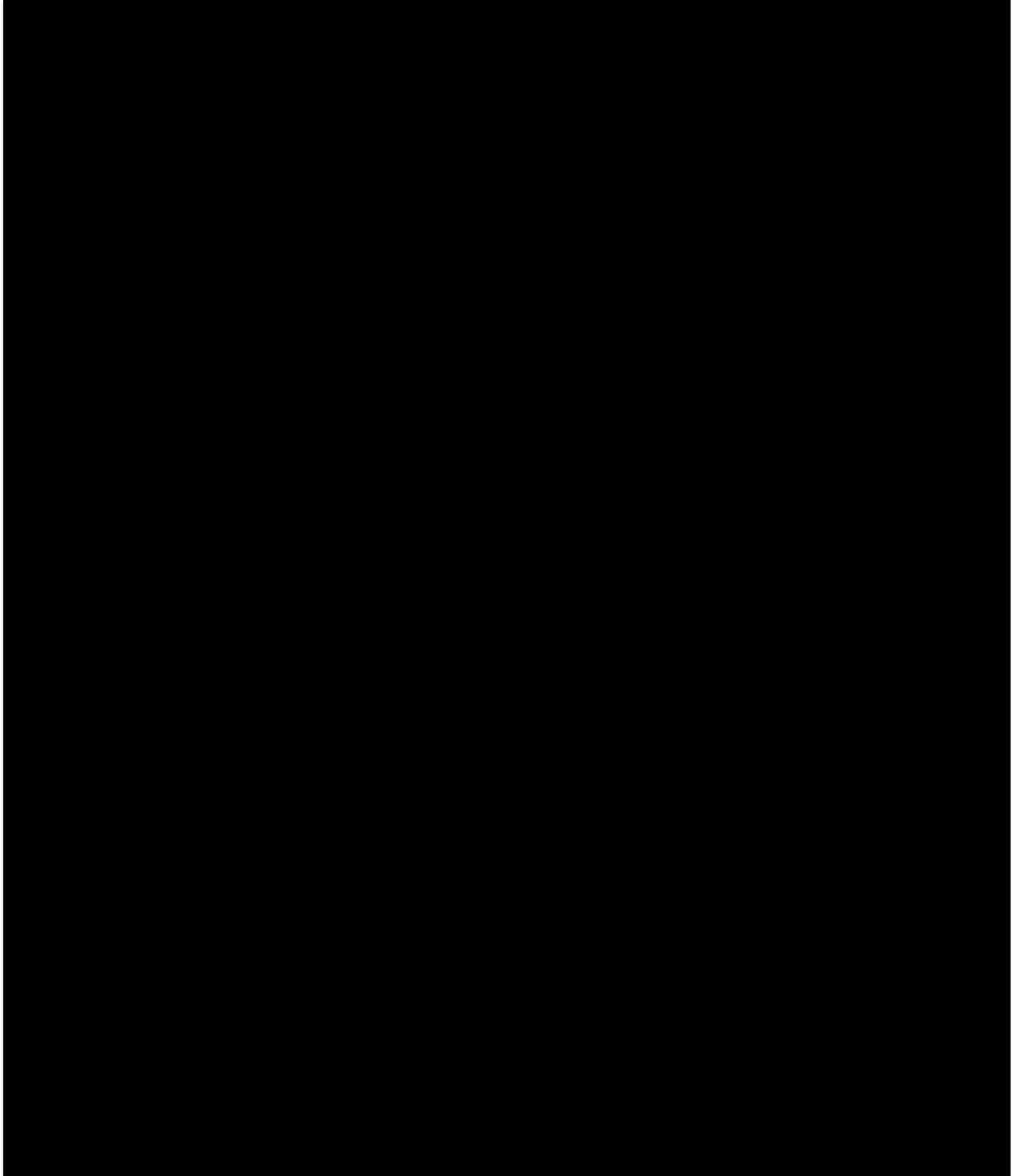
Ramírez Bellón, P. A., & Vallejo Erazo, L. M. (2016). *Maltrato infantil: Afectaciones al desarrollo. Un estado del arte 2004–2015* [Trabajo de grado, Pontificia Universidad Javeriana].
<https://apidspace.javeriana.edu.co/server/api/core/bitstreams/76ae3a12-caf0-4e27-9b2e-cb2745773d66/content>

