



Universidad de Oviedo

*Universidá d'Uviéu*

*University of Oviedo*

**Psicología Clínica y de la Salud**

**Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud**

**IMPACTO DE LAS EXPERIENCIAS INFANTILES  
ADVERSAS EN LA CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN  
ADULTA EN SITUACIONES DE VULNERABILIDAD  
SOCIAL**

**Autora: M<sup>a</sup> Yolanda Martín Higarza**

**2020**



Universidad de Oviedo  
*Universidá d'Uviéu*  
*University of Oviedo*

**Psicología Clínica y de la Salud**

**Tesis Doctoral**

**IMPACTO DE LAS EXPERIENCIAS INFANTILES ADVER-  
SAS EN LA CALIDAD DE VIDA EN POBLACIÓN ADULTA  
EN SITUACIONES DE VULNERABILIDAD SOCIAL**

**Autora:**

M<sup>a</sup> Yolanda Martín Higarza

**Directora:**

Dra. M<sup>a</sup> Yolanda Fontanil Gómez



Universidad de Oviedo  
*Universidá d'Uviéu*  
*University of Oviedo*

## RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español/Otro Idioma: Impacto de las experiencias infantiles adversas en la calidad de vida en población adulta en situaciones de vulnerabilidad social.	Inglés: The impact of adverse childhood experiences on quality of life in socially vulnerable adult populations.
2.- Autor	
Nombre: Yolanda Martín Higarza	DNI/Pasaporte/NIE: +
Programa de Doctorado: Ciencias de la Salud	
Órgano responsable: Comisión Académica del Programa de Ciencias de la Salud	

### RESUMEN (en español)

**OBJETIVO:** El objetivo central de esta investigación ha sido poner a prueba la asociación entre las experiencias adversas en la infancia (ACEs) y la calidad de vida en población en situaciones de vulnerabilidad para conocer los factores implicados en dicha relación. Además de comprobar esta relación, ampliamente señalada en la literatura científica, se trata también de estimar el peso de las variables implicadas para identificar aquellas que permiten elaborar un modelo etiológico sobre cómo la actividad de los sujetos ante el sufrimiento y sus preferencias de actuación dan lugar a diversos tipos de disfunción y afectación en la calidad de vida.

**MÉTODO:** En una muestra total de 170 sujetos, personas mayores de 18 años, se analiza la prevalencia y tipología de determinadas vivencias de maltrato, negligencia o disfunción familiar y su relación con otras variables como la calidad de vida de salud física y psicológica, el afecto, la presencia de disfunción psíquica y disociación y la satisfacción vital. Algo más de la mitad de la muestra se encontraba en situación de vulnerabilidad socioeconómica. Se realizan comparaciones entre los datos obtenidos en ambas submuestras respecto a las experiencias adversas en la infancia y las variables criterio: calidad de vida física y psicológica, disfunción psíquica, afecto, disociación y satisfacción vital. En el grupo total se analiza la relación de las variables de calidad de vida y salud con otros factores como las preferencias relacionales, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento personales, así como la relación entre estas variables y la adversidad infantil. La evaluación se lleva a cabo con instrumentos para evaluar las ACEs (ACE Questionnaire), la calidad de vida física y psicológica (dimensiones del WHOQOL- BREF), los afectos (PANAS), la psicopatología (SA45), la disociación (DES-II), satisfacción con la vida (SWLS), regulación emocional (ERQ), estilos de afrontamiento (Tobin), apego (EPERIC) y apoyo social (CBAS).

**RESULTADOS:** La presencia de experiencias adversas en la infancia tiene consecuencias negativas en todas las variables de calidad de vida, salud psicológica y satisfacción vida evaluadas. Las personas del grupo vulnerable han sufrido más adversidades y sus resultados en cuanto a salud y calidad de vida son peores respecto al grupo no vulnerable. Todas las experiencias adversas evaluadas, salvo el abuso sexual, aparecen asociadas de forma significativa a la condición de

vulnerabilidad. Se encuentran efectos diferenciales de las ACEs en los resultados de salud y calidad de vida, destacando el maltrato emocional y la negligencia como los asociados a mayor impacto. Se encuentran relaciones entre peores resultados de salud y calidad de vida con los indicadores de vulnerabilidad, la supresión como estrategia de regulación emocional, estilos de afrontamiento como el pensamiento desiderativo, la autocrítica y la retirada social, carencias de apoyo de la red social de convivencia de la infancia y adolescencia y estilos de apego como el temor al rechazo y al abandono y la preferencia por la independencia. Respecto a las variables que predicen los resultados de salud y calidad de vida se muestra como las ACEs influyen en la salud y bienestar de manera directa e indirecta a través de diferentes variables psicológicas.

### **RESUMEN (en inglés)**

**AIM:** The main aim of this research was to test the association between adverse childhood experiences (ACEs) and quality of life in socially vulnerable populations, as well as to understand the factors involved in this relationship. In addition to verifying this relationship, which has previously been reported in the scientific literature, this study sought to estimate the weight of the different psychological and social variables at play. The purpose of this additional analysis was to develop an etiological model showing how a person's response to suffering and their action preferences can lead to different types of dysfunction and impairment in quality of life.

**METHOD:** In a sample of 170 subjects over 18 years of age, the research analyzed the prevalence and typology of specific experiences of abuse, neglect, or family dysfunction; it also examined how these relate to other variables such as physical and psychological health-related quality of life, affective state, psychological dysfunction, dissociation, and life satisfaction. Just over half the sample was considered to be socially vulnerable. A subsample comparison was carried out for the data on ACEs and the criteria variables: physical and psychological quality of life, psychological dysfunction, affective state, dissociation, and life satisfaction. The next step was to analyze the relationship between the health and quality of life variables and other factors, such as emotional attachment, social support, and personal coping strategies, as well as the link between these variables and childhood adversity. The evaluation was conducted using standardized instruments to assess ACEs (ACE Questionnaire), physical and psychological quality of life (domains of the WHOQOL-BREF questionnaire), affective state (PANAS), psychopathology (SA45), dissociation (DES-II), life satisfaction (SWLS), emotion regulation (ERQ), coping styles (Tobin), attachment (EPERIC), and social support (CBAS).

**RESULTS:** The presence of ACEs had a negative impact on all variables assessed in relation to quality of life, psychological health, and life satisfaction. Participants from the vulnerable group had experienced more adversity and had poorer health and quality of life outcomes than the non-vulnerable group. Except for sexual abuse, all of the adverse experiences assessed were significantly associated with the condition of social vulnerability. One important finding was the differential effect on health and quality of life outcomes depending on ACE type: emotional abuse and emotional neglect were associated with a greater impact. The study also found poorer health and quality of life outcomes to be associated with the following: indicators of vulnerability; the use of suppression as an emotion regulation strategy; wishful thinking, self-criticism and social withdrawal as coping styles; lack of support from one's childhood and adolescence social network; and fear of rejection and abandonment, and preference for independence as attachment styles. Among the variables that predict health and quality of life outcomes, this study This study shows how health and well-being are directly and indirectly influenced by ACES through different psychological variables.

**SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

## *Dedicatoria*

*A mis padres*

*A mi hermana*

*A Jos*



## **AGRADECIMIENTOS**

La realización de este trabajo ha sido un proceso largo, apasionante y no siempre fácil en el que he estado acompañada de muchas personas que lo han hecho más llevadero. A todas quiero mostrar mi agradecimiento.

Por haberme ayudado a lograrlo:

A la Dra. Yolanda Fontanil, con todo el cariño, por darme la oportunidad de realizar esta investigación y confiar en que podía conseguirlo. Por hacerme hacer lo que nunca habría imaginado. Por el cuidado y el acompañamiento continuo, por no perder el ánimo ni el humor en los momentos difíciles. Cada minuto de este proceso fue un aprendizaje y un estímulo continuo.

Al Dr. Esteban Ezama, a quien quiero y admiro, por ser un referente del que sigo aprendiendo. Gracias por enseñarme a entender el sufrimiento de las personas desde el respeto y la colaboración y por todas las valiosas aportaciones en este trabajo.

A la Dra. Cristina Diez, quien, aunque siempre está ahí, apareció en cada bache para echarme arriba; por su ánimo, perseverancia y confianza.

A la Dra. Roxana Fernández por todo el apoyo y las aportaciones a esta investigación.

A Loli Méndez, compañera de fatigas y proyectos, por la ayuda en todo el proceso.

A Natalia Fernández por su tiempo y trabajo con los datos. A la Dra. Yolanda Alonso, Dra. Ángeles Alcedo, Dra. Elsa Peña, Dra Ana M. Castaño y Dra. Lucía Morán por sus contribuciones en los momentos más oportunos.

A Noelia F. Briz, Isabel Cano, Blima García, Lorena Suárez, Julia Cuetos y demás compañeras que colaboraron en la recogida de datos; por una labor que fue mucho más que cubrir cuestionarios.

A los equipos de Servicios Sociales que respaldaron este trabajo. Especialmente, a mis compañeras del Ayuntamiento de Laviana, a Charo Montes y Javier Rodrigo, por todo el cariño y refuerzo; sois parte del camino junto con todo ese querido equipo-familia. A Inés Álvarez y Lucía García del EITAF de San Martín del Rey Aurelio, a Marina Velasco de los Servicios Sociales de Oviedo por la colaboración y el ánimo.

A la Asociación ADHOC, donde he aprendido tanto, por la inestimable aportación al estudio y su trayectoria en el trabajo con las personas que han vivido toda clase de adversidades. A Proyecto Hombre - Fundación C.E.S.P.A y Asociación AENFIPA por su colaboración.

A la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (FEATF) por premiar esta investigación y proporcionar oportunidades para su difusión.

Y a cada consultante, usuario y usuaria, hombres y mujeres que fueron un estímulo constante, especialmente quienes compartieron sus duras historias de adversidad, por permitirnos escucharles.

Y por estar ahí:

A mis padres, por el amor, el respaldo y la presencia constante.

A mi hermana, con toda mi admiración, por ser un referente, la mejor compañera de vida.

A Jos, por ser del Lethani. Y a Musky, inesperado regalo de la adversidad.



# ÍNDICES

**ÍNDICE GENERAL**

**ÍNDICE DE CUADROS**

**ÍNDICE DE TABLAS**

**ÍNDICE DE FIGURAS**



# ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE DE CUADROS .....	24
ÍNDICE DE TABLAS .....	25
ÍNDICE DE FIGURAS .....	27
PRECISIONES RESPECTO AL LENGUAJE.....	29
1. RESUMEN.....	31
2. JUSTIFICACIÓN.....	32
3. LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA (ACE) Y EL ACE STUDY.....	37
3.1. INTRODUCCIÓN.....	37
3.2. LOS ORÍGENES: EL ACE STUDY.....	38
3.3. LA EVALUACIÓN DE LAS ACEs.....	40
3.4. RESULTADOS DEL ACE STUDY .....	45
3.5. DESARROLLOS POSTERIORES DEL ESTUDIO DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA.....	48
3.5.1. SALUD FÍSICA.....	49
3.5.2. CALIDAD DE VIDA.....	53
3.5.3. SALUD MENTAL.....	53
3.5.4. RELACIONES INTERPERSONALES .....	59
3.5.5. OTROS DESARROLLOS .....	59
3.5.6. CONCLUSIONES .....	60
3.6. VÍAS EXPLICATIVAS DE LA INFLUENCIA DE LAS ACEs EN LA SALUD Y EL BIENESTAR .....	60
3.6.1. ACEs Y CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD .....	62
3.6.2. LA INTRODUCCIÓN DE LA VÍA DEL NEURODESARROLLO .....	65
3.6.4. OTROS MODELOS .....	74
3.6.5. RELEVANCIA DEL ESTUDIO DE LAS VÍAS .....	78
3.7. RESUMEN.....	80
4. CALIDAD DE VIDA .....	80
4.1. CONCEPTO Y DEFINICIONES.....	80
4.2. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA: SALUD FÍSICA Y SALUD MENTAL.....	88
4.2.1. SALUD FÍSICA Y ACEs.....	90
4.2.2. SALUD MENTAL.....	92
4.3. LA CALIDAD DE VIDA Y LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA .....	123
4.4. SATISFACCIÓN VITAL .....	124
5. VULNERABILIDAD SOCIAL .....	127
5.1. EL CONCEPTO DE VULNERABILIDAD SOCIAL .....	127
5.1.1. APROXIMACIONES A LA DEFINICIÓN DEL TÉRMINO: POBREZA, EXCLUSIÓN Y VULNERABILIDAD SOCIAL .....	127
5.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA VULNERABILIDAD SOCIAL .....	128
5.2. LA MEDICIÓN DE LA VULNERABILIDAD.....	129
5.3. VULNERABILIDAD SOCIAL Y EFECTOS EN LA SALUD .....	134
5.4. VULNERABILIDAD SOCIAL Y EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA .....	135
6. LAS RELACIONES INTERPERSONALES. EL APEGO.....	140

6.1. INTRODUCCIÓN .....	140
6.2. LOS ANTECEDENTES. EL ESTUDIO DEL APEGO. ....	141
6.3. EL PAPEL DEL APEGO EN EL DESARROLLO HUMANO .....	146
6.4. EL APEGO EN CONDICIONES ADVERSAS .....	148
6.5. EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA. IMPACTO Y VARIABLE MEDIADORA CON EL APEGO AFECTIVO.....	149
7. LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	154
7.1. EL AFRONTAMIENTO.....	155
7.1.1. LOS ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO .....	158
7.1.2. AFRONTAMIENTO Y SALUD .....	161
7.1.3. AFRONTAMIENTO EN SITUACIONES DE ADVERSIDAD .....	163
7.2. LA REGULACIÓN EMOCIONAL .....	166
7.2.2. EL PROCESO DE REGULACIÓN EMOCIONAL .....	168
7.2.3. LA CONSTRUCCIÓN DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO .....	174
7.2.4. REGULACIÓN EMOCIONAL, DISFUNCIÓN PSÍQUICA Y EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LAS INFANCIA .....	185
8. EL APOYO SOCIAL .....	189
8.1. APOYO SOCIAL, SALUD Y CALIDAD DE VIDA.....	189
8.2. EL APOYO SOCIAL EN LAS SITUACIONES DE ADVERSIDAD .....	195
9. PARTE EMPÍRICA .....	200
9.1. INTRODUCCIÓN .....	200
9.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....	200
9.2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	201
9.2.2. HIPÓTESIS. ....	201
9.3. METODOLOGÍA .....	205
9.3.1. ASPECTOS ÉTICOS.....	205
9.3.2. PROCEDIMIENTO .....	205
9.3.3 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	205
9.3.4 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....	207
9.3.5. DISEÑO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS .....	212
9.4. RESULTADOS .....	213
9.4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES VULNERABILIDAD, ENFERMEDAD CRÓNICA Y CALIDAD DE VIDA Y EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA. ....	213
9.4.2. COMPARACIONES ENTRE GRUPOS VULNERABLES Y NO VULNERABLES RESPECTO A SUFRIR EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA.....	220
9.4.3. COMPARACIONES ENTRE GRUPOS RESPECTO A LAS VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA, AFECTO, SALUD PSICOLÓGICA Y SATISFACCIÓN VITAL.....	222
9.4.4. RELACIONES ENTRE LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y VARIABLES CRITERIO .....	226
9.4.5. RELACIONES ENTRE LA CALIDAD DE VIDA, AFECTO, PSICOPATOLOGÍA, DISOCIACIÓN Y SATISFACCIÓN VITAL (variables criterio) Y NÚMERO DE TIPOS DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS, VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ESTILO DE AFRONTAMIENTO, REGULACIÓN EMOCIONAL, APEGO Y APOYO SOCIAL (variables predictoras).....	232

9.4.6. RELACIONES ENTRE EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y EL ESTILO DE AFRONTAMIENTO, LA REGULACIÓN EMOCIONAL, EL APEGO, EL APOYO SOCIAL Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS .....	256
9.5. DISCUSIÓN.....	279
9.5.1. LA PREVALENCIA DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS .....	281
9.5.2. VULNERABILIDAD ECONÓMICA Y EXPERIENCIAS ADVERSAS .....	283
9.5.3. RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSA CON LA CALIDAD DE LA SALUD FÍSICA AUTOPERCIBIDA .....	285
9.5.4. RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSA CON LA CALIDAD DE VIDA PSICOLÓGICA.....	287
9.5.5. RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSA CON LOS AFECTOS POSITIVOS .....	289
9.5.6. RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSA CON LOS AFECTOS NEGATIVOS .....	289
9.5.7. RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSA CON EL ÍNDICE DE SEVERIDAD GLOBAL DE PSICOPATOLOGÍA.....	290
9.5.8. RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSA CON LA DISOCIACIÓN TOTAL.....	292
9.5.9. RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSA CON LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA.....	293
9.5.10. RELACIONES ENTRE TODAS LAS VARIABLES PREDICTORAS Y TODAS LAS VARIABLES CRITERIO .....	294
9.6. CONCLUSIONES .....	295
10. REFERENCIAS .....	299
11. ANEXOS .....	343

# ÍNDICE DE CUADROS

<b>CUADRO 1</b> EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA PARA LA SEGUNDA SERIE DEL ACE STUDY .....	43
<b>CUADRO 2.</b> DIVERSAS DEFINICIONES PARA EL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA .....	82
<b>CUADRO 3.</b> ENFOQUE ECOLÓGICO: INDICADORES PROTOTÍPICOS DE CALIDAD DE VIDA .....	87
<b>CUADRO 4.</b> INDICADORES Y DESCRIPTORES POR DIMENSIONES CENTRALES DE CALIDAD DE VIDA .....	89
<b>CUADRO 5</b> PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS Y PROPÓSITOS DEL MARCO PAS .....	98
<b>CUADRO 6</b> AGRUPACIONES FUNCIONALES DE LAS RESPUESTAS A LAS AMENAZAS .....	99
<b>CUADRO 7.</b> RECONCEPTUALIZACIÓN DE “SÍNTOMAS” COMO ELEMENTOS DE RESISTENCIA: UNA VISIÓN ALTERNATIVA.....	119
<b>CUADRO 8.</b> PROPUESTA DE INDICADORES SOCIALES DE LA OCDE (EN NAVARRO Y LARRUBIA, 2006).....	130
<b>CUADRO 9.</b> PROPUESTA DE INDICADORES SOCIALES DE LA ONU.....	131
<b>CUADRO 10.</b> ÍTEMS DEL CUESTIONARIO SOCIAL EN CADA UNO DE LOS ÁMBITOS.....	132
<b>CUADRO 11.</b> CARACTERÍSTICAS CONDUCTUALES DE CADA PATRÓN DE APEGO.....	144
<b>CUADRO 12.</b> MODELO DE PROTOTIPOS DE BARTHOLOMEW Y HOROWITZ (1991).....	146
<b>CUADRO 13.</b> INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN .....	207
<b>CUADRO 14</b> RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DE LAS EXPERIENCIAS TEMPRANAS ADVERSAS CON LA CALIDAD DE VIDA, LOS AFECTOS, LAS MANIFESTACIONES DE DISFUNCIÓN, LA DISOCIACIÓN Y LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA .....	276

# ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1.</b> INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DE LOS PARTICIPANTES EN LA PRIMERA Y SEGUNDA SERIE DEL CDC KAISER-ACE STUDY	40
<b>TABLA 2.</b> PREVALENCIA DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN EL ACE STUDY	46
<b>TABLA 3.</b> VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	206
<b>TABLA 4.</b> PORCENTAJE DE LAS AYUDAS INSTITUCIONALES RECIBIDAS	213
<b>TABLA 5.</b> NÚMERO DE TIPOS DE AYUDAS INSTITUCIONALES RECIBIDAS	213
<b>TABLA 6.</b> PORCENTAJE DE TIPOS DE APUROS SUFRIDOS	214
<b>TABLA 7.</b> PORCENTAJE DE PERSONAS CON LAS DISTINTAS PUNTUACIONES DE PENURIA	214
<b>TABLA 8.</b> PORCENTAJE DE SITUACIONES DE VULNERABILIDAD SEGÚN INGRESOS Y PENURIA	214
<b>TABLA 9.</b> PORCENTAJE DE PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS POR ENFERMEDAD O ALTERACIÓN	216
<b>TABLA 10.</b> PORCENTAJE DE PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS POR NÚMERO DE PROBLEMAS	217
<b>TABLA 11.</b> ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES CRITERIO	217
<b>TABLA 12.</b> PORCENTAJE DE PARTICIPANTES CON EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA	218
<b>TABLA 13.</b> PORCENTAJE DE PARTICIPANTES CON CADA TIPO DE EXPERIENCIA ADVERSA	218
<b>TABLA 14.</b> COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS VULNERABLES Y NO VULNERABLES RESPECTO A HABER SUFRIDO EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA	221
<b>TABLA 15.</b> TABLA RESUMEN VALORES Y CHI-CUADRADO POR CADA ACE EN LOS GRUPOS VULNERABLE Y NO VULNERABLES	221
<b>TABLA 16.</b> PRUEBA DE NORMALIDAD DE LAS VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA Y DE MANIFESTACIONES DE DISFUNCIÓN	222
<b>TABLA 17.</b> COMPARACIÓN EN LAS VARIABLES CRITERIO ENTRE LOS GRUPOS VULNERABLES Y NO VULNERABLES (INCLUYE PENURIAS ECONÓMICAS Y OTRAS)	223
<b>TABLA 18.</b> COMPARACIÓN EN LAS VARIABLES CRITERIO ENTRE LOS GRUPOS DE HOMBRES Y MUJERES	224
<b>TABLA 19.</b> COMPARACIÓN EN LAS VARIABLES CRITERIO ENTRE LOS GRUPOS DE DIFERENTES EDADES	225
<b>TABLA 20.</b> CORRELACIONES DE SPEARMAN ENTRE EL NÚMERO DE TIPOS DE EXPERIENCIAS TEMPRANAS ADVERSAS, LA CALIDAD DE VIDA, LOS AFECTOS LAS MANIFESTACIONES DE DISFUNCIÓN Y LA DISOCIACIÓN	226
<b>TABLA 21.</b> COMPARACIÓN EN CALIDAD DE VIDA, AFECTOS, SALUD PSICOLÓGICA Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN FUNCIÓN DE HABER SUFRIDO MALTRATO EMOCIONAL	227
<b>TABLA 22.</b> COMPARACIÓN EN CALIDAD DE VIDA, AFECTOS, SALUD PSICOLÓGICA Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN FUNCIÓN DE HABER SUFRIDO MALTRATO FÍSICO	227
<b>TABLA 23.</b> COMPARACIÓN EN CALIDAD DE VIDA, AFECTOS, SALUD PSICOLÓGICA Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN FUNCIÓN DE HABER SUFRIDO ABUSO SEXUAL	228
<b>TABLA 24.</b> COMPARACIÓN EN CALIDAD DE VIDA, AFECTOS, SALUD PSICOLÓGICA Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN FUNCIÓN DE HABER SUFRIDO NEGLIGENCIA EMOCIONAL	228
<b>TABLA 25.</b> COMPARACIÓN EN CALIDAD DE VIDA, AFECTOS, SALUD PSICOLÓGICA Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN FUNCIÓN DE HABER SUFRIDO NEGLIGENCIA FÍSICA	229
<b>TABLA 26.</b> COMPARACIÓN EN CALIDAD DE VIDA, AFECTOS, SALUD PSICOLÓGICA Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN FUNCIÓN DE HABER CONVIVIDO CON PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL O QUE SE HAYAN SUICIDADO	230
<b>TABLA 27.</b> COMPARACIÓN EN CALIDAD DE VIDA, AFECTOS, SALUD PSICOLÓGICA Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN FUNCIÓN DE HABER CONVIVIDO CON PERSONAS QUE HAYAN SIDO ENCARCELADAS	230
<b>TABLA 28.</b> PRUEBA DE NORMALIDAD DE LAS VARIABLES PREDICTORAS	233
<b>TABLA 29.</b> CORRELACIONES DE SPEARMAN ENTRE EL NÚMERO DE TIPOS DE EXPERIENCIAS ADVERSAS, LA EDAD, GÉNERO Y LA CALIDAD DE VIDA, AFECTOS, PSICOPATOLOGÍA, DISOCIACIÓN Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA X	234
<b>TABLA 30.</b> CORRELACIONES DE SPEARMAN ENTRE CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS Y CALIDAD DE VIDA, AFECTOS, PSICOPATOLOGÍA DISOCIACIÓN Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA X	235
<b>TABLA 31.</b> CORRELACIONES DE SPEARMAN ENTRE ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA, AFECTOS, PSICOPATOLOGÍA DISOCIACIÓN Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA X	235
<b>TABLA 32.</b> CORRELACIONES DE SPEARMAN ENTRE APOYO SOCIAL Y ESTILOS DE APEGO Y CALIDAD DE VIDA, AFECTOS, PSICOPATOLOGÍA DISOCIACIÓN Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA X	237
<b>TABLA 33.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA LA CALIDAD DE LA SALUD FÍSICA (BLOQUE 1)	239
<b>TABLA 34.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA LA CALIDAD DE LA SALUD FÍSICA (BLOQUE 2)	240
<b>TABLA 35.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA LA CALIDAD DE LA SALUD FÍSICA (BLOQUE 3)	240
<b>TABLA 36.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA LA CALIDAD DE LA SALUD FÍSICA (BLOQUE 4)	241
<b>TABLA 37.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN FINAL PARA LA CALIDAD DE LA SALUD FÍSICA X	241
<b>TABLA 38.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA LA CALIDAD DE LA SALUD PSICOLÓGICA (BLOQUE 1)	242
<b>TABLA 39.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA LA CALIDAD DE LA SALUD PSICOLÓGICA (BLOQUE 3)	242
<b>TABLA 40.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA LA CALIDAD DE LA SALUD PSICOLÓGICA (BLOQUE 4)	243
<b>TABLA 41.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN FINAL PARA LA CALIDAD DE LA SALUD PSICOLÓGICA	243

<b>TABLA 42.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA EL AFECTO POSITIVO (BLOQUE 1) .....	244
<b>TABLA 43.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA EL AFECTO POSITIVO (BLOQUE 2) .....	244
<b>TABLA 44.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA EL AFECTO POSITIVO (BLOQUE 3) .....	244
<b>TABLA 45.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA EL AFECTO POSITIVO (BLOQUE 4) .....	245
<b>TABLA 46.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN FINAL PARA EL AFECTO POSITIVO .....	245
<b>TABLA 47.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA EL AFECTO NEGATIVO (BLOQUE 1).....	246
<b>TABLA 48.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA EL AFECTO NEGATIVO (BLOQUE 3).....	246
<b>TABLA 49.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN FINAL PARA EL AFECTO NEGATIVO (BLOQUE 4).....	247
<b>TABLA 50.</b> ECUACIÓN FINAL DE REGRESIÓN PARA EL AFECTO NEGATIVO .....	247
<b>TABLA 51.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA EL ÍNDICE DE SEVERIDAD GLOBAL (BLOQUE 1) X.....	248
<b>TABLA 52.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA EL ÍNDICE DE SEVERIDAD GLOBAL (BLOQUE 2) .....	248
<b>TABLA 53.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA EL ÍNDICE DE SEVERIDAD GLOBAL (BLOQUE 3) .....	249
<b>TABLA 54.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA EL ÍNDICE DE SEVERIDAD GLOBAL (BLOQUE 4) .....	249
<b>TABLA 55.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN FINAL PARA EL ÍNDICE DE SEVERIDAD GLOBAL .....	250
<b>TABLA 56.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA LA DISOCIACIÓN TOTAL (BLOQUE 1) .....	250
<b>TABLA 57.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN 54PARA LA DISOCIACIÓN TOTAL (BLOQUE 2) .....	251
<b>TABLA 58.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA LA DISOCIACIÓN TOTAL (BLOQUE 3) .....	251
<b>TABLA 59.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA LA DISOCIACIÓN TOTAL (BLOQUE 4) .....	251
<b>TABLA 60.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN FINAL PARA LA DISOCIACIÓN TOTAL.....	252
<b>TABLA 61.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA (BLOQUE 1) .....	252
<b>TABLA 62.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA (BLOQUE 2).....	252
<b>TABLA 63.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA (BLOQUE 3) .....	253
<b>TABLA 64.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN PARA LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA (BLOQUE 4) .....	253
<b>TABLA 65.</b> ECUACIÓN DE REGRESIÓN FINAL PARA LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA .....	254
<b>TABLA 66.</b> VARIABLES RETENIDAS PARA PREDECIR EL VALOR DE LAS VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA, AFECTOS, MANIFESTACIONES DE DISFUNCIÓN, DISOCIACIÓN Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA.....	255
<b>TABLA 67.</b> VARIABLES PREDICTORAS QUE SE RELACIONAN DE MANERA SIGNIFICATIVA CON EL MALTRATO EMOCIONAL .....	256
<b>TABLA 68.</b> VARIABLES PREDICTORAS QUE SE RELACIONAN DE MANERA SIGNIFICATIVA CON EL MALTRATO FÍSICO .....	257
<b>TABLA 69.</b> VARIABLES PREDICTORAS QUE SE RELACIONAN DE MANERA SIGNIFICATIVA CON EL ABUSO SEXUAL .....	257
<b>TABLA 70.</b> VARIABLES PREDICTORAS QUE SE RELACIONAN DE MANERA SIGNIFICATIVA CON LA NEGLIGENCIA EMOCIONAL .....	258
<b>TABLA 71.</b> VARIABLES PREDICTORAS QUE SE RELACIONAN DE MANERA SIGNIFICATIVA CON LA NEGLIGENCIA FÍSICA .....	259
<b>TABLA 72.</b> VARIABLES PREDICTORAS QUE SE RELACIONAN DE MANERA SIGNIFICATIVA CON LA SEPARACIÓN O MUERTE DE PROGENITORES.....	259
<b>TABLA 73.</b> VARIABLES PREDICTORAS QUE SE RELACIONAN DE MANERA SIGNIFICATIVA CON LA EXPOSICIÓN A VIOLENCIA DE GÉNERO .....	260
<b>TABLA 74.</b> VARIABLES PREDICTORAS QUE SE RELACIONAN DE MANERA SIGNIFICATIVA CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS DE UN CONVIVIENTE .....	260
<b>TABLA 75.</b> VARIABLES PREDICTORAS QUE SE RELACIONAN DE MANERA SIGNIFICATIVA CON EL TRASTORNO MENTAL O SUICIDIO DE UN CONVIVIENTE .....	261
<b>TABLA 76.</b> VARIABLES PREDICTORAS QUE SE RELACIONAN DE MANERA SIGNIFICATIVA CON EL ENCARCELAMIENTO DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA.....	261
<b>TABLA 77.</b> RESUMEN DE LAS VARIABLES PREDICTORAS RETENIDAS EN LAS ECUACIONES DE REGRESIÓN FINALES EN LAS QUE INFLUYEN LAS ACÉS .....	262
<b>TABLA 78.</b> CUADRO RESUMEN DE LA CUANTIFICACIÓN DE LAS RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DE LA CALIDAD DE VIDA RELATIVA A LA SALUD FÍSICA .....	265
<b>TABLA 79.</b> CUADRO RESUMEN DE LA CUANTIFICACIÓN DE LAS RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DE LA CALIDAD DE VIDA PSICOLÓGICA .....	267
<b>TABLA 80.</b> CUADRO RESUMEN DE LA CUANTIFICACIÓN DE LAS RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DEL AFECTO POSITIVO .....	268
<b>TABLA 81.</b> CUADRO RESUMEN DE LA CUANTIFICACIÓN DE LAS RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DEL AFECTO NEGATIVO.....	270
<b>TABLA 82.</b> CUADRO RESUMEN DE LA CUANTIFICACIÓN DE LAS RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DEL ÍNDICE DE SEVERIDAD GLOBAL .....	271
<b>TABLA 83.</b> CUADRO RESUMEN DE LA CUANTIFICACIÓN DE LAS RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DE LA DISOCIACIÓN TOTAL..	273
<b>TABLA 84.</b> CUADRO RESUMEN DE LA CUANTIFICACIÓN DE LAS RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DE LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA .....	274



# ÍNDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> PREVALENCIA DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS AGRUPADAS EN EL ACE STUDY.....	45
<b>FIGURA 2</b> MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO COMO VÍAS INTERMEDIAS.....	61
<b>FIGURA 3</b> ESTRÉS CRÓNICO COMO VÍA INTERMEDIA.....	62
<b>FIGURA 4</b> INFLUENCIAS POTENCIALES DE LAS EXPERIENCIAS INFANTILES ADVERSAS A TRAVÉS DEL CICLO VITAL. ADAPTADO DE FELITTI ET AL., 1998.....	63
<b>FIGURA 5.</b> MECANISMOS MEDIANTE LOS QUE LAS ACE INFLUYEN EN LA SALUD Y BIENESTAR A TRAVÉS DEL CICLO VITAL.....	66
<b>FIGURA 6.</b> MODELOS HIPOTÉTICO DEL IMPACTO DEL MALTRATO INFANTILES EN LA SALUD FÍSICA EN ADULTOS MEDIADA POR COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA LA SALUD, EVENTOS VITALES ADVERSOS Y DISTRESS PSICOLÓGICO. ....	76
<b>FIGURA 7.</b> CONEXIÓN DE ESTRATOS POR LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	79
<b>FIGURA 8.</b> ESTRUCTURAS DEL MODELO ECOLÓGICO.....	85
<b>FIGURA 9.</b> ESQUEMA RESUMEN DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD MENTAL A LO LARGO DE LA VIDA.....	102
<b>FIGURA 10</b> CONCEPCIÓN JERÁRQUICA DEL AFECTO.....	106
<b>FIGURA 11.</b> RELACIÓN ENTRE LOS CONCEPTOS DE CALIDAD DE VIDA, BIENESTAR SUBJETIVO, SATISFACCIÓN VITAL Y FELICIDAD (MOYANO Y RAMOS, 2007).....	126
<b>FIGURA 12.</b> INDICADOR DE RIESGO DE POBREZA Y EXCLUSIÓN AROPE.....	133
<b>FIGURA 13</b> MODELOS HIPOTÉTICOS DE REGRESIÓN JERÁRQUICA PARA EL AJUSTE RELACIONAL, LA AGRESIÓN PSICOLÓGICA Y LA VICTIMIZACIÓN PSICOLÓGICA.....	150
<b>FIGURA 14.</b> MARCO ORGANIZACIONAL.....	151
<b>FIGURA 15.</b> MODELO PROCESUAL DEL ESTRÉS Y PRINCIPALES RELACIONES ENTRE LOS SIETE COMPONENTES BÁSICOS.....	157
<b>FIGURA 16.</b> CONCEPCIÓN JERÁRQUICA DE LA REGULACIÓN DEL AFECTO.....	158
<b>FIGURA 17.</b> FASES DEL PROCESO DE LA EMOCIÓN.....	172



## **PRECISIONES RESPECTO AL LENGUAJE**

Uso del masculino:

Se ha optado por utilizar el uso del masculino en todos aquellos términos que admiten ambos géneros con el objetivo de evitar la interferencia que puede suponer el uso de ambos términos aunque utilizando el lenguaje genérico con la medida de lo posible.

Términos en inglés:

Se han mantenido en inglés aquellos que designan términos que por su especificidad se considera adecuado mantener en este idioma (p. ej., household dysfunction).

Normas de publicación:

Se han utilizado las normas de publicación recomendadas en la 7ª edición del Manual de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2020).



## 1. RESUMEN

La investigación cuyos resultados se recogen en este trabajo se ha sustentado sobre la idea de conocer mejor los factores implicados en el bienestar o el sufrimiento de las personas cuando su vida transcurre bajo condiciones adversas durante los primeros años de vida. Los efectos de las vivencias adversas, el maltrato, la negligencia y otro tipo de carencias, son amplios y sobradamente conocido, aunque algunas consecuencias han recibido más atención que otras. La investigación sobre los factores implicados en el proceso desde la adversidad infantil hasta la enfermedad física o la disfunción psíquica es un tema en pleno auge, especialmente la que se realiza desde enfoques centrados en la fisiología o los daños en el neurodesarrollo mientras que otras vías como la influencia del apego o el apoyo social han sido menos analizadas.

En esta Tesis doctoral se toma como referencia uno de los trabajos más influyentes en el estudio del impacto de la adversidad temprana en la salud: el *Adverse Childhood Experiences (ACE) Study* (Felitti et al, 1998). En nuestra investigación se analiza, como en el estudio original, la prevalencia y tipología de determinadas vivencias de maltrato, negligencia o disfunción familiar en la muestra seleccionada y su relación con otras variables como la calidad de vida, la presencia de enfermedad física y de psicopatología y la satisfacción vital y cómo se ven influidas por factores como las preferencias relacionales, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento personales. También se analiza la relación entre estas variables y la adversidad infantil sufrida. Estos análisis se han llevado a cabo con una muestra total de 170 sujetos, personas mayores de 18 años de las cuales en torno a la mitad, se encontraban en situación de vulnerabilidad. Se realizan comparaciones entre los datos obtenidos en ambas submuestras respecto a las experiencias adversas en la infancia y las variables criterio: calidad de vida física y psicológica, disfunción psíquica, afecto, disociación y satisfacción vital. Por otro lado, se estudian las asociaciones entre variables para determinar las correlaciones entre las variables dependientes señaladas y el estilo de apego, el apoyo social, el estilo de afrontamiento y la regulación emocional. Se identifican las relaciones que son significativas para, finalmente, obtener modelos explicativos sobre las hipótesis planteadas mediante análisis de regresión para cada variable criterio con cada bloque de variables predictoras. Para la evaluación de las diferentes variables se utilizaron los siguientes instrumentos: el Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (*ACE*), la Escala de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-BREF), el Cuestionario de

Síntomas SA-45, el Cuestionario de Síntomas SA-45, la Escala de Experiencias Disociativas (DES-II), la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (ISC), el Cuestionario de Regulación emocional (ERQ), la Escala de Preferencias y Expectativas en las Relaciones Interpersonales Cercanas (EPERIC) y el Cuestionario Breve de Apoyo Social (CBAS).

Los resultados que se obtienen muestran una mayor presencia de experiencias adversas en la infancia de los adultos en situación de vulnerabilidad social y apoyan la hipótesis de que las experiencias tempranas adversas afectan a la calidad de vida y conducen a peores condiciones de vida, generando más vulnerabilidad en la vida de los sujetos.

## 2. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud considera que el maltrato infantil es un problema mundial de gran envergadura y con graves consecuencias que pueden durar toda la vida (OMS, 2020). Las secuelas que las experiencias de maltrato y negligencia pueden acarrear en la vida adulta han sido ampliamente descritas, especialmente los daños psicológicos y la transmisión de la violencia. También se han considerado las consecuencias en la salud física y otros ámbitos como las relaciones interpersonales o la capacidad para afrontar nuevas adversidades, además de los costes que supone para la salud pública, la sociedad y la economía.

Este trabajo abunda en las recomendaciones de la OMS relativas a la necesidad de definir el impacto del maltrato e identificar sus causas y factores de riesgo para la puesta en marcha de intervenciones destinadas a minimizar estos factores dentro de un contexto de salud pública.

Una de las mayores investigaciones epidemiológicas realizadas en este ámbito de las secuelas de la adversidad ha sido el ACE Study (Felitti et al, 1998) donde se evaluaron diversas condiciones de salud física y mental en más de 17.000 personas adultas de EE.UU para determinar la relación entre estos resultados y la presencia de las denominadas experiencias adversas en la infancia o *Adverse Childhood Experiences* (ACE). Los datos obtenidos revelaron la elevada prevalencia de estas experiencias y la abrumadora relación entre el número de adversidades y sus efectos en la salud, incluso en población económicamente no desfavorecida. Los hallazgos de este estudio supusieron un fuerte impulso para las investigaciones sobre las evidencias de la relación entre resultados de salud y bienestar y el

maltrato, la negligencia o la exposición a disfunción familiar en las primeras etapas de la vida. Posteriormente se han continuado desarrollando otros estudios relacionados, como los relativos a las vías que median en esta relación o sobre la utilidad de conocer las experiencias adversas para mejorar las intervenciones en salud. En nuestro estudio hemos analizado la presencia de las experiencias adversas en la vida de los sujetos participantes para estimar su prevalencia total y según el grupo de procedencia, sus características y analizar su relación con otros factores relevantes para la salud y la calidad de vida. Conocer esta relación es primordial para construir modelos de promoción, prevención e intervención sobre la salud basados en el conocimiento de los efectos de los malos tratos.

Otro de los objetivos de interés en esta investigación ha sido evaluar la calidad de vida en la muestra. La calidad de vida incluye un conjunto de factores que componen el bienestar personal, incluyendo elementos objetivos y subjetivos. Dado que la calidad de vida se sustenta sobre diversas dimensiones entre las que se encuentran la salud física y mental se considera relevante analizar estos factores para determinar las condiciones de vida actuales de las personas y evaluar en qué medida se ve influida por otros factores como las vivencias de maltrato infantil y sus posibles secuelas.

Las estrategias que las personas ponen en marcha para sobrellevar el malestar y resolver problemas también han sido objeto de nuestro análisis. Tanto las estrategias exitosas como las que fracasan reiteradamente, así como las disfunciones asociadas a estos fracasos, configuran las actividades de las personas en estas circunstancias, que se relacionarán con otros resultados de salud, calidad de vida y satisfacción vital. Por tanto, teniendo en cuenta que un número significativo de personas que presentan enfermedades, sufrimiento psíquico o escasa satisfacción vital cuentan con algunas estrategias y mecanismos de apoyo menos eficaces es fundamental para las intervenciones en salud considerar el impacto de las violencias sufridas. Los costes en la salud de intervenciones no coherentes con los daños son abrumadores por lo que se considera necesario apostar por soluciones que no reproduzcan modelos de poder, control o coerción y que puedan revictimizar, especialmente con personas que, además, presentan unas condiciones de vida más desfavorables que les sitúan en mayores niveles de vulnerabilidad. La vulnerabilidad social hace referencia a la zona intermedia entre la integración y la exclusión, siendo más inestable y con el consiguiente riesgo de introducirse en el espacio de la exclusión. Por tanto, una parte amplia de la sociedad actual, no sólo la que cuenta con menos recursos económicos, puede llegar a encontrarse en esta condición social de riesgo (Cruz Roja Española, 2007). Esto sitúa a las personas en

una situación de adversidad presente que multiplica el impacto de la adversidad pasada generando contextos en los que las condiciones de salud y calidad de vida se ven seriamente perjudicadas. A pesar de la relevancia del tema del impacto de las experiencias adversas en la infancia hay escasos estudios que lo hayan abordado con población española o en situación de vulnerabilidad social.

Por tanto, como parte de la elaboración de un modelo etiológico sobre cómo la actividad de los sujetos ante el sufrimiento y sus preferencias en el uso de estrategias de afrontamiento dan lugar a diversos tipos de disfunción y afectación en la calidad de vida, se expondrán en los diversos capítulos los puntos básicos de esta propuesta explicativa y en la parte empírica los análisis y resultados obtenidos. En este modelo subyace la pretensión de legitimar la idea de la influencia de lo relacional en la salud, justificar la necesidad de prevenir o disminuir el número de experiencias adversas vividas en la infancia y promover el uso de instrumentos adecuados para reducir el trauma y sus efectos.

Este trabajo se ha organizado en dos partes diferenciadas. La parte teórica consta de seis capítulos donde se analizan los conceptos centrales del estudio: experiencias adversas en la infancia, calidad de vida, vulnerabilidad social, apego, estrategias de afrontamiento y apoyo social. Se han realizado revisiones bibliográficas de los diversos temas en relación con las experiencias adversas. Se mostrarán los resultados obtenidos y las vinculaciones que se establecen entre estos elementos en la literatura revisada.

En la parte empírica se describen las características de la metodología aplicada en esta investigación: objetivos, hipótesis, selección de la muestra e instrumentos empleados. Posteriormente se describen los resultados obtenidos de los análisis estadísticos realizados sobre las variables estudiadas y se contrastan con las hipótesis del estudio.

Se concluye este trabajo con el análisis y discusión de los resultados y se añaden las limitaciones del estudio y orientaciones para futuras investigaciones. Finalmente se incorporan las referencias y apéndices.



# **PARTE TEÓRICA**



### 3. LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA (ACE) Y EL ACE STUDY

*Una pérdida de algo siempre sentí yo –  
La primera que podría recordar  
Desposeída yo fui – de qué no supe  
Demasiado joven para que alguien sospechara*

*Plañidera anduve entre la infancia  
Yo no obstante iba de un lado a otro  
Como una que deplora un Dominio  
Del que único Príncipe expulsado –*

*Más Mayor, Hoy, Una sesión más sabia,  
Y más débil, también, como la Sabiduría es  
Me encuentro todavía buscando blandamente  
Mis palacios Adeudados*

*Y una Sospecha, como un Dedo  
Me toca la frente de vez en cuando  
Que estoy buscando opuestamente  
La situación del Reino del Cielo*

Emily Dickinson.

*Ese Día sobrecogedor. Poemas del incesto*

#### 3.1. INTRODUCCIÓN

Si bien las secuelas del maltrato y la negligencia infantil a lo largo de la vida son de sobra conocidas (Gilbert et al., 2009; Norman et al., 2012; Widom, et al., 2012; Cicchetti y Toth, 2016; OMS 2020), las nuevas evidencias procedentes de diversos ámbitos de investigación continúan avalando de manera abrumadora la idea de que la violencia interpersonal producida en los entornos más cercanos en las primeras etapas del ciclo vital tienen un fuerte impacto en la calidad de vida y la salud de las personas adultas. La lucha contra la

adversidad pasada y presente puede ser el marco donde se ponen de manifiesto las estrategias disfuncionales que dan lugar a motivos de queja por problemas de salud, psicológicos o relacionales. Y cuando esta dura tarea se inicia en la infancia es fácil que el desarrollo de recursos personales e interpersonales resulte obstaculizado, dando lugar a una calidad de vida deteriorada en la edad adulta. Por tanto, el valor de todos estos hallazgos es fundamental para una mayor comprensión de los recorridos asociados a las experiencias adversas tempranas que llevan a una peor salud.

El marco en el que se desarrolla la investigación más prometedora de las últimas décadas en relación con estas cuestiones es el del Adverse Childhood Experiences Study.

### **3.2. LOS ORÍGENES: EL ACE STUDY**

Para el análisis y registro de las adversidades vividas en la infancia, en esta tesis hemos tomado como referencia las llamadas *Experiencias Adversas en la Infancia*, que aluden a diversas categorías de vivencias de maltrato o adversidad padecidas en los primeros 18 años de vida de una persona. Esta denominación y la categorización de las diversas tipologías proceden del estudio *Adverse Childhood Experiences Study* (Felitti et al., 1998), una de las mayores investigaciones epidemiológicas llevadas a cabo para evaluar la relación entre diversos tipos de vivencias adversas en la infancia y la adolescencia y el bienestar y la salud en la vida adulta.

El estudio es el resultado de una colaboración entre la institución sanitaria Kaiser Permanente<sup>1</sup> de San Diego, California y los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) norteamericanos. Esta investigación tuvo su origen en las observaciones recogidas en el desarrollo de un programa de adelgazamiento realizado en el Departamento de Medicina Preventiva de la clínica Kaiser Permanente. Paradójicamente, se observó una elevada tasa de abandono en pacientes que lograban perder peso con éxito. Este hallazgo llevó a los responsables del programa a indagar sobre dicho fenómeno y plantear las hipótesis de que la pérdida de peso suponía una amenaza para los pacientes y que conductas como la ingesta que conduce a la obesidad funcionaban a modo de mecanismos compensatorios que daban solución a problemas ubicados en los primeros años de vida (Felitti y Anda, 2010).

<sup>1</sup> El modelo Kaiser Permanente es el sistema de mayor atención sanitaria integrada sin fines de lucro no gubernamental de los Estados Unidos.

Esta explicación se amplía a otros mecanismos que suponen un riesgo para la salud pública, como el tabaquismo, el consumo de alcohol o drogas ilegales y la promiscuidad sexual (Felitti, et al, 1998; Felitti y Anda, 2010).

Con la idea de describir la relación a largo plazo entre las experiencias infantiles y los problemas médicos y de salud pública se emprende el estudio que, mediante una evaluación retrospectiva y prospectiva, evalúa el impacto del maltrato y las disfunciones familiares vividas en la infancia y adolescencia en la aparición de factores de riesgo para la enfermedad, la calidad de vida, el uso del sistema de salud y la mortalidad (Felitti et al., 1998). La fase inicial del ACE Study fue llevada a cabo en el Health Appraisal Center del Kaiser Permanente de San Diego con clientes de esta organización mediante dos ciclos de recogidas y análisis de datos, realizadas entre 1996 y 1997. Esta distribución tuvo como objetivo mejorar la precisión del análisis y reducir los tiempos necesarios para el seguimiento de los resultados de los datos de salud (Felitti et al., 1998; Centers for Disease Control and Prevention, 2017). En la actualidad, continúan en marcha otras fases del estudio para, entre otros objetivos, evaluar la relación entre las experiencias infantiles adversas, el uso de la atención sanitaria y las causas de muerte.

Sumando las dos series del ACE Study original se recogieron datos procedentes de más de 17.000 clientes del Plan de Salud de la clínica Kaiser Permanente que informaron sobre sus experiencias de maltrato, negligencia o disfunciones en la familia durante su infancia y/o juventud. En la fase inicial del estudio todos los participantes completaron de manera confidencial una evaluación que contenía cuestiones sobre maltrato en la infancia y disfunciones familiares, así como preguntas en las que se detallaba su estado de salud, hábitos y conductas en la actualidad. La información sobre las experiencias infantiles se combinó con los resultados de los exámenes físicos y dos cuestionarios médicos estandarizados, el Health Appraisal Questionnaire y el Family Health History Questionnaire (Centres for Disease Control and Prevention, 2017), que incluían información demográfica y biopsicosocial y la historia clínica del sujeto y de su familia y hábitos actuales. El perfil demográfico los sujetos evaluados correspondía con los datos que se recogen en la Tabla 1.

**Tabla 1**

*Información demográfica de los participantes en la primera y segunda serie del CDC Kaiser-ACE Study*

Información demográfica	% (N = 17.337)
Género	
Mujer	54.0%
Hombre	46.0%
Raza / Etnia	
Caucásica	74.8%
Hispano/ Latino	11.2%
Asiática/ Islas del Pacífico	7.2%
Afroamericana	4.5%
Otros	2.3%
Edad	
19-29	5.3%
30-39	9.8%
40-49	18.6%
50-59	19.9%
60 o más	46.4%
Nivel educativo	
Educación primaria	7.2%
Educación secundaria	17.6%
Estudios universitarios no finalizados	35.9%
Formación universitaria o superior	39.3%

**Nota:** Adaptado de web Centers for Disease Control and Prevention

La muestra se caracterizaba por un predominio de personas de raza blanca, de 60 o más años y con formación académica correspondiente a grado medio o universitaria. El número de mujeres es ligeramente superior al de hombres. Esta muestra era representativa de los clientes de la Kaiser Permanente en el momento en que se realizó el estudio.

### 3.3. LA EVALUACIÓN DE LAS ACEs

A diferencia de otros estudios que también indagan sobre el impacto de las experiencias adversas en la infancia, el ACE Study es uno de los primeros en evaluar simultáneamente diversas categorías de maltrato y adversidades, algunas de ellas atendidas en menor medida en otras investigaciones. Además de las categorías más habituales como el maltrato físico o el abuso sexual se incluyen varias de disfunciones familiares (“household dysfunction”) y dificultades de las personas adultas cercanas (violencia de género, abuso de sustancias, encarcelamiento, etc.). Uno de los rasgos característicos de este estudio es su interés por evaluar la influencia acumulativa de múltiples categorías de adversidades para

evitar el sesgo de atribuir los efectos a largo plazo exclusivamente a una de ellas (Felitti et al., 1998).

Antes del ACE Study eran escasos los estudios que subrayaban la importancia para la salud del efecto acumulativo de la adversidad y de los traumas sufridos a lo largo de la vida, incluso años después de vivir estas experiencias. Algunos trabajos ya señalaban con claridad esta relación (Rutter, 1979; Kessler et al., 1997; Sameroff, 2000; Turner y Lloyd, 1995), aunque no con el peso de los de Felitti y sus colaboradores. Investigaciones posteriores avalaron la trascendencia del efecto acumulativo dados los elevados niveles de co-ocurrencia de las diferentes adversidades (Schilling et al., 2008; Chartier et al., 2010; Lanier et al., 2018). Se llega a plantear la denominada hipótesis del riesgo acumulativo o *cumulative risk hypothesis* sobre el impacto colectivo de las ACE en los resultados psicológicos; esta postula que es la acumulación de los factores de riesgo, y no la presencia de un factor de riesgo particular, lo que afecta negativamente a los resultados (Reiser, 2014). En la búsqueda de una explicación para estos efectos se sugiere incluso el uso de un modelo transdiagnóstico que permita identificar los mecanismos comunes a los diferentes tipos de adversidad que producen los daños (McLaughlin, 2016). A pesar de su uso común, esta perspectiva no está exenta de críticas teniendo en cuenta las limitaciones relativas, entre otras, a las dificultades para determinar la intensidad del riesgo de cada adversidad o conocer la relación entre los diferentes factores de riesgo. Por el contrario se señalan algunas ventajas importantes en cuanto a las explicaciones que ofrece este análisis de porqué la exposición a múltiples factores de riesgo es más dañino que a un único factor (Evans, Li y Whipple, 2013).

Al margen de esta tendencia centrada en el impacto acumulativo, otras investigaciones han continuado aportando datos sobre la especificidad del impacto de las experiencias adversas en los problemas a largo plazo estableciendo relaciones entre los tipos de maltrato, tomados de manera independiente o por combinaciones de ACEs, y los daños posteriores (Goodwin & Stein, 2004; Carr et al., 2013; Bentall et al., 2014; Taillieu et al., 2016; Afifi et al., 2017; Schimmenti, 2017; Barboza, 2018; Lanier et al., 2018). Por ejemplo, hay estudios basados en análisis de clases latentes que concluyen que algunas de estas combinaciones están asociadas con más perjuicios que otras, por tanto, los resultados de salud no solo se relacionan con el número de experiencias adversas sino también combinaciones específicas (Lanier et al., 2018). Otras propuestas como la expuesta por Olofson, llevan también a cabo la evaluación de las ACE con modelos de análisis de factores latentes que han

resultado idóneos para evitar las dificultades que pueden presentar los enfoques de riesgo acumulativo comúnmente utilizados (Olofson, 2018).

En el ACE Study, las experiencias infantiles de maltrato, negligencia y circunstancias familiares que se utilizaron para llevar a cabo el análisis retrospectivo son las que se conocen como *Adverse Childhood Experiences (ACE)*. Para la construcción del instrumento utilizado para evaluarlas se extrajeron y definieron estas categorías a partir de otras escalas y entrevistas (Felitti et al., 1998). Las seleccionadas fueron aquellas cuya prevalencia era elevada en el programa de adelgazamiento que dio lugar al estudio. Esta presencia de eventos adversos fue considerada inesperadamente alta teniendo en cuenta el perfil de los participantes. Tras una selección inicial de ocho categorías para la primera serie, para la segunda se amplía la categorización con dos categorías de negligencia, quedando en el cuestionario final las diez que aparecen en la tabla 2. Todas las cuestiones se inician con la fórmula “*Mientras estabas creciendo, durante los primeros 18 años de tu vida...*” e incluyen varias preguntas relativas a la misma categoría. Las preguntas se hacen en relación a “*Alguno de sus padres u otros adultos en su casa...*”, lo que incluye a los progenitores u otros cuidadores principales. A cada una de las respuestas afirmativas sobre la experiencia de haber padecido las diferentes categorías le corresponde un punto, por lo que las puntuaciones estarán situadas entre el cero y el diez.

Estas diez categorías conforman las ACE y de ellas surgirá la “puntuación ACE”, con la que se obtienen los resultados del estudio que se resumirán más adelante.

En revisiones posteriores del instrumento, algunos autores han planteado modificaciones de la escala para mejorar su capacidad de determinar el nivel de adversidad (Finkelhor, Shattuck, Turner y Hamby, 2013; 2015; Cronholm et al., 2015) y el equipo de Finkelhor intenta corregir algunas limitaciones y optimizar su capacidad de predecir los problemas de salud mental incorporando nuevas categorías de victimización y adversidad, como el rechazo por parte de iguales, la exposición a la violencia en el entorno, un estatus socio económico bajo o el pobre desempeño académico, entre otros (Finkelhor et al, 2013; 2015).



## Cuadro 1

### *Experiencias adversas en la infancia para la segunda serie del ACE Study*

---

<b>Maltrato</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Maltrato físico</li><li>• Maltrato emocional</li><li>• Abuso sexual</li></ul>
<b>Negligencia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Negligencia física</li><li>• Negligencia emocional</li></ul>
<b>Disfunción familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Violencia contra la madre o madrastra</li><li>• Vivir en un hogar cuyos miembros abusan de sustancias</li><li>• Separaciones de los progenitores por divorcio o muerte</li><li>• Enfermedad mental, suicidio o intento de suicidio de adultos con los que se convive</li><li>• Encarcelamiento de familiares</li></ul>

---

También se ha planteado la posibilidad de incorporar los azotes (“spanking”) como una modalidad dentro de las categorías que ejemplifican el maltrato físico dadas las evidencias en torno a los efectos a medio y largo plazo del mismo (Afifi et al. 2017; Gershoff y Grogan-Kaylor, 2016; Merrick et al., 2017).

Otras perspectivas más recientes proponen un enfoque alternativo al del riesgo acumulativo predominante, centrado en la suma de experiencias adversas más que en la gravedad que implican. Sin negar el valor de esta perspectiva acumulativa para la salud pública se expone un modelo alternativo. Esta propuesta parte de la idea de que existen diferencias en el impacto en el desarrollo de unas adversidades y otras por lo que se plantea un modelo de dimensiones según su impacto diferencial en el desarrollo emocional, cognitivo y neurológico. Las dimensiones distinguen entre las experiencias de *amenaza* (implican daño, amenaza de daño) de *privación* (ausencia de aportes esperados), donde se ubican las diversas experiencias. Por tanto, las adversidades se clasifican según el nivel de amenaza que suponen y la privación de cualquier clase a la que exponen a los menores (McLaughlin y Sheridan, 2016).

Por otra parte, en el intento de estandarización del instrumento, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) desarrolla el ACE International Questionnaire (ACE-IQ), un instrumento para medir las ACEs en todos los países y comprobar la asociación entre estas y los riesgos posteriores para la salud. Los destinatarios son los mismos que los del cuestionario original, personas de 18 o más años, y las preguntas se amplían añadiendo a

las iniciales sobre disfunción familiar, maltrato y negligencia por parte de los progenitores o cuidadores más cercanos otras sobre violencia entre iguales o la observación o exposición a violencia comunitaria. El ACE-IQ está siendo validado en la actualidad a través de su implementación como parte de otros estudios de salud en diferentes países de todo el mundo.

La OMS ha valorado positivamente la estandarización del instrumento ya que se considera que será una potente herramienta para mejorar las intervenciones sobre la adversidad infantil y el diseño de programas destinados a la prevención de la salud (OMS, 2011). Los esfuerzos de construir un marco para el cuidado de la salud pública que tenga en cuenta la carga sobre la salud de las experiencias adversas infantiles han llevado a la colaboración de organismos de gran relevancia como la OMS y el Centro Nacional de Prevención de enfermedades crónicas y promoción de la salud e impulsado el uso de estas categorías en la evaluación de la adversidad y las intervenciones de prevención y tratamiento de sus secuelas (Anda, Butchart, Felitti y Brown, 2010).

A pesar de su uso cada vez más extendido, la evaluación de las ACEs ha estado sometida también a críticas, especialmente por su condición de medida retrospectiva de experiencias de maltrato y los posibles sesgos que se pueden derivar (Widom, Raphael y Dumont, 2004; Colman et al., 2016). Otros muchos autores, sin embargo, han expuesto argumentos sobre la viabilidad del uso de estos instrumentos. Dube, Williamson, Thompson, Felitti y Anda (2004) aportan los primeros datos a favor de la fiabilidad y validez de los informes retrospectivos de experiencias infantiles. Kendall-Tackett y Becker-Blease (2004) abogan también por las ventajas de estas evaluaciones. Hardt y Rutter (2004) realizan una revisión sobre la validez de estas medidas, encontrando apoyo empírico para su uso y señalan que estos informes implican una tasa sustancial de falsos negativos, pero son raros los falsos positivos. Aunque hallaron la presencia de cierto sesgo en estos informes, este no era suficientemente grande para invalidar los datos retrospectivos y valoran la aportación de estos estudios en la investigación. En el estudio de Pinto, Correia y Maia (2014) sobre la fiabilidad de los autoinformes retrospectivos obtienen datos que confirman un buen nivel de coincidencia entre estos e información recogida de manera longitudinal en diferentes edades con menores que habían sufrido malos tratos. Reuben et al. (2016) obtienen resultados semejantes al comparar resultados obtenidos mediante medidas retrospectivas y pros-

pectivas, encontrando coincidencias y similar capacidad de predicción de resultados de salud en adultos, por lo que se plantea que los informes retrospectivos tienen propiedades psicométricas aceptables.

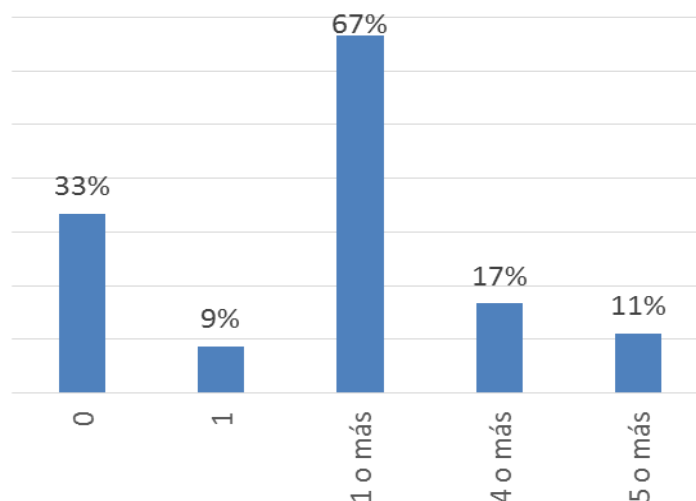
En definitiva, a pesar de posibles discrepancias y la necesidad de más investigación complementaria, es indudable que el de las ACE se considera un marco conceptual y de evaluación de la adversidad de uso común y cada vez más aceptado en las ciencias sociales y de la salud.

### 3.4. RESULTADOS DEL ACE STUDY

Los hallazgos más significativos en torno a la prevalencia de las experiencias adversas obtenidos a partir de la muestra inicial de 17.337 personas indicaron que solo una tercera parte de la población examinada presentaba una puntuación ACE de 0 puntos mientras que el 64% informaban de al menos un ACE. En el caso de que los/as participantes informaran de haber vivido en una de las circunstancias descritas en las ACE había un 87% de probabilidades de que hubiesen sufrido también otra. En cuanto a las puntuaciones más elevadas de ACE, uno de cada seis participantes presentaba una puntuación de cuatro o más puntos y uno de cada nueve puntuaba cinco o más.

**Figura 1**

*Prevalencia de las experiencias adversas agrupadas en el ACE Study*



Nota: adaptado de Felitti y Anda, 2010.

Algunos de los datos de prevalencia de datos agrupados obtenidos se representan en la Figura 1.

Respecto al impacto diferencial de las experiencias adversas según el género se pudo contrastar que las mujeres tenían el doble de probabilidades que los hombres de haber experimentado cinco o más categorías. Además, eran más proclives a presentar problemas de salud “indefinidos” como fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, síndrome de intestino irritable o síndromes de dolor crónico, lo que lleva a recordar el impacto del género en la salud.

Otros hallazgos se relacionaron con la forma en que aparecían las ACEs distribuidas en la muestra. Se encontró que las experiencias adversas se acumulaban en las mismas personas de forma no explicable por el azar. En definitiva, parece que hay más acumulación de experiencias adversas en las personas de la muestra que dispersión de las mismas a lo largo de los sujetos. En la Tabla 2 vemos los resultados del análisis por categorías:

**Tabla 2**  
*Prevalencia de las experiencias adversas en el ACE Study*

Haber sufrido maltrato emocional	11%
Haber sufrido maltrato físico	28%
Haber sufrido abuso sexual	28% mujeres; 16% hombres 22% general
Tener una madre a la que se trataba con violencia	13%
Tener un miembro de la familia alcohólico o consumidor de drogas	27%
Tener un miembro de la familia que haya sido encarcelado	6%
Tener un miembro de la familia crónicamente deprimido, con trastorno mental o suicida.	17%
No haber sido criado por ambos padres biológicos	23%
Haber sufrido negligencia física	10%
Haber sufrido negligencia emocional	15%

*Nota.* Adaptado de Felitti y Anda (2010)

Además de los hallazgos relativos a la prevalencia de las puntuaciones ACEs y tipos de adversidades, el estudio arrojó resultados sobre las fuertes relaciones entre estas experiencias infantiles y efectos duraderos, proporcionales y profundos en la salud física y

emocional, riesgos físicos, comportamientos sexuales y coste para el sistema de salud décadas más tarde.

A partir de los datos obtenidos en la escala ACE y el cuestionario médico se eligieron y definieron diez factores de riesgo que contribuían a la morbilidad y mortalidad en la población de la que se extrajo la muestra (tabaquismo, obesidad severa, inactividad física, estado de ánimo deprimido, intentos de suicidio, alcoholismo, abuso de drogas, abuso de drogas por vía parenteral, elevado número de parejas sexuales e historial de enfermedad de transmisión sexual) y una serie de afecciones que también conducen a mortalidad (enfermedad isquémica cardíaca o ataque cardíaco, cáncer, bronquitis crónica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, hepatitis o ictericia y fracturas óseas).

El objetivo de esta selección era evaluar la relación entre la exposición infantil y ambas cuestiones: las afecciones y la morbilidad y mortalidad. Sus resultados muestran una fuerte relación entre el número de exposiciones al maltrato y cada uno de los factores de riesgo estudiados. Por ejemplo, tener cuatro o más ACEs estaba asociado a un incremento de entre cuatro y doce veces más riesgo de alcoholismo, abuso de drogas y suicidio. También se encontró una relación significativa entre el número de experiencias adversas y los siguientes problemas médicos: enfermedad isquémica cardíaca, cáncer, bronquitis crónica o EPOC, hepatitis o ictericia y fracturas óseas.

Los autores concluyeron que los resultados de los análisis estadísticos realizados mostraban que el impacto de los ACE en la salud de los adultos era fuerte y acumulativo.

El hecho de que la mayor parte de las personas que mostraban al menos una categoría de abuso o disfunción estaban expuestas al menos a otra hace pensar a los investigadores que los resultados a largo plazo en la salud de los adultos expuestos se relacionan con un amplio rango de experiencias adversas, es decir, los resultados de salud negativos estarían fuertemente relacionados con la combinación o la intensidad de diversas adversidades.

Los hallazgos del estudio inicial y de los posteriores señalaron repetidamente una relación *dosis-respuesta* entre las ACEs y resultados negativos en salud y bienestar; a medida que aumenta el número de ACEs, aumenta el riesgo de efectos negativos.

A menudo se establece como criterio de riesgo la cifra de cuatro o más ACEs ya que el estudio encontró que la exposición a esta cantidad de categorías de abuso infantil, negligencia o disfunción del hogar predecía un riesgo significativamente mayor de problemas de salud (Dube et al., 2001; Dube et al, 2003).

En resumen, de la primera fase del estudio se obtuvieron una serie de importantes conclusiones generales (Felitti et al., 2010):

- Las experiencias traumáticas resultan más frecuentes en la población general de lo que se creía.
- Estas experiencias tienen consecuencias intensas, proporcionales y duraderas en la salud mental de quienes las padecen.
- Las adversidades se relacionan estrechamente con problemas de salud en la vida adulta y, por consiguiente, con un impacto en la salud pública y el tejido social comunitario.
- Los efectos de las experiencias acumuladas en la infancia no se desvanecen y, con frecuencia, pueden permanecer de por vida.

### **3.5. DESARROLLOS POSTERIORES DEL ESTUDIO DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA**

Tras la publicación de los resultados del ACE Study en 1998 comienzan a proliferar los estudios relacionados con el constructo. Por ejemplo, el criterio de búsqueda “adverse childhood experiences” genera 47.200 resultados (8/2020) en Google Scholar y existen diversas páginas web gubernamentales y de instituciones públicas que incluyen el concepto en relación con diferentes ámbitos de la atención a la salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Centers for Disease Control and Prevention (CDC), la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA) o la American Academic of Pediatrics. Los hallazgos de los estudios iniciales del ACE Study han sido consistentemente replicados con muestras independientes y en estudios tanto retrospectivos como longitudinales (Wegman y Stetler, 2009). El estudio de las experiencias adversas en la infancia ha tenido un aumento sostenido en el volumen de artículos desde el periodo 1998-2001 al 2017 y un impacto creciente desde el año 1998 al 2013 que se relacionan con la progresiva complejización de la temática de estudio, que va desde el eje transversal que son los estudios de salud física hasta análisis relacionados con la influencia racial-étnica (Vega-Arce y Núñez-Ulloa, 2018). En definitiva, las experiencias adversas en la infancia se han convertido en un marco conceptual cada vez más potente en la investigación y en la intervención en las ciencias de la salud y en las ciencias sociales.

A continuación, haremos una breve revisión de las principales áreas de investigación desarrolladas a partir de las primeras investigaciones.

### **3.5.1. SALUD FÍSICA**

Las implicaciones y riesgos de las experiencias adversas para la salud física han sido uno de los aspectos más analizados tras la publicación del estudio inicial de 1998. Gran parte de los resultados divulgados por el equipo de Felitti y Anda a partir de los datos del ACE Study mostraron las fuertes y graduales relaciones entre el número de ACEs y múltiples factores de riesgo de muerte, problemas de salud y problemas sociales. Se han relacionado las ACE con la obesidad (Felitti, Jakstis, Pepper y Ray, 2010), las enfermedades hepáticas (Dong, Dube, Felitti, Giles y Anda, 2003), la enfermedad isquémica cardiaca (Dong et al., 2004), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Anda, Brown, Dube, Bremer, Felitti y Giles, 2008; Anda et al., 2008), la enfermedad autoinmune (Dube et al, 2009), la muerte prematura (Brown et al., 2009; Kelly-Irving et al., 2013), y el cáncer de pulmón (Brown et al., 2010).

Señalaremos algunos de los estudios que, a lo largo de estas últimas décadas, han ido encontrando resultados relevantes sobre la cuestión, algunos de ellos realizados con grandes muestras poblacionales y revisiones que han ido compilando todos los avances.

Goodwin y Stein (2004) encontraron una relación significativa entre los problemas de salud, el maltrato físico y la negligencia y entre maltrato físico y artritis, enfermedad pulmonar, hernia, enfermedad renal y trastornos neurológicos y entre negligencia y artritis, enfermedad pulmonar, diabetes, enfermedad renal y enfermedades autoinmunes en una población general norteamericana de 5.877 sujetos.

Danese et al. (2009), en estudio prospectivo longitudinal, examinaron la relación entre la exposición a tres experiencias psicosociales adversas –desventaja económica, maltrato y riesgo de aislamiento social- y la presencia de indicadores de riesgo de enfermedades asociadas a la edad: depresión mayor, elevados niveles de inflamación y un clúster de biomarcadores biológicos de riesgo. Encontraron que los efectos de las experiencias adversas eran no redundantes, acumulativos e independientes de la influencia de otros factores de riesgo para el desarrollo, el bajo peso al nacer, la historia médica familiar o el índice de masa corporal. Concluyen que la exposición a experiencias psicosociales adversas ocasio-

naba anormalidades emocionales, inmunes y metabólicas duraderas que contribuían a explicar su elevado riesgo de enfermedades relacionadas con la edad

En una investigación publicada en 2010, Fuller-Thompson, Brennenstuhl y Frank (2010) hallaron que la relación entre las experiencias de maltrato físico durante la infancia y enfermedad cardíaca durante la edad adulta persistían incluso si se controlaba el efecto de cinco tipos de factores que habitualmente se consideran mediadores como otras adversidades en la infancia o en la edad adulta, conductas de riesgo para la salud, el estado de ánimo deprimido y la hipertensión.

En 2011, el equipo holandés de Cuijpers, partiendo de las múltiples pruebas acerca de los efectos a largo plazo de las adversidades en la infancia tanto en la salud mental como en la física, trató de determinar si las adversidades estaban relacionadas con un incremento de la carga de enfermedad, medida en términos de *años de vida perdidos* debido a la discapacidad. Esta medida indica la calidad de vida perdida a causa de un trastorno o factor de riesgo. Los resultados de su investigación confirmaron que la prevalencia en la población de experiencias adversas en la infancia era alta y encontraron una fuerte relación entre la carga de enfermedad y las adversidades infantiles (Cuijpers et al, 2011).

Y entre otros, podemos señalar los estudios sobre cáncer (Brown, Thacker y Cohen, 2013; Holman et al., 2016), la relación entre ACEs y trastornos del sueño en adultos (Kajeepeta et al., 2015) o los estudios en relación a daños neurológicos como los de Pechtel y Pizzagalli (2011), que relacionaron las experiencias adversas en la infancia con daños en el desarrollo cerebral que afectaban al desarrollo de estructuras y ciertas funciones cognitivas, o los de Cowell, Cicchetti, Rogosch y Toth (2015) que encuentran una relación significativa entre las experiencias adversas y los daños en el control ejecutivo prefrontal.

Sobre el tema también se han realizado revisiones y metaanálisis de importancia. En la revisión llevada a cabo por Sachs-Ericsson, Hernandez y Kendall-Tackett (2009) de los resultados obtenidos en la década posterior al estudio inicial sobre las repercusiones en la salud de los adultos del maltrato y las disfunciones familiares, las autoras concluyen que las personas que han pasado por estas circunstancias presentan mayores problemas de salud física, refieren padecer más síndromes relacionados con la presencia de dolor crónico y hacen un mayor uso de los sistemas de salud. La probabilidad de sufrir estos efectos se multiplica en función del número de adversidades vividas.



Norman et al. (2012) examinan las consecuencias a largo plazo del maltrato físico y emocional y la negligencia. En su revisión y metaanálisis, examinaron los resultados de 124 estudios de cohorte, transversales y de casos-control, excluyendo enfermedades de transmisión sexual, enfermedades cardíacas, enfermedades aquellos en los que el factor de riesgo era el abuso sexual. El objetivo era determinar las consecuencias de otras formas de maltrato en la salud emocional y física de los adultos: respiratorias, diabetes tipo 2, úlceras, dolores de cabeza, trastornos neurológicos, cáncer y artritis, entre otras.

En 2013 un equipo perteneciente a los departamentos de prevención del cáncer y control y prevención de la violencia de los CDC de Atlanta dirigido por Holman y Ports revisó las investigaciones sobre la relación entre experiencias adversas en la infancia e incremento del riesgo de cáncer en adultos y encuentran que el maltrato físico y psicológico están asociados con riesgo de sufrir cualquier tipo de cáncer (Holman et al., 2016).

En 2017, el equipo encabezado por Hughes (2017) llevó a cabo una revisión y un metaanálisis de los estudios transversales, de casos-control y cohortes acerca de la relación entre las ACEs y el abuso de sustancias, la salud sexual, la salud mental, el peso y el ejercicio físico y violencia. El trabajo examinó 11.621 referencias con un total de 253.719 participantes. Los resultados resultaron concluyentes en lo concerniente a la asociación entre las múltiples ACEs y los padecimientos que afectan a la salud pública. Además, señalaron como las experiencias adversas de violencia, problemas de salud mental y abuso de sustancias se asocian con experiencias adversas para la siguiente generación (exposición a la violencia de género, disfunción psíquica y uso de sustancias) y son indicadores de los efectos intergeneracionales que “atrapan a las familias en ciclos de adversidad, deprivación y enfermedad”. Esto lleva a los autores a insistir en la necesidad de desarrollar programas preventivos y de fomento de la resiliencia así como la implementación de políticas de apoyo sostenible a la salud a lo largo de la vida (Hughes et al., 2017).

También en 2017 se publica un metaanálisis realizado por el equipo de la Universidad de Minnesota y la Northwestern University dirigido por Johnson et al. (2017) que examina diversas investigaciones prospectivas y retrospectivas donde recogen pruebas de la relación entre maltrato y/o negligencia y salud física en la mediana edad, con especial interés sobre los efectos en la salud cardiovascular. Señalan que existen múltiples hallazgos que arrojan evidencias consistentes con estas hipótesis. También compilan datos sobre la correspondencia entre los diferentes tipos de maltrato o negligencia y efectos en la salud e

indican que en la investigación revisada se encuentra que el maltrato físico, el abuso sexual y la negligencia se relacionan con resultado de salud cardiovascular. Aunque obtienen más datos al respecto de la cuestión de la especificidad, consideran que es una cuestión escasamente investigada (Jonhson et al., 2012).

Aunque la mayor parte de los estudios se han llevado a cabo con población estadounidense, se han evaluado los efectos de las experiencias adversas en la salud en otras muestras de otras procedencias como el estudio retrospectivo realizado por el equipo de Bellis para determinar el impacto en la salud, conductas relacionadas con la salud y otras variables vinculadas al bienestar en población británica (Bellis et al., 2013).