Rock, P. L., Roiser, J. P., Riedel, W. J., & Blackwell, A. D. (2014). Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(10), 2029–2040.
<https://doi.org/10.1017/S0033291713002535>

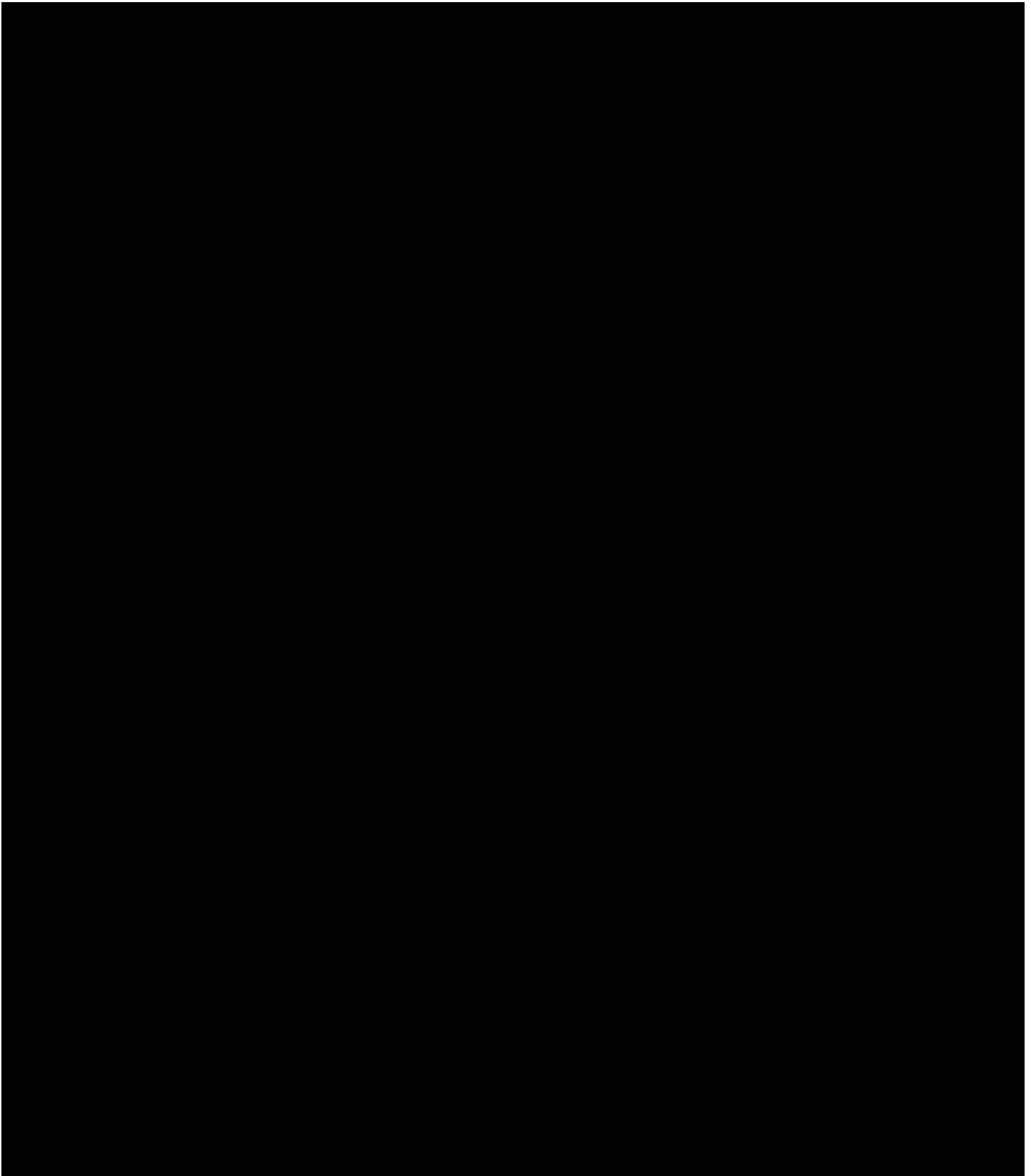
Rodríguez Ipiña, I., & Guzmán Cortés, J. A. (2023). Características neuropsicológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Estudios de Género, La Ventana*, 7(58), 185–217.
<https://doi.org/10.32870/lv.v7i58.7694>

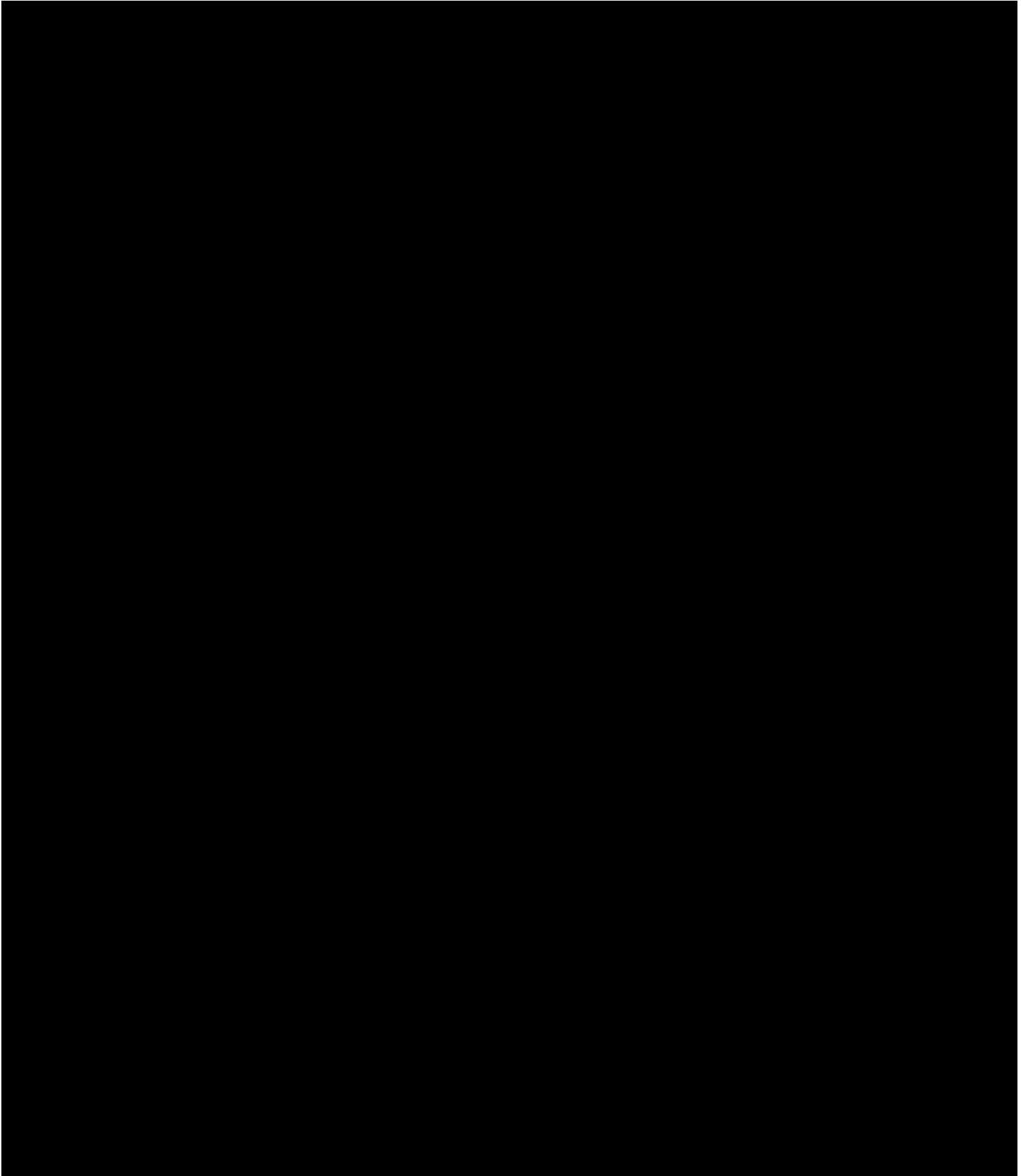
- Romero Gallart, N. (2017). *Traumas infantiles en la edad adulta*. Universidad Europea de Madrid.
<http://hdl.handle.net/10637/11073>
- Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (1989). *Introduction to cognitive rehabilitation: Theory and practice*. Guilford Press.
- Spielberger, C. D. , Gorsuch, R. L. , & Lushene, R. E. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. (Psychologists Press).
- Stuss, D. T., & Benson, D. F. (1986). *The frontal lobes*. Raven Press.
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., & Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(1–2), 33–44. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(02\)00007-9](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(02)00007-9)
- Tituaña Ruilova, N. A. (2022). *Sistematización de investigación sobre los efectos del trastorno por estrés postraumático en madres víctimas de maltrato infantil en Quito*. [Trabajo de titulación, Universidad Politécnica Salesiana]. Repositorio DSpace UPS.
<http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/21822>.
- Tulving, E. (2002). Episodic Memory: From Mind to Brain. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 1–25.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135114>
- UNICEF. (2020). *Estado mundial de la infancia 2020: Niños, alimentación y nutrición*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2020>
- World Medical Association Declaration of Helsinki. (2013). *JAMA*, 310(20), 2191.
<https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