Felitti et al. (2010) señalan que, aunque la mayor parte de los datos sobre problemas de salud provienen de estudios realizados en países desarrollados, otras investigaciones sugieren que las mismas relaciones se dan en otros países.

Algunos de los estudios revisados comprueban de manera diferencial el impacto en la salud según el género (Goodwin y Stein, 2004) o concretamente los efectos en la salud de las mujeres (Walker et al., 1999).

Otra cuestión relacionada con la salud sobre la que se ha investigado es la mortalidad prematura, cuyo riesgo se incrementa también con el de las ACEs (Brown et al., 2009). Se comprueba una fuerte relación entre exposición a estresores traumáticos en la infancia y resultados negativos de salud, uso del sistema de salud y estado general, lo que hace plantearse si las ACE están asociadas a muerte prematura en adultos.

Kelly-Irving et al. (2013), en una cohorte con datos recogidos desde 1958 en población británica asocia el incremento de la mortalidad no a otros factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, que tenían poco impacto, sino a los efectos duraderos del estrés crónico en etapas tempranas del desarrollo.

Los estudios señalados son algunos ejemplos relevantes dentro de la abundancia de investigaciones que se han centrado en el tema. Es innegable que estas aportaciones nos dirigen a considerar la importancia de los resultados obtenidos y a conocer otras implicaciones de esta relación, cuyo estudio se ha ampliado a otros ámbitos de la salud, como veremos a continuación.

### **3.5.2. CALIDAD DE VIDA**

Por otro lado, la calidad de vida también ha sido un tema que se ha relacionado estrechamente con las experiencias adversas en la infancia. Ya sea el constructo relacionado exclusivamente con la salud (Salinas-Miranda et al., 2015; Afifi et al., 2007; Corso et al., 2008) o una concepción más general del término (Giovanelli, Reynolds, Mondy y Ou, 2016; Abajobir et al., 2017), la calidad de vida se ha tomado como referencia para determinar el impacto de las experiencias adversas.

Así, Bellis et al. (2013) observan que a mayores niveles de ACEs menor satisfacción vital y bienestar mental presentan las personas. Hughes et al. (2016) aluden al concepto de bienestar mental, considerado como la ausencia de enfermedad mental y la presencia de comportamientos y sentimientos buenos y un funcionamiento adecuado. Señalan la necesidad de incorporar una perspectiva de ciclo vital considerando los efectos a largo plazo de las adversidades infantiles en el estudio del bienestar mental.

En torno a la cuestión de los efectos nocivos de las adversidades en la calidad de vida, Nurius et al. (2015) plantean que el estrés tóxico sufrido en etapas tempranas de la vida tiene un efecto en el desarrollo que además puede ser el desencadenante de otras fuentes de estrés adicional en la etapa adulta que pueden desbordar los recursos de afrontamiento y afectar a la salud y la capacidad de recuperación. Desde esta perspectiva, las autoras señalan que las experiencias adversas tienen la capacidad de afectar al bienestar de los adultos independientemente de otras contribuciones, incluidas las desventajas sociales y experiencias adultas estresantes. Con una muestra de 13.593 personas se lleva a cabo un análisis multivariado de los efectos únicos, acumulativos y moderados de las ACEs para explicar, entre otras medidas, los efectos en el bienestar percibido. Los resultados apoyan la asociación significativa entre las ACE y el estrés adulto afectando a la calidad de vida percibida.

La calidad de vida, como veremos en este trabajo, es otro de los aspectos que se ven influidos por las adversidades tempranas. La salud mental, dimensión básica de la calidad de vida, también ha sido ampliamente estudiada en relación con las ACEs.

### **3.5.3. SALUD MENTAL**

Los efectos de las experiencias adversas sobre la salud mental han sido el otro gran eje en el que se han desarrollado los estudios relacionados con esta materia. Si bien el ACE Study nace en un contexto clínico más centrado en las enfermedades orgánicas, se apunta

ya a algunas cuestiones relevantes relacionadas con el funcionamiento psicológico. A continuación, presentaremos algunos ejemplos del amplio desarrollo y proyección que ha tenido esta cuestión.

En el texto de 1998, el equipo de Felitti recoge los resultados sobre la correlación entre el número de categorías de experiencias adversas y variables como el estado de ánimo deprimido o intentos de suicidio (Felitti et al., 1998). Se obtienen conclusiones similares en estudios posteriores que utilizan los datos del original para profundizar en estas relaciones. Por ejemplo, Anda y colaboradores encuentran relaciones entre el consumo de alcohol en los progenitores y depresión de los hijos/as en la vida adulta (Anda et al., 2002) o la presencia de alucinaciones, depresión, problemas de memoria, disociación o el consumo de fármacos asociado a los trastornos mentales (Felitti y Anda, 2010).

En la misma línea, Edwards, Holden, Felitti y Anda (2003) examinan la relación entre la prevalencia de tres tipos de ACEs (violencia física, abuso sexual y exposición a violencia de género) y la salud mental en una muestra de 8.667 personas procedentes de la del ACE Study. De nuevo destaca la frecuencia con que se presentan estas experiencias y la relación dosis-respuesta entre estas y los resultados de salud mental, concretamente depresión y ansiedad. En el estudio realizado con cuatro cohortes de personas nacidas en distintos momentos desde 1900 para probar la relación del número de experiencias adversas con, entre otros, los problemas afectivos, se determinó que el número de ACEs incrementaba los riesgos de sufrir problemas de salud mental al margen de influencias derivadas de la época en que habían nacido (Dube et al., 2003).

Posteriormente Chapman, junto a otros miembros de este grupo, parten del planteamiento del efecto acumulativo de las ACEs para estudiar la asociación entre el número de categorías y riesgo de trastornos depresivos (Chapman, Whitfield, Felitti, Dube, Edwards y Anda, 2004). Lo hacen con una parte de la muestra del ACE Study, concretamente aquellos 9.460 sujetos a los que se pasaron las pruebas para evaluar este tipo de trastornos y completaron el resto de los cuestionarios. Aun no considerando en la puntuación total o valorando de forma aislada los efectos de la exposición a problemas de salud mental en el hogar o intentos de suicidio de los miembros de la familia, se determina que existe una fuerte relación con el número de ACEs detectadas y el desarrollo de los trastornos depresivos a lo largo de la vida.

Dong et al. (2004), con los datos procedentes de una muestra parcial del ACE Study, buscan evaluar la asociación entre varias ACE combinadas y un amplio rango de condiciones de salud y conductas de la relación de varias condiciones de salud.

En una nueva revisión, Chapman, Dube y Anda (2010) examinan el impacto de esta asociación en la aparición de sintomatología psiquiátrica a lo largo de la vida, concretamente sobre la ansiedad y trastornos afectivos, trastornos de personalidad y abuso de sustancias. Los estudios revisados concluyen que esta relación es significativa e incluso se señalan resultados negativos en la respuesta a tratamientos para algunas de estas disfunciones cuando existe una historia de maltrato (Chapman et al., 2010).

Resultados similares han ido encontrándose en estudios realizados con otras muestras. Por ejemplo, Kessler et al. (1997), llevan a cabo un estudio de la relación entre la adversidad en la infancia y la presencia de trastornos psiquiátricos en adultos. Lo hacen con 5.877 sujetos procedentes de la extensa muestra de participantes del US National Comorbidity Survey, macroestudio cuyos primeros datos se recogieron entre 1990 y 1992 con el objeto de evaluar la prevalencia y la correlación con los trastornos recogidos en el DSM-III-R. Tras el análisis de los datos, los autores destacan que las experiencias de pérdida de los progenitores en la infancia predisponen a la depresión en adultos, y lo conectan con la vulnerabilidad psicológica que esta genera. Si bien no se amplía la explicación ni se aportan datos sobre otros mecanismos intermedios se apunta en la dirección de la afectación en las vinculaciones para argumentar esta relación.

En 2010 el equipo internacional encabezado por Kessler y McLaughlin lleva a cabo un estudio en el que participan 51.945 personas adultas de 21 países para examinar la asociación entre varias adversidades infantiles (pérdidas interpersonales, maltrato, disfunciones parentales y otras situaciones de riesgo) y la aparición de 20 trastornos recogidos en el DSM-IV en estudios llevados a cabo desde la Organización Mundial de la Salud en diferentes países. Entre los resultados se recoge, entre otros, una prevalencia considerable de adversidades y muy similar entre las diferentes poblaciones independientemente de condiciones económicas, y la significativa influencia de las disfunciones parentales (Kessler et al, 2010).

Otras relaciones entre problemas de salud mental y diferentes tipos de adversidades

han sido halladas como la relación entre las adversidades infantiles y los efectos en la afectividad (Schilling, Aseltine y Gore, 2007; Pechtel y Pizzagalli, 2011), la depresión mayor, el trastorno límite de personalidad y la esquizofrenia (Pietrek et al., 2013), los trastornos del espectro obsesivo compulsivo (Reiser, McMillan, Wright y Asmundson, 2014), en la presencia de ansiedad rasgo y afecto negativo (Reiser et al., 2014), entre el maltrato físico y emocional y el estado de ánimo deprimido (Afifi et al., 2017) y otras perturbaciones psicológicas como la depresión, trastorno de estrés post-traumático, somatizaciones o ansiedad que evidencian relaciones como las ya mencionadas (Read, Mosher y Bentall, 2006; Bentall et al., 2014; Chapman et al., 2004; Reiser, et al., 2014; Spertus et al., 2003; Salinas-Miranda et al., 2015; Walker, 1999; Felitti et al., 1998).

Afifi et al. (2008), con una muestra de 5692 estadounidenses procedentes de la población general determinan que una parte considerable de los trastornos psiquiátricos se pueden atribuir al hecho de haber vivido tres tipos de experiencias adversas: maltrato físico, abuso sexual y exposición a violencia de género. Los resultados concluyen que del 22% al 32% en el caso de las mujeres y del 20% al 24% en hombres sería atribuible a estas vivencias. Este estudio además aporta otro dato novedoso, el de la estimación de la proporción de psicopatología adulta e intentos de suicidio o ideación suicida atribuible a cada una de estas tipologías de maltrato.

Otros trastornos psiquiátricos graves como la esquizofrenia, la psicosis o algunas de sus manifestaciones han sido observados a través del constructo de las experiencias adversas tempranas. Estudios como el de Shevlin et al. (2008) ya aportan datos significativos sobre esta relación. En este trabajo, el equipo norirlandés parte de la comparación de dos grandes estudios epidemiológicos para estimar el efecto acumulativo de las experiencias traumáticas en la psicosis. Estos estudios, realizados con población general estadounidense y británica, evalúan la comorbilidad de diversos trastornos mentales en relación a experiencias traumáticas interpersonales sufridas en la infancia. Los análisis llevados a cabo por los autores constatan que los resultados en ambas demuestran claramente que las experiencias traumáticas acumulativas se asocian con un incremento de la probabilidad de psicosis (Shevlin, Houston, Dorahy y Adamson, 2008).

En la revisión de Varese et al. (2012) sobre esta misma disfunción se señala que el 33% del riesgo de sufrir psicosis se puede atribuir a las experiencias adversas. Read, Fosse,

Moskowitz y Perry (2014) plantean un modelo etiológico sobre las causas de la psicosis situando a los traumas que se producen en las relaciones en el origen de estas patologías. Igualmente, se recogen asociaciones entre experiencias adversas, más frecuentes, duraderas y múltiples en sujetos con psicosis, y los déficits cognitivos también presentes en este trastorno (Schalinski, Teicher, Carolus y Rockstroh, 2018).

En términos generales, la relación entre experiencias adversas y salud mental ha sido ampliamente puesta a prueba, como podemos comprobar en diversas revisiones y macroestudios relacionados (Kessler et al., 1997; Kessler, et al. 2010; Carr, 2013; Hughes, 2017).

De manera complementaria a este apartado incluiremos algunos estudios relacionados con el ámbito de las disfunciones psíquicas y otras manifestaciones de alteraciones.

### **3.5.3.1. CONDUCTAS DE RIESGO Y ADICCIONES**

Otro tema que ha sido clave en la investigación es el de la presencia de conductas de riesgo y adicciones entendidas tanto como una consecuencia de las experiencias adversas (mecanismo de afrontamiento) como una variable intermedia entre estos eventos y los consiguientes problemas de salud.

Entre ellos se encuentra el estudio de Dube que incluye datos sobre tabaquismo, consumo de alcohol y relaciones sexuales de riesgo (Dube et al., 2003). El estudio de las relaciones sexuales con riesgo enfermedades de transmisión sexual o embarazo adolescente es también revisado por Hillis et al., (2000, 2001 y 2004) y la revictimización sexual asociada a las conductas de riesgo por Ports et al. (2016).

Respecto al consumo de drogas, Kendler (2000) encuentra una asociación entre los problemas psiquiátricos y el uso de sustancias en mujeres que sufrieron abusos sexuales y Douglas et al. (2010) relacionan el estado de ánimo o ansiedad como mediadores entre ACEs y consumo de sustancias. Afifi et al. (2017) relacionan los azotes en la infancia con problemas de alcohol y uso de drogas ilícitas.

Wu, Schairer, Dellor y Grella (2010) describen la prevalencia de eventos traumáticos en la infancia entre adultos con abuso de sustancias (tabaco, alcohol y cannabis y drogas inyectables) y problemas de salud mental y física. Observan que la ocurrencia de even-

tos traumáticos en la infancia era elevada en la muestra de adultos que consumían sustancias, así como los problemas de salud mental, un funcionamiento psicosocial deteriorado y pobre calidad de vida respecto al resto de la muestra donde no hay consumo (Wu, Schairer, Dellor y Grell, 2010).

También se encuentran vinculaciones con conductas antisociales. Gilbert et al. (2009) encuentran una relación entre el sufrimiento en la infancia y las actitudes de victimización, las agresiones, el crimen y la violencia. Señala que haber sido maltratado físicamente o haber sufrido negligencia incrementaba la probabilidad de ser arrestado siendo menor (31% frente al 19% del grupo control) y siendo adulto (48% vs 36%). Estos hallazgos han sido respaldados por revisiones sistemáticas de estudios retrospectivos con resultados similares que indican que el maltrato físico y sexual predice delincuencia o violencia en niños y niñas, aunque el maltrato físico puede estar más fuertemente relacionado con la violencia en chicas jóvenes. Por tipos de maltratos, los niños que habían sufrido maltrato físico o abuso sexual eran más propensos a portar un arma en la adolescencia que los niños abandonados, debido a una necesidad percibida de autoprotección.

Widom (2017) incide en la relación entre distintos tipos de malos tratos y sus efectos en las consecuencias penales para quienes los sufren, así como las diferencias por género. Establece relaciones entre el abuso sexual en la infancia y los delitos de tipo sexual y la negligencia infantil y la violencia de pareja y la transmisión intergeneracional abuso y negligencia.

Por otro lado, evaluada la relación entre adversidades medidas con la escala ACE y prevalencia de disfunción psíquica en población reclusa se encuentra una alta tasa de ACEs: el 91% habían padecido alguna y algún tipo de trastorno mental (Vallejos y Bertone, 2016).

Podemos incluir también aquí otras conductas como los intentos de suicidio o las autolesiones, también estrechamente relacionadas con las vivencias adversas.

En el citado estudio de Dube et al. (2003) encontramos también referencias al aumento de la incidencia del suicidio y autolesiones en personas con más vivencias adversas. Afifi et al. (2008) evalúan también en población general en qué medida la ideación suicida y los intentos de suicidio en adultos son atribuibles al hecho de experimentar las vivencias señaladas anteriormente. Encuentran que la proporción que se puede asignar a la ideación



suicida o a intentos de suicidio se corresponde con un 16 y 50% respectivamente en mujeres y un 21 y 33% en hombres. Esta proporción aumenta en relación al incremento del número de ACE.

#### **3.5.4. RELACIONES INTERPERSONALES**

El impacto en las relaciones y en los procesos de apego, como parte fundamental del desarrollo humano, también pueden ser profundamente dañados por las experiencias adversas tempranas. Este tema se desarrollará ampliamente en el epígrafe 6, pero la idea de que los eventos relacionados con las pérdidas o los cuidados inadecuados por parte de las figuras de apego en la infancia puede tener un impacto en la salud en adultos, así como la relación probada entre el apego seguro y el bienestar y una buena salud mental son recurrentes en multitud de líneas de investigación. Diversos autores hacen referencia a esa relación entre experiencias adversas y apego, ya sea por su impacto en las vinculaciones (Riggs, 2010; Oshri et al., 2015) o para evaluar un posible papel mediador del mismo (Murphy et al., 2014, Smith et al., 2016; Widom et al., 2018).

#### **3.5.5. OTROS DESARROLLOS**

Del estudio de las experiencias adversas y sus efectos a lo largo de estas décadas han surgido otros temas de interés, teniendo en cuenta las repercusiones en otros ámbitos de la salud y el bienestar de las personas.

Respecto al impacto de las adversidades tempranas, la epidemiología nos muestra su repercusión en la salud pública. Más allá de su relación con el incremento de las conductas de riesgo, los efectos de estas experiencias tempranas dan lugar a un amplio rango de problemas de salud, lo que hace necesaria una perspectiva distinta en el análisis de la salud-enfermedad que trascienda a explicaciones causales y sincrónicas de la enfermedad y considere otras variables contextuales presentes a lo largo del ciclo vital y ligadas a estrategias de adaptación a estos contextos (Foege, 1998; Anda et al., 2010).

Existen datos que corroboran los efectos en el uso de los sistemas de salud y los costes que suponen (Anda et al., 2010; Chartier et al., 2010; Currie y Widom, 2010; Fang et al., 2012; Reiser et al., 2014; Alcalá et al., 2017; Bellis, Hughes et al. 2017; Pardee et al., 2017; Bellis et al., 2019) y también costes relacionados con el uso de medicación psicotrónica asociada a las vivencias adversas ya que la prescripción de psicofármacos se considera una de las mayores cargas para el sistema de salud y está asociado a riesgos potenciales

para quienes los consumen. Anda et al. (2007) encontraron que las tasas de prescripción se elevaban año tras año y en una proporción similar en función del número de ACEs, lo que acarrearía un uso masivo de estas sustancias en la vida adulta.

Estos datos han sido utilizados para argumentar la necesidad de políticas preventivas destinadas a evitar o subsanar los efectos de las adversidades desde la infancia.

### **3.5.6. CONCLUSIONES**

Vemos, por tanto, que la investigación sobre las ACEs ha evolucionado desde sus primeros pasos dando respuesta a muchas de las cuestiones que se plantearon a raíz de los hallazgos iniciales (Foege, 1998), ampliando el campo de estudio y la vinculación con otros conceptos relativos a la salud y calidad de vida.

En la actualidad, los estudios relacionados con las ACEs continúan aportando conclusiones relevantes que, en algunos casos, pueden tener una repercusión notable en la consideración de las causas de la salud, la enfermedad y la calidad de vida de las personas. Igualmente, muchas de las investigaciones realizadas apuntan hacia formas de prevención de los efectos de las experiencias adversas y tratamientos más adecuados de sus secuelas.

Los estudios preliminares han abierto el paso a otras vías de estudio y a nuevos enfoques para la intervención y abordaje de la problemática que subyace a las experiencias adversas y sus consecuencias: impacto en la salud pública, repercusiones sociales y económicas, efectos en las intervenciones en salud y políticas preventivas, etc.

Para completar este marco teórico introduciremos otro tema relevante en la investigación de las ACEs que es la cuestión sobre las vías de transmisión de las experiencias adversas a la vida adulta y sus consecuencias.

## **3.6. VÍAS EXPLICATIVAS DE LA INFLUENCIA DE LAS ACEs EN LA SALUD Y EL BIENESTAR**

Una vez reconocida la fortaleza de la relación a largo plazo de las experiencias infantiles y la salud de los adultos, y que esta no se debe al azar, cabe preguntarse cuáles son las vías que intervienen en esta asociación y cuáles los factores implicados en las mismas.

Los efectos duraderos de los malos tratos se han explicado por diversas vías que tratan de conectar estos eventos con las secuelas observadas en adultos que relatan este tipo de experiencias. Inicialmente, Felitti (2009) y Felitti y Anda (2010) plantean que existen

dos mecanismos etiológicos básicos por los que las experiencias adversas devienen en enfermedad. Estos son:

- 1 La enfermedad es una consecuencia retardada de mecanismos de afrontamiento puestos en marcha para manejar el malestar causado por las experiencias adversas. Como señalan los autores, “los factores de riesgo convencionales en realidad son conatos de autoayuda en que se recurre a agentes como la nicotina, cuyos múltiples beneficios psicoactivos ya han sido documentados al igual que sus riesgos cardiovasculares” (Felitti y Anda, 2010).

Este planteamiento se podría representar gráficamente como muestra la Figura 2:

**Figura 2**

*Mecanismos de afrontamiento como vías intermedias*



*Nota.* Elaboración propia.

- 2 Las enfermedades son causadas por factores como la hipercortisolemia y las citocinas proinflamatorias y otras respuestas características del estrés crónico como la desregulación de la respuesta al estrés y “mecanismos patofisiológicos aún por descubrir” que afectaría a sujetos en proceso de desarrollo (Felitti y Anda (2010).

**Figura 3**  
*Estrés crónico como vía intermedia*



Nota: elaboración propia.

Algunos estudios tienen en cuenta estas vías explicativas aunque incorporan otras variables para determinar la fortaleza de esta relación. Por ejemplo, en el estudio del efecto de factores como el tabaquismo, la inactividad física, la obesidad o la hipertensión y diabetes comparados con factores psicológicos como la depresión o la ira en el riesgo de cardiopatía isquémica llevada a cabo por Dong et al. (2004), se observa una mayor influencia de los aspectos psicológicos. Igualmente, en otra investigación sobre cáncer de pulmón, este solo es explicado parcialmente por el tabaquismo (Brown et al., 2010).

En posteriores desarrollos estas vías se irán ampliando y otros nuevos planteamientos surgen para completar el marco explicativo. Veamos a continuación algunos de estos desarrollos, los presupuestos que sostienen las diversas teorías y algunas consideraciones que queremos aportar sobre estos modelos.

### **3.6.1. ACEs Y CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD**

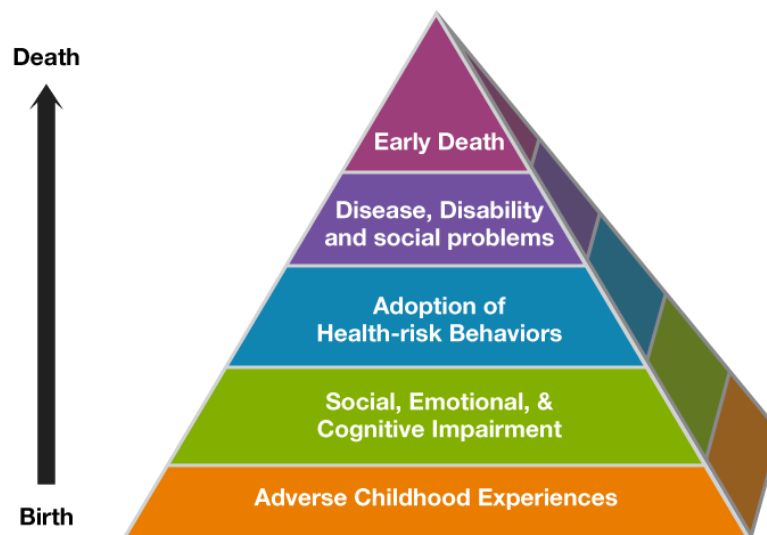
Se inicia este recorrido aludiendo a una de las vías explicativas que se plantearon en primer lugar para esclarecer la relación previamente expuesta.

Ya en el ACE Study se plantea la pregunta de cómo están conectadas las experiencias adversas y los factores de riesgo y enfermedades en adultos. Para responder a esta cuestión se argumentó que los elevados niveles de ansiedad, ira y depresión producidos por estas experiencias desde la infancia dan lugar a comportamientos de riesgo que en la medida que resultan eficaces para manejar el malestar se cronifican en su uso. Conductas

como fumar, consumir alcohol o drogas, la sobreingesta o comportamientos sexuales nocivos tenían un efecto beneficioso inmediato en el manejo del estrés generado por las experiencias de maltrato o las diversas formas de disfunción familiar. Los efectos neuroreguladores de estas conductas pueden explicar la relación entre ACE, conductas de riesgo y enfermedad, comprendiendo que las estrategias que se ponen en marcha como solución al malestar generan problemas de salud futuros (p.ej. la liberación de dopamina asociada al consumo de tabaco en relación a los daños producidos en los circuitos de la dopamina por las experiencias adversas). Este mecanismo explicativo de la conducta de riesgo como *solución intentada* para aliviar el malestar es descrito por Felitti y otros profesionales de la Kaiser Permanente en la publicación propia de la clínica, donde relatan cómo se desarrolló el programa de adelgazamiento que dio lugar al ACE Study (Felitti et al, 2010). Por tanto, se plantea que las experiencias adversas en la infancia y adolescencia tienen un efecto potencial a lo largo de la vida a través de estos comportamientos, tal y como se observa en la Figura 4.

**Figura 4**

*Influencias potenciales de las experiencias infantiles adversas a través del ciclo vital. Adaptado de Felitti et al., 1998*



*Nota.* Tomado de Centers for Disease Control and Prevention

Para apoyar ese modelo encontramos abundante literatura en la que se recogen los efectos de las conductas de riesgo como el consumo de tabaco y alcohol o drogas ilegales,

conductas sexuales de riesgo, enfermedades de transmisión sexual o el juego patológico (Anda, Croft, Felitti, Nordenberg, Giles, Williamson, y Giovino, 1999; Dietz et al., 1999; Hillis, Anda, Felitti, Nordenberg y Marchbanks, 2000; Hillis, Anda, Felitti y Marchbanks, 2001; Dube, Anda, Edwards y Croft, 2002; Dong et al., 2003; Dube, Felitti, Dong, Chapman, Giles y Anda, 2003; Dong et al., 2004; Hillis, Anda, Dube, Felitti, Marchbanks y Marks, 2004; Brown et al., 2010; Douglas et al., 2010; Wu, Schairer, Dellor y Grella, 2010). La explicación que subyace es la del uso de estas conductas poco saludables como una manera de manejar el estrés, de ahí la correspondencia entre el número elevado de ACE y la presencia de estrategias de afrontamiento más dañinas (McElroy y Hevey, 2014).

También encontramos referencias a cómo la adopción de estilos de vida menos saludables como respuesta al malestar tendrá por una parte, los evidentes efectos sobre la salud ya descritos en el apartado 3.5.1., y por otra, unas consecuencias negativas en el desempeño personal y relacional: efectos en la parentalidad (Chung, Nurmohamed, Mathew, Elo, Coyne y Culhane, 2010; Steele et al., 2016, Sun et al., 2017; Racine, Plamondon, Madigan, McDonald y Tough, 2018), violencia en las relaciones (Anda et al., 2001; Whitfield, Anda, Dube y Felitti, 2003; Mair, Cunradi y Todd, 2012; Anderson, Howard, Dean, Moran y Khalifeh, 2016; Jones, Peck, Sharp y McLeod, 2019), disminución de los apoyos sociales (Sperry y Widom, 2013), incremento de las desigualdades económicas (Currie y Widom, 2010), laborales y de acceso a recursos (Anda et al, 2004) y fomento de la exclusión social (Nurius et al, 2012).

Estas evidencias suponen una aportación valiosa a la investigación sobre las ACEs ya que ponen de manifiesto una asociación entre las experiencias adversas y estrategias que las personas ponen en marcha para hacer frente al sufrimiento y sus a menudo devastadoras consecuencias.

Sin embargo, en nuestra opinión, la relación que media entre estas variables no siempre es suficientemente explicada, especialmente a la hora de determinar la presencia de disfunción psíquica. En ocasiones se alude a la presencia de esta en relación a las experiencias adversas, pero sin determinar claramente cuál es la vía de llegada. Si bien hay múltiples evidencias de la asociación entre las ACEs y las disfunciones sociales, emocionales y cognitivas que preceden a la adopción de conductas de riesgo y de las enfermedades, trastornos psicológicos y problemas relacionales posteriores, no se plantea en este esquema una explicación clara de lo que sucede entre una y otra etapa.

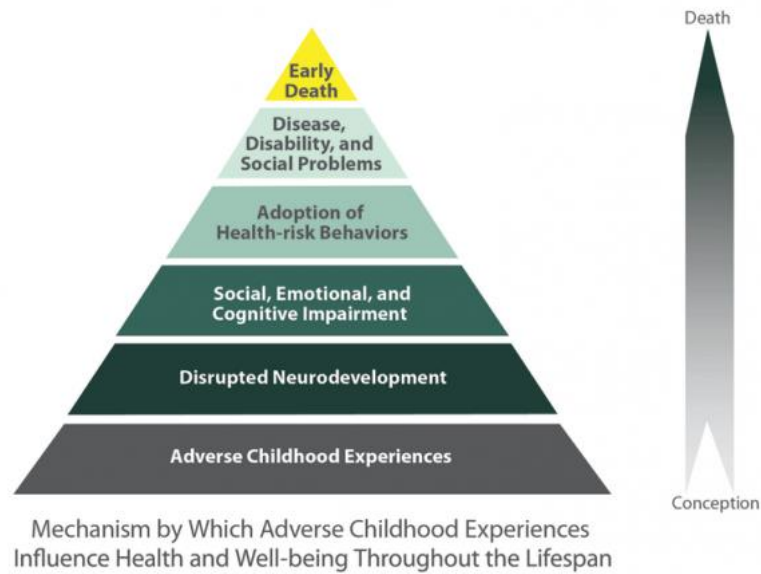
Al hablar de *mecanismos de afrontamiento* se hace referencia a aquellas acciones, habitualmente conductas de riesgo para la salud (fumar, beber, consumo de drogas, sobre-ingesta o promiscuidad sexual) que se considera que pueden aliviar el sufrimiento, pero también ocasionar enfermedades. Aunque la relación entre el abuso de sustancias o ciertas conductas de riesgo y algunas enfermedades puede resultar más evidente, esta no queda claramente establecida en el caso de la presencia de disfunciones psíquicas. En el esquema propuesto por Felitti y Anda es el propio malestar generado por las adversidades lo que da lugar a la aparición de psicopatología: depresión, ansiedad, etc. Sin embargo, este salto de uno a otro estado se explica vagamente en los textos iniciales y no se han encontrado referencias a cómo las personas optan por la adopción de estas estrategias para manejar el malestar salvo los efectos neuroreguladores o de reducción del estrés. Por tanto, el plano explicativo en el que se sitúa la relación malestar-estrategias de afrontamiento-enfermedad entre las experiencias adversas y la aparición de disfunción psíquica. Estas son cuestiones que muchos autores se han planteado respecto a las vías intermedias y que ha llevado a incorporar nuevos parámetros.

### **3.6.2. LA INTRODUCCIÓN DE LA VÍA DEL NEURODESARROLLO**

Los daños en el neurodesarrollo se han propuesto como vía intermedia entre las ACEs y las disfunciones sociales, emocionales y cognitivas que dan lugar a la adopción de conductas de riesgo para la salud, enfermedades, discapacidad y problemas sociales y muerte temprana. En la Figura 5 se observa la inclusión de este factor como uno de los mecanismos que influyen en la salud y bienestar.

**Figura 5.**

*Mecanismos mediante los que las ACE influyen en la salud y bienestar a través del ciclo vital*



*Nota.* Tomado de Centers for Control and Prevention.

En esta línea, la nota descriptiva de la Organización Mundial de la Salud señala que el maltrato causa estrés que se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano. Los casos extremos de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. En consecuencia, los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales, como actos de violencia (como víctimas o perpetradores), depresión, consumo de tabaco, obesidad, comportamientos sexuales de alto riesgo, embarazos no deseados o consumo indebido de alcohol y drogas (OMS, 2020).

Diversos estudios apoyan esta vía que conecta el maltrato y los daños posteriores a través de la interrupción del desarrollo cerebral normal y sus consecuencias (Glaser, 2000; Cicchetti, Sadek y Nemeroff, 2000; Teicher, 2003; Heim, Newport, Mletzko, Miller y Nemeroff, 2008; Tomalski y Johnson, 2010; Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011; Gómez-Pérez, Abrams, López-Martínez y Asmundson, 2012; Carr, Martins, Stingel, Lemgruber y Jurruena, 2013; Cowell et al., 2015). Los propios autores del ACE Study, junto con otros cola-



boradores, plantean la vinculación entre el maltrato en la infancia y una variedad de cambios en la estructura y funcionamiento cerebral y en el sistema neurobiológico de respuesta al estrés. Mantienen que estos efectos son duraderos y afectan a la salud y calidad de vida a lo largo del ciclo vital. Los autores integran los hallazgos de recientes estudios de los efectos neurobiológicos del maltrato y la exposición a la violencia con los datos epidemiológicos obtenidos del ACE Study para poner a prueba hipótesis relacionadas con sus efectos en las estructuras y funcionamiento del cerebro (Anda et al., 2006).

En la misma línea, el Modelo Traumatogénico del Neurodesarrollo (Read, Perry, Moskowitz, y Connolly, 2001; Read et al. 2014) propone que los eventos traumáticos tempranos pueden producir cambios psicológicos que contribuyen a una mayor vulnerabilidad a la psicosis. Concretamente, los sucesos estresantes producen una activación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) que se asocia con la liberación de glucocorticoides que pueden alterar la regulación del eje HPA si la exposición a las experiencias traumáticas es prolongada. A pesar de que esta explicación incide en los procesos biológicos que subyacen, la consideración que se hace de los trastornos como la psicosis o la esquizofrenia no es la de una enfermedad entendida como la alteración de estos procesos sino como el resultado de la exposición a vivencias adversas. La sensibilidad más agudizada, aflicción, experiencias inusuales, desesperanza, confusión y desorganización, habitualmente estandarizados bajo etiquetas diagnósticas, son el producto de la forma en que las personas se enfrentan a las adversidades y no meros indicadores de una enfermedad mental provocada por alteraciones biológicas (Read, 2004).

Los modelos basados en el neurodesarrollo se han convertido en un marco teórico pujante para explicar también la relación entre ACE y funcionamiento cognitivo y emocional a través de los daños que las experiencias adversas tempranas producen en el cerebro en desarrollo. Bick y Nelson (2016) recopilan estudios que ahondan en la comprensión de cómo las experiencias tempranas de cuidados inadecuados conforman el desarrollo cerebral y esto afecta al desempeño posterior de las personas en diversas tareas. El principal aporte de esta perspectiva es incorporar los procesos fisiológicos que resultan de las situaciones de estrés crónico como la vía que media en una importante variedad de problemas de comportamiento, de salud y sociales a largo plazo. Este enfoque pretende integrar las evidencias de la epidemiología relativa a los efectos negativos de las experiencias adversas y las contribuciones de la neurobiología del estrés para explicar los orígenes de los problemas de salud y sociales a lo largo del ciclo vital.

Este planteamiento nos sitúa de nuevo ante la cuestión ya planteada: la relación entre los efectos de los eventos vitales estresantes en la salud física y sus correlatos fisiológicos perjudiciales a largo plazo es clara, no tanto así en el caso de la salud mental. Tal y como explican Anda et al. (2006), Felitti (2009) y Felitti y Anda (2010), el estrés crónico produce una serie de daños en las estructuras y funcionamiento cerebrales que acaban afectando a diversos sistemas que regulan respuestas emocionales y afectivas, cognitivas (aprendizaje, memoria), de respuesta al estrés, etc. que intervienen en múltiples funciones y comportamientos humanos. Esta explicación una vez más nos remite al plano de la fisiología como causa de la disfunción y de múltiples fenómenos (respuestas de miedo, agresividad, etc.) sin considerar otras cuestiones que nos parecen relevantes en la comprensión del funcionamiento humano en situaciones que generan sufrimiento, como son los objetivos, las preferencias y expectativas de las personas en estas circunstancias.

Igualmente, se consideran en el mismo plano explicaciones que consideramos están en niveles diferentes. Las variables psicológicas (depresión, ansiedad, estrategias de afrontamiento) se incorporan en el mismo nivel que las variables que explican el salto de las estrategias de afrontamiento (p. e. conductas de riesgo) a la enfermedad y trastornos psicológicos. Si bien la relación causal entre la presencia de estrés crónico y la desregulación de la respuesta al estrés y otros mecanismos patofisiológicos es de tipo físico-química y puede explicar la aparición por esta vía de la enfermedad física, la relación entre las adversidades y el estrés crónico creemos que forma parte de otro nivel explicativo que incluiría los aspectos psicológicos y estrategias de afrontamiento.

A lo largo de esta tesis se exponen argumentos alternativos a estos planteamientos en la explicación de la aparición de disfunción psíquica como resultado de las experiencias adversas y otros factores de riesgo.

### **3.6.2.1. OTROS MODELOS BIOLÓGICOS**

Otros modelos de base biologicista abundan en esta línea explicativa de la relación entre experiencias adversas y trastornos en la salud.

Miller, Chen y Parker (2011) amplían las teorías mecanicistas basadas en las secuelas biológicas del estrés crónico para explicar los efectos del maltrato a lo largo de décadas y cómo los estresores psicológicos sufridos a edades tempranas incrementan el riesgo de

morbilidad y mortalidad. Aunque destacan los aportes de los modelos basados en el funcionamiento del eje hipotalámico-pituitario-adrenal y mecanismos psicobiológicos similares para explicar problemas médicos y la psicopatología consideran la necesidad de detallar los mecanismos fisiopatológicos que explican estos efectos. Para ello recurren al *biological embedding model* mediante el que los procesos que se activan ante el estrés durante periodos sensibles del desarrollo, cuando la función inmune es altamente dúctil, llegan a insertarse en el funcionamiento de los sistemas regulatorios fisiológicos. Según este modelo, la exposición al abuso o negligencia durante la infancia moldea el funcionamiento de los sistemas de respuesta al estrés e inflamatorios, que a su vez tiene un impacto en la salud cardiovascular y metabólica a lo largo del ciclo vital (Miller, Chen y Parker (2011)).

El concepto de *biological embedding model* se ha utilizado en el ámbito de salud, en este caso como modelo patogénico que explica la presencia de enfermedad a partir de la adversidad infantil. Si bien se parte de la importancia de los condicionantes psicosociales adversos en el estado de salud, los mecanismos subyacentes que explican esta relación se apoyan en aspectos de la fisiología neural, endocrina, inmunitaria y metabólica y, por tanto, procesos de desarrollo, que se ven alterados por estos factores ambientales. Estos mecanismos moleculares de carácter homeostático e inicialmente transitorios, se dan en periodos sensibles del desarrollo y dar lugar a alteraciones fisiológicas duraderas que conducen al padecimiento de enfermedades a lo largo de la vida. Desde esta perspectiva, este “incrustamiento biológico” no se produce solo por procesos que afectan al neurodesarrollo sino también a otros sistemas como el inmunológico o el metabólico. Se considera que los procesos epigenéticos son clave en estos cambios al producir alteraciones estables en la expresión génica (Hertzman, 1999, 2012; Miller et al., 2011; Berens, Jensen y Nelson, 2017).

Otras aportaciones similares son las que hace el equipo de Danese, para quienes las experiencias psicosociales adversas son la causa de anomalías duraderas en múltiples sistemas biológicos al afectar al funcionamiento del sistema nervioso, inmunológico, metabólico y endocrino en la edad adulta. Estas experiencias perturban la respuesta fisiológica al estrés, cuya sobreactivación crónica termina afectando al funcionamiento de otros sistemas. El resultado de esta carga incrementa el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con la edad (Danese et al., 2009). Igualmente, estas experiencias se asocian a cambios en los sistemas biológicos responsables del mantenimiento de la estabilidad fisiológica ante los cambios en el entorno o alostasis. La base de estas afirmaciones está en la observación

tanto en niños y adolescentes de alteraciones en el desarrollo cerebral como en adultos expuestos a maltrato, una gran activación del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y mayores niveles de inflamación comparados con personas no expuestas.

Los conceptos de alostasis y carga alostática son desarrollados inicialmente por Sterling y posteriormente por McEwen y otros autores para referirse por un lado al proceso por el que el organismo responde a los eventos y adapta los sistemas fisiológicos a las amenazas de todo tipo, y por otro al modelo neurobiológico integral de los efectos del estrés. Si los eventos estresantes están presentes de forma duradera o crónica se produce un estado alostático en que los sistemas fisiológicos involucrados en la respuesta al estrés están muy elevados y no se produce la regulación de la carga alostática necesaria para el equilibrio del sistema. De esta forma se mantiene un estado de activación permanente de alto riesgo para la salud. Este modelo proporcionó un marco para explicar los mecanismos neurobiológicos que relacionan una variedad de experiencias sociales adversas con la salud. Ambos conceptos han sido ampliamente empleados en la investigación sobre el impacto de la adversidad infantil en los resultados del desarrollo y en la psicopatología.

La revisión llevada a cabo por Danese y McEwen (2012) sobre la cuestión apoya la idea de que las ACEs están asociadas a cambios duraderos en el sistema nervioso, endocrino e inmune que ya se detectan en la infancia y permanecen en la vida adulta. Las ACEs inducen significativos cambios biológicos en los niños (“biological embedding”) que modifican la maduración y el funcionamiento del sistema alostático. Su activación crónica puede llevar a un progresivo deterioro por uso o a una carga y sobrecarga alostática que puede ejercer efectos a largo plazo en un envejecimiento biológico y en la salud (Danese y McEwen, 2012).

En la revisión bibliográfica del tema se observa un incremento de los estudios que ponen a prueba cómo la exposición a la adversidad puede desencadenar modificaciones epigenéticas en la expresión de los genes alterando las estructuras cerebrales (p. ej., corteza prefrontal) y la reactividad al estrés y producir inflamación y, en consecuencia, la vulnerabilidad a la enfermedad mental y física (Vaiserman, 2015; Sun et al, 2017).

### **3.6.3. INTRODUCIENDO LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS**

Los estudios relativos a las ACEs dan lugar a la proliferación de otras vías explicativas no centradas exclusivamente en los correlatos biológicos de las experiencias adversas.

Respecto a las variables socioeconómicas, ya los pioneros del ACE Study incluyeron en sus estudios resultados sobre las asociaciones entre las ACEs y problemas en el desempeño laboral en adultos: problemas laborales graves, absentismo y problemas económicos). El estudio lo llevaron a cabo con 9633 empleados de la Kaiser Permanente de San Diego y pudieron comprobar la relación sólida y gradual entre la puntuación ACE y el deterioro en el desempeño laboral así como pruebas consistentes de que esta relación estaba mediada por factores como problemas interpersonales, malestar emocional, síntomas somáticos y abuso de sustancias (Anda et al., 2004). Si bien de nuevo se alude a conductas de riesgo como variables intermedias se reconoce el impacto de las socioeconómicas que bien pueden ser consideradas en sí mismas condiciones resultantes del maltrato. En esta tesis veremos el importante papel que juega la adversidad en la configuración de un futuro más o menos seguro para las personas según el nivel de experiencias de maltrato, negligencia o disfuncionalidad familiar vividas.

Otras investigaciones como la de Barboza et al. (2015) han mantenido la vigencia de la relación entre los ambientes estresantes en la infancia y un mayor desgaste fisiológico y peores datos de salud en la vida adulta considerando variables psicosociales. En este caso, lo hacen a partir de datos obtenidos del *National Child Development Study*, estudio llevado a cabo con ciudadanos británicos (N = 18.558) nacidos en 1958 y sobre los que se hizo un seguimiento analizando diferentes parámetros sociales y de salud. Si bien se evalúan marcadores biológicos en adultos, el interés de los resultados de este estudio también radica en la consideración de nuevos factores a la hora de estudiar el bienestar de la población incorporando el ambiente social en que se desarrollaron estos individuos y de la infancia como un periodo de oportunidades en términos de salud. Explican la relación entre los traumas infantiles y los problemas de salud posteriores por tres vías: dos indirectas como son la socioeconómica y la comportamental y una directa, la biológica, medida a través de diferentes biomarcadores de carga alostática. Tanto en hombres como mujeres, de la muestra de 7.535 personas, se recoge que la asociación entre ACEs y carga alostática en la edad adulta (puntuación más alta a los 44 años) está fuertemente mediada por otros factores. En el caso de los hombres, fueron las conductas de riesgo para la salud, especialmente el consumo de tabaco, el nivel educativo y la capacidad adquisitiva. En mujeres median los comportamientos de riesgo, el índice de masa corporal y características socioeconómicas (capacidad adquisitiva y nivel cultural). En algunos casos, la asociación ACEs-carga alostática

desaparece cuando se introducen estas variables. Sin embargo, una parte de los efectos permanece inexplicada y, aunque la vía biológica no está totalmente probada en este estudio, se considera que existe un efecto directo entre ACEs y resultados de salud que es necesario seguir investigando para determinar la importancia de la respuesta del sistema fisiológico ante el estrés y sus efectos en el desarrollo posterior y alteraciones en la salud (Barboza et al., 2015).

Font y Maguire-Jack (2015) evalúan si la asociación entre ACEs y riesgos para la salud están mediadas por las condiciones socioeconómicas de los adultos y si estos mecanismos son diferentes según el tipo de adversidad. Con una muestra de 29.229 sujetos procedentes del estudio *Behavioral Risk Factor Surveillance System* de 2012 se analizan mediante ecuaciones estructurales varias relaciones: la asociación entre el número y tipo de ACE y cinco riesgos para la salud (riesgo de depresión, obesidad, tabaquismo, abuso de alcohol y percepción de una mala salud) y si las condiciones socioeconómicas de los adultos (divorcio o separación, logros académicos e ingresos) median esas asociaciones. Los resultados sugieren una relación directa e indirecta entre ACEs y riesgo para la salud. En las puntuaciones más elevadas de experiencias adversas (4 o más) el 15-20% de esta relación era atribuible a las condiciones socioeconómicas. La asociación entre tres tipos de adversidades (exposición a violencia doméstica, divorcio de los padres y haber vivido con un miembro de la familia que ha sido encarcelado) con riesgos para la salud eran prácticamente explicadas por las condiciones socioeconómicas como variables mediadoras. Sin embargo, el maltrato físico, emocional y el abuso sexual estaban significativamente asociados a graves riesgos para la salud y las condiciones socioeconómicas explicaron solo una pequeña parte de estas asociaciones. Por tanto, los resultados sugieren que las vías para una pobre salud en adultos difieren según los tipos de ACEs y que el maltrato, más que otras experiencias infantiles adversas, tiene más probabilidad de tener un impacto directo en la salud.

Es importante matizar que es este estudio “salud” está definida no por la presencia o ausencia de enfermedades médicas sino por la presencia o ausencia de lo que denominan *riesgos para la salud*, algunos de los cuales son disfunciones psíquicas y otros son calidad de vida autoinformada.

Este estudio de Font y Maguire-Jack se apoya en la idea de que las condiciones sociales y económicas deben ser tenidas en cuenta para entender las asociaciones entre las ACEs y conductas y resultados de salud. Señalan que, aunque muchos factores pueden

contribuir a determinar las condiciones socioeconómicas de un individuo, existen evidencias que sugieren la asociación entre adversidad infantil y situación económica en la edad adulta. Las autoras hacen referencia a un conjunto de investigaciones que han identificado asociaciones entre el maltrato y la adversidad en la infancia (autoinformado o registrado en informes de protección infantil) y los ingresos y/o el nivel educativo en la edad adulta. Otros estudios han comprobado cómo a su vez estos factores socioeconómicos, incluida la pobreza, el estado civil, el nivel educativo, el estatus social y el estrés, están asociados con los resultados de salud. Font y Maguire-Jack parten de la evidencia de la asociación entre las experiencias de la niñez con un nivel socioeconómico menor y de la relación entre estas condiciones y la salud del adulto para preguntarse si hay tipos de adversidad que se asocian de manera diferente con la vulnerabilidad socioeconómica y si esta juega un papel mediador en las asociaciones entre adversidades infantiles y salud adulta (Font y Maguire-Jack, 2015).

En el estudio llevado a cabo con una cohorte de 2060 jóvenes adultos de entre 18 y 27 años Lê-Scherban, Brenner y Schoeni (2016) encuentran que una buena situación socioeconómica actúa como amortiguador contra estresores que pueden afectar a los jóvenes y que predicen problemas de salud conductual posteriores. Si bien la falta de recursos económicos en la infancia es considerada como una adversidad se confirma su papel en la prevalencia de malestar psicológico grave. Los autores proponen que es necesario comprender los procesos por lo que el estatus socioeconómico puede afectar a la salud mental e identificar poblaciones de alto riesgo.

Otras aportaciones al tema provenientes del Trabajo Social refuerzan esta consideración de los factores socioeconómicos. Nurius, Logan-Greene y Green (2012), Nurius, Green, Logan-Greene y Longhi (2015) y Nurius, Green, Logan-Greene, Longhi y Song (2016) aportan datos sobre cómo factores como la pobreza, el bajo nivel educativo, las dificultades para obtener atención profesional y la falta de apoyos fortalecen la relación entre el trauma infantil y los problemas de salud, además de tener un impacto propio. Obtienen resultados sobre la desproporción en los datos de niveles de ACEs en función de las condiciones socioeconómicas, comportamientos de salud y recursos psicosociales en las direcciones esperadas. Las variables estudiadas mostraban capacidad predictiva en cuanto a que el nivel de ACEs se relacionaba con peores resultados de salud y que el número de enfermedades era mayor para las personas de bajos ingresos. La prevalencia fue más alta también en aquellas personas que informaban de escaso apoyo psicosocial (Nurius et al., 2016)

que también reportaron bajos activos psicosociales. Este patrón de riesgos encadenados da como resultado la acumulación de riesgos y adversidades que se ponen de manifiesto en aspectos psicosociales y de funcionamiento fisiológico. Las autoras plantean que es necesario incrementar el bienestar y la calidad de vida de las personas para que la adversidad infantil no se convierta en “el escenario para la mala salud mental en la edad adulta” (Nurius et al., 2015).

Y desde una perspectiva de ciclo vital, Smith et al. (2019) proponen una explicación para la relación entre las adversidades infantiles y problemas de salud y condiciones de vida en adultos, incluida la necesidad de usar los servicios de asistencia social. Establecen un modelo basado en cadenas de adversidades y transiciones donde cada dificultad que hay que afrontar en las etapas del ciclo vital implica una serie de transiciones en las que se acumulan desventajas que van impactando en las personas a lo largo del desarrollo. Por tanto, el daño no es producido por el evento único sino por el encadenamiento de circunstancias vitales que acarrea y cómo afectan a las tareas evolutivas.

Las variables socioeconómicas mencionadas han sido muy relevantes en esta tesis, tanto por las características de parte de la muestra seleccionada como los resultados obtenidos, donde se ha visto el peso de estas condiciones en la vida de los adultos en relación a las adversidades vividas, como veremos en el posterior análisis de resultados.

#### **3.6.4. OTROS MODELOS**

Finalmente, otros modelos proponen otras explicaciones sobre las vías intermedias considerando el efecto de varias de ellas en el resultado final en la salud.

Kendall-Tackett (2002) explica la elevada frecuencia de problemas de salud en adultos que han sobrevivido a diversos tipos de maltrato a través de cuatro posibles vías: comportamental (p.e., conductas de riesgo), social (estilos de relación interpersonal y revictimización y ausencia de red social), cognitiva (modelos internos de trabajo) y emocional (depresión, trastorno de estrés post-traumático, etc.). Estos cuatro recorridos no son incompatibles entre sí, pudiendo darse de manera simultánea y ser influidos unos por otros, estando todos ellos interrelacionados.

En 2009, Kendall-Tackett y Klest proponen una clasificación similar, señalando cinco posibles vía que incluyen mecanismos psicológicos, emocionales, comportamentales y cognitivos que por sí solos pueden conducir a pobres resultados de salud pero que suelen darse simultáneamente y aumentar los efectos negativos (Kendall-Tackett y Klest, 2009).



El denominado modelo bio-psico-social (Read, Fink, Rudegeair, Felitti y Whitfield, 2008) supone una alternativa a los modelos explicativos de los problemas de salud mental basados en enfoques genéticos o de alteraciones las funciones cerebrales, relegando a los factores psicosociales a meros desencadenantes o amplificadores de una supuesta predisposición genética. El planteamiento de los autores es que la vulnerabilidad al estrés no es causada por factores genéticos heredados sino que puede adquirirse a través de eventos adversos. Este planteamiento se basa en la considerable cantidad de evidencias que demuestran que el maltrato y la negligencia en la infancia están en la base de trastornos como los psicóticos, encontrando datos a favor de esta hipótesis en hasta 10 de cada 11 estudios incluso controlando factores como los antecedentes familiares de psicosis. Esta interpretación bio-psico-social es considerada por los autores necesaria en el ámbito de la salud mental para proporcionar una ayuda integral a las víctimas de adversidades.

En la ya citada revisión de Sachs-Ericsson et al. (2009) se exponen diversas explicaciones aportadas por la investigación en este campo para la comprensión del recorrido que media entre las experiencias adversas y problemas de salud, incluidas las señaladas por los estudios derivados del ACE Study. Las autoras clasifican las diversas teorías explicativas en varias vías:

- 1) Daños directos: lesiones de diversa gravedad, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, etc.
- 2) Efectos de las experiencias de maltrato tempranas sobre el desarrollo cerebral: daños en el sistema inmune y la respuesta al estrés (aumento de la sensibilidad del eje hipotalámico-pituitario-adrenal) que contribuyen a incrementar los problemas de salud.
- 3) Implicación en conductas de riesgo que conducen a enfermedad o mortalidad: abuso de sustancias, conducción bajo efectos de tóxicos, tabaquismo, sobreingesta, obesidad, inactividad física o conductas sexuales de riesgo.
- 4) Problemas relacionados con trastornos mentales como baja autoestima, estrategias de afrontamiento ineficaces, alteraciones de la identidad, pobres habilidades relacionales, estilos de apego inseguros, mayor vulnerabilidad al estrés, aislamiento que reduce el apoyo social, etc.
- 5) La falta de apoyo social también ha sido mostrado en repetidas ocasiones como un factor de protección para el desarrollo de trastornos mentales y con influencia sobre los resultados de salud.

Vemos que esta propuesta incluye diversos intentos de explicación aunque algunos no consisten en vías explicativas sino que son una exposición de variables implicadas, como sucede en el caso de los problemas psicológicos, las estrategias de afrontamiento, las habilidades relacionales o el apoyo social.

Por otro lado, Min, Minnes, Kim y Singer (2013) examinan tres vías que se consideran intermediarias en la relación entre una historia de maltrato en la infancia, concretamente, el maltrato físico, emocional y sexual y la negligencia física y emocional, y un pobre estado de salud. Se establece un modelo hipotético (*life-course model*) para explicar este impacto a través de tres vías: las conductas de riesgo para la salud como la obesidad, consumo de drogas y tabaquismo, los eventos vitales adversos en la vida adulta y el *distress* psicológico. El estudio determina que la salud física se ve afectada por los efectos de las estrategias conductuales que se llevan a cabo para manejar las secuelas el maltrato (conductas de riesgo para la salud), las respuestas psicológicas (depresión, ansiedad, etc.) y estresores secundarios originados en las experiencias de maltrato (p.e. problemas en las relaciones interpersonales o revictimización). Los resultados concluyen que los eventos adversos en la edad adulta y el *distress* psicológico son el mecanismo clave entre el maltrato infantil y los problemas de salud física percibida como salud general. El estrés vital mantenido a lo largo de la vida es determinante para la salud cuando se considera a presencia de enfermedades crónicas. Las conductas de riesgo, sin embargo, no aparecen como mediadores que determinen esta relación.

**Figura 6.**

*Modelos hipotético del impacto del maltrato infantiles en la salud física en adultos mediada por comportamientos de riesgo para la salud, eventos vitales adversos y distress psicológico.*



*Nota:* Tomado de Min et al., 2013.

Otros desarrollos en torno al tema han introducido la teoría del apego en esta explicación, considerando los estilos de apego surgidos de las relaciones tempranas como una variable intermedia.

Uno de ellos es el de Glaser (2000), quien alude a la importancia del apego y la regulación del adulto en el impacto del estrés en el cerebro del niño o niña. Se considera el neurodesarrollo un proceso dependiente del entorno integrando los procesos fisiológicos junto con los conductuales, cognitivos y emocionales. El apego actuaría como un regulador de los efectos del estrés, concretamente el apego seguro tendría una función amortiguadora mientras que los apegos inseguros aumentarían la respuesta al estrés incluyendo la desregulación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal y parasimpático, entre otros efectos bioquímicos, funcionales y estructurales que afectan al neurodesarrollo.

Resultados similares obtienen Dagan, Asok, Steele y Steele (2018) al investigar el efecto moderador del apego en el impacto de la exposición a la adversidad sobre el envejecimiento celular (acortamiento acelerado de los telómeros) que provoca riesgos físicos. Se evalúa el apego adulto de sujetos que habían sufrido experiencias adversas en la infancia y se analizan sus tejidos celulares. Los análisis revelaron una interacción significativa entre el apego y las ACEs para predecir la longitud de los telómeros. En los sujetos con apego seguro o inseguro preocupado no había una relación significativa entre ambos, pero sí había una fuerte relación negativa en casos de apegos inseguros evitativos. El aporte que destacan los autores de esta investigación en la demostración de que el apego puede afectar a la resiliencia biológica en casos de adversidad infantil, lo que contribuye a la creciente literatura sobre el papel de la calidad de las experiencias de cuidado temprano y su impacto en los procesos biológicos y la salud física.

Widom et al. (2018), mediante un estudio retrospectivo de 30 años con 650 personas adultas de las cuales el 50% habían sufrido maltrato físico o negligencia en la infancia, evalúan tres cuestiones: si estas experiencias dan lugar a diferentes estilos de apego, si el estilo de apego adulto predice problemas de salud física y mental y si el estilo de apego en adultos media la relación entre los maltratos infantiles y los resultados en salud. Se observa una relación entre negligencia y maltrato físico con el estilo de apego inseguro ansioso y la negligencia con el inseguro evitativo. Ambos estilos predicen resultados de salud mental (altos niveles de ansiedad y depresión y baja autoestima) mientras que sólo el estilo ansioso predice altos niveles de carga alostática, medida a través de nueve indicadores físicos. El *path analysis* revela que el estilo de apego ansioso explica en parte la relación entre

negligencia y maltrato físico y los resultados en salud mental pero no la relación con la carga alostática. Por tanto, la negligencia y el maltrato físico tiene efectos a largo plazo en el apego adultos y este contribuye a explicar consecuencias negativas en la salud mental en adultos.

Por tanto, la idea de que los cuidados proporcionados por las figuras de referencia en la infancia y las relaciones establecidas con estas es determinante en el desarrollo de una buena salud y calidad de vida también a través de los vínculos de apego es un tema relevante que ocupará un lugar relevante en esta tesis.

### **3.6.5. RELEVANCIA DEL ESTUDIO DE LAS VÍAS**

Conocer los entramados que subyacen a las relaciones entre la adversidad y los problemas posteriores es de gran importancia para proporcionar recursos de ayuda coherentes con el trauma y sus consecuencias y no limitarla a paliar los efectos físicos o eliminar las conductas compensatorias asociadas o los síntomas de disfunción psíquica. Cuando Felitti y Anda (2010) explican la función de algunas conductas de riesgo para el alivio del malestar causado por las experiencias infantiles dolorosas aluden a que esta visión supone un desafío para el enfoque tradicional sobre la etiología y tratamiento de algunos problemas, como las adicciones, y los problemas de salud derivados. Aun considerando el peso que se atribuye a los factores biológicos o comportamentales señalan que “incluso las vías biológicas contemplan que el origen de la enfermedad está en factores psicosociales eludiendo así el peso de la tradicional división mente-cuerpo y los tratamientos centrados en los síntomas sin la comprensión de su origen potencial en experiencias adversas” (Anda et al., 2006, p. 182). Por tanto, proponen que no es posible un tratamiento de los síntomas sin una completa comprensión del recorrido que ha discurrido entre la adversidad y sus efectos.

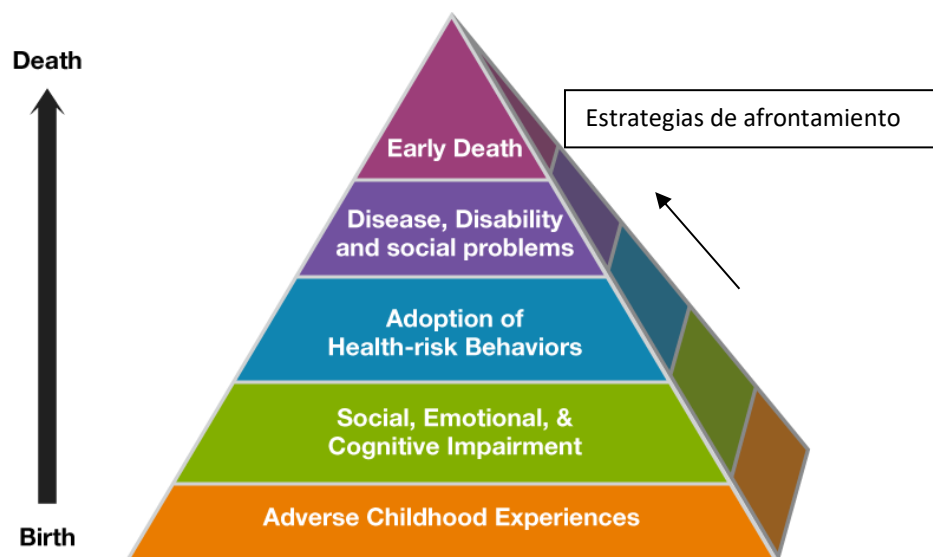
Las líneas de investigación sobre las variables que intermedian se han continuado desarrollando, reuniendo otros datos que aportan mayor conocimiento sobre los mecanismos que subyacen a la relación entre la adversidad y los problemas en la vida adulta. Como hemos visto, entre las aportaciones hechas encontramos factores biológicos, socio-económicos o relacionales para explicar cómo las experiencias adversas dan lugar a la enfermedad y problemas psicológicos.

En esta tesis se han analizado algunas de ellas para conocer su papel en la relación entre la adversidad infantil y resultados en la calidad de vida en adultos. Partiendo de la

consideración de las experiencias adversas en la infancia como el contexto en el que se genera el sufrimiento que conduce al malestar, nuestro objetivo es aproximarnos a los mecanismos que explican las estrategias que se ponen en funcionamiento para hacerle frente. Nuestro interés en esta investigación gira alrededor de la funcionalidad o disfuncionalidad de las estrategias (regulación de emociones, estilos de afrontamiento, preferencias relacionales) y cómo condicionan la calidad de vida adulta. A estos efectos, nuestra interpretación se aleja de la explicación basada en la causalidad físico-química, que no consideramos útil para explicar la disfunción psíquica (Ezama, Fontanil. y Alonso, 2017; Johnstone y Boyle, 2018a,b). Lo mismo sucede con la relación entre el malestar psicológico y enfermedad mediada por mecanismos de afrontamiento como vías intermedias. Ambos modelos plantean la causalidad entre variables sin que se den las condiciones necesarias y/o suficientes para la presencia del siguiente paso (p. ej., causalidad físico-química entre ACEs y disfunción psíquica), estableciendo saltos entre relaciones que se encuentran en planos distintos.

En la búsqueda de mecanismos que simplifiquen la trayectoria que une la adversidad y las disfunciones planteamos un esquema comprensivo que incorpore una visión más funcional de los problemas, entendidos como fracasos en el logro de metas y no como alteraciones. Utilizando la conocida imagen podríamos decir que lo que marca el paso de las ACEs a la disfunción son las estrategias que utilizamos y los fracasos que las acompañan.

**Figura 7.**  
*Conexión de estratos por las estrategias de afrontamiento*



*Nota.* Elaboración propia

### **3.7. RESUMEN**

Los hallazgos del ACE Study han mostrado que las experiencias traumáticas durante la infancia y adolescencia son más frecuentes de lo que se cree y se relacionan de forma estrecha con resultados, décadas después, en el estado de salud de las personas que los han sufrido. Sugieren también que estas experiencias son un factor de riesgo para algunas de las principales causas de enfermedad y muerte, así como de una pobre calidad de vida. El estudio resalta la importancia de comprender cómo algunos de los peores problemas de salud y sociales están asociados a las experiencias adversas en la infancia y cómo darse cuenta de esta conexión mejora los esfuerzos en la prevención.

Este estudio aporta un nuevo paradigma para la comprensión y la práctica en la salud y servicios sociales que implica una evaluación biopsicosocial de los pacientes. Se considera un enfoque beneficioso tanto para las personas que padecen problemas de salud como para los sistemas de atención a la salud. Señalan las resistencias que se observan desde el ámbito médico a la aceptación de este modelo y reconocen la necesidad de una planificación para su uso más generalizado, así como la necesidad y viabilidad de llevarlo a cabo.

Todos estos efectos adversos se han relacionado, además, con otras consecuencias negativas a nivel social y económico, como el incremento de los gastos sanitarios, tratamientos de salud mental y servicios sociales y de protección de menores ya que uno de los factores de riesgo para sufrir maltrato es que los progenitores o cuidadores tengan antecedentes personales de maltrato o negligencia en la infancia.

Parte de nuestro objetivo en esta tesis ha sido evaluar el impacto de las experiencias adversas para determinar su incidencia en la muestra y analizar su relación con otras variables que también encontramos en las investigaciones revisadas y que describiremos en los siguientes capítulos.

## **4. CALIDAD DE VIDA**

### **4.1. CONCEPTO Y DEFINICIONES**

El concepto de *calidad de vida* ha sido ampliamente investigado y aplicado en diversos campos como la salud, la educación y los servicios sociales, entre otros. Se ha definido desde diferentes enfoques y teniendo en cuenta factores transculturales e individuales

dispares, por lo que las definiciones encontradas son variadas y, aunque ha habido muchos avances hacia un consenso, no se concluye una que sea de uso común.

Así, Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) en una revisión teórica del concepto aluden a esta multiplicidad de perspectivas sobre el término, su evolución histórica, a cómo se ha ido desligando de otros constructos (bienestar, condiciones de vida, satisfacción, etc.) y se ha ido desarrollando de manera diversa tendiendo a una definición global caracterizada por la multidimensionalidad y la importancia de la valoración que hace la persona de su calidad de vida. En su revisión incluyen un compendio de definiciones de diferentes autores donde se puede observar esta pluralidad de enfoques y que se recoge en el Cuadro 2.

Igualmente, otros organismos o instituciones han desarrollado estándares para la definición y medición de la calidad de vida. Por ejemplo, desde la Organización de Naciones Unidas, a través del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) se propone el Índice de Desarrollo Humano (IDH) que incorpora indicadores como la esperanza de vida, el nivel educativo o criterios económicos como el PIB per cápita. Otra propuesta internacional es la que se hace desde la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) que crea el “better life index” o “índice para una vida mejor” para comparar el bienestar de distintos países miembros basándose en once temas que esta organización ha identificado como esenciales para las condiciones materiales y la calidad de vida, entre ellos los ingresos, el empleo, la educación, la salud, la satisfacción o el balance vida-trabajo. En España, el Instituto Nacional de Estadística (INE) aporta un modelo de medición del progreso y bienestar de nueve dimensiones (condiciones materiales, trabajo, salud, educación, relaciones sociales, seguridad, gobernanza y participación, entorno y bienestar subjetivo) con los que proporcionar una visión más amplia de los aspectos sociales, de bienestar y sostenibilidad asociados a la calidad de vida (INE, 2019).

## Cuadro 2..

### *Diversas definiciones para el concepto de calidad de vida*

Referencia	Definición propuesta
Ferrans (1990b)	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
Shaw (1997)	Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$ , en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida.
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
Bigelow et al. (1991)	Evaluación donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva del bienestar.
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar...medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
Martin & Stockler (1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
Opong et al. (1987)	Condiciones de vida o experiencia de vida.

*Nota.* Tomado de Urzúa y Caqueo-Urizar (2012).

Estas propuestas se apoyan en clasificaciones multidimensionales de los criterios de calidad de vida que, como veremos, son de uso frecuente y ampliamente aceptados desde diferentes ámbitos.

En esta aproximación a la definición del término contamos también con la propuesta de la Organización Mundial de la Salud, que define la calidad de vida como “la percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones” y lo considera un concepto extenso que incorpora un amplio rango de aspectos de la persona como la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y las características del entorno (OMS, 1994; WHOQOL Group, 1995). Este organismo internacional justifica el uso de esta definición por su visión subjetiva de la calidad de vida, es decir, se refiere a una evaluación personal integrada en un contexto socio cultural determinado. Por tanto, el término no puede ser equiparado a otros como “estado de salud”, “estilo de vida”, “satisfacción vital”, “estado mental” o “bienestar”. Al poner el foco en la calidad de vida “percibida” no se espera que proporcione una medida de los síntomas, enfermedades, condiciones de salud o discapacidad sino más bien los efectos percibidos de las condiciones de salud y otros factores en la



vida de las personas. Sería, por tanto, un concepto multidimensional que incorpora la percepción individual del estado de salud, estatus psicosocial y otros aspectos (WHOQOL Group, 1995).

Podemos añadir que la idea de calidad de vida ha estado estrechamente ligada a la de salud. Vemos que el concepto de calidad de vida de la OMS es coherente con la definición de salud de la misma organización, que incorpora las áreas física, psicológica, grado de independencia, relaciones sociales, entorno y espiritual (OMS, 1997). Más adelante profundizaremos en las dimensiones de calidad de vida relacionadas con la salud.

La definición de la OMS, como vemos, incorpora dos aspectos importantes para la construcción del concepto: la percepción personal y la multidimensionalidad. Veamos brevemente cada una de estas características.

Aunque la mayoría de las definiciones más clásicas del concepto pusieron el foco en condiciones externas y cuantitativas como las variables socioeconómicas, la salud, la vivienda o el empleo, posteriormente comienza a vincularse a aspectos personales ligados a la percepción de los propios sujetos sobre las circunstancias de su vida. Esta consideración del carácter subjetivo de la percepción de la calidad de vida es clave en muchas definiciones del término. De hecho, se considera el bienestar subjetivo como una de las aportaciones relevantes de la psicología a la definición (Argyle, 1993). Autores como Campbell, Converse y Rogers (1976) o Edgerton (1996) plantearon que los análisis sobre calidad de vida debían incorporar indicadores objetivos y subjetivos y tener en cuenta la relación entre ambos. Felce y Perry (1995) aportan a este tema una tercera dimensión integradora: los valores personales y las expectativas. Progresivamente se va incorporando una visión más subjetiva junto con las descripciones objetivas de las condiciones de vida.

Otro de los planteamientos que ofrece una definición operativa del término es el modelo comprehensivo u homeostático de Cummins, que permite evaluar la calidad de vida a través de una doble perspectiva. Este autor plantea que la calidad de vida es objetiva y subjetiva, siendo los componentes objetivos medidas culturalmente relevantes y los subjetivos incluyen la satisfacción con distintos ámbitos de la vida según el peso e importancia atribuidos por la persona (Cummins, 2000; Cummins y Cahill, 2000). Desde este modelo integrador se tiene en consideración de manera especial la percepción del bienestar de la propia persona teniendo en cuenta el *factor de importancia*, es decir, el valor que se concede a cada dimensión y no solo su beneficio objetivo o la satisfacción que produce. Esto implica que la experiencia subjetiva (emociones, personalidad, componentes cognitivos) se

mantenga bastante estable pese a los cambios en los factores contextuales y sociales; esto puede cambiar si se da un acontecimiento ambiental suficientemente intenso para cambiar el control homeostático presente.

Igualmente, otras aproximaciones teóricas plantean que el concepto y su medición no pueden ser independientes de las normas culturales, pero tampoco de las expectativas personales y los valores subjetivos, como el modelo de Schalock y Verdugo (Schalock y Verdugo, 2002; 2016).

Por tanto, si bien se plantean ciertas dificultades para la evaluación de los factores subjetivos, se concluye que no es posible una adecuada formulación o valoración de la calidad de vida sin incorporar las percepciones del sujeto sobre sus propias experiencias vitales.

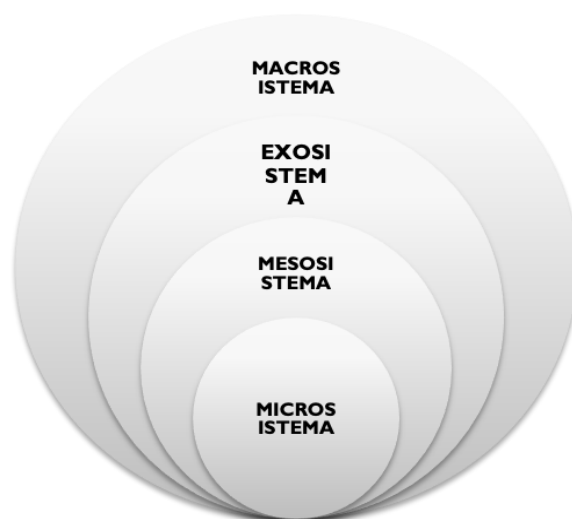
Respecto a su carácter multidimensional, en la búsqueda de un consenso sobre el concepto diversos investigadores optan por operacionalizarlo en áreas o factores centrales mediante los que evaluarlo y definirlo. La investigación y debate sobre las dimensiones e indicadores que definen la calidad de vida se inicia ya con los trabajos de Campbell et al. de 1976 y posteriormente otros autores han aportado nuevas dimensiones básicas de bienestar personal como criterio de definición. Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1997) también se plantean unas dimensiones, coincidentes en algunos casos con las indicadas por otros investigadores: salud física, psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, entorno y espiritualidad, religión y creencias personales. En esta línea, Schalock y Verdugo (2002; 2016) plantean no definir el concepto sino señalar dimensiones, indicadores y principios que establezcan cómo entenderlo, considerando las dimensiones básicas de la calidad de vida como “un conjunto de factores que componen el bienestar personal” y los indicadores centrales de calidad de vida como “percepciones, conductas o condiciones específicas de las dimensiones de calidad de vida que reflejan el bienestar de una persona” (Schalock y Verdugo, 2016, p. 34). Schalock elabora una lista de ocho dimensiones básicas: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Tanto la clasificación de la OMS como la del citado autor guardan similitud con las propuestas por otros como Flanigan (1982), Cummins (1996) o Felce (1997) (en Schalock y Verdugo, 2016).

Esta clasificación por dimensiones tiene como uno de sus objetivos desarticular la controversia, considerada en algunos casos artificial, entre elementos subjetivos y objetivos

y lograr un consenso en las dimensiones e indicadores que son fundamentales para definir la calidad de vida. También permite establecer modelos de evaluación basados en indicadores estandarizados.

En un paso más allá en la línea de unificar criterios y aportar claridad al concepto Schalock y Verdugo (2016) se proponen incluir también una visión ecológica que permita hacer un análisis de la calidad de vida desde los múltiples sistemas en los que las personas se desarrollan. Entienden que la evolución de las personas se produce en el ambiente natural (“ecológico”) con el que interaccionan y al que se acomodan de forma activa y que este contexto es cambiante. Inspirándose en Bronfenbrenner (1987) distinguen niveles o sistemas que establecen relaciones entre sí e influyen directa e indirectamente en el desarrollo de los individuos. Los niveles que distinguen estos autores y que, pese a la identidad de los términos no se corresponden con las definiciones de Bronfenbrenner (1987), son microsistema (entorno inmediato de la persona), mesosistema (grupos, comunidad, etc.), el exosistema (sistemas sociales más amplios) y el macrosistema (valores, marcos culturales, socio-políticos, etc.).

**Figura 8.**  
*Estructuras del modelo ecológico*



*Nota.* Adaptado de Bronfenbrenner (1987).

Como parte del entorno en que se desarrollan las personas, estos niveles afectan también a la calidad de vida y desde una perspectiva ecológica se defiende la necesidad de incluir dimensiones e indicadores de calidad de vida que reflejen estos sistemas. Así, a tra-

vés de tres de los citados niveles de análisis (micro, meso y macro) se distinguen indicadores de calidad de vida en función de ocho dimensiones que describe Schalock y que detallaremos más adelante (Schalock y Verdugo, 2016).

En definitiva, el modelo ecológico o sistémico aporta una visión sobre los factores contextuales de diferentes niveles que afectan a la calidad de vida necesaria para incluir la complejidad que supone el análisis y medición de este constructo.

Vemos, por tanto, que el concepto se construye desde múltiples aproximaciones, muchas de ellas con similitudes. Diversos investigadores del tema han tratado de sintetizar las múltiples definiciones en la búsqueda de los factores comunes. Gómez-Vela y Sabeh (2001) recopilan propuestas de diferentes autores y concluyen que las definiciones de calidad de vida se han elaborado en torno a cuatro perspectivas: 1) la calidad de las condiciones objetivas de vida; 2) la satisfacción del individuo de sus condiciones de vida; 3) la combinación de las condiciones objetivas de vida junto con la satisfacción experimentada; y 4) las condiciones objetivas junto con la satisfacción personal más los valores personales (Gómez-Vela y Sabeh, 2001). En la revisión realizada por Verdugo, Sainz, Gómez y Gómez (2009) se aporta una visión de los diferentes modelos explicativos y teorías además de un recorrido por los principios de la evaluación de la calidad de vida donde aluden a varios que caracterizan los enfoques actuales: la naturaleza multidimensional, el pluralismo metodológico, el uso de diseños de investigación multivariada, la incorporación de la perspectiva sistémica y la creciente participación de los consumidores en la investigación y evaluación de la calidad de vida (Verdugo et al., 2009).