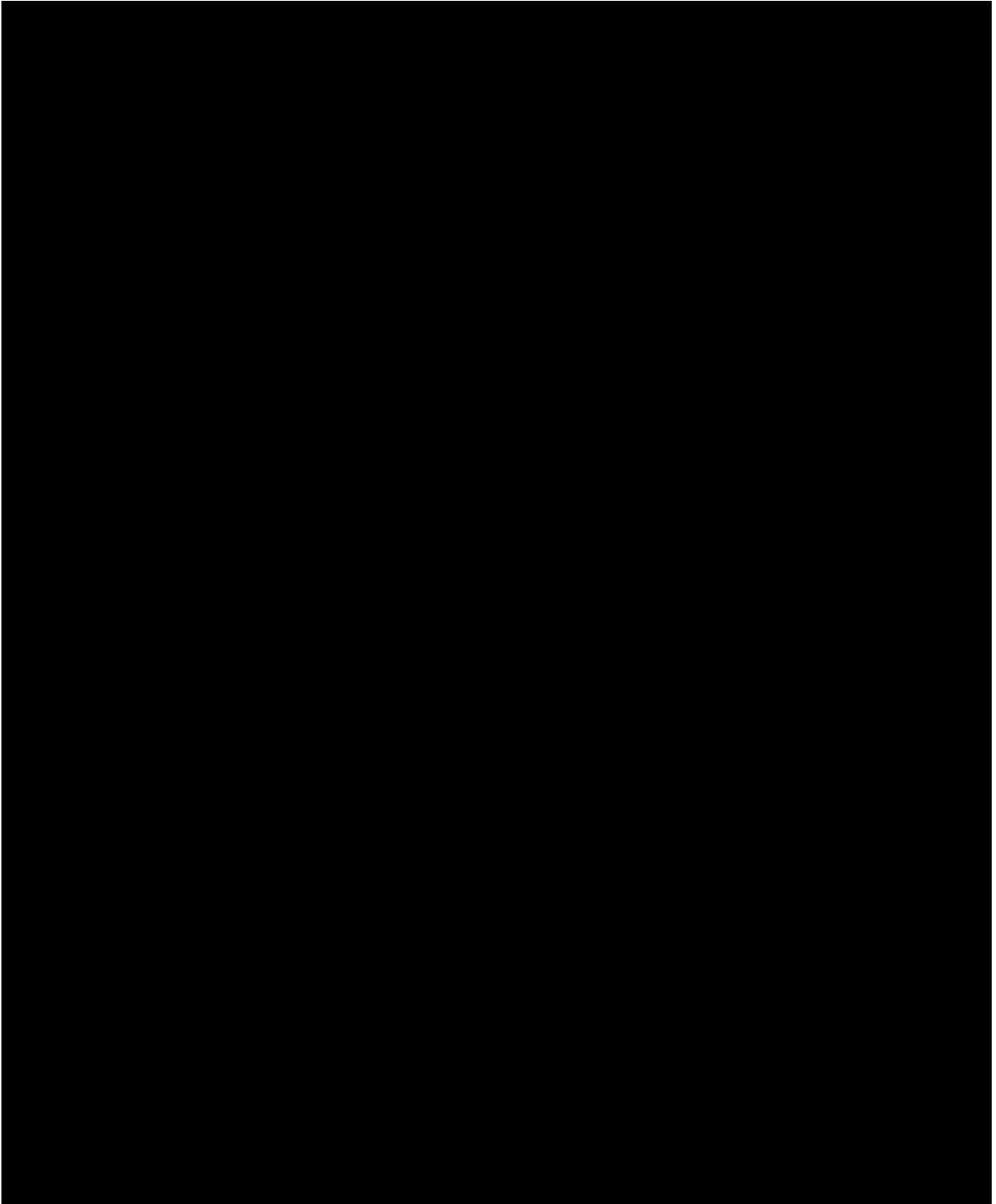
Anexo A. Informe de valoración de trabajo fin de máster