En la misma línea de construir un criterio común y operativo tanto en la definición como en la evaluación de la calidad de vida, desde la OMS se creó el Grupo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) formado por personas expertas procedentes de múltiples países con los objetivos de ahondar en la conceptualización sobre el término, establecer unos criterios consensuados para darle unidad y proporcionar medidas de la calidad de vida subjetiva con validez intercultural. También se pretendía que los resultados permitieran una mejora en la calidad de la atención a las personas, la optimización de recursos y una visión de la salud más allá de la enfermedad, la discapacidad o los síntomas

### Cuadro 3.

*Enfoque ecológico: indicadores prototípicos de calidad de vida*

	<b>Bienestar emocional</b>	<b>Relaciones interpersonales</b>	<b>Bienestar material</b>	<b>Desarrollo personal</b>	<b>Bienestar físico</b>	<b>Autodeterminación</b>	<b>Inclusión social</b>	<b>Derechos</b>
<b>Macrosistema (indicadores sociales)</b>	Libertad religiosa Vida familiar Legislación	Seguridad pública	Ayuda económica (Seguridad Social) Legislación sobre rehabilitación profesional Nivel ocio-económico	Legislación sobre igualdad de oportunidades Legislación/financiación sobre rehabilitación educativa Estadísticas educativas	Estadísticas sobre vivienda Seguro de salud	Leyes sobre tutores legales Capacitación del consumidor	Leyes sobre espacios reservados para personas con minusvalía	Leyes públicas (e.g. Ley sobre educación de personas con discapacidad – IDEA, Ley sobre americanos con discapacidad - ADA-, Ley sobre derechos civiles Legislación sobre derechos humanos
<b>Mesosistema (evaluación funcional)</b>	Seguridad Ausencia de estrés Libertad de culto Apoyos	Interacciones Vida familiar Afectos Pertenencia a un grupo Apoyos sociales Estado civil	Propiedades Oportunidades de empleo Empleo con apoyo protegido	Planificación centrada en la persona Oportunidades de mejora Oportunidades de desarrollo Programas educativos y rehabilitadores Tecnología aumentativa	Atención sanitaria Rehabilitación física Alimentación y nutrición Ocio y tiempo libre	Oportunidades para la elección/toma de decisiones Posibilidad de elección/control personal Planificación centrada en la persona	Acceso a la comunidad Entornos libres de barreras Entornos normalizados e integrados Oportunidades para la participación en la comunidad Aceptación social Transporte Roles Apoyos en la comunidad	Autocontrol y responsabilidad Políticas de protección y defensa Procesos legales Acceso Defensa entrenamiento y desarrollo de la autodefensa
<b>Microsistema (valoración personal)</b>	Autoconcepto Felicidad Espiritualidad Alegría Satisfacción Sentimiento de bienestar Estado de salud mental	Amistad Intimidad	Pertenencias Ingresos/salario Ahorros Inversiones Nivel de vida	Nivel educativo Habilidades conductuales adaptativas Habilidades en actividades de la vida diaria Actividades instrumentales de vida diaria Competencia personal	Estado de salud Estado nutricional Movilidad	Autonomía auto-dirección Control personal Preferencia Elecciones	Participación en actividades en la comunidad Círculo de amigos Oportunidades de acceso/participación Apoyos naturales Roles sociales Aceptados	Voto Privacidad Autodeterminación Propiedades Valores personales Sentido de la dignidad Libertad personal

*Nota.* Recuperado de Schalock y Verdugo, 2016 p. 38.

(WHOQOL Assessment Group, 1996). Sobre estas bases teóricas se construye el instrumento de Calidad de Vida de la OMS, WHOQOL-100 (1991) y posteriormente la versión reducida, WHOQOL Brief (1994), desarrollados de manera simultánea en diversas culturas y cuyos criterios han sido ampliamente aceptados para la investigación (WHOQOL Group, 1995). Surgen así instrumentos que incluyen valores tanto subjetivos como objetivos, fiables, validados y basados en grandes dimensiones. El Grupo WHOQOL alcanza unos puntos de consenso respecto a cómo deben ser las medidas de la calidad de vida referida a la salud concluyendo que han de ser subjetivos, es decir, recoger la percepción de la persona, multidimensionales incluyendo los niveles físico, emocional, social, interpersonal, etc., incluir sentimientos positivos y negativos y registrar la variabilidad del tiempo, esto es, la etapa vital en que se encuentra la persona (WHOQOL Group, 1995). En las últimas décadas se han ido desarrollando otros modelos de medición, mucho de ellos basados en dimensiones, aunque al igual que en la definición del propio término la variedad es amplia y no se ha establecido un consenso.

En definitiva, el término va consolidándose e incorporando en mayor medida esta consideración subjetiva y multidimensional que ha facilitado el desarrollo de instrumentos de medida de la calidad de vida que permiten operacionalizar el término y establecer modelos que explican y predicen mejor las condiciones de calidad de vida.

## **4.2. DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA: SALUD FÍSICA Y SALUD MENTAL.**

Como ya hemos señalado, el análisis de la calidad de vida teniendo en cuenta las dimensiones que la componen es comúnmente aceptado y su uso extendido, por lo que haremos uso de este criterio dimensional para distinguir algunas variables que serán objeto de nuestro estudio.

Schalock y Verdugo (2016) recogen, procedente de la bibliografía revisada, una serie de dimensiones centrales de la calidad de vida centrados en la persona (análisis del microsistema) y los indicadores correspondientes.

#### Cuadro 4.

#### Indicadores y descriptores por dimensiones centrales de Calidad de Vida

1 .Bienestar físico	2 Bienestar emocional	3 Relaciones interpersonales		5. Desarrollo personal	6. Bienestar material	7. Autodeterminación	8 Derechos
Salud Funcionamiento físico Síntomas de enfermedad Molestia / dolor físico Forma física Energía/ vitalidad Estado nutricional Medicación Habilidades sensoriales Actividades de la vida diaria Comida Transferencias Movilidad Aseo Vestido Atención sanitaria Disponibilidad Efectividad Satisfacción Ocio Recreo Aficiones Oportunidades Creatividad	Alegría Satisfacción (actividades de la vida) Humor (frustración, feliz, triste) Funcionamiento físico y/o mental Placer, disfrute Autoconcepto Identidad Valía personal Autoestima Imagen corporal Ausencia de estrés Entorno seguro Entorno predecible y seguro Mecanismos de afrontamiento/ manejo de estrés	Interacciones Redes sociales Contactos sociales Vida social Relaciones Familia Amigos Iguales Apoyos Emocional Físico Económico <i>Feedback</i>	Integración y participación en la comunidad Acceso Presencia Implicación Aceptación Roles comunitarios Colaborador Estilo de vida Interdependencia Apoyos sociales Red de apoyos Servicios	Educación Actividades Logros Nivel educativo Satisfacción Competencia personal Cognitiva Social Práctica Desempeño Éxito/logro Productividad Mejora/desarrollo personal Creatividad/expresión personal	Estado financiero Ingresos Seguridad financiera Ayudas Empleo Situación ocupacional Situación laboral (jornada completa, parcial) Entorno de trabajo Oportunidades de promoción Vivienda Tipo de residencia Propiedad Confort	Autonomía/control personal Independencia Autodirección Autosuficiencia Metas y valores personales Esperanzas/deseos/ambiciones Expectativas Creencias Intereses Elecciones Oportunidades Opciones Preferencias Prioridades	Humanos Respeto Dignidad Igualdad Legales Ciudadanía Acceso Justicia

Nota: Recuperado de Schalock y Verdugo, 2016, pp. 204-206.

Algunos de los descriptores de las dimensiones de *bienestar físico*, *bienestar emocional*, *relaciones interpersonales*, *inclusión social* y *bienestar material* constituyen una parte importante de las variables que han sido objeto de estudio en esta Tesis, ya sea a través de instrumentos directos de valoración de la calidad de vida como otros que evalúan estos criterios mediante otras medidas. La dimensión *bienestar material*, que incluye factores económicos, laborales y materiales, es un indicador objetivo que ha sido tenido en cuenta al evaluar la variable “vulnerabilidad social”.

A continuación, describiremos algunas de las dimensiones que son centrales en la calidad de vida y son variables de interés para nuestro estudio: la salud física y la salud mental, para posteriormente hacer un acercamiento teórico a la relación entre la calidad de vida y las experiencias adversas en la infancia.

#### **4.2.1. SALUD FÍSICA Y ACEs**

La distinción de dos apartados diferenciados, uno para la salud física y otro para la salud mental, atiende únicamente a establecer una correspondencia con las dimensiones que se distinguen en las definiciones de calidad de vida que hemos utilizado y no a la consideración de la salud como un sumatorio de componentes fisiológicos y psicológicos. Esta distinción está resultando cada vez menos útil para entender el funcionamiento óptimo o disfuncional de las personas por lo que, aunque serán abordados de forma separada, optamos por entender la salud como un elemento integral.

Desde esta perspectiva, un estado de salud aceptable supone un factor positivo para la calidad de vida mientras que la enfermedad implica una amenaza para el bienestar en tanto que conlleva la necesidad de adaptarse a cambios y posibles pérdidas (de calidad de vida, de actividades, de relaciones o de la propia vida). El estado de salud de una persona tiene una repercusión directa en todos los ámbitos de su vida y un deterioro en la salud supondrá cambios en las tareas evolutivas a las que las personas se enfrentan en cada momento del ciclo vital.

Uno de los factores más relevantes sobre los que se sustenta la calidad de vida es, pues, la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define en el Preámbulo de su Constitución *estado de salud* como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedad” (OMS, 1948). Esta definición fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional y no ha sido modificada desde 1948 y aunque ha sido cuestionada, es de uso común. Por tanto, la consideración de la salud como



parte de los procesos que influyen en el bienestar de las personas es una perspectiva comúnmente aceptada.

Desde este punto de vista, la salud física es un indicador más de calidad de vida donde también se pueden distinguir elementos objetivos y subjetivos y la percepción personal sobre las condiciones de salud influye considerablemente en la consideración del bienestar subjetivo.

Tal es la vinculación entre ambos conceptos que en muchos casos se alude al de “calidad de vida relacionada con la salud” o CVRS como medida del estado de salud llegando en algunos casos a considerarse una parte de la calidad de vida general y en otros un sinónimo de esta. Sin embargo, y pese a otros dilemas que han surgido respecto al término, el significado más aceptado es el de medida de la percepción del paciente sobre su nivel de bienestar (Urzúa, 2010). Incluso en algunas clasificaciones elaboradas para establecer un modelo operacional válido de la calidad de vida uno de los que se ha distinguido es el de calidad de vida relacionada con la salud, junto a otros como la calidad de vida centrada en la persona, la familiar o la relacionada con la vejez (Verdugo et al., 2009).

En este apartado nos centraremos expresamente en la vertiente orgánica de la salud, es decir, aquellos procesos que afectan a los componentes fisiológicos. También tendremos en cuenta cómo se han ido relacionando las experiencias adversas con estos daños en la salud produciendo a su vez un menoscabo en la calidad de vida.

La evidencia de la asociación entre condiciones de vida y salud física es uno de los aspectos más destacados del ACE Study (Felitti y col., 1998), a raíz de los datos obtenidos sobre el enorme impacto de las experiencias traumáticas durante la infancia y adolescencia en la salud física de las personas adultas y cómo estas experiencias se relacionan con las principales causas de muerte. Como ya señalamos, este estudio se realizó en el contexto médico y los datos sobre el estado de salud de los participantes fueron evaluados con gran interés. Recordemos que los principales hallazgos se relacionaron con enfermedades del corazón, enfermedades pulmonares, cáncer o menor esperanza de vida. En los resultados originales del ACE Study se señala incluso que el 50% de probabilidad mayor que tienen las mujeres de haber experimentado 5 o más categorías de ACEs se relaciona con lo que en la epidemiología convencional se observa como una tendencia de estas a padecer problemas inespecíficos de salud como fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, obesidad, síndrome de colon irritable o síndromes dolorosos (Felitti y Anda, 2008).

A partir de estas investigaciones pioneras otras muy numerosas han corroborado esta relación como ya hemos visto en apartados anteriores. Esta correspondencia está presente en investigaciones que versan tanto sobre la constatación de los efectos directos en la salud (Sachs-Ericsson et al., 2009; Norman et al., 2012; Bellis et al., 2013; Hughes et al., 2017; Johnson et al., 2017) como sobre las conductas de riesgo que afectan a la salud (Dube et al., 2003) o la investigación de las variables que median entre experiencias adversas y resultados de salud (Kendall-Tackett, 2002; Kendall-Tackett y Klest, 2009; Danese y McEwen, 2012; Min et al., 2013; Bick y Nelson, 2016, Widom et al., 2018).

Es por tanto evidente el impacto en cuanto a la enfermedad orgánica producida por las adversidades, sin embargo, preferimos entender la salud física como algo vinculado y no ajeno a las metas que las personas establecen para su adaptación y desarrollo y a las estrategias que usan para conseguirlo. Incluso el propio concepto de calidad de vida ha evolucionado desde modelos más biomédicos basados en la enfermedad y el tratamiento hacia visiones más integrales que incluyen elementos diversos interrelacionados. Entre estos elementos se incluyen las expectativas de los sujetos o las normas sociales, que no necesariamente han de coincidir con lo que a nivel orgánico es deseable para el bienestar de una persona. Otros enfoques de investigación sobre salud de los que trataremos más adelante se centran también en esta cuestión del papel de la organicidad en los procesos psicológicos y, por extensión, en la disfunción psíquica. Desde estas perspectivas la enfermedad somática no se desvincula de los factores psicológicos, aunque no se ubiquen en similares planos explicativos. El modelo explicativo que se propondrá en esta investigación es funcional e incluye los propósitos que mueven a las personas y que involucran también a los procesos fisiológicos que subyacen a toda actividad del organismo y que producen cambios y daños orgánicos.

En definitiva, en esta investigación hemos tenido en cuenta la calidad de vida física percibida como una de las variables que se observan y hemos analizado qué otras variables influyen en las correlaciones con otras variables como la presencia de experiencias adversas en la infancia y la calidad de vida en otras vertientes como la salud mental, a la que nos referiremos a continuación.

#### **4.2.2. SALUD MENTAL**

Como ya señalamos, a pesar del uso habitual de la distinción entre salud física y mental, existe un consenso a la hora de considerar todas las manifestaciones de salud como parte

integral del bienestar de una persona. Respecto a la denominada buena salud mental, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la relaciona con el bienestar mental y psicológico, con la prevención de los trastornos mentales, la promoción de los derechos humanos y la atención de las personas que puedan sufrir estos problemas. Sin embargo, la propia organización señala que la salud mental es algo más que la ausencia de trastornos mentales y que está determinada, entre otros, por factores socioeconómicos.

Según esta definición son señales de buena salud mental el estado de bienestar en que la persona “realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad”, que implica las capacidades de “pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida” (OMS, 2018). Por tanto, la salud mental se entiende como un componente esencial para el bienestar individual y el funcionamiento eficaz de la comunidad que debe protegerse, promoverse y restablecerse cuando sea necesario para el beneficio de toda la sociedad.

Entre los determinantes de la salud mental que señala la OMS están los factores socioeconómicos, psicológicos y biológicos. En los sociales y económicos se incluyen algunos como las condiciones de trabajo estresantes, la discriminación de género, la exclusión social, los modos de vida poco saludables, los riesgos de violencia, la mala salud física y las violaciones de los derechos humanos. Se alude también a los determinantes de personalidad y psicológicos específicos, que serían aquellos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales. Finalmente, se considera que en el origen de los trastornos mentales también están causas de carácter biológico como factores genéticos o desequilibrios bioquímicos cerebrales.

En su valoración de las acciones que contribuyen a mejorar la salud mental de las personas destacan el respeto y la protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales que se consideran básicos para las condiciones de seguridad y libertad que requiere una buena salud mental. Estas acciones se implementan a través de políticas específicas de promoción de la salud que se concretan en estrategias intersectoriales y medidas destinadas, entre otras, a intervenir de manera precoz con la infancia creando entornos estables, saludables, seguros y donde reciban los aprendizajes, estímulo y apoyo necesarios para su desarrollo, programas dirigidos a grupos vulnerables para la reducción de la pobreza y la protección social u otros destinados a prevenir la violencia.

Estas medidas prestan especial atención a las personas que padecen algún tipo de problema de salud mental y se centran en intervenciones que han mostrado evidencias de eficiencia y una buena relación costo-eficacia, entre las que se incluyen tratamientos psicoterapéuticos, psicosociales y farmacológicos, medidas específicas para la prevención del suicidio, para la promoción de la salud mental infantil y para los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Estas medidas se recogen en los planes de acción aprobados por los estados miembros de la OMS.

Como vemos, tanto la construcción y definición del problema como las soluciones que se plantean pasan por asumir el impacto de lo comunitario en la salud de las personas. Tanto la protección como la promoción de la salud y los derechos humanos se entienden como el producto del fomento de la participación social y se destaca el papel central de la atención comunitaria.

Esta perspectiva nos permite ubicar la denominada salud mental donde resulta más viable explicarla: en lo colectivo. Las acciones y el sentir individuales, su reflejo en el organismo y las narrativas que se construyen alrededor de estas, incluidas las que aluden a actividades que dan lugar a fracasos y riesgos para la salud, han de entenderse desde el enfoque de la propositividad y la intencionalidad respecto a objetivos que involucran a otros sujetos. Reconocer el papel activo de las personas en la aparición de la disfunción y el carácter interpersonal de la psicopatología conlleva descartar la consideración de los problemas de salud mental como enfermedades de origen orgánico tal y como se definen desde los modelos bio-médicos.

Entendida así, la reiteración de lo “indeseable”, la disfunción, no se explica por elementos estructurales del organismo o personalidad del individuo sino por el mantenimiento de una configuración de conflictos interpersonales en que se producen fracasos de manera repetida. Por contra, la salud mental equivaldría a la preservación de una situación deseable y la ausencia de estos fracasos (Gómez-Fontanil y Coto-Ezama, 1986).

#### **4.2.2.1. LAS MANIFESTACIONES DE DISFUNCIÓN PSÍQUICA**

Este planteamiento nos sitúa ante la necesidad de concebir los problemas psicológicos como el producto de la actividad psíquica de sujetos agentes de esos problemas más que equiparlos a una enfermedad donde el individuo es un objeto pasivo que padece unos síntomas asociados a un trastorno. Asimismo, se asume que la relación que se establece entre lo orgánico y lo psicológico se basa en un criterio funcional donde las actividades están destinadas a

lograr unos propósitos mediante una serie de estrategias adquiridas y empleadas en la relación con otros sujetos.

Este enfoque es coherente con las aportaciones de la psicopatología del desarrollo, que explica las alteraciones psicológicas desde un modelo que describe tanto el desarrollo normal como el disfuncional, asumiendo que ambos comparten los mecanismos por los que tiene lugar la evolución de los individuos y la adaptación más o menos eficaz a su medio. Esta disciplina nos muestra cómo a lo largo del ciclo vital el proceso evolutivo se da mediante la adaptación de los individuos a sus ambientes y donde cada una de estas adaptaciones proporciona la base para la siguiente. Sin embargo, cuando se producen desajustes en la relación transaccional entre el sujeto y su contexto, lo que ocurre como consecuencia de múltiples factores, se da un alejamiento del desarrollo normal que puede producir fracasos en el desarrollo de funciones específicas o de procesos regulatorios básicos. En definitiva, la psicopatología es explicada como trayectorias o rutas desviadas en el desarrollo producto de influencias causales diversas (Toth y Cicchetti, 2013; Cicchetti y Toth, 2015; 2016).

El enfoque contextual y del desarrollo permite analizar cómo se producen las disfunciones psíquicas desde las primeras etapas del desarrollo, entendidas como el producto de desajustes relacionales en etapas en que el logro de metas dependerá, en mayor medida, de las estrategias de los adultos.

Este carácter interpersonal de la psicopatología se relaciona con la idea de que la interacción está incorporada en la construcción psicológica del individuo y de la misma manera, la psicopatología se concibe como problemas interaccionales incluso cuando las manifestaciones de disfunción se presentan en una sola persona (Ezama, Fontanil y Alonso, 2017).

Desde una perspectiva sistémica de la psicopatología, la disfunción psíquica se explica por la aparición de fracasos en las tareas evolutivas correspondientes a cada etapa del ciclo vital que producen fracasos en otras tareas del desarrollo que, a su vez, comprometen nuevos aprendizajes y el logro de otras metas. Estos fracasos o éxitos en las tareas vitales se obtienen a través de las estrategias que se ponen en marcha para conseguirlos y los fracasos repetidos y que involucran a más metas relacionadas entre sí darán lugar a los problemas de salud mental. Lo que en el ámbito de la psicopatología se conoce como síntomas equivaldría, desde este enfoque, al término *queja*, concepto tomado de De Shazer (1990), y que hace referencia al malestar, a los acontecimientos no deseados que son motivos por los que se solicita

un cambio o mejoría. Las quejas se vinculan con las actividades de los sujetos que contribuyen a producirlos e implican una acción comunicativa, el juicio y la valoración del emisor (Ezama, Alonso y Fontanil, 2010; Ezama et al., 2017).

Otra cuestión relevante en esta formulación sistémica es el papel de la organicidad, es decir, de los correlatos fisiológicos de los procesos psicológicos y la disfunción psíquica. Si bien se pretende no establecer un modelo explicativo basado en la enfermedad entendida como una afectación somática, esto no puede llevar a pensar que los factores fisiológicos son ajenos a los psicológicos, aunque tampoco podemos situarlos en el mismo plano explicativo. Por consiguiente, lo pertinente en este tema no es la determinación de cuál de estos factores es causa del otro sino asumir que la relación que existe es funcional, con una utilidad marcada por los fines a los que se destine la estrategia, que a su vez implica unos cambios en la fisiología. En definitiva, todas las actividades de un organismo exitosas o fracasadas conllevan cambios fisiológicos; los procesos fisiológicos que identifican en las actividades consideradas como alteradas o disfuncionales no son diferentes de los que hay en las actividades deseables. La fisiología forma parte de las herramientas que hacen posible la acción y esta a su vez transforma lo orgánico (Ezama et al., 2010; 2017).

Otros modelos han tratado de conceptualizar los problemas de salud mental en términos similares, donde los patrones de respuesta de las personas no son considerados patológicos sino estrategias disfuncionales en otras tareas, pero adaptativas a ciertas condiciones del contexto y donde los sujetos tienen un papel activo. Además, eluden las explicaciones reduccionistas de corte biologicista y causales y promueven intervenciones que ponen el peso en las relaciones.

Uno de los proyectos más alentadores respecto a un cambio en el paradigma de la comprensión de la salud mental es el denominado *Power Threat Meaning Framework* o Marco de Poder, Amenaza y Significado (PAS), promovido desde la División de Psicología Clínica de la Sociedad Británica de Psicología (DCP) y elaborado con la colaboración de profesionales de la salud mental y otros ámbitos y personas afectadas por problemas de salud mental.

Los principios que se plantean parten de la idea de que en la actualidad existe una crisis profunda en los sistemas de atención en salud mental que en gran parte se asocia a los sistemas diagnósticos al uso y sus limitaciones conceptuales y empíricas para definir condiciones psicopatológicas específicas con validez y fiabilidad, para proporcionar intervenciones

eficaces e, incluso, por los perjuicios que acarrea su utilización (p. ej. estigmatización, patologización y medicalización de múltiples experiencias humanas, etc.).

En parte, la crítica hacia estos sistemas se dirige hacia la visión de que las experiencias emocionales o conductuales disfuncionales son síntomas consecuencia de un trastorno determinado. La alternativa que se presenta desde este marco se basa en comprender cualquier manifestación psicopatológica como formas de responder a cuestiones relacionadas con la historia personal y las condiciones del contexto en que los sujetos se desarrollan. Esta propuesta se concreta en un planteamiento que no pretende ser una nueva clasificación diagnóstica sino un meta-marco conceptual no basado en un modelo de “enfermedad” (Johnstone y Boyle, 2018a) y en un proyecto general donde se definen los conceptos y propuestas alternativos para la práctica desde este enfoque (Johnstone y Boyle, 2018b).

El objetivo del marco PAS es ampliar los enfoques existentes aportando una perspectiva multifactorial y contextual que explique los orígenes, la experiencia y la expresión del sufrimiento emocional y del comportamiento perturbado o perturbador. Algunos de los principios en los que se basa implican cambios en la conceptualización de los problemas psicológicos, centrándose en aspectos del funcionamiento humano como el comportamiento intencional dentro de contextos sociales y relacionales, que han sido desatendidos en marcos teóricos más focalizados en los procesos bioquímicos. Se propone que esta nueva conceptualización se haga dentro de un continuo entre experiencias “normales” y “anormales”, que deben explicarse desde los mismos marcos de comprensión e interpretación. El sufrimiento se entiende como el producto de influencias causales contingentes y sinérgicas por lo que el impacto de estas estará mediado por múltiples factores que pueden modular su efecto. Se evita una explicación causal y simplista de las experiencias y expresiones del sufrimiento emocional como la de atribuir las a la biología o al funcionamiento del cuerpo y se incide en la imposibilidad de separar al individuo de su contexto o aislar a los “trastornos” como elementos ajenos a las condiciones materiales, ambientales, socioeconómicas y culturales. Por tanto, las dificultades emocionales o conductuales se presentan como patrones que son reflejo de los discursos, las normas o las expectativas sociales dominantes, incluidas las percepciones de la persona respecto a sí misma. En este sentido, se insiste en la centralidad del significado, la narrativa y la experiencia subjetiva. Esto conlleva otorgar un estatus equivalente a los métodos de investigación cualitativos y cuantitativos, incluyendo los testimonios de las personas. (Johnstone y Boyle, 2018a).

Los principios señalados conforman las principales características y propósitos del marco que se recogen en el Cuadro 5.

## **Cuadro 5**

### *Principales características y propósitos del Marco PAS*

- 
- Permite la identificación provisional de patrones generales en la expresión y la experiencia del sufrimiento y del comportamiento problemático o perturbador, en oposición a mecanismos causales biológicos o psicológicos específicos vinculados a categorías discretas de los trastornos.
  - Muestra cómo estos patrones de respuesta resultan evidentes en distintas intensidades y en diferentes circunstancias en todas las personas a lo largo de la vida.
  - No presupone «patología», más bien describe los mecanismos de supervivencia y afrontamiento que pueden ser más o menos funcionales en la adaptación a conflictos y adversidades concretas, tanto del pasado como del presente.
  - Integra la influencia de los factores biológicos, genéticos y epigenéticos, y evolutivos en la mediación y la facilitación de estos patrones de respuesta.
  - Integra los factores relacionales, sociales, culturales y materiales que dan forma a la aparición, la persistencia, la experiencia y la expresión de estos patrones.
  - Explica las diferencias culturales en la experiencia y expresión del sufrimiento.
  - Atribuye un papel central al significado personal, que surge de los discursos sociales y culturales, los sistemas de creencias, las condiciones materiales y las posibilidades somáticas.
  - Asigna un rol central a la agencialidad, la capacidad de tener influencia sobre la propia vida dentro de las inevitables limitaciones psicosociales, biológicas y materiales.
  - Reconoce la importancia crucial del contexto relacional, social y político, para decidir lo que se considera una necesidad o una crisis de «salud mental» en cualquier situación dada.
  - Proporciona una base de evidencia para identificar patrones de respuestas de afrontamiento y supervivencia que sirven para documentar las narrativas individuales, familiares y de grupo.
  - Ofrece vías alternativas para llevar a cabo las tareas de los servicios, la administración y la investigación que se asocian a la función del diagnóstico.
  - Sugiere usos alternativos del lenguaje al mismo tiempo que se argumenta que no es posible reemplazar «uno a uno» los términos diagnósticos actuales.
  - Incluye significados e implicaciones para la acción dentro del contexto más extenso de la comunidad, la política social y el contexto político.
- 

*Nota.* Fuente: Johnstone y Boyle, 2018b

Además, entre las preguntas a las que se pretende dar respuesta desde este marco se encuentran algunas referidas a los supuestos teóricos apropiados para comprender el sufrimiento emocional, las experiencias inusuales y las conductas problemáticas y perturbadoras y sobre la relación entre el sufrimiento personal y los contextos sociales, así como el papel de las experiencias personales y los significados que las definen.



Estos principios son el punto de partida de un análisis que focaliza su interés en cuatro áreas de influencia principales relacionadas de alguna manera con la salud mental: la adversidad en la infancia, el género, la “raza” y etnicidad y la clase social y la pobreza. Este interés se apoya en el gran número de evidencias existentes sobre el impacto que un amplio rango de adversidades relacionales y sociales tienen en la salud mental, en contraste con la insuficiencia de resultados que apoyen las teorías sobre los factores biológicos.

El modelo se asienta sobre cuatro aspectos que se relacionan entre sí: el poder, la amenaza, el significado y las respuestas a la amenaza. Los distintos tipos de poder (biológico, coercitivo, legal, material, ideológico, etc.) y un mal uso de estos suponen una amenaza para las personas, causando un sufrimiento que es mediado por la biología. El significado que se asigna, producto de los discursos sociales y culturales, activa respuestas adquiridas y evolutivas destinadas a garantizar la supervivencia emocional, física y relacional. Estas estrategias de afrontamiento habitualmente se categorizan como síntomas psiquiátricos.

Conocer estas cuestiones implica sustituir las tradicionales preguntas sobre el origen y mantenimiento del sufrimiento (¿Qué hay mal en ti?) por otras relacionadas con el poder (¿Qué te ha pasado?), la amenaza (“¿Cómo te afectó?”), el significado (“¿Qué sentido le diste?”) y las respuestas a esta (“¿Qué tuviste que hacer para sobrevivir?”).

A partir de las respuestas se configuran una serie de patrones de rangos de posibles respuestas basados en el significado ante las amenazas que presentan unas regularidades y que se agrupan según sus funciones, relacionadas con recuperar la protección, la estima, pertenecer a un grupo, etc. Por tanto, serán entendidas como estrategias de supervivencia y no síntomas. En el Cuadro 6 podemos ver algunos ejemplos de respuestas a amenazas:

### **Cuadro 6**

#### *Agrupaciones funcionales de las respuestas a las amenazas*

Regulación de los sentimientos abrumadores	P.ej., mediante la disociación, autolesión, recuerdos fragmentados, atracones y purgas, codificación de memoria diferencial, realizar rituales, intelectualización, ánimo elevado o euforia, ánimo bajo, escuchar voces, uso de alcohol y drogas, actividad compulsiva de diversos tipos, atracones, negación, proyección, escisión, desrealización, somatizaciones, insensibilidad corporal.
Protección contra el peligro físico	P.ej., hipervigilancia, insomnio, <i>flashbacks</i> , pesadillas, lucha, huida, congelación, paranoia, aislamiento, agresión.
Mantener una sensación de control	P.ej., auto-inanición, rituales, violencia, dominancia en las relaciones.

Buscar vínculos	P. ej., mediante la idealización, conciliación, búsqueda de atención y respuestas emocionales, uso de la sexualidad.
Protección contra la pérdida del apego, el daño y el abandono	P.ej., mediante el rechazo a los otros, desconfianza, búsqueda de atención y respuestas emocionales, sumisión, autoinculpación, violencia interpersonal, contemporización, apaciguamiento, auto-silenciamiento, autocastigo.
Preservar la identidad, la autoimagen y la autoestima	P.ej., grandiosidad, creencias inusuales, sentirse con derecho, perfeccionismo, insistencia, dominancia, hostilidad, agresión.
Preservar un lugar dentro del grupo social	P.ej., insistencia, competitividad, dominancia, auto-silenciamiento, autoinculpación.
Satisfacer las necesidades emocionales, calmarse	P.ej., balanceo, autolesión, rascado de la piel, sobre-ingesta, consumo de alcohol, atracones, sexualidad compulsiva.
Comunicar el sufrimiento, conseguir atención	P.ej., autolesión, creencias inusuales, escucha de voces, inanición autoimpuesta.
Encontrar significado y propósito	P.ej., creencias inusuales, exceso de trabajo, ánimo elevado.

*Nota.* Fuente: Johnstone y Boyle, 2018b

Las respuestas se incorporan en siete Patrones Generales no excluyentes, cada uno con un tema central, relativos a la identidad, la diversidad, la transversalidad, la marginación y la desvalorización cultural. Partiendo del principio de que las reacciones ante las amenazas son respuestas activas para la protección y la supervivencia y no el efecto de sufrir pasivamente déficits biológicos, estos patrones recogen las posibles estrategias ante amenazas. Se establecen los siguientes patrones: identidades, sobrevivir al rechazo, a estar atrapado, y a la invalidación, sobrevivir a las perturbaciones en los apegos y a las adversidades en la infancia y la adolescencia, sobrevivir a la separación y a la confusión de identidad, sobrevivir a la derrota, a estar entrampado, al aislamiento y a la pérdida, sobrevivir a la exclusión social, a la vergüenza y al poder coercitivo y sobrevivir a las amenazas únicas

Nos interesa destacar del modelo su interés por el impacto de los condicionantes sociales en la producción de sufrimiento, así como en las respuestas al mismo planteado desde una perspectiva psicosocial y sistémica en un área que tradicionalmente ha estado dominada por un modelo médico individualizado y descontextualizado.

En definitiva, algunas de las premisas que hemos señalado sobre lo que caracteriza a las disfunciones psíquicas configuran el marco desde el que hemos analizado, en gran medida, la calidad de vida. Para ello se ha tenido también en cuenta el posible impacto en la salud mental cuando la vida de las personas discurre en las circunstancias más adversas.

#### **4.2.2.2. DISFUNCIÓN PSÍQUICA Y CONTEXTOS ADVERSOS**

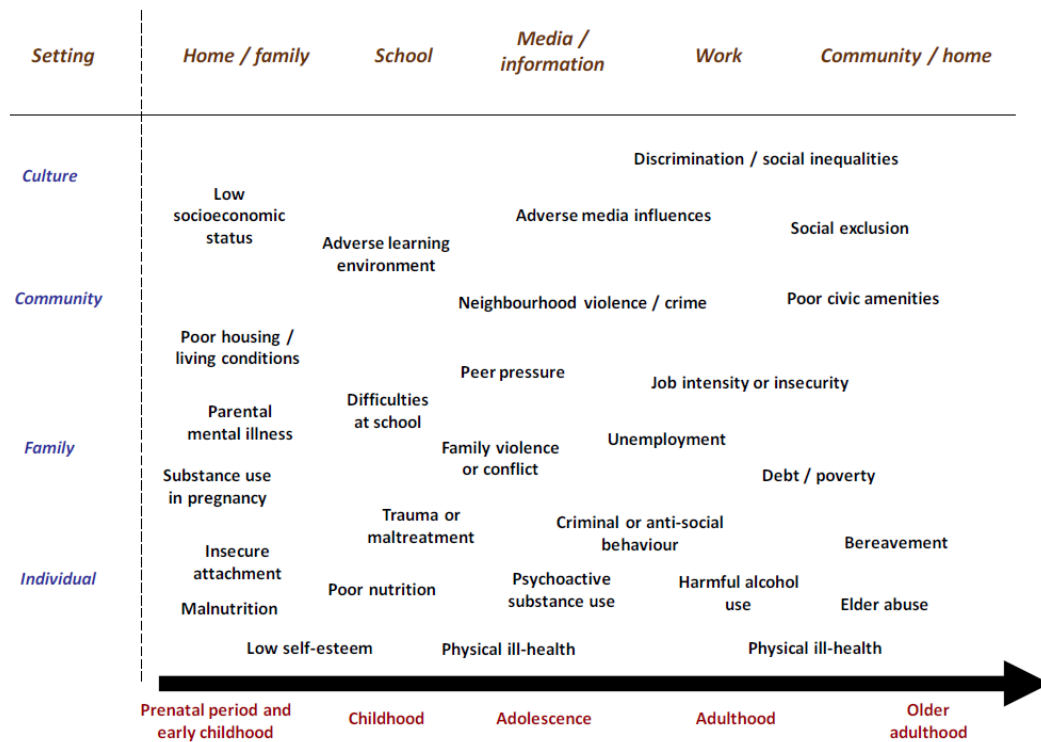
La idea de que la adversidad está estrechamente relacionada con el sufrimiento psíquico está presente en la historia de la psicología con autores que incorporaron esta visión como Charcot, Freud, Janet y Breuer, quienes hicieron referencia a los abusos, malos tratos o experiencias tempranas negativas como factores contribuyentes a la psicopatología. Pero la esta visión también ha sido un tema históricamente controvertido. Moskowitz (2011) habla de “paradigmas en conflicto” al referirse a las explicaciones de base genéticas y biológicas que subyacen a la esquizofrenia frente a las del paradigma basado en los eventos vitales. Señala autores que históricamente incorporaron esta visión como Bleuler y cuestiona el modelo biológico, mostrando evidencias a favor del paradigma del trauma y la disociación para explicar ciertas alteraciones.

Como señalan Read et al., (2006) es necesario deshacerse de la idea de que determinadas manifestaciones de psicopatología (p. ej., esquizofrenia) están menos relacionadas con la adversidad que otros problemas de salud mental. Si bien no se ha identificado una variable que por sí sola explique la disfunción psíquica, diversos modelos de análisis permiten mostrar cómo la interacción entre factores como la severidad del maltrato temprano, la interacción con otras personas (p. ej, apego o actitud ante la revelación), la retraumatización en la vida adulta o factores como las atribuciones de culpa o el estilo de afrontamiento como mediadores o moderadores justifican esta relación.

La OMS en su documento sobre factores de vulnerabilidad y riesgos para la salud mental (OMS, 2012) indica cómo entre los determinantes para la salud mental y el bienestar se encuentran circunstancias sociales y factores ambientales que afectan a todas las etapas de la vida. Aquí se incluyen algunos como el maltrato y la negligencia, los conflictos familiares, la exposición a violencia o la falta de acceso a servicios básicos. Los factores adversos que se identifican en las etapas más tempranas del desarrollo hacen hincapié en circunstancias relativas a los cuidados recibidos o la carencia de estos y el padecimiento más o menos directo de diversos tipos de maltrato. En la figura 9 podemos ver un resumen de los factores que se identifican y cómo afectan a diversas etapas del ciclo vital.

**Figura 9.**

*Esquema resumen de los riesgos para la salud mental a lo largo de la vida*



*Nota.* Tomado de Foresight project, 2008; Kieling et al, 2011; Fisher et al, 2011 (OMS, 2012)

Este papel causal del maltrato infantil en la aparición de psicopatología en la vida adulta se hace más consistente en investigaciones recientes en las que se amplía el foco de la explicación a todo tipo de trastornos, incluidos los más severos como la psicosis, y particularmente, la esquizofrenia, sobre los que se presuponen otras variables causales no relacionadas con cuestiones contextuales. La relación entre trauma infantil y trastornos psiquiátricos en la edad adulta está probada y existe incluso después de controlar variables potencialmente mediadoras. Tal y como plantean Read, Goodman, Morrison, Ross y Aderhold “el abuso en la infancia está relacionado con la severidad de la perturbación psicológica se mida como se mida” (Read et al., 2006, pág. 271).

Múltiples estudios se han centrado en el tema, desde estudios epidemiológicos nacionales e internacionales (Kessler et al, 1997; Clark, Caldwell, Power y Stansfeld, 2010; Kessler et al., 2010; Afifi et al., 2016; Taillieu et al., 2016) hasta otros que se han centrado en aspectos concretos de la relación entre adversidad y psicopatología incluidos los trastornos emocionales, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, disociación, alucinaciones o suici-

dio (Turner y Lloyd, 1995; Moskowitz, 2011; Varese et al, 2012; Pietrek, 2013; Perona-Garcelán et al., 2014; Sachs-Ericsson, Rushing, Stanley y Sheffler, 2016; Fuller-Thomson, Baird, Dhrodia, y Brennenstuhl, 2016; Schimmenti, 2017, etc.) y todos obtienen conclusiones que constatan esta relación.

Con el ACE Study se produce un repunte de la investigación de esta orientación con una contribución importante de datos que relacionan las experiencias infantiles adversas con efectos negativos en la salud mental. A partir de los datos del estudio inicial, otros inciden en los resultados relacionados con efectos en la salud mental general (Edwards et al., 2003, Felitti y Anda, 2010) o disfunciones específicas como la depresión (Chapman et al., 2004).

Podemos concluir que la relación entre adversidad y disfunción es estrecha y está muy arraigada en las bases de las ciencias de la salud.

Como señalamos anteriormente, entre las explicaciones que han intentado aclarar esta relación tienen un gran peso las que sitúan a la biología, especialmente la neurociencia, en una posición central. Si bien la evidencia de los daños del maltrato en las estructuras biológicas y fisiología de las personas es innegable, otras explicaciones han pretendido incorporar en la explicación otros elementos, como los factores contextuales. Así, por ejemplo, Johnstone y Boyle (2018a) argumentan que su interés por explicar los llamados “diagnósticos psiquiátricos funcionales” (pensamientos, emociones o comportamientos alterados no explicados por una causa orgánica) no significa que se les desvincule de los componentes orgánicos ni que se haga una distinción entre lo funcional o lo orgánico. Los supervivientes de maltrato pueden presentar dificultades neurológicas que pueden mantener o dar lugar a otros problemas emocionales o comportamentales que afectan a muchas actividades psicológicas. Sin embargo, el malestar psicológico que presentan se considera un efecto del afrontamiento de estas condiciones físicas desfavorables y sus secuelas, así como de manejar otras consecuencias asociadas a las experiencias de adversidad. Inciden en la distinción entre las formas de malestar y comportamientos problemáticos que son posibilitados e influidos por nuestra biología, como los son todas las experiencias humanas, y problemas donde hay evidencias del papel causal de factores biológicos o deficiencias que producen dificultades en el funcionamiento. Partiendo de esta premisa se plantea que los modelos de causalidad de la disfunción psíquica deben reflejar la relación entre una persona y sus vivencias con todos los procesos que conlleva.

La visión que se ofrece es se basa en los efectos relacionales en la salud mental. A pesar de la fuerte tendencia a buscar explicaciones más biologicistas (secuelas neurológicas del estrés, afectación de los sistemas neuroendocrinos de respuesta al estrés, factores genéticos, etc.) y sin ignorar los efectos que en la fisiología produce cualquier actividad humana, lo que nos resulta valioso de estas otras argumentaciones es la evidencia de que los contextos relacionales tienen un impacto profundo en el funcionamiento psicológico de las personas y no por un mero encadenamiento de procesos orgánicos.

Siguiendo los presupuestos básicos de esta tesis, los contextos de adversidad tienen doble impacto en las personas ya que influyen desde las primeras etapas del desarrollo en la construcción de las estrategias preferentes de las personas para afrontar situaciones vitales (p. ej., estilos de apego) y, cuando la adversidad está presente o reaparece, estas estrategias influyen en los intentos de adaptación a esa amenaza vigente. Como hemos visto, la reiteración de estrategias que dan lugar a fracasos puede causar perjuicios en la salud mental y la calidad de vida.

Este patrón se incrementa en contextos en los que hay un riesgo especial de que se den dinámicas como las que se recogen en las ACE: maltrato y negligencia física y emocional, violencia, etc. Además, la tendencia a volver a usar las mismas estrategias para afrontar las adversidades que se presentan y mostrar u ocultar más o menos eficazmente el sufrimiento es crucial para entender cómo se reproducen y consolidan argumentos culturalmente heredados acerca de lo normal y lo anormal, de lo adecuado y lo inadecuado, de lo que se debe hacer o no hacer, sentir o no sentir, pensar o no pensar respecto a uno mismo y los demás. Por tanto, las experiencias adversas en la infancia no son solo factores de riesgo para la salud mental sino que las manifestaciones de disfunción en personas adultas son el resultado de estrategias destinadas a hacer frente a circunstancias vitales actuales que, a menudo, son una “reedición” de las experimentadas en contextos adversos en el pasado y esas estrategias dificultan el aprovechamiento de recursos personales e interpersonales presentes, pero también generan contextos adversos para las personas cercanas.

Nuestro interés en esta investigación ha sido poner a prueba la importancia de estos factores tempranos en el desarrollo psicológico y la aparición de disfunciones psíquicas cuando las personas crecen en contextos caracterizados por el maltrato o los cuidados deficientes.

En resumen, como hemos visto al revisar investigaciones que relacionan los malos tratos en contextos cercanos con la presencia abrumadora de problemas de salud mental, podemos concluir que en los contextos de adversidad son frecuentes los escenarios en los que se dan fracasos que mantenidos en el tiempo y extendidos a otras actividades dan lugar a disfunciones psíquicas. Los contextos en que se producen las experiencias tempranas adversas no facilitan la cobertura de las necesidades básicas de niñas y niños porque a menudo los miembros de la familia que debe proveer los cuidados que se necesitan no están disponibles o tienen dificultades para crear las condiciones necesarias para la construcción de buenas estrategias de cuidado.

Para comprender la aparición de la disfunción psíquica proponemos un modelo sistémico de la psicopatología que explica los problemas de salud mental en términos estratégicos y relacionales. Los fracasos reiterados en las estrategias que se utilizan para resolver las tareas vitales dan lugar a las quejas de malestar que se observan en los sujetos y sus relaciones. Todas las actividades de los sujetos, fracasadas o exitosas tienen un correlato fisiológico. El organismo puede verse afectado por las actividades que con un propósito los sujetos lleven a cabo sin que ello implique que son estos cambios fisiológicos los que conducen ni explican la disfunción.

Los contextos en los que se producen experiencias adversas conllevan un mayor riesgo para la aparición de problemas de salud mental ya que estas adversidades afectan a la adquisición de estrategias más eficaces y generan patrones disfuncionales que pueden reproducirse ante circunstancias desfavorables.

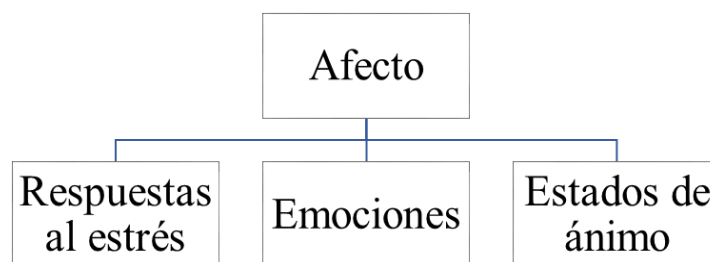
#### **4.2.2.3. EL AFECTO Y LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA**

El afecto suele considerarse uno de los procesos asociados a la emoción y, por tanto, un componente estrechamente relacionado con el bienestar o la disfunción psicológica. Por tanto, describiremos algunas cuestiones conceptuales relativas al afecto y su vinculación con la salud mental y la calidad de vida.

Gross (2015) alude al afecto como un término que abarca diversos estados psicológicos que implican la valoración y discriminación de eventos como positivos o aversivos y que incluye, entre otros, las respuestas al estrés, las emociones y los estados de ánimo. Este autor señala las diferencias que suelen establecerse entre esos estados con criterios como la duración, las respuestas corporales implicadas, si son respuestas elicitadas preferentemente por afectos positivos, negativos o ambos o los comportamientos, más o menos específicos, a los

que dan lugar. En términos generales, lo que caracterizaría a las respuestas al estrés es que suelen ser estados afectivos negativos relacionados con la ineficacia para manejar demandas situacionales. Las emociones, por otra parte, pueden ser positivas o negativas, son elicidadas por eventos específicos y dan lugar a respuestas ajustadas a esos eventos. Finalmente, los estados de ánimo tienen una mayor duración que las emociones, son más difusos y, aunque también pueden generar tendencias de respuesta de acercamiento o retirada, consisten más bien en preferencias cognitivas que conductuales (Gross, 2015).

**Figura 10**  
*Concepción jerárquica del afecto*



Nota: adaptado de Gross (2015)

Si bien esta es una definición de uso habitual, el concepto de afecto adolece de la misma falta de consenso conceptual que vemos en otros constructos. Ya Ekman, en sus conocidos estudios sobre la emoción, atribuye a los estados de ánimo una duración mayor que las emociones, incluso de días, una intensidad leve o moderada y que no se identifica en ellos claramente el desencadenante o la finalidad, además de presentar una serie de respuestas fisiológicas y motivacionales características de muchas otras emociones. Por ejemplo, un estado de ánimo de irritación u hostilidad presenta una alta incidencia de señales relacionadas con la ira (Ekman, 1999).

Es frecuente encontrar definiciones que señalan los aspectos diferenciales de los conceptos relacionados con el afecto. Por ejemplo, Mestre y Guil (2012) recogen las diferencias conceptuales entre términos como afecto, humor, emoción y sentimiento. En estas clasificaciones el afecto se considera un concepto de uso más amplio que los otros, incluso podría incluirlos y se distingue en él valencia, pudiendo ser positivo o negativo, e intensidad. También



se hace referencia a su función de indicador preferencial, es decir, aporta conocimiento sobre aquello que tiene valor para los sujetos en cada situación.

Otros autores también han definido el afecto utilizando distinciones similares. Reyes y Tena (2016) utilizan esta distinción describiéndolo como una experiencia subjetiva que engloba a las emociones y los estados de ánimo. Incorporan también la idea del papel del afecto en relación a las metas de las personas, entendidas como la representación mental del estado que la persona intenta alcanzar. En este sentido, los afectos informan del grado de acercamiento a las metas de la persona e implica una alteración temporal del estado neurofisiológico, siendo positivo o negativo según el nivel de logro de las metas. Señalan los autores que el constructo afecto, junto con el de estado de ánimo, son centrales en la psicopatología ya que su desregulación se encuentra en la caracterización de los denominados trastornos emocionales recogidos en los manuales diagnósticos (Reyes y Tena, 2016).

Vemos que el papel de la afectividad en relación al logro de metas es un aspecto que se ha destacado en los estudios sobre el tema, considerando que el afecto puede relacionarse con la discrepancia que experimenta la persona entre lo que sucede y lo deseado, lo que puede generar afectos negativos.

Como vemos, estas cuestiones están plenamente relacionadas con el bienestar de las personas, no obstante, es importante recordar que el estudio sobre el afecto está muy vinculado al de salud y calidad de vida. Tomando como referencia la distinción entre los componentes cognitivos y afectivos del bienestar subjetivo, se considera que los cognitivos se asocian a la satisfacción vital y sus dominios mientras que los afectivos se relacionan con las emociones y sentimientos positivos o negativos referidos por los sujetos respecto a la percepción de sus condiciones de vida. En este sentido, el bienestar subjetivo se ve reflejado en una preponderancia del afecto positivo sobre el negativo y correlacionan con diversas variables presentes en la vida de las personas (Diener, 1994; Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999).

Además de esta naturaleza dual del bienestar afectivo se han llevado a cabo otras descripciones del afecto que permiten realizar más análisis y medidas del constructo. Una de ellas es la distinción entre afecto positivo y negativo, con autores destacados como Bradburn o Watson y Tellegen (modelo bifactorial del afecto). Sin embargo, otros autores como Diener y Emmons no consideran esta independencia entre dimensiones del afecto. Por tanto, en esta diferenciación se distinguen dos enfoques: los que se refieren al afecto como una estructura unipolar conformada por dos dimensiones (positivo-negativo) relativamente independientes

que incluirían todos aquellos afectos con valencia positiva (alegría, entusiasmo, animación,...) o negativa (tristeza, miedo, ansiedad, ira, culpa,...), y los modelos bipolares unidimensionales, siendo el afecto una única dimensión en la que se ubican los estados afectivos de las personas que van variando (Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed, y Valiente, 1999; García, 2002; Padrós, Soria-Mas y Navarro, 2012). Como se señala en algunas revisiones sobre el tema, el modelo bidimensional unipolar del afecto positivo y negativo cuenta con mayor apoyo teórico y empírico frente al unidimensional bipolar, teniendo en cuenta las aportaciones realizadas desde la Psicometría, la Psicología Básica, los estudios de neurociencia, la Psicología Clínica y la Psicología de la Salud (Padrós et al., 2012). Uno de los instrumentos que hemos utilizado en este estudio, la versión adaptada de la Escala de Afecto Positivo y Negativo de Watson (1988) se basa en estos modelos bidimensionales.

Por otro lado, teniendo en cuenta la estrecha relación entre la afectividad, el bienestar personal, la salud mental y, por tanto, la calidad de vida, es importante señalar su carácter subjetivo e interpersonal. Los procesos afectivos, como experiencias vinculadas al ámbito de las emociones, trascienden al aspecto puramente intrapersonal por lo que es necesario considerar su función comunicativa y los procesos interpersonales que median en la regulación del afecto y, por consiguiente, en las disfunciones que se pueden producir en este dominio de la experiencia humana. Este componente interpersonal de los elementos que conforman la denominada salud mental será fundamental para explicar las alteraciones en los procesos afectivos ya que es en relación a tareas vitales en las que participan otras personas donde surgen los fracasos que darán lugar a las diversas manifestaciones de malestar.

Este aspecto es también relevante en la investigación que nos ocupa ya que parte de nuestro interés consiste en determinar cómo afectan las relaciones tempranas en la afectividad que muestran las personas adultas de la muestra seleccionada.

Finalmente, señalaremos cómo en la literatura sobre experiencias adversas en la infancia también encontramos algunos estudios referidos a cómo la afectividad se ve alterada por las experiencias tempranas maltratantes ya que el afecto, como uno más de los procesos que se construyen en la interacción, es altamente sensible a la calidad de la relación en la que se produce su desarrollo.

Pietromonaco, Feldman-Barret y Powers (2006) plantean que existen dos procesos relacionados con el afecto y conectados con el funcionamiento del sistema de apego, concreta-

mente como “fuerza organizadora” de los modelos internos de trabajo. Estos son la reactividad afectiva, o frecuencia con la que los individuos experimentan un sentimiento de amenaza, activando así la necesidad de sentir seguridad, y las estrategias de regulación afectiva, definidas como los patrones de comportamiento interpersonal que los individuos activan para mantener o restaurar la seguridad. Señalan que el uso de los términos “reactividad afectiva” y “regulación del afecto” en lugar de “reactividad emocional” y “regulación de las emociones” porque se refieren a la experiencia y regulación de sentimientos de angustia (es decir, afecto negativo) más que a la experiencia y regulación de emociones específicas (p. ej., miedo, ira).

De la misma forma, otros autores indican cómo impactan las relaciones en el afecto. Por ejemplo, en trabajos como la revisión de Pechtel y Pizzagalli (2011) podemos encontrar datos sobre los efectos del estrés temprano en la función afectiva. Los autores encuentran que la adversidad temprana estaba asociada con déficits en una variedad de funciones cognitivas y afectivas como el procesamiento de recompensas, el procesamiento de estímulos sociales y afectivos y la regulación de emociones y que estos efectos, especialmente los del plano afectivo, parecen persistir años después de cesar la situación estresante y pueden aumentar el riesgo de psicopatología posterior.

En los estudios de Reiser et al. (2014) se encuentra que la exposición a experiencias adversas en la infancia predice “health anxiety” en la edad adulta. Los análisis realizados indicaron que lo que mediaba en la relación era el afecto negativo, medido mediante el PANAS, y la ansiedad rasgo. La relación significativa entre las puntuaciones ACE y PANAS respecto al afecto negativo era significativa.

Schimmenti et al. (2015) también aportan datos sobre los efectos a largo plazo de la negligencia emocional. Sugieren que el afecto negativo tiene su origen en este tipo de experiencias infantiles y las vinculan a la presencia de síntomas psiquiátricos en adultos, estableciendo que las dificultades para regular los afectos negativos presentes en personas que han sufrido negligencia pueden dispararse ante este tipo de emociones y ser un precipitante de otras dificultades. El afecto negativo se plantea como mediador entre la negligencia emocional y los síntomas psicopatológicos en adultos.

Igualmente, podemos considerar otros efectos traumáticos de las experiencias adversas que afectan a las personas en diversos aspectos y determinan un peor desempeño en la vida diaria como la desregulación afectiva, la disociación, la culpa o cualquiera de los criterios recogidos en el constructo de trauma complejo, especialmente los del ámbito de las emociones

como la regulación del afecto o la modulación de la ira, entre otros (Herman, 1992; Van Dijke, 2012; Van der Kolk et al, 2005; Dorahy et al., 2015).

En definitiva, podríamos incorporar en este apartado todas las referencias ya citadas relativas a los identificados como trastornos del estado de ánimo y del afecto (depresión, disforia, bipolaridad,...), la desregulación emocional, que veremos de manera más detallada y todas aquellas relativas a las respuestas al estrés y estados de ánimo que se pueden ver alterados por las adversidades vividas.

#### **4.2.2.4. LA DISOCIACIÓN**

##### **4.2.2.4.1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS**

La disociación, como otro de los criterios que hemos incluido en la categoría de indicadores de disfunción psíquica, es una de las respuestas más características al maltrato y sobre la que la investigación se ha desarrollado considerablemente en los últimos años adquiriendo un papel cada vez más relevante en el diagnóstico e intervención en trauma.

La definición de trauma en el ámbito de la psicología ha ido modificándose y la descripción de sus consecuencias ha incorporado nuevas dimensiones y perspectivas. De la misma manera, la consideración de la disociación ha ido evolucionando y ocupando un lugar preponderante en el tema de las consecuencias de la adversidad, aunque no siempre ha tenido la misma relevancia, en parte debido a la falta de consenso respecto a su definición. Este término se ha usado para denominar tanto un trastorno o síntoma, como un continuo donde se incluyen desde experiencias comunes como el estado de absorción cuando se lee un libro a otras más intensas como sentirse fuera del propio cuerpo, etc. La falta de acuerdo también se ha debido a las modificaciones en los criterios diagnósticos y a la pluralidad de enfoques para definirla (van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2005; 2011; Pérez, 2006; González, 2010).

En términos generales la disociación hace referencia a una disminución de la conciencia que impide la integración consciente de ciertos contenidos traumáticos, que quedan escindidos (disociados), que se da como respuesta ante circunstancias terribles y se convierte en un patrón de respuesta en condiciones de amenaza y otras similares. Esta actividad da lugar a una desconexión de la emoción, del pensamiento, alteraciones de la memoria y de la identidad y puede afectar al funcionamiento de las personas en diversas actividades cotidianas.

La idea de resaltar el papel de las experiencias traumáticas en la psicopatología ha sido en ocasiones cuestionada. Estas críticas han sido, entre otras, por considerar que estos enfoques ignoran los factores explicativos biológicos o se han hecho desde visiones que

muestran prejuicios hacia los testimonios o recuerdos de las víctimas. A pesar de estas críticas encontramos una amplia aceptación de la importancia que las vivencias adversas como factor relevante en su etiología. Respecto a cómo se explica esta relación hallamos más variabilidad sobre los factores implicados, con predominio de las explicaciones biologicistas, sobremanera las que se apoyan en las alteraciones en el neurodesarrollo como mediador entre las experiencias adversas y un cúmulo de resultados de salud y funcionamiento personal (Perry y Pollard, 1998; Glaser, 2000; Teicher et al., 2003; Glaser, 2000; 2014; van der Kolk, 2014; Perry, 2014).

En el recorrido histórico sobre la conceptualización del trauma y sus consecuencias se han propuesto diversas categorías de diagnósticos que han ido modificando tanto el enfoque sobre lo que es una experiencia traumática como sobre la forma en que afecta a las personas. En esta trayectoria encontramos estudios pioneros como los de Pierre Janet, quien a finales del siglo XIX describe las experiencias que define como disociación, que se da cuando se producen problemas para la integración en la memoria de las experiencias traumáticas. Al no producirse esta integración parte de las experiencias traumáticas son separadas de la conciencia y los fragmentos no integrados (recuerdos, emociones, sensaciones) pueden hacerse conscientes en otros momentos sobre todo asociados a situaciones nuevas similares a la experiencia traumática inicial.

Aunque otros autores siguieron considerando los fenómenos relacionados con las alteraciones de conciencia (Charcot, Breuer, Freud, etc.), el foco para explicar estas experiencias deja de ponerse en la psicopatología como efecto del trauma y se centra en los aspectos biológicos.

Desde los años 70 el interés por el tema del trauma y sus manifestaciones vuelve a cobrar importancia asociado en gran medida a la atención a las secuelas psicológicas observadas en personas que habían pasado por conflictos bélicos. Uno de los primeros intentos de clasificar las manifestaciones de disfunción observados vino de la mano del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), muy unido a los daños observados en veteranos de la guerra de Vietnam. Esta categoría se incorpora en el DSM-III en 1980. Previamente se aceptaron las categorías “gran reacción al estrés” en el DSM-I (APA 1952) y “trastorno situacional transitorio en el DSM-II (APA, 1968). Es incluido también en la novena versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (1977) de la Organización Mundial de la Salud en la categoría de “reacción aguda ante gran tensión”. La CIE-10 (1992) propone una categoría de trastornos provocados por estrés y trauma entre los que incluye el TEPT agudo y

crónico, los trastornos de adaptación y los cambios duraderos de personalidad posteriores a una situación catastrófica (López-Soler, 2008).

Sin embargo, las investigaciones posteriores con otras víctimas (mujeres que sufren violencia de género, víctimas de violaciones, supervivientes de campos de concentración, etc.) dan lugar nuevas propuestas clasificatorias ante la incapacidad de este diagnóstico de englobar todas las respuestas de trauma, especialmente cuando este se produce por eventos interpersonales duraderos o repetidos. Las categorías empleadas para diagnosticar los problemas de niños y adultos afectados por la adversidad (TDHA, trastorno negativista desafiante, problemas de conducta, alimentarios, depresión, ansiedad, trastornos de vínculo, etc.) reflejan aspectos limitados de los problemas de regulación emocional y problemas relacionales que les afectan por lo que se buscan otras categorías donde integrarlas. Estas propuestas tratan de hacer descripciones más precisas de los problemas psicológicos que acarrear las experiencias adversas haciendo énfasis en manifestaciones de malestar no señaladas anteriormente o dándoles mayor relevancia.

Una de estas categorías es el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (Herman, 1992) también designado trastorno de estrés extremo no especificado, DESNOS (Pelcovitz, van der Kolk, Roth, Mandel, Kaplan y Resick, 1997; van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday y Spinazzola, 2005) o “Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica” según la denominación de la CIE. Por *trauma complejo* se entiende el producido por situaciones de maltrato y otras experiencias traumáticas que se viven de manera repetida y prolongada y que interfieren en el desarrollo y funcionamiento adecuado de la persona. Esta categoría de estrés postraumático es utilizada para describir las consecuencias del trauma en pacientes que padecían un rango de síntomas persistentes y más complicados que los de quienes sufrían de TEPT (Herman, 1992; Courtois, 2004; Cook, Spinazzola, Ford, Lanktree, Blaustein, Cloitre et al., 2005; Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday y Spinazzola, 2005; Spinazzola, van der Kolk y Ford, 2018). Entre los criterios que describen el trastorno se incluyen las alteraciones en la regulación del afecto y de los impulsos, alteraciones en la atención o la conciencia, somatizaciones, alteraciones en la percepción de sí mismo, alteraciones en la auto percepción y la percepción del perpetrador, alteraciones en la relación con los demás y alteraciones en el sistema de significados de la vida (Herman, 1992; Pelcovitz et al., 1997; Luxenberg, Spinazzola y van der Kolk, 2001; Van der Kolk et al., 2005).

Los síntomas disociativos que se incluyen entre las alteraciones en la atención o conciencia son la amnesia o hipermnesia para eventos traumáticos, episodios disociativos transitorios, despersonalización/desrealización y reviviscencia de experiencias en forma de síntomas intrusivos o como rumiación.

A pesar de la considerable investigación al respecto y de los esfuerzos de los investigadores, este trastorno no ha sido incluido en la 5ª edición del DSM, pero sí en la 11ª revisión de la CIE (2019), que incorpora el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo dentro de la categoría de los Trastornos específicamente asociados con el estrés. Se describe como un “trastorno que puede desarrollarse después de la exposición a un evento o una serie de eventos de naturaleza extremadamente amenazadora u horrible, eventos frecuentemente prolongados o repetitivos de los que resulta difícil o imposible escapar (p. ej., tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido en la infancia)” (CIE 11, 2019). Incluye los criterios de diagnóstico del TEPT y además se caracteriza por la gravedad y la persistencia de problemas de regulación del afecto, las creencias de devaluación sobre uno mismo y sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático y dificultades para mantener relaciones y sentirse cerca de los demás. Estos síntomas causan un deterioro significativo en todas las esferas de funcionamiento de la persona.

Otra clasificación que fue propuesta por parte de investigadores como Spinazzola Ford, Cicchetti, Cloitre, Putnam, Teicher o van der Kolk entre otros (Van der Kolk et al., 2009) para formar parte de la 5ª edición del DSM fue el Trastorno Traumático del Desarrollo (Trastorno de Trauma del Desarrollo o TTD) en niños y adolescentes. Esta propuesta se fundamenta en el auge de dos áreas de investigación. Por una parte, la psicopatología del desarrollo y sus conocimientos sobre los efectos de la interrupción del sistema de cuidados en el funcionamiento personal y por otra, los datos acumulados por las investigaciones sobre las experiencias adversas en la infancia y como afecta, entre otros, al desarrollo cerebral. El propósito de introducir este diagnóstico es reflejar la realidad de los niños y adolescentes expuestos al trauma interpersonal crónico y promover intervenciones eficaces, así como investigaciones centradas en la neurobiología y la transmisión de la violencia interpersonal crónica. La petición de la inclusión de este diagnóstico también surge al valorar que la calidad de la atención recibida por los menores que crecen en contextos de adversidad es insuficiente y se realizan diagnósticos inadecuados, que ignoran la etiología de los síntomas y no reconocen el impacto del trauma interpersonal o se tiende al exceso de diagnósticos. A pesar de recibir apoyo institucional y haberse aceptado la necesidad de reconocer el impacto de los efectos

del maltrato a lo largo del desarrollo para la salud mental (nota de 28 de diciembre de la NASMHPD a la APA, van der Kolk, 2009), este trastorno no fue incluido en dicho manual alegando la escasa evidencia sobre el trastorno. El perfil que representa a esa alteración se caracteriza por un patrón generalizado de desregulación afectiva y fisiológica, problemas de atención y concentración y dificultades para llevarse bien con uno mismo y los demás. Entre los problemas detectados se incluyen síntomas disociativos como la conciencia disminuida y la disociación de sensaciones, emociones y estados corporales (van der Kolk, 2014).

Como vemos, el desarrollo del término *disociación* está estrechamente ligado al estudio del trauma y a los efectos de experiencias de maltrato de diversa índole. Su uso es cada vez más frecuente en la práctica clínica y la investigación sobre el concepto, más extensa. Principalmente se utiliza para denominar a una serie de síntomas que se han incorporado, no sin cierto debate (Spiegel, 2010) en varias categorías diagnósticas, entre ellas, las recogidas en las clasificaciones internacionales más reconocidas. Concretamente, en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5, 2014) de la Asociación Americana de Psiquiatría se ubica en el grupo de Trastornos disociativos que se caracterizan por “una interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento” (APA, 2014, p. 291). Los síntomas disociativos son experimentados como intrusiones espontáneas en la conciencia y el comportamiento con pérdida de continuidad de la experiencia subjetiva (síntomas "positivos" como la fragmentación de la identidad, la despersonalización y la desrealización), y/o la incapacidad de acceder a la información o de controlar las funciones mentales que normalmente son fácilmente accesibles o controlables (síntomas "negativos" como la amnesia). Estas alteraciones pueden aparecer de manera repentina o gradual, transitoria o crónica y en todos los casos causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas de funcionamiento del individuo. Estos síntomas se identifican en las categorías de trastorno de identidad disociativo, amnesia disociativa, que incluye la fuga disociativa como un subtipo de esta categoría, el trastorno de despersonalización/desrealización u otros trastornos disociativos especificados o no especificados. También se han incluido reacciones disociativas en el apartado de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, donde la exposición a un evento traumático o estresante se presenta explícitamente como un criterio diagnóstico y que incluyen el Trastorno de estrés postraumático y el Trastorno por estrés agudo. En el caso del TEPT en esta nueva edición se considera que los individuos presentarían este trastorno si se dan, entre otros, síntomas de intrusión con reacciones disociativas consistentes en sentirse o actuar



como si se repitiera el suceso traumático. Estas reacciones se pueden dar de manera repetida y su expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente. Además, en su diagnóstico se determinará si hay síntomas disociativos de despersonalización o desrealización. Las reacciones disociativas también se encuentran entre los criterios del diagnóstico para menores de seis años. En el caso del trastorno de estrés agudo, uno de los criterios para el diagnóstico son los síntomas disociativos entre los que se incluyen el sentido de la realidad alterado (p. ej., verse uno mismo desde la perspectiva de otro, estar pasmado, lentitud del tiempo) y la incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso o sucesos traumáticos debido típicamente a la amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas. Aquí podemos destacar la inclusión en este mismo grupo del Trastorno de apego reactivo en la infancia y el Trastorno de relación social. Además de la exposición a un evento traumático incluyen como requisito para el diagnóstico la negligencia social o ausencia de un cuidado adecuado durante la infancia (carencia en cobertura de las necesidades emocionales, cambio de cuidadores o crianza en contextos que impiden establecer un apego seguro). La diferencia entre ambos es que el primero se manifiesta con síntomas internalizantes, interacción social mínima, afecto positivo limitado y el retraimiento mientras que el segundo se caracteriza por la desinhibición en las relaciones y los comportamientos externalizantes. Si bien se hace referencia a la negligencia social y los cuidados inadecuados como factor etiológico no se explican los mecanismos de esta relación. El diagnóstico añade que el pronóstico parece depender de la calidad del ambiente de cuidado después de la negligencia grave.

Por otra parte, en el apartado de los trastornos de personalidad del DSM 5 se describe el *Trastorno Límite de la Personalidad* donde también están presentes reacciones ligadas al estrés. Con el objetivo de disminuir problemas asociados a las clasificaciones anteriores de los trastornos de la personalidad (excesiva comorbilidad entre trastornos específicos, heterogeneidad dentro de los trastornos, inestabilidad temporal de los diagnósticos, falta de límites claros entre personalidad normal y patológica y baja validez convergente y discriminante) el nuevo DSM aboga por una aproximación dimensional para la clasificación de los trastornos de personalidad según dominios en los que se identifican las dificultades en el funcionamiento personal e interpersonal (identidad, autodirección, empatía e intimidad) y los rasgos patológicos de la personalidad en los dominios del afecto negativo, el desapego, el antagonismo, la desinhibición y el psicoticismo. De este modelo se derivan los diagnósticos específicos, caracterizados como conjuntos de “patrones permanentes” de experiencias internas y comportamientos que provocan malestar significativo y se manifiestan en las cogniciones

(modos de percibir e interpretarse a uno mismo, a las demás personas y a los sucesos), la afectividad (rango, intensidad, labilidad y adecuación de las respuestas emocionales), el funcionamiento interpersonal y el control de impulsos. Uno de estos diagnósticos es el trastorno límite de la personalidad, que se caracteriza por la inestabilidad en la imagen de sí mismo, de las metas personales, de las relaciones interpersonales y de los afectos, junto con impulsividad, comportamientos de riesgo y/o hostilidad. Si bien en esta clasificación solo se hace referencia a la presencia de reacciones ligadas al estrés, existe una amplia línea de investigación que ha relacionado las manifestaciones del comportamiento límite en adultos con experiencias traumáticas en la infancia y con la desorganización del sistema de apego, en concreto, con patrones de apego desorganizados o preocupados (Liotti, 1992; 2004; Lyons-Ruth, 2006; Mosquera y González, 2013; Bateman y Fonagy, 2016). Finalmente, a pesar de ser un sistema fundamentalmente descriptivo y no explicativo, el DSM 5 señala que los trastornos disociativos aparecen con frecuencia como consecuencia de traumas y alude a la estrecha relación entre los trastornos relacionados con la disociación, el trauma y el estrés.

Respecto a la otra clasificación internacional mencionada, la CIE, en su última versión (CIE 11, 2019) ubica los trastornos disociativos en el apartado de Trastornos mentales, conductuales y de neurodesarrollo. Distingue entre estos los Trastornos de síntoma disociativo neurológico, la Amnesia disociativa, los Trastornos de trance, los Trastornos de trance y posesión, el Trastorno de identidad disociativo y Trastorno de identidad disociativo parcial, el Trastorno de despersonalización – desrealización, el Síndrome disociativo secundario y otros trastornos disociativos especificados y no especificados.

Una línea de investigación más reciente es la que estudia la disociación como proceso presente en un amplio rango de trastornos clínicos como el trastorno de estrés postraumático, el trastorno límite de la personalidad, los trastornos de conversión, trastornos somáticos, trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos y de la conducta alimentaria, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, en la mayoría de los trastornos de la afectividad y el trastorno bipolar y no solo en los denominados trastornos disociativos o aquellos que tradicionalmente se han relacionado con altos niveles de síntomas disociativos. Además, se han encontrado relaciones entre los factores de la disociación y otros procesos como la regulación emocional (Fernández-Álvarez, Díaz-García, González-Robles, Botella y García-Palacios, 2017; Lyssenko, 2018).

Las aportaciones desde una perspectiva transdiagnóstica se centran en identificar procesos comunes que subyacen a los diferentes trastornos psicopatológicos y que actúan a nivel

etiológico y de mantenimiento. En esta búsqueda de lo que hay de común en la disfuncionalidad se pretende no tanto clasificar trastornos en función de aquellos procesos en que son diferentes si no aspectos presentes en diversas formas de disfunción que se suelen clasificar como trastornos. En el caso de la disociación, los procesos comunes están fundamentalmente relacionados con los estados alterados de conciencia y la falta de integración de funciones mentales y corporales básicas. Estas dimensiones son muy prevalentes en la epidemiología y la clínica por lo que se constata que está presente en gran número de disfunciones y comportamientos disfuncionales incluso en condiciones no clínicas (Lyssenko et al., 2018). Si bien esta perspectiva aporta menos rigidez a la hora de entender las experiencias de las personas e incorpora los factores traumáticos en la etiología de estas dificultades, se sigue aludiendo a un papel insuficientemente del sujeto, quien de nuevo padece unos síntomas ajenos a su actividad.

Entre los desarrollos más recientes de las teorías de la disociación está la de la disociación estructural de la personalidad, de van der Hart, Nijenhuis y Steele (2011). De manera resumida, el concepto hace referencia a cómo se organizan los sistemas de acción biopsicosociales, dirigidos a la supervivencia y a la defensa frente a la amenaza que determinan las acciones de los sujetos y constituyen su personalidad. En la disociación se produce una escisión entre estos dos sistemas. Se parte de la premisa de que todos los trastornos relacionados con las experiencias traumáticas incluyen cierto grado de división o disociación de estos sistemas psicológicos (disociación estructural) que constituyen la personalidad. Se plantea que una o más de estas partes disociadas evitan recuerdos traumáticos y realizan funciones de la vida cotidiana (parte aparentemente normal o PAN) mientras que otra u otras partes permanecen fijadas en experiencias traumáticas y acciones defensivas (parte emocional o PE). Las partes disociativas se manifiestan en síntomas disociativos negativos y positivos, diferentes de las alteraciones de la conciencia. Una mayor afectación (mayor disfunción) implica una más compleja disociación estructural. Así, el nivel de disociación estructural será menor (disociación primaria) cuando se dan síntomas como los descritos en la reacción de estrés agudo o el TEPT simple, pero será mayor (disociación secundaria o terciaria) ante síntomas de TEPT complejo o trastorno de identidad disociativo (van der Hart et al, 2011).

A grandes rasgos se ha mostrado la panorámica que presenta la psicopatología relacionada con el trauma y donde se sitúa la disociación como uno de los síntomas con presencia más importante, así como diversos enfoques sobre la comprensión de este tipo de dificultades. Podemos concluir que existe cierto consenso respecto a que la disociación es un fenó-

meno traumático, una consecuencia derivada del afrontamiento de adversidades y que las entidades nosológicas predominantes relacionadas con las experiencias traumáticas pueden suponer más un obstáculo que una herramienta para comprender la experiencia y las actividades de las personas que las sufren (Rodríguez, Fernández y Bayón, 2005; González 2010).

#### 4.2.2.4.2. ADVERSIDAD, DISOCIACIÓN Y DISFUNCIONES PSÍQUICAS

Como expusimos anteriormente, todas las alteraciones que nos remiten a la idea de trastorno, disfunción o anomalía y que habitualmente se enmarcan en diversos diagnósticos clínicos tienen su origen en la actividad de los sujetos en relación con metas vinculadas a su contexto relacional. Cuando el entorno en que una persona se desarrolla es intensamente inseguro, aterrador o escasamente nutritivo los esfuerzos de adaptación requieren de estrategias ajustadas a estos contextos y pueden transformar de forma muy desfavorable el funcionamiento de un individuo, incluso sus procesos fisiológicos.

El uso del término *síntoma* va asociado a una perspectiva de la psicopatología más próxima al modelo biomédico de la enfermedad que a un acercamiento estratégico y sistémico de los fenómenos vinculados a las disfunciones psíquicas. Desde el primer enfoque, representado por los sistemas nosológicos clínicos normativos, la disociación es descrita a través de la presencia de una serie de síntomas, incluyendo alguna somera alusión a la posible etiología traumatogénica. Los síntomas disociativos se toman como signos que revelan la existencia de un proceso subyacente, un trastorno mental, que produce los fenómenos que la persona refiere sentir (problemas de percepción, la memoria o la cognición o el funcionamiento sensorial o motor, alteraciones del afecto, la conducta o la conciencia, etc.).

La perspectiva sistémica de la psicopatología y otros acercamientos centrados en el trauma hacen hincapié en el valor funcional de la disociación y ve las quejas asociadas a ellas como consecuencia de las estrategias usadas para afrontar los acontecimientos adversos. Como hemos visto con las propuestas de nuevas conceptualizaciones sobre el tema (p. ej., trauma complejo) la tendencia es hacia una visión de la sintomatología más centrada en la comprensión de los fenómenos psíquicos entendidos como producto de la adaptación a la adversidad. Como ejemplo, Pérez (2006) recoge elementos de diversos planteamientos de esta corriente alternativa y elabora una reconceptualización de “síntomas” (sic) como elementos de resistencia. Clasifica las distintas reacciones al trauma según su finalidad (repliegue protector, buscar sentido a la experiencia para integrarla, mantener el control y evitar la indefensión o reconstruir una imagen de si y el mundo) y según sean estrategias de reconceptualización o de afrontamiento positivo. En la Cuadro 7 se recoge esta clasificación.

### Cuadro 7.

Reconceptualización de “síntomas” como elementos de resistencia: una visión alternativa

REPLIEGUE PROTECTOR	BUSCAR SENIDO A LA EXPERIENCIA PARA INTEGRARLA	MANTENER EL CONTROL Y EVITAR LA INDEFENSIÓN	RECONSTRUIR UNA IMAGEN DE SÍ Y DEL MUNDO
<p>A Silencio (A1)  A Aislamiento (A3)  A Pesimismo defensivo (A4)  A Cosificación.  Acorchamiento emocional (B7, C9)</p>	<p><i>B Convicciones profundas (políticas, ideológicas, religiosas) como elementos estructurales (C7)</i>  <i>B Poder dar un significado al sufrimiento bien per se, bien como fin (B13)</i>  <i>B Pesadillas (A2) y rememoraciones (flashbacks)</i></p>	<p>A vivencias de culpa (mejor culpable que indefenso) (A5)  A Rabia y resentimiento (B3)  <i>B Trabajo y rutinas del día día (A8)</i>  <i>B Autodisciplina en las pequeñas cosas diarias (B8)</i>  <i>B Crisis como reto. Búsqueda de un componente de desafío como motor del afrontamiento</i></p>	<p><i>B Búsqueda de una identidad (A6)</i>  <i>B Búsqueda de una nueva lógica que permita reposicionarse en el mundo (C1)</i></p>
<p>TOLERAR LA AMBIGÜEDAD  <i>B Aceptar la realidad tal como viene sin intentar entenderla (A9, C2)</i>  <i>B Flexibilidad y capacidad para adaptarse a contextos cambiantes (B)</i></p>	<p>COMPARACIÓN POSITIVA  <i>B La visión de uno mismo depende de mecanismos conscientes e inconscientes de comparación – analizar y/o cambiar el punto de comparación (B)</i></p>	<p>EMOCIONES POSITIVAS  <i>B La felicidad de las pequeñas cosas –Memoria selectiva para los momentos en que se experimentaron emociones positivas-ser consciente de los pequeños momentos de felicidad incluso en las condiciones más extremas (B10, C8)</i>  <i>B Optimismo como disposición de supervivencia ante la vida (B2)</i>  <i>B Humor/Ironía (sobre uno mismo y sobre la realidad) (B5)</i>  <i>B Curiosidad (B6)</i>  <i>B Uso de imágenes mentales positivas y pequeñas gratificaciones (B9)</i></p>	

Nota. Tomado de Pérez (2006). A: Estrategias de reconceptualización. B: Estrategias de afrontamiento positivo

Read et al. (2006), en relación a los síntomas disociativos postraumáticos, proponen que como alternativa a la separación de las secuelas del maltrato en categorías diferenciadas (trastorno por estrés postraumático, trastornos disociativos, esquizofrenia, trastorno límite de personalidad, etc.) sería más productivo ver los síntomas como “elementos relacionados de un proceso a largo plazo que empieza con respuestas adaptativas a sucesos aversivos tempranos y evoluciona hasta una gama de perturbaciones inadaptadas que interactúan en múltiples ámbitos personales e intrapersonales (Read, Goodman, Morrison, Ross y Aderhold, 2006, p. 293). Esta propuesta la argumentan con datos de múltiples investigaciones que avalan la concurrencia de síntomas que se clasifican en diferentes trastornos pero que aparecen de forma simultánea en personas que han sufrido maltratos.

Retomando el planteamiento previamente presentado, podemos observar cómo algunas actividades que ponemos en marcha para conseguir metas crean obstáculos al interferir en

otras metas y transforman desfavorablemente nuestros procesos fisiológicos. Como ejemplo ilustrativo y muy frecuente podemos pensar en niños y niñas que sufren o han sufrido maltrato, en los que se constatan niveles elevados de activación y estrés incluso en situaciones aparentemente no amenazantes que interfieren en el aprendizaje y el control conductual en el contexto escolar ya que un nivel de activación permanente, útil en situaciones de amenaza, afecta al procesamiento de la información, el recuerdo, el aprendizaje y la recuperación. En el caso de la disociación, funciones básicas como la memoria, la conciencia de uno mismo o la modulación emocional o fisiológica se ven alteradas al ponerse al servicio de otros objetivos coherentes con una situación de maltrato o negligencia en los que resulta más adaptativo no tener acceso a ciertos recuerdos o “desconectarse” emocionalmente.

Las actividades que se realizan en contextos de adversidad se caracterizan por generar estados casi crónicos de incertidumbre o de terror y, en ese contexto, las reacciones propias de la disociación como el aletargamiento, la insensibilidad al dolor, la menor receptividad, etc. Tienen menores costes que las reacciones “normales”. Además, muchas de esas actividades requieren un aprendizaje temprano. Son tareas ubicadas en etapas iniciales del desarrollo y con un nivel de dependencia grande de la guía de otras personas como, por ejemplo, el apego, la regulación emocional, la atención, el lenguaje, el control motor o la regulación fisiológica. Por tanto, las posibilidades de que estas actividades se vean afectadas serán mayores, impidiendo el paso exitoso al resto de tareas vitales y afianzando estrategias más disfuncionales cuyo uso se generalizará a otros contextos y metas de la vida. De esta forma, la disociación se convierte en una respuesta de uso permanente, con beneficios ante determinadas situaciones, pero no exenta de riesgos para el funcionamiento en otras actividades que requieren un nivel de conciencia, memoria o estado fisiológico determinados.

En definitiva, y tomando como ejemplo la descripción del trauma complejo que incluye síntomas disociativos acompañados de otros como la desregulación de los afectos, el sentido de ineficacia, la vergüenza y la culpa, la revictimización de uno mismo o los otros, etc., considerarlos indicadores de un trastorno mental no resulta posible sin caer en patologizar múltiples experiencias humanas. Esto muestra que descontextualizar las experiencias adversas e identificar las secuelas como enfermedad y no como resultado de las actividades de la persona elimina al sujeto, su capacidad de acción y la propositividad implícita en sus esfuerzos por adaptarse.

#### **4.2.2.4.3. LA DISOCIACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA.**

Como hemos visto, la relación entre las reacciones disociativas y las experiencias adversas está fuertemente vinculado ya desde modelos psicopatológicos clásicos. Muchas de las investigaciones sobre el tema han abordado la relación entre la adversidad, la presencia de las reacciones disociativas y las disfunciones ya sea tratando de establecer relaciones entre ellas, indagando sobre los mecanismos intermedios o analizando el valor funcional y estratégico de las manifestaciones de disociación.

La relación entre adversidad y fenómenos de disociativos la encontramos descrita en los estudios iniciales de las experiencias adversas en la infancia. Tanto en el ACE Study como en documentos posteriores se hace referencia a la presencia de alteraciones de la conciencia como las alucinaciones, la amnesia y la disociación (Felitti et al., 1998; Felitti y Anda, 2010; Felitti, Jakstis, Pepper y Ray, 2010). Felitti y Anda explican que existen “mecanismos de defensa inconscientes” como la somatización o la disociación como respuesta a las experiencias adversas y el estado emocional que generan. Señalan que la amnesia parcial o total que presentaba el 12% de los pacientes del programa de adelgazamiento que dio origen al ACE Study se restringía a periodos concretos de tiempo normalmente al anterior al que habían empezado a ganar peso; esto fue considerado como una respuesta disociativa al trauma emocional. El deterioro en el recuerdo era, además, mayor en función del número de experiencia adversas relatadas (Felitti y Anda, 2010). Se investiga también sobre otros fenómenos asociados como la pérdida de memoria relacionada con eventos adversos (Edwards, Fivush, Anda, Felitti y Nordenberg, 2001).

Otros estudios relacionan los trastornos disociativos con otras disfunciones asociadas a síntomas del TEPT, la disociación, la somatización y la disregulación del afecto, que representan un conjunto de adaptaciones al trauma (Van der Kolk, et al. 1996), los trastornos de pánico (Marshall et al., 2000) o la propensión a las alucinaciones (Perona-Garcelán et al., 2014). En la misma línea, Thompson y Jaque (2018) analizan la relación entre una de las experiencias disociativas, la despersonalización, con la elevada emocionalidad y los estilos de afrontamiento ante el estrés y la ansiedad. Los niveles elevados de despersonalización se relacionaron con experiencias infantiles significativamente más adversas, concretamente, maltrato emocional y negligencia, más eventos traumáticos en la edad adulta, mayores niveles de ansiedad, más sobreexcitabilidad emocional y uso de estrategias de afrontamiento menos adaptativas ante el estrés.

Como ya señalamos, el apego ha sido una de las vías a través de las que se ha explicado la presencia de disociación en adultos que han vivido experiencias de maltrato o negligencia, al afectar estas a la construcción de la seguridad y el funcionamiento de los procesos psicológicos (Main y Solomon, 1990; Liotti, 1992, 2004; Bailey y Brand, 2017; Kong, Kang, Oh y Kim, 2018). Relacionado con esto otros estudios han profundizado en el efecto diferencial en la presencia de experiencias disociativas según el estilo de apego, como se recoge en la revisión de Vonderlin et al. (2018).

Por otro lado, diversas investigaciones han considerado la disociación como una variable intermedia entre las experiencias adversas y otras dificultades en la vida adulta como los problemas en las relaciones personales (Dorahy et al., 2013; Dorahy, Middleton, Seager, McGurrin, Williams y Chambers, 2015), la propensión a las alucinaciones (Varese, Barkus y Bentall, 2012), la psicosis sub-clínica (Cole, Newman-Taylor y Kennedy, 2016), las autoleSIONES no suicidas y las tendencias suicida (Ford y Gómez, 2015) o diversas manifestaciones de psicopatología (Schimmenti, 2017).

En algunos casos se han presentado las manifestaciones de disociación incidiendo en su condición de estrategia de afrontamiento ante vivencias traumáticas. Así, desde una perspectiva funcional analítica se plantea un modelo etiológico del fenómeno de oír voces al que se considera un proceso disociativo con una función en la vida de los individuos expuestos a traumas. Las voces se consideran intrusiones de experiencias disociadas en las que los aspectos del yo no se integran y como un medio para evitar o hacer frente a eventos traumáticos. La disociación, por tanto, se considera un proceso a través del cual el trauma impacta negativamente en el desarrollo del yo y de la construcción de la identidad (Longden, Madill y Watterman, 2012; McEnteggart, Barnes-Holmes, Dillon, Egger y Oliver, 2017).

En resumen, los fenómenos disociativos han estado muy vinculados al estudio del trauma y sus consecuencias y es una de las manifestaciones de disfunción psíquica que más claramente se ha relacionado con las experiencias adversas. Si bien cada vez hay más estudios que se centran en esta relación entre los diversos tipos de maltrato y la aparición de disociación el interés se ha centrado fundamentalmente en verlo como un síntoma de un trastorno específico o como un proceso cuyas dimensiones son comunes a diversas patologías. Se plantea la visión funcional de estas experiencias entendiéndolo como resultado del proceso de adaptación al malestar que acarrear las vivencias de maltrato, especialmente cuando se producen en relaciones en las que tienen lugar los procesos básicos del funcionamiento psicológico como el pensamiento o la construcción de la realidad.



### **4.3. LA CALIDAD DE VIDA Y LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA**

Como se ha visto, las diferentes dimensiones de la calidad de vida descritas (salud física y salud mental) se han relacionado con profusión con las experiencias adversas infantiles. Algunas de estas investigaciones se han dirigido a evaluar la calidad de vida como concepto global o en referencia a alguna de sus dimensiones específicas. Así, varios de los autores del ACE Study muestran cómo los diferentes tipos de violencia en la familia conduce a problemas de salud y a un estado de salud percibido que es peor cuantas más adversidades se experimentan. Mediante un cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud y la evaluación de las ACEs concluyen que este deterioro en la percepción del bienestar actual a través de una variedad de dimensiones de la salud (Edwards, Anda, Felitti y Dube, 2004). También, Afifi et al. (2007) plantean que, a mayor número de experiencias adversas vividas antes de los 16 años, menor es la calidad de vida percibida, tanto física como mental, observándose relaciones significativas con negligencia, maltrato psicológico y maltrato físico. Igualmente, Corso, Edwards, Fang, y Mercy. (2008) refieren que los efectos de los malos tratos tienen un impacto en la esperanza de vida y en la calidad de vida. Las experiencias adversas afectarían a los circuitos cerebrales y al sistema de regulación del estrés, provocando un envejecimiento fisiológico prematuro, pero también incrementarían conductas de riesgo como fumar, consumir sustancias, ingerir alimentos de manera excesiva y promiscuidad sexual. Las competencias cognitivas, sociales y emocionales, que están en la base del éxito en el aprendizaje, en el afrontamiento y en la productividad económica, también se verían afectadas. Salinas-Miranda et al. (2015) también tratan de buscar cuáles son las variables que median en la asociación entre ACEs y calidad de vida física. En un estudio realizado con personas con bajos ingresos ponen de manifiesto que los efectos en la salud se asocian a cambios en los sistemas nervioso, endocrino e inmune y daños en la respuesta al estrés que, unidos a la adopción de estrategias de control del estrés pobres, dan lugar a un deterioro de la salud, de la calidad de vida física y a una esperanza de vida más reducidas. Esto complementa lo anteriormente expuesto sobre la relación entre adversidad en la infancia el bienestar y la salud en la edad adulta.

#### 4.4. SATISFACCIÓN VITAL

Finalmente, incluiremos en este capítulo otro constructo que se ha evaluado en este estudio, la *satisfacción vital*, concepto con el que la calidad de vida se ha relacionado estrechamente e incluso se han tomado como sinónimos. En la investigación sobre la satisfacción vital se ha tenido muy en cuenta el valor subjetivo. De hecho, la incorporación de las mediciones subjetivas en la calidad de vida individual respondía a la necesidad de dar cuenta de un elevado porcentaje de la varianza de la calidad de vida que no explicaban los indicadores materiales como la economía o el nivel educativo y que sí quedaban justificados por otros como la “felicidad” o la “satisfacción” (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

Según la categorización de definiciones de calidad de vida realizadas por Borthwick-Duffy (1992) y Felce y Perry (1995) que se incluyen en la revisión de Urzúa y Caqueo-Urizar (2012), una de estas perspectivas se corresponde con la de las definiciones que equiparan calidad de vida y satisfacción con la vida, considerando la calidad de vida un sumatorio de la satisfacción en los diversos dominios de la vida. Otras clasificaciones son mixtas y añaden a la satisfacción vital otros componentes como las condiciones de vida o los valores personales. Esto también responde a la crítica que recibe la equiparación calidad de vida-satisfacción vital al centrarse exclusivamente en el juicio subjetivo del individuo y dejar fuera condiciones de vida; se considera, sin embargo, que en esta evaluación subjetiva la experiencia del sujeto está inevitablemente afectada por su valoración sobre sus condiciones de vida (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

Como ya señalamos, en las diversas aproximaciones a la definición del concepto “calidad de vida” los componentes subjetivos fueron cobrando fuerza frente a los factores objetivos que se empelaron inicialmente. De esta manera, la satisfacción experimentada por una persona respecto a sus condiciones de vida se convirtió en una referencia a la hora de determinar la calidad de vida. De hecho, tal y como recogen Gómez-Vela y Sabeh (20001) en el compendio de las conceptualizaciones de calidad de vida, varias de las propuestas incluyen la satisfacción personal como un criterio, siendo en alguno de los casos un sinónimo de calidad de vida y en otras un elemento que se combina con los factores objetivos y los valores personales para dar lugar a un determinado nivel de calidad de vida. Además, entre las diversas definiciones de calidad de vida encontramos algunas caracterizadas por la tendencia a valorar la propia vida en términos positivos y esto sucede también con la satisfacción vital. En las investigaciones sobre el tema vemos que este concepto va asociado a una visión focalizada en las experiencias humanas positivas. Esto es a su vez consistente con una tendencia presente

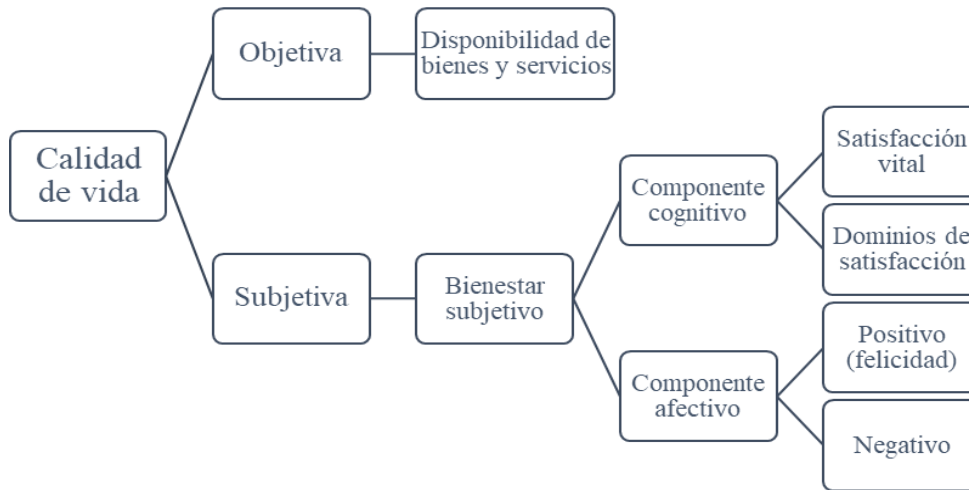
en la psicología de las últimas décadas, más centrada en el estudio de cuestiones relacionadas con el bienestar en vez de en la psicopatología y los déficits.

Por otro lado, la *satisfacción vital*, el *bienestar personal*, el *nivel de vida* o la *calidad de vida* son el resultado de los intentos realizados desde la psicología de hacer más operativos términos más vagos como el de felicidad. Como parte de este esfuerzo conceptual y clasificatorio se distinguirán en el bienestar subjetivo una serie de componentes (García Martín, 2002). Por ejemplo, en los trabajos iniciales relativos al concepto de bienestar subjetivo, se considera la satisfacción vital como uno de los componentes de carácter cognitivo del bienestar frente a la afectividad, considerada el componente emocional. De la misma manera que sucede con la calidad de vida, en la definición del bienestar subjetivo se ha distinguido una dimensión objetiva referida a la disponibilidad de bienes y servicios y otra subjetiva relacionada con la valoración que la persona hace de su propia vida. En esta distinción, la satisfacción vital se incluye dentro de los componentes cognitivos que conforman el bienestar subjetivo, que a su vez supone el elemento subjetivo de la calidad de vida. Moyano y Ramos (2007) ordenan estos conceptos en el modelo que vemos en la imagen.

Uno de los autores más destacados que distinguen los aspectos cognitivos de los afectivos ha sido el psicólogo Ed Diener. Entendida así, la satisfacción vital global o por dominios de satisfacción concretos se define como la valoración positiva que la persona hace de su vida en general, o de aspectos particulares de esta e incluye componentes como el deseo de cambiar de vida, la satisfacción con la vida actual, con el pasado, con el futuro y con cómo otros significativos ven nuestra vida. Por otro lado, los dominios de satisfacción son el trabajo, la familia, el ocio, la salud y los ingresos, los más inmediatos a las personas y que tendrían mayor influencia en su bienestar (Diener, 1994; Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). Este carácter cognitivo de la satisfacción puede ser influida por el componente afectivo aunque no supone una medida de la emoción. De estas bases teóricas surge la Escala de Satisfacción con la Vida o SWLS (1985) elaborada por Diener, cuya adaptación española ha sido aplicada en este estudio.

**Figura 11.**

*Relación entre los conceptos de calidad de vida, bienestar subjetivo, satisfacción vital y felicidad (Moyano y Ramos, 2007)*



Otras aportaciones a la cuestión se han relacionado con los procesos cognitivos que subyacen a la valoración y que determinan cuando una persona considera su satisfacción con la vida en valores positivos o negativos. En este sentido, definiciones de satisfacción de vida como la de Campbell et al. (1976) se refieren a esta como la evaluación del conjunto de condiciones que se deriva de la comparación entre aspiraciones y logros actuales. Otras como las teorías de las discrepancias múltiples de Michalos, la de la discrepancia en los niveles de satisfacción de Solberg y otros o la teoría de la comparación temporal de Albert, entre otras muchas, señalan diversos criterios, algunos de ellos comparativos, en base a los que las personas estiman su nivel de satisfacción vital (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012).

Finalmente, podemos señalar que cuando se ha puesto en relación la satisfacción vital con las experiencias adversas en la infancia también se han encontrado resultados de la influencia negativa entre ambas, obteniéndose niveles bajos e insatisfacción incluso en sujetos que solo referían haber sufrido una adversidad, con un incremento progresivo de la insatisfacción en relación al mayor número de adversidades. Junto con estos datos también se obtuvieron otros que relacionaron el número de adversidades con el bienestar social, también afectado significativamente por los eventos adversos (Hughes et al., 2016; Mosley-Johnson et al., 2019).

Teniendo en cuenta que la satisfacción vital será el estado resultante la interacción de factores tanto afectivos como cognitivos que utilizan los sujetos para lograr sus metas y las condiciones de su entorno, estudiaremos esta variable resultante para ponerla en relación con otros componentes de la calidad de vida y, a su vez, con las adversidades presentes y pasadas.

## **5. VULNERABILIDAD SOCIAL**

### **5.1. EL CONCEPTO DE VULNERABILIDAD SOCIAL**

#### **5.1.1. APROXIMACIONES A LA DEFINICIÓN DEL TÉRMINO: POBREZA, EXCLUSIÓN Y VULNERABILIDAD SOCIAL**

Una parte de la muestra con la que se ha llevado a cabo esta investigación está formada por personas adultas en situaciones de *vulnerabilidad social*. Existen múltiples definiciones del término que aportan diferentes perspectivas sobre esta condición, basadas en el análisis de factores diversos. Comenzaremos distinguiendo este concepto de otros estrechamente relacionados, como son la exclusión social y la pobreza.

Muchas veces se han utilizado “pobreza” y “exclusión social” como sinónimos. Sin embargo, el concepto de exclusión social incluye más fenómenos que la pobreza. El concepto, que surge a mediados de la década de 1970, incluye no solo la carencia de bienes, si no también fenómenos como la marginación, la discriminación, las dificultades para acceder a los servicios sanitarios, a la formación, al empleo o a los mecanismos de protección social. Aunque interrelacionados son dos conceptos diferentes, por más que las nuevas perspectivas sobre la pobreza hayan llevado a aplicar criterios de pobreza como la inaccesibilidad a una vida saludable, a la educación, a las libertades y a recursos que permitan hacer frente a las adversidades, en vez de los exclusivamente económicos (PNUD, 2017). La exclusión social no se define por criterios exclusivamente económicos e incluye aspectos estructurales heterogéneos de carácter dinámico (Busso, 2001; Navarro y Larrubia 2006; Hernández, 2010; Lafuente y Faura, 2012; Llano, 2018).

Se entiende que la vulnerabilidad social es una noción especialmente adecuada para la medición del cambio (en Adamo, 2012). Algunos la sitúan en el proceso que conduce a la exclusión y también se ha llegado a considerar a la vulnerabilidad como una dimensión inicial de la pobreza (Perona y Rocchi, 2001) o como exclusión de menor intensidad (Hernández, 2010). En la dinámica de la exclusión social la consecución de una vida digna se da una “zona de vulnerabilidad” que incluye a individuos que podrían estar perfectamente integrados pero que se acercan a la exclusión (Lafuente y Faura, 2012). En la integración inciden factores individuales relacionados con la subjetividad y la atribución de sentido a la propia situación. Las personas actúan para adaptarse cuando el riesgo se hace efectivo y sobreviene la exclusión generando un proceso condicionado por los recursos personales (ingresos, formación, apoyo social, vivienda...) y las variables de riesgo (edad, género, problemas de salud física y

mental, discapacidad...) de manera que no hay dos trayectorias de exclusión idénticas y (Hernández, 2010; Lafuente y Faura, 2012).

### **5.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA VULNERABILIDAD SOCIAL**

En las distintas definiciones de *vulnerabilidad social* se encuentra algunos elementos comunes. Hacen referencia a las capacidades y habilidades de las personas para hacer frente y adaptarse a las amenazas y presiones que ponen en peligro su bienestar. En documentos como el publicado en 2001 por las Naciones Unidas y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) sobre la vulnerabilidad social y sus desafíos ya se alude a dos componentes explicativos: por una parte, la inseguridad e indefensión que experimentan algunas comunidades, familias e individuos por el impacto de eventos económicos o sociales traumáticos y, por otra, los recursos y estrategias que utilizan para enfrentarse a los efectos de estas adversidades (Pizarro, 2001). Autores como Coy (2010) distinguen una *estructura doble de vulnerabilidad* con dos dimensiones de análisis: una externa referida a las condiciones del ambiente y espacio social y otra interna relativa a la indefensión o a la capacidad de respuesta de los individuos. De manera semejante Busso (2005) entiende la vulnerabilidad como un proceso multidimensional y multicausal, en la que confluyen simultáneamente la exposición a riesgos, los recursos, incluyendo los apoyos externos y las redes de protección social, las estrategias para usarlos en un entorno variable y las relaciones del entorno con el individuo, la familia o la comunidad, no necesariamente unidireccionales, en la que se puede dar complementariedad, reciprocidad y solidaridad. Este autor hace referencia a la fragilidad e indefensión ante los cambios en el entorno y también a la debilidad de los individuos para afrontarlos y aprovechar las oportunidades y recursos que se presentan.

Araujo (2015) describe a la persona vulnerable como aquella que presenta alguna debilidad personal, familiar, relacional, laboral, socioeconómico o político por la que se puede ver afectada por un proceso de exclusión social. Citando a CEPAL (2002), Araujo señala que la vulnerabilidad social es más que la simple exposición a riesgos o adversidades y que incluye la incapacidad de responder y la falta de habilidad para adaptarse. Sin embargo, la vulnerabilidad va más allá de lo individual. No se refiere solo a la pobreza como carencia de recursos materiales sino también a la falta de capacidad de organizarse para acceder a bienes y servicios y mejorar la calidad de vida. Por lo tanto, también se vincula a la precariedad laboral, la insuficiente protección de los organismos institucionales o el debilitamiento o ruptura de la red de relaciones en el entorno familiar, comunitario y social (Araujo, 2015).

Todas estas conceptualizaciones aluden a nociones que resultan de interés en nuestro análisis ya que incorporan la idea de que en las situaciones de vulnerabilidad es necesario tener en cuenta tanto los elementos estructurales del macrosistema como los recursos y estrategias que las personas construyen y ponen en marcha en el contexto de los microsistemas para dar respuesta a las circunstancias que se les presentan. Estos factores condicionan las posibilidades de acceso a los recursos y, en caso de dificultades, sitúan a las personas en una situación de mayor riesgo de caer en la pobreza, por tanto, de vulnerabilidad.

Con el objetivo de establecer una delimitación del concepto que nos resulte útil y cercano, en este estudio hemos tomado como referencia definiciones utilizadas en estudios de la vulnerabilidad social en población española. En los informes anuales sobre vulnerabilidad social realizados por Cruz Roja España desde 2006 se lleva a cabo un estudio cualitativo y cuantitativo de esta condición que permite describir, analizar y realizar un diagnóstico a partir de datos objetivos obtenidos con personas que sufren circunstancias de riesgo atendidas en los programas de esta institución. En estos informes se entiende que la vulnerabilidad social hace referencia a la zona situada entre la integración (trabajo estable y pilares sociales y familiares sólidos) y la exclusión (carencia de trabajo y aislamiento socio-familiar) (Castel, 1992, en Cruz Roja Española 2007). Esto implica que, una parte amplia de la sociedad actual, no sólo la que cuenta con menos recursos económicos, puede llegar a encontrarse en esta condición social de vulnerabilidad (Cruz Roja Española, 2007). El concepto de vulnerabilidad alude, por tanto, a situaciones de precariedad en la inserción laboral y de fragilidad en los vínculos interpersonales, situaciones en las que se encuentran, en mayor o menor medida, una diversidad de grupos sociales y no solo aquellos definidos usualmente como pobres (Perona et al, 2000).

## **5.2. LA MEDICIÓN DE LA VULNERABILIDAD.**

En las diversas investigaciones sobre este tema se hace referencia a las dificultades para la medición tanto de la pobreza o la exclusión como de la vulnerabilidad social. En muchos casos. Estas dificultades provienen de la multiplicidad de definiciones y de los criterios que se usan para delimitar los conceptos.

Respecto a la vulnerabilidad existe una tendencia a evaluarla mediante sistemas de indicadores sociales que permiten analizar necesidades que no son fácilmente valorables de forma directa (Navarro y Larrubia, 2006). Todos los sistemas de indicadores que hemos en-

contrado parten de modelo teórico a partir del que se define el concepto y los indicadores. Algunos indicadores son coincidentes (economía, vivienda, empleo, nivel de estudios, apoyo, participación...) y otros menos habituales (percepción del estado de salud, frecuencia de actividad deportiva, discapacidad...) y van acompañados de una metodología mediante la que cuantificar los diferentes niveles de vulnerabilidad que en cierto modo sintetizan la capacidad de los sujetos de afrontar las adversidades (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2002; Naciones Unidas; Silva y Barriga, 2009; Navarro y Larrubia, 2006). En los cuadros 8 y 9 vemos algunos ejemplos de estas clasificaciones, en este caso los cuadros de indicadores de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y de la Organización de Naciones Unidas.

### **Cuadro 8.**

*Propuesta de indicadores sociales de la OCDE (en Navarro y Larrubia, 2006)*

Indicadores de contexto	G1. Ingresos nacionales. G2. Índices de fertilidad. G3. Nivel de dependencia de las personas mayores- G4. Extranjeros y población de origen extranjero. G5. Refugiados y solicitantes de asilo. G6. Índices de divorcios. G7. Familias monoparentales.
Indicadores de autosuficiencia	Estado social/ respuestas sociales. A1. Empleo / A7. Políticas de activación. A2. Paro / A8. Gastos en educación. A3. Jóvenes sin empleo / A9. Educación y cuidados infantiles a una edad temprana. A4. Hogares sin empleo/ A10. Logros en la educación. A5. Madres trabajadoras / A11. Alfabetización. A6. Edad de jubilación / A12. Índices de sustitución. A13. Presión fiscal. B6. Gasto público social. B7. Gasto público privado. B8. Gasto neto social. C6. Gente mayor en residencias.
Indicadores de equidad	Estado social/ respuestas sociales. B1. Pobreza relativa /B5. Salarios mínimos. B2. Desigualdad en los ingresos / B6. Gasto público social. B3. Empleo poco remunerado / B7. Gasto privado social. B4. Diferencia salarial por razón de sexo / B8. Gasto neto social. A2. Paro / B9. Obtención de prestaciones. A3. Jóvenes sin empleo A7. Políticas de activación. A4. Hogares sin empleo A8. Gastos en educación, A5. Madres trabajadoras A9. Educación y cuidado infantiles a una edad temprana, A10. Logros en la educación, A11. Alfabetización, A12. Índices de sustitución
Indicadores de salud	Estado social Respuestas societales, C1. Esperanza de vida/C6. Personas mayores en residencias, C2. Mortalidad infantil/C7. Gasto en asistencia médica C3. Años potenciales de vida perdida/C8. Responsabilidad para financiar la asistencia médica, C4. Esperanza de vida sin padecer ninguna discapacidad /C9. Infraestructura médica, C5. Accidentes/A9. Educación y cuidado infantiles a una edad temprana. B1 Pobreza relativa/A10. Logros en la educación, A2. Paro D2. Consumo de drogas y muertes relacionadas
Indicadores de cohesión social	Estado social/ respuestas societales, D1. Huelgas /D7 Prisioneros, D2 Consumo de drogas y muertes relacionadas/ A6. Edad de jubilación, D3 Suicidio /A9 Educación y cuidado infantiles a una edad temprana, D4. Crimen /A10 Logros en la educación, D5. Pertenencia a un grupo /B6. Gasto público social, D6. Votación /C7. Gasto en salud, B1 Pobreza relativa, A2 Paro

*Nota.* Tomado de Navarro y Larrubia, 2006.



## Cuadro 9.

### Propuesta de indicadores sociales de la ONU

	CAMPOS	DIMENSIONES
1	POBLACIÓN Y DESARROLLO	a Salud. b. Bienestar. c. Educación
2	ERRADICACIÓN POBREZA	a Ingreso y gasto. b. Recursos económicos
3	EXPANSIÓN DEL EMPLEO PRODUCTIVO / REDUCCIÓN DESEMPLEO	a Trabajo. b. Ambiente laboral. c. Educación y entrena- miento.
4	INTEGRACIÓN SOCIAL	a Vivienda. b. Trabajo. c. Crimen y justicia criminal
5	ESTADO DE MUJERES Y HOMBRES	a Salud, educación. b. Trabajo. c. Ingresos

Nota. Adaptado de Navarro y Larrubia, 2006.

En esa línea, en el citado estudio de Cruz Roja se determina la necesidad de establecer criterios para identificar a estos grupos sociales, familiares o personas que se enfrentan al riesgo de ver modificadas sus condiciones de vida ante cambios en el entorno. Teniendo en cuenta que los indicadores habituales para determinar situaciones de pobreza o exclusión social resultan insuficientes para describir la situación de determinados grupos sociales con necesidades específicas se elabora el *Indicador Global de Vulnerabilidad*. Este se construye a partir de los datos obtenidos del Cuestionario Social, que recoge información de los principales problemas por los que atraviesan las personas atendidas en esta entidad y aquellas características o condiciones personales que puedan llegar a potenciar la exclusión social. El cuestionario aporta datos sobre cinco ámbitos diferentes: económico, social, familiar, ambiental/vivienda y personal. Cada uno de estos ámbitos, está subdividido en factores de riesgo. Este índice arroja datos sobre el tipo de vulnerabilidad y su nivel de gravedad (moderado, alto, muy alto y extremo), según el número de factores en los que se puntúa. La selección de los 58 factores incluidos se basa en investigaciones previas acerca del constructo de la vulnerabilidad social (González de Audikana, Montero y Ruiz, 2016). Señalaremos brevemente algunos de los factores que componen cada ámbito.

- Ámbito económico
- Ámbito social
- Ámbito ambiental /Vivienda
- Ámbito familiar
- Ámbito personal

Los factores que se tienen en cuenta en cada uno de estos ámbitos se recogen más detalladamente en el Cuestionario Social cuyos ítems indicamos en el Cuadro 10.

### **Cuadro 10.**

*Ítems del Cuestionario Social en cada uno de los ámbitos*

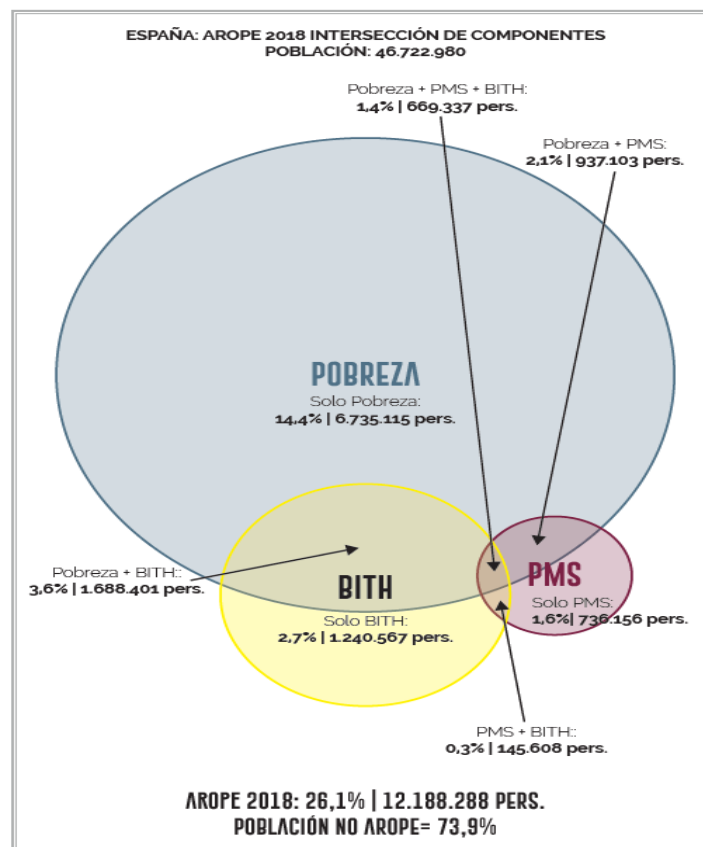
<b>Económico</b>	<b>Social</b>	<b>Ambiental y vivienda</b>	<b>Familiar</b>	<b>Personal</b>
Sin ingresos	Baja cualificación profesional.	Vivienda temporal.	Hijos a su cargo (1 ó 2).	Extranjero sin permiso.
Sin permiso de trabajo.	No comprende/habla el español.	Alquiles sin contrato.	Hijos a su cargo (3 o más).	Dependencia.
Ingresos < 500 euros/mes.	Estudios primarios incompletos.	Vivienda sin servicios básicos.	Otros familiares dependientes.	Discapacidad sobrevenida.
Sin alta en la Seguridad Social.	Analfabetismo.	Hacinamiento Pueblo aislado.	Familia monoparental.	Depresión.
Trabaja sin contrato.	Sufre discriminación.	Barrio sin servicios mínimos.	Aislamiento involuntario.	Extranjero sin documentación.
Deudas en país de origen.	Víctima maltrato.	Sin hogar.	Malos tratos con denuncia.	Extranjero con orden de expulsión.
Desempleo > 2 años	Fracaso-abandono escolar.	Institucionalizado.	Prisión en la familia.	Otra enfermedad grave.
Percibe pensión no contributiva	Sufre discriminación, racismo, xenofobia.	Semi institucionalizado.	Drogas en la familia.	Alzheimer o demencia.
Se dedica a actividades ilegales.	Víctima persecución.		Abusos sexuales.	VIH Sida.
Trabaja por cuenta propia.				Drogodependencia desintoxicación.
Percibe Renta Mínima.				Discapacidad genética.
Percibe pensión de viudedad.				Drogodependencia activa.
Prostitución.				Enfermedad mental.
				Alcoholismo.
				Hepatitis.
				Tuberculosis.

*Nota.* Adaptado de Cruz Roja, 2006.

En España se cuenta con otros criterios para la medición de la pobreza y la exclusión que han sido propuestos a nivel europeo. El AROPE (At risk of poverty and/or exclusion) es un indicador de incidencia que evalúa el grado de cumplimiento de los objetivos de inclusión social propuestos en la Estrategia EU2020 y hace referencia al porcentaje de población que se encuentra en riesgo de pobreza y/o exclusión social. Este indicador combina elementos de renta, posibilidades de consumo y empleo. Se considera que una persona está en situación AROPE si cumple al menos uno de los tres criterios siguientes: estar en riesgo de pobreza, tener carencia o privación material severa (PMS) y/o vivir en un hogar con baja intensidad de

empleo (BITH). El indicador define a las personas que cumplen uno o más de los tres criterios mencionados y se expresa en porcentaje sobre el total de la población. El AROPE, frente a otros criterios como la *Tasa de riesgo de pobreza*, mide el riesgo de pobreza y exclusión en su conjunto y no solo el riesgo de pobreza (Figura 12). Esto implica que las personas que están en situación de pobreza también están contabilizadas en el indicador AROPE, pero es posible que personas incluidas no sean pobres (Llano, 2019).

**Figura 12.**  
*Indicador de riesgo de pobreza y exclusión AROPE*



Nota. Tomado de Llano, 2019.

Este indicador suele combinarse con otras medidas evaluar la intensidad de pobreza como la *Brecha de pobreza* (el porcentaje de personas en pobreza severa), o medidas de desigualdad de renta como la renta media, la relación entre los ingresos del grupo más rico y el más pobre de población (S80/S20 y S90/S10) o el *Índice de Gini* (Llano, 2019).

Alguno de los criterios utilizados en estos indicadores, así como los ámbitos de vulnerabilidad señalados han sido empleados en esta Tesis para establecer criterios de vulnerabilidad social y definir las condiciones de vulnerabilidad social presentes en la muestra seleccionada y determinar de qué forma se relacionan con las otras variables estudiadas.

### **5.3. VULNERABILIDAD SOCIAL Y EFECTOS EN LA SALUD**

La vulnerabilidad se relaciona con el estado de salud y calidad de vida. Como hemos visto en las diversas clasificaciones de indicadores sociales, muchos de los factores de riesgo tienen que ver con la salud (enfermedad, trastorno mental, esperanza de vida, mortalidad, gasto médico, discapacidad, consumo de drogas, etc.). Araujo distingue entre los conceptos de *riesgo* como probabilidad de ocurrencia y la *vulnerabilidad* como indicador de inequidad y de desigualdad social, existiendo comunidades, familias e individuos cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros (Araujo, 2015). Ciertas enfermedades tienen un origen multifactorial donde se incluyen hábitos de vida. Si bien es evidente el papel de las conductas de salud en el desarrollo de enfermedades, también es importante, como hemos visto en otros apartados, el impacto en la salud de otras experiencias vitales. Por tanto, en la consideración de la vulnerabilidad tendremos en cuenta la adversidad presente, generada por diversas formas de privación (material, educacional, sanitaria, exposición al riesgo y carencia de voz y de poder, Lafuente y Faura, 2012) y la pasada, vivida en interacciones de maltrato o negligencia cuyas consecuencias se observan en el estado de salud, las relaciones interpersonales, aprendizaje de estrategias de afrontamiento, disfunción psíquica y otros factores que pueden revertir en incrementar la vulnerabilidad. Como señala Araujo “es necesario tener en cuenta que los factores de riesgo individuales no lo son solo en sí mismos, sino que están estrechamente relacionados con aquellos propios del grupo en que está inmerso el individuo y que estos últimos están también subordinados a aquellos macrosociales propios de las condiciones sociales y del estatus social en que está inmerso el grupo o el individuo” (Araujo, 2015, p. 94). Araujo se refiere específicamente a la salud física y a los déficits nutricionales en contextos de privación material o cultural, pero esto es extensible a las circunstancias en que se incrementa el riesgo disfunciones psíquicas, tal como se refleja en los informes de vulnerabilidad social de Cruz Roja.

## 5.4. VULNERABILIDAD SOCIAL Y EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA

Finalmente, señalaremos cómo en los estudios sobre los efectos de las experiencias adversas en la infancia se ha tenido en cuenta la condición de vulnerabilidad y se ha examinado su relación con diferentes tipos de adversidades.

En términos generales, el riesgo de exposición a la adversidad se ha relacionado con la vulnerabilidad social y la pobreza, que a su vez son importantes predictores de problemas de salud mental (Currie y Widom, 2010; Metzler et al., 2017; Smith et al., 2019). Esta vinculación entre la pobreza y los daños en la salud mental y física, funcionamiento social, bienestar, etc. se ha explicado por diversas vías e incluso se plantea la discusión de si las condiciones socioeconómicas desfavorables deben ser consideradas una adversidad más o un factor independiente que contribuye a los resultados observados en los adultos (Steptoe, Marteau, Fonagy y Abel, 2019).

Ya en las investigaciones relacionadas con el planteamiento del ACE Study aparece esta relación entre adversidad infantil y un deterioro en las condiciones sociales en la vida adulta (Anda et al., 2004, Anda et al., 2010) y otros estudios centrados en los efectos de la adversidad también han prestado atención al impacto en los factores de socioeconómicos. Por ejemplo, Gilbert et al. (2009) analizan diversos factores relacionados con el maltrato infantil y describen cuáles son sus consecuencias a largo plazo incluyendo no solo las más conocidas relativas a la salud física y mental sino también a la educación y el empleo. Los datos apuntan a que los menores maltratados tienen un rendimiento académico más bajo, mayor absentismo, más probabilidades de recibir educación especial y alcanzan menores niveles de estudios con repercusiones en la vida adulta. Estas asociaciones persisten aunque se elimine la influencia de otros factores como la etnia, la edad, sexo o nivel socioeconómico de la familia. También se encuentran mayores tasas de desempleo y de empleo de baja cualificación. Currie y Widom (2010), en una importante investigación sobre el tema, señalan la escasez de estudios que han relacionado la adversidad infantil con las condiciones económicas en la vida adulta y mediante un diseño de cohorte prospectivo realizado en el medio oeste de EE.UU comparan la situación laboral y económica de personas de una media de edad de 41 años que habían sufrido maltrato infantil (casos de maltrato físico, abuso sexual o negligencia documentados oficialmente) con otras personas que no los habían sufrido. Quienes habían sufrido maltrato

presentaban niveles más bajos de educación, empleos menos cualificados y remunerados, niveles de ingresos más bajos y menos bienes en comparación con el grupo control. La diferencia entre ambos grupos respecto a la probabilidad de encontrar empleo en torno a la edad media de 40 años era del 14% y el maltrato tenía mayores efectos en las mujeres que en los hombres. En el caso de la negligencia, salvo en lo relativo a la posesión de una cuenta bancaria y una hipoteca, el resto (tener un trabajo cualificado, estar empleado y poseer otros bienes) se asociaba significativamente con haber sufrido desatención en la infancia y los afectados sufrían consecuencias económicas negativas en la juventud y mediana edad. Los resultados sugieren que la experiencia del maltrato reduce la capacidad máxima de ingresos alrededor de 5.000 dólares por año. En cuanto a las diferencias por sexo, las cifras de las mujeres que tenían documentado maltrato físico, abuso sexual y negligencia en cuanto a nivel de estudios completado, posibilidades de tener empleo, nivel de ingresos, poseer una cuenta bancaria y bienes, eran significativamente peores que los de las mujeres del grupo control. Si bien los resultados de los hombres del grupo que había recibido maltrato frente a los del control también eran más desfavorables, las mujeres presentan resultados que las hacen especialmente vulnerables a los efectos a largo plazo de la adversidad infantil. Muchos de los datos obtenidos sobre las consecuencias económicas del maltrato infantil seguían siendo estadísticamente significativos al controlar el efecto de los factores demográficos, de los antecedentes familiares o, incluso, de las dificultades económicas de la familia de origen. Con una robusta metodología estos hallazgos apoyan la idea de que los menores maltratados sufren consecuencias económicas importantes y duraderas a lo largo de su vida adulta. Por tanto, que el maltrato y la negligencia pueden agudizar las diferencias sociales y generar peores expectativas para los niños que los sufren. Las autoras animan a investigar sobre las variables mediadoras con el objetivo de prevenirlas.

Desde el equipo de Widom se profundiza en el estudio del impacto de la pobreza y la negligencia temprana en la salud mental, los logros académicos y las conductas delictivas. Los resultados concluyen que la negligencia y la pobreza juntas se relacionaban con la presencia tanto de estrés postraumático como de conductas delictivas mientras que la pobreza se asociaba con el trastorno depresivo mayor. Las autoras ponen énfasis en la necesidad de considerar el contexto ecológico en que los niños y niñas se desarrollan para evitar perjuicios futuros en la salud y bienestar (Nikulina, Widom y Czaja, 2011).

El grupo de Nurius ha tenido muy en cuenta los factores de vulnerabilidad social y su relación con las ACEs. Plantean que el impacto de las ACEs puede co-ocurrir con frecuencia

con desventaja social y tener repercusión en la salud. En el estudio llevado a cabo en Washington con adultos en situación de desventaja social (n=7444) se pone a prueba esta relación y se analiza el papel del apoyo socioemocional y la contribución de los factores socioeconómicos. Los resultados demuestran el impacto de las ACEs en la salud mental décadas después incluso sin desventaja social ni factores sociodemográficos que contribuyan. Se da un efecto protector de los apoyos que modera el elevado efecto de las ACEs. Se concluye que las intervenciones aminoran el efecto de las ACEs y los recursos protectores como el apoyo psicosocial pueden ser efectivos para mejorar la salud mental en cualquier etapa de la vida (Nurius, Logan-Greene y Green, 2012). En sus investigaciones sobre la influencia de las condiciones socioeconómicas, Nurius, Green, Logan-Greene y Borja (2015) señalan que la adversidad infantil puede afectar al bienestar psicológico de los adultos, incrementando la vulnerabilidad a otros estresores (mermando habilidades de afrontamiento) e independientemente del efecto acumulativo de otras contribuciones, como la desventaja social y experiencias estresantes en la vida adulta. Señalan que las adversidades tempranas son parte de los factores que influyen en la posición socioeconómica a través de un deterioro en los recursos para afrontar la exposición al estrés en la vida adulta. En sus estudios confirman que la situación socioeconómica media entre las ACEs, la calidad de la salud y el bienestar. Las ACEs revierten en menos capacidad de resiliencia y niveles socioeconómicos más bajos, que a su vez influyen en el bienestar psicológico. Ilustran así cadenas de riesgo en las que un conjunto de adversidades tiende a conducir a otro, produciéndose una cascada a lo largo de la vida: menos apoyo social estable, menos capacidad de obtener ayuda profesional y menos hábitos saludables, lo que incide en el bienestar psicológico. Indican que estas vías son paralelas a los patrones observados en la carga alostática en los que el daño causado por la acumulación o la cronicidad de los factores estresantes crece y se propaga a través de los sistemas biológicos. Desde esta perspectiva las autoras plantean la necesidad de incrementar los recursos sociales (redes sociales sólidas) y los comportamientos que fomentan la salud para atenuar el efecto de las adversidades (Nurius et al., 2015).

Nurius, Green, Logan-Green, Longhi y Song (2016) retoman este enfoque para probar la relación entre las ACEs y la salud teniendo en cuenta condiciones económicas y recursos psicosociales. Los datos obtenidos sostienen la idea de que las prevalencias más elevadas de ACEs están presentes en los adultos con ingresos más bajos, comportamientos menos saludables y menos recursos psicosociales. La mayor frecuencia de enfermedades crónicas de inicio temprano también se relacionó con más ACEs. Los datos apoyan de nuevo la idea de que las

contribuciones socioeconómicas afectan a la salud y bienestar y que se debe el apoyo social para amortiguar los efectos de la adversidad temprana y la desventaja social (Nurius et al., 2016). En un estudio posterior con 14.001 adultos Jones, Nurius, Song y Fleming (2018) obtienen más pruebas de que no solo es el estrés temprano mantenido a lo largo del tiempo el que socava la salud mental adulta. Los análisis estructurales muestran las ACEs repercuten no sólo por los costes fisiológicos del estrés temprano, sino también a través de los niveles bajos de ingresos, de apoyo social y de la adversidad en la edad adulta. Los autores señalan este como uno de los primeros modelos que demuestran las múltiples vías relacionadas con el estrés a través de las cuales la adversidad en la vida temprana compromete la salud mental de los adultos. Font y Maguire-Jack (2015) abunda también en el papel mediador de las condiciones socioeconómicas en la relación entre ACEs y determinadas condiciones de salud. Los resultados obtenidos por ellos apoyan la idea de que la situación económica, el estado civil, el nivel educativo y el estatus social también se deteriora al haber experimentado adversidades en la infancia.

También contamos con estudios de seguimiento con niños y niñas en situaciones de vulnerabilidad. Giovanelli et al. (2016) realizan un estudio prospectivo con 1202 personas con bajos ingresos que refieren sus experiencias infantiles constatan la relación entre el número de adversidades sufridas y los niveles menores de formación académica, las menores posibilidades de optar a empleos cualificados, las mayores probabilidades de sufrir depresión, conductas de riesgo para la salud, arrestos juveniles y delitos. Estos datos también inciden en la idea de que determinados factores de riesgo socio económicos que aparecen junto con mayor número de adversidades infantiles (p. ej., carencias formativas o menos acceso a empleo) pueden acrecentar la vulnerabilidad de las personas. En estas y otras investigaciones similares vemos que las adversidades tempranas aparecen como estresores primarios que crean condiciones negativas para el desarrollo y que interactúan con estresores secundarios que afectan a los dominios educativos, laborales y relacionales ocasionando escasez de recursos sociales y personales y disfunción psíquica en la vida adulta.

Otros investigadores incorporan en el modelo variables como el apego. Justo, Riso y González (2015) apuntan que la relación entre exclusión (conductas antisociales) y primeras experiencias tempranas ya aparecen recogidas en los estudios que dieron lugar a la teoría del apego de Bowlby. Esta teoría defiende que la capacidad de establecer vínculos afectivos e iniciar la socialización depende de las experiencias con las figuras significativas en la infan-



cia. Justo, Risso y González (2015) plantean que la tendencia a reproducir las estrategias relacionales de generación en generación, favorecida por la continuidad ambiental y la continuidad de las expectativas interpersonales pueden fomentar la exclusión en tanto que las oportunidades sociales se ven condicionadas por las estrategias personales y constatan en sus resultados que el apego inseguro es una variable que media entre las experiencias adversas en la infancia y el trastorno mental severo, considerado este como un factor de exclusión social (Justo et al., 2015). Por su parte Steele et al. (2016) comparan el estrés parental en madres con niveles socioeconómicos bajo (situación de pobreza) y medio/alto y las experiencias adversas tempranas y encuentran que el estilo de apego de las madres es influido por el maltrato infantil y tiene implicaciones en la crianza. La angustia derivada de la crianza fue significativamente más alta en el grupo de madres con ingresos bajos, pero las puntuaciones ACEs explicaban una gran parte de la varianza del nivel de estrés, una vez controlado el efecto las variables socioeconómicas. No es infrecuente que los datos muestren que se dan más dificultades en la crianza en la población más empobrecida y vulnerable y que los progenitores con menos recursos materiales presentan niveles más elevados de estrés en las tareas de crianza, pero, aun así, los resultados de este estudio demuestran que, más allá de la fuerte influencia del bajo nivel socioeconómico en la angustia de las madres, la exposición a experiencias adversas en la infancia contribuye independiente al estrés. Esto hace pensar los cuidados que proporcionan personas de toda condición socioeconómica pueden estar afectados por la influencia de una infancia adversa.

Smith et al. (2019), en su modelo basado en la perspectiva de ciclo vital, exponen cómo la adversidad infantil se acumula a través de las etapas del desarrollo en las que se dan eventos y transiciones que generan niveles mayores de adversidad y condiciones más desfavorables. Identifican algunos eventos en las diversas etapas que relacionan con la “cadena de adversidades” que da lugar a estas condiciones en la vida adulta (entrar en el sistema de protección de menores, inestabilidad, abandono escolar, embarazo adolescente, dificultades para la integración laboral, etc.). En su estudio toman en consideración el hecho de recibir asistencia social como un indicador de este deterioro, concluyendo que la falta de apoyo económico o emocional, la ausencia de relaciones afectuosas o la violencia vivida en la infancia influyen en las transiciones a las siguientes etapas creando obstáculos y deteriorando los recursos necesarios para hacer frente a los retos de la edad adulta.

En resumen, la conceptualización del término *vulnerabilidad social* es compleja y para establecer criterios tomamos como referencia definiciones basadas en indicadores como

los recogidos en el índice global de vulnerabilidad social de la Cruz Roja usado en población española. Estos criterios nos sirven para definir un umbral a partir de datos de los ámbitos económico, social, ambiental, familiar y personal. Los efectos de las experiencias adversas en la infancia parecen tener una relación clara la vulnerabilidad social, ocasionando dificultades que se mantienen y expanden en la edad adulta. En las investigaciones revisadas se constata repetidamente la relación entre las condiciones de desventaja social y las adversidades infantiles, ya sea al considerar estas condiciones como una adversidad más o al comprobar los adultos expuestos a más formas de maltrato y negligencia tienden a encontrarse más a menudo en situaciones de vulnerabilidad socioeconómica independientemente de la desventaja previa o del efecto acumulativo de otras variables.

## **6. LAS RELACIONES INTERPERSONALES. EL APEGO.**

*“Oh, querido pequeño, te amo:  
Oh, mi querido pequeño, no creo que lo hagas.  
Si me amases de veras, como dices que haces,  
No te irías a América y me dejarías en el Zoo”.*

Poema escrito por un “delincuente” de 11 años cuya madre había fallecido y fue atendido por diversas cuidadoras, tras la separación temporal de su terapeuta (*Vínculos afectivos*, Bowlby, 1986, pág. 26).

### **6.1. INTRODUCCIÓN**

Una de las hipótesis de trabajo contempladas en esta investigación plantea la existencia de variables que predicen la aparición de disfunciones psíquicas, enfermedades físicas y, en definitiva, una peor calidad de vida en personas adultas que han sufrido adversidades en la infancia. El apego es una de las variables que hemos tenido en consideración. Como ya hemos mencionado, el análisis de las vías que intervienen en esta relación es una de las cuestiones clave de la investigación en el ámbito de las ACEs. Si bien la implicación de factores como las conductas de riesgo o los daños en el neurodesarrollo han sido abundantemente estudiados, no existe una cantidad comparable de referencias al papel del apego en esta correspondencia. Pero la importancia de este factor en la calidad de vida en adultos no reside exclusivamente en su papel mediador entre unas condiciones y otras sino también en el hecho de

que es un elemento esencial del desarrollo humano cuya función adaptativa se ve afectada de manera relevante cuando los contextos en que se produce el desarrollo no responden a las necesidades de los niños, niñas y jóvenes en crecimiento. En este capítulo abordaremos estas dos cuestiones y su relevancia en la aparición de dificultades en la vida adulta desde ambas perspectivas. Previamente revisaremos los estudios sobre la teoría del apego y su presencia en la investigación actual.

## **6.2. LOS ANTECEDENTES. EL ESTUDIO DEL APEGO.**

La teoría del apego tiene su origen en los estudios desarrollados inicialmente por John Bowlby, psiquiatra y psicoanalista británico, a partir de sus investigaciones sobre los efectos de la privación materna en niños y niñas huérfanos realizadas desde los años 30 y que lograron una gran difusión a partir de los 50. Con este nuevo paradigma de corte etológico y evolucionista pretendía conceptualizar la tendencia innata de los seres humanos a establecer intensos vínculos afectivos y explicar las diversas formas de sufrimiento emocional, la psicopatología y los trastornos de personalidad como resultado de alteraciones en esta relación (Bowlby, 1954; 1986; 1993; 1998). Según esta teoría, desde el nacimiento se activan una serie de sistemas de conducta de tipo social, con función adaptativa, dirigidas a objetivos y formadas por pautas de acción corregidas en función de las metas y condiciones ambientales. Uno de estos sistemas es el de apego que, junto a otros como los de exploración, afiliación y miedo a los extraños, se encarga de regular y satisfacer las necesidades básicas de los individuos en función de las condiciones de su entorno. Estos sistemas cumplen funciones de protección ante peligros mediante el alejamiento de la fuente de amenaza o la obtención de cuidados, a través de la proximidad de las figuras de apego, y de exploración del entorno y desarrollo de habilidades para desenvolverse eficazmente en él. El sistema de apego permite un equilibrio entre la exploración y la proximidad al cuidador, regulando la necesidad de cercanía según que la seguridad y el bienestar se vean o no amenazados. A partir de estas bases teóricas se conforma el estudio de las vinculaciones afectivas, su formación y los efectos de las pérdidas o los daños en estas.

Dentro de los vínculos afectivos, el apego se caracteriza por ser selectivo, intenso y duradero y la pérdida de estas vinculaciones se relaciona con alteraciones en el afecto y diversas formas de psicopatología. Más aún, se establece una clara correspondencia entre las experiencias relacionales de la infancia y adolescencia con los modos en que las personas

adultas perciben y tratan con personas emocionalmente significativas y que, como señala Bowlby, “pueden estar influidos y seriamente alterados por estas experiencias tempranas” (Bowlby, 1986, p. 155). Según su criterio, las perturbaciones severas en los vínculos cuidador-bebé son precursores de la presencia de psicopatologías importantes en los años posteriores del desarrollo.

Las conductas de apego son aquellas que conducen al establecimiento de vínculos afectivos entre el niño y el progenitor primero, y luego entre adultos. Su activación depende del estado en que se encuentre el sujeto y cuáles sean sus necesidades y se regulan según las metas. Entre las conductas de apego se encuentran el llanto, el contacto ocular, la sonrisa y conductas procuradoras de contacto físico como el abrazo. Su función principal es asegurar la disponibilidad de la figura de apego, persona que cuida al niño/a y con quien llega a establecer esta relación singular y será quien proporcione una base segura, le dé calma y seguridad que favorecen la exploración y adquisición de conocimientos y habilidades. Ante un suceso estresante, el sujeto, niño o adulto, buscará la proximidad de la figura de apego para obtener esta sensación de seguridad. La separación de esta persona significativa provoca una sucesión de estados psicológicos que van de la protesta al desapego con consecuencias considerables en el desarrollo posterior.

Bowlby incorpora otros conceptos que permanecen presentes y actuales en la investigación y la práctica clínica basada en esta teoría, como es el caso de los modelos internos de funcionamiento (*internal working models*). Estos son representaciones mentales de la relación que incluyen componentes cognitivos y afectivos y están elaboradas a partir de los modelos del otro y de uno mismo, es decir las creencias sobre el propio valor y lo merecedor que se es de cuidados por una parte y la protección y apoyo que se espera recibir del cuidador/a por otra. Estas expectativas sobre uno mismo y los otros se desarrollan en función de las experiencias infantiles y juveniles en el contexto de la relación con los cuidadores primarios, con quien se forman lazos emocionales que generan “modelos operantes del sí-mismo y de la figura de apego en la relación mutua” (Bowlby, 1989, p. 141). Según el autor, estos modelos internos, producto de la interacción afectiva, se internalizan automatizándose y generando expectativas bastante estables aunque no inmodificables sobre cómo otras personas nos van a tratar, sobre lo que debemos esperar de las relaciones en el futuro y la confianza y sensación de control sobre el entorno.

Con el concepto de modelos internos de trabajo Bowlby (1973; 1993) explica cómo las representaciones de las experiencias tempranas de apego reflejan fielmente las realidades

vividas y tienen impacto en las personas a lo largo de toda su vida. Es a partir de las vivencias de accesibilidad y capacidad de respuesta de la figura de apego, de seguridad o inseguridad en las relaciones donde se generan modelos de pensamiento y acción que, como mapas o instrumentos de predicción, guiarán las relaciones futuras y determinarán la calidad del vínculo. Por tanto, estas experiencias de disponibilidad de las figuras de apego en momentos de malestar, las expectativas que generan de confianza o desconfianza en las propias habilidades y la visión del mundo como hostil o manejable son la base de los diversos tipos de apego, seguro o inseguros, que serán estudiados y descritos por Bowlby y otras autoras. Si a través de las conductas de apego no se obtiene la respuesta deseada del cuidador se ponen en marcha las estrategias de *exclusión defensiva* para proteger al individuo de ser consciente de eventos o pensamientos dolorosos, especialmente ante situaciones de maltrato temprano (Bowlby, 1998). La exclusión defensiva puede manifestarse por la desactivación del sistema de comportamientos de apego o por una desconexión cognitiva de manera que los comportamientos, pensamientos y emociones relacionados con el apego dejan de ser experimentados, produciéndose la desconexión emocional y cognitiva. De esta manera se separa la situación interpersonal ansiógena del conjunto de afectos y comportamientos que genera o se dirigen hacia otra persona o hacia uno mismo los sentimientos negativos generados por el cuidador (Bowlby, 1998).

Como vemos, los constructos del apego se han empleado para construir modelos etiológicos de la psicopatología basados en los efectos de las experiencias tempranas. Bowlby impulsa una visión de la disfunción psíquica explicada a través de alteraciones en la capacidad de vinculación afectiva que describe como tan grave como persistente en el tiempo y que puede dar lugar a todo tipo de trastornos psicológicos (Bowlby, 1986). A partir de estas bases teóricas se conforma una potente corriente de estudio de las vinculaciones afectivas, su formación y efectos de las pérdidas o los daños en estas. Entre los desarrolladores de la teoría, destacan los trabajos de Mary Ainsworth, colaboradora de Bowlby, quien entre los años 60 y 70 introduce conceptos relacionados con las vinculaciones en la infancia y la primera clasificación de los patrones diferenciales de apego. Sus aportaciones metodológicas, elaboradas a partir de relevantes estudios observacionales, contribuyeron a ampliar los planteamientos anteriores. Entre otros, desarrolla un valioso instrumento de evaluación, el protocolo de la “Situación Extraña”, a través del que se analiza cómo niños y niñas de entre uno y dos años de edad recurrían a una figura de apego para tener una base segura para la exploración y un refu-

gio para calmarse en situaciones de separación y reencuentro. De estas observaciones se obtiene una clasificación de los estilos de apego infantiles: uno seguro (tipo B) y dos inseguros, evitativo o huidizo (tipo A) y resistente/ambivalente (tipo C) cuyas características se muestran en el Cuadro 11.

**Cuadro 11.**

*Características conductuales de cada patrón de apego*

<b>Tipo de apego</b>	<b>Características</b>
Seguro (tipo B)	Los niños/as muestran una conducta exploratoria competente y activa en presencia de la figura de apego, a la que utilizan como una base segura a partir de la cual explorar el entorno no familiar. Estos niños pueden o no estar estresados en respuesta a las separaciones, pero todos ellos reciben positivamente a su madre (o padre) tras su regreso, buscando de forma activa proximidad, contacto o interacción. Si muestran aflicción como respuesta a las separaciones, la proximidad y contacto materno en la reunión favorecen el cese de ésta, permitiéndoles reanudar sus actividades exploratorias.
Inseguro huidizo (tipo A)	Los niños/as no manifiestan conductas de búsqueda de proximidad y contacto hacia su figura de apego a lo largo de toda la situación. En pocas ocasiones muestran angustia aparente al ser separados de su madre y en los reencuentros suelen evitar restablece el contacto en incluso algunas veces le dan la espalda. La falta de interés por su figura de apego y la elevada conducta exploratoria caracterizan el perfil conductual de estos niños.
Inseguro resistente/ambivalente (tipo C)	Los niños/as se muestran muy ansiosos durante todo el procedimiento y muchos de ellos son incapaces de iniciar una conducta exploratoria activa. Aparentemente, son incapaces de utilizar a su figura de apego como una base segura a partir de la cual explorar. Durante las separaciones están intensamente afligidos, pero tras su retorno son difícilmente consolables. En resumen, estos niños/as se caracterizan por la preocupación que manifiestan por su madre y por su conducta ambivalente hacia ella: deseo de proximidad y contacto, unido a la demostración de su enfado y resentimiento por haberles dejado.

*Nota.* Fuente Lafuente y Cantero (2010)

En posteriores revisiones de los resultados obtenidos con esta prueba, realizadas en los años 80, Mary Main, de la Universidad de California de Berkeley y colaboradora de Ainsworth, junto con Judith Solomon (1986) clasifica un cuarto patrón de apego inseguro que denomina desorganizado, caracterizado por una ausencia de organización conductual coherente que proviene de la activación simultánea de los sistemas de apego y miedo y la presencia conjunta de la necesidad de proximidad al cuidador para ser tranquilizado y la de alejarse de la persona que atemoriza. Con Carol George y Nancy Kaplan desarrolla una herramienta fundamental en la evaluación del apego adulto, la “Entrevista de Apego Adulto” para conocer, a partir de narrativas las experiencias tempranas de apego, el estado mental de los sujetos respecto a estas. Se obtienen tres categorías o estados mentales de apego de tipo organizado (autónomo-seguro, evitativo-negador y preocupado) y otro desorganizado (George, Kaplan y Main, 1985; Main, 2000).

También desde los años 80 del pasado siglo los conceptos de la teoría del apego se aplican a las relaciones entre adultos. En la edad adulta el apego se caracteriza porque las figuras de referencia son diferentes que en la infancia y las funciones de estas vinculaciones también tiene algunas características diferenciales, manteniéndose los modelos operativos sobre uno mismo y los demás y generando sistemas de apego seguros, inseguros y/o desorganizados. Inspirándose en Bowlby, quien defendía que las relaciones de apego iban desde la cuna hasta la tumba, Hazan y Shaver (1987) se centran en las relaciones románticas entre adultos y observan un paralelismo entre los patrones de conducta y afecto de los adultos y las propuestas por Ainsworth para las relaciones de apego en la infancia. Sus resultados apuntan a que los sujetos *seguros* se sienten cómodos dependiendo afectivamente de sus parejas y no tienen problemas en que estas dependan de ellos, los clasificados como *evitativos* se muestran poco cómodos en relaciones cercanas y valoran excesivamente su autonomía y los que presentan un perfil *ansioso-ambivalente* se muestran inseguros, lábiles, excesivamente dependientes y raramente sienten una verdadera cercanía con sus parejas. En su estudio incluyen la evaluación de la historia de apego de los adultos participantes, en función de la existencia de largas separaciones de sus padres o de si estos estaban separados o divorciados y elaboran una caracterización de los cuidados recibidos de los padres y sobre la relación de los padres entre sí y encuentran que los sujetos seguros, reportaron relaciones más cálidas con ambos padres y entre los dos padres, los sujetos evitativos, describen a sus madres como frías y rechazadoras y los sujetos ansioso-ambivalentes veían a sus padres como injustos. (Hazan y Shaver, 1987). Bartholomew y Horowitz (1991) revisan el modelo de tres estilos de apego adulto y proponen un sistema de evaluación dimensional del estilo de apego adulto, usando como variables el grado de semejanza a cada uno de los cuatro prototipos provenientes de combinar los valores extremos (positivo o negativo) de la imagen de uno mismo y de la de la figura de apego: *seguro*, *desestimador*, *temeroso* y *preocupado*. A mayor semejanza con el prototipo *seguro* menores niveles de ansiedad y evitación (Cuadro 11). A mayor semejanza con el prototipo preocupado más predomina la combinación de alta ansiedad y baja de evitación. La semejanza elevada con el prototipo *desestimador* arroja bajos niveles de ansiedad y altos de evitación y, por último, la semejanza al prototipo *temeroso* se relaciona con la combinación de altos niveles de ansiedad y de evitación (Bartholomew y Horowitz, 1991).

## Cuadro 12.

Modelo de prototipos de Bartholomew y Horowitz (1991)

		MODELO DEL YO	
		Positivo	Negativo
MODELO DE LOS OTROS	Positivo	SEGURO (con intimidad y auto- nomía)	PREOCUPADO (preocu- pado por las relaciones)
	Negativo	DESESTIMADOR (evita y niega la necesidad de intimidad)	TEMEROSO (teme la intimidad y tiene evitación social)

Nota. Tomado de Loinaz y Echeburúa (2012).

Bartholomew y Horowitz (1991) desarrollan el cuestionario *Relationship Questionnaire (RQ)* para evaluar estas categorías y que ha sido adaptado al español en la versión de Alonso-Arbiol, Shaver y Yarnoz, S. (2002) y posteriormente Griffin y Bartholmew desagregan las descripciones de los prototipos en ítems independientes y los combinan con ítems de otros cuestionarios para elabora un cuestionario más extenso con el que evaluar la preponderancia de los cuatro estilos. La evolución posterior de esta idea ha derivado en un modelo dimensional del apego adulto en el que se evalúa las dos dimensiones la ansiedad (entendida como temor al rechazo y al abandono) y la evitación (entendida como incomodidad con la cercanía). Brennan, Clark y Shaver (1998), revisan los análisis estadísticos de Ainsworth a la luz de la propuesta de Bartholmew, señalan la semejanza entre su prototipo temeroso y el estilo desorganizado de Main y analizan las respuestas de 1086 personas a 60 cuestionarios. Con ello identifican las dimensiones subyacentes al modelo de Bartholomew y elaboran el cuestionario denominado *Experience in Close Relationships (ECR)*, revisado por Fraley, Waller y Brennan (2000) y adaptado al español por Alonso-Arbiol, Balluerka y Shaver (*Cuestionario de Experiencias en las Relaciones Íntimas*, 2007), para evaluarlas.

El estudio del apego que se origina con el descubrimiento de que una experiencia adversa, la separación del niño de sus cuidadores principales, tiene consecuencias dramáticas en el desarrollo infantil y en la vida adulta, explica aspectos fundamentales del funcionamiento humano a través del ciclo vital y aporta información esencial para el análisis de la calidad de vida de las personas adultas.

### 6.3. EL PAPEL DEL APEGO EN EL DESARROLLO HUMANO

En el estudio del desarrollo humano está firmemente asentada la evidencia del papel de las interacciones tempranas en la salud física y psicológica. La necesidad de vinculación



se manifiesta en todos los contextos de interacción a lo largo de la vida: con los cuidadores primarios, con iguales en la adolescencia y juventud y con la pareja en la vida adulta. Los vínculos de apego son claves para la seguridad psicológica y de la regulación emocional (Holmes, 2011). Las conductas de apego están destinadas a buscar la proximidad de personas significativas en momentos de necesidad con la finalidad de obtener seguridad y confort y están condicionadas por la edad y las circunstancias de la persona. Bajo condiciones de estrés o amenaza el sistema de apego se activa. La calidad de los cuidados de la persona cuya proximidad se busca es la que proporciona los sentimientos básicos de confianza y de seguridad. A través del sistema de apego se construyen funciones básicas como la regulación de afectos y se obtiene la base segura que mueven a la exploración y el aprendizaje. Es en la interacción con los cuidadores donde se da este proceso en un intercambio mutuo de actividades destinadas a construir las competencias necesarias para afrontar las tareas del desarrollo. Es en las relaciones tempranas donde se organizan los modelos de trabajo iniciales y las expectativas respecto a futuras relaciones. En función de cómo son respondidas las conductas de apego se constituyen los modelos internos de trabajo que se manifiesta en expectativas y preferencias en las relaciones con las personas significativas. Estos modelos son la base de los modelos relacionales posteriores, condicionando la manera de conectar con otras personas y de pedir y recibir ayuda, por lo que sus implicaciones a lo largo de la vida son fundamentales. Cuando las experiencias relacionales se caracterizan por la incertidumbre, la amenaza o la no disponibilidad de un cuidador que proporcione una respuesta coherente y adecuada para las necesidades, los modelos mentales construyen una visión de los demás como poco confiables y el mundo como un lugar inseguro.

Las pruebas de la influencia de la calidad del vínculo de apego en el desarrollo se han ido acumulando desde las primeras aportaciones de Bowlby, quien ya hace referencia a la importancia del apego en la construcción de las relaciones interpersonales y en la aparición de disfunciones psíquicas. Para Bowlby las dificultades en la acción conjunta entre cuidador y niño/a desde la infancia están en el origen de disfunciones que pueden manifestarse en cualquier etapa del desarrollo. De hecho, él utiliza el marco de la teoría del apego para investigar y entender tanto el desarrollo *normal* como el *anormal* y señala que todos los procesos del desarrollo son un resultado de la interacción entre las experiencias tempranas y el contexto actual (Sroufe, Carlson, Levy y Egeland, 1999). Los apegos inseguros se relacionan con la aparición de disfunciones tanto en edades tempranas como en la edad adulta y muchos autores han señalado su papel central en el desarrollo de la personalidad (Fraley y Shaver, 2008),

en la regulación emocional (Mikulincer, Shaver y Pereg, 2003; van Ijzendoorn, 2005), en las capacidades cognitivas, el aprendizaje y el rendimiento académico, en la competencia social (Cantón y Cortés, 2000) y en las relaciones interpersonales. En la revisión llevada a cabo por Cassidy, Jones y Shaver (2013) se recogen pruebas de la relevancia del apego para la psicopatología infantil, la neurobiología, la salud y la función inmune, la empatía, la compasión y el altruismo y la preparación escolar, así como de la validez universal de los principios centrales del apego.

#### **6.4. EL APEGO EN CONDICIONES ADVERSAS**

Planteamientos como la teoría del apego y aproximaciones más recientes como el paradigma de la psicopatología del desarrollo explican que las condiciones ambientales adversas durante el desarrollo alteran la organización del apego, la regulación emocional y dan lugar a la aparición de conductas de riesgo (Cicchetti, 2006).