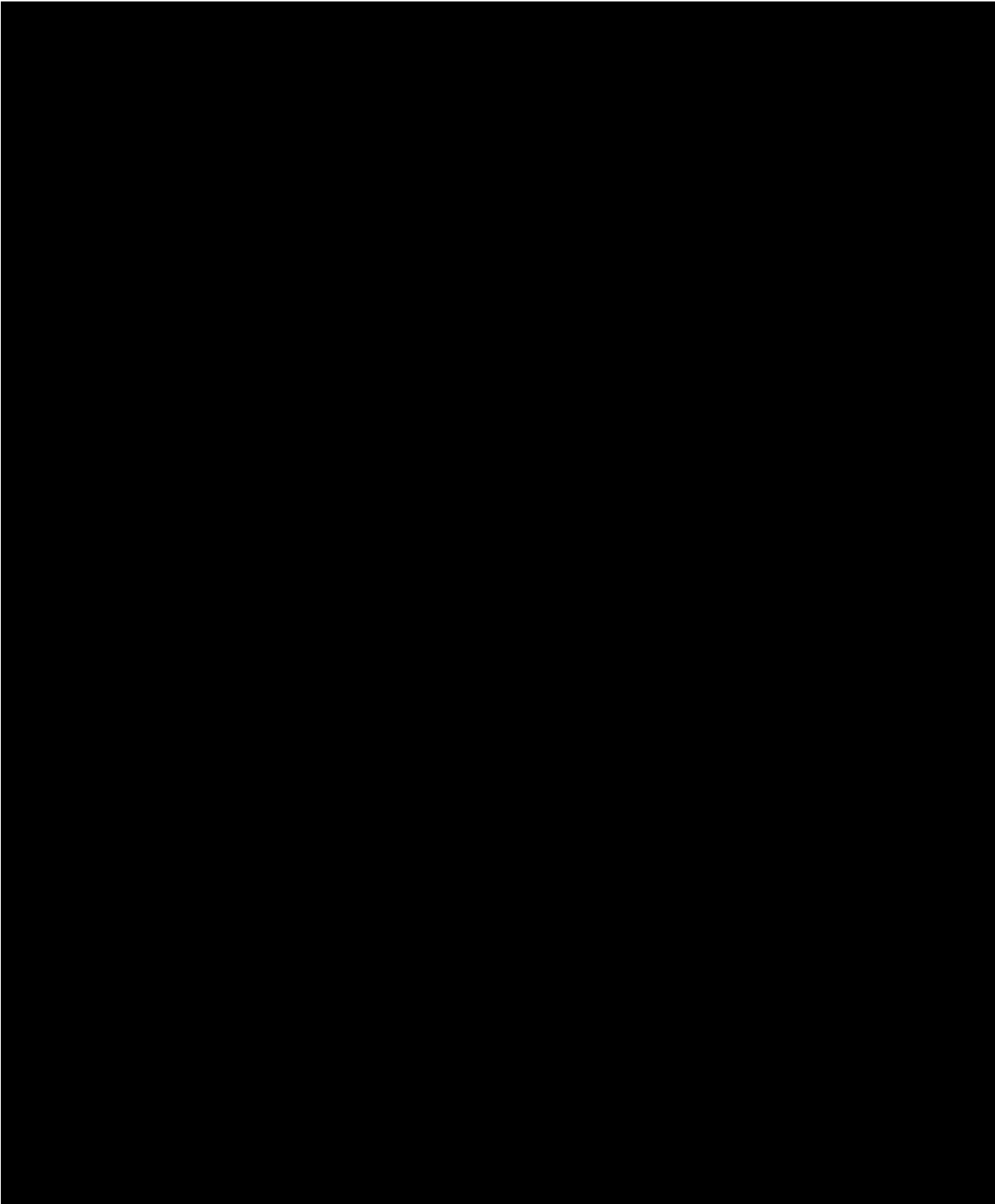


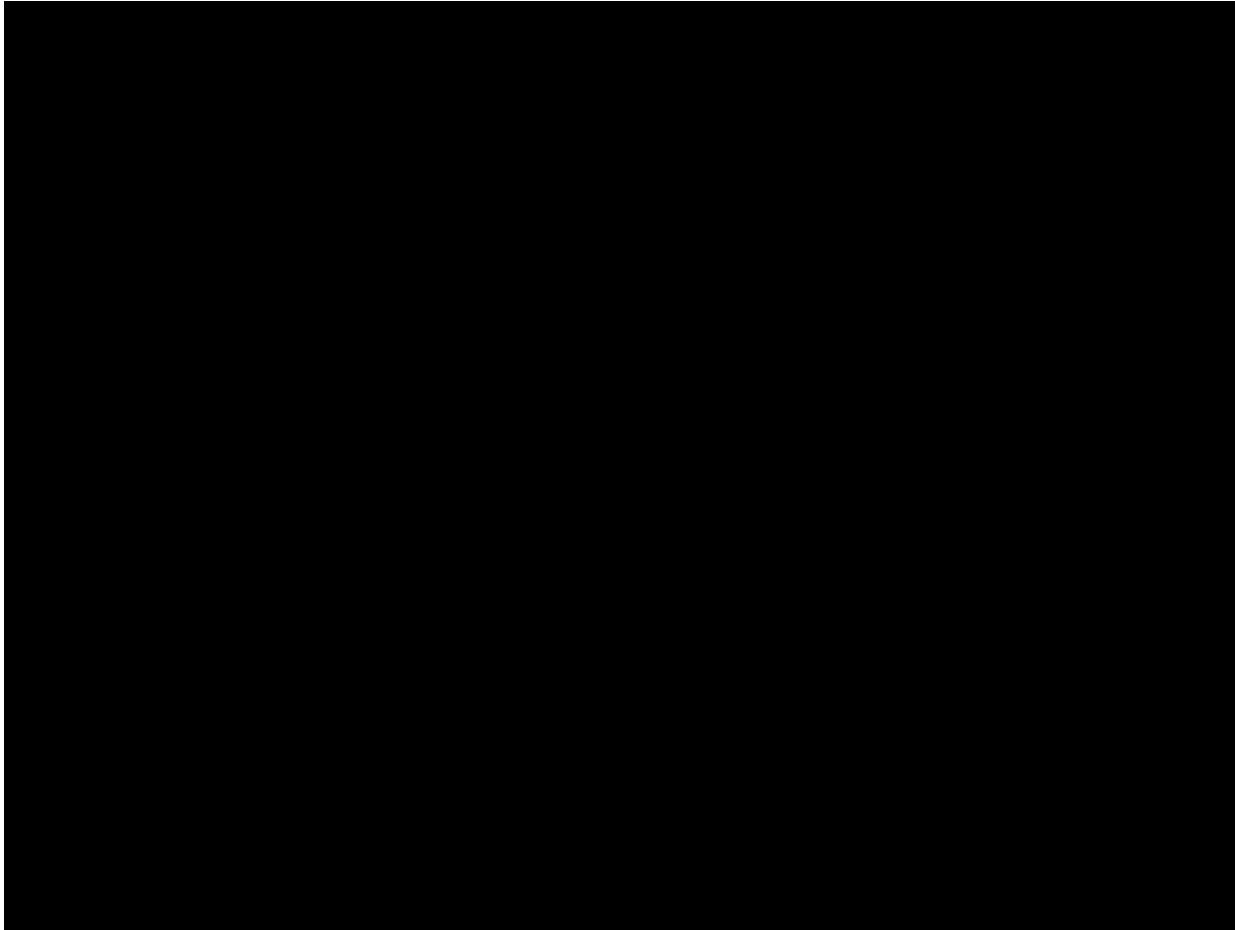
Anexo B. Consentimiento informado general participante adulto