Ya en sus trabajos iniciales Bowlby incorpora la idea de que la ausencia de salud mental o las “perturbaciones mentales” y la ansiedad o la culpa pueden ser causadas por la “privación maternal”, entendida como la carencia de una relación íntima o contante, caracterizada por la satisfacción y el goce, del niño o niña con la madre o quien la sustituya. Pero afirma que no solo la privación la puede producir estos efectos sino también el rechazo, las exigencias excesivas de cariño al hijo/a y las expectativas desajustadas a las necesidades del niño o niña (Bowlby, 1954). Brindar cuidados es la conducta complementaria de la conducta de apego y cumple la función de proteger de los peligros y de proporcionar bienestar a la persona que la emite, sea cual sea su edad. Si la figura de apego responde satisfactoriamente a las necesidades, el sistema de apego se desactiva, al igual que lo hace el sistema de prestación de cuidados cuando el cuidador comprueba mediante la proximidad y otras señales que el niño/a se encuentra bien. Ainsworth junto con Blehar, Waters y Wall (1978) entienden que las respuestas adecuadas a las conductas de apego dependen de la sensibilidad de los cuidadores, que se define como la habilidad para percibir e interpretar correctamente las señales de apego de los niños y responder ante esas señales en forma pronta y adecuada. La falta de respuesta o una sensibilidad inconsistente está asociada con la inseguridad en los niños y la respuesta sensible y consistente se asocia con vínculos seguros, de manera que la sensibilidad o insensibilidad de los cuidadores cumple un rol fundamental en el surgimiento de apegos seguros o inseguros. Numerosos hallazgos confirman la hipótesis de que los padres sensibles

provocan el apego seguro del lactante, promoviendo un buen desarrollo socioemocional (van Ijzendoorn, 2005).

El apego inseguro y las conductas con las que se manifiesta son, como dice Holmes, “formas de afrontar contextos sub-óptimos”, entendiendo que las conductas propias de un apego seguro no son adaptativas en esos contextos. Estrategias como la represión y la fragmentación tienen sentido en relaciones poco protectora y carentes de cuidados (Holmes, 2011). Cuando en el entorno más cercano sobrevienen y se mantienen sucesos adversos las estrategias que los sujetos construyen para satisfacer las necesidades o minimizar los daños, pueden generar consecuencias negativas para la salud física y psicológica y resultar, además, totalmente contraproducentes en entornos más benévolos.

## **6.5. EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA. IMPACTO Y VARIABLE MEDIADORA CON EL APEGO AFECTIVO**

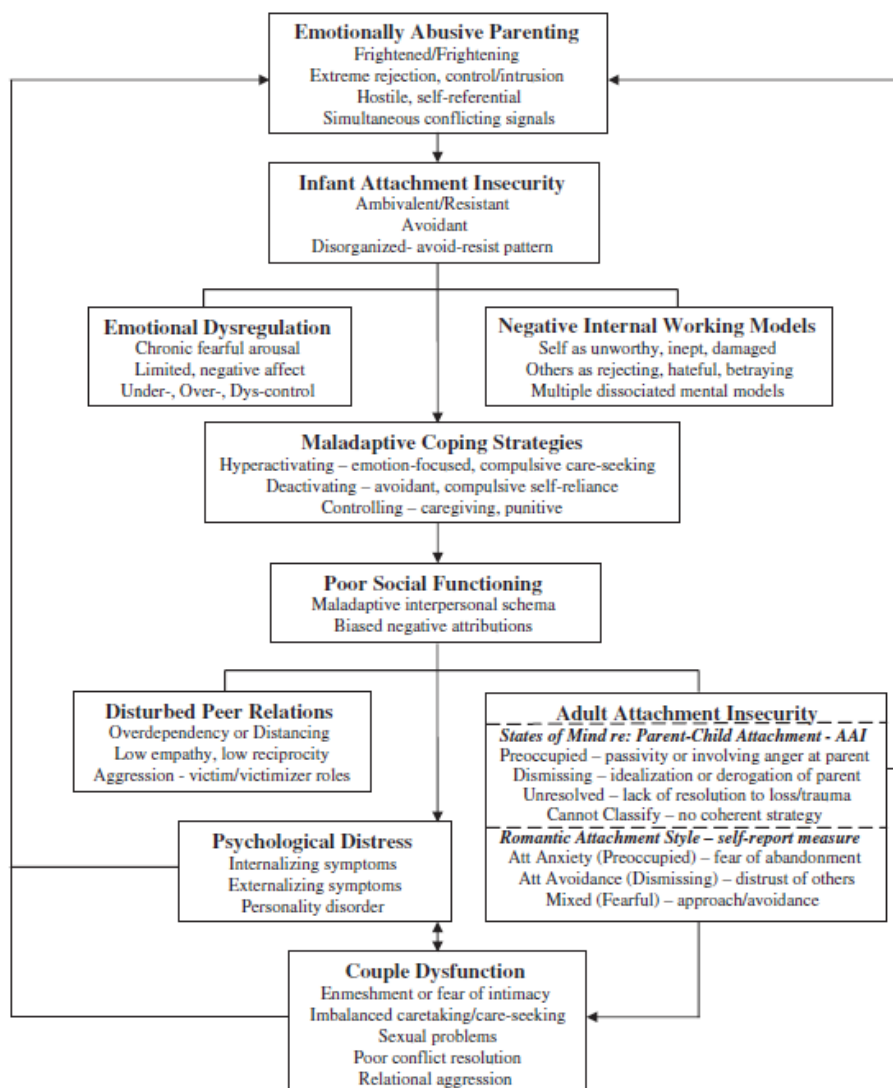
En la revisión realizada de la literatura sobre experiencias adversas en la infancia y el apego encontramos que los malos tratos y la negligencia en las relaciones de apego entre el cuidador y el niño o niña influye claramente en el estilo de apego en la edad adulta y la inseguridad del apego está significativamente asociado con la calidad de vida.

El estudio longitudinal realizado en Minnesota a lo largo de más de 30 años por el equipo de Sroufe, Egeland, Carlson y Collins se analizan los problemas que surgen a lo largo de las distintas etapas del desarrollo con el fin de identificar las vías normativas y desviadas del mismo e identificar los factores de riesgo y protección que predicen tanto la adaptación favorable como la maladaptación en la vida adulta. Los resultados del estudio son concluyentes respecto a la importancia del apego en el desarrollo de la autonomía, la regulación emocional y la competencia social y respecto al papel de las interacciones tempranas como factor de riesgo para la aparición de psicopatología (Sroufe 2005).

Desde el enfoque de la psicopatología del desarrollo se muestra igualmente cómo la construcción del vínculo de apego y de los modelos internos de trabajo tienden a reflejar la dureza y la impredecibilidad de las relaciones. Los autores señalan cómo los menores que sufren malos tratos mantienen representaciones mentales más negativas de sí mismos y de los otros, que conducen a problemas en las relaciones y más riesgo de presentar apegos inseguros desorganizados que se extienden a la adolescencia y edad adulta (Cicchetti y Toth, 2016;

Doyle y Cicchetti, 2017). En el estudio de Puig, Englund, Simpson y Collins (2013) los adultos con un estilo de apego inseguro en la infancia padecían enfermedades de tipo inflamatorio (enfermedades cardiovasculares o asma, por ejemplo) en mayor proporción que los clasificados como seguros. De entre los inseguros, los que presentaban un apego de tipo evitativo informaban de más síntomas inespecíficos en la edad adulta que los clasificados como ansiosos o seguros.

**Figura 13**  
Modelos hipotéticos de regresión jerárquica para el ajuste relacional, la agresión psicológica y la victimización psicológica

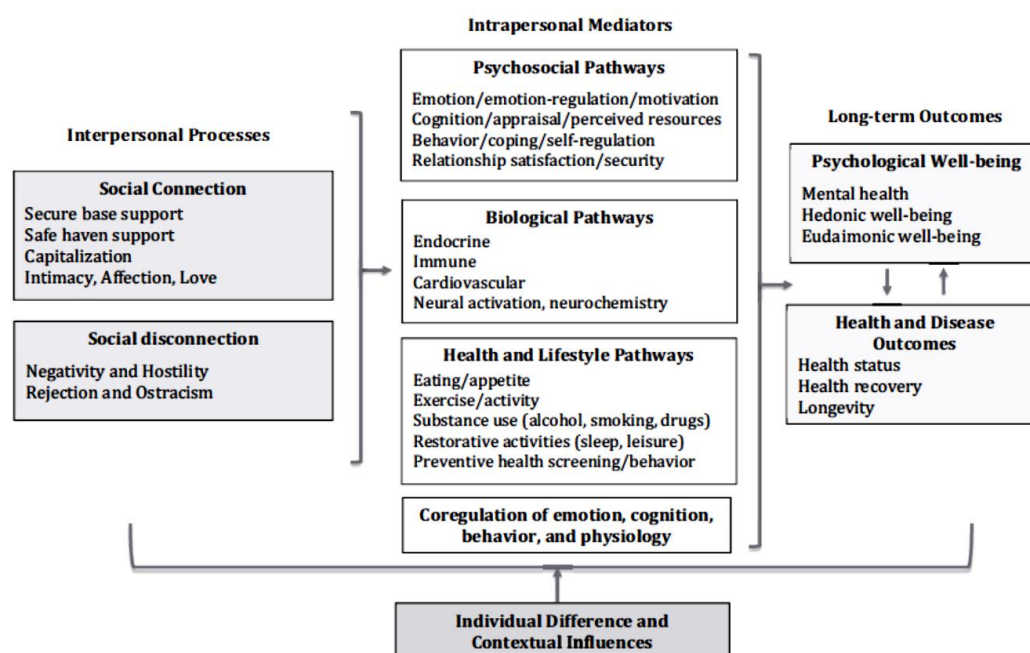


Nota. Tomado de Riggs (2010)

Riggs (2010) propone un modelo que traza el recorrido entre el maltrato y la negligencia emocional y los daños en la vinculación y la construcción de apegos inseguros que, a su

vez, deterioran la regulación emocional, la construcción de la identidad propia y la representación de los demás, influyen en el aprendizaje de estrategias de afrontamiento desadaptativas y afectan al funcionamiento social, al bienestar emocional y a las relaciones románticas en adultos (Figura 13). En este, como en otros modelos, los estilos relacionales que surgen de las interacciones maltratantes tempranas producen daños que se ponen de manifiesto en otras etapas de la vida. Algunos hacen referencia a la aparición de enfermedad y riesgo de mortalidad. Por ejemplo, se ha estudiado el papel del apego como un factor de vulnerabilidad para las enfermedades crónicas a través del efecto que las vinculaciones producen en la regulación de los procesos fisiológicos corporales complejos. Los eventos estresantes vividos en los primeros años de vida generan apegos inseguros que parecen afectar la calibración de los sistemas de regulación del estrés en la edad temprana y en adultos (Lemos, 2015). Al revés en el caso de los apegos seguros que conllevarían una ralentización del envejecimiento celular (Dagan et al., 2017). Pietromonaco y otros autores constatan la importancia de las relaciones cercanas en la salud y la enfermedad. Esa relación pasaría por vías psicosociales, biológicas (funcionamiento de sistemas fisiológicos) y de estilo de vida (conductas de riesgo o hábitos saludables). Todos ellos estarían influidos por los procesos interpersonales tempranos (conexión y desconexión social) e impactarían en los resultados de salud a largo plazo (Figura 14) (Pietromonaco, Uchino y Dunkel Schetter, 2013; Pietromonaco y Collins, 2017).

**Figura 14.**  
*Marco organizacional*



*Nota.* Tomado de Pietromonaco y Collins (2017)

Widom et al. (2018) ahondan en esta relación buscando la especificidad entre los distintos tipos de maltrato y de estilo de apego al que pueden dar lugar y establecen una correspondencia entre negligencia y abuso físico y apego ansioso en adultos y negligencia con el estilo evitativo. Ambos estilos predicen problemas de salud como elevados niveles de ansiedad y depresión y baja autoestima. El estilo ansioso en concreto conllevaría altos niveles de carga alostática por la hipervigilancia que lleva asociado y las dificultades de regulación del estrés durante la infancia (Lemos et al., 2015; Smith et al., 2016).

Otras investigaciones se han centrado en este papel modulador del apego en aspectos de la salud como la adaptación al cáncer de mama en mujeres (Ávila, Brandão, Teixeira, Coimbra y Matos, 2015; Alonso, Ezama y Fontanil, 2018) o la relación entre ACEs y mortalidad (Smith et al., 2016).

La importancia del apego en la salud mental y su capacidad de predecir la disfunción psíquica cuenta con abundante apoyo empírico. Diversos estudios han profundizado en las condiciones que intervienen en esta relación y la que existe con las adversidades tempranas. Este análisis se ha llevado a cabo en el estudio de manifestaciones de disfunción psíquica, entre otros muchos, la depresión severa, que se ha relacionado con el apego inseguro y el trauma interpersonal (Fowler, Allen, Oldham y Frueh, 2013), la experiencia de trauma por traición (Hocking, Simons y Surette, 2016) o la disociación (Bailey y Brand, 2017; Kong et al, 2018), donde todas las disfunciones correlacionan con apegos inseguros.

Dada la importancia del apego en el desarrollo de estrategias regulatorias de la emoción, las cogniciones y la conducta, es coherente pensar que las adversidades tempranas, al afectar a los procesos de aprendizaje de estas estrategias, generan dificultades en el funcionamiento adulto. Esto se puede poner de manifiesto a través de conductas de riesgo, que como hemos mencionado, tienen un valor adaptativo cuando se han visto dañados otros recursos personales para obtener alivio o seguridad. Son muchos los estudios que lo subrayan. En adultos que habían sufrido maltrato emocional, abuso sexual y abuso verbal, Oshri, Sutton, Clay-Warner y Miller (2015) encuentran una relación significativa entre los estilos de apego y la desregulación emocional con comportamientos de riesgo. La adversidad infantil llevaría a la construcción de estilos de apego inseguros y estos propiciarían el abuso de sustancias, las conductas sexuales de riesgo y las conductas antisociales. Encuentran, incluso, una especifici-

dad entre los tipos de maltrato, los estilos de apego y las conductas de riesgo. El abuso emocional estaba significativamente asociado con el apego ansioso y el abuso sexual con el apego evitativo. El apego ansioso se relacionaba con abuso de alcohol y el evitativo con el uso de drogas y con los comportamientos antisociales. Se explica esto por la sensibilidad al rechazo social de las personas con apego ansioso, lo que haría más vulnerable a la influencia social en temas tales como el consumo de alcohol y por las estrategias de desactivación y desconexión emocional de las personas con estilo evitativo que facilitarían involucrarse en actos antisociales. Finalmente, confirman la relación indirecta entre el maltrato y las conductas de riesgo a través de la desregulación emocional y el apego inseguro. Esto se explicaría por la interferencia del estrés crónico en el desarrollo de un apego seguro y la adquisición de estrategias de regulación emocional eficaces (Oshri et al., 2015).

Los efectos de las adversidades tempranas, los daños en las interacciones tempranas que afectan a los vínculos de apego, y su proyección en la socialización durante la juventud y vida adulta están ampliamente probados. Doyle y Cichetti (2017) en su revisión de las investigaciones sobre los efectos de los malos tratos en la infancia y de la crianza en instituciones constatan que el apego desorganizado proveniente de los cuidados inadecuados y señalan que los niños que sufren adversidades tempranas tienen más probabilidades de presentar conductas de apego anómalas, déficits en las competencias socio emocionales y dificultades persistentes en el funcionamiento social. La revisión, que se realiza desde una perspectiva organizacional del desarrollo, considera la formación del apego como una etapa fundamental que influye en el funcionamiento adaptativo en las subsiguientes tareas vitales.

Son también de interés los estudios que se han centrado en los efectos del maltrato infantil en el estilo de apego y sus posteriores repercusiones en la crianza de los propios hijos (Murphy, 2014; Steele et al., 2016). Estos estudios ponen de manifiesto como los estados mentales de las personas afectadas por experiencias negativas con los cuidadores primarios incrementan el estrés ocasionado por el cuidado de sus propios hijos. La afectación fue mayor en las personas con niveles socioeconómicos más bajos, pero aun controlando el efecto de esta variable la relación entre ACEs, estrés parental y problemas en la crianza se mantiene significativa (Steele et al., 2016).

Por tanto, la teoría del apego proporciona un marco conceptual sólido para entender cómo las experiencias adversas se imbrican en los procesos del desarrollo y afectando a áreas fundamentales del funcionamiento humano. Los efectos de las experiencias adversas en la

construcción de estilos de apego inseguros son ya evidentes y el papel del apego como mediador entre las vivencias tempranas y la calidad de vida en la edad adulta adquiere peso a medida que las investigaciones se amplían. En nuestra investigación intentaremos aportar más pruebas en esa línea. La literatura muestra que el apego es además un factor de riesgo importante para la crianza. De manera que las adversidades tempranas experimentadas por una generación pueden estar generando adversidades tempranas en las generaciones siguientes.

En conclusión, para la teoría del apego son las relaciones interpersonales las que proveen del contexto para el desarrollo y la ausencia de cuidados o los cuidados inadecuados en las relaciones cercanas prepara muchas disfunciones futuras. Por esa razón la etapa de la vida en la que se cría a niños y niñas es una etapa fundamental para propiciar que tengan una buena calidad de vida cuando sean adultos.

## 7. LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

The man said, "Why do you think you here?".

I said, "I got no idea".

I'm gonna, I'm gonna lose my baby.

So I always keep a bottle near.

He said, "I just think you're depressed".

This me, "Yeah, baby, and the rest".

They tried to make me go to rehab.

But I said, "No, no, no".

Yes, I've been black.

But when I come back, you'll know, know, know.

I don't ever wanna drink again.

I just, oh, I just need a friend

*Rehab.* Amy Winehouse



## 7.1. EL AFRONTAMIENTO.

Tradicionalmente, en el ámbito de la psicología y otras ciencias de la salud, el concepto de afrontamiento se ha definido en gran medida junto al del estrés, en el intento de conocer y comprender las respuestas que emiten las personas en situaciones de elevada exigencia. En este sentido, el afrontamiento se ha considerado un producto de la interacción entre el sujeto y el medio en función de cómo de amenazante se percibe una situación. Desde este enfoque, una circunstancia se considera estresante cuando es valorada por la persona como significativa y estima un desequilibrio entre las demandas de la situación y sus recursos para hacerle frente, valorando que son insuficientes.

Teniendo en cuenta estos aspectos, Lazarus y Folkman definen por un lado el *estrés psicológico* como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 43). Por otra parte, describen el afrontamiento (*coping*) como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externa y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, p.164). Desde este planteamiento se entiende el afrontamiento como un proceso y no como un rasgo individual. El afrontamiento aparece en condiciones de estrés psicológico donde las demandas se consideran superiores a los recursos, lo que exige un esfuerzo para manejarlas. Esto incluye acciones o pensamientos que el sujeto realiza independientemente de los resultados obtenidos. Los autores señalan que a pesar de lo frecuente del uso de la palabra *manejo* (*management*) no equiparan “afrontamiento” con “dominio” ya que entre las estrategias para manejar ese desbordamiento caben muchas acciones, desde minimizar o evitar hasta aceptar condiciones estresantes, que no siempre son exitosas en función de los objetivos deseados.

En este enfoque del afrontamiento como proceso distinguen un conjunto de respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que tienen como finalidad reducir las respuestas fisiológicas y emocionales del estrés. Estas acciones encubiertas o manifiestas se ponen en marcha para contrarrestar los efectos de las situaciones que se consideran amenazantes. El afrontamiento se define como un proceso de cambio que se da en relación a condiciones del entorno y la dinámica de este proceso es el resultado de continuas evaluaciones y reevaluaciones que se producen en la relación cambiante de los individuos con su entorno. Los cambios que realiza la persona para influir en su entorno modifican a su vez el significado del acontecimiento o su comprensión.

Dentro de los procesos de evaluación se concede mucha importancia a la evaluación cognitiva como el mecanismo que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo. Lazarus y Folkman (1984) distinguen dos formas que suceden de forma paralela y con la misma relevancia: la evaluación primaria, aquella en la que se valora si un hecho es irrelevante, beneficioso o estresante ahora o en el futuro y de qué forma, y la secundaria, referida a lo que puede hacerse respecto al hecho evaluado, es decir, a las opciones de afrontamiento con la que se obtendrá una mayor seguridad de alcanzar los resultados deseados.

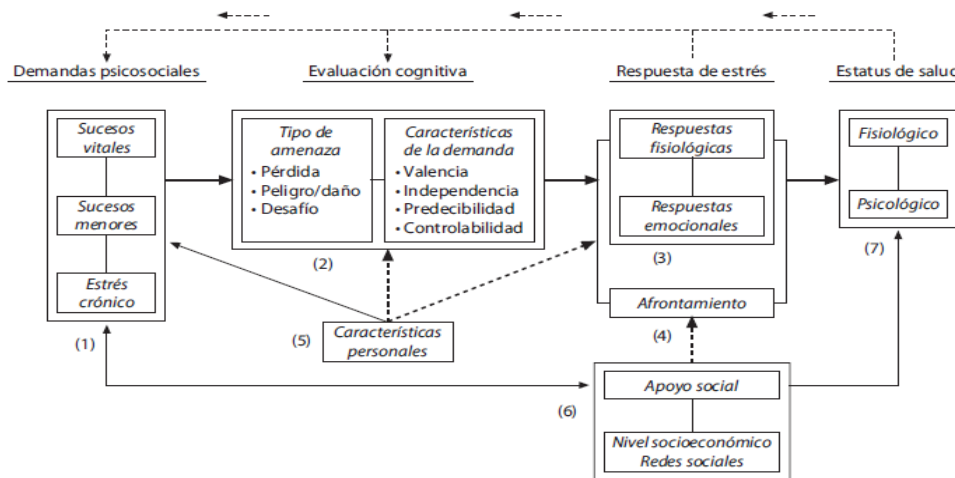
Cuando las evaluaciones son positivas se valora que las consecuencias serán beneficiosas para el bienestar o pueden ayudar a conseguirlos y generan emociones placenteras. Por el contrario, las evaluaciones estresantes incluyen aquellas que significan daños, pérdidas, amenazas o desafíos. Las amenazas se refieren a daños o pérdidas que se prevén y es un factor importante para el afrontamiento anticipativo y se relaciona también con la capacidad de afrontar situaciones más o menos predecibles. Señalan que los acontecimientos más perjudiciales son aquellos en los que se pierden relaciones importantes. A pesar de esta distinción se matiza que las valoraciones pueden ser complejas y mixtas, dependientes del contexto y no tienen un carácter permanente. Ambas evaluaciones interactúan entre sí determinando el grado de estrés y la intensidad y calidad de la respuesta emocional. Los autores introducen también el concepto de *reevaluación* para referirse a los cambios que se introducen en la evaluación inicial a partir de nueva información recibida del exterior o producida como resultado de las propias reacciones. Con reevaluación defensiva se refieren al esfuerzo para interpretar una situación como más positiva o para afrontar los daños y amenazas valorándolos de forma menos negativa (Lazarus y Folkman, 1984). Posteriormente, Lazarus (2000) complementa este modelo previo, muy asentado en la evaluación cognitiva, con el papel de las emociones e incide en la centralidad del proceso de manejo y el significado relacional del estrés, es decir, la intersección entre variables del sujeto y externas (metas, creencias recursos) dando un enfoque constructivista a su teoría.

Sandín (2009) en su modelo procesual del estrés de siete etapas presenta una alternativa a la división de la evaluación cognitiva propuesta por Lazarus y Folkman proponiendo la integración del tipo de amenaza (pérdida/daño, peligro o desafío) con las características cognitivas de la demanda (valoración positiva o negativa, dependiente o no de las acciones del individuo, predictibilidad y controlabilidad). Otra de las etapas que se distinguen es el propio afrontamiento. Aunque se considera una de las fases de la respuesta al estrés que aparece tras

las respuestas fisiológicas y las emocionales, existe entre ellas una interacción constante y conjunta con la evaluación cognitiva.

**Figura 15.**

*Modelo procesual del estrés y principales relaciones entre los siete componentes básicos*



*Nota.* Tomado de Sandín (2009).

Para Gross (2015), el afrontamiento (*coping*) es, junto con la regulación emocional y la regulación del estado de ánimo, uno de los mecanismos de la regulación del afecto (Figura 16). Caracteriza el afrontamiento como un proceso que puede ser de larga duración en el que predominan las respuestas de alivio frente al estrés. La regulación de la emoción se puede solapar con el afrontamiento, pero en el caso de la regulación emocional el proceso se centra más en influir en la emoción, cuándo se produce y cómo se experimenta o expresa.

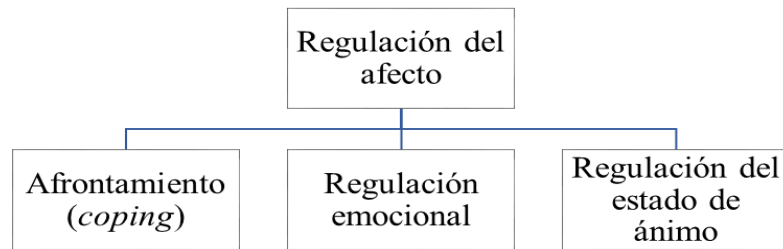
La función de las emociones en el afrontamiento es cada vez más relevante en la investigación sobre el tema. En la revisión de Ortega y Salanova (2016) sobre la evolución de los modelos de afrontamiento y las características de las estrategias más eficaces recogen pruebas del papel de las emociones positivas en un afrontamiento beneficioso para el bienestar físico y psicológico y una mejor gestión del estrés o *coping positivo*.

Estas aportaciones han sido la base de muchas propuestas teóricas posteriores en el desarrollo del concepto de afrontamiento donde están presentes tanto los componentes cognitivos y conductuales que se activan para hacer frente a demandas que generan estrés y sobrecargan los propios recursos, como para reducir el malestar emocional asociado.

Más adelante se verán las características de la regulación emocional como estrategia específica de afrontamiento ya que es una de las variables que se evalúan en esta tesis.

## Figura 16.

Concepción jerárquica de la regulación del afecto



Nota. Adaptado de Gross, 2015.

En definitiva, el afrontamiento es el conjunto de acciones con las que las personas hacen frente a las situaciones que generan malestar. Estas acciones se dirigirán a un componente u otro de la situación, ya sean las propias respuestas físicas, psicológicas y relacionales o elementos del propio evento. Las diferencias en las formas de actuar generan diversidad entre las personas en cuanto a su capacidad de adaptación a la adversidad y explican, en parte, muchos de los resultados de salud física y mental.

### 7.1.1. LOS ESTILOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Al hablar de las funciones del afrontamiento se considera que afrontar un hecho es diferente de los resultados que se consigan con las estrategias que se pongan en marcha. Una misma estrategia puede ser adaptativa y eficaz en unas circunstancias, pero no en otras. El afrontamiento depende del contexto y, aunque unas estrategias pueden ser más estables y consistentes, su elección dependerá de la finalidad para la que se activan. Por tanto, los estilos de afrontamiento se suelen ver como preferencias de actuación relativamente estables y no rasgos individuales.

Las estrategias de afrontamiento se definen como las acciones específicas que se implementan para abordar una situación amenazante. Desde los modelos de uso más frecuente centrados en el proceso se distinguen dos funciones principales que dan lugar a estilos de afrontamiento diferentes: los focalizados en el problema dirigidos a la resolución mediante la modificación de los componentes del *problema* y los centrados en la *emoción*, orientados a restablecer el equilibrio emocional alterado por el problema. La segunda opción suele activarse cuando en la evaluación del hecho se valora que no es posible alterar las condiciones del problema o amenaza. Entre las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción se

identifican algunas como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva e incluso algunas destinadas a incrementar deliberadamente el malestar para movilizar a la acción, entre otras. Algunas formas de afrontamiento dirigido a la emoción equivalen a la reevaluación de la situación, es decir, a la forma de vivir una situación sin cambiarla objetivamente. En las estrategias dirigidas al problema se incluyen aquellas que son similares a las utilizadas para resolverlos o bien las orientadas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas o a la valoración de costes y beneficios de cada solución posible. Distintos autores añaden a estas dos estrategias básicas la del afrontamiento orientado a la evitación (Endler y Parker, 1990; Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003), en el que la persona intenta evitar la situación estresante distanciándose, buscando apoyo social o distracción en actividades de ocio.

Algunos autores usan el término “recursos de afrontamiento” para referirse a la capacidad y habilidad de unas personas para responder y manejar un acontecimiento o situación que juzga estresante, de manera que la puesta en marcha de una estrategia depende de que la persona disponga de una "pauta comportamental" (estrategia) dentro de su repertorio conductual y que, además, el contexto social y cultural le ofrezca el recurso correspondiente. Estos recursos pueden ser físicos, psicológicos, estructurales, sociales y culturales Rodríguez-Marrín, Pastor y López-Roig (1993). Sandín (2003) indica que existen disposiciones personales para responder al estrés con unas estrategias más que con otras y que unos individuos cuentan con más recursos de afrontamiento que otros. Señala que los recursos reflejan una dimensión latente del afrontamiento como un potencial para la acción y no la acción en sí misma. Esto apuntaría a un componente básico de la propia definición de afrontamiento en que la ausencia de recursos se considera básica para saber si se está o no en una situación de estrés, solamente se estará en dicha situación faltan los recursos. Esta cualidad del afrontamiento como distinto del resultado es fácilmente observable en algunas estrategias, por ejemplo, las relacionadas con la evitación de relaciones, emociones, pensamientos, recuerdos, etc. como el aislamiento, el consumo de sustancias, la sobreingesta u otras conductas de riesgo que permiten a los sujetos afrontar el malestar, aunque paralelamente interfieren con otras tareas vitales o perjudican a la salud.

La tipología de estrategias de afrontamiento viene siendo discutida a raíz de las investigaciones internacionales realizadas y han dado lugar a distintos instrumentos de evaluación que, a su vez, han modificado y reestructurado los tipos de estrategias que se consideran básicos. Folkman y Lazarus, en la escala de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping, WOC)

evalúan ocho estrategias: confrontación y planificación (centradas en la solución); distanciamiento, autocontrol, aceptación de la responsabilidad y evitación (centradas en la regulación emocional) y reevaluación positiva; y búsqueda de apoyo social (centrada en la solución y la regulación emocional). Carver, Scheier y Weintraub (1989) (*Coping Orientation to Problems Experienced*) amplían estas áreas de evaluación e identifican estilos de afrontamiento centrados en el problema, centrados en la emoción y estilos adicionales como la negación, las conductas inadecuadas y la distracción. Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989) en el *Coping Strategies Inventory* distinguen entre estrategias centradas en la emoción y estrategias centradas en el problema y proponen ocho escalas: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica. Sandín y Chorot (2003), en cambio distinguen siete estilos básicos de afrontamiento: focalizado en la solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión (Sandín y Chorot, 2003).

En este estudio usaremos la adaptación española de Cano, Rodríguez y García (2007) de la escala de Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal (1989).

#### **7.1.1.1. LA FUNCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS**

Una de las características del modelo referido de Lazarus y Folkman (1986) es que se reconoce el papel activo del sujeto respecto a su entorno y la interacción con las condiciones de este, así como la influencia mutua ya que el afrontamiento se considera resultado de la interacción recíproca y el nivel de eficacia de las estrategias debe ser valorado respecto a las condiciones del contexto. Desde el punto de vista constructivista interaccional en el que se inscribe este trabajo, las estrategias son definidas como las actividades en las que existen metas e incluyen las preferencias de actuación que los organismos emplean para su supervivencia. Desde esta perspectiva, la eficacia de una estrategia no garantiza su funcionalidad, es decir, aquellas estrategias que pueden ser exitosas respecto a un propósito pueden ser fracasadas o disfuncionales respecto a otras metas y dar lugar a “comportamientos indeseables” que habitualmente se clasifican como síntomas psicopatológicos (Gómez-Fontanil y Coto-Ezama, 1993; Alonso, Ezama y Fontanil, 2014; Ezama, Fontanil y Alonso, 2017). Esto nos lleva a destacar el papel activo de las personas en la elección de las estrategias. Entendiendo las estrategias como “el patrón de acciones coordinadas que un organismo emprende para lograr un objetivo” (Alonso et al., 2014, p. 129), se entiende que estas son las vías que los sujetos cons-

truyen para afrontar tareas vitales y alcanzar sus metas. Ya sea mediante una acción o una determina disposición emocional, la persona es agente de esta acción y dirige sus esfuerzos de manera propositiva. En consecuencia, no nos centramos tanto en el proceso de afrontamiento como mecanismo, sino en su valor de medio o herramienta para el logro de objetivos. El éxito de una en cuanto a un objetivo concreto puede conllevar el fracaso en otro u otros relacionados. Como hemos visto en el apartado referido a la caracterización de las disfunciones psíquicas, si estos fracasos persisten se convertirán en el objeto de estudio de la psicopatología, que se ocupa de los fracasos generados por estrategias que fallan. Las estrategias pueden dar lugar a fracasos cuando interfieren entre sí o cuando falla una estrategia básica sobre la que se apoyan otras, como en el caso de una regulación emocional ineficaz. Si las estrategias fallan pueden ser modificadas, pero si se dan en una estrategia básica muy consolidada los reajustes son más complejos (Alonso et al, 2014; Ezama et al., 2017). Cuando las personas se enfrentan a nuevos objetivos deben adaptarse a actividades novedosas que requieren otros aprendizajes. Si aquello a lo que hay que adaptarse supone un cambio inesperado, una circunstancia no prevista en el ciclo vital normativo o un evento de especial dificultad, como puede ser el maltrato en los contextos cercanos, es más probable que se produzca una mayor interferencia entre las metas y otras rutinas ya establecidas o se pongan de manifiesto la fragilidad de algunas estrategias básicas, generando más fracasos y dando lugar a disfunciones.

Todas las estrategias, entendidas como competencias y capacidades, se han construido en la interacción con otras personas e igualmente se pueden ampliar o modificar con su ayuda. Las estrategias se adquieren junto a otras personas que proporcionan procedimientos para adquirir las habilidades para enfrentarse a las tareas vitales. Por ejemplo, el citado modelo de Riggs (2010) basado en la teoría de apego incluye la explicación de cómo se construyen las estrategias de afrontamiento a partir de la regulación emocional y modelos internos de trabajo que se derivan de los estilos de apego que emergen de las relaciones tempranas. Por tanto, y como veremos en los siguientes apartados, la capacidad de las personas de adaptarse con éxito a circunstancias más o menos exigentes dependerá en gran medida de las competencias que se hayan ido adquiriendo a lo largo del desarrollo, condicionadas por las características de los contextos de interacción en que se hayan realizado esos aprendizajes.

### **7.1.2. AFRONTAMIENTO Y SALUD**

El concepto de afrontamiento ha estado también estrechamente vinculado con el de salud ya que el modo en que se afrontan las situaciones vitales amenazantes puede afectar en

gran medida al estado físico y psicológico de las personas. Los principales teóricos del afrontamiento han abordado esta cuestión estableciendo claras relaciones entre las estrategias empleadas, su éxito y los resultados de salud (Lazarus, 2000; Sandín 2009). Como ejemplo de esta relación, en el modelo procesual del estrés y el afrontamiento Sandín señala como última etapa la de estatus de salud, que hace referencia al resultado del proceso en los niveles físico y psicológico y que dependerá del desarrollo de las fases anteriores. Recopila una serie de estudios sobre resultados de investigación que indican que el estrés va acompañado de ciertas respuestas del organismo específicas ante el sobreesfuerzo y la pérdida de homeostasis que supone afrontar situaciones que desbordan los recursos. Distingue las respuestas fisiológicas de las psicológicas. Entre las primeras se incluye un conjunto de manifestaciones que pueden darse, aunque no necesariamente en todas las circunstancias. Entre ellas se encuentran la activación de los sistemas neuroendocrinos hipotálamo-hipófiso-corticosuprarrenal y médulo-suprarrenal, la activación del sistema nervioso autónomo simpático y cambios orgánicos en múltiples sistemas corporales (cardiovascular, metabólicos, etc.). Por otra parte, se producen las respuestas psicológicas que se engloban bajo el término malestar emocional o *distress* que hacen referencia a la presencia de emociones negativas (ansiedad, ira, miedo, ...), respuestas psicológicas cognitivas (preocupación, percepción de pérdida de control, negación, bloqueos mentales, pérdida de memoria, sensación de irrealidad, procesos disociativos, etc.) y conductuales (uso de sustancias psicoactivas, conductas agresivas, etc.) asociadas al evento. Existe cierta controversia respecto a la consideración de estos procesos cognitivos y conductuales como respuestas al estrés ya que suelen constituir modos de afrontamiento adaptativos o desadaptativos (Sandín, 2009). Es evidente que la actividad fisiológica es parte de las herramientas con que respondemos al entorno y, de esta manera, cierta actividad orgánica también tendrá unos efectos en el bienestar de las personas. Y esto podemos relacionarlo con la funcionalidad de las estrategias, ya que las más disfuncionales, entendidas como potenciadoras de otros fracasos, pueden derivar en perjuicios para la salud, el bienestar psicológico y el funcionamiento social. El uso de estrategias más funcionales, al contrario, se relaciona con mejores resultados de salud y satisfacción personal.

Algunas investigaciones sobre afrontamiento han demostrado que el manejo centrado en la acción se relaciona de modo positivo con el bienestar psicológico, mientras que el afrontamiento centrado en la emoción se relaciona con la presencia de problemas de salud. Esto se ha relacionado con el uso de la búsqueda de apoyo social en la resolución de la situa-



ción estresante, que aumenta el bienestar psicológico y disminuye la probabilidad de presentar problemas de salud (Berra, Muñoz, Vega, Silva y Gómez, 2014). Pero, por otro lado, se discute ampliamente que haya estrategias que conduzcan inexorablemente al bienestar o al malestar psicológico. Por ejemplificar los resultados que apoyan la desunión entre tipo de estrategia y tipo de consecuencias podemos ver que incluso la estrategia de evitación del problema puede resultar exitosa en determinadas circunstancias. Habitualmente las estrategias de evitación han sido consideradas desadaptativas, aunque otros autores han señalado que las distracciones agradables o la implicación en actividades pueden ser estrategias adaptativas para hacer frente a problemas crónicos o a la enfermedad (González-Fernández et al., 2017; Waugh, Shing y Furr, 2020). Aunque sea más sencillo pensar en términos dicotómicos de bien-mal, fracaso-éxito, en el proceso vital de los seres humanos la sencillez es una `rara avis´.

### **7.1.3. AFRONTAMIENTO EN SITUACIONES DE ADVERSIDAD**

En situaciones adversas las personas intentan desplegar estrategias que se ajusten a las metas relevantes para lo que sucede en ese contexto, independientemente de la utilidad o perjuicios que puedan producir en otras situaciones o momentos vitales. En los contextos caracterizados por la violencia o la ausencia de cuidado, las necesidades de las personas son las mismas que en cualquier otra situación pero las estrategias para lograrlo difieren de las que son útiles en otras y supondrán un mayor coste para las personas a muchos niveles, que se puede reflejar en diversas formas de disfunción, como hemos visto. Como nos dice Haley (1987), el síntoma conlleva un considerable sufrimiento subjetivo, pero proporciona sensación de control en relación a los objetivos relacionales planteados.

Algo que caracteriza los contextos de adversidad es que son una fuente de estrés, con frecuencia, crónica, sufrida desde épocas tempranas del desarrollo, donde los recursos para reducir el malestar pueden ser escasos y quienes tienen la tarea de proporcionarlos son quienes producen este malestar. Por tanto, las situaciones a las que hay que enfrentarse tienen múltiples componentes para desbordar los recursos de las personas y son susceptibles a que las respuestas que se dan produzcan otros daños.

Lazarus y Folkman (1986) incorporan el concepto de vulnerabilidad en su modelo que hace referencia, en términos generales, a la insuficiencia de recursos en los individuos para hacer frente a las demandas del medio. En estas carencias incluyen la vulnerabilidad respecto a recursos (físicos, capacidades, etc.) y la psicológica, que viene dada por la importancia que

la persona atribuye a las consecuencias que pueden tener los hechos y los recursos de lo que se dispone para afrontar las amenazas. Con esta definición relacional de vulnerabilidad se incorpora la idea de que las respuestas ante las amenazas dependen también de factores personales como los compromisos y las creencias. Es decir, la vulnerabilidad no depende solo de los recursos sino de la importancia que la persona da a la situación

Las experiencias de maltrato infantil, por tanto, pueden dar lugar a vulnerabilidad en tanto en cuanto han creado condiciones de aprendizaje de estrategias (de afrontamiento, de regulación emocional, de preferencias relacionales etc.) eficaces en contextos de maltrato pero que pueden ser menos eficaces cuando uno tiene que dejarse cuidar porque necesita más de los demás o tiene menos capacidad para pensar soluciones o estrategias. En estas circunstancias es viable recurrir a la evitación o a estrategias menos constructivas para afrontar las dificultades. De hecho, en contextos en que se producen situaciones traumáticas es ampliamente aceptada y contrastada con evidencias la explicación de que muchos comportamientos pueden representar un intento de hacer frente a estados emocionales postraumáticos, especialmente cuando estos sobrepasan las capacidades de las personas (van der Kolk et al. 1996).

Lazarus (2000) establece la diferencia entre afrontar las situaciones estresantes sin desarrollar graves síntomas o “destruirse”; esto último lo atribuye a la sobrecarga de estresores que suponen algunas situaciones traumáticas y las dificultades para adaptarse. Señala que entre los efectos de esta sobrecarga producida por el trauma está la incapacidad de funcionar sin ayuda y, en función de la exposición, más o menos síntomas de disfunción mental. Esto lo relaciona con los efectos de los daños cuando estos minan los significados esenciales, es decir, las creencias de ser merecedores de afecto y cuidados y la sensación de pérdida de control sobre la propia vida y el futuro. Indica que, en este aspecto, las diferencias individuales son grandes, lo que relaciona en parte con la valoración subjetiva que la persona hace de su medio. La gravedad de la reacción y la capacidad de adaptación dependerán de la relación persona-medio, de los significados relacionales que se atribuyan, de las emociones que se desencadenan y de los procesos de manejo. El autor incide en la necesidad de una perspectiva relacional para comprender las respuestas postraumáticas ya que las diferencias individuales y contextuales tienen un rol importante en la vulnerabilidad a sufrir más o menos daños, lo que explicaría también las respuestas diferenciales a la adversidad.

También Sandín reconoce el papel fundamental de los factores sociales en la aparición del estrés. Los estresores sociales crónicos son problemas, amenazas y conflictos relativamente duraderos que suelen darse en los ámbitos cotidianos sociales, laborales o familiares. Se relacionan con la sobrecarga de roles, es decir, con que las demandas excedan a los recursos, con los conflictos interpersonales o incompatibilidades entre los roles (p. ej., familiar y laboral), pero también con condiciones socio económicas complejas o padecer enfermedades crónicas, entre otros. Señala a los conflictos interpersonales como los estresores “por excelencia” y, aunque los distingue de otras demandas psicosociales (sucesos vitales y sucesos menores) indica que todos ellos suelen concurrir, por lo que es difícil determinar su aportación específica al malestar (Sandín 2003; 2009).

En este sentido, la investigación nos proporciona diversos datos sobre las estrategias de afrontamiento que se identifican en contextos donde predominan las adversidades. Por ejemplo, Briere, Hodges y Godbout (2010) señalan el uso de lo que denominan comportamientos de *evitación disfuncional* para reducir los estados emocionales desbordantes. Entre estas incluyen el abuso de sustancias, las conductas suicidas, la disociación, las autolesiones, los comportamientos sexuales disfuncionales y les atribuyen la función de reducir la tensión. En su estudio observan que la exposición acumulada a varios tipos de trauma interpersonal se asociaba a este factor de evitación.

Yehuda (2019) emplea el término de *regulación paradójica* para referirse a métodos drásticos de regulación que se utilizan desde edades muy tempranas para hacer frente al desbordamiento emocional, evitar el sufrimiento o como respuesta a la insensibilidad, como las autolesiones.

La regulación de las emociones como una estrategia de adaptación básica puede verse afectada por la influencia de determinadas vivencias hasta el punto de interferir en otros recursos de afrontamiento. Tronick y DiCorcia (2015) plantean incluso la hipótesis de que la resiliencia o superación de obstáculos extraordinarios se apoya en los procesos de regulación de los factores estresantes de la vida cotidiana. Cuando esta regulación es exitosa y permite modular la activación de los sistemas conductuales y fisiológicos el estrés se enfrenta eficazmente, lo que a largo plazo aumenta la capacidad para hacer frente a factores estresantes más intensos. En este proceso regulatorio es fundamental el papel de los adultos y los procesos comunicativos y regulatorios que se producen en las interacciones entre bebés y adultos. Por tanto, las raíces de la resiliencia se originarían en las relaciones tempranas, así como las dificultades regulatorias podrían obstaculizar el crecimiento de la resiliencia.

Dada la relevancia que tienen los procesos de regulación emocional en el afrontamiento, a continuación, se verán algunas cuestiones relacionadas con más detenimiento.

## **7.2. LA REGULACIÓN EMOCIONAL**

### **7.2.1. DEFINICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y FUNCIONES DE LA EMOCIÓN**

La *regulación emocional* hace alusión, en términos generales, a aquellos procesos que tienen como función modular la intensidad de la respuesta emocional o facilitar la vuelta al estado previo a la emoción.

Para hablar del constructo de regulación emocional haremos primero referencia al de *emoción*. La definición del término ha estado condicionada por los diversos enfoques, no necesariamente excluyentes, desde los que se aborda el estudio de este proceso psicológico. A grandes rasgos, las emociones se entienden como procesos evolutivos con una función adaptativa dentro del comportamiento humano y están al servicio de la supervivencia. Son reacciones innatas que surgen ante sucesos relevantes para las metas de las personas, son breves, se componen de elementos psicológicos (incluidos los cognitivos como valoración sobre su relevancia y congruencia con las metas), respuestas fisiológicas y una tendencia a la acción. Estas características son esenciales y las diferencian de otras experiencias psicológicas (Reyes y Tena, 2016).

Una de las perspectivas con mayor peso en cuanto a la definición del término es la representada por autores como James Gross, Lisa Feldman-Barret y colaboradores. Describen las emociones como reacciones con base biológica que organizan las respuestas individuales ante eventos importantes, tienen una duración relativamente breve, son variables y tienen componentes en los dominios de la respuesta psicológica, la experiencia subjetiva y la expresión conductual. En general se puede decir que las emociones implican cambios en los dominios de la experiencia subjetiva, el comportamiento y la fisiología periférica, se desarrollan en el tiempo y pueden ser útiles o perjudiciales, según el contexto (Gross y Levenson, 1993; Gross, 2015).

Gross y Thompson (Gross, 2007) señalan como características de las emociones las siguientes:

- 1 Surgen cuando la persona se encuentra en una situación que ve relevante para sus metas del tipo que sean: duraderas o temporales, centrales para nuestro sentido del *self* o secundarias, complejas o sencillas, etc. Sea cual sea la meta es el significado que se le atribuye

lo que da lugar a las emociones. Este significado puede cambiar con el tiempo y la emoción también cambiará.

2 Son polifacéticas, un fenómeno que afecta a la totalidad del cuerpo e implican cambios en la experiencia subjetiva, el comportamiento y la fisiología del sistema nervioso central y periférico. En el ámbito de la experiencia subjetiva se hace referencia al concepto de “sentimiento” como sinónimo de emoción. Sin embargo, las emociones no sólo nos hacen sentir algo sino también impulsan a hacer algo.

3 La emoción tiene la característica imperativa de forzar su presencia en nuestra conciencia e interrumpir la acción. Es precisamente esta naturaleza moldeable de las emociones la característica más relevante para el análisis de la regulación emocional ya que es la que la hace posible.

En la clasificación de las emociones es habitual la distinción entre emociones básicas (alegría, ira, tristeza, miedo, sorpresa, asco, etc.) y secundarias, siendo estas últimas una mezcla de las básicas, como la nostalgia, la euforia, la culpa o la vergüenza. Ekman (1999) identifica en las emociones básicas unas características: son señales distintivas universales, con una fisiología diferenciada, están presentes en otros primates, son de aparición rápida, duración breve y ocurrencia espontánea y suponen experiencias subjetivas propias no presentes en otros fenómenos afectivos.

La emoción es, pues, un constructo psicológico que hace referencia a fenómenos de gran relevancia para la vida de las personas y está involucrada en mecanismos fundamentales para el bienestar de los sujetos.

Por tanto, en la literatura especializada sobre el tema vemos que existen muchas formas diferentes de conceptualizar la emoción y definir el término aunque teniendo en cuenta todas las dimensiones de análisis podemos considerar que las emociones son fenómenos complejos, que poseen diferentes facetas y que pueden definirse como multidimensionales (Gross y Thompson, 2007).

Respecto a su funcionalidad, es ampliamente aceptado el papel adaptativo de las emociones ya que permiten evaluar la relevancia de un suceso y predisponen a la actuación más congruente con nuestros objetivos. Muchos de los modelos desde los que se ha conceptualizado la emoción parten de la idea de que esta no es ajena a la relación de la persona y su ambiente, al significado que atribuye a sus elementos y a la respuesta emocional que resulta de

esta interpretación. Por tanto, el componente funcional y contextual de la emoción es importante para su análisis.

Este carácter evolutivo, funcional, dependiente del contexto y dirigido a metas es fundamental en los procesos afectivos. Ya en las investigaciones clásicas como las de Lazarus y Folkman sobre afrontamiento del estrés se señala que las emociones juegan un papel primordial para enfrentarse a una situación de estrés pues es en la interrelación de la persona con su contexto donde se lleva a cabo la evaluación de la relevancia de un suceso y surge la emoción coherente con esa valoración (Lazarus y Folkman, 1986).

Modelos más recientes como el de regulación interpersonal propuesto por Zaki y Williams (2013) y su aplicación a alteraciones de la emoción de Hoffman (2014) abogan por proporcionar marcos explicativos alternativos a las visiones intrapersonales de la regulación emocional, considerando precisamente la función comunicativa y el papel de las relaciones interpersonales en la regulación emocional.

## **7.2.2. EL PROCESO DE REGULACIÓN EMOCIONAL**

### **7.2.2.1. DEFINICIÓN DE REGULACIÓN EMOCIONAL**

A pesar de existir controversia al respecto, en la literatura relacionada con el estudio de la *emoción* y la *regulación emocional* se acepta que ambos procesos son diferentes, aun estando estrechamente relacionados. Partimos de esta distinción para hacer una descripción y análisis de la regulación de las emociones, identificar algunas estrategias destinadas a ello, determinar su papel en otros procesos que van a ser objeto de la investigación que se ha desarrollado en esta Tesis como las relaciones interpersonales y la psicopatología y revisar su presencia en estudios que vinculan los mecanismos de regulación y las experiencias adversas en la infancia.

El estudio de la regulación emocional está presente ya en las investigaciones más clásicas sobre la emoción. William James (1884) explica que las emociones son tendencias de respuesta que deben ser moduladas de diferentes formas. Las propuestas de James, aunque muy alejadas de las conceptualizaciones actuales sobre los mecanismos de la emoción, sientan bases para su estudio entendiendo que son procesos mediados por la interpretación y susceptibles de ser modulados.

Los estudios sobre el tema comienzan a proliferar en los años 80 del pasado siglo, cuando se abordan con mayor profundidad los procesos implicados en la denominada regulación afectiva o autorregulación. El concepto de regulación emocional aparece muy vinculado

a los estudios sobre inteligencia emocional desarrollados inicialmente por Peter Salovey y John Meyer. Precisamente, la regulación de las propias emociones o las de otros aparecen como una de las habilidades de la inteligencia emocional junto con las de percibir, valorar y expresar emociones adecuada y adaptativamente, acceder y/o generar sentimientos que facilitan pensamientos y comprender la emoción y tener conocimiento emocional (Mestre, Brackett, Guil y Salovey, 2008).

A mediados de los 90 estos estudios emergen con fuerza y logran un amplísimo desarrollo. Como señala Tamir (2011), esta expansión del campo de estudio conlleva dos implicaciones importantes. La primera de ellas es la constatación de que la regulación emocional tiene importantes consecuencias para la salud y el funcionamiento adaptativo. La segunda es la consideración de que la investigación sobre regulación emocional es tan relevante y no secundaria a la de la emoción.

De la misma manera que sucede con el concepto emoción, el de regulación emocional vendrá definido por el enfoque de quienes investigan, la parte del proceso en que se centran o la finalidad del estudio. Así, nos encontramos con definiciones que suponen que las propias emociones poseen mecanismos autorregulatorios automáticos, o bien, que conducta y emoción se regulan en un ciclo de retroalimentación, o que las personas ponen en marcha de forma propositiva estrategias que regulan la propia emoción, lo que afecta también a las de otros y a los comportamientos asociados con la finalidad de adaptarse al entorno y sus necesidades (Gómez y Calleja, 2016).

Por tanto, existen múltiples definiciones de regulación emocional en las que se describen los procesos de modulación emocional que se activan con la finalidad de alcanzar metas y adaptarse a contextos en los que se dan estas metas.

Una de las primeras aportaciones a su conceptualización es la de Thompson (1994) que la define como el conjunto de “procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de la monitorización, evaluación y modificación de las reacciones emocionales, especialmente sus características de intensidad y duración para lograr los objetivos personales” (Thompson, 1994, pp. 27-28). Esto incluye la intención y capacidad de modificar los componentes de la experiencia emocional (experiencia subjetiva, respuesta fisiológica, expresión verbal y no verbal y conductas manifiestas) respecto a su frecuencia, forma, duración e intensidad.

Otra de las definiciones más citadas en la bibliografía sobre el tema proviene de los trabajos del equipo de James Gross, quienes describe la regulación emocional como un proceso por medio del cual las personas ejercen una influencia sobre sus emociones, sobre cuándo suceden y sobre cómo se sienten y se expresan. Hacen así referencia a los esfuerzos del individuo para influir en la intensidad y duración de las emociones, positivas y negativas de ellos mismos y otras personas respecto al momento en que se producen, cómo se experimentan y cómo las expresan (Gross, 1998; 1999; Gross y Thompson, 2007).

Más recientemente añaden que la regulación emocional es un fenómeno multiproceso que implica estados regulatorios que preceden y siguen a la implementación de una estrategia regulatoria y que es necesario distinguir del proceso de *generación de emociones* (Gross y Felman-Barret, 2011; Sheppes, Suri y Gross, 2015). Señalan que la diferencia fundamental entre la generación y la regulación emocional es la meta de ambos procesos: la generación de emociones tiene como objetivo un amplio conjunto de efectos internos y externos mientras que la regulación busca inducir un cambio en el sistema de generación de emociones. A pesar de hacer esta distinción los autores reconocen la dificultad de diferenciar ambos procesos.

Y finalmente se pueden mencionar otros enfoques que inciden en una definición de la regulación emocional como un proceso social e interpersonal que se origina en las relaciones de apego tempranas (Zaki y Williams, 2013; Hoffmann, 2014).

#### **7.2.2.2. EL VALOR ESTRATÉGICO DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL**

Al igual que sucede con el concepto de emoción, que algunos autores han distinguido de los estados de ánimo, los sentimientos o las respuestas al estrés como parte de la afectividad, la regulación emocional también se ha diferenciado de otros procesos de regulación del afecto. Esto sitúa a la regulación como parte de las estrategias que las personas ponen en marcha para lograr sus metas. Gross (2015) señala que, aunque el término “estrategia” puede tener connotar voluntariedad o conciencia es partidario de usarlo ya sea con procesos que están bajo un control más deliberado como con aquellos que operan implícitamente.

Por tanto, el valor estratégico de la regulación emocional está presente en muchas aportaciones teóricas, algunas de ellas procedentes de enfoques basados en el desarrollo. Por ejemplo, Thompson y Meyer (2007) y Thompson (2014) inciden en el aspecto evolutivo y dirigido a metas del proceso y, desde un enfoque funcional, señalan que no hay estrategias de regulación emocional óptimas o desadaptativas ya que su utilidad depende de la finalidad de las mismas. Los autores trasladan esta explicación al ámbito de la psicopatología, explicando



que ciertas manifestaciones de disfunción en la infancia (hipervigilancia, cogniciones temerosas o sensibilidad a señales corporales de ansiedad) pueden resultar estrategias de regulación emocional adecuadas para adaptarse a algunas circunstancias, por ejemplo, para anticiparse o evitar eventos en un entorno estresante. Aunque estos mecanismos pueden acarrear consecuencias negativas como una mayor vulnerabilidad o la aparición de otras disfunciones, Thompson (2014) indica que caracterizar a estos niños como “emocionalmente desregulados” es la simplificación de un proceso de elección de estrategias con “doble filo”, que si bien proveen de alivio inmediato pueden ser dañinas a largo plazo.

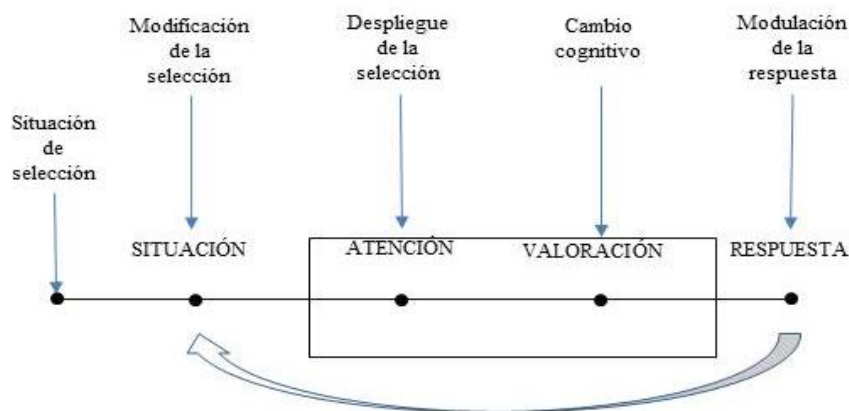
Desde el enfoque pragmático o instrumental se sugiere que a través de la regulación emocional no se busca necesariamente cambiar el estado emocional, sino que se pueden pretender otros objetivos como cambios relacionados con el proceso fisiológico implícito al proceso emocional, en la cognición o la valoración, en la motivación o en el contexto social. Esta visión pragmática de la regulación tiene además importante apoyo empírico, lo que refuerza la idea de su finalidad adaptativa en la acomodación de la persona a su medio (Mestre, Guil, Cortijo, Ruh, Serrano y Jiménez, 2012).

### **7.2.2.3. ALGUNAS CLASIFICACIONES Y ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL**

Los diversos enfoques en la definición del concepto dan también lugar tanto a diferentes modelos de regulación afectiva como a clasificaciones de las estrategias de regulación. Entre los modelos de regulación afectiva destaca el modelo procesual de Gross, el cibernético de Larsen, el homeostático de Forgas y el de regulación del estado de ánimo basado en la adaptación social de Erber, Wegner y Therriault (Hervás y Vázquez, 2006). En torno a las clasificaciones de estrategias para la regulación emocional Gómez y Calleja (2016) revisan las taxonomías más utilizadas. Entre ellas identifican clasificaciones generales como las que distinguen estrategias que actúan sobre los sistemas generadores de la emoción frente a las dirigidas a las funciones psicológicas de la regulación. Por otra parte, destacan la clasificación planteada por Gross (1998) que divide las estrategias entre aquellas que implican reevaluación cognitiva (*reappraisal*) están enfocadas en los antecedentes de la emoción y aparecen tempranamente en el proceso de regulación, y las de supresión expresiva (*suppression*), destinadas a modular o suprimir la expresión emocional. Esta clasificación se inserta en el Modelo de Proceso de Regulación Emocional de Gross (2002; 2015), uno de los marcos de estudio de la regulación emocional más utilizados.

Este modelo propone que la generación de emociones y respuestas emocionales se da en una secuencia de cuatro fases: situación psicológica relevante, atención, valoración y respuesta. La situación y la respuesta son más fácilmente observables. La regulación puede analizarse en función del punto temporal de la secuencia en que se implementa cada una de las estrategias. Así, puede modificarse la situación (p. ej., seleccionar o modular la exposición a un evento), la atención a ciertos elementos de la situación (distracción, concentración), la valoración que se hace de esta (cambios cognitivos en estrategias de reevaluación) o la respuesta, que puede variar según los significados que se atribuyan a los diversos elementos, como sucedería con la supresión expresiva. A su vez, la respuesta puede influir en la situación relevante generando nuevos significados.

**Figura 17.**  
*Fases del proceso de la emoción*



*Nota.* Adaptado de Gross y Thompson, 2007.

Por tanto, se ordenan las estrategias según el momento en que se incorporan en la secuencia temporal de la emoción. Siguiendo este criterio, el autor distingue las estrategias *focalizadas en el antecedente*, que son las que se llevan a cabo antes de que se activen todas las tendencias de la respuesta emocional, y las *focalizadas en la respuesta*, las que se ponen en marcha una vez que la respuesta emocional ha sido generada.

Dentro de este proceso, las estrategias de reevaluación cognitiva (cambio cognitivo) y la supresión (modulación de la respuesta) han sido objeto de abundante investigación por ser consideradas las de uso más común.

De este modelo se ha reconocido su notable aportación al estudio de la regulación emocional, aunque también se han señalado sus limitaciones para explicar algunas emociones como la respuesta inmediata al miedo o la agresividad, o la debilidad del modelo en cuanto a su especial énfasis en los procesos interpersonales sin tener en cuenta que lo adaptativo o desadaptativo de una estrategia depende de contexto social y de las demandas de la situación (Hofmann, 2014).

Como se ha señalado, uno de los objetivos de esta tesis es la evaluación de diversas estrategias de afrontamiento y entre ellas las de regulación emocional. Uno de los instrumentos seleccionados para evaluarlas es el Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) de Gross y John (2003), basado en la clasificación de las estrategias de reevaluación y supresión de la emoción mencionadas, que se describen a continuación.

Por un lado, la *reevaluación cognitiva* es una forma de cambio en la cognición que implica la resignificación de los eventos de manera que se modifica su impacto emocional (Gros, 1998; Gross y John, 2003)

Por otra parte, el mecanismo de *supresión* implica la inhibición de la expresión conductual de la emoción durante el proceso emocional (Gross y Levenson, 1993, Gross y John, 2003).

Respecto a estas dos estrategias, también se han evaluado los diferentes efectos de su uso y en el caso de la supresión se asocia a una mayor activación fisiológica simpática, una disminución de la actividad somática y el latido cardíaco y un incremento del parpadeo. Estas señales refuerzan la idea de que la supresión conduce a un incremento del arousal. Además, tiene impacto negativo en la memoria reduciendo su capacidad, pero no rebaja eficientemente el estrés ni la experiencia emocional subjetiva; disminuye la expresividad afectiva (expresiones faciales, gestos, movimientos corporales...) positiva y negativa lo que puede generar efectos negativos en las relaciones interpersonales y también exige un mayor esfuerzo cognitivo para el automonitoreo y autocorrección, limitando así los recursos del sujeto para retener información sobre el suceso. Por otro lado, la reevaluación es una estrategia de aparición más temprana en el proceso regulatorio que no afecta a los recursos memorísticos, se relaciona con niveles de actividad fisiológica más moderados, reduce de manera óptima el estrés causado por algunas experiencias emocionales como la experiencia subjetiva de desagrado, emoción sobre la que no tiene efecto la supresión, y no se han identificado efectos secundarios

negativos. El uso de unas u otras puede afectar al funcionamiento personal y sus efectos influyen en el afecto, bienestar y relaciones sociales (Gross, 1998b; Richard y Gross, 1998; Gross y Levenson, 1993; Gross y John, 2003; Silva, 2005).

Estos datos se han interpretado habitualmente a favor de la eficacia de la reevaluación frente a la supresión. Las estrategias antecedentes suelen valorarse más efectivas a corto plazo mientras que las posteriores o focalizadas en la respuesta emocional tenderían a ser contraproducentes. Sin embargo, en la consideración de unas estrategias como adaptativas o desadaptativas se sugiere que lo que resulta desadaptativo no son necesariamente las estrategias regulatorias sino la capacidad de evaluar y seleccionar según el contexto y la finalidad el tipo de categoría regulatoria, la estrategia, el momento y la intensidad con que llevar a cabo el proceso (Fernández-Álvarez, Díaz-García, González-Robles, Botella y García-Palacios, 2017)

En algunas investigaciones también encontramos el uso del concepto de *desregulación emocional*, al que nos referiremos de nuevo al abordar la psicopatología desde los problemas relacionados con la regulación de emociones.

### **7.2.3. LA CONSTRUCCIÓN DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL DESDE LA PERSPECTIVA DEL DESARROLLO**

Un aspecto por el que se diferencian algunas líneas de investigación en este tema es dónde sitúan el foco de la regulación de la emoción, si se considera un proceso intra o interpersonal, es decir, si centran la atención en los procesos que ocurren dentro del individuo o si se tiene más en cuenta el papel de la interacción social. Así, vemos como entre las definiciones de regulación emocional se encuentran aquellas que distinguen la regulación individual de la social. En el primer tipo, se lleva a cabo la monitorización y evaluación de las propias emociones con el propósito de modificar su intensidad y duración para alcanzar metas. En su vertiente social, la finalidad de la regulación tiene que ver con transacciones emocionales dentro de una situación social, con un propósito comunicativo o el de alcanzar metas colectivas (Gómez y Calleja, 2016).

Tradicionalmente se ha planteado el estudio de la regulación emocional desde una perspectiva intrapersonal, atendiendo exclusivamente a los mecanismos individuales que intervienen en la denominada *autorregulación* para explicar los procesos de modulación de las emociones y determinar cuáles son más o menos eficaces teniendo en cuenta también criterios presentes en el propio sujeto. Sin embargo, el enfoque contextual ha ido abriéndose paso

bajo el planteamiento de que las emociones suceden dentro del marco de las relaciones interpersonales y que es necesario profundizar en este aspecto para una mayor comprensión del proceso (Hofmann, 2014; Fernández-Álvarez et al., 2017).

Desde nuestra perspectiva consideramos fundamental reconocer el aspecto comunicativo y estratégico de las emociones y la regulación emocional y su valor en las relaciones, así como contextualizar estos procesos dentro del marco del desarrollo humano y revisar cómo se construyen en la interacción los mecanismos básicos para el funcionamiento de las personas.

De hecho, constructos asociados como el extendido término “autorregulación”, creemos que han contribuido, como ha ocurrido con otros conceptos o teorías explicativas, a reforzar la idea del carácter intraindividual de los mecanismos que subyacen a las experiencias de las personas y a generar, en consecuencia, modelos de intervención basados en soluciones individuales.

En el desarrollo de los estudios sobre la regulación emocional encontramos ejemplos de esta perspectiva relacional. En la revisión realizada por Sheffield, Silk, Steinberg, Myers y Robinson (2007) se compilan datos de investigaciones que muestran la asociación entre diferentes factores del funcionamiento familiar (aprendizaje observacional, prácticas parentales relacionadas con la emoción y gestión emocional y con el clima familiar como el estilo parental, el apego, la expresividad o la relación conyugal) y la regulación emocional, así como la influencia de otras variables como el género o la salud mental de los progenitores. Calkins y Hill (2007) o los ya citados de Thompson y Meyer (2007) y Thompson (2014) exponen cómo el desarrollo emocional y la regulación se adquieren en diversos contextos de socialización. De estos, el familiar es el que tiene un mayor impacto en el desarrollo y es donde se asientan las bases de la regulación, entendida como proceso en continuo desarrollo con múltiples influencias.

Otras muchas aportaciones constatan que la regulación emocional, como otros procesos psicológicos, se construye a través de la interacción; la propia regulación se da a partir de la *co-regulación*. Los cada vez más numerosos estudios sobre desarrollo emocional en la infancia nos muestran cómo el aprendizaje de estrategias de regulación se logra a través de la interrelación y así se sientan las bases del funcionamiento emocional en la edad adulta.

Desde la perspectiva del desarrollo, Sroufe (1995; 2000) define la emoción como “una reacción subjetiva a un suceso sobresaliente caracterizado por cambios de orden fisiológico, experiencial y conductual” (Sroufe, 1995, p.15). El desarrollo emocional se produce de forma paulatina, manifestándose primero unas emociones básicas y posteriormente otras secundarias. Es, además, un proceso social y complejo que hace referencia a la transición de unas etapas a otras con el consiguiente despliegue de nuevos comportamientos y nueva organización de la conducta. La regulación emocional se produce en el contexto más cercano, junto con la conciencia del yo y de los otros, donde aparecen las primeras muestras de autocontrol y autorregulación. En los primeros meses de vida la capacidad de autorregulación es muy rudimentaria por lo que los bebés requieren de una persona adulta que interprete adecuadamente las señales relacionadas con sus sentimientos y necesidades. Es a través de la co-regulación donde se adquiere una autorregulación funcional. Por tanto, el desarrollo emocional y los procesos regulatorios se construyen a través del intercambio social a lo largo del desarrollo, desde la incipiente regulación del afecto en el bebé en el contexto de la relación madre-hijo hasta las tempranas relaciones recíprocas en otras etapas del desarrollo donde se muestran los primeros indicios del autocontrol y la autorregulación (Sroufe, 1995; 2000).

### **7.2.3.1. REGULACIÓN EMOCIONAL Y APEGO**

En la posición del equipo de Sroufe vemos cómo se incluyen conceptos que proceden de la teoría del apego de Bowlby, incorporando la idea de que la regulación emocional se organiza en la relación diádica del bebé con sus cuidadores a lo largo de las diferentes fases de establecimiento del apego, que califica como “constructo emocional”. A través de las conductas de apego del niño o niña y de las acciones del adulto, incluida su disponibilidad emocional y la calidad de la comunicación de sus emociones, se establecen los mecanismos con los que se regula la excitación emocional y la expresión conductual de las emociones. Así, los bebés que han participado en relaciones con una regulación diádica eficaz, donde los otros significativos han estado disponibles y han respondido ante su excitación sentirán que esta activación no les desorganiza y la reestabilización se consigue rápidamente. Esto genera un esquema de apego seguro que se relaciona con la disposición a participar en situaciones con potencial para excitar emocionalmente, a expresar emociones con la consideración de que estas no son por sí mismas amenazadoras y a esperar que los demás interpreten esta expresión como un mensaje. Este modelo de funcionamiento basado en la seguridad también es característico de niños y niñas que presentan una notable curiosidad, gusto por la exploración y expresividad afectiva, especialmente en situaciones sociales. Ante el afecto intenso permanecen

organizados, hacen esfuerzos por modular la excitación y acudirán eficazmente a los demás en caso de que sus propias capacidades sean insuficientes. En definitiva, una buena regulación requiere de ayuda suficiente por parte de los cuidadores (Sroufe, 1995; 2000).

Shaver y Mikulincer proponen un modelo integrativo para explicar la activación del sistema de apego donde también exponen una explicación para el desarrollo de las estrategias basadas en la seguridad y las estrategias defensivas secundarias. Aquí, la autorregulación se describe como el resultado de los procesos de expansión de las capacidades y perspectivas de la persona, internalización de funciones que originalmente son realizadas por la figura de apego y la activación del sistema de comportamiento de otros que devienen de una mejora en los mecanismos de búsqueda de proximidad y efectividad de la co-regulación. Previamente, esta co-regulación se consolida a través de la presencia de una figura de apego disponible que proporciona sensación de seguridad y una efectiva modulación del estrés (Mikulincer, Shaver y Pereg, 2003).

Recordemos que Bowlby (1973,1986) define el apego como la relación especial entre bebé y cuidador que emerge de la interacción entre ambos en los primeros meses de vida y es de gran relevancia en el proceso de internalización de las experiencias regulatorias. El bebé busca la proximidad con la figura de apego como refugio seguro a través del que calmarse u organizar sus emociones. Y es la respuesta contingente y ajustada del adulto lo que permite incorporar la confianza y seguridad necesarias y reducir las emociones que pueden interferir con la exploración destinada a conocer el mundo y aprender. Posteriormente, en momentos de estrés o amenaza se activan automáticamente las representaciones mentales de esas experiencias seguras, lo que produce emociones positivas que facilitan enfrentarse a la situación y restablecer el equilibrio emocional. Por tanto, las figuras de apego son fundamentales en la regulación de emociones ya que sus acciones serán los primeros modelos sobre los que se construyen las bases de la autorregulación y donde se configuran las expectativas de la respuesta de los demás ante nuestras necesidades.

La teoría del apego es, pues, un potente modelo explicativo del desarrollo emocional que plantea un esquema de funcionamiento que recorre todo el ciclo vital y es aplicable al apego adulto. Al igual que sucede en las etapas infantiles del desarrollo, la persona adulta busca en la cercanía con la figura de preferencia el consuelo o protección necesaria.

Las relaciones entre adultos desde la perspectiva del apego fueron estudiadas ampliamente por autores como Hazan y Shaver (Hazan y Shaver, 1987; Shaver y Hazan, 1988; Shaver, Hazan y Bradshaw, 1988, en Fenney y Noller, 2001) que aportan nuevos datos sobre las relaciones amorosas y el apego. En este caso, la relación con la figura de apego no cumple la función de construcción de un sistema representacional o de los mecanismos de la regulación afectiva que se da en la relación bebé-cuidador primario pero encuentran similitudes en los objetivos de estos vínculos, como el de reestablecer la sensación de seguridad mediante la cercanía o proporcionar cuidados en función de las necesidades y circunstancias, aunque en este caso se produce de manera recíproca entre los miembros de la pareja.

Los estilos de apego adultos se presentan como patrones característicos de respuesta ante el malestar. Así, las personas con un estilo seguro muestran un mayor control de los sentimientos negativos, reconocen el malestar y buscan apoyo y consuelo en otras personas. El estilo evitativo se caracteriza por una escasa conciencia de las emociones negativas, pocas expresiones de ira y ansiedad, confianza en las propias capacidades y menor búsqueda de apoyo en los demás. El patrón de apego ansioso-ambivalente se manifiesta con una conciencia constante de las emociones negativas, en las que se centra la atención de forma hipervigilante y se expresan el miedo y la ira de forma intensificada. El papel que se atribuye a los otros como posible apoyo para la regulación del malestar se pone de relieve en las estrategias de interacción que se despliegan en cada estilo buscando el apoyo activo, evitando esa cercanía o bien con una búsqueda intensa de la proximidad en cada uno respectivamente. El aprendizaje de estas estrategias tiene su origen en la disponibilidad o no de los cuidadores primarios y lo receptivos que hayan sido ante la búsqueda de la cercanía (Feeney y Noller, 2001).

Los planteamientos basados en la teoría del apego y su relación con las experiencias emocionales tienen vigencia plena y son apoyados por investigaciones en otros campos de estudio. Existe un consistente cuerpo de investigación sobre la fisiología asociada a las emociones que presenta datos sobre los correlatos biológicos que acompañan a las experiencias emocionales en las circunstancias descritas, esto es, tanto cuando las personas adquieren estas estrategias en contextos seguros como en las ocasiones en que en el propio entorno relacional se producen dinámicas maltratantes. Los datos obtenidos se relacionan sobre todo con los efectos que se observan en la salud física de las personas que sufren cualquier tipo de maltrato.

Así, Schore define la teoría del apego como *teoría de la regulación*; son las madres quienes regulan los niveles de activación y estados emocionales del bebé. Y es dentro de esta



relación diádica donde se producen también las interacciones traumáticas que dan lugar a ineficaces funciones regulatorias que tienen su reflejo fisiológico y en la incapacidad de adaptación que afecta a la salud mental infantil y de los adultos (Shore, 2001; Schore y Schore, 2008). También Tronick (2017) expone la idea de que la sintonía con el adulto contribuye no solo a la regular los estados emocionales del niño sino también parámetros fisiológicos como el ritmo cardíaco, los niveles hormonales o la actividad del sistema nervioso que lo acompaña y cómo se ven alterados estos procesos en situaciones de adversidad (Mueller y Tronick, 2019).

La investigación sobre la conexión entre la seguridad del apego y la regulación del afecto y de los estilos de apego y salud física han proliferado en los últimos años y es un campo de estudio en expansión.

### **7.2.3.2. DIFERENCIAS INDIVIDUALES RELACIONADAS CON EL APEGO EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL**

En cuanto a la relación entre apego y regulación emocional, diversas investigaciones han ido estableciendo las bases explicativas acerca de cómo las diferencias individuales en los procesos de regulación se corresponden con los diferentes estilos de apego y esto tiene su reflejo en las relaciones en todas las etapas del ciclo vital (Mikulincer, Shaver y Pereg, 2003; Pereg y Mikulincer, 2004; Shaver y Mikulincer, 2007; Shaver y Mikulincer, 2014). Los resultados demuestran que las diferencias en el estilo de apego provienen de las experiencias tempranas vividas cuando se busca al cuidador para calmar la ansiedad, donde se produce el aprendizaje de unas estrategias que se generalizarán a otras situaciones en las que surja el malestar. Estas estrategias pueden ser más o menos adaptativas en función de cuánto permiten organizar la experiencia emocional y controlar la emoción negativa, aunque pueden ser menos eficaces en otros contextos y con otras metas y llegar a interferir con los recursos necesarios para hacer frente al estrés.

Las evidencias sobre esta relación entre apego y regulación emocional y, de manera más específica, entre estilos de apego y patrones regulatorios han sido ampliamente mostradas. Estudios de referencia en este ámbito son los llevados a cabo por Shaver, Mikulincer y Pereg sobre la relación entre el apego adulto y la regulación emocional. Entre las conclusiones de los resultados de sus investigaciones podemos destacar la afirmación de que existe una

relación entre la activación del sistema de apego y la regulación emocional y que las diferencias individuales en el apego se reflejan en la forma en que se manejan eventos estresantes (Shaver y Mikulincer, 2014).

Utilizando las bases teóricas y conceptos del modelo de apego de Bowlby explican las diferencias que existen tanto en cómo se evalúan los sucesos estresantes como en las estrategias que se ponen en marcha para su afrontamiento. Indican que en el caso de personas con un apego seguro predomina el uso de las estrategias primarias que incluyen un conocimiento sobre uno mismo, los otros y la propia afectividad y lleva a la búsqueda de proximidad de la figura de apego como forma de obtener calma y seguridad. Las denominadas estrategias secundarias de apego son empleadas por personas con estilos inseguros y resultan de la no disponibilidad de la figura de apego para la organización de las emociones. Estas consisten en la hiperactivación, denominada por Bowlby *protesta*, (queja, aferramiento, comportamientos coercitivos, sobrerregulación del afecto negativo, etc.) o la desactivación (inhibición de las conductas de acercamiento, supresión de las amenazas que activan el sistema de apego, baja regulación de los estados afectivos, tendencia a manejar el estrés sin ayuda, etc.).

En las personas con estilo evitativo describen la tendencia a la regulación mediante el bloqueo o la inhibición de cualquier estado emocional, principalmente los más asociados a la sensación de amenaza y vulnerabilidad (miedo, ansiedad, rabia, tristeza, vergüenza, culpabilidad o angustia), con el objeto de mantener el sistema de apego desactivado debido a las expectativas negativas sobre la respuesta de la figura de apego, por lo que se busca minimizar el contacto. También intentan inhibir o bloquear reacciones emocionales ante amenazas potenciales o reales de la disponibilidad de la figura de apego (rechazo, traición, separación, pérdida) por el mismo motivo. Al igual que en las personas con apego seguro se observa una tendencia a la minimización de las emociones relacionadas con amenazas, pero mientras que estas personas promueven la comunicación, el compromiso y el mantenimiento de las relaciones, los esfuerzos de las personas evitativas se centran en mantener el sistema de apego desactivado a pesar del efecto nocivo que esto tiene en las relaciones. Estas estrategias hacen que las personas no perciban sus propias reacciones emocionales, eludan los pensamientos y recuerdos relacionados con las emociones y supriman o enmascaren tendencias de acción relacionadas, incluidas expresiones verbales y no verbales de emoción.

En el caso de las personas con un estilo de apego ansioso pueden buscar mantener e incluso amplificar las emociones que consideran congruentes con sus objetivos, relacionados

con recibir más atención, protección y apoyo por parte de la figura de apego. Se añade la tendencia a exagerar la presencia y gravedad de las amenazas y enfatizar su sensación de vulnerabilidad y falta de ayuda, buscando a través de los signos de debilidad y necesidad elicitar la atención y cuidado del otro. Destaca la hiperactivación ansiosa como estrategia que se mantiene a través de la exageración del proceso de evaluación, incrementando la percepción de la amenaza, con pensamientos negativos sobre las propias habilidades para manejar el estrés, atribución a los eventos de causas incontrolables o la incompetencia personal, atención a indicadores internos de estrés, hipervigilancia hacia aspectos psicológicos de los estados emocionales, amplificando el recuerdo de experiencias relacionadas con la amenaza o rumiaciones de amenazas reales o potenciales. También se da una intensificación de emociones negativas favoreciendo un acercamiento a situaciones de amenaza, tomando decisiones derrotistas o llevando a cabo acciones ineficaces. La hiperactivación de la necesidad de proximidad se produce al experimentar la distancia con la figura de apego como peligrosa o como una amenaza de pérdida. Estas estrategias amplifican el ciclo del estrés incluso después de que la amenaza objetivamente se haya desvanecido.

Las diferencias que encuentran los autores entre estilos seguro e inseguros y entre los inseguros entre sí respecto a la regulación de emociones afectan a factores como la evaluación cognitiva de los eventos, las estrategias de afrontamiento del estrés, el malestar o bienestar psicológico experimentado antes y después del evento estresante, las respuestas fisiológicas, las reacciones ante comportamientos dañinos por parte de otras personas, ante la separación o ruptura y la muerte en relaciones cercanas. También se identifican diferencias en otros procesos psicológicos como la memoria o el juicio al observarse en personas con estilo de apego inseguro de tipo ansioso una mayor tendencia a recordar información negativa y realizar atribuciones depresivas (globales y estables) y una menor activación de los mecanismos de regulación afectiva ante estados de ánimo negativos (Mikulincer, Shaver y Pereg, 2003; Pereg y Mikulincer, 2004; Shaver y Mikulincer, 2007; Shaver y Mikulincer, 2014).

En definitiva, la seguridad en el apego va asociada a esfuerzos de evaluación y regulación compatibles con bajos niveles de estrés y malestar y acercamientos destinados a mantener las relaciones.

En una revisión española sobre el tema, Hervás y Vázquez (2006) mencionan también el estilo de apego como una de las variables moderadoras en los procesos de regulación muy presente en la investigación. Refieren cómo diversos autores explican las diferencias indivi-

duales en la regulación afectiva a través de los procesos de apego, bien como elemento altamente determinante o como uno de los factores que influyen en el desarrollo de la regulación. Señalan la abundancia y validez de estos estudios ya que han aportado cuantiosas evidencias sobre la relación directa entre el estilo de apego y la regulación del afecto en adultos y destacan algunas variables que se han identificado como mecanismos intermedios, por ejemplo, la dificultad de identificar y describir emociones.

En dicha revisión se citan algunos estudios en los que se relacionan estilos de apego inseguros con dificultades en la regulación emocional como los ya referidos de Pereg y Mikulincer (2004), los estudios de Creasey y Ladd (2004) con adolescentes donde se identifican menores expectativas de regulación eficaz en los estilos ansiosos que a su vez se relacionan con estrategias de regulación disfuncional como el consumo de alcohol, o la investigación de McNally (2003) también relativa al consumo de alcohol en jóvenes adultos con apego ansioso para afrontar estados de ánimo negativos (Hervás y Vázquez, 2006).

Muchas otras aportaciones más recientes indagan en la misma línea de esta asociación con resultados, en general, convergentes con los expuestos (Mcneil, 2012; Guzmán-González et al., 2016).

### **7.2.3.3. IMPLICACIONES DEL FUNCIONAMIENTO REGULATORIO Y EL APEGO EN LA SALUD**

Al igual que señalamos respecto al papel mediador del apego entre los malos tratos y los problemas de salud mental, otras aportaciones en este campo han tenido en cuenta el estilo de apego y su relación con la regulación emocional y otros resultados de salud física y disfunción psíquica.

Algunas de estas contribuciones evalúan esta relación con muestras de personas que han sufrido adversidades, especialmente en la infancia o adolescencia. Desde esta perspectiva, Riggs (2010) realiza una revisión sobre la literatura teórica y empírica sobre el desarrollo normal del sistema de apego a lo largo del ciclo vital y el desarrollo alterado debido al maltrato emocional recibido de los cuidadores primarios. Entre los tipos de maltrato se incluyen el rechazo, el control o intrusividad, la hostilidad o comportamientos que aterrorizan. A partir de esta revisión elabora un modelo teórico sustentado en la teoría del apego para explicar las interacciones disfuncionales en la edad adulta. Según este modelo, el maltrato emocional contribuye al desarrollo de estilos de apego inseguros (ambivalente, evitativo o desorganizado) que influyen en las capacidades para la regulación emocional y dan lugar a modelos in-

ternos de trabajo negativos, lo que promueve la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento desadaptativas. Como consecuencia de estos desajustes se observa un pobre funcionamiento social, alteraciones en las relaciones con iguales y en relaciones íntimas y más problemas de salud mental. Según este modelo jerárquico, tanto las emociones predominantes como las estrategias de regulación emocional preferentes en estos casos de maltrato son las que caracterizan a los estilos de apego inseguro, con presencia de miedo o activación crónica, afecto negativo y un control emocional desajustado, ya sea por una regulación excesiva, insuficiente o la falta de control. Entre las estrategias de afrontamiento que se activan se señala la hiperactivación, la desactivación o el control, entre otras.

Oshri et al (2015) encuentran una relación de los estilos de apego y la desregulación emocional con comportamientos de riesgo en adultos que han sufrido diversos tipos de maltrato infantil. Señalan a los estilos de apego como mecanismo potencial a través del que la adversidad infantil conduce a la aparición de conductas como el consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo e indican que existe especificidad entre el tipo de maltrato, los estilos de apego, las estrategias de regulación emocional y los factores de riesgo. Entre otras, encuentran relaciones significativas entre el maltrato emocional y sexual con los estilos inseguros de apego y comportamiento antisocial, el abuso sexual con el abuso de alcohol y drogas y el maltrato verbal con abuso de alcohol. También se relacionan el maltrato emocional y sexual con desregulación emocional (predominancia de estrategias como la impulsividad y dificultades para asumir metas) y una variedad de conductas de riesgo. La impulsividad fue la estrategia de regulación en la que se observaba un mayor efecto indirecto entre el maltrato infantil y las conductas de riesgo. Por tanto, se demuestra la fuerte relación entre la adversidad infantil y conductas de riesgo con el apego y estrategias de regulación como mediadores.

Otras investigaciones empíricas han apuntado en la misma línea y se obtienen resultados que refuerzan la fortaleza de esa relación. Schimmenti y Caretti (2018) parten de la idea de que el trauma psicológico afecta a la capacidad de entender y procesar las emociones especialmente cuando los daños son causados en edades tempranas y por personas significativas como las figuras de apego. Revisan la literatura que relaciona alexitimia con trauma psicológico y dimensiones del apego y encuentran que tanto conceptualizaciones más clásicas como recientes han confirmado la idea de que el maltrato infantil es un potencial precursor de los problemas para identificar y describir las propias emociones. Si bien los hallazgos revisados establecen relaciones entre experiencias traumáticas y apego con la alexitimia por separado

solo un reducido número de investigaciones ha relacionado los tres factores. En estas investigaciones los resultados indican la relación positiva de la alexitimia con los estilos de apego inseguros, carencias en los cuidados parentales o maltrato y síntomas de estrés postraumático. Los autores concluyen que los resultados convergen fuertemente apoyando la idea de que la intervención en alexitimia debe implicar una evaluación del apego infantil y las experiencias traumáticas para conocer el origen de las estrategias desadaptativas de regulación emocional y proporcionar los tratamientos adecuados.

Estudios similares han evaluado la relación entre las variables señaladas en otras poblaciones afectadas por problemas de salud física o disfunciones psíquicas. Por ejemplo, (Ávila et al., 2015) analizan el rol mediador del apego y la regulación emocional en la adaptación al cáncer de mama, evaluada esta última en función de resultados físicos, psicológicos y relaciones personales. Los resultados apoyan las hipótesis de partida ya que hallan asociaciones entre el estilo de apego seguro y una mejor adaptación a la enfermedad mediada por unas estrategias de regulación basadas en la comunicación de emociones. Los efectos del apego ansioso en los resultados de salud se relacionaron con la presencia de rumiación y en el caso del apego evitativo con el control emocional. Las autoras inciden en la importancia de fijarse en la regulación emocional y del apego para una mayor comprensión de los procesos relacionales implicados en la adaptación a la enfermedad, especialmente cuando esta implica una carga importante de estrés y miedo e incrementa las necesidades de apoyo.

En el estudio sobre la relación entre patología alimentaria en relación con el apego y la regulación emocional llevado a cabo por Gutiérrez, Fontanil, Ezama y Alonso (2017) se determina también el efecto de estas últimas variables en trastornos de la alimentación en adolescentes. Los resultados obtenidos apoyan, en primer lugar, la fuerte relación entre los tres constructos. Además, se determina la posibilidad de predecir problemas de la alimentación a partir de dificultades en la regulación emocional como la falta de claridad sobre las emociones y también desde los apegos inseguros. Las patologías alimentarias presentan una fuerte asociación con características de los apegos inseguros diferenciadas por sexos. Así, en las mujeres es más elevado el miedo al rechazo o al abandono y en los hombres la preferencia por la independencia en hombres.

Estos son algunos ejemplos de estudios donde se han tenido en cuenta las dos variables mencionadas, apego y regulación emocional, con relación a manifestaciones de enfermedad física o disfunción psíquica. En este sentido, (Üstündäg-Budak, Koydemir y Schutz (2019) indagan en esta asociación para explicar si la regulación emocional puede explicar la

relación entre apego y salud mental aportando datos de investigaciones que avalan estas conclusiones, aunque señalan como limitación el carácter transversal de las investigaciones.

Vemos, por tanto, de qué modo la investigación ha tenido en cuenta de una forma u otra cómo las estrategias de afrontamiento, en este caso la regulación emocional, están comprometidas con los modelos internalizados con los que interpretamos el mundo que nos rodea y que derivan de experiencias previas que las han configurado.

Con la finalidad de complementar los modelos explicativos que entienden que las capacidades de los individuos implican únicamente factores intrapersonales a menudo ajenos al medio en que se desenvuelve se plantean los modelos basados en el desarrollo, que ofrecen explicaciones sustentadas en la idea de que las competencias de las personas para sobreponerse a las circunstancias que generan malestar dependen de las habilidades de otras personas que las han provisto de estrategias más o menos eficaces.

De esta manera, la regulación emocional se nos presenta no como una actividad mecánica producto de factores individuales sino como una actividad estratégica, construida en la interacción y al servicio de metas destinadas a lograr objetivos en contextos relacionales. Cuando estas estrategias no son exitosas los resultados se visibilizan a través de manifestaciones que se han denominado de desregulación emocional que nos indican el fracaso de la persona para adaptarse exitosamente a sus objetivos.

Finalizaremos el análisis de las capacidades de regulación emocional abordando precisamente el efecto de estos fracasos en la vida de las personas y cómo se ponen de manifiesto a través de alteraciones en las emociones y otros efectos en la salud mental de las personas, especialmente cuando estas disfunciones se han originado en relación a las vivencias sufridas en contextos maltratantes.

#### **7.2.4. REGULACIÓN EMOCIONAL, DISFUNCIÓN PSÍQUICA Y EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LAS INFANCIA**

Otro aspecto relevante de los estudios sobre regulación emocional ha sido el de su papel en el sufrimiento psíquico y la psicopatología. Aunque la importancia de las emociones en muchas áreas de funcionamiento psicológico ha sido ampliamente estudiada desde hace décadas, no ha sucedido lo mismo con la relevancia de estos procesos en la salud mental.

En esta línea de estudios que han relacionado las dificultades para la regulación emocional con diversas manifestaciones de disfunción psíquica encontramos los de Gross y Mu-

ñoz (1995), que consideran que las emociones y su regulación son parte fundamental de la salud mental. Describen el desarrollo y funcionamiento emocional en condiciones de normalidad y los efectos patológicos de la desregulación y explican los problemas de salud mental desde una perspectiva de la regulación emocional. Desde este enfoque, la salud mental se define como el funcionamiento adecuado en los ámbitos de las relaciones sociales, la productividad y el trabajo y la satisfacción vital y relacionan la psicopatología con los problemas que la desregulación emocional o el uso de estrategias de regulación menos eficaces ocasionan en estas áreas. Gross (2002) insiste en esta idea al señalar que la desregulación emocional es una característica que destaca en muchas formas de psicopatología e incide en la necesidad de explicar las alteraciones psíquicas y trastornos de personalidad a través de esta perspectiva emocional.

Como vemos, este tipo de explicaciones se ajustan a los modelos explicativos que se han utilizado para describir los procesos regulatorios normales y también los alterados y explican la psicopatología en relación a estos procesos (Gross y John, 2003; Silva, 2005; Hervás y Vázquez, 2006; Hervás, 2011). Sheppes, Suri y Gross (2015) señalan que existen diversas categorías clínicas en las que destaca la presencia de problemas emocionales donde se han identificado dificultades para la regulación emocional pero no todos los problemas emocionales son resultado de la desregulación sino que puede haber otras dificultades que se sitúan en el proceso de generación de una emoción o en los mecanismos de control emocional. Con este planteamiento construyen un modelo para describir las dificultades en la regulación emocional que pueden conducir a diferentes tipos de psicopatología según la fase regulatoria en que se produzca un problema (p. ej., ataques de pánico por un problema en la percepción en la fase de identificación de la emoción o autolesiones y el abuso de sustancias como problema para la regulación de la evaluación en la fase de selección de la estrategia).

Fernández-Álvarez et al. (2017) plantean una alternativa conceptual basada en el abordaje transdiagnóstico considerando que los procesos de regulación forman parte de estrategias comunes que subyacen a diversas manifestaciones psicopatología. Las dificultades para la regulación no son consideradas meras manifestaciones sintomáticas como las incluidas en las taxonomías diagnósticas tradicionales, sino procesos que tienen un papel en la adaptación a circunstancias concretas. Indican que, en cualquier caso, lo adaptativo o desadaptativo de los patrones de desregulación no puede establecerse a priori son que es necesario analizar las estrategias en el contexto en el que se produce la desregulación y que no



siempre la puesta en marcha de ciertas estrategias es intrínsecamente desadaptativo. Otros enfoques transdiagnósticos han incidido en la relevancia de los factores como la activación y la evitación experiencial como condiciones implicadas en la etiología y mantenimiento de problemas psicológicos a través de su influencia en los estados emocionales (Fernández-Rodríguez, Paz-Caballero, González-Fernández, Pérez-Álvarez, 2018).

Esta consideración de lo que sucede “fuera” del sujeto nos lleva a reintroducir la cuestión de cómo las estrategias personales se construyen en la interacción. Al igual que señalábamos en referencia al apego, las condiciones de los primeros años de vida son fundamentales para el desarrollo emocional y también para la construcción de las competencias con las que enfrentarse a las diversas tareas vitales. Y de los fracasos en el logro de estas metas surgen las manifestaciones clínicas o síntomas que podemos tomar como la “unidad de análisis en psicopatología” (Ezama, Fontanil y Alonso, 2017, p. 375).

Frente a modelos como los mencionados más centrados en los aspectos intrapersonales de la regulación y los mecanismos que subyacen a los procesos, los planteamientos interpersonales de la regulación de las emociones (Zaki y Williams, 2013; Hofmann, 2014). Algunas de las limitaciones que se señalan de los modelos intrapersonales son la asunción de una relación simple de desencadenantes y respuestas pero, sobre todo, su excesivo énfasis en los procesos intrapersonales. El argumento en contra es que no hay ninguna estrategia que sea principalmente “buena” o “mala” (p. ej., reevaluación vs. supresión) sino que la adaptabilidad de las estrategias depende en gran medida del contexto social y las demandas situacionales, como señala Hofmann (2014). El autor pone como ejemplo la utilidad de suprimir emociones en situaciones interpersonales como la ira o un estallido de risa cuando pueden ser socialmente improcedentes. Además, sugiere que la regulación de emociones no solo no se limita a los procesos intrapersonales sino que *ocurren* en las relaciones interpersonales, ya que las personas se conectan a través de sus emociones. En definitiva, y apoyándose en la literatura que aporta el campo de la psicología del desarrollo, considera la regulación emocional como un proceso social e interpersonal (Hofmann, 2014). El modelo propuesto por Zaki y Williams (2013) parte de esta visión y propone un marco para identificar la regulación emocional de las relaciones interpersonales. Distingue dos tipos de procesos, el *intrínseco*, que es aquel en que la persona inicia un contacto social con la finalidad de regular su experiencia emocional; y el *extrínseco*, proceso mediante el que una persona regula la emoción de otra. A partir de estos procesos se explican las manifestaciones de psicopatología a las que subyacen la alteración de estos procesos (la regulación interpersonal no es eficaz).

Y esta consideración de la condición interpersonal de la regulación emocional nos conduce a las situaciones en que estos aprendizajes suceden en contextos de violencia o descuido interpersonal y a sus consecuencias.

Por un lado, contamos con evidencias sobre cómo la propia capacidad de regulación se ve afectada por las experiencias adversas y la propia desregulación es identificada como un síntoma del trauma (Van der Kolk et al., 1996; Cook et al., 2005; Bick y Nelson, 2016). Recordemos como el trauma complejo o DESNOS tiene a la desregulación como uno de sus indicadores característicos y que se manifiesta a través de la afectividad, la conducta, las respuestas somáticas, las relaciones, los sistemas de significados y otras perturbaciones (van der Kolk, 2005).

Y por otra parte, la desregulación se ha considerado un efecto frecuente de la adversidad que se ha relacionado con otras alteraciones como la afectividad negativa duradera (Briere et al., 2010), el estrés postraumático, la depresión y la ansiedad (Goldsmith, 2013), la disociación y la somatización (van der Kolk, 1996), los trastornos de personalidad (van Dijke et al., 2011; van Dijke, 2012; Hiraoka et al., 2016) o diversas afectaciones psiquiátricas como trastornos de ansiedad, depresión mayor y trastorno bipolar (Dvir et al., 2014) y otros tipos de psicopatología (Eftekhari et al. (2009).

En resumen, podemos señalar que las emociones son un mecanismo básico para la adaptación, con función comunicativa y estrechamente ligada al funcionamiento social y la regulación emocional es el proceso mediante el que las emociones se adecúan a las condiciones del entorno en función de los objetivos y necesidades de los sujetos.

En este proceso se han descrito fases y estrategias diversas que están al servicio de la finalidad adaptativa y de logro de metas. Son procedimientos con una finalidad evolutiva que se construyen en la interacción entre personas a lo largo del desarrollo y las experiencias a las que nos enfrentamos. Se ha asociado el uso de estas estrategias a resultados distintos aunque se reconoce la necesidad de analizar la eficacia de las estrategias en función del contexto y no exclusivamente como un proceso intrapersonal.

Finalmente, se ha reconocido el impacto de las adversidades infantiles en las capacidades regulatorias y, además, el impacto de la desregulación en la salud y la presencia de psicopatología.

## **8. EL APOYO SOCIAL**

### **8.1. APOYO SOCIAL, SALUD Y CALIDAD DE VIDA**

La influencia de las relaciones cercanas y afectuosas está indiscutiblemente vinculada a la salud y el bienestar en todas las etapas de la vida, sin embargo, las vías específicas a través de las cuales las relaciones promueven un bienestar óptimo no son bien conocidas. Algunas propuestas de explicación han mostrado cómo determinados procesos interpersonales, como el apego y el apoyo social, favorecen un mejor afrontamiento de las adversidades y una actitud más activa hacia la vida. Así, se ha considerado el apoyo social como un factor protector de la salud en los individuos sometidos a situaciones de estrés. En este epígrafe se exponen algunas cuestiones relacionadas con este concepto y cómo influye en la salud y la calidad de vida.

La visión del apoyo social como un factor estrechamente relacionado con la salud y el bienestar resulta coherente con la idea ya expuesta de la conectividad como imperativo biológico al servicio de la seguridad y la protección, que se pone de manifiesto a través de los vínculos afectivos, el apego y las conductas de aproximación que se activan en situaciones de amenaza o ante otras necesidades. Es decir, la presencia cercana y accesible de otras personas que forman las redes sociales facilita las condiciones de estabilidad y refuerzo que las personas requieren para afrontar los retos de la vida cotidiana y otras adversidades. Un sistema de cuidados proporcionado por otras figuras disponibles, sensibles y receptivas es, desde que nacemos, el mecanismo amortiguador natural ante el estrés y el temor y el precursor de la construcción de estrategias de afrontamiento más eficaces.

Como se ha mencionado con anterioridad, nuestras competencias se construyen en los núcleos relacionales en los que nos desarrollamos a lo largo de la vida, donde se siguen reforzando nuestras capacidades o, al contrario, se perpetúan dinámicas relacionales y de funcionamiento que afectan a la salud y el bienestar de las personas y a sus competencias para ser eficaces ante los problemas.

En definitiva, la conexión social surge de una necesidad básica y la desconexión amenaza la cobertura de estas necesidades. Se sabe, además, que las formas en que las personas hacen un “buen uso” de las redes de apoyo, es decir, se solicitan cuidados, se confía en recibir los esperados y se proporcionan los que otras personas pueden requerir, se construyen en re-

laciones previas que condicionan las expectativas y estrategias con las que nos desenvolvemos en otras relaciones posteriores. Los estudios sobre la evolución humana, la biología, el desarrollo, el apego y las interacciones tempranas confirman estos patrones de funcionamiento. Contamos con estudios que muestran cómo uno de los mecanismos más notables implicados en la evolución de la especie fue el compromiso social, la capacidad de conexión con los sentimientos y pensamientos de otros, que conduce a las interacciones en las que se genera el aprendizaje; no hay desarrollo sin intersubjetividad previa (Lyons-Ruth, 2008). También con los aportes de la teoría del apego, que han documentado la importancia del papel de los otros y los daños que las pérdidas en los apoyos causan, como los problemas en la construcción de otras relaciones significativas y la aparición de la psicopatología (Ainsworth, 1978; Bowlby, 1973, 1986, 1989; Main, 2000). Podemos señalar también las contribuciones de los estudios que aportan datos sobre las bases biológicas que subyacen a estas interacciones, como la teoría polivagal (Porges, 2018) que explica los mecanismos biológicos del compromiso social y su papel en la regulación de la respuesta fisiológica. El apoyo social positivo, la reciprocidad, la conexión con otras personas se relacionan con la activación de circuitos fisiológicos que facilitan el acercamiento a otras personas y el compromiso social para lograr la co-regulación y generar sensaciones de seguridad.

Vemos, pues, cómo una necesidad básica destinada a la supervivencia se relaciona con aspectos fundamentales para la salud y adquiere un valor estratégico para el mantenimiento del bienestar.

En las definiciones revisadas de calidad de vida encontramos el apoyo social como otra de sus dimensiones fundamentales, junto a las condiciones objetivas de vida (materiales, económicas, etc.) y a la salud, y es considerado tanto un elemento objetivo como subjetivo. El énfasis en destacar su condición de elemento fundamental para la calidad de vida se fundamenta, entre otros, en la evidencia de que los factores sociales y comunitarios tienen una fuerte influencia en el bienestar y la calidad de vida (Claes et al., 2012) y que la carencia de apoyo social es un factor de riesgo para la enfermedad (Schalock y Verdugo, 2016).

Como señala Diener (1984), la interacción social es una condición objetiva dentro del apoyo social y hace referencia a la red social de la que dispone la persona, la cantidad, tipo y calidad de sus contactos sociales y al uso que hace de esa red, estimado mediante la frecuencia de estos contactos. Sin embargo, aunque se puede evaluar de forma objetiva en qué consisten los apoyos sociales, el uso y disponibilidad de estos varían y son diferentes según la subjetividad de las personas y las condiciones de los contextos.

Lazarus y Folkman (1986) han considerado el apoyo social como uno de los recursos que utilizan las personas para hacer frente a demandas específicas, externas o internas y el afrontamiento de situaciones problemáticas. Lo definen como “el hecho de tener alguien de quien recibir apoyo informativo y/o tangible” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 187). Esta sería una estrategia centrada en las emociones, no en el problema, ya que el apoyo de otras personas ayudaría a modificar lo que se siente ante las dificultades. También se incluye entre las consideradas adaptativas y eficaces para el manejo del problema, y, por tanto, beneficiosas para el bienestar personal. Los autores añaden que el apoyo social puede consistir en ayuda percibida o ayuda recibida y que los efectos del apoyo social percibido, sobre todo emocional, resultan ser más significativos que los del apoyo social recibido (Lazarus y Folkman, 1984).

Sandín (2003) define también el apoyo social como un recurso de afrontamiento del estrés, considerándolo un “fondo” del que se puede disponer cuando se necesita hacer frente a estresores. El apoyo social generalmente hace referencia a las acciones llevadas a cabo a favor de un individuo por otras personas de su red familiar, social o laboral, que proporcionan asistencia instrumental, informativa y emocional. Es decir, los recursos que se utilizan para enfrentar los problemas y dificultades de la vida. El autor alude también a la necesidad de considerar la propia naturaleza interaccional del apoyo social con el objetivo de aprovechar este recurso para promover la salud y el bienestar de las personas y señala las evidencias del apoyo social como factor protector de la salud en los individuos sometidos a situaciones de estrés social.

En este sentido, Sandín establece matices en la definición del concepto, en el que habitualmente se engloban todo tipo de interacciones sociales, señalando que el apoyo social caracterizado como uno de los recursos de afrontamiento se ha definido por la presencia y el producto de relaciones humanas estables (Sandín, 2009). Expone algunos elementos tomados de Payne y Jones que serían condiciones necesarias para definir el apoyo social. Estos son la dirección (apoyo aportado, apoyo recibido o ambos), la disposición (disponibilidad en cantidad y calidad, utilización real de recursos), la descripción o evaluación de la naturaleza del apoyo, el contenido (emocional, instrumental, informativo o valorativo) y las redes sociales que constituyen las redes de apoyo: familia, amigos, compañeros profesionales, etc. La distinción entre el apoyo recibido de unas u otras personas, según se consideren más o menos cercanas, es relevante teniendo en cuenta que no a todas las relaciones se les atribuye el mismo

valor como fuente de apoyo. El Cuestionario Breve de Apoyo Social, instrumento desarrollado por Sandín et al. (2008) tiene en consideración esta distinción. Una versión adaptada de este cuestionario ha sido utilizada en esta investigación con el objetivo de tener en cuenta las diferencias en el apoyo recibido de diferentes fuentes.

Alude también a una condición destacable en el apoyo social, la diferencia entre el apoyo real y el apoyo percibido, incidiendo en el carácter subjetivo de este recurso. Vemos de nuevo cómo la percepción de los sujetos, y no solo los elementos objetivos, se considera fundamental a la hora de valorar todas las dimensiones de la calidad de vida.

Moyano y Ramos (2007) inciden en esta asociación entre la satisfacción interpersonal y el bienestar subjetivo y señalan la relación positiva entre bienestar y satisfacción con las amistades de modo que el descenso del contacto social disminuye el bienestar e, inversamente, al incrementarse el contacto mejora. Añaden la relevancia del papel del apoyo que proviene de las relaciones amorosas de pareja como un predictor de la satisfacción vital. Algunas variables que se encontró que eran relevantes para incrementar el bienestar fueron la calidad de las amistades y, en menor medida, el número.

Investigaciones más recientes sobre afrontamiento han relacionado positivamente los estilos centrados en el problema con el bienestar psicológico y los centrados en la emoción con problemas de salud. También se ha asociado el uso de la búsqueda de apoyo social ante una situación estresante con un aumento del bienestar psicológico y la disminución de la probabilidad de presentar problemas de salud (Berra et al, 2014).

En definitiva, la relevancia del apoyo social en la calidad de vida es una idea ampliamente sustentada y la investigación también se ha centrado en determinar cuáles son las variables que influyen en esta relación.

Sobre la influencia del apoyo social en la salud, se han propuesto varias vías a través de las que este puede favorecer o perjudicar la salud. Por una parte, el apoyo social puede tener consecuencias directas, por ejemplo, a través de ayudas económicas que mejoran las posibilidades de asistencia sanitaria o la misma calidad de vida. También a través de las experiencias sociales positivas que refuerzan la autoestima, el afecto positivo, la sensación de control, etc. En este caso, se considera que el apoyo social tiene efectos positivos primarios sobre la salud, independientemente de la presencia de estrés. Otra de las explicaciones de mayor relevancia es la basada en los efectos amortiguadores del estrés (Aneshensel, 1992), que considera que el apoyo protege a los individuos del impacto del estrés potenciando su adaptación a

las adversidades, reforzando sus capacidades de afrontamiento y atenuando la experiencia de estrés. Ambos modelos explicativos son compatibles y confirman cómo el apoyo social puede influir en la salud a través de diversas vías. El papel del apoyo social como factor de protección ante el estrés y como potenciador de la salud también se explica a través de las interrelaciones entre otros elementos, entre ellos factores estructurales como el nivel social o económico o la pertenencia a grupos sociales.

En el impacto del apoyo social en el bienestar se ha tenido también en cuenta sus efectos cuando este tiene características negativas. De hecho, diversos estudios como los realizados por Coyne y Downey sugieren que las características negativas del apoyo social correlacionan en mayor grado que las características positivas con medidas de apoyo percibido y síntomas. Señalan que algunos aspectos negativos del apoyo social (p. ej., el conflicto, la inhibición de la comunicación o la falta de estabilidad), pueden constituir en sí mismos un factor de riesgo para desarrollar depresión aun en ausencia de sucesos vitales estresantes. Ligan estos datos a los de los estudios epidemiológicos que señalan a las relaciones matrimoniales como un factor de protección para la salud por el efecto positivo del apoyo emocional. Sin embargo, insisten en que este efecto positivo se reduce si esta relación no es positiva y aporta los beneficios de una relación de calidad. Más allá de explicar esto mediante una relación causal entre apoyo social y salud aluden a aspectos teóricos del propio apoyo social: el beneficio del apoyo puede en gran parte ser secundario a la ausencia de los efectos deteriorantes de las relaciones conflictivas e inseguras. Por tanto, la cuestión relativa al papel del apoyo social como amortiguador del estrés se complementa con la consideración de que las relaciones disfuncionales perjudican el afrontamiento del estrés. Los autores proponen que, en lugar de enfatizar las interacciones sociales que presumiblemente transmiten el apoyo social, se deben tener en cuenta los factores de riesgo en las relaciones que reducen la percepción individual de apoyo (en Sandín, 2009).

Marroquín (2011) en su revisión aporta datos que apoyan que un mecanismo interpersonal, la regulación emocional que proporciona el apoyo social, puede explicar el efecto protector del apoyo en la depresión. Como vemos, las influencias interpersonales que se producen en las relaciones cercanas son validadas como mecanismos que hacen del apoyo social un factor positivo. Estos datos nos aproximan a modelos interaccionales para explicar la influencia del apoyo.

En la misma línea, Fenney y Collins (2015a, 2015b) proponen un modelo explicativo de la relación entre apoyo y salud basado en los conceptos de base segura y refugio seguro

del apego y consideran el apoyo como una base fundamental para el crecimiento y no solo un amortiguador del estrés, teniendo en cuenta que las personas se desarrollan en contextos de oportunidad y de adversidad. Señalan dos funciones del apoyo social que contribuyen a que las personas puedan desenvolverse adecuadamente en la vida, tanto en situaciones favorables como adversas. Estas funciones son el apoyo como fuente de fuerza (*source of strength support*), que tiene como finalidad reducir el impacto del estrés y ayudar a superarse ante este; y el apoyo como catalizador relacional (*relational catalyst support*), para promover el aprovechamiento de oportunidades de mejora en situaciones favorables. En las situaciones en que no hay estrés el apoyo contribuye a facilitar el crecimiento personal a través de la participación, la implicación en actividades, el aprendizaje, la socialización, etc. Por el contrario, ante las adversidades, el apoyo sirve para que las personas sean capaces de afrontarlas con éxito y para salir de esas experiencias con más fortaleza o conocimientos. Las autoras plantean que estas funciones son mediadores a través de los que se logra el crecimiento personas y es posible superar las adversidades.

Pietromonaco y Collins (2017) proponen un marco conceptual para explicar cómo los procesos relacionales se conectan con los resultados de salud a través de mediadores psicossociales, conductuales y biológicos, y cómo las diferencias individuales y los factores contextuales influyen y/o moderan estos procesos. Es decir, los procesos interpersonales como la conexión (apoyo como base y refugio seguro, intimidad, afecto,...) o desconexión social (negatividad, hostilidad, rechazo,...) dan lugar a resultados positivos para el bienestar psicológico o a problemas de salud y enfermedades a través de mediadores psicosociales (emoción, cognición, regulación emocional, estrategias de afrontamiento, satisfacción en la relación,...), biológicos (p. ej., activación neural), hábitos o estilo de vida y otros factores como la co-regulación de la emoción, el comportamiento, etc. La pretensión de este modelo es ir más allá de las explicaciones basadas en las características estructurales del apoyo (redes sociales, integración social, etc.) o en la percepción de apoyo y centrarse en los procesos interpersonales diádicos que subyacen a estos vínculos y en la importancia de las relaciones cercanas para el bienestar personal tanto en presencia como ausencia de adversidades.

Esta propuesta es consistente con otras investigaciones que sitúan el foco en las relaciones de apoyo entre adultos basadas en los apegos afectivos y que tienen como objetivo restablecer la sensación de seguridad mediante la cercanía o proporcionar cuidados en función de las necesidades y circunstancias. Esto es característico de las relaciones de pareja u otras relaciones entre adultos donde los cuidados se proporcionan y reciben de manera recíproca



(Feeney y Noller, 2001). Recordemos cómo ante el malestar las respuestas individuales varían dependiendo del estilo de apego, tendiendo a un mejor reconocimiento de los afectos negativos y a la búsqueda de apoyo en el caso de las personas con un patrón seguro o presentando más dificultad para comprender y expresar el malestar y evitando la cercanía o bien con una búsqueda de apoyo intensa en los patrones inseguros.

Todas estas aportaciones teóricas avalan la idea de que nuestras estrategias relacionales se co-construyen en la interacción con otros y la necesidad del apoyo de otras personas para aprender y superar obstáculos permanece a lo largo de todas las etapas de ciclo vital. Este es un proceso de co-evolución donde se adquieren valores, conocimientos, estrategias y herramientas construidos por otras personas en un proceso de transmisión generacional de estos saberes y procedimientos. Y esto nos conduce a pensar en cómo el apoyo social funciona como un atenuador del malestar y promotor de salud, pero también en de qué manera puede verse afectado como recurso para proporcionar seguridad y refugio en situaciones de adversidad.

## **8.2. EL APOYO SOCIAL EN LAS SITUACIONES DE ADVERSIDAD**

El apoyo social tiene, pues, un papel fundamental en el bienestar de las personas y su capacidad de afrontar situaciones estresantes. El paso siguiente es preguntar por la función del apoyo cuando las personas se enfrentan a situaciones especialmente dañinas, ya sea por la cronicidad de las circunstancias que generan el estrés y/o las condiciones en que se produce, especialmente cuando se genera en aquellos contextos destinados a proporcionar cuidados y afecto.

Como se ha explicado con anterioridad, el proceso de co-construcción de nuestras estrategias y habilidades requiere de la ayuda de otros, que será necesaria en función del nivel de desarrollo, madurez o circunstancias de la persona. Cuanto más depende el ser humano de la ayuda de los demás, mayor necesidad de una red de apoyo social eficaz. Y en los contextos de adversidad es posible que la respuesta de los integrantes del núcleo de interacción más cercano sea desajustada a las necesidades ya sea por una escasa sensibilidad en la detección de estas o por las respuestas inconsistentes, intrusivas, controladoras, poco afectuosas, etc.

De nuevo los estudios evolutivos sobre los procesos de apego nos sirven de marco explicativo para comprender lo que sucede en los contextos de interacción caracterizados por los cuidados sensibles o la negligencia y los malos tratos. Lyons-Ruth (2008) ilustra estas di-

ferencias aludiendo a la diferencia entre las estrategias de apego de la comunicación colaboradora y las de la no colaboradora. Las primeras están asociadas con modos más flexibles y adaptativos de relacionarse con los otros, tanto en el desarrollo temprano como en el contexto de relaciones románticas en adultos. Son estrategias sensibles a los estados mentales de ambas partes, ajustadas al desarrollo temprano y a las capacidades evolutivas de los dos participantes. Además, se relacionan con una regulación más efectiva de los niveles de estrés y la excitación, vinculada a una mayor capacidad de explorar el entorno y aprender, incluidos los aprendizajes sociales. El compromiso positivo temprano, por tanto, tendrá consecuencias en la organización de la intersubjetividad. Por otro lado, las estrategias menos colaboradoras resultan más restringidas en tanto que no satisfacen las necesidades de las personas implicadas y pueden dar lugar a restricciones en los procesos de aprendizaje social y de otras estrategias necesarias para un funcionamiento adaptado.

Pietromonaco y Collins (2017) aportan datos sobre cómo el apoyo amortigua los efectos fisiológicos del estrés agudo y otros efectos del estrés en el organismo que sugieren que la presencia de una persona de apoyo actúa como una señal de seguridad implícita, reduciendo las percepciones de amenaza con consecuencias beneficiosas para la salud. De nuevo se plantea una argumentación diádica para explicar que, respecto al apoyo, lo importante es la calidad del apoyo, que debe ser sensible y receptivo a las necesidades y preferencias de los sujetos y proporcionar validación y comprensión. Esto es especialmente relevante en situaciones de especial vulnerabilidad, como es el afrontamiento de enfermedades donde se comprueban los beneficios de relaciones en las que se produce un buen ajuste emocional, intimidad y fluidez en el intercambio de información sobre necesidades de todo tipo (Alonso et al., 2018).

Respecto a situaciones más específicas de adversidad infantil, sus efectos en adultos y el papel de apoyo social, se cuenta con menos los datos pero algunos de ellos muestran resultados similares respecto a su capacidad protectora. Brinker y Chevuru (2016) lo ponen a prueba con adultos que habían sufrido experiencias adversas en la infancia y padecían depresión. El apoyo social y emocional percibido mostró ser un factor amortiguador del sufrimiento también entre personas que habían sufrido adversidades ya que quienes no lo recibían se encontraban más dañados.

Sperry y Widom (2013) analizan esta relación desde dos enfoques al estudiar, mediante un estudio prospectivo, si el maltrato y la negligencia en la infancia predecían niveles más bajos de apoyo social en la edad adulta y si el apoyo social tenía un papel moderador en la relación entre las adversidades infantiles y los resultados posteriores (depresión, ansiedad y consumo

de drogas). Los resultados indican que las relaciones sociales en la vida adulta se ven influidas por las experiencias adversas, al presentar estas personas niveles significativamente más bajos de apoyo social en la vida adulta medidos a través de la valoración o consejo, la pertenencia, el apoyo a la autoestima y los apoyos tangibles. Respecto al papel mediador, el apoyo social tuvo un papel moderador en las consecuencias a largo plazo del maltrato y la negligencia.

En conclusión, es aceptada la idea de que el apoyo social se asocia a mayores niveles de bienestar y salud siempre y cuando las relaciones sean cercanas y afectuosas. Se avala la idea de que aquellas relaciones que contienen elementos que proporcionan una base y refugio seguros funcionan como un buen recurso para el crecimiento personal y para afrontar la adversidad. También que el apoyo es un moderador de las secuelas del maltrato y que las relaciones de apoyo pueden verse afectadas negativamente por las vivencias infantiles adversas.

# PARTE EMPÍRICA



## **9. PARTE EMPÍRICA**

### **9.1. INTRODUCCIÓN**

En la parte teórica expuesta hemos visto como, a pesar de la relativa novedad de los estudios sobre los efectos de las experiencias adversas en la infancia, se cuenta con un importante cuerpo de investigación que ha permitido abrir muchas líneas de estudio tanto conceptuales como metodológicas sobre el tema. A su vez, muchas de las cuestiones planteadas requieren más estudio ya que no resuelven algunos de los planteamientos que se han propuesto al respecto. Por ejemplo, las relaciones entre las variables que intervienen en la secuencia entre adversidad y daños en la salud están aún por determinar y aclararlo conlleva tener en cuenta el papel de diversos factores que las investigaciones han reconocido como relevantes.

Los temas que predominan en la investigación actual se relacionan con poner de manifiesto la presencia de adversidad en la vida de las personas, sus efectos directos e indirectos a lo largo del desarrollo y también el estudio de las variables que median entre las diversas formas de maltrato, negligencia y disfunción familiar y sus efectos en diversas etapas de la vida y ámbitos de funcionalidad de las personas. En esta investigación hemos abordado varias de estas cuestiones. Primero, buscamos pruebas de la existencia de una asociación entre las experiencias adversas y la vulnerabilidad socioeconómica. Segundo, analizamos cómo las experiencias adversas afectan a los dominios de salud de la calidad de vida, a la presencia de disfunción psíquica, al afecto y a la satisfacción con la vida. Y, en tercer lugar, y buscamos determinar la influencia de algunas variables psicológicas a través de las cuales las experiencias adversas pueden influir en la calidad de vida y en las manifestaciones de disfunción psíquica, en concreto las estrategias de regulación emocional, las estrategias de afrontamiento, el estilo de apego y el apoyo social. Haremos esto controlando el efecto que pueden tener otras variables sociodemográficas: edad, género, apuros económicos y administrativos y ayudas institucionales.

### **9.2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

El objetivo general de esta Tesis Doctoral será poner a prueba la asociación entre las experiencias adversas en la infancia y la calidad de vida y salud en población en situaciones de vulnerabilidad social mediante el análisis de la información suministrada por los participantes acerca de sus experiencias cotidianas actuales y de experiencias tempranas.

### **9.2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Los principales objetivos de esta investigación son:

- Examinar la incidencia de las experiencias adversas en la infancia (ACEs) en la población en situación de vulnerabilidad social frente a su presencia en el grupo control.
- Evaluar la calidad de vida atendiendo al estado de salud física y psicológica, la disfunción psíquica total, los afectos, la presencia de experiencias disociativas y la satisfacción con la vida, la disociación, el afecto y la satisfacción con la vida de las personas que forman parte de la muestra.
- Analizar si las variables mediadoras entre experiencias adversas en la infancia y alteraciones en la salud y calidad de vida en adultos señaladas en otras investigaciones (apoyo social, estilo de apego y estrategias de afrontamiento) están presentes en esta muestra y de qué manera.
- Determinar en qué medida las experiencias interpersonales adversas en la infancia son un predictor de una calidad de vida deteriorada e identificar la influencia de otros factores que pueden suponer riesgos para la salud física y psicológica en la vida adulta.

### **9.2.2. HIPÓTESIS.**

Teniendo como referencia los estudios señalados en el marco teórico que relacionan las experiencias adversas en la infancia con resultados de salud en la edad adulta, en esta investigación se ha planteado que las personas evaluadas, y sobre todo aquellas en situaciones de vulnerabilidad social, presentarán peores datos de calidad de vida física y psicológica y que estos resultados están influidos por variables como las estrategias de afrontamiento, de apego y el apoyo social.

Los resultados que esperamos encontrar se concretan en las siguientes hipótesis generales:

- Las personas que han sufrido experiencias adversas en la infancia mostrarán peor calidad de vida física y psicológica, más manifestaciones de disfunción psíquica, experimentarán más secuelas traumáticas y menor satisfacción con la vida.

- Las personas en situaciones de vulnerabilidad social presentarán un elevado rango de experiencias adversas en la infancia que se corresponden con peores resultados de salud y satisfacción con la vida.
- Las condiciones socioeconómicas, las estrategias de afrontamiento y aspectos de las relaciones interpersonales serán variables que influirán en la relación entre las experiencias adversas en la infancia y los resultados de salud y la calidad de vida en los adultos.
- Existen factores sociodemográficos, estrategias de afrontamiento y condiciones de las relaciones interpersonales relacionadas con haber experimentado experiencias adversas que permiten predecir la calidad de vida y salud.

Las hipótesis específicas de la investigación se relacionan con las variables de estudio que se presentan a continuación junto con los instrumentos empleados para evaluarlas:

## **1 Presencia de las experiencias adversas en la infancia.**

Uno de los hallazgos más relevantes de los estudios sobre adversidad infantil y sus consecuencias es que diversas formas de maltrato, negligencia y disfunciones familiares están presentes de manera significativa en la población general y con mayor incidencia en poblaciones vulnerables. También se obtienen datos sobre la presencia mayoritaria de determinadas tipologías de adversidad. Se pondrán a prueba estos resultados con la muestra del estudio.

**Hipótesis 1.1.** El número de experiencias adversas de los participantes en el estudio será elevado tal y como muestran otros estudios en población general (Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia).

**Hipótesis 1.2.** Las experiencias adversas más frecuentes serán las de maltrato físico, el consumo de drogas o alcohol de alguno de los cuidadores y la menos frecuente el tener un cuidador que haya sido encarcelado (Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia).

**Hipótesis 1.3.** El número de experiencias adversas en la infancia será mayor entre las personas que están en situación de vulnerabilidad social (Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia e índice de vulnerabilidad social).

**Hipótesis 1.4.** El grupo vulnerable presentará mayores frecuencias de todos los tipos de adversidad (Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia e índice de vulnerabilidad social).



## **2 Vulnerabilidad, género y edad y calidad de vida, afecto, salud psicológica y satisfacción con la vida**

**Hipótesis 2.1.** Las personas en situación de mayor vulnerabilidad social presentarán peores datos de salud y calidad de vida, medidos a través de las variables de calidad de vida física y psicológica, afectos positivos y negativos, índice de severidad global, disociación total y satisfacción con la vida (Indicador de vulnerabilidad, WHOQOL-BREF, PANAS, SA45, DES-II y SWLS).

**Hipótesis 2.2.** Las mujeres tendrán peores resultados en las variables de calidad de vida y salud (WHOQOL-BREF, PANAS, SA45, DES-II y SWLS).

**Hipótesis 2.3.** La calidad de vida, afecto, salud psicológica y satisfacción con la vida se relacionarán con la edad, teniendo las personas de más edad peores resultados en estas variables (WHOQOL-BREF, PANAS, SA45, DES-II y SWLS).

## **3 Experiencias adversas en la infancia, calidad de vida, afecto, salud psicológica y satisfacción con la vida.**

**Hipótesis 3.1.** Las personas que han sufrido más experiencias adversas en su infancia informarán de una peor calidad de vida física y psicológica, mostrarán una peor salud psicológica concretada en mayor índice de severidad global de psicopatología, predominio de afectos negativos, mayor número de experiencias disociativas y peor satisfacción con la vida (Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia y WHOQOL-BREF, SA45, PANAS, DES-II y SWLS).

**Hipótesis 3.2.** Los distintos tipos de adversidad influyen de forma diferencial en los resultados de calidad de vida y salud y satisfacción con la vida, causando mayor afectación aquellos que implican la falta de cuidados (Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia y WHOQOL-BREF, SA45, PANAS, DES-II y SWLS).

## **4 Relación entre calidad de vida, manifestaciones de disfunción, disociación y satisfacción con la vida y los estilos de afrontamiento, la regulación emocional, el apego y el apoyo social.**

**Hipótesis 4.** Los peores resultados en calidad de vida, salud psicológica, afectividad y satisfacción con la vida se relacionarán con mayor número de tipos de experiencias adversas, mayor edad independientemente del género, más vulnerabilidad, estrategias de regulación emocional menos reestructurantes y más supresoras, estrategias de afrontamiento más evitadoras, autocríticas y solitarias, relaciones de apego más inseguras y menos apoyo social.

## **5 Relación entre las experiencias adversas y los estilos de afrontamiento, la regulación emocional, el apego y el apoyo social.**

Hipótesis 5. Las experiencias adversas en la infancia se relacionarán con las variables que permiten predecir las puntuaciones de las distintas variables de calidad de vida, afectos, manifestaciones de disfunción, disociación y satisfacción con la vida.

Hipótesis 5.1. Los sujetos que han experimentado más experiencias adversas tendrán estrategias de regulación más centradas en la supresión de la expresión emocional (Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia y ERQ).

Hipótesis 5.2. Los sujetos que han experimentado más experiencias adversas emplearán estilos de afrontamiento de manejo más inadecuado del problema (evitación del problema, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica) (Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia y CSI).

Hipótesis 5.3. Los sujetos que han experimentado más experiencias adversas tendrán estilos de apego más inseguros caracterizados por el temor al rechazo y al abandono o la preferencia de independencia con las figuras de apego (Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia y EPERIC).

Hipótesis 5.4. Los sujetos que han experimentado más experiencias adversas manifestarán contar con menos apoyo económico, emocional, valoración y consejo de la red social con la que han convivido en la infancia y adolescencia y de la red social actual.

## **9.3. METODOLOGÍA**

### **9.3.1. ASPECTOS ÉTICOS**

El proceso de investigación se realizó siguiendo todas las recomendaciones éticas de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (52ª Asamblea General, Helsinki, 2000) y con la confidencialidad que exige el Código Deontológico del Psicólogo y las cuestiones relativas a la participación en investigaciones.

Todas las personas participantes fueron debidamente informadas sobre la finalidad del estudio y se solicitó su consentimiento expreso previamente a la recogida de datos. Se informó a los/as participantes del derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento.

La participación en la investigación no ha supuesto ningún perjuicio para las personas colaboradoras, aspecto que se ha señalado con mayor énfasis en el caso de quienes recibían algún tipo de asistencia o apoyo en los servicios donde se ha solicitado colaboración.

### **9.3.2. PROCEDIMIENTO**

La selección de la muestra se llevó a cabo mediante muestreo intencional sobre personas en situación de vulnerabilidad social en el Principado de Asturias y sujetos procedentes de la población general que no refieren necesidades básicas. Para el reclutamiento de los sujetos atendidos en servicios e instituciones públicas o privadas de asistencia se solicitaron los permisos pertinentes y con las garantías de que no supusiera ninguna interferencia en el normal funcionamiento de las actividades propias de cada servicio. La cumplimentación de los cuestionarios fue coordinada por psicólogos/as instruidos en la aplicación de los diversos instrumentos.

Se establecieron como criterios de exclusión la minoría de edad, no tener las capacidades cognitivas necesarias o padecer alguna discapacidad intelectual, daño orgánico cerebral, problemas del sistema nervioso central o dificultades de comunicación que pudieran dificultar la cumplimentación de los cuestionarios.

### **9.3.3 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA**

La muestra está formada por personas mayores de 18 años atendidas en los Servicios Sociales y otros recursos asistenciales por encontrarse en situación de vulnerabilidad, que conforman el grupo de casos, y personas que no refieren necesidades básicas, que forman el

grupo control. Ambos grupos tienen las mismas condiciones de participación. Las características sociodemográficas se describen a continuación y se resumen en la Tabla 3.

El tamaño total de la muestra analizada es de 170 sujetos de la que 118 son mujeres (69.4%). La media de edad es de 41,04 años y la desviación típica de 10,57. Por agrupación de edades, un 64.8% de la muestra se encuentra en el grupo de entre 30 y 49 años, lo que supone una frecuencia de 107 sujetos, seguido de la franja de entre 50 y 69 años (18.2%) y 18 a 29 años (15.8%). El 31.2% de los/as participantes están casados, el 22.9% separados o divorciados, el 19.4% solteros/as. Las personas con estudios universitarios representan la mayor parte de la muestra (35.5%) junto con los que el nivel superior de estudios completados son los primarios o educación general básica (22.5%). La situación laboral más frecuente son el trabajo por cuenta ajena (42.4%) y el desempleo (35.9%). La fuente principal de los ingresos de la mayor parte de los/as participantes es el trabajo propio o de otros miembros de la familia (58.2%) y en el 23.5% de los casos los ingresos proceden principalmente de ayudas institucionales.

**Tabla 3.**  
*Variables sociodemográficas*

<i>Variable</i>		<i>N</i>	<i>%</i>
Género	Mujer	118	69.4
	Hombre	52	30.6
Edad agrupada	18 – 29 años	27	15.8
	30 – 49 años	110	64.8
	50 – 69 años	31	18.2
	Más de 70 años	2	1.2
Nivel de estudios	Sin estudios o estudios primarios incompletos	3	1.8
	EGB/ Primaria	38	22.5
	Secundarios	17	10.1
	Bachillerato o FP básica	28	16.6
	FP de ciclo superior	23	13.6
Situación laboral	Universitarios	60	35.5
	Trabajo por cuenta propia	13	7.6
	Trabajador	72	42.4
	Desempleado	61	35.9
	Jubilado	6	3.5
	Discapacitado	9	5.3
Fuente principal de ingresos	Estudiante	9	5.3
	Trabajo	100	58.8
	Seguridad Social	12	7.1
	Ayudas sociales	40	23.5
	Otros	18	10.6

En el apartado referido a la vulnerabilidad, contamos con varias medidas que nos informan de la situación socioeconómica. En cuanto al nivel de ingresos por persona la media

del grupo general es de 550,11€ (Me=500€; DT=382,56€); todos los ingresos informados oscilan entre un mínimo de 0€ y 1.950€. Tomando como referencia la cantidad de 461,53€, considerada la cuantía mensual de la renta garantizada del ingreso mínimo vital para un beneficiario, el 47.6% de la muestra no supera este ingreso por persona.

### 9.3.4 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Los instrumentos que se han utilizado en la investigación se recogen en el Cuadro 13.

#### **Cuadro 13.**

*Instrumentos utilizados en la investigación*

<i>Variables</i>	<i>Instrumento</i>
Vulnerabilidad social	Ingresos por miembro de la familia, Apuros y Ayudas institucionales.
Experiencias adversas en la infancia	Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE).
Calidad de vida	Escala de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-BREF)
Salud física	Listado de condiciones médicas crónicas
Manifestaciones de disfunción	Cuestionario de Síntomas SA-45
Afectos	Escala de Afectos Positivos y Negativos (PANAS).
Disociación	Escala de Experiencias Disociativas (DES-II).
Satisfacción vital	Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)
Estilos de afrontamiento	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)
Estrategias de regulación emocional	Cuestionario de Regulación emocional (ERQ).
Relaciones interpersonales – Apego	Escala de Preferencias y Expectativas en las Relaciones Interpersonales Cercanas (EPERIC).
Relaciones interpersonales - Apoyo social	Cuestionario Breve de Apoyo Social (CBAS).

- **Vulnerabilidad social**

Para dar cuenta de la vulnerabilidad social contamos con tres grupos de variables: a) el del monto de los ingresos familiares y el número de personas que se mantiene con esos ingresos, b) el de los apuros para realizar gastos ineludibles, las dificultades para conseguir formación o empleo y las dificultades para realizar trámites administrativos en los tres últimos meses (0=ninguna vez, 1=una vez y 2=más de una vez) y c) el de las ayudas institucionales con los que la persona cuenta para resolver dificultades económicas, sociales, ambientales o

de vivienda, familiares y personales (0 = no y 1= sí). Con estas variables se han elaborado tres indicadores:

1) *Penuria*, que agrupa la información sobre los apuros para realizar gastos ineludibles, las dificultades para conseguir formación o empleo y para realizar trámites administrativos en los tres últimos meses (de 0 = ningún apuro en ningún área a 6 = pasar apuros en más de una ocasión en las tres áreas).

2) *Ayudas institucionales*, que da cuenta del número de ayudas recibidas (de 0=ninguna ayuda a 5=ayudas en todos los ámbitos).

3) El *índice de vulnerabilidad*, que divide la muestra en dos grupos: el de las personas que cuentan con menos de 461,53€ por miembro de la familia o que ha pasado apuros para conseguir dinero para gastos básicos, ropa o alimentos al menos en una ocasión en los últimos tres meses y el de las personas que cuentan con una cantidad mayor y no pasan apuros para cubrir las necesidades económicas básicas.

El nivel de 461,53€, usado en el tercer indicador, proviene de la cuantía mensual de la renta que el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones garantiza, al considerado ingreso mínimo vital para un beneficiario (Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, Gobierno de España, 2020), pero el trabajo asistencial muestra la insuficiencia del indicador, por la repercusión de la frecuente incidencia de deudas familiares, que hace que ingresos superiores al rango de pobreza no protejan de apuros para cubrir necesidades económicas básicas

- **Experiencias adversas en la infancia**

“**Cuestionario de Experiencias Adversas en la Infancia**”. Para el estudio se utilizó una versión traducida del cuestionario original “*Adverse Childhood Experiences (ACE) Questionnaire*” (Felitti et al., 1998). Cuestionario de autoinforme de 10 ítems dicotómicos de respuesta Sí/No sobre posibles experiencias adversas vividas antes de los 18 años. Permite identificar diez tipologías de experiencias adversas agrupadas en experiencias de maltrato (físico y emocional y abuso sexual), negligencia (física y emocional) y problemas familiares (exposición a violencia de género, consumo de sustancias o alcohol, enfermedad mental, separación o muerte, suicidio o intento de suicidio y encarcelamiento de los cuidadores). Las preguntas son referidas a las vivencias con los progenitores u otros adultos con los que se convive y/o “personas al menos 5 años mayor” en el caso de los abusos sexuales. Para el ítem relacionado con la exposición a violencia de género se incluyó la figura “pareja del padre”

junto a la de la madre o madrastra del cuestionario original. A cada respuesta afirmativa se le asigna un punto, independientemente del número de veces que se haya sufrido cualquiera de las adversidades. Al final del cuestionario los puntos son totalizados sobre una puntuación de diez, es decir, la suma de categorías de experiencia adversas, lo que es conocido como puntuación ACE.

Pinto, Correia & Maia (2014) investigaron la fiabilidad de informes retrospectivos de experiencias adversas y encontraron valores del coeficiente de correlación mayores o iguales a .65, lo que indica un buen acuerdo entre todas las categorías de experiencias adversas. Los datos respaldan la fiabilidad de la escala ACE. En nuestra muestra la fiabilidad del cuestionario es  $\alpha=.79$ .

- **Calidad de vida**

**“Escala de Calidad de Vida” de la Organización Mundial de la Salud (WHO-QOL-BREF)** (The World Health Organization Quality of Life, WHOQOL-BREF, 2004). Adaptación española de R. Lucas. Autoinforme sobre la calidad de vida subjetiva. La escala breve del WHOQOL es una versión reducida de 26 ítems que evalúa la calidad de vida percibida por la persona proporcionando una puntuación global de la misma y de las diferentes áreas que la componen: salud física, salud psicológica, relaciones interpersonales y entorno/ambiente. En esta escala hay dos preguntas globales de calidad de vida y salud general. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta tipo Likert que dan lugar a un perfil en las cuatro áreas señaladas.

Para este estudio se han tomado las medidas de salud física y psicológica relativas a las dimensiones de calidad de vida al ser las que informaban sobre cuestiones más relacionadas con las hipótesis del mismo. Estas subescalas tienen un alfa de .84 la de salud física y .62 la de salud psicológica.

Otras dos subescalas del instrumento “Relaciones interpersonales” y “Entorno”, se ha descartado su uso por la coincidencia en contenido de sus ítems con los de otros instrumentos usados en este estudio

- **Salud física**

**“Enfermedades crónicas”**. Para determinar la presencia de enfermedades y problemas de salud prolongados se utilizó como referencia el listado de 29 problemas crónicos de

salud empleado por Min et al. (2013) en su estudio sobre la asociación entre el maltrato infantil y pobre salud física y presencia de patologías orgánicas en la edad adulta. Los participantes respondieron informando positiva o negativamente para cada problema de salud y con esta información se creó la variable sumando el número de ítems a los que se respondió afirmativamente.

**“Escala de Satisfacción con la Vida”** (Satisfaction with Life Scale SWLS; Diener et al., 1985). Adaptación de Diener et al., 1985; Atienza et al., 2000; Pons et al., 2002. Escala breve de cinco ítems. Los/as participantes deben indicar el grado de acuerdo con cada afirmación usando una escala likert de 5 puntos (1= muy en desacuerdo a 5= muy de acuerdo). Las puntuaciones pueden oscilar entre 5 y 25 puntos, indicando una mayor satisfacción con la vida las puntuaciones más altas. Las puntuaciones se suman dando lugar a una puntuación global. El alfa obtenido en nuestra muestra es de 0,88

- **Manifestaciones de disfunción**

**“Cuestionario SA-45”** (Sandín et. al, 2008). **Adaptación del Symptom Assessment-45 Questionnaire** (Davison et al., 1997). Autoinforme de síntomas psicopatológicos de 45 ítems. Consiste en nueve escalas de 5 ítems cada una que evalúan nueve dimensiones: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, y psicoticismo. Instrumento empleado tanto para la evaluación de trastornos psicopatológicos específicos como para determinar la sintomatología global o específica de un individuo, se aplicará en este caso para determinar la presencia de sintomatología clínica en los sujetos de las diferentes muestras en las dimensiones señaladas. En nuestro estudio se ha usado las puntuaciones del Índice de Severidad Global, que recoge el conjunto de los ítems de cuestionario.

- **Afectos**

**“Escala de Afectos Positivos y Negativos”** (Sánchez Cánovas, 1994). Adaptación de la versión española del cuestionario Positive and Negative Affect Schedule - PANAS de Watson, Clarck y Tellenger (1988). Escala de 20 ítems que se puntúan en una escala Likert de 1 a 5 en los que los sujetos valoran la frecuencia con la que experimentan afectos (10 positivos y 10 negativos). Incluye dos subescalas, la de afectos positivos y afectos negativos. Se caracteriza por una alta congruencia interna, con alfas de 0,94 para el afecto positivo y 0.92 para el afecto negativo.



- **Disociación**

“**Escala de Experiencias Disociativas II**” (**Dissociative Experiences Scale II, DES-II, Bernstein y Putnam, 1993**). Adaptación de Icarán y Orengo-García, 1996. Escala de 28 ítems autoinformados que recoge la presencia de experiencias y fenómenos disociativos, como amnesia, despersonalización, desrealización y absorción. Cada ítem se puntúa entre los valores 0 (nunca) y 100 (siempre) respecto a la frecuencia con que se experimentan las situaciones descritas. Para este estudio se tuvo en cuenta la puntuación de disociación total. En la muestra utilizada se obtuvo un alfa de ,948.

- **Estilo de afrontamiento**

“**Inventario de Estrategias de Afrontamiento** (*Coping Strategies Inventory, CSI*)” (Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adap. Cano, Rodríguez y García (2007). El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causan problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. La persona debe describir brevemente un hecho o situación estresante que le haya sucedido el último mes y contestar a 40 afirmaciones determinando el qué grado entre 0 (“en absoluto”) y 4 (“totalmente”) experimentó determinados pensamientos o sentimientos o realizó conductas en relación a la situación descrita. Se obtiene puntuaciones para ocho escalas que corresponden con estrategias de afrontamiento primarias (Cano et al., 2007): *resolución de problemas* ( $\alpha=.89$ ), *reestructuración cognitiva* ( $\alpha=.83$ ), *apoyo social* ( $\alpha=.87$ ), *expresión emocional* ( $\alpha=.83$ ), *evitación de problemas* ( $\alpha=.66$ ), *pensamiento desiderativo* ( $\alpha=.77$ ), *retirada social* ( $\alpha=.80$ ) y *autocrítica*: ( $\alpha=.91$ )

- **Estrategias de regulación emocional**

“**Cuestionario de Regulación emocional - ERQ**” (Gross y John, 2003). Adaptación de Cabello et. al, 2013. Este cuestionario evalúa la regulación emocional a través de dos estrategias de regulación: la tendencia a regular las emociones a través de la reevaluación cognitiva ( $\alpha=.67$ ) o la supresión ( $\alpha=.77$ ).

- **Relaciones interpersonales: Apego**

“**Escala de Preferencias y Expectativas en las Relaciones Interpersonales Cercanas**”, **EPERIC** (Fontanil, Ezama, Alonso, 2012). Escala que evalúa el estilo de apego adulto a través de 22 ítems en una escala Likert con respuestas de 1 (“no se parece nada a lo que a mí me pasa”) a 5 (“Se parece muchísimo a lo que a mí me pasa”). Evalúa las escalas de temor

al rechazo o al abandono -TRA ( $\alpha=.87$ ), deseo de cercanía -DC ( $\alpha=.71$ ) y preferencia por la independencia con la figura de apego -PI ( $\alpha=.75$ ).

- **Relaciones interpersonales: Apoyo social**

“Cuestionario breve de Apoyo Social” (CBAS) adaptado de Sandín (2006). Cuestionario de 12 preguntas en las que se evalúa el apoyo social percibido. En esta investigación se ha diferenciado entre el apoyo proporcionado por personas con las que la personas ha convivido antes de la edad adulta (familia u otros cuidadores) (red social de la infancia-RSI) y otras personas cercanas (pareja, amistades, etc.) con las que no ha convivido antes de los 18 años (red social de la edad adulta-RSA). Esta ayuda se valora entre 0 (“Nunca”) y 4 (“Casi siempre”). Se obtiene una puntuación para el *apoyo económico* (RSI:  $\alpha=.87$ ; RSA:  $\alpha=.84$ ), el *apoyo emocional* (RSI:  $\alpha=.94$ ; RSA:  $\alpha=.88$ ), *apoyo mediante valoración* (RSI:  $\alpha=.93$ ; RSA:  $\alpha=.89$ ) y *apoyo mediante consejo* (RSI:  $\alpha=.93$ ; RSA:  $\alpha=.87$ ).

### 9.3.5. DISEÑO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

La investigación es un estudio correlacional de tipo transversal y con evaluación retrospectiva (Ato et al 2013).

Tras la recogida de datos se realizan los análisis descriptivos que nos permiten identificar las características de la muestra y submuestras para posteriormente llevar a cabo los análisis inferenciales seleccionados y poner a prueba las hipótesis planteadas.

El supuesto de normalidad se comprobó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y se encuentra que no se cumple en la mayoría de las variables. En los casos en que las variables no se distribuyen normalmente se llevan a cabo análisis no paramétricos mediante la prueba *U* de Mann-Whitney y las tablas de contingencia para las comparaciones de las diferencias entre grupos y la prueba de Chi-cuadrado para las diferencias con dos o más categorías. El estudio de las asociaciones entre variables se realizó mediante el Coeficiente de Correlación de Spearman debido a la distribución de las variables.

Se infieren modelos explicativos a través de regresiones lineales múltiples con el método de pasos sucesivos partiendo de las variables cuyas correlaciones han sido estadísticamente significativas. Se elige este método porque implica una verificación continua de la contribución de cada variable independiente al modelo de regresión después de agregar una nueva, de manera que se eliminan todas las variables cuya contribución al modelo se explica mejor por otras. En cada caso la normalidad de la distribución de los residuos, que legitima el

uso del análisis pese a la no normalidad de las variables, se comprobó mediante el test de Kolgomorov-Smirnov. El nivel de significación bilateral establecido a priori de todas las pruebas fue de ,05. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS (v20.0).

## 9.4. RESULTADOS

### 9.4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES VULNERABILIDAD, ENFERMEDAD CRÓNICA Y CALIDAD DE VIDA Y EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA.

Se analizan los resultados de los datos relativos a la situación de vulnerabilidad, la salud, la calidad de vida y las experiencias adversas de los sujetos de la muestra. En primer lugar, se describen los resultados obtenidos respecto a las variables de vulnerabilidad socioeconómica que incluyen las *ayudas institucionales recibidas*, la *penuria* (es decir los apuros para acceder a bienes básicos y a recursos educativos, laborales y administrativos) y el *indicador de vulnerabilidad* construido a partir de los ingresos y lo apuros para acceder a bienes básicos (Tablas 4 a 6).

**Tabla 4.**  
*Porcentaje de las ayudas institucionales recibidas*

	% Económica	% So- cial	% Familiar	% Perso- nal	% Ambiental
No	68	88,2	82,2	82,2	97,6
Sí	32	11,8	17,2	17,2	2,4

**Tabla 5.**  
*Número de tipos de ayudas institucionales recibidas*

<i>Número de tipos de ayudas</i>	<i>%</i>
0	47,9
1	30,8
2	15,4
3	4,7
4	1,2

Respecto a si las personas de la muestra han sufrido apuros para cubrir necesidades materiales básicas, el 24,9% han tenido dificultades una o varias veces en los tres meses anteriores para conseguir ropa, alimentos o dinero para gastos ineludibles, el 25,4% han tenido dificultades para conseguir formación o empleo y un 30,2% para realizar trámites administrativos. Tomando cualquiera de los tres tipos, el 46,2% han sufrido algún apuro.

**Tabla 6.**  
*Porcentaje de tipos de apuros sufridos*

	% Bienes básicos	% Formación o em- pleo	% Trámites administrativos
<i>Ninguna</i>	75,1	74,6	69,8
<i>Al menos una</i>	8,9	7,1	19,5
<i>Más de una vez</i>	16,0	18,3	10,7

Teniendo en cuenta que las puntuaciones de la variable *penuria* van de 0 (ningún apuro) a 6 (encontrarse en apuros para cubrir las tres necesidades señaladas más de una vez en los tres últimos meses) las tres cuartas partes de la muestra se agrupan entre quienes no han sufrido ninguno y quienes han tenido uno o dos (Tabla 7).

**Tabla 7.**  
*Porcentaje de personas con las distintas puntuaciones de penuria*

<i>Penuria</i>	%
0	53,8
1	13,0
2	10,1
3	8,3
4	9,5
5	2,4
6	3,0

Tomando como criterio el indicador de vulnerabilidad, resulta que el 50,6% de la muestra se encuentra en la situación de vulnerabilidad (Tabla 8). Este indicador conforma dos grupos bastante equilibrados en cuanto a su tamaño.

**Tabla 8.**  
*Porcentaje de situaciones de vulnerabilidad según ingresos y penuria*

<i>Vulnerabilidad</i>	%
Sí	50,6
No	49,4

*Nota.* Sí= Menos de 461, 53 y/o penuria; No= Ni penuria ni menos de 461,53€

En resumen, los resultados obtenidos indican que la mayoría de las ayudas institucionales requeridas han sido económicas y más de la mitad de la muestra recibe alguna de las mencionadas, consideradas como condiciones de riesgo para sufrir vulnerabilidad social. Además, casi una cuarta parte de la muestra ha tenido problemas para superar apuros sin ayuda, necesitando el 24,9% ayuda para la subsistencia en necesidades básicas. Estas penurias han aparecido solas o se han combinado con un nivel de ingresos inferior al considerado básico para prevenir la exclusión en el 50,6% de los casos. Por tanto, la mitad de la muestra se ve afectada por un nivel de vulnerabilidad que se considera de riesgo.

En los datos obtenidos al preguntar por los problemas de salud crónicos padecidas encontramos que un 36,3% de la muestra refiere no sufrir ninguna, mientras que el 26,2% manifiesta tener al menos una y el 14,9 dos (Tabla 9). La media de los problemas de salud crónicos padecidos para la muestra total es de 1,51 (DT=1,75). De estos problemas crónicos, los que se presentan con mayor frecuencia son los problemas gastrointestinales inespecíficos (17,6%), el asma y las taquicardias (15,5%), la gastritis o colitis (14,7%), la hipercolesterolemia o triglicéridos (14,3%), la hipertensión (11,2%), el síndrome del intestino irritable (10%) y la fibromialgia (9,4%).

**Tabla 9.***Porcentaje de problemas de salud crónicos por enfermedad o alteración*

<i>Tipo enfermedad crónica</i>	<i>%</i>	
	<b>No</b>	<b>Sí</b>
Diabetes I	99,4	0,6
Diabetes II	97,6	2,4
Osteoartritis	99,4	0,6
Fibromialgia	90,6	9,4
Artritis reumatoide	94,6	5,4
Epilepsia / Convulsiones	95,2	4,8
Enfermedad de tiroides	92,3	7,7
Enfermedad hepática	96,4	3,6
Enfermedad renal	97,6	2,4
Síndrome de dolor crónico	95,8	4,2
ACV, ictus, derrame o infarto cerebral	98,8	1,2
Síndrome del intestino irritable o colon irritable	89,9	10,1
Gastritis/ Colitis	85,1	14,9
Otros problemas gastrointestinales	82,1	17,9
Asma	84,5	15,5
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	98,2	1,8
Otras enfermedades pulmonares	95,8	4,2
Cáncer activo	100	0
Cáncer remitido	94	6
Hiperlipidemia (colesterol/ triglicéridos)	85,7	14,3
Palpitaciones/ Taquicardia	84,5	15,5
Hipertensión	88,7	11,3
Insuficiencia cardíaca	98,2	1,8
Arritmia	97,6	2,4
Infarto de miocardio	100	0
Enfermedad de transmisión sexual	95,8	4,2
Hepatitis B	97,6	2,4
Hepatitis C	98,8	1,2
Otras enfermedades infecciosas	97,6	2,4

Los sujetos de la muestra presentan gran número de patologías de tipo crónico teniendo en cuenta que el 68,4% de los sujetos tienen una media de 41,04 años y el porcentaje en que sufren al menos una enfermedad es 63,7%.

**Tabla 10.***Porcentaje de problemas de salud crónicos por número de problemas*

Número	%
0	36,3
1	26,2
2	14,9
3	9,5
4	7,1
5	1,8
6	3,0
9	1,2

En cuanto a cómo se distribuye la muestra de este estudio respecto a las variables de calidad de vida física y psicológica, afectos, salud psicológica medida a través del índice de severidad global del instrumento SA45, disociación total y satisfacción con la vida, se obtienen los resultados mostrados en la Tabla 11.

**Tabla 11.***Estadísticos descriptivos de las variables criterio*

	CV Salud Física	CV Salud Psicológica	Afectos Positivos	Afectos Negativos	Índice de severidad global	Disociación	Satisfacción con la vida
Media	3,41	3,19	2,96	2,51	1,07	13,10	2,79
Mediana	3,57	3,16	2,90	2,20	,86	9,28	2,80
DT	,838	,58	,893	1,07	,73	11,89	1,06
Mínimo	1,14	1,83	1	1,0	,00	,36	1,00
Máximo	4,86	4,67	5	5,0	3,31	62,50	5,00

Nota: CV = Calidad de vida; DT: desviación típica

En los datos obtenidos sobre las experiencias adversas vividas en la infancia por los sujetos de la muestra, en cuanto al número de tipos de experiencias el 16% no refieren ninguna adversidad mientras que el 17,2% han experimentado una, el 13,6% tres, el 12,4% cuatro y el 6,5% cinco, como vemos en la Tabla 12. Al agrupar los tipos de experiencias siguiendo las prescripciones de otras investigaciones vemos que el 43,2% experimentaron cuatro o más. La media de experiencias adversas es de 3,33 (DT=2,66).