Anexo C. Encuesta semiestructurada de preguntas cerradas.

Encuesta Semiestructurada de Preguntas Cerradas

Nombre: _____

1. Datos sociodemográficos Edad: _____ años.

Nivel educativo:

- ☐ Primaria incompleta
- ☐ Primaria completa
- ☐ Secundaria incompleta
- ☐ Secundaria completa
- ☐ Técnico/Tecnólogo ☐ Profesional
- ☐ Posgrado

Estado civil:

- ☐ Soltera
- ☐ Casada o en unión libre
- ☐ Separada o divorciada ☐ Viuda

Ocupación principal:

- ☐ Hogar
- ☐ Estudiante
- ☐ Empleada

☐ Desempleada

☐ Independiente

Lugar de residencia:

- ☐ Área urbana
- ☐ Área rural

Estrato socioeconómico:

- ☐ Bajo
- ☐ Medio-bajo
- ☐ Medio
- ☐ Medio-alto
- ☐ Alto

2. Información familiar ¿Con quién vives actualmente?

- ☐ Sola
- ☐ Con pareja
- ☐ Con hijos ☐ Con otros familiares
- ☐ Otra situación (especificar): _____

Número de hijos:

☐ Ninguno

☐ 1

☐ 2

☐ 3 o más

Durante tu infancia, ¿convivías con ambos padres? ☐ Sí

☐ No

¿Cómo describirías la relación con tus padres durante tu infancia?

☐ Muy buena

☐ Buena

☐ Regular

☐ Mala

☐ Muy mala

¿Alguno de tus padres o cuidadores tenía problemas de salud mental?

☐ Sí

☐ No

☐ No lo sé

¿Alguno de tus padres o cuidadores presentaba consumo problemático de sustancias? ☐ Sí

☐ No

☐ No lo sé

Ingresos salariales:

☐ Sin ingresos

☐ Menos de \$712.000 (Menos de ½ SMLMV)

☐ Entre \$712.001 y \$1.423.500 (½ a 1 SMLMV)

☐ Entre \$1.423.501 y \$2.847.000 (1 a 2 SMLMV)

☐ Entre \$2.847.001 y \$4.270.500 (2 a 3 SMLMV)

☐ Más de \$4.270.500 (Más de 3 SMLMV)

3. Experiencias de maltrato infantil

Durante tu infancia (antes de los 18 años), ¿experimentaste alguna de las siguientes situaciones? (Marca todas las que correspondan)

☐ Abuso físico (golpes, castigos físicos)

☐ Abuso emocional (humillaciones, insultos)

☐ Abuso sexual (contacto físico no deseado)

☐ Negligencia (falta de cuidados básicos)

☐ Ninguna

¿Recibiste apoyo psicológico durante la infancia por estas experiencias?

☐ Sí

☐ No

4. Percepción actual de apoyo y recursos ¿Actualmente cuentas con apoyo familiar? ☐ Sí

☐ No

¿Participas en actividades comunitarias, grupos de apoyo o similares?

☐ Sí

☐ No

¿Has recibido atención psicológica o psiquiátrica en los últimos 12 meses?

☐ Sí

☐ No

¿Te gustaría participar en un programa de intervención neuropsicológica y emocional para abordar estas dificultades? ☐ Sí

☐ No

5. Observaciones adicionales
(opcional)