**Tabla 12***Porcentaje de participantes con experiencias adversas en la infancia*

<i>Número de tipos de experiencias adversas vividas en la infancia</i>	<i>%</i>
<i>Ninguna</i>	<i>16.0</i>
<i>Una</i>	<i>17.2</i>
<i>Dos</i>	<i>10.1</i>
<i>Tres</i>	<i>13.6</i>
<i>Cuatro</i>	<i>12.4</i>
<i>Cinco</i>	<i>6.5</i>
<i>Seis</i>	<i>10.1</i>
<i>Siete</i>	<i>6.5</i>
<i>Ocho</i>	<i>4.1</i>
<i>Nueve</i>	<i>1.2</i>
<i>Diez</i>	<i>2.4</i>

Por tipo de adversidades (Tabla 13) las más frecuente de las diez descritas son el maltrato y la negligencia emocionales que afectan a casi la mitad de la muestra seguidas de los problemas con el consumo de alcohol o drogas, el maltrato físico y los problemas de salud mental de un miembro de la familia y la separación o muerte de los cuidadores, que las han sufrido cuatro de cada diez personas. La exposición a violencia de género y el abuso sexual han afectado la infancia de casi la cuarta parte de las personas de la muestra. La negligencia física y el encarcelamiento de un miembro de la familia son las adversidades menos frecuentes.

**Tabla 13***Porcentaje de participantes con cada tipo de experiencia adversa*

<i>Tipo de adversidad infantil</i>	<i>Porcentaje</i>
Maltrato emocional	49,1%
Maltrato físico	39,6%
Abuso sexual	22,5%
Negligencia emocional	47,3%
Negligencia física	11,8%
Separación o muerte de progenitores	39,6%
Exposición a violencia de género	26%
Problemas de alcohol o drogas un conviviente	43,8%
Trastorno mental o suicidio de un conviviente	42%
Encarcelamiento de un conviviente	11,8%



Estos datos descriptivos de las experiencias adversas sufridas permiten elaborar los primeros análisis sobre las vivencias de maltrato de las personas que han colaborado en el estudio, si se toma como referencia las cifras epidemiológicas relativas a las diversas tipologías de maltrato infantil.

Según el *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia* (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2020), el tipo más frecuente de maltrato infantil destacándose muy por encima de los demás es la negligencia física, que representa más del 50% de los tipos notificados a las entidades de protección de menores. Las tipologías que se encuentran en menor medida son el maltrato emocional, con un porcentaje aproximado del 21%, el maltrato físico en torno al 17% y el abuso sexual con un 5%. Por tanto, se puede destacar una diferencia en la frecuencia de la identificación de la negligencia referida a cuidados físicos, ya que en nuestra muestra representa el 11,8% de las adversidades. Por otro lado, como coincidencia, los datos señalan una cantidad considerable de referencias de malos tratos emocionales siendo en nuestro caso la más frecuente y en los datos de la población española la segunda. Es necesario considerar, no obstante, que estas diferencias pueden también deberse a la divergencia en las definiciones de las tipologías utilizadas. En los documentos gubernamentales de donde proceden los datos la negligencia incluye formas de violencia que conllevan desatención en dispensar cuidados necesarios, supervisión, atenciones e incluso el abandono, y el maltrato emocional incluye acciones que causan secuelas cognitivas, emocionales o comportamentales del maltrato físico o del abuso sexual y que también se puede producir por acción u omisión. Estas definiciones no son coincidentes con las de las tipologías presentadas en las ACEs por lo que los datos de este estudio pueden reflejar más la situación de la población general que la de los casos contabilizados por los distintos Servicios de Protección a la Infancia de nuestro país. Además, las cifras de la exposición a violencia de género (26%) y el abuso sexual (22,5%) son muy cercanas a lo que los estudios internacionales dicen sobre su alta incidencia.

Este análisis descriptivo de la adversidad presentada permite también establecer comparaciones con los datos obtenidos en la muestra del estudio de referencia, el ACE Study, donde el porcentaje de personas que no presentaba ninguna adversidad (ACE=0) era el 36%, un 64% informaban de haber sufrido al menos una, el 16% presentaban una puntuación de cuatro o más puntos y en torno al 10% cinco o más, existía un impacto diferencial por género y las ACEs más frecuentes eran el maltrato físico y el consumo de drogas o alcohol de algún miembro de la familia y el menos el encarcelamiento. En el presente estudio los datos son

más alarmantes ya que el porcentaje de personas que no señalaron ninguna ACE fue tan solo del 16% y el 43,1% presentaban cuatro o más y el 30,8% cinco o más. De hecho, casi la mitad de nuestra muestra ha pasado por cuatro o más tipos de experiencias tempranas adversas. También hay diferencias respecto al tipo de adversidad más frecuente ya que en este estudio se encuentra un predominio importante de los malos tratos de tipo psicológico, tanto por maltrato activo (49,1%) como por negligencia emocional (47,3%). Existe coincidencia en la adversidad menos frecuente, el encarcelamiento de un miembro de la familia, y en nuestro caso también la presencia de negligencia física, presentes ambos en un 11,8% de los casos. Por tanto, se encuentran resultados divergentes respecto a la frecuencia de las tipologías de maltrato observadas en otras investigaciones que o bien han trabajado con muestras de los servicios de protección a la infancia o con población general. Respecto al género, las mujeres de nuestra muestra no presentaban un número de adversidades significativamente superior al de los hombres: Rango promedio de las mujeres = 88,81; rango promedio de los varones= 76,20; U de Mann-Whitney=2560,000; sig.=,121. Por tanto, en este estudio, con una muestra heterogénea con muchos participantes reclutados en las consultas de salud mental y servicios sociales, las ACEs aparecen con frecuencia más elevada que en el estudio de Felitti et al. (1989) y los posteriormente realizados en Europa y Norteamérica (Bellis et al., 2019).

Con estos datos se confirma la hipótesis 1.1. sobre la elevada frecuencia de las experiencias adversas. En cambio, no se confirma la hipótesis 1.2 sobre la tipología de experiencias adversas más frecuentes ya que el maltrato emocional y la negligencia emocional han sido las más frecuentes y no el maltrato físico que aparece en otros estudios. Sí se confirma respecto a la menos frecuente ya que el encarcelamiento de un conviviente ha sido la menos presente en la muestra.

#### **9.4.2. COMPARACIONES ENTRE GRUPOS VULNERABLES Y NO VULNERABLES RESPECTO A SUFRIR EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA**

Para probar la hipótesis 1.3 de que el número de experiencias adversas en la infancia es mayor entre las personas que están en situación de vulnerabilidad social que en aquellas que no lo están, se ha dividido la muestra en dos grupos en torno al indicador de vulnerabilidad descrito en el apartado 9.3.1.

En estos grupos el número medio de ACEs es del 4,21 (DT=2,67) para el grupo vulnerable y 1,84 (DT=1,91) en el no vulnerables.

Dadas las características de estas variables, para comparar estas submuestras en torno a las ACEs se usó la prueba U de Mann-Whitney. Los resultados se presentan en la *Tabla 14*.

**Tabla 14.**

*Comparación entre grupos vulnerables y no vulnerables respecto a haber sufrido experiencias adversas en la infancia*

	Vulnerabilidad	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)
Número de tipos de experiencias adversas vividas en la infancia	Sí	102.33	1799.00	.000
	No	63.44		

- a Variable de agrupación: ingresos menores a 461,53€ y/o apuros para conseguir bienes básicos (Indicador de vulnerabilidad).

El análisis de la comparación entre el grupo vulnerable y no vulnerable según número total de experiencias adversas muestra diferencias significativas estadísticamente. La U de Mann-Whitney es 1799 y resulta significativa al ,000. Se confirma la hipótesis 1.3 ya que se encuentra un nivel considerablemente mayor de número de experiencias adversas sufridas en el grupo con mayor vulnerabilidad social.

Posteriormente, cara a poner a prueba la hipótesis 1.4., se establece la comparación entre ambos grupos según los tipos de experiencias adversas que han sufrido en su infancia mediante la prueba de Chi-cuadrado y se obtienen resultados que se resumen en la *Tabla 15*

**Tabla 15.**

*Tabla resumen valores y Chi-cuadrado por cada ACE en los grupos vulnerable y no vulnerables*

Experiencias adversas en la infancia	$\chi^2$	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Maltrato emocional	18.371	1	.000
Maltrato físico	14.232	1	.000
Abuso sexual	2.683	1	.101
Negligencia emocional	5.143	1	.023
Negligencia física	5.553	1	.018
Separación o muerte de progenitores	12.973	1	.000
Exposición a violencia de género	6.035	1	.014
Problemas alcohol o drogas de un progenitor	21.705	1	.000
Trastorno mental o suicidio de un progenitor	8.601	1	.003
Encarcelamiento de un progenitor	9.875	1	.002

Como se ve en esta tabla, con la excepción del abuso sexual, el resto de los tipos de experiencias adversas en la infancia aparece asociado de forma estadística significativamente a la vulnerabilidad. Estos datos confirman de manera prácticamente total la hipótesis 1.4. que decía que el grupo vulnerable habría sufrido con mayor frecuencia que el no-vulnerable todos los tipos de experiencias adversas en su infancia. Todas las variables del maltrato salvo el abuso sexual se han relacionado con peores condiciones de vida materiales en la edad adulta.

### 9.4.3. COMPARACIONES ENTRE GRUPOS RESPECTO A LAS VARIABLES DE CALIDAD DE VIDA, AFECTO, SALUD PSICOLÓGICA Y SATISFACCIÓN VITAL

En este apartado se exponen inicialmente los resultados de los análisis realizados para probar la hipótesis 2.1., según la cual las personas en situación de mayor vulnerabilidad social presentan peores datos de calidad de vida medidos a través de las variables calidad de vida física y psicológica (WHOQOL-BREF), afectos positivos y negativos (PANAS), disfunción psíquica total (índice de severidad global del SA45), disociación (disociación total del DES-II) y satisfacción con la vida (SWLS).

En la Tabla 16 se muestran los resultados de la prueba Kolmogorov-Smirnov de las escalas de estos instrumentos donde se pone de manifiesto que estos datos no se ajustan en su mayor parte a la distribución normal ( $p < ,05$ ).

**Tabla 16.**

*Prueba de normalidad de las variables de calidad de vida y de manifestaciones de disfunción*

	Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
Calidad de Salud Física	1,517	,020
Calidad de Salud Psicológica	1,544	,017
Afectos Positivos	1,321	,061
Afectos Negativos	1,598	,012
Índice de Severidad Global	1,513	,021
Disociación	2,379	,000
Satisfacción con la vida	1,162	,134

Debido a la no normalidad de la distribución de las variables, para comprobar si existen diferencias en sus valores en función de la vulnerabilidad o la no vulnerabilidad se llevan a cabo análisis comparativos mediante la prueba *U* de Mann-Whitney (Tabla 17).

**Tabla 17**

*Comparación en las variables criterio entre los grupos vulnerables y no vulnerables (incluye penurias económicas y otras)*

	Vulnerabilidad Social	Rango promedio	<i>U</i> de Mann-Whitney	Sig, asintót, (bilateral)
Calidad de Salud Física	Sí	73,93	2640,50	,009
	No	93,30		
Calidad de Salud Psicológica	Sí	75,85	2801,50	,037
	No	91,34		
Afectos Positivos	Sí	75,02	2741,00	,031
	No	91,07		
Afectos Negativos	Sí	89,54	2860,00	,077
	No	76,38		
Índice de severidad global	Sí	93,83	2504,50	,003
	No	72,04		
Disociación total	Sí	94,23	2471,00	,002
	No	71,63		
Satisfacción con la vida	Sí	63,74	1784,00	,000
	No	103,74		

Vulnerabilidad Social = Ingresos menores A 461,53€ y/o apuros para conseguir bienes básicos.

Existen diferencias significativas en todas las variables de calidad de vida y salud en relación a la vulnerabilidad ( $p < ,05$ ) excepto en los afectos negativos. Las diferencias mayores se encuentran en las variables de satisfacción con la vida, la disociación, la psicopatología total y la calidad de vida física por este orden.

En resumen, el análisis de datos nos indica que las personas del grupo vulnerable tienen peor *calidad de salud física y psicológica*, presentan menos *afectos positivos*, una menor *satisfacción con la vida* y tienen un mayor nivel en el *índice de severidad global* y más *experiencias disociativas*. Por tanto, se confirma la hipótesis 2.1 en cuanto a los peores resultados obtenidos en las variables de calidad de vida, salud psicológica, satisfacción con la vida y los afectos positivos por el grupo muestral más vulnerable.

Para comprobar la hipótesis 2.2 se comparan las puntuaciones de salud y calidad de vida obtenidas por el grupo de mujeres con los obtenidos por el grupo de varones de la muestra. Los análisis realizados mediante la prueba *U* de Mann-Whitney dan los resultados que se recogen en la Tabla 18.

**Tabla 18**  
*Comparación en las variables criterio entre los grupos de hombres y mujeres*

	<b>Género</b>	<b>Rango pro- medio</b>	<b>U de Mann- Whitney</b>	<b>Sig, asintót, (bilateral)</b>
Calidad de Salud Física	Varón	95,26	2560,50	,086
	Mujer	81,20		
Calidad de Salud Psicológica	Varón	90,21	2823,00	,405
	Mujer	83,42		
Afectos Positivos	Varón	95,78	2459,00	,059
	Mujer	80,34		
Afectos Negativos	Varón	66,02	2041,00	,001
	Mujer	93,20		
Índice de severidad global	Varón	68,27	2156,00	,003
	Mujer	92,23		
Disociación	Varón	92,00	2652,00	,221
	Mujer	81,97		
Satisfacción con la vida	Varón	90,31	2818,00	,397
	Mujer	83,38		

Las variables significativas en relación con el *género* son los afectos negativos y la psicopatología total, es decir, ser mujer se relaciona de forma estadística significativamente con mayores manifestaciones de *psicopatología total* y *mayor afecto negativo*.

Se confirma la hipótesis 2.2, en lo referido a los resultados obtenidos en las variables de psicopatología total y afecto negativo.

Finalmente, para poner a prueba la hipótesis 2.3 se comparan los resultados en las mismas variables de salud y calidad de vida en la muestra agrupada por rangos de edad de 18 a 29, de 30 a 49, de 50 a 69 y más de 70 años.

Ninguna de las variables examinadas tiene una distribución normal por lo que para comprobar si los grupos constituidos en función de las edades agrupadas se diferencian significativamente en cada una de las variables criterio, se usó la prueba de Kruskal-Wallis.

Los datos obtenidos de la comparación en torno a estas variables entre el grupo vulnerable y el no vulnerable se detallan en la Tabla 19.

**Tabla 19.**  
*Comparación en las variables criterio entre los grupos de diferentes edades*

	Edad agrupada	Rango promedio	Chi-cuadrado	gl	Sig. asintót.
Calidad de Salud Física	18-29	87.02	16.772	3	.001
	30-49	91.17			
	50-69	53.60			
	más de 70	34.75			
Calidad de Salud Psicológica	18-29	65.37	16.796	3	.001
	30-49	94.12			
	50-69	60.18			
	más de 70	59.75			
Afectos Positivos	18-29	73.27	11.127	3	.011
	30-49	91.24			
	50-69	61.37			
	más de 70	56.50			
Afectos Negativos	18-29	88.85	5.529	3	.137
	30-49	76.96			
	50-69	98.02			
	más de 70	61.00			
Índice de severidad global	18-29	99.21	15.740	3	.001
	30-49	72.72			
	50-69	105.07			
	más de 70	45.00			
Disociación	18-29	93.58	4.883	3	.181
	30-49	80.80			
	50-69	83.00			
	más de 70	21.25			
Satisfacción con la vida	18-29	73.67	9.565	3	.023
	30-49	90.79			
	50-69	62.45			
	más de 70	96.00			

Vemos que existen diferencias significativas en las variables de calidad de vida física y psicológica, afectos positivos, índice de severidad global de psicopatología y satisfacción con la vida en relación a la edad. Los mayores niveles de significatividad los encontramos en las variables de calidad de vida e índice de severidad global.

Los resultados confirman que el grupo de edad de los sujetos de 30 a 49 años es el que obtiene mayores niveles de *calidad de vida física*, *calidad de vida psicológica* y *afectos positivos* y el grupo de personas de más de 70 años, los peores resultados. Respecto a la *satisfacción con la vida*, este último grupo señala los mayores niveles, seguidos del de 30 a 49 años. El grupo de 50 a 69 son quienes presentan, en un rango considerable, mayor nivel en el índice de severidad global, seguidos del grupo de entre 18 y 29 años.

La hipótesis 2.3 se confirma en mayor medida para la calidad de vida física y también para la calidad de vida psicológica y el afecto positivo, ya que a más edad los sujetos informan de peores condiciones en estas variables. No así para la satisfacción con la vida, donde el grupo de más edad indica niveles más satisfactorios. Las mayores manifestaciones de psicopatología total no se han asociado a tener mayor edad, sino que aparecen ligados a la etapa que va de cincuenta a sesenta y nueve años y en el grupo más joven de la muestra (18 a 29).

#### 9.4.4. RELACIONES ENTRE LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y VARIABLES CRITERIO

Se parte de la hipótesis que relaciona las adversidades en la infancia con una peor calidad de vida física y psicológica evaluada a través del WHOQOL-BREF, peor salud psicológica concretada en un mayor índice de severidad global de psicopatología del SA45, predominio de afectos negativos (PANAS), mayor número de experiencias disociativas (DES-II) y peor satisfacción con la vida (SWLS). Se plantea que una mayor cantidad de tipos de ACES está asociada con evaluaciones más desfavorables (Hipótesis 3.1).

**Tabla 20**

*Correlaciones de Spearman entre el número de tipos de experiencias tempranas adversas, la calidad de vida, los afectos las manifestaciones de disfunción y la disociación*

	Calidad de Salud Física	Calidad de Salud Psicológica	Afectos Positivos	Afectos Negativos	Índice de Severidad Global	Disociación total	Satisfacción con la vida
Número de tipos de experiencias adversas vividas en la infancia	-,198**	-,215**	-,163*	,290**	,303**	,188*	-,349**

Las correlaciones de Spearman apoyan la validez de la hipótesis, siendo la satisfacción con la vida la variable que muestra una asociación más fuerte con el número de tipos de experiencias adversas vividas (Tabla 20).

Para poner a prueba la hipótesis 3.2 de que los distintos tipos de adversidad influyen de forma diferente en los resultados de calidad de vida y salud y satisfacción con la vida, y que afectan más las adversidades que implican falta de cuidados se realizan análisis no paramétricos mediante la prueba *U* de Mann-Whitney. En las tablas 21 a 27 aparecen los resultados para los análisis realizados por cada tipo de adversidad.



**Tabla 21**

*Comparación en calidad de vida, afectos, salud psicológica y satisfacción con la vida en función de haber sufrido maltrato emocional*

	Maltrato emocional (1)	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)
Calidad de Salud Física	No	91.74	2989.00	.068
	Sí	78.01		
Calidad de Salud Psicológica	No	93.17	2866.00	.026
	Sí	76.53		
Afectos Positivos	No	91.26	3030.50	.090
	Sí	78.51		
Afectos Negativos	No	71.57	2414.00	.000
	Sí	98.92		
Índice de severidad global	No	71.85	2438.00	.000
	Sí	98.63		
Disociación total	No	77.40	2915.50	.040
	Sí	92.87		
Satisfacción con la vida	No	101.88	2117.00	.000
	Sí	67.51		

En el caso del *maltrato emocional* se obtienen diferencias significativas en todas las variables excepto para la calidad de vida relacionada con la salud física y afectos positivos. El maltrato emocional se relaciona con la presencia de peores resultados en casi todas las variables de la salud mental evaluadas (mayores afectos negativos, índices de severidad global de psicopatología y disociación total), incluida la autopercepción de la calidad de vida psicológica y la satisfacción con la vida.

Respecto a la relación entre las variables criterio y haber sufrido *maltrato físico* en la infancia (Tabla 22) aparecen menos asociaciones significativas que con haber sufrido maltrato emocional.

**Tabla 22**

*Comparación en calidad de vida, afectos, salud psicológica y satisfacción con la vida en función de haber sufrido maltrato físico*

	Maltrato físico (2)	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)
Calidad de Salud Física	No	90.18	2888.50	.089
	Sí	77.11		
Calidad de Salud Psicológica	No	89.01	3008.00	.187
	Sí	78.90		
Afectos Positivos	No	88.25	3086.00	.287
	Sí	80.06		
Afectos Negativos	No	76.60	2560.50	.006
	Sí	97.78		
Índice de severidad global	No	77.99	2701.50	.021
	Sí	95.68		
Disociación total	No	80.32	2939.50	.125
	Sí	92.13		

Satisfacción con la vida	No	95.04	2392.50	.001
	Sí	69.71		

Las diferencias son significativas para los afectos negativos, predominantes en quienes han sufrido maltrato físico, el índice de psicopatología total que se incrementa en estas víctimas y la satisfacción con la vida, que es menor.

**Tabla 23**

*Comparación en calidad de vida, afectos, salud psicológica y satisfacción con la vida en función de haber sufrido abuso sexual*

	Abuso sexual (3)	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)
Calidad de Salud Física	No	87.05	2221.00	.312
	Sí	77.95		
Calidad de Salud Psicológica	No	87.23	2197.50	.270
	Sí	77.33		
Afectos Positivos	No	89.12	1949.50	.042
	Sí	70.80		
Afectos Negativos	No	80.44	1891.50	.024
	Sí	100.72		
Índice de severidad global	No	81.31	2006.00	.069
	Sí	97.71		
Disociación total	No	84.21	2385.50	.697
	Sí	87.72		
Satisfacción con la vida	No	87.32	2184.50	.251
	Sí	76.99		

El *abuso sexual* aparece asociado a resultados en los afectos positivos y negativos, observándose mayor afecto negativo y menor afecto positivo en quienes sufrieron esta adversidad (Tabla 23).

**Tabla 24**

*Comparación en calidad de vida, afectos, salud psicológica y satisfacción con la vida en función de haber sufrido negligencia emocional*

	Negligencia emocional (4)	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)
Calidad de Salud Física	No	98.37	2370.50	.000
	Sí	70.13		
Calidad de Salud Psicológica	No	100.12	2214.00	.000
	Sí	68.18		
Afectos Positivos	No	95.22	2650.00	.004
	Sí	73.63		
Afectos Negativos	No	69.81	2208.00	.000
	Sí	101.90		
Índice de severidad global	No	67.62	2013.00	.000
	Sí	104.34		
Disociación total	No	79.14	3038.50	.101
	Sí	91.52		
Satisfacción con la vida	No	102.72	1982.50	.000
	Sí	65.28		

Los resultados para la *negligencia emocional* arrojan relaciones significativas con todas las variables excepto disociación, que sí estaba asociada al maltrato emocional (Tabla 25). Así, las personas que han sufrido un cuidado emocional negligente informan de peor percepción de su calidad de vida física y psicológica, menor afecto positivo y mayor afecto negativo, mayores índices de severidad global de psicopatología y de más bajos niveles de satisfacción con la vida.

**Tabla 25**

*Comparación en calidad de vida, afectos, salud psicológica y satisfacción con la vida en función de haber sufrido negligencia física*

	Negligencia física (5)	Rango promedio	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)
Calidad de Salud Física	No	88.44	977.00	.012
	Sí	59.35		
Calidad de Salud Psicológica	No	88.54	963.00	.010
	Sí	58.65		
Afectos Positivos	No	86.59	1252.50	.247
	Sí	73.13		
Afectos Negativos	No	82.73	1152.50	.100
	Sí	101.88		
Índice de severidad global	No	83.95	1333.00	.445
	Sí	92.85		
Disociación total	No	85.01	1488.00	.992
	Sí	84.90		
Satisfacción con la vida	No	87.62	1099.00	.057
	Sí	65.45		

En la comparación establecida respecto a la negligencia física las diferencias son significativas para las dos dimensiones de calidad de vida, manifestando quienes la han sufrido una percepción más negativa de estas dimensiones de la salud.

Tanto para las adversidades que consisten en haber experimentado la *separación o muerte de los progenitores o cuidadores*, haber sufrido *exposición a violencia de género* y haber convivido con *personas con problemas de drogas o alcohol* no se han encontrado relaciones significativas con las variables de calidad de vida y salud psicológica. En cambio, la convivencia con *personas con problemas de salud mental* o que se hayan suicidado mantiene una relación significativa estadísticamente con todas las variables salvo la disociación (Tabla 26). Los resultados informan de una percepción más negativa de estas dimensiones de la calidad de vida relacionadas con la salud física y psicológica, menor afecto positivo, mayor afecto negativo, mayores índices de severidad global de psicopatología y más baja satisfacción con la vida.

**Tabla 26**

*Comparación en calidad de vida, afectos, salud psicológica y satisfacción con la vida en función de haber convivido con personas con problemas de salud mental o que se hayan suicidado*

	<b>Trastorno mental o suicidio (9)</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>Sig. asintót. (bilateral)</b>
Calidad de Salud Física	No	93.00	2695.00	.012
	Sí	73.96		
Calidad de Salud Psicológica	No	93.39	2656.50	.009
	Sí	73.42		
Afectos Positivos	No	91.87	2805.50	.032
	Sí	75.51		
Afectos Negativos	No	76.77	2672.00	.010
	Sí	96.37		
Índice de severidad global	No	73.31	2333.50	.000
	Sí	101.13		
Disociación total	No	80.49	3037.00	.159
	Sí	91.23		
Satisfacción con la vida	No	93.98	2598.50	.005
	Sí	72.60		

Por último, la U de Mann-Whitney ha señalado tan solo una relación estadísticamente significativa entre menor satisfacción con la vida y haber vivido en tu infancia el encarcelamiento de un miembro de la familia (Tabla 27).

**Tabla 27**

*Comparación en calidad de vida, afectos, salud psicológica y satisfacción con la vida en función de haber convivido con personas que hayan sido encarceladas*

	<b>Encarcelamiento (10)</b>	<b>Rango promedio</b>	<b>U de Mann-Whitney</b>	<b>Sig. asintót. (bilateral)</b>
Calidad de Salud Física	No	85.98	1343.50	.475
	Sí	77.68		
Calidad de Salud Psicológica	No	85.80	1371.50	.562
	Sí	79.08		
Afectos Positivos	No	85.46	1421.00	.737
	Sí	81.55		
Afectos Negativos	No	82.63	1137.00	.086
	Sí	102.65		
Índice de severidad global	No	83.44	1257.50	.258
	Sí	96.63		
Disociación total	No	84.64	1437.00	.796
	Sí	87.65		
Satisfacción con la vida	No	88.04	1037.50	.027
	Sí	62.38		

En resumen: Con los análisis realizados se obtiene una imagen de las relaciones directas entre las variables de calidad de vida, afecto, psicopatología, disociación y satisfacción con la vida y los informes de los participantes sobre las experiencias tempranas adversas. Las

adversidades que se relacionan de manera estadísticamente significativa con una peor *calidad de vida física* son la *negligencia emocional*, la *negligencia física* y el *trastorno mental o suicidio de un conviviente*. La salud física percibida por las personas que han sufrido estas carencias y experiencias es menor que quienes no han pasado por ellas.

La *calidad de salud psicológica* se ve afectada negativamente por las experiencias de *maltrato emocional*, de *negligencia emocional* y *negligencia física* y el *trastorno mental o suicidio de un conviviente*.

En cuanto al afecto, los *afectos positivos* mantienen una relación significativa con las vivencias de *abusos sexuales*, *negligencia emocional* y *trastorno mental o suicidio de un conviviente*, estando más presentes estos afectos en quienes no habían sufrido estas experiencias. Por otro lado, los *afectos negativos* se relacionan con el *maltrato emocional*, el *maltrato físico*, el *abuso sexual*, la *negligencia emocional* y el *trastorno mental o suicidio de un conviviente*. Las personas que sufrieron estas experiencias informan de afectividad negativa predominante.

El tipo de experiencias adversas que tienen una relación significativa con la presencia de *disfunción psíquica* son el *maltrato emocional*, el *maltrato físico*, la *negligencia emocional* y el *trastorno mental o suicidio de un conviviente*. Quienes han experimentado estas adversidades presentan mayores manifestaciones de *disfunción psíquica total*.

La *disociación* como manifestación de *disfunción psíquica* se ha relacionado solo con el *maltrato emocional*; las personas expuestas a este tipo de vivencia informan sufrir más experiencias disociativas.

La *satisfacción con la vida* se relaciona con *maltrato emocional*, *maltrato físico*, *negligencia emocional*, *trastorno mental o suicidio de un conviviente* y *encarcelamiento de un miembro de la familia*. La satisfacción con la vida de las personas que no han experimentado estos tipos de adversidad es mayor.

Por tanto, la hipótesis 3.2 se confirma en cuanto a que la influencia de las adversidades es diferente, causando mayores niveles de afectación las experiencias que se relacionan con la falta de cuidados. En las comparaciones, la *negligencia emocional*, los problemas de salud mental y *suicidio de los convivientes* y el *maltrato emocional* son los que se relacionan con peores resultados. En todos estos casos los cuidados de tipo emocional son los que se ven más comprometidos, así como la disponibilidad del adulto, al que puede verse como ausente en la provisión de una base segura o incluso como una amenaza para la seguridad.

**9.4.5. RELACIONES ENTRE LA CALIDAD DE VIDA, AFECTO, PSICOPATOLOGÍA, DISOCIACIÓN Y SATISFACCIÓN VITAL (variables criterio) Y NÚMERO DE TIPOS DE ACONTECIMIENTOS ADVERSOS, VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, ESTILO DE AFRONTAMIENTO, REGULACIÓN EMOCIONAL, APEGO Y APOYO SOCIAL (variables predictoras).**

En este apartado vamos a poner a prueba la hipótesis 4, según la cual los peores resultados en calidad de vida, salud psicológica, afectividad y satisfacción con la vida se relacionarán con mayor número de tipos de experiencias adversas, mayor edad independientemente del género, más vulnerabilidad, estrategias de regulación emocional menos reestructurantes y más supresoras, estrategias de afrontamiento más evitadoras, autocríticas y solitarias, relaciones de apego más inseguras y menos apoyo social.

Se examinan dichas relaciones usando análisis de correlación y regresiones lineales. Con el fin de hacer manejable la información y sortear el problema de hacer regresiones lineales con un excesivo número de variables predictoras, dividiremos estas en cuatro subconjuntos o bloques de variables:

**Tabla 28**  
*Prueba de normalidad de las variables predictoras*

	Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
Número de tipos de experiencias adversas vividas en la infancia	1,834	,002
Edad	4,330	,000
Penuria	4,005	,000
Número de Clases de Ayuda por Vulnerabilidad	3,661	,000
Reevaluación para lograr la regulación emocional	1,300	,068
Supresión para lograr la regulación emocional	,838	,484
Resolución de problemas como estilo de afrontamiento	1,440	,032
Autocrítica como estilo de afrontamiento	1,558	,016
Expresión emocional como estilo de afrontamiento	1,033	,237
Pensamiento desiderativo como estilo de afrontamiento	1,658	,008
Búsqueda de apoyo social como estilo de afrontamiento	1,160	,136
Reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento	1,105	,174
Evitación de problemas como estilo de afrontamiento	1,614	,011
Retirada social como estilo de afrontamiento	1,413	,037
Apoyo económico del núcleo de convivientes previo a la edad adulta	2,770	,000
Apoyo emocional del núcleo de convivientes previo a la edad adulta	1,672	,007
Apoyo mediante valoración del núcleo de convivientes previo a la edad adulta	2,258	,000
Apoyo mediante consejo del núcleo de convivientes previo a la edad adulta	1,985	,001
Apoyo económico de personas no convivientes antes de la edad adulta	1,915	,001
Apoyo emocional de personas no convivientes antes de la edad adulta	2,026	,001
Apoyo mediante valoración de personas no convivientes antes de la edad adulta	1,991	,001
Apoyo mediante consejo de personas no convivientes antes de la edad adulta	2,287	,000
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	1,063	,209
Deseo de cercanía con las figuras de apego	,965	,309
Preferencia por la independencia con las figuras de apego	1,316	,063

Bloque 1) Número de tipos de experiencias adversas, edad y género.

Bloque 2) Penuria y ayudas institucionales recibidas por vulnerabilidad social

Bloque 3) Estrategias de afrontamiento y de regulación emocional.

Bloque 4) Apego y apoyo social.

Como se muestra en la Tabla 28, la distribución de las variables no se corresponde a la distribución normal, por lo que se utiliza la prueba de Spearman para analizar las correlaciones entre cada una de las variables de calidad de vida, afectos, manifestaciones de disfunción, disociación y satisfacción con la vida y las variables de cada uno de los bloques. Para poder tratar el género como si de una variable ordinal se tratara, se ha asignado el valor -1 a los varones y +1 a las mujeres.

En las Tablas 29 a 31 se muestran los resultados de las correlaciones entre las dimensiones de los cuatro bloques y las variables criterio.

**Tabla 29**

*Correlaciones de Spearman entre el número de tipos de experiencias adversas, la edad, género y la calidad de vida, afectos, psicopatología, disociación y satisfacción con la vida*

		Calidad de Salud Física	Calidad de Salud Psicológica	Afectos Positivos	Afectos Negativos	Índice de Severidad Global	Disociación	Satisfacción con la vida
Número de tipos de experiencias adversas vividas en la infancia	Coefficiente de correlación	-,198	-,215	-,163	,290	,303	,188	-,349
	Sig. (bilateral)	,010	,005	,035	,000	,000	,014	,000
Edad	Coefficiente de correlación	-,239	-,064	-,102	,055	,035	-,091	-,076
	Sig. (bilateral)	,002	,411	,196	,484	,652	,248	,335
Género	Coefficiente de correlación	-,132	-,064	-,145	,256	,225	-,094	-,065
	Sig. (bilateral)	,086	,407	,059	,001	,003	,222	,399

Como ya habíamos visto con anterioridad el *número de tipos de experiencias adversas* se asocia con peor salud física y psicológica autopercebida, menor frecuencia de afectos positivos y mayor presencia de afectos negativos, más manifestaciones de disfunción psíquica y de nivel de disociación total y menor satisfacción con la vida. La *edad* tiene una relación negativa significativa con la calidad de salud física y la variable *género* se relaciona de manera significativa con los afectos negativos y con la psicopatología total, siendo más elevadas las puntuaciones de las mujeres que las de los varones.

Respecto a los indicadores de vulnerabilidad evaluados, se encuentran relaciones entre la *penuria* y la calidad de vida física, los afectos positivos y la satisfacción con la vida, que disminuyen en relación a la presencia de la precariedad económica. Con las dificultades económicas se incrementa la presencia de disfunción psíquica y de disociación total. Por otro



lado, recibir *ayudas institucionales* por encontrarse en una situación de vulnerabilidad se relaciona con mayor disfunción psíquica, disociación total y una disminución importante de la satisfacción con la vida (Tabla 30).

**Tabla 30**

*Correlaciones de Spearman entre condiciones socioeconómicas y calidad de vida, afectos, psicopatología disociación y satisfacción con la vida X*

		Calidad de Salud Física	Calidad de Salud Psicológica	Afectos Positivos	Afectos Negativos	Índice de Severidad Global	Disociación total	Satisfacción con la vida
Penuria	Coefficiente de correlación	-,226	-,136	-,162	,134	,291	,201	-,271
	Sig. (bilateral)	,003	,077	,036	,084	,000	,009	,000
Número de clases de ayuda institucionales	Coefficiente de correlación	-,142	-,092	-,138	,080	,181	,250	-,383
	Sig. (bilateral)	,066	,232	,075	,303	,019	,001	,000

Los resultados de las correlaciones con bloque 3 (estrategias de afrontamiento y expresión emocional) y el bloque 4 (apoyo social y apego afectivo) aparecen en las tablas 31 y 32.

**Tabla 31**

*Correlaciones de Spearman entre estrategias de regulación emocional y estilos de afrontamiento y calidad de vida, afectos, psicopatología disociación y satisfacción con la vida X*

		Calidad de Salud Física	Calidad de Salud Psicológica	Afectos Positivos	Afectos Negativos	Índice de Severidad Global	Disociación	Satisfacción con la vida
Reevaluación para lograr regulación emocional	Coefficiente de correlación	,192	,131	,217	-,221	-,264	-,155	,172
	Sig. (bilateral)	,013	,090	,005	,004	,001	,044	,026
Supresión para lograr regulación emocional	Coefficiente de correlación	-,205	-,326	-,276	,180	,279	,116	-,164
	Sig. (bilateral)	,008	,000	,000	,020	,000	,135	,034
Resolución de problemas como estilo de afrontamiento	Coefficiente de correlación	,154	,369	,237	-,166	-,199	,049	,073
	Sig. (bilateral)	,055	,000	,003	,039	,013	,546	,365
Autocrítica como estilo de afrontamiento	Coefficiente de correlación	-,150	-,018	-,197	,279	,348	,081	-,227
	Sig. (bilateral)	,061	,021	,014	,000	,000	,314	,004
Expresión emocional como estilo de afrontamiento	Coefficiente de correlación	,063	,192	,124	,070	,106	,046	-,006
	Sig. (bilateral)	,433	,017	,123	,386	,188	,569	,945
Pensamiento desiderativo como estilo de afrontamiento	Coefficiente de correlación	-,326	-,119	-,239	,455	,457	,136	-,289
	Sig. (bilateral)	,000	,138	,003	,000	,000	,089	,000

		Calidad de Salud Física	Calidad de Salud Psicológica	Afectos Positivos	Afectos Negativos	Índice de Severidad Global	Disociación	Satisfacción con la vida
Búsqueda de apoyo social como estilo de afrontamiento	Coefficiente de correlación	,145	,223	,158	-,062	,012	,038	,072
	Sig. (bilateral)	,070	,005	,049	,439	,879	,640	,370
Reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento	Coefficiente de correlación	,221	,293	,281	-,175	-,221	,010	,233
	Sig. (bilateral)	,006	,000	,000	,029	,006	,899	,003
Evitación de problemas como estilo de afrontamiento	Coefficiente de correlación	-,046	-,050	,007	-,026	-,009	-,012	,063
	Sig. (bilateral)	,572	,536	,929	,750	,911	,880	,433
Retirada social como estilo de afrontamiento	Coefficiente de correlación	-,293	-,302	-,291	,348	,421	,116	-,303
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,148	,000

El uso de la *reevaluación como estrategia de regulación emocional* correlaciona positivamente con mejores niveles de calidad de vida física, afectos positivos y satisfacción con la vida y de manera negativa con los afectos negativos, la disfunción psíquica y la disociación total. La *supresión*, en cambio, correlaciona positivamente con los afectos negativos y la disfunción psíquica, y negativamente con la calidad de vida física y psicológica, los afectos positivos y la satisfacción con la vida. Estos resultados apoyan las hipótesis sobre la relación del uso de reevaluación con una mayor emoción positiva y el bienestar y la supresión con menores niveles de emocionalidad positiva y mayores de emocionalidad negativa, así como con menores índices de bienestar.

Los estilos de afrontamiento del estrés que correlacionan de manera significativa con las variables de salud y bienestar son la resolución de problemas, la autocrítica, la expresión emocional, el pensamiento desiderativo, la búsqueda de apoyo social, la reestructuración cognitiva y la retirada social. De las consideradas estrategias adaptativas centradas en el problema se obtienen correlaciones significativas entre la *resolución de problemas* y una mejor calidad de vida psicológica, mayor afecto positivo, menor afecto negativo y menor disfunción psíquica; y la *reestructuración cognitiva*, que correlaciona con mejor calidad de vida física y psicológica, mayor afecto positivo, más satisfacción con la vida y menor afecto negativo y disfunción psíquica. De las estrategias adaptativas centradas en la emoción tenemos la *búsqueda de apoyo social*, que se relaciona con mayores niveles de calidad de vida psicológica y afectos positivos; y la *expresión emocional*, también relacionada con mejor calidad de vida psicológica autopercebida. En cuanto a las estrategias que se suelen identificar con un manejo

inadecuado centrado en el problema solo el *pensamiento desiderativo* correlaciona con alguna de las variables de salud, en este caso, y de forma negativa con la calidad de vida física, los afectos positivos y la satisfacción con la vida y de manera positiva con los afectos negativos y la disfunción psíquica.

**Tabla 32**

*Correlaciones de Spearman entre apoyo social y estilos de apego y calidad de vida, afectos, psicopatología disociación y satisfacción con la vidaX*

		<b>Calidad de la Salud Física</b>	<b>Calidad de la Salud Psicológica</b>	<b>Afectos Positivos</b>	<b>Afectos Negativos</b>	<b>Índice de Severidad Global</b>	<b>Disociación</b>	<b>Satisfacción con la vida</b>
Apoyo económico de la red social de la niñez	Coefficiente de correlación	,114	,197	,108	-,149	-,147	-,156	,338
	Sig. (bilateral)	,146	,012	,167	,057	,061	,046	,000
Apoyo emocional de la red social de la niñez	Coefficiente de correlación	,138	,211	,102	-,234	-,202	-,241	,330
	Sig. (bilateral)	,078	,007	,194	,003	,010	,002	,000
Apoyo mediante valoración de la red social de la niñez	Coefficiente de correlación	,193	,301	,163	-,250	-,271	-,289	,425
	Sig. (bilateral)	,014	,000	,038	,001	,000	,000	,000
Apoyo mediante consejo de la red social de la niñez	Coefficiente de correlación	,098	,232	,095	-,214	-,176	-,249	,336
	Sig. (bilateral)	,215	,003	,228	,006	,024	,001	,000
Apoyo económico de la red social de la edad adulta	Coefficiente de correlación	,290	,347	,263	-,170	-,279	-,159	,325
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,001	,028	,000	,041	,000
Apoyo emocional de la red social de la edad adulta	Coefficiente de correlación	,264	,376	,359	-,175	-,258	-,161	,296
	Sig. (bilateral)	,001	,000	,000	,025	,001	,039	,000
Apoyo mediante valoración de la red social de la edad adulta	Coefficiente de correlación	,316	,397	,351	-,192	-,324	-,138	,317
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,014	,000	,078	,000
Apoyo mediante consejo de la red social de la edad adulta	Coefficiente de correlación	,261	,348	,325	-,131	-,254	-,121	,294
	Sig. (bilateral)	,001	,000	,000	,093	,001	,121	,000
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	Coefficiente de correlación	-,327	-,411	-,330	,476	,560	,368	-,421
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Deseo de cercanía con las figuras de apego	Coefficiente de correlación	,157	,171	,288	-,183	-,165	,046	,188
	Sig. (bilateral)							

	Sig. (bilateral)	,041	,026	,000	,017	,032	,552	,014
Preferencia por la independencia con las figuras de apego	Coefficiente de correlación	-,083	-,156	-,157	,114	,145	,070	-,118
	Sig. (bilateral)	,286	,043	,041	,139	,059	,365	,127

De las estrategias desadaptativas centradas en la emoción, la *autocrítica* se relaciona con peor calidad de vida psicológica, menor afecto positivo, mayor afecto negativo y mayores manifestaciones de disfunción psíquica. La *retirada social* correlaciona con todas las variables excepto la disociación, mostrando una relación positiva con el afecto negativo y las manifestaciones de disfunción psíquica y relación negativa con la calidad de vida física y psicológica, el afecto positivo y la satisfacción con la vida.

En cuanto a los resultados que relacionan los distintos tipos de apoyo recibido con las variables de salud y calidad de vida las correlaciones significativas aparecen en gran número de estas escalas. En cuanto al *apoyo recibido por red social de la niñez*, el *apoyo económico* recibido correlaciona positivamente con la calidad de vida psicológica y la satisfacción de vida y de forma negativa con la disociación. Se encuentran relaciones entre el *apoyo emocional* recibido y la calidad de vida psicológica y satisfacción con la vida, siendo estas mayores cuando se recibe este apoyo y menores los afectos negativos, la disfunción psíquica y la disociación. El *apoyo mediante valoración* correlaciona con todas las variables, mostrando una relación positiva con la calidad de vida física y psicológica, los afectos positivos y la satisfacción con la vida y negativa con los afectos negativos, la disfunción psíquica y la disociación. El *apoyo mediante consejo* se relaciona con mayores niveles de calidad de vida psicológica y satisfacción con la vida y menos afectos negativos, disfunción psíquica y disociación.

Por otro lado, entre los apoyos recibidos de la *red social de la edad adulta* (habitualmente las amistades, parejas y descendencia) también se encuentra un elevado número de correlaciones que afectan a la mayor parte de variables. La calidad de vida física, la calidad de vida psicológica, los afectos positivos y la satisfacción con la vida se incrementan cuando se recibe apoyo económico, emocional, mediante valoración y consejo. En cambio, las manifestaciones de disfunción psíquica son mayores cuando no se recibe ninguno de estos apoyos. Los afectos negativos son más altos en ausencia o bajos niveles de apoyo económico, emocional y de valoración y la disociación se relaciona negativamente con la falta de apoyo económico y social.

Los estilos de apego que han correlacionado de manera significativa con las condiciones de salud son los que se ponen de manifiesto en las subescalas del EPERIC. Respecto al *temor al rechazo o abandono con las figuras de apego* esta correlaciona con todas las variables señaladas, relacionándose con peores niveles de calidad de vida de salud física y psicológica, menos afectos positivos y satisfacción con la vida y más manifestaciones de disfunción psíquica, mayor afectivo negativo y disociación total. En cuanto al *deseo de cercanía*, presenta correlaciones con todas las variables excepto la disociación total. Este estilo se asocia a niveles más elevados de calidad de vida física y psicológica, afectos positivos y satisfacción con la vida y a menos afectividad negativa y disfunción psíquica. La *preferencia por la independencia* se ha relacionado con peores niveles de calidad de vida psicológica y menos afectos positivos.

Podemos señalar que la subescala de *temor al rechazo o al abandono* es la que muestra las correlaciones más fuertes en este bloque para la mayor parte de las variables, por lo que podemos considerarlo un factor estrechamente relacionado con la calidad de vida y resultados de salud.

Una vez examinadas las correlaciones los cuatro bloques de variables y la calidad de la salud física, la calidad de la salud psicológica, los afectos positivos, los afectos negativos, el índice de severidad global, la disociación y la satisfacción con la vida, realizamos análisis de regresión introduciendo en el procedimiento de pasos hacia adelante todas las variables de cada bloque que correlacionan significativamente, con el fin de retener sólo las que proporcionan información no redundante. La normalidad de la distribución de los residuos, que legitima el uso de análisis de regresión pese a que las variables no se distribuyan normalmente, se comprueba mediante la prueba de Kolomogorov- Smirnov.

#### 9.4.5.1 VARIABLES PREDICTORAS PARA LA CALIDAD DE LA SALUD FÍSICA

Para la calidad de la salud física las variables del bloque 1 con correlaciones significativas obtenemos una ecuación de regresión que explica el 11,8% de la varianza, con una distribución normal de los residuos, que incluye dos variables, la *edad* y el *número de tipos de experiencias adversas* ( $R^2 = ,118$ ; Error típico de la estimación=,792) (Tabla 33).

**Tabla 33**

*Ecuación de regresión para la Calidad de la Salud Física (Bloque 1)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	T	Sig.
	B	Error típ.	Beta		

(Constante)	4,392	,228		19,254	,000
Edad	-,369	,100	-,274	-3,706	,000
Número de tipos de experiencias adversas vividas en la infancia	-,067	,023	-,213	-2,872	,005

Con las variables del bloque 2 la ecuación que se obtiene explica sólo el 4,7 % de la varianza (Tabla 34). El modelo final del análisis retiene solo una de las variables asociadas a la vulnerabilidad social, la variable *penuria*, que da cuenta de los apuros para conseguir bienes básicos, trabajo o educación y para realizar trámites administrativos ( $R^2 = ,047$ ; Error típico de la estimación = ,820).

**Tabla 34**  
*Ecuación de regresión para la Calidad de la Salud Física (Bloque 2)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	3,547	,078		45,193	,000
Penuria	-,322	,112	-,218	-2,882	,004

Las variables del bloque 3 dan una ecuación de regresión que retiene cuatro variables (Tabla 35), tres de ellas de estilo de afrontamiento (*pensamiento desiderativo*, *retirada social* y *reestructuración cognitiva*) y una de regulación emocional (*reevaluación*). La ecuación explica el 21,9% de la varianza ( $R^2 = ,219$ ; Error típico de la estimación = ,750).

**Tabla 35**  
*Ecuación de regresión para la Calidad de la Salud Física (Bloque 3)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	3,438	,306		11,227	,000
Pensamiento desiderativo como estilo de afrontamiento	-,209	,064	-,248	-3,277	,001
Reevaluación para lograr regulación emocional	,138	,058	,177	2,384	,018
Retirada Social como estilo de afrontamiento	-,175	,059	-,223	-2,941	,004
Reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento	,133	,058	,171	2,308	,022

El bloque 4 nos da una ecuación que explica el 17,5 % de la varianza ( $R^2 = ,175$ ; Error típico de la estimación = ,778). Retiene tres variables: el apoyo económico de la red social de la edad adulta, el temor al rechazo o al abandono y el deseo de cercanía con la figura de apego (Tabla 36)

**Tabla 36***Ecuación de regresión para la Calidad de la Salud Física (Bloque 4)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	2,976	,329		9,056	,000
Apoyo económico de la red social de la edad adulta	,190	,060	,242	3,179	,002
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	-,222	,069	-,244	-3,220	,002
Deseo de cercanía con las figuras de apego	,157	,076	,153	2,074	,040

El último paso en el análisis para la calidad de la salud física introducimos las diez variables de los cuatro bloques seleccionados en el procedimiento de pasos hacia adelante y obtenemos una última ecuación de regresión que explica el 32,3% de la varianza ( $R^2 = ,323$ ; Error típico de la estimación = ,712). En la Tabla 37 podemos ver la que la contribución mayor es *edad, la retirada social, la reestructuración cognitiva, y el pensamiento desiderativo como estilos de afrontamiento, seguidas por la penuria y el apoyo económico de la red social de la edad adulta.*

**Tabla 37***Ecuación de regresión final para la Calidad de la Salud Física X*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	4,383	,385		11,374	,000
Pensamiento desiderativo como estilo de afrontamiento	-,160	,064	-,185	-2,492	,014
Apoyo económico de la red social de la edad adulta	,114	,062	,140	1,850	,066
Edad	-,377	,103	-,266	-3,667	,000
Reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento	,156	,056	,195	2,810	,006
Retirada Social como estilo de afrontamiento	-,173	,058	-,220	-2,996	,003
Penuria	-,224	,110	-,151	-2,038	,043

#### 9.4.5.2. VARIABLES PREDICTORAS PARA LA CALIDAD DE LA SALUD PSICOLÓGICA

Para la calidad de la salud psicológica las variables del bloque 1 que correlacionan significativamente obtenemos una ecuación de regresión que explica el 4,3% de la varianza, con una distribución normal de los residuos, que incluye una variable: el *número de tipos de experiencias adversas* ( $R^2 = ,043$ ; Error típico de la estimación = ,57170) (Tabla 38).

**Tabla 38***Ecuación de regresión para la Calidad de la Salud Psicológica (Bloque 1)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	3,344	,071		47,374	,000
Número de tipos de experiencias adversas vividas en la infancia	-,045	,017	-,207	-2,730	,007

Ninguna de las variables del bloque 2 correlaciona de manera estadísticamente significativa con la puntuación en la calidad de vida referente a la salud psicológica. En consecuencia, no tenemos una ecuación de regresión para este bloque.

Las variables del bloque 3 dan una ecuación de cuatro variables (Tabla 39), tres de ellas de estilo de afrontamiento (*reestructuración cognitiva*, *retirada social* y *resolución de problemas*) y una de regulación emocional (*supresión*). La ecuación explica el 21,9% de la varianza ( $R^2 = ,258$ ; Error típico de la estimación = ,509).

**Tabla 39***Ecuación de regresión para la Calidad de la Salud Psicológica (Bloque 3)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	3,255	,168		19,347	,000
Supresión para lograr regulación emocional	-,089	,032	-,215	-2,774	,006
Reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento	,118	,041	,218	2,864	,005
Retirada Social como estilo de afrontamiento	-,114	,042	-,208	-2,697	,008
Resolución de problemas como estilo de afrontamiento	,084	,040	,166	2,125	,035

El bloque 4 da una ecuación que explica el 28 % de la varianza ( $R^2 = ,280$ ; Error típico de la estimación = ,499). Retiene tres variables: el *apoyo mediante valoración de la red social de la infancia*, el *temor al rechazo o al abandono* y el *deseo de cercanía con la figura de apego* (Tabla 40)



**Tabla 40***Ecuación de regresión para la Calidad de la Salud Psicológica (Bloque 4)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	2,818	,226		12,459	,000
Apoyo mediante valoración de la red social de la infancia	,167	,044	,279	3,819	,000
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	-,205	,046	-,324	-4,469	,000
Deseo de cercanía con las figuras de apego	,130	,049	,182	2,637	,009

El último paso en el análisis para predecir la calidad de la salud psicológica introducimos las doce variables seleccionadas de los cuatro bloques en el procedimiento de pasos hacia adelante y obtenemos una última ecuación de regresión que explica el 36,4% de la varianza ( $R^2 = ,364$ ; Error típico de la estimación = ,473). En la tabla 41 podemos ver la que la contribución mayor es la *reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento, seguida del temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego, el apoyo mediante valoración de la red social de la infancia, la retirada social como estilo de afrontamiento y la supresión para la regulación emocional*.

**Tabla 41***Ecuación de regresión final para la Calidad de la Salud Psicológica*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	3,260	,235		13,844	,000
Apoyo mediante valoración de la red social de la infancia	,138	,043	,231	3,206	,002
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	-,154	,045	-,242	-3,414	,001
Reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento	,137	,036	,253	3,840	,000
Retirada Social como estilo de afrontamiento	-,082	,040	-,150	-2,046	,043
Supresión para lograr regulación emocional	-,061	,031	-,146	-1,979	,050

#### 9.4.5.3. VARIABLES PREDICTORAS PARA EL AFECTO POSITIVO

Para el afecto positivo las variables del bloque 1 que correlaciona (Tabla 40) se obtiene una ecuación de regresión que explica el 2,8% de la varianza, con una distribución normal de los residuos, que incluye el *número de tipos de experiencias adversas* ( $R^2 = ,028$ ; Error típico de la estimación = ,883)

**Tabla 42***Ecuación de regresión para el Afecto Positivo (Bloque 1)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	3,144	,109		28,838	,000
Número de tipos de experiencias adversas vividas en la infancia	-,056	,026	-,168	-2,196	,029

Con las variables del bloque 2 la ecuación que obtenemos explica 2,9 % de la varianza (Tabla 43). El modelo final del análisis retiene solo una de las variables asociadas a la vulnerabilidad social, la variable *penuria*, que da cuenta de los apuros para conseguir bienes básicos, trabajo o educación y para realizar trámites administrativos ( $R^2 = ,029$ ; Error típico de la estimación = ,883).

**Tabla 43***Ecuación de regresión para el Afecto Positivo (Bloque 2)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	3,069	,085		36,233	,000
Penuria	-,268	,120	-,170	-2,223	,028

Las variables del bloque 3 no dan una ecuación de cuatro variables (Tabla 44), dos de ellas de estilo de afrontamiento (*retirada social* y *reestructuración cognitiva*) y dos de regulación emocional (*reevaluación* y *supresión*). La ecuación explica el 26,6% de la varianza ( $R^2 = ,266$ ; Error típico de la estimación = ,775).

**Tabla 44***Ecuación de regresión para el Afecto Positivo (Bloque 3)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	2,640	,285		9,251	,000
Retirada Social como estilo de afrontamiento	-,199	,064	-,239	-3,110	,002
Reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento	,186	,060	,225	3,099	,002
Reevaluación para lograr regulación emocional	,194	,062	,232	3,113	,002
Supresión para lograr regulación emocional	-,148	,050	-,233	-2,949	,004

El bloque 4 nos da una ecuación que explica el 24 % de la varianza ( $R^2 = ,240$ ; Error típico de la estimación = ,786). Retiene tres variables: el deseo de cercanía, el temor al rechazo o al abandono con la figura de apego y el apoyo mediante valoración de la red social de la infancia (Tabla 45).

**Tabla 45**  
*Ecuación de regresión para el Afecto Positivo (Bloque 4)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	2,110	,356		5,929	,000
Apoyo mediante valoración de la red social sin convivencia anterior a la edad adulta	,174	,069	,190	2,531	,012
Deseo de cercanía con las figuras de apego	,334	,078	,306	4,303	,000
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	-,262	,072	-,270	-3,621	,000

El último paso en el análisis para el afecto positivo introducimos las nueve variables seleccionadas de los cuatro bloques en el procedimiento de pasos hacia adelante y obtenemos una última ecuación de regresión que explica el 32,2% de la varianza ( $R^2 = ,322$ ; Error típico de la estimación = ,748). En la Tabla 46 podemos ver la que la contribución mayor es *la reestructuración cognitiva* seguida del *deseo de cercanía* y el *temor al rechazo o al abandono con la figura de apego*, *la retirada social*, y el *apoyo mediante valoración de la red social de la infancia*.

**Tabla 46**  
*Ecuación de regresión final para el Afecto Positivo*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	2,160	,380		5,685	,000
Retirada Social como estilo de afrontamiento	-,140	,063	-,167	-2,226	,028
Reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento	,211	,057	,254	3,723	,000
Apoyo mediante valoración de la red social de la infancia	,139	,068	,152	2,059	,041
Deseo de cercanía con las figuras de apego	,262	,080	,240	3,281	,001
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	-,218	,072	-,225	-3,010	,003

#### 9.4.5.4. VARIABLES PREDICTORAS PARA EL AFECTO NEGATIVO

Para el afecto negativo las variables del bloque 1 que correlaciona (Tabla 47) obtenemos una ecuación de regresión que explica el 12,9% de la varianza, con una distribución normal de los residuos, que incluye dos variables, el *número de tipos de experiencias adversas* y *el género* ( $R^2 = ,129$ ; Error típico de la estimación=1,009)

**Tabla 47**  
*Ecuación de regresión para el Afecto Negativo (Bloque 1)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	2,068	,127		16,342	,000
Número de tipos de experiencias adversas vividas en la infancia	,102	,029	,254	3,481	,001
Género	,264	,085	,228	3,123	,002

Ninguna de las variables del bloque 2 correlaciona de manera estadísticamente significativa con la puntuación de *afecto negativo*, en consecuencia, no tenemos una ecuación de regresión para este bloque.

Las variables del bloque 3 no dan una ecuación de cuatro variables (Tabla 48), tres de ellas de estilo de afrontamiento (*pensamiento desiderativo*, *retirada social* y *reestructuración cognitiva*) y una de regulación emocional (*reevaluación*). La ecuación explica el 36,7% de la varianza, con una distribución normal de los residuos, ( $R^2 = ,367$ ; Error típico de la estimación=,866).

**Tabla 48**  
*Ecuación de regresión para el Afecto Negativo (Bloque 3)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	2,169	,353		6,140	,000
Pensamiento desiderativo como estilo de afrontamiento	,406	,073	,377	5,531	,000
Retirada Social como estilo de afrontamiento	,275	,069	,274	4,018	,000
Reevaluación para lograr regulación emocional	-,224	,067	-,223	-3,348	,001
Reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento	-,146	,067	-,146	-2,186	,030

El bloque 4 nos da una ecuación que explica el 29 % de la varianza, con una distribución normal de los residuos, ( $R^2 = ,290$ ; Error típico de la estimación= ,911). Retiene tres variables: el apoyo económico de la red social de la edad adulta, el temor al rechazo o al abandono y el deseo de cercanía con la figura de apego (Tabla 49).

**Tabla 49**  
*Ecuación de regresión final para el Afecto Negativo (Bloque 4)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	2,083	,317		6,564	,000
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	,575	,079	,493	7,327	,000
Deseo de cercanía con las figuras de apego	-,344	,088	-,262	-3,894	,000

El último paso en el análisis para la calidad de la salud física introducimos las ocho variables de los cuatro bloques seleccionados en el procedimiento de pasos hacia adelante y obtenemos una última ecuación de regresión que explica el 45% de la varianza, con una distribución normal de los residuos ( $R^2 = ,450$ ; Error típico de la estimación= ,809). En la Tabla 50 podemos ver la que la contribución mayor es el *pensamiento desiderativo y la retirada social como estilos de afrontamiento, seguidas por el temor al rechazo o al abandono con la figura de apego, el género y la reevaluación para lograr regulación emocional.*

**Tabla 50**  
*Ecuación final de regresión para el Afecto Negativo*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	1,498	,381		3,929	,000
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	,297	,079	,254	3,776	,000
Pensamiento desiderativo como estilo de afrontamiento	,281	,073	,261	3,846	,000
Reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento	-,174	,063	-,175	-2,766	,006
Retirada Social como estilo de afrontamiento	,246	,065	,245	3,779	,000
Género	,209	,073	,180	2,850	,005
Reevaluación para lograr regulación emocional	-,155	,065	-,154	-2,398	,018

#### 9.4.5.5. VARIABLES PREDICTORAS PARA EL ÍNDICE DE SEVERIDAD GLOBAL

Para el índice de severidad global las variables del bloque 1 que correlaciona (Tabla 51) obtenemos una ecuación de regresión que explica el 12,2 % de la varianza, con una distribución normal de los residuos, que incluye dos variables, la *edad* y el *número de tipos de experiencias adversas* ( $R^2 = ,122$ ; Error típico de la estimación = ,696).

**Tabla 51**

*Ecuación de regresión para el Índice de Severidad Global (Bloque 1) X*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	,754	,087		8,647	,000
Número de tipos de experiencias adversas vividas en la infancia	,079	,020	,285	3,898	,000
Género	,139	,058	,174	2,385	,018

Con las variables del bloque 2 la ecuación que obtenemos explica sólo el 6,9 % de la varianza, con una distribución normal de los residuos (Tabla 52). El modelo final del análisis retiene solo una de las variables asociadas a la vulnerabilidad social, la variable *penuria*, que da cuenta de los apuros para conseguir bienes básicos, trabajo o educación y para realizar trámites administrativos ( $R^2 = ,069$ ; Error típico de la estimación = ,714).

**Tabla 52**

*Ecuación de regresión para el Índice de Severidad Global (Bloque 2)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	,929	,069		13,552	,000
Penuria	,342	,097	,263	3,509	,001

Las variables del bloque 3 no dan una ecuación de cuatro variables (Tabla 53), tres de ellas de estilo de afrontamiento (*pensamiento desiderativo*, *retirada social* y *reestructuración cognitiva*) y dos de regulación emocional (*reevaluación* y *supresión*). La ecuación explica el 21,9% de la varianza, con una distribución normal de los residuos ( $R^2 = ,426$ ; Error típico de la estimación = ,568).

**Tabla 53***Ecuación de regresión para el Índice de Severidad Global (Bloque 3)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	,854	,238		3,594	,000
Retirada Social como estilo de afrontamiento	,193	,049	,279	3,979	,000
Pensamiento desiderativo como estilo de afrontamiento	,231	,048	,312	4,758	,000
Reevaluación para lograr regulación emocional	-,190	,046	-,276	-4,161	,000
Reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento	-,124	,044	-,181	-2,804	,006
Supresión para lograr regulación emocional	,084	,037	,161	2,278	,024

El bloque 4 nos da una ecuación que explica el 32,6 % de la varianza, con una distribución normal de los residuos, ( $R^2 = ,326$ ; Error típico de la estimación = ,610). Retiene dos variables: el temor al rechazo o al abandono y el deseo de cercanía con la figura de apego (Tabla 54)

**Tabla 54***Ecuación de regresión para el Índice de Severidad Global (Bloque 4)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	,563	,212		2,651	,009
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	,438	,053	,546	8,326	,000
Deseo de cercanía con las figuras de apego	-,199	,059	-,220	-3,363	,001

El último paso en el análisis para la calidad de la salud física introducimos las diez variables de los cuatro bloques seleccionados en el procedimiento de pasos hacia adelante y obtenemos una última ecuación de regresión que explica el 51,4% de la varianza, con una distribución normal de los residuos ( $R^2 = ,514$ ; Error típico de la estimación = ,525). En la Tabla 55 podemos ver la que la contribución mayor es el temor al rechazo o al abandono con la figura de apego edad, la retirada social y la reestructuración cognitiva y el pensamiento desiderativo como estilos de afrontamiento y la reevaluación para lograr regulación emocional.

**Tabla 55***Ecuación de regresión final para el Índice de Severidad Global*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	,377	,248		1,517	,131
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	,257	,051	,321	5,027	,000
Retirada Social como estilo de afrontamiento	,205	,042	,297	4,838	,000
Reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento	-,153	,041	-,223	-3,728	,000
Pensamiento desiderativo como estilo de afrontamiento	,150	,048	,202	3,141	,002
Reevaluación para lograr regulación emocional	-,105	,042	-,152	-2,490	,014
Género	,113	,048	,142	2,370	,019

**9.4.5.6. VARIABLES PREDICTORAS PARA LA DISOCIACIÓN TOTAL**

Para la disociación las variables del bloque 1 que correlaciona (Tabla 56) obtenemos una ecuación de regresión que explica el 0,58 de la varianza, pero los residuos **no tienen distribución normal** por lo que la ecuación no es fiable. Incluye una sola variable, el *número de tipos de experiencias adversas* ( $R^2 = ,058$ ; Error típico de la estimación=11,576).

**Tabla 56***Ecuación de regresión para la Disociación Total (Bloque 1)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	9,508	1,429		6,652	,000
Número de tipos de experiencias adversas vividas en la infancia	1,079	,335	,242	3,220	,002

Con las variables del bloque 2 la ecuación que obtenemos explica sólo el 3,1 % de la varianza, pero con una distribución de los residuos que se aparta significativamente de la distribución normal. El modelo final del análisis retiene solo una de las variables asociadas a la vulnerabilidad social, la variable *penuria*, que da cuenta de los apuros para conseguir bienes básicos, trabajo o educación y para realizar trámites administrativos ( $R^2 = ,031$ ; Error típico de la estimación=11,744) (Tabla 57).



**Tabla 57***Ecuación de regresión 54 para la Disociación Total (Bloque 2)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	11,561	1,127		10,259	,000
Penuria	3,700	1,603	,176	2,309	,022

Las variables del bloque 3 no dan una ecuación de una variable (Tabla 58) la *reevaluación* para lograr la regulación emocional. La ecuación explica el 2,7% de la varianza, pero con una distribución de los residuos que difiere de la normal ( $R^2 = ,027$ ; Error típico de la estimación=11,77).

**Tabla 58***Ecuación de regresión para la Disociación Total (Bloque 3)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	20,856	3,739		5,577	,000
Reevaluación para lograr regulación emocional	-1,818	,851	-,164	-2,136	,034

El bloque 4 nos da una ecuación que explica el 14,9 % de la varianza, con una distribución de los residuos que se aleja significativamente de la distribución normal ( $R^2 = ,149$ ; Error típico de la estimación= 11,03929). Retiene tres variables: el apoyo económico de la red social de la edad adulta y el temor al rechazo o al (Tabla 59).

**Tabla 59***Ecuación de regresión para la Disociación Total (Bloque 4)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	T	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	8,711	3,984		2,186	,030
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	3,942	,985	,305	4,001	,000
Apoyo económico de la red social adulta	-1,875	,846	-,169	-2,218	,028

El último paso en el análisis para la calidad de la salud física introducimos las cinco variables de los cuatro bloques seleccionados en el procedimiento de pasos hacia adelante y obtenemos una última ecuación de regresión que explica el 14,9% de la varianza, pero de nuevo sin una distribución normal de los residuos ( $R^2 = ,149$ ; Error típico de la estimación= 11,038). En la Tabla 60 podemos ver la que la contribución mayor es *edad, la retirada social,*

la reestructuración cognitiva, y el pensamiento desiderativo como estilos de afrontamiento, seguidas por la penuria y el apoyo económico de la red social de la edad adulta

**Tabla 60**  
Ecuación de regresión final para la Disociación Total

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	T	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	8,711	3,935		2,214	,028
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	3,942	,973	,305	4,051	,000
Apoyo económico de la red social de la edad adulta	-1,875	,835	-,169	-2,246	,026

#### 9.4.5.7. VARIABLES PREDICTORAS PARA LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA

Para la satisfacción con la vida las variables del bloque 1 que correlaciona (Tabla 61) obtenemos una ecuación de regresión que explica el 11,1% de la varianza, con una distribución normal de los residuos, que incluye una variable, el *número de tipos de experiencias adversas* ( $R^2 = ,111$ ; Error típico de la estimación = ,994)

**Tabla 61**  
Ecuación de regresión para la Satisfacción con la Vida (Bloque 1)

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	3,243	,123		26,281	,000
Número de tipos de experiencias adversas vividas en la infancia	-,132	,029	-,334	-4,578	,000

Con las variables del bloque 2 la ecuación que obtenemos explica sólo el 12 % de la varianza, con una distribución normal de los residuos (Tabla 62). El modelo final del análisis retiene solo una de las variables asociadas a la vulnerabilidad social, la variable *número de clases de ayudas institucionales*, que da cuenta de los apuros para conseguir bienes básicos, trabajo o educación y para realizar trámites administrativos ( $R^2 = ,120$ ; Error típico de la estimación = 1).

**Tabla 62.**  
Ecuación de regresión para la Satisfacción con la Vida (Bloque 2)

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	3,104	,101		30,714	,000
Número de clases de ayudas institucionales	-,390	,081	-,347	-4,783	,000

Las variables del bloque 3 no dan una ecuación de cuatro variables (Tabla 61), tres de ellas de estilo de afrontamiento (*retirada social pensamiento desiderativo* y *reestructuración cognitiva*) y una de regulación emocional (*reevaluación*). La ecuación explica el 23,3% de la varianza, con una distribución normal de los residuos ( $R^2 = ,233$ ; Error típico de la estimación = ,943).

**Tabla 63**

*Ecuación de regresión para la Satisfacción con la Vida (Bloque 3)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	2,817	,385		7,319	,000
Retirada Social como estilo de afrontamiento	-,238	,075	-,240	-3,194	,002
Reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento	,207	,073	,210	2,854	,005
Pensamiento desiderativo como estilo de afrontamiento	-,254	,080	-,238	-3,174	,002
Reevaluación para lograr regulación emocional	,160	,073	,162	2,198	,029

El bloque 4 nos da una ecuación que explica el 31,1 % de la varianza, con una distribución normal de los residuos ( $R^2 = ,311$ ; Error típico de la estimación = ,891). Retiene tres variables: el apoyo mediante valoración de la red social de la infancia, el temor al rechazo o al abandono y el deseo de cercanía con la figura de apego (Tabla 62)

**Tabla 64**

*Ecuación de regresión para la Satisfacción con la Vida (Bloque 4)*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	2,351	,373		6,299	,000
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	-,397	,084	-,343	-4,732	,000
Apoyo mediante valoración de la red social de la infancia	,213	,057	,271	3,739	,000
Deseo de cercanía con las figuras de apego	,295	,087	,227	3,396	,001

El último paso en el análisis para la calidad de la salud física introducimos las nueve variables de los cuatro bloques seleccionados en el procedimiento de pasos hacia adelante y obtenemos una última ecuación de regresión que explica el 41,5% de la varianza, con una distribución normal de los residuos ( $R^2 = ,415$ ; Error típico de la estimación = ,829). En la Tabla 63 podemos ver la que la contribución mayor es del temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego seguida del número de clases de ayudas institucionales, el pensamiento

desiderativo como estilo de afrontamiento, el deseo de cercanía con las figuras de apego, el apoyo mediante valoración de la red social de la infancia y la reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento.

**Tabla 65**  
*Ecuación de regresión final para la Satisfacción con la Vida*

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.
	B	Error típ.	Beta		
(Constante)	2,832	,407		6,954	,000
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	-,316	,086	-,273	-3,669	,000
Número de Clases de Ayuda por Vulnerabilidad	-,259	,075	-,231	-3,440	,001
Deseo de cercanía con las figuras de apego	,240	,085	,185	2,824	,005
Reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento	,200	,064	,202	3,125	,002
Apoyo mediante valoración de la red social de la infancia	,151	,057	,192	2,631	,009
Pensamiento desiderativo como estilo de afrontamiento	-,170	,073	-,160	-2,317	,022

En la Tabla 66 se hace un resumen de las variables que quedan en las ecuaciones finales que permiten predecir el valor de las siete variables. Aparecen en color más claro las relacionadas con la *disociación total* para indicar que la ecuación no cumple con el requisito de normalidad de los residuos.

**Tabla 66**

*Variables retenidas para predecir el valor de las variables de calidad de vida, afectos, manifestaciones de disfunción, disociación y satisfacción con la vida*

	Calidad de vida salud física	Calidad de vida psicológica	Afecto positivo	Afecto negativo	Índice de severidad global	Disociación total	Satisfacción con la vida
Edad	Edad						
Género				Género	Género		
Penuria	Penuria						
Ayudas institucionales							Ayudas institucionales
Reevaluación para lograr regulación emocional				Reevaluación	Reevaluación		
Supresión para lograr regulación emocional		Supresión					
Reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento	Reestructuración cognitiva	Reestructuración cognitiva	Reestructuración cognitiva	Reestructuración cognitiva	Reestructuración cognitiva		Reestructuración cognitiva
Pensamiento desiderativo como estilo de afrontamiento	Pensamiento desiderativo			Pensamiento desiderativo	Pensamiento desiderativo		Pensamiento desiderativo
Retirada Social como estilo de afrontamiento	Retirada Social	Retirada social	Retirada social	Retirada social	Retirada social		Retirada social
Apoyo mediante valoración de la red social de la infancia		Apoyo mediante valoración RSI	Apoyo mediante valoración RSI				Apoyo mediante valoración RSI
Apoyo económico de la red social de la edad adulta	Apoyo económico RSA					Apoyo económico RSA	
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego		Temor al rechazo o al abandono	Temor al rechazo o al abandono	Temor al rechazo o al abandono	Temor al rechazo o al abandono	Temor al rechazo o al abandono	Temor al rechazo o al abandono
Deseo de cercanía con las figuras de apego			Deseo de cercanía				Deseo de cercanía

#### 9.4.6. RELACIONES ENTRE EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA Y EL ESTILO DE AFRONTAMIENTO, LA REGULACIÓN EMOCIONAL, EL APEGO, EL APOYO SOCIAL Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

A continuación, se analizan las relaciones directas entre las experiencias adversas en la infancia, las estrategias de regulación emocional, los estilos de afrontamiento, el estilo de apego, el apoyo social de las personas con las que se ha convivido en la infancia y juventud (red social de la infancia), y de otras personas con las que no han convivido antes de la edad adulta (red social de la edad adulta) y las variables sociodemográficas (edad, género, penuria y ayudas institucionales recibidas).

Estos análisis tienen como objetivo comprobar la hipótesis 4 donde se plantea que las experiencias adversas en la infancia se relacionarán con estrategias de regulación emocional más ineficaces (ERQ), estilos de afrontamiento más desadaptativos (CSI), estilos de apego inseguros (EPERIC) y contarán con menos apoyo social de las personas con las que se ha convivido en la infancia y juventud, así como de otras personas con las que no han convivido anteriormente (CBAS).

A continuación, se exponen los resultados obtenidos de las variables que se relacionaron significativamente con cada tipo de adversidad infantil (Tablas 67 a 76).

**Tabla 67**  
*Variables predictoras que se relacionan de manera significativa con el maltrato emocional*

	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	Presencia en el grupo de mayor rango medio
Penuria	2401.500	.000	Sí
Número de Clases de Ayuda por Vulnerabilidad	2326.000	.000	Sí
Apoyo económico de la red social de la niñez	1618.500	.000	No
Apoyo emocional de la red social de la niñez	1368.500	.000	No
Apoyo mediante valoración de la red social de la niñez	1362.000	.000	No
Apoyo mediante consejo de la red social de la niñez	1444.500	.000	No
Apoyo económico de la red social de la edad adulta	2775.500	.029	No
Apoyo mediante valoración de la red social de la edad adulta	2720.000	.024	No
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	2452.500	.000	Sí

El *maltrato emocional* se relaciona, exclusivamente, con las dos variables de vulnerabilidad analizadas y varias de las incluidas en la categoría de las relaciones interpersonales, en este caso, diversas variables de apoyo social y de apego. Vemos que las personas que han sufrido maltrato emocional sufren más penuria y son en mayor medida perceptores de ayudas

institucionales. Además, refieren recibir menos apoyo económico, emocional, valoración y consejo de las personas con las que han convivido antes de los 18 años y menos apoyo económico y valoración por parte de las personas de su red social actual. El temor al rechazo y al abandono por parte de las figuras de apego es mayor en estos sujetos (Tabla 68).

**Tabla 68**

*Variables predictoras que se relacionan de manera significativa con el maltrato físico*

	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	Presencia en el grupo de mayor rango medio
Penuria	2261,5	,000	Sí
Número de Clases de Ayuda por Vulnerabilidad	2178,000	,000	Sí
Pensamiento desiderativo como estilo de afrontamiento	2348,000	,035	Sí
Apoyo económico de la red social de la niñez	1865,000	,000	No
Apoyo emocional de la red social de la niñez	1755,500	,000	No
Apoyo mediante valoración de la red social de la niñez	1833,000	,000	No
Apoyo mediante consejo de la red social de la niñez	1892,000	,000	No
Apoyo económico de la red social de la edad adulta	2629,000	,022	No
Apoyo emocional de la red social de la edad adulta	2565,000	,016	No
Apoyo mediante valoración de la red social de la edad adulta	2463,000	,006	No
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	2496,000	,003	Sí
Preferencia por la independencia con las figuras de apego	2760,000	,034	Sí

En cuanto al *maltrato físico*, también se ha relacionado con mayor penuria y número de ayudas recibidas, con mayor uso del pensamiento desiderativo como estilo de afrontamiento, con recibir menos apoyos de todo tipo por parte de la familia de origen y económico, emocional y de valoración por la red actual y con mayor temor al rechazo y al abandono y mayor preferencia por la independencia con las figuras de apego (Tabla 69).

**Tabla 69**

*Variables predictoras que se relacionan de manera significativa con el abuso sexual*

	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	Presencia en el grupo de mayor rango medio
Penuria	1816,000	,007	Sí
Supresión para lograr regulación emocional	1924,000	,038	Sí
Pensamiento desiderativo como estilo de afrontamiento	1491,500	,005	Sí
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	1957,000	,045	Sí
Preferencia por la independencia con las figuras de apego	1812,000	,011	Sí

Para el *abuso sexual* solo se han encontrado relaciones significativas con la *penuria*, el uso de la *supresión de emociones* para regularlas, el *pensamiento desiderativo* para afrontar los problemas, el *temor al rechazo y al abandono* y la *preferencia por la independencia* con

las figuras de apego, todas ellas más presentes en el grupo que refiere haber sufrido esta adversidad (Tabla 70).

**Tabla 70**

*Variables predictoras que se relacionan de manera significativa con la negligencia emocional*

	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	Presencia en el grupo de mayor rango medio
Penuria	2871,500	,025	Sí
Supresión para lograr regulación emocional	2537,500	,002	Sí
Retirada Social como estilo de afrontamiento	2037,500	,000	Sí
Apoyo económico de la red social de la niñez	1871,500	,000	No
Apoyo emocional de la red social de la niñez	1586,000	,000	No
Apoyo mediante valoración de la red social de la niñez	1394,000	,000	No
Apoyo mediante consejo de la red social de la niñez	1529,000	,000	No
Apoyo económico de la red social de la edad adulta	2747,500	,024	No
Apoyo mediante valoración de la red social de la edad adulta	2685,000	,019	No
Apoyo mediante consejo de la red social de la edad adulta	2775,500	,041	No
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	2197,000	,000	Sí
Preferencia por la independencia con las figuras de apego	2826,000	,020	Sí

Respecto a la *negligencia emocional* se han encontrado relaciones significativas con un número considerable de variables y de diversos tipos, como mayores niveles de penuria, el uso prevalente de la supresión como estrategia de regulación emocional y de la retirada social como estilo de afrontamiento de problemas, la falta de todos los tipos de apoyo evaluados por parte de la familia de origen y de apoyo económico, valoración y consejo de la red social actual y más temor al rechazo y al abandono y preferencia por la independencia de las figuras de apego (Tabla 70).



**Tabla 71***Variables predictoras que se relacionan de manera significativa con la negligencia física*

	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	Presencia en el grupo de mayor rango medio
Penuria	805,500	,000	Sí
Número de Clases de Ayuda por Vulnerabilidad	1023,000	,015	Sí
Apoyo económico de la red social de la niñez	485,000	,000	No
Apoyo emocional de la red social de la niñez	634,500	,000	No
Apoyo mediante valoración de la red social de la niñez	680,000	,000	No
Apoyo mediante consejo de la red social de la niñez	610,500	,000	No
Apoyo económico de la red social de la edad adulta	913,000	,006	No
Apoyo emocional de la red social de la edad adulta	1054,500	,046	No
Apoyo mediante consejo de la red social de la edad adulta	1044,000	,040	No

La *negligencia física* se ha relacionado con mayor vulnerabilidad y número de ayudas recibidas y con recibir menos apoyos de todo tipo por parte de la familia de origen y económico, emocional y consejo por la red actual (Tabla 71).

**Tabla 72***Variables predictoras que se relacionan de manera significativa con la separación o muerte de progenitores*

	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	Presencia en el grupo de mayor rango medio
Penuria	2464,500	,001	Sí
Número de Clases de Ayuda por Vulnerabilidad	2254,000	,000	Sí
Apoyo económico de la red social de la niñez	2211,000	,001	No
Apoyo mediante valoración de la red social de la niñez	2533,500	,028	No

La adversidad que implica la *separación o muerte* de progenitores o cuidadores se relaciona con las dos variables de vulnerabilidad, que se dan en mayor medida, y con la percepción de falta de apoyo económico y de valoración de las personas con las que se ha convivido hasta los 18 años (Tabla 72).

**Tabla 73**

*Variables predictoras que se relacionan de manera significativa con la exposición a violencia de género*

	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	Presencia en el grupo de mayor rango medio
Penuria	1662,500	,000	Sí
Número de Clases de Ayuda por Vulnerabilidad	1937,000	,002	Sí
Apoyo económico de la red social de la niñez	1719,000	,001	No
Apoyo emocional de la red social de la niñez	1639,500	,001	No
Apoyo mediante valoración de la red social de la niñez	1509,500	,000	No
Apoyo mediante consejo de la red social de la niñez	1629,500	,001	No
Apoyo económico de la red social de la edad adulta	1750,000	,001	No
Preferencia por la independencia con las figuras de apego	2012,000	,008	Sí

La *exposición a la violencia de género* en la infancia es otra de las adversidades que se relaciona con las variables de vulnerabilidad y la percepción de escaso apoyo de todo tipo recibido por parte de la familia de origen y falta de apoyo económico de la red actual y mayor preferencia por la independencia (Tabla 73).

**Tabla 74**

*Variables predictoras que se relacionan de manera significativa con el consumo de alcohol y drogas de un conviviente*

	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	Presencia en el grupo de mayor rango medio
Penuria	2383,000	,000	Sí
Número de Clases de Ayuda por Vulnerabilidad	1870,500	,000	Sí
Reevaluación para lograr regulación emocional	2803,000	,031	No
Apoyo económico de la red social de la niñez	1827,000	,000	No
Apoyo emocional de la red social de la niñez	2166,000	,000	No
Apoyo mediante valoración de la red social de la niñez	2414,500	,004	No
Apoyo mediante consejo de la red social de la niñez	2424,500	,005	No
Apoyo Económico de la red social de la edad adulta	2698,500	,020	No
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	2713,500	,011	Sí

Que un conviviente haya tenido *problemas con el consumo de alcohol o drogas* se ha relacionado con la presencia de vulnerabilidad a través de la penuria y ayudas recibidas, con un menor uso de la reevaluación para lograr la regulación emocional, con la falta de apoyo de todo tipo por la familia de origen y de apoyo económico por la red actual y mayor temor al rechazo y al abandono con las figuras de apego (Tabla 74).

**Tabla 75**

*Variables predictoras que se relacionan de manera significativa con el trastorno mental o suicidio de un conviviente*

	U de Mann-Whitney	Sig. asintót. (bilateral)	Presencia en el grupo de mayor rango medio
Penuria	2253,500	,000	Sí
Número de Clases de Ayuda por Vulnerabilidad	2544,000	,002	Sí
Apoyo económico de la red social de la niñez	2480,000	,006	No
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	2746,500	,020	Sí

El *trastorno mental o suicidio* de un conviviente se ha relacionado con las variables de vulnerabilidad, la percepción de escaso apoyo económico de la familia de origen y el temor al rechazo y al abandono con las figuras de apego (Tabla 75).

**Tabla 76**

*Variables predictoras que se relacionan de manera significativa con el encarcelamiento de un miembro de la familia*

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)	Presencia en el grupo de mayor rango medio
Número de Clases de Ayuda por Vulnerabilidad	928,500	11954,500	-2,921	,003	Sí
Reevaluación para lograr regulación emocional	1002,000	1212,000	-2,345	,019	No
Autocrítica como estilo de afrontamiento	890,500	10206,500	-2,503	,012	Sí
Apoyo económico de la red social de la niñez	738,500	928,500	-3,417	,001	No
Apoyo emocional de la red social de la niñez	872,500	1043,500	-2,306	,021	No
Apoyo mediante valoración de la red social de la niñez	911,500	1082,500	-2,118	,034	No

Finalmente, el *encarcelamiento de un miembro de la familia* se ha relacionado con recibir ayudas institucionales, un menor uso de la reevaluación para lograr la regulación emocional, mayor uso de la autocrítica como estilo de afrontamiento y menor percepción de apoyo económico, emocional y valoración por parte de la red social de convivencia anterior a los 18 años (Tabla 76).

De los datos expuestos también podemos concluir que los tipos de adversidad que se han relacionado significativamente con un mayor número de las variables son el *maltrato físico* y la *negligencia emocional*, asociadas a doce de las variables predictoras. En segundo lugar, están el *maltrato emocional*, la *negligencia física* y el *consumo de drogas o alcohol de un conviviente* (nueve variables). Las siguientes adversidades se relacionan con un menor nú-

mero de estas variables: *exposición a violencia de género* (ocho), *encarcelamiento de un conviviente* (seis), *abuso sexual* (cinco), *trastorno mental o suicidio de convivientes y separación o muerte de progenitores* (cuatro).

Veremos con más detalle cuáles son las variables predictoras en las que influyen cada una de las experiencias adversas en la infancia. Los datos resumidos se recogen en la Tabla 77.

**Tabla 77**  
*Resumen de las variables predictoras retenidas en las ecuaciones de regresión finales en las que influyen las ACEs*

	Variable	Rango medio del No	Rango medio del Sí	Sig.
Edad	NINGUNA			
Penuria	Maltrato psicológico (1)	71,25	98,07	,000
	Maltrato físico (2)	73,39	101,25	,000
	Abuso sexual (3)	79,47	101,71	,007
	Negligencia emocional (4)	77,13	92,61	,025
	Negligencia física (5)	79,94	118,23	,000
	Separación o muerte de un/a progenitor/a (6)	75,66	98,16	,001
	Exposición a violencia de género (7)	75,91	108,72	,000
	Problemas con alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)	73,08	99,36	,000
	Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)	72,23	101,26	,000
Número de Clases de Ayudas Institucionales	Maltrato emocional (1)	70,36	98,98	,000
	Maltrato físico (2)	72,56	102,49	,000
	Negligencia física (5)	81,41	107,35	,015
	Separación o muerte de un/a progenitor/a (6)	73,60	101,35	,000
	Exposición a violencia de género (7)	78,12	102,48	,002
	Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)	67,69	106,38	,000
	Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)	75,23	97,17	,002
	Encarcelamiento de un/a progenitor/a (10)	80,77	112,08	,003
Reevaluación para lograr regulación emocional	Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)	91,68	75,38	,031
	Encarcelamiento de un/a progenitor/a (10)	87,73	60,60	,019
Supresión para lograr regulación emocional	Abuso sexual (3)	80,30	98,87	,038
	Negligencia emocional (4)	73,51	96,88	,002
Pensamiento desiderativo como estilo de afrontamiento	Maltrato físico (2)	72,25	87,73	,035
	Abuso sexual (3)	72,93	97,07	,005
Reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento	NINGUNA			
Retirada social como estilo de afrontamiento	Negligencia emocional (4)	66,35	91,97	,000
Apoyo mediante valoración de la red social de la niñez	Maltrato emocional (1)	57,32	57,24	,000
	Maltrato físico (2)	95,48	61,14	,000
	Negligencia emocional (4)	103,98	56,84	,000
	Negligencia física (5)	86,78	45,79	,000
	Separación o muerte de un/a progenitor/a (6)	88,41	72,09	,028
	Exposición a violencia de género (7)	90,13	57,82	,000
	Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)	91,26	70,01	,004
	Encarcelamiento de un/a progenitor/a (10)	84,71	60,14	,034
	Maltrato emocional (1)	91,56	75,44	,029

	Variable	Rango medio del No	Rango medio del Sí	Sig.
Apoyo económico de la red social de la edad adulta	Maltrato físico (2)	90,44	73,24	,022
	Negligencia emocional (4)	91,42	74,78	,024
	Negligencia física (5)	87,25	56,15	,006
	Exposición a violencia de género (7)	91,16	62,27	,001
	Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)	91,17	73,97	,020
Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	Maltrato emocional (1)	72,02	98,45	,000
	Maltrato físico (2)	75,97	98,75	,003
	Abuso sexual (3)	80,94	99,00	,045
	Negligencia emocional (4)	69,69	102,04	,000
	Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)	76,56	95,83	,011
	Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)	77,53	95,32	,020
Deseo de cercanía con las figuras de apego	NINGUNA			

En la tabla vemos que la *penuria* es la variable asociada con mayor número de adversidades infantiles, nueve de diez. Salvo el encarcelamiento de un conviviente, todas tienen una relación estadísticamente significativa con esta variable vinculada a la vulnerabilidad. Las que presentan mayor nivel de significación en relación a la penuria son el maltrato emocional, el maltrato físico, la negligencia física, la exposición a violencia de género, los problemas de alcohol y drogas y el trastorno mental o suicidio de los cuidadores. Es decir, estas adversidades parecen estar relacionadas con las posibilidades de las personas de tener unos niveles mínimos de ingresos que permitan prevenir la pobreza o la exclusión.

El *número de clases de ayudas* institucionales recibidas se relaciona con ocho de las adversidades señaladas. Este indicador de vulnerabilidad socioeconómica se relaciona con el maltrato emocional y físico, la negligencia física, la separación o muerte de progenitores, la exposición a violencia de género, los problemas de alcohol o drogas, el trastorno mental o suicidio y el encarcelamiento de convivientes. Esto implica que la necesidad de recibir ayudas para cubrir necesidades básicas es mayor en las personas que han vivido las adversidades indicadas.

En cuanto a las estrategias de regulación emocional, la *reevaluación* se asocia con los problemas de alcohol o drogas y el encarcelamiento de convivientes, siendo una estrategia empleada en menor medida por las personas que han vivido estas circunstancias. La estrategia de *supresión para lograr la regulación* se ha relacionado el abuso sexual y la negligencia emocional, indicando los datos que quienes han sufrido estos malos tratos utilizan más esta estrategia para regularse que quienes no.

Respecto a los estilos de afrontamiento en situaciones de estrés, las estrategias retenidas en las ecuaciones finales que tienen una relación estadísticamente significativa con algún tipo de adversidad infantil son el *pensamiento desiderativo* y la *retirada social*. El pensamiento desiderativo se considera un estilo de manejo desadaptativo centrado en el problema por el que se trata de evitar el estrés pensando en una realidad alternativa y se observa un uso mayor en las personas que refieren haber sufrido maltrato físico y abuso sexual. La retirada social, también considerada una estrategia de manejo inadecuada centrada en la emoción se ha relacionado con haber experimentado negligencia emocional.

En lo referido al apoyo social recibido en la actualidad por parte de las personas con las que se ha convivido antes de los 18 años, el *apoyo mediante valoración* se ha relacionado con siete de las adversidades señaladas, que son el maltrato físico, la negligencia emocional y física, la separación o muerte de los progenitores, la exposición a la violencia de género, los problemas de alcohol o drogas y el encarcelamiento de convivientes. Por tanto, estos tipos de adversidades se relacionan con recibir, en todos los casos, menor valoración por parte de las personas con las que se ha convivido en los primeros años.

Otra categoría de apoyo social, el *económico recibido por la red social sin convivencia antes de la edad adulta*, también se relaciona con gran parte de las adversidades. En este caso el maltrato emocional y físico, la negligencia emocional y física, la exposición a violencia de género y los problemas de alcohol o drogas de convivientes se han relacionado con recibir menor apoyo económico por parte de las personas de la red actual del adulto.

También se ha relacionado con seis tipologías de adversidades la escala de *temor al rechazo y el abandono con las figuras de apego*, asociada a las experiencias de maltrato emocional y físico, abuso sexual, negligencia emocional, problemas de alcohol o drogas y el trastorno mental o suicidio de los convivientes. El temor al rechazo y al abandono es mayor en adultos que han experimentado cualquiera de estas adversidades, con una relación muy elevada con las que implican maltrato o negligencia emocional.

El *deseo de cercanía con las figuras de apego*, sin embargo, es un estilo de apego que no se ha relacionado con ninguna adversidad específica.

En las tablas 78 a 84 se hace una síntesis de toda la información obtenida en el estudio. Las variables predictoras que aparecen en las ecuaciones finales de regresión se marcan en negrita, al igual que los coeficientes beta de las ecuaciones finales.

**Tabla 78**

*Cuadro resumen de la cuantificación de las relaciones directas e indirectas de la calidad de vida relativa a la salud física*

Bloque	Variable predictora	Beta bloques	Beta final R <sup>2</sup> = ,323	Experiencias adversas relacionadas a través de las variables predictoras			
				Variable	Rango medio del No	Rango medio del Sí	Sig.
1 R <sup>2</sup> =,118	<b>Edad</b>	-,274	<b>-,266</b>	<i>Ninguna</i>			
	Número de tipos de experiencias adversas vividas en la infancia	-,213		<i>Todas</i>			
2 R <sup>2</sup> =,047	<b>Penuria</b>	-,218	<b>-,151</b>	<i>Maltrato emocional (1)</i>	71,25	98,07	,000
				<i>Maltrato físico (2)</i>	73,39	101,25	,000
				<i>Abuso sexual (3)</i>	79,47	101,71	,007
				<i>Negligencia emocional (4)</i>	77,13	92,61	,025
				<i>Negligencia física (5)</i>	79,94	118,23	,000
				<i>Separación o muerte de un progenitor (6)</i>	75,66	98,16	,001
				<i>Exposición a violencia de género (7)</i>	75,91	108,72	,000
				<i>Problemas con alcohol o drogas de un progenitor</i>	73,08	99,36	,000
3 R <sup>2</sup> =,219	<b>Pensamiento desiderativo como estilo de afrontamiento</b>	-,248	<b>-,185</b>	<i>Maltrato físico (2)</i>	72,25	87,73	,035
				<i>Abuso sexual (3)</i>	72,93	97,07	,005
				<i>Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)</i>	91,68	75,38	,031
				<i>Encarcelamiento de un/a progenitor/a (10)</i>	87,73	60,60	,019
				<i>Negligencia emocional (4)</i>	66,35	91,97	,000
	<b>Retirada Social como estilo de afrontamiento</b>	-,223	<b>-,220</b>	<i>Ninguna</i>			
	<b>Reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento</b>	,171	<b>,195</b>	<i>Ninguna</i>			
4 R <sup>2</sup> =175	<b>Apoyo económico de personas no convivientes antes de la edad adulta</b>	,242	<b>,140</b>	<i>Maltrato emocional (1)</i>	91,76	55,44	,029
				<i>Maltrato físico (2)</i>	90,44	73,24	,022
				<i>Negligencia emocional (4)</i>	91,42	74,78	,024
				<i>Negligencia física (5)</i>	87,25	56,15	,006

Bloque	Variable predictora	Beta bloques	Beta final R <sup>2</sup> = ,323	Experiencias adversas relacionadas a través de las variables predictoras				
				Variable	Rango medio del No	Rango medio del Sí	Sig.	
				<i>Exposición a violencia de género (7)</i>	91,16	62,27	,001	
				<i>Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)</i>	91,17	73,97	,020	
				<i>Maltrato emocional (1)</i>	72,02	98,45	,000	
	Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	-,244			<i>Maltrato físico (2)</i>	75,97	98,75	,003
					<i>Abuso sexual (3)</i>	80,94	99,00	,045
					<i>Negligencia emocional (4)</i>	69,69	102,04	,000
					<i>Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)</i>	76,56	95,83	,011
					<i>Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)</i>	77,53	95,32	,020
	Deseo de cercanía con las figuras de apego	,153		<i>Ninguna</i>				



**Tabla 79**

*Cuadro resumen de la cuantificación de las relaciones directas e indirectas de la calidad de vida psicológica*

Bloque	Variable predictora	Beta bloques	Beta final R <sup>2</sup> = ,364	Experiencias adversas relacionadas a través de las variables predictoras			
				Variable	Rango medio del No	Rango medio del Sí	Sig.
1 R <sup>2</sup> =,043	Número de tipos de experiencias adversas vividas en la infancia	-,207		<i>Todas</i>			
2	NINGUNA						
3 R <sup>2</sup> =,219	<b>Supresión para lograr regulación emocional</b>	-,215	<b>-,146</b>	<i>Abuso sexual (3)</i>	80,30	98,87	,038
				<i>Negligencia emocional (4)</i>	73,51	96,88	,002
	<b>Reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento</b>	,218	<b>,253</b>	<i>Ninguna</i>			
	<b>Retirada social como estilo de afrontamiento</b>	-,208	<b>-,150</b>	<i>Negligencia emocional (4)</i>	66,35	91,97	,000
	Resolución de problemas como estilo de afrontamiento	,166		<i>Ninguna</i>			
4 R <sup>2</sup> =,280	<b>Apoyo mediante valoración de personas no convivientes antes de la edad adulta</b>	,279	<b>,231</b>	<i>Maltrato emocional (1)</i>	105,29	57,24	,000
				<i>Maltrato físico (2)</i>	95,48	61,14	,000
				<i>Negligencia emocional (4)</i>	103,98	56,84	,000
				<i>Negligencia física (5)</i>	86,78	45,79	,000
				<i>Separación o muerte de un/a progenitor/a (6)</i>	88,41	72,09	,028
				<i>Exposición a violencia de género (7)</i>	90,13	57,82	,000
				<i>Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)</i>	91,26	70,01	,004
				<i>Encarcelamiento de un/a progenitor/a (10)</i>	84,71	60,14	,034
	<b>Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego</b>	-,324	<b>-,242</b>	<i>Maltrato emocional (1)</i>	72,02	98,45	,000
				<i>Maltrato físico (2)</i>	75,97	98,75	,003
				<i>Abuso sexual (3)</i>	80,94	99,00	,045
				<i>Negligencia emocional (4)</i>	69,69	102,04	,000
				<i>Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)</i>	76,56	95,83	,011
				<i>Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)</i>	77,53	95,32	,020
Deseo de cercanía de las figuras de apego	,182		<i>Ninguna</i>				

**Tabla 80**

*Cuadro resumen de la cuantificación de las relaciones directas e indirectas del afecto positivo*

Bloque	Variable predictora	Beta bloques	Beta final R <sup>2</sup> =.322	Experiencias adversas relacionadas a través de las variables predictoras				
				Variable	Rango medio del No	Rango medio del Sí	Sig.	
1 R <sup>2</sup> =.028	Número de tipos de experiencias adversas vividas en la infancia	-,168		<i>Todas</i>				
2 R <sup>2</sup> =.029	Penuria	-,170		<i>Maltrato psicológico (1)</i>	71,25	98,07	,000	
				<i>Maltrato físico (2)</i>	73,39	101,25	,000	
				<i>Abuso sexual (3)</i>	79,47	101,71	,007	
				<i>Negligencia emocional (4)</i>	77,13	92,61	,025	
				<i>Negligencia física (5)</i>	79,94	118,23	,000	
				<i>Separación o muerte de un/a progenitor/a (6)</i>	75,66	98,16	,001	
				<i>Exposición a violencia de género (7)</i>	75,91	108,72	,000	
				<i>Problemas con alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)</i>	73,08	99,36	,000	
3 R <sup>2</sup> =.266	<b>Retirada social como estilo de afrontamiento</b>	-,239	<b>-,167</b>	<i>Negligencia emocional (4)</i>	66,35	91,97	,000	
	<b>Reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento</b>	,225	<b>,254</b>	<i>Ninguna</i>				
	Reevaluación para lograr regulación emocional	,232			<i>Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)</i>	91,68	75,38	,031
					<i>Encarcelamiento de un/a progenitor/a (10)</i>	87,73	60,60	,019
	Supresión para lograr regulación emocional	-,233			<i>Abuso sexual (3)</i>	80,30	98,87	,038
					<i>Negligencia emocional (4)</i>	73,51	96,88	,002
4 R <sup>2</sup> =.244	<b>Apoyo mediante valoración de personas no convivientes antes de la edad adulta</b>	,190	<b>,152</b>	<i>Maltrato emocional (1)</i>	91,33	74,77	,024	
				<i>Maltrato físico (2)</i>	91,37	70,76	,006	
				<i>Negligencia emocional (4)</i>	91,14	73,92	,019	
	<b>Deseo de cercanía de las figuras de apego</b>	,306	<b>,240</b>	<i>Ninguna</i>				
	<b>Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego</b>	-,270	<b>-,225</b>		<i>Maltrato emocional (1)</i>	72,02	98,45	,000
					<i>Maltrato físico (2)</i>	75,97	98,75	,003
					<i>Abuso sexual (3)</i>	80,94	99,00	,045
					<i>Negligencia emocional (4)</i>	69,69	102,04	,000
				<i>Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)</i>	76,56	95,83	,011	



**Tabla 81**

*Cuadro resumen de la cuantificación de las relaciones directas e indirectas del afecto negativo*

Bloque	Variable predictora	Beta bloques	Beta final R <sup>2</sup> =,450	Experiencias adversas relacionadas a través de las variables predictoras			
				Variable	Rango medio del No	Rango medio del Sí	Sig.
1 R <sup>2</sup> =,129	Número de tipos de experiencias adversas vividas en la infancia	,254		<i>Todas</i>			
	Género	,228	<b>,180</b> (mayor en mujeres)				
2	Ninguna						
3 R <sup>2</sup> =,367	<b>Pensamiento desiderativo como estilo de afrontamiento</b>	,377	<b>,261</b>	<i>Maltrato físico (2)</i>	72,25	87,73	,035
				<i>Abuso sexual (3)</i>	72,93	97,07	,005
	<b>Retirada social como estilo de afrontamiento</b>	,274	<b>,245</b>	<i>Negligencia emocional (4)</i>	66,35	91,97	,000
	Reevaluación para lograr regulación emocional	-,223	<b>-,154</b>	<i>Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)</i>	91,68	75,38	,031
				<i>Encarcelamiento de un/a progenitor/a (10)</i>	87,73	60,60	,019
<b>Reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento</b>	-,146	<b>-,175</b>	<i>Ninguna</i>				
4 R <sup>2</sup> =,290	<b>Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego</b>	,493	<b>,254</b>	<i>Maltrato emocional (1)</i>	72,02	98,45	,000
				<i>Maltrato físico (2)</i>	75,97	98,75	,003
				<i>Abuso sexual (3)</i>	80,94	99,00	,045
				<i>Negligencia emocional (4)</i>	69,69	102,04	,000
				<i>Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)</i>	76,56	95,83	,011
				<i>Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)</i>	77,53	95,32	,020
	Deseo de cercanía de las figuras de apego	-,262		<i>Ninguna</i>			

**Tabla 82**

*Cuadro resumen de la cuantificación de las relaciones directas e indirectas del índice de severidad global*

Bloque	Variable predictora	Beta bloques	Beta final R <sup>2</sup> = ,525	Experiencias adversas relacionadas a través de las variables predictoras			
				Variable	Rango medio del No	Rango medio del Sí	Sig.
1 R <sup>2</sup> = ,122	Número de tipos de experiencias adversas vividas en la infancia	,285		Todas			
	Género	,174	,142 mayor en mujeres				
2 R <sup>2</sup> = ,069	Penuria	,263		Maltrato psicológico (1)	71,25	98,07	,000
				Maltrato físico (2)	73,39	101,25	,000
				Abuso sexual (3)	79,47	101,71	,007
				Negligencia emocional (4)	77,13	92,61	,025
				Negligencia física (5)	79,94	118,23	,000
				Separación o muerte de un/a progenitor/a (6)	75,66	98,16	,001
				Exposición a violencia de género (7)	75,91	108,72	,000
				Problemas con alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)	73,08	99,36	,000
				Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)	72,23	101,26	,000
3 R <sup>2</sup> = ,426	Retirada social como estilo de afrontamiento	,279	,297	Negligencia emocional (4)	66,35	91,97	,000
	Pensamiento desiderativo como estilo de afrontamiento	,312	,202	Maltrato físico (2)	72,25	87,73	,035
	Reevaluación para lograr regulación emocional	-,276	-,152	Abuso sexual (3)	72,93	97,07	,005
				Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)	91,68	75,38	,031
	Reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento	-,181	-,223	Encarcelamiento de un/a progenitor/a (10)	87,73	60,60	,019
	Supresión para lograr regulación emocional	,161		Ninguna			
				Abuso sexual (3)	80,30	98,87	,038
			Negligencia emocional (4)	73,51	96,88	,002	
4 R <sup>2</sup> = ,326	Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	,546	,321	Maltrato emocional (1)	72,02	98,45	,000
				Maltrato físico (2)	75,97	98,75	,003
				Abuso sexual (3)	80,94	99,00	,045
				Negligencia emocional (4)	69,69	102,04	,000
				Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)	76,56	95,83	,011

Bloque	Variable predictora	Beta bloques	Beta final R <sup>2</sup> = ,525	Experiencias adversas relacionadas a través de las variables predictoras			
				Variable	Rango medio del No	Rango medio del Sí	Sig.
				<i>Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)</i>	77,53	95,32	,020
	Deseo de cercanía de las figuras de apego	-,220		<i>Ninguna</i>			

**Tabla 83**

*Cuadro resumen de la cuantificación de las relaciones directas e indirectas de la disociación total*

Bloque	Variable predictora	Beta bloques	Beta final R <sup>2</sup> = ,149	Experiencias adversas relacionadas a través de las variables predictoras			
				Variable	Rango medio del No	Rango medio del Sí	Sig.
1 R <sup>2</sup> = ,058	Número de tipos de experiencias adversas vividas en la infancia	,242		Todas			
2 R <sup>2</sup> = ,031	Penuria	,176		Maltrato psicológico (1)	71,25	98,07	,000
				Maltrato físico (2)	73,39	101,25	,000
				Abuso sexual (3)	79,47	101,71	,007
				Negligencia emocional (4)	77,13	92,61	,025
				Negligencia física (5)	79,94	118,23	,000
				Separación o muerte de un/a progenitor/a (6)	75,66	98,16	,001
				Exposición a violencia de género (7)	75,91	108,72	,000
				Problemas con alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)	73,08	99,36	,000
				Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)	72,23	101,26	,000
3 R <sup>2</sup> = ,027	Reevaluación para lograr regulación emocional	-,276		Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)	91,68	75,38	,031
				Encarcelamiento de un/a progenitor/a (10)	87,73	60,60	,019
4 R <sup>2</sup> = ,149	<b>Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego</b>	,305	<b>,305</b>	Maltrato emocional (1)	72,02	98,45	,000
				Maltrato físico (2)	75,97	98,75	,003
				Abuso sexual (3)	80,94	99,00	,045
				Negligencia emocional (4)	69,69	102,04	,000
				Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)	76,56	95,83	,011
				Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)	77,53	95,32	,020
	Apoyo económico de personas no convivientes antes de la edad adulta	-,169	<b>-,169</b>	Maltrato emocional (1)	91,76	55,44	,029
				Maltrato físico (2)	90,44	73,24	,022
				Negligencia emocional (4)	91,42	74,78	,024
				Negligencia física (5)	87,25	56,15	,006
				Exposición a violencia de género (7)	91,16	62,27	,001
				Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)	91,17	73,97	,020

**Tabla 84**

*Cuadro resumen de la cuantificación de las relaciones directas e indirectas de la satisfacción con la vida*

Bloque	Variable predictora	Beta bloques	Beta final R <sup>2</sup> =.416	Experiencias adversas relacionadas a través de las variables predictoras			
				Variable	Rango medio del No	Rango medio del Sí	Sig.
1 R <sup>2</sup> =.111	Número de tipos de experiencias adversas vividas en la infancia	-,334		Todas			
2 R <sup>2</sup> =.120	Número de ayudas administrativas	-,347	-,231	Maltrato emocional (1)	70,36	98,98	,000
				Maltrato físico (2)	72,56	102,49	,000
				Negligencia física (5)	81,41	107,35	,015
				Separación o muerte de un/a progenitor/a (6)	73,60	101,35	,000
				Exposición a violencia de género (7)	78,12	102,48	,002
				Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)	67,69	106,38	,000
				Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)	75,23	97,17	,002
				Encarcelamiento de un/a progenitor/a (10)	80,77	112,08	,003
3 R <sup>2</sup> =.311	Retirada social como estilo de afrontamiento	-,240		Negligencia emocional (4)	66,35	91,97	,000
	Reestructuración cognitiva como estilo de afrontamiento	,210	,202	Ninguna			
	Pensamiento desiderativo como estilo de afrontamiento	-,238	-,160	Maltrato físico (2)	72,25	87,73	,035
				Abuso sexual (3)	72,93	97,07	,005
	Reevaluación para lograr la regulación emocional	-,162		Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)	91,68	75,38	,031
4 R <sup>2</sup> =.415	Temor al rechazo o al abandono con las figuras de apego	-,343	-,273	Encarcelamiento de un/a progenitor/a (10)	87,73	60,60	,019
				Maltrato emocional (1)	72,02	98,45	,000
				Maltrato físico (2)	75,97	98,75	,003
				Abuso sexual (3)	80,94	99,00	,045
				Negligencia emocional (4)	69,69	102,04	,000
	Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)	76,56	95,83	,011			
	Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)	77,53	95,32	,020			
	Apoyo mediante valoración del núcleo de convivientes previo a la edad adulta	,271	,192	Maltrato emocional (1)	105,29	57,24	,000
			Maltrato físico (2)	95,48	61,14	,000	



Bloque	Variable predictora	Beta bloques	Beta final R <sup>2</sup> = ,416	Experiencias adversas relacionadas a través de las variables predictoras			
				Variable	Rango medio del No	Rango medio del Sí	Sig.
				<i>Negligencia emocional (4)</i>	103,98	56,84	,000
				<i>Negligencia física (5)</i>	86,78	45,79	,000
				<i>Separación o muerte de un/a progenitor/a (6)</i>	88,41	72,09	,028
				<i>Exposición a violencia de género (7)</i>	90,13	57,82	,000
				<i>Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)</i>	91,26	70,01	,004
				<i>Encarcelamiento de un/a progenitor/a (10)</i>	84,71	60,14	,034
	<b>Deseo de cercanía con las figuras de apego</b>	,227	<b>,185</b>	<i>Ninguna</i>			

### Cuadro 14

*Relaciones directas e indirectas de las experiencias tempranas adversas con la calidad de vida, los afectos, las manifestaciones de disfunción, la disociación y la satisfacción con la vida*

<b>Variable criterio</b>	<b>Relaciones directas con experiencias adversas</b>	<b>Relaciones a través de las variables predictoras</b>
Calidad de la Salud Física		<i>Maltrato emocional (1)</i>
		<i>Maltrato físico (2)</i>
		<i>Abuso sexual (3)</i>
	Negligencia emocional (4)	<i>Negligencia emocional (4)</i>
	Negligencia Física (5)	<i>Negligencia física (5)</i>
		<i>Separación o muerte de un progenitor (6)</i>
		<i>Exposición a violencia de género (7)</i>
		<i>Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)</i>
	Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)	<i>Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)</i>
		<i>Encarcelamiento de un/a progenitor/a (10)</i>
Calidad de la Salud Psicológica	Maltrato emocional (1)	<i>Maltrato emocional (1)</i>
		<i>Maltrato físico (2)</i>
		<i>Abuso sexual (3)</i>
	Negligencia emocional (4)	<i>Negligencia emocional (4)</i>
	Negligencia Física (5)	<i>Negligencia física (5)</i>
		<i>Separación o muerte de un/a progenitor/a (6)</i>
		<i>Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)</i>
	Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)	<i>Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)</i>
		<i>Encarcelamiento de un/a progenitor/a (10)</i>
	Afectos Positivos	
		<i>Maltrato físico (2)</i>
Abuso sexual (3)		<i>Abuso sexual (3)</i>
Negligencia emocional (4)		<i>Negligencia emocional (4)</i>
		<i>Negligencia física (5)</i>
		<i>Separación o muerte de un/a progenitor/a (6)</i>
		<i>Exposición a violencia de género (7)</i>
		<i>Problemas con alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)</i>
Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)		<i>Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)</i>
		<i>Encarcelamiento de un/a progenitor/a (10)</i>
Afectos Negativos	Maltrato emocional (1)	<i>Maltrato emocional (1)</i>
	Maltrato Físico (2)	<i>Maltrato físico (2)</i>

<b>Variable criterio</b>	<b>Relaciones directas con experiencias adversas</b>	<b>Relaciones a través de las variables predictoras</b>
	Abuso sexual (3)	<i>Abuso sexual (3)</i>
	Negligencia emocional (4)	<i>Negligencia emocional (4)</i>
		<i>Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)</i>
	Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)	<i>Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)</i>
	<i>Encarcelamiento de un/a progenitor/a (10)</i>	
Índice de severidad global	Maltrato emocional (1)	<i>Maltrato psicológico (1)</i>
	Maltrato Físico (2)	<i>Maltrato físico (2)</i>
		<i>Abuso sexual (3)</i>
	Negligencia emocional (4)	<i>Negligencia emocional (4)</i>
		<i>Negligencia física (5)</i>
		<i>Separación o muerte de un/a progenitor/a (6)</i>
		<i>Exposición a violencia de género (7)</i>
		<i>Problemas con alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)</i>
	Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)	<i>Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)</i>
	<i>Encarcelamiento de un/a progenitor/a (10)</i>	
Disociación total	Maltrato emocional (1)	<i>Maltrato psicológico (1)</i>
		<i>Maltrato físico (2)</i>
		<i>Abuso sexual (3)</i>
		<i>Negligencia emocional (4)</i>
		<i>Negligencia física (5)</i>
		<i>Separación o muerte de un/a progenitor/a (6)</i>
		<i>Exposición a violencia de género (7)</i>
		<i>Problemas con alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)</i>
		<i>Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)</i>
Satisfacción con la vida	Maltrato emocional (1)	<i>Maltrato emocional (1)</i>
	Maltrato Físico (2)	<i>Maltrato físico (2)</i>
		<i>Abuso sexual (3)</i>
		<i>Negligencia emocional (4)</i>
	Negligencia emocional (4)	<i>Negligencia física (5)</i>
		<i>Separación o muerte de un progenitor (6)</i>
		<i>Exposición a violencia de género (7)</i>
		<i>Problemas de alcohol o drogas de un/a progenitor/a (8)</i>

<b>Variable criterio</b>	<b>Relaciones directas con experiencias adversas</b>	<b>Relaciones a través de las variables predictoras</b>
	Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)	<i>Trastorno mental o suicidio de un/a progenitor/a (9)</i>
	Encarcelamiento de un/a progenitor/a (10)	<i>Encarcelamiento de un/a progenitor/a (10)</i>

## 9.5. DISCUSIÓN

Esta investigación se apoya en las bases que aporta el estudio de las experiencias adversas en la infancia, un campo en continuo avance y expansión cuya finalidad principal ha sido mostrar los efectos en la salud de las vivencias de maltrato durante la infancia y la adolescencia. Los diversos estudios sobre el tema están teniendo resultados que confirman la necesidad de tener muy en cuenta esta perspectiva para mejorar las prácticas en el ámbito de la salud, tanto en la prevención como en la intervención, lo que repercutirá en la calidad de vida y bienestar de adultos y menores (Stephoe et al., 2019). Sin embargo, en algunos aspectos la provisionalidad de los conceptos es notoria. La propia definición “experiencias adversas” todavía varía de unos estudios a otros: incluyen diversas vivencias y no siempre se les atribuye la misma capacidad traumática. Aún se busca un consenso para establecer qué se considera una adversidad y cuándo una adversidad puede afectar al desarrollo (Finkelhor et al, 2013; 2015; McLaughlin, 2016). La evaluación de las ACEs con instrumentos de evaluación retrospectiva también da lugar a dudas. Se apunta que la información que se obtiene con ellos está muy lejos de ser fidedigna, a pesar de algunas pruebas de su validez, (Dube et al., 2004; Hardt y Rutter, 2004; Pinto et al., 2014; Reuben et al., 2016) y que los diseños deben ser mejorados (Widom, Raphael y DuMont, 2004).

Como estas cuestiones afectan a la interpretación de los resultados debemos empezar diciendo que lo que hemos hecho aquí es intentar averiguar si las personas que tienden a dar ciertas respuestas cuando se les pregunta sobre sobre la calidad de vida y los problemas psicológicos, tienden a dar también determinadas respuestas cuando se les pregunta por experiencias adversas durante la infancia y la adolescencia. No es una gran aspiración, efectivamente, y algunas de las preguntas, las de las experiencias adversas en particular son muy generales y heterogéneas, pero su tosquedad hace que lo que se obtiene con ellas tenga más grosor. Esta red debe de estar dejando escapar muchos sucesos menores de distintas especies, pero lo que atrapa ha de ser muy gordo.

Analizando la información proporcionada por los participantes en la investigación, se encuentra que hay una asociación no casual entre lo que responden a una clase y otra clase de preguntas. También hemos encontrado que las respuestas que dan sobre el modo en que intentan enfrentar adversidades y regular sus afectos, sobre su situación económica, sobre sus preferencias y expectativas en las relaciones cercanas y sobre el apoyo que espe-

ran de su red social se asocian de manera significativa con las respuestas que dan a las preguntas sobre calidad de vida y problemas psicológicos, pero también con las que dan a las preguntas sobre adversidades tempranas. ¿A qué se deben esas tendencias? Creemos que es verosímil afirmar que las personas han tendido a responder en función de sus recuerdos acerca de las experiencias de cada día y de los recuerdos de las experiencias de la primera parte de sus vidas. Y que hasta en los momentos de mayor escepticismo, es razonable pensar que las experiencias que influyen en que las personas respondamos de cierta manera cuando nos preguntan sobre experiencias adversas también influyen en que tendamos a responder de cierta manera a las preguntas sobre calidad de vida, estilo de afrontamiento, dificultades socioeconómicas y relaciones interpersonales. Nos inclinamos a pensar que, si existe algún método para establecer si unas variables psicológicas influyen sobre otras, efectivamente no es el método con el que hemos investigado, pero que, en cambio sí es un método que no impide afirmar que para las personas unas experiencias influyen sobre otras y que en las respuestas que hemos obtenido en esta investigación esas influencias se manifiestan. En psicología, habitualmente, solo se le da una credibilidad moderada a las investigaciones que relacionan las respuestas de las personas a distintos cuestionarios cuando pasan pocos minutos entre unas preguntas y otras (diseños transversales y de evaluación retrospectiva). Se le da mucha más cuando las predicciones conectan respuestas dadas con intervalos de meses o años (diseños longitudinales prospectivos) y, sin embargo, en un caso y otro tenemos que dar por sentado que las personas tienen unas experiencias de las que informan las respuestas si se relacionan entre sí de manera no azarosa.

Dicho esto, a lo largo de esta discusión nos vamos a permitir decir que lo que la gente ha vivido influye en lo que la gente cuenta y que algunas cosas que recuerdan haber vivido influyen de manera muy desfavorable en su presente y que también lo cuentan. En nuestra opinión lo que los resultados de esta investigación muestran es una parte de la gramática de las experiencias que la vida da a muchas personas. ¿De dónde proviene esa gramática? Como apunta McLaughlin (2016) conocer los caminos que van desde las experiencias adversas en la infancia y la adolescencia hasta los problemas físicos y psicológicos de los adultos, es de la mayor importancia para la práctica profesional ya que ese conocimiento es el que debe guiar la intervención. No vamos a encontrar las respuestas en la clase de investigación que hemos hecho. Tenemos que recurrir a los resultados de los estudios sobre psicología del desarrollo, sobre psicología social y sobre psicobiología que, apo-

yándose en la misma base de las manifestaciones de los sujetos y de las experiencias vitales de los investigadores, se generan mediante métodos experimentales y cuasi-experimentales.

Sin embargo, a pesar de la necesidad de mucha más investigación, el enfoque sobre las ACEs está produciendo cambios asistenciales valiosos. El reconocimiento del impacto de las adversidades tempranas en la salud ha llevado al crecimiento de movimientos de carácter global. Uno de ellos es *Trauma Informed Care* (TIC) o cuidados basados en el trauma informado, paradigma que impulsa el abordaje de los problemas de salud desde las pruebas del papel que juegan las vivencias adversas en su aparición. Conforme los resultados de la investigación se acumulan se piensa cada vez más en la necesidad de detectar tempranamente las adversidades que se originan en la vida cotidiana de las familias con el fin de prevenirlas o de amortiguar su impacto (Oral et al., 2016; Read, Harper, Tucker y Kennedy, 2018; Sweeney, Filson, Kennedy, Collinson y Gillard, 2018).

### **9.5.1. LA PREVALENCIA DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS**

Cuando realizamos los primeros análisis sobre la frecuencia de las *experiencias adversas en la infancia* en la muestra y las tipologías más prevalentes los resultados resultan abrumadores. Tomando como referencia el ACE Study (Felitti et al., 1998) y otros estudios de prevalencia (Bellis et al., 2019) los resultados obtenidos indican una presencia muy elevada de ACEs en la muestra. En el ACE Study también se indicaba que la exposición a cuatro o más categorías de ACEs predecía un riesgo significativamente mayor de problemas de salud y que quienes sufrían seis o más presentaban una esperanza de vida prácticamente dos décadas más corta que la observada en sujetos con una puntuación ACE igual a cero (Dube et al., 2001; Felitti y Anda, 2010). Esto resulta impactante si tenemos en cuenta que en la muestra analizada en nuestra investigación el 43.2% alcanzan la cifra de cuatro o más tipos de experiencias adversas y el 24.3% la de seis o más. Nos hemos preguntado por esta y creemos que puede deberse a que la investigación se ha realizado con una muestra heterogénea donde muchos de los participantes han sido reclutados en servicios asistenciales. Esta argumentación va en la línea de investigaciones donde se ha constatado la relación entre la adversidad infantil y peores condiciones socioeconómicas en la edad adulta (Currie y Widom, 2010; Metzler et al., 2017; Smith et al., 2018). Aun así, hay que recordar que los datos obtenidos en el ACE Study, con una frecuencia mucho menor de adversidades, ya fueron considerados llamativos por evidenciar que personas con condiciones de

vida supuestamente óptimas informaban de un número excesivo de estas experiencias negativas.

En la tipología de las ACEs también hemos encontrado diferencias notables con lo descrito en los documentos institucionales y en literatura científica. En este estudio las tipologías predominantes han sido las dos categorías de maltrato psicológico: el *maltrato emocional* y la *negligencia emocional*. Estas diferencias en los datos de incidencia pueden estar sustentadas, por un lado, por el hecho de que no todas las clasificaciones utilizan el mismo tipo de categorías quedando en ocasiones excluidas algunas tipologías y, por otro, que en nuestra sociedad se detecta más fácilmente el maltrato o la negligencia física que el maltrato y la negligencia psicológica, que puede ser muchísimo más frecuente de lo que se indica. Las instituciones de protección de menores pueden identificar e intervenir rápidamente cuando se trata de maltrato o negligencia física que cuando se trata de otro tipo de adversidades y esto repercute en la atención que se presta tanto en las investigaciones epidemiológicas como en los programas de intervención. Teniendo en cuenta que la detección del maltrato está vinculada a la posibilidad de que se pongan en marcha acciones protectoras y reparadoras de los daños, los menores expuestos a adversidades menos visibles como el maltrato emocional pueden estar en mayor riesgo de desprotección, de revictimización y de que las experiencias adversas se cronifiquen.

Respecto a la categoría de abuso sexual, nuestros resultados indican una frecuencia mucho más elevada que la detectada por los servicios de protección a la infancia, pero se acerca a la del estudio internacional que promueve la campaña internacional *One in Five* (Council of Europe, 2020) y sabemos que al menos uno de cada cinco menores sufre abuso sexual en su infancia y tan solo una proporción mínima reciben atención en el momento de sufrirla. La mayor parte de los abusos sexuales a la infancia continúan sin detectarse y tan solo cuando estos niños se convierten en adultos pueden contarlo a familiares o amigos o en consultas de psicoterapia. En nuestro estudio puede estar pasando eso, precisamente.

En las categorías definidas por el ACE Study como *household dysfunction* también obtenemos resultados de interés. Los problemas de consumo de alcohol o drogas o el trastorno mental o suicidio de alguno de los convivientes han sido las adversidades más frecuentes en la muestra después de las categorías señaladas de maltrato y negligencia emocional afectando a 4 de cada diez sujetos de la muestra. En el ACE Study los sujetos evaluados también señalaron con elevada frecuencia el problema del consumo de alcohol o drogas de un miembro de la familia.



Uno de cada cuatro participantes ha vivido en un hogar donde se da violencia de género. Estos datos son cercanos a los obtenidos en la macroencuesta de violencia contra la mujer (Delegación de Gobierno contra la violencia de género, 2020) y coincidentes con la incidencia de las investigaciones sobre niños expuestos a violencia de género (Diez, Fontanil, Gómez, Alonso y Ezama., 2017; Finkelhor, Turner, Ormrod y Hamby, 2007; McCloskey, 2011).

Respecto al número de adversidades sobre las que las personas informan, autores como Colman et al. (2016) o Reuben et al. (2016) indican que hay factores que pueden influir negativamente en el recuerdo, tendiendo algunos sujetos a informar en una segunda evaluación de más ACEs señaladas en una primera evaluación. Esto puede poner en duda la magnitud de las cifras, pero tal vez no porque se exagere, sino justo por lo contrario, porque hay una tendencia a informar de menos adversidades de las vividas por la dificultad para recordar experiencias infantiles que sucedieron bajo situaciones de amenaza o por subestimar su valor traumático y no considerarlas de importancia (Whithfield, 1998). En todo caso parece que es necesario preguntar directamente si queremos hacernos una idea sobre la clase de vida que han tenido las personas porque, si no, algunos tipos de maltrato y algunos tipos de adversidad asociados con problemas importantes de salud y bienestar no saldrán en la película (Read, Hammersley y Rudegeair, 2007).

### **9.5.2. VULNERABILIDAD ECONÓMICA Y EXPERIENCIAS ADVERSAS**

Algo más de la mitad de los participantes en nuestra investigación se encuentran en situación de *vulnerabilidad*. Esta circunstancia nos ha permitido estudiar el grado de asociación entre las adversidades tempranas y algunas variables socioeconómicas. Algunas investigaciones han situado la exclusión y la vulnerabilidad en la categoría de experiencias adversas, junto con el maltrato o la negligencia, por ejemplo (Nurius et al., 2012; Font y Maguire-Jack, 2015). En nuestro caso no la hemos evaluado como una adversidad temprana sino como una adversidad de la vida adulta.

Cuando se examinan los resultados obtenidos en este estudio se constata que un grupo de personas relativamente joven (41.04 años) y con formación académica en su mayoría presenta unos niveles considerables de vulnerabilidad. Y parece que el bienestar económico puede verse afectado también: los resultados muestran un número considerablemente mayor de experiencias adversas en el grupo vulnerable que en el no vulnerable (U Mann-Whitney de 1799, significativa al .000) y que, con la excepción del abuso sexual, el

resto de los tipos de adversidades aparecen asociadas de forma estadística significativamente a la vulnerabilidad. En otros estudios donde se comparan grupos por criterios de vulnerabilidad socioeconómica en relación a las ACEs se encuentran similares diferencias entre grupos. Por ejemplo, el estudio longitudinal de Shilling et al. (2007) mostró que la parte de muestra en desventaja socioeconómica informaba de tasas más elevadas de ACEs.

Si ponemos estos resultados en comparación con los obtenidos en el ACE Study, realizado con una muestra mayoritariamente de clase media, blanca, con estudios superiores y con acceso a seguro médico, podemos pensar que la adversidad pasada guarda relación con la penuria presente. El hecho de que las personas que informan de mayor número de tipos de maltrato en la infancia presenten mayores niveles de vulnerabilidad nos lleva a pensar que sufrir adversidades acarrea problemas socioeconómicos a la edad adulta o, como señalan Currie y Widom (2010), que existe un “efecto dominó” que se inicia con las adversidades familiares y el maltrato infantil y llega a otras etapas de la vida. Los resultados de esta investigación convergen con los obtenidos en otras relativas al impacto negativo de la adversidad infantil en las condiciones socioeconómicas de los adultos (Gilbert et al., 2009; Currie y Widom, 2010; Font y Maguire-Jack, 2015; Nurius et al., 2015; Nurius et al., 2016; Metzler et al., 2017; Smith et al., 2018).

Cuando examinamos no ya cómo se relacionan las ACEs con la vulnerabilidad, sino cómo se relaciona la vulnerabilidad económica con la calidad de la salud física, la psicológica, los afectos positivos y negativos, el índice de severidad global, la disociación total y la satisfacción con la vida de ambos grupos, los resultados confirman la hipótesis de que el grupo con niveles de ingresos por debajo del mínimo de 461,5 euros y/o apuros para adquirir bienes básicos tienen puntuaciones significativamente menores. Ha sido así salvo con una variable: los afectos negativos. Excepto en este punto los resultados coinciden con los de otras investigaciones que han relacionado las condiciones socioeconómicas desfavorables con problemas de salud mental y física (Read, 2010; Nurius et al., 2015; Nurius et al., 2016; Metzler et al., 2017).

Respecto a los resultados relacionados con la salud psicológica, destacamos que los registrados a través de los instrumentos de psicopatología (SA45) y disociación total (DES-II) informan de peores resultados que los obtenidos en la dimensión de calidad de salud psicológica autopercibida del WHOQOL-BREF. Por tanto, los sujetos del grupo vulnerable informan de más disfunción psíquica aunque su percepción de bienestar psicológico es ligeramente más elevado. En cualquier caso, los resultados han sido más negativos en

todas estas variables respecto al grupo no vulnerable. Las evidencias sobre relación entre pobreza y los problemas de salud mental han sido reconocidos por la OMS en el informe sobre salud mental, resiliencia y desigualdad que las tasas de enfermedad mental aumentaban a medida que el enriquecimiento de los países causaba más desigualdad por lo que explican los problemas de salud mental como consecuencia de esta y no en términos de patología individual (Friedli, 2019). Estas evidencias conducen al análisis acerca de qué explica esta relación. Read, Johnstone y Taitimu (2017) en su estudio sobre la relación entre psicosis y pobreza apuntan a varios factores de influencia entre ambas, concluyendo que no hay una explicación causal sencilla, mucho menos una biologicista. A pesar de esto inciden en las amplias evidencias que existen sobre el peso de la desigualdad, la privación y la discriminación, pasadas por el filtro de los significados sociales y personales son factores causales cruciales para explicarla. Esta interpretación resulta coincidente, en parte, con algunas conclusiones de nuestro estudio. No se ha pretendido aquí identificar los factores causales de los resultados obtenidos en variables como la psicopatología pero sí conocer la asociación entre las variables y determinar su influencia. Y como se ha visto, la de la condición de vulnerabilidad ha sido una de las más relevantes en este estudio.

Por tanto, las variables criterio, aquellas que se han señalado como el objetivo de la investigación, arrojan resultados más desfavorables para las personas en situación de vulnerabilidad en prácticamente todos los aspectos. Al relacionar estos datos con los que hemos obtenido sobre la frecuencia de las ACEs en los dos grupos disgregados por su situación económica podemos concluir que, de alguna manera, se dan la citadas “cadenas de riesgo” que conducen de la adversidad infantil a la vulnerabilidad y a peores resultados de calidad de salud física y psicológica y bienestar.

### **9.5.3. RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSA CON LA CALIDAD DE LA SALUD FÍSICA AUTOPERCIBIDA**

El coeficiente de correlación de Spearman entre el número de tipos de experiencias adversas que se cree haber afrontado y la calidad de vida psicológica es de -0,198 (significativo al 0,01).

Las ecuaciones de regresión por bloques (Tabla 78) muestran que, excluyendo la edad que, como era previsible, empeora la calidad de la salud percibida, las cuatro variables de regulación emocional y estilo de afrontamiento (*pensamiento desiderativo, retirada social, reestructuración cognitiva y reevaluación como estrategia de regulación emocional*,

por orden de importancia decreciente) son las que explican mejor la variación en la calidad de la salud (22% de la varianza). Las tres variables de apego y apoyo social (*temor al rechazo o al abandono, apoyo económico de la red social más reciente y deseo de cercanía con las figuras de apego*) explican el 17,5%, mientras que del bloque de la vulnerabilidad social sólo la penuria resulta predictiva y tan sólo explica un 5% de la varianza. Aun así, que la variable haya sido retenida en la ecuación final da a entender que la información proporcionada por esa variable no es una información que den el resto de las variables. Si tenemos en cuenta la presencia de estas variables (vulnerabilidad y relaciones interpersonales) se puede pensar en la relación que apuntan Fenney y Collins (2015a, 2015b) entre las carencias en las condiciones de vida y la ausencia de la doble función del apoyo como reductor del impacto ante el estrés y como facilitador del aprovechamiento de las oportunidades que se dan en situaciones favorables y que se considera que contribuyen a la mejora de la persona. Es decir, la falta de apoyos no solo supone un contratiempo ante la adversidad sino que es un elemento que tampoco ayuda a construir competencias en otras circunstancias. Los resultados de una mejor calidad de vida física asociada a la presencia de apoyo de todo tipo de la red actual apoya la idea de Pietromonaco y Collins (2017) sobre cómo este amortigua los efectos fisiológicos del estrés en el organismo al actuar la persona de apoyo actúa como una señal de seguridad implícita, reduciendo las percepciones de amenaza con consecuencias beneficiosas para la salud.

Yendo a la ecuación final la variable predictora que resulta tener más peso es la retirada social, y esta estrategia predomina en el grupo de personas que informan de que han experimentado negligencia emocional en su infancia y adolescencia. El rango medio de las puntuaciones en retirada social del grupo que informa de que no ha sufrido negligencia emocional es de 66,35, mientras que el rango medio de las puntuaciones del grupo que informa de que sí la ha sufrido es de 91,96, significativamente mayor con un nivel de confianza del ,000. Esta es la principal relación indirecta. La relación directa entre calidad de la salud física y la negligencia emocional da cifras muy parecidas, aunque invertidas. El rango medio en calidad de la salud del grupo que informa de que de no ha experimentado negligencia emocional es 98,37, mientras que el del grupo que sí la ha sufrido es de 70,13. Esto apunta a que la asunción de que haber sufrido negligencia emocional repercute tanto en la calidad de la salud física como en la tendencia a aislarse (retirada social) en situaciones estresantes. Diversos estudios han encontrado resultados en esta misma línea. Afifi et

al., (2007) señalan que sufrir maltrato y negligencia emocional se ha asociado con peor calidad de vida autopercebida; Min et al. (2013) encuentra relaciones de una peor salud autopercebida y enfermedades crónicas con el maltrato físico y emocional, los abusos sexuales y la negligencia física y emocional; y Nurius et al. (2015) señalan los efectos nocivos del estrés tóxico sufrido en etapas tempranas del desarrollo como un factor que deriva en estrés y menor calidad de vida autopercebida. El contrapeso más importante es la reestructuración cognitiva, que resulta no estar significativamente asociada a las experiencias adversas. El siguiente contrapeso por orden de importancia es el apoyo económico de personas con las que no se ha convivido antes de los 18 años. Esta variable parece mayor en los grupos en los que no se dan ni maltrato ni negligencia (física y emocional). Las preguntas sobre apoyo económico de personas que no pertenecen a la familia de origen resultan entonces particularmente esclarecedoras. Probablemente porque la amistad y el amor que incluye el apoyo económico es la más incondicional en nuestra cultura. Que la confianza en esa clase de apoyo tienda a darse menos en las personas que se juzgan maltratadas o desatendidas durante la infancia y la adolescencia resulta coherente con la idea de que el maltrato recibido en la familia de origen proyecta una sombra sobre las demás relaciones.

En cuanto a los apuros económicos, laborales y administrativos (el conjunto que hemos llamado “penuria”), su relación con las experiencias tempranas adversas resulta impresionante. Como, se dijo en Martín Higarza, Fontanil, Méndez y Ezama (2020), en la calidad de la salud la falta de recursos socioeconómicos tiene un papel importante, aunque no podamos saber con nuestros resultados si es una consecuencia de las estrategias de adaptación a la adversidad temprana, el acompañante o el promotor de esta. No obstante, los resultados de otras investigaciones apuntan a que los adultos que han experimentado experiencias tempranas adversas tiene peores condiciones socioeconómicas independientemente de la situación económica de partida (Gilbert, Widom, Browne, Fergusson, Webb y Janson, 2009; Currie y Widom, 2010; Nurius, Green, Logan-Greene y Borja, 2015; Nurius, Green, Logan-Greene, Longhi y Song, 2016; Font, y Maguire, 2015; Jones, Nurius, Song y Fleming, 2018).

#### **9.5.4. RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSA CON LA CALIDAD DE VIDA PSICOLÓGICA**

El coeficiente de correlación de Spearman entre el número de tipos de experiencias adversas que se cree haber afrontado y la calidad de vida psicológica es de -0,215, significativo al 0,005.

En el caso de la calidad de vida psicológica la penuria no resulta una variable significativa (Tabla 79). Para esta variable el bloque de relaciones interpersonales es el que da la ecuación que más varianza explica, el 28%. Como se ve en la ecuación final (que llega a explicar el 36,4 % de la variabilidad de las puntuaciones), el temor al rechazo o al abandono de las figuras de apego es la que resulta más desfavorable para la calidad de vida psicológica, seguida por la retirada social y la supresión para lograr regulación emocional y, del lado favorable, la reestructuración cognitiva es la que tiene más peso, seguida por el apoyo mediante valoración de personas con las que se ha convivido antes de la edad adulta.

Estos resultados son consistentes con algunas líneas de investigación que también han relacionado los efectos de las estrategias de regulación con resultados en la salud y las relaciones. Se plantea que las estrategias de supresión se asocian a una mayor activación fisiológica, incremento del arousal, reducción de la capacidad de recuerdo, dificultades para la identificación de emociones y a la supresión expresiva de afectos pero no están asociadas a la reducción del estrés ni a la experiencia emocional subjetiva. Por el contrario, la reevaluación cognitiva no afecta a los recursos memorísticos, se relaciona con niveles de actividad fisiológica más moderados y reduce de manera óptima el estrés. Así pues, mientras que el uso de la reevaluación se relaciona con efectos positivos en el afecto, bienestar y relaciones sociales, la supresión obtiene los resultados contrarios (Gross, 1998b; Richard y Gross, 1998; Gross y Levenson, 1993; Gross y John, 2003; Silva, 2005). Ante esto, podemos plantearnos el valor funcional de unas u otras estrategias, es decir, la utilidad que históricamente hayan podido tener en la vida de los sujetos estrategias que implican un menor reconocimiento del propio estado emocional y la inhibición de la expresión emocional, que por su valor comunicativo, es una vía de relación con otros que se ve afectada.

También los resultados sobre los estilos de afrontamiento van en consonancia con investigaciones que han hallado que el manejo centrado en el problema como la reestructuración cognitiva se relaciona de modo positivo con el bienestar psicológico (Berra et al., 2014).

En cuanto al papel de las experiencias adversas, como se ve en el resumen del Cuadro 14 las cuatro experiencias adversas cuya presencia o ausencia influye directamente en la distribución de la calidad de vida psicológica, aumentan hasta nueve cuando se examinan las influencias indirectas.

### **9.5.5. RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSA CON LOS AFECTOS POSITIVOS**

El coeficiente de correlación de Spearman entre el número de tipos de experiencias adversas que se cree haber afrontado y los afectos positivos es de -0,163 (significativo al 0,035).

Hay una relación directa significativa entre *afectos positivos* las vivencias de *abuso sexual, negligencia emocional y trastorno mental o suicidio de un conviviente*, estando más presentes estos afectos en quienes no habían sufrido estas experiencias.

Tanto la penuria como el número de experiencias adversas tienen una relación pequeña estadísticamente significativa en las ecuaciones de bloques, pero resultan redundantes con las variables de otros bloques y quedaron eliminadas en la ecuación final. El bloque que explica más varianza es el de la regulación y el estilo de afrontamiento (26,6% de la varianza) y dentro de él, una vez más, la retirada social es la que más peso tiene. Con el bloque de las variables sobre las relaciones interpersonales se predice el 24,4% de la varianza y la variable con más peso es el deseo de cercanía con la figura de apego. En la ecuación final aparecen cinco variables, tres que contribuyen positivamente al nivel de los afectos positivos (*reestructuración cognitiva, deseo de cercanía y apoyo mediante valoración de las personas con las que se ha convivido antes de la edad adulta*) y dos que lo hacen negativamente: el temor al abandono o al rechazo y la retirada social. Se podría pensar que la retirada social y el deseo de cercanía son en buena parte redundantes, pero, sin embargo, parecen proporcionar informaciones diferentes. Las relaciones de las experiencias adversas con los afectos positivos a través de estas variables encajan perfectamente con lo que se obtiene con la comparación del nivel de afectos positivos en función de la presencia o la ausencia de cada adversidad: las tres, el *abuso sexual*, la *negligencia emocional* y el *trastorno mental o suicidio de un conviviente*, están asociadas con el temor al rechazo o al abandono y la negligencia emocional también afecta a las puntuaciones en *retirada social*. Pero hay dos variables importantes que no parecen afectadas por los recuerdos de experiencias adversas, el *deseo de cercanía* y la *reestructuración cognitiva*.

### **9.5.6. RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSA CON LOS AFECTOS NEGATIVOS**

El coeficiente de correlación de Spearman entre el número de tipos de experiencias adversas que se cree haber afrontado y los afectos negativos es de 0,29 (significativo al

0,000) y los afectos negativos se relacionan con el *maltrato emocional*, el *maltrato físico*, el *abuso sexual*, la *negligencia emocional* y el *trastorno mental o suicidio de un conviviente*. Las personas que sufrieron estas experiencias informan de niveles mayores de afectividad negativa. Estas son las relaciones directas. En esta misma línea, en la encuesta de comorbilidad realizada por Kessler et al (2010) se encuentran relaciones entre diversas adversidades y el inicio de trastornos de ánimo y Schimmenti et al. (2015) comprueban que sufrir maltrato y negligencia emocional se ha asociado con mayor afecto negativo.

En cuanto a las indirectas hay siete experiencias adversas que influyen en las variables predictoras de los afectos negativos. La variable predictora con más peso en la ecuación final es el pensamiento desiderativo, que contribuye positivamente al igual que el temor al rechazo o al abandono. Las puntuaciones de ambas variables son mayores en el grupo de las personas que informan de maltrato físico (frente a los que no) y ocurre otro tanto con el abuso sexual. La negligencia emocional afecta también a la retirada social y al temor al rechazo o al abandono. El trastorno mental o suicidio de un conviviente sólo se conecta con el temor al rechazo. Brinker y Chevuru (2016) también señalan que el apoyo social y emocional mostraron ser un factor amortiguador para la presencia de malestar emocional y afectos negativos. Para esta variable es significativo el género del informante y también lo es el abuso sexual, que (lo hemos comprobado en nuestra base de datos), es significativamente más relatada por mujeres (19,5%) que por varones (3%).

### **9.5.7. RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSA CON EL ÍNDICE DE SEVERIDAD GLOBAL DE PSICOPATOLOGÍA**

El coeficiente de correlación de Spearman entre el número de tipos de experiencias adversas que se cree haber afrontado y el índice de severidad global de la psicopatología es de 0,303 (significativo al 0,000). El tipo de experiencias adversas que tienen una relación significativa con las manifestaciones de *disfunción psíquica* son el *maltrato emocional*, el *maltrato físico*, la *negligencia emocional* y el *trastorno mental o suicidio de un conviviente*. Los grupos de personas que han experimentado estas adversidades tienen puntuaciones que los grupos que no las presentan.

La relación entre maltrato emocional y la negligencia emocional y la disfunción psíquica ha sido ampliamente estudiada y en muchos casos explicada a través de variables



como el estilo de apego, que también ha resultado ser también en nuestro estudio un aspecto relevante en la influencia indirecta entre maltrato y problemas de salud mental (Riggs, 2010; Oshri, 2015; Schimmenti y Caretti, 2018). En los estudios sobre los efectos de los azotes se encontró una relación significativa con todas las variables de salud mental estudiadas (Merrick et al, 2017). Puesto que los resultados también nos indican mayores índices de psicopatología total podemos inferir que este tipo de violencia física haya sido considerada por los sujetos de la muestra como maltrato físico. Y en el citado estudio de Kessler et al. (2010) el número de adversidades estudiadas era mayor y, aunque los datos no son concluyentes respecto a la especificidad adversidad-trastorno psicopatológico, sí se encuentra la relación con un incremento de la psicopatología en sujetos con más ACEs. Los autores indican que la comorbilidad de las alteraciones psicológicas no facilita encontrar una correspondencia por lo que sugieren estudiar las adversidades de forma agrupada.

En las ecuaciones por bloques el que vuelve a explicar más varianza es el de estilos de afrontamiento y regulación emocional (42,6% de la varianza) sin embargo, la variable con más peso en la ecuación final, que explica el 52,5% de la varianza, es el temor al abandono o al rechazo ( $\beta=.321$ ). Widom et al. (2018) encuentran una relación entre maltrato físico y negligencia física y depresión, autoestima y ansiedad mediada por el estilo de apego. Las personas con antecedentes de estas dos adversidades presentaban estilos de apego ansiosos en la edad adulta asociados a esas manifestaciones de psicopatología. Esta relación es señalada por las autoras como relevante para encontrar la relación de la adversidad y los resultados en salud mental en adultos. Los estudios que incluyen el estilo de apego como variable relacionada no abundan sin embargo hemos visto que su peso ha sido considerables para varias de las relaciones estudiadas por lo que consideramos que los resultados obtenidos son importantes en esta dirección. La *retirada social* es la siguiente variable en cuanto a su coeficiente  $\beta$  (.297) seguida por el pensamiento desiderativo con el peso menor de la ecuación (.202), todas con signo positivo. De nuevo contamos con datos de otras investigaciones donde se encuentra un papel moderador del apoyo en la relación entre las adversidades infantiles y los resultados posteriores en salud mental (depresión, ansiedad y consumo de drogas), como recogen Sperry y Widom (2013). Los resultados indican que las relaciones sociales en la vida adulta se ven influidas por las experiencias adversas, al presentar estas personas niveles significativamente más bajos de apoyo social en la vida adulta medidos a través de la valoración o consejo, la pertenencia, el apoyo a la autoestima y los apoyos tangibles. Respecto al papel mediador, el apoyo social tuvo un papel moderador en

las consecuencias a largo plazo del maltrato y la negligencia. Con signo negativo, restando, la *reestructuración cognitiva* de estrategias de afrontamiento es la que más peso tiene (-,223) y la *reevaluación* de estrategias de regulación emocional (-,152). Como se señaló anteriormente, tanto las estrategias de reevaluación emocional como los estilos de afrontamiento adaptativos. También aquí el género tiene una aportación significativa ( $\beta=,142$ ) aunque menor que en el caso de los afectos negativos ( $\beta=,180$ ). Como se puede ver en el Cuadro 14 los diez tipos de experiencias adversas influyen indirectamente en el índice de severidad global de la psicopatología. A tenor de estos resultados no parece exagerado recomendar que las ACEs figuren entre los temas habituales de las terapias psicológicas.

Por otra parte, si analizamos los resultados desde un punto de vista constructivista interaccional que caracteriza este trabajo entendemos que las estrategias y preferencias relacionales que muestran los sujetos han sido definidas en diversos momentos de su vida en relación a sus metas y necesidades y las de las personas con las que han crecido. Estas actividades se han ido organizando para la supervivencia pero su eficacia para unos propósitos (la supresión de emociones cuando es arriesgado mostrarlas, alejarse de personas de quien se prevé que pueden dañar más que apoyar, no alejarse de la persona querida por temer que la distancia suponga su pérdida, etc.) conlleva el coste del fracaso en otros. Así, el uso de ciertas acciones o una determinada disposición emocional darán lugar a fracasos en objetivos relacionados que si persisten pueden originar “comportamientos indeseables” que habitualmente se clasifican como síntomas psicopatológicos, y a daños orgánicos vinculados a esta actividad del sujeto y a menos satisfacción con la vida (Gómez y Ezama, 1993; Alonso, Ezama y Fontanil, 2014; Ezama, Fontanil y Alonso, 2017). Este enfoque es compartido con el Marco de Poder, Amenaza y Significado, que considera los síntomas como respuestas ante las amenazas incluyendo aquí las actividades disfuncionales relacionadas con la regulación emocional, la búsqueda de vínculos o la protección contra el peligro o la pérdida de apoyos (Johnstone y Boyle, 2018b). Esta perspectiva nos permite una visión más activa de los sujetos como agentes de cambio y de las estrategias como elecciones susceptibles de ser adaptadas, sin perder de vista que su construcción está vinculada a lo que sucede en el entorno y a las estrategias de otras personas.

#### **9.5.8. RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSA CON LA DISOCIACIÓN TOTAL**

El coeficiente de correlación de Spearman entre el número de tipos de experiencias adversas que se cree haber afrontado y la disociación total es de 0,188 (significativo al

0,014). La *disociación* se ha relacionado solo con el *maltrato emocional*; las personas expuestas a este tipo de vivencia informan sufrir más. Coinciden así nuestros resultados con lo de Thompson y Jaque (2018) que también encuentra que sufrir maltrato emocional está asociado a tener experiencias disociativas.

En cuanto a las relaciones indirectas, nueve de las variables que hemos usando como predictoras tiene correlaciones de Spearman estadísticamente significativas: *número de tipos de experiencias adversas* (.250; sig. .001), *penuria* (.201; sig. .009), *reevaluación para lograr la regulación emocional* (- .155; sig. .044), *apoyo económico de las personas con las que se ha convivido antes de los 18 años* (Red Social de la Infancia, RSI), (- .156; sig. .046), *apoyo emocional de la RSI* (- .240; sig. .002), *apoyo mediante valoración de la RSI* (- .289; sig. .000), *apoyo mediante consejo de la RSI* (- .249; sig. .001), *apoyo económico de las personas con las que no se ha convivido antes de los 18 años* (Red Social de la Adulthood, RSA) (- .159; sig. .041), y *temor al rechazo o al abandono de las figuras de apego* (.368; sig. .000). Sin embargo, no hemos podido reducir el número de variables eliminando con seguridad las variables redundantes porque las ecuaciones lineales que hemos obtenido no producen residuos que se distribuyan normalmente. La significativa correlación entre temor al rechazo o al abandono y la disociación hace suponer la influencia indirecta de casi todas las adversidades, pero no podemos valorarla como en los demás casos.

### **9.5.9. RELACIONES DIRECTAS E INDIRECTAS DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSA CON LA SATISFACCIÓN CON LA VIDA**

El coeficiente de correlación de Spearman entre el número de tipos de experiencias adversas que se cree haber afrontado y el índice de severidad global de la psicopatología es de -0,349 (significativo al 0,000). La *satisfacción con la vida* se relaciona con *maltrato emocional, maltrato físico, negligencia emocional, trastorno mental o suicidio de un conviviente y encarcelamiento de un miembro de la familia*. La satisfacción con la vida de las personas que no han experimentado estos tipos de adversidad es mayor.

En el caso de la satisfacción con la vida el bloque que explica más varianza es el de las relaciones interpersonales: el 41,5%. Las tres variables que incluye el procedimiento de pasos hacia adelante en la ecuación del bloque son seleccionadas también en la ecuación final: *Temor al rechazo o al abandono* ( $\beta=-,273$ ), *apoyo mediante valoración de la RSI* ( $\beta=,1912$ ), y *deseo de cercanía con las figuras de apego* ( $\beta=,185$ ). Del bloque de estilo de afrontamiento y regulación emocional se añaden *la reestructuración cognitiva* ( $\beta=,202$ ) y

el *pensamiento desiderativo* ( $\beta=-,160$ ) y del bloque de factores socioeconómicos el *número de ayudas administrativas* ( $\beta=-,231$ ). Con todo, la ecuación final apenas explica una décima más de la varianza que la ecuación del bloque de relaciones interpersonales: el 41,6%. Volviendo de nuevo al Cuadro 14, vemos que los diez tipos de experiencias adversas tienen una influencia indirecta sobre la satisfacción con la vida. Así lo vemos también en otros estudios donde se encuentra que la satisfacción vital y el bienestar se relacionan negativamente con las ACEs (Bellis et al., 2013; Mosley-Johnson et al., 2019).

#### **9.5.10. RELACIONES ENTRE TODAS LAS VARIABLES PREDICTORAS Y TODAS LAS VARIABLES CRITERIO**

Cuando se hace el inventario de las variables criterio que resultan seleccionadas en las ecuaciones de regresión finales (Tabla 66) se ve que tres variables, la reestructuración cognitiva la retirada social y el temor al rechazo o al abandono han sido seleccionadas para seis de las siete variables de calidad de vida y funcionamiento psicológico. De las tres una, el temor al rechazo o al abandono se relaciona con seis de las diez experiencias adversas, otra, la retirada social se asocia a la negligencia emocional, como si la experiencia de abandono condujese al aislamiento y la última, la reestructuración cognitiva no se ve afectada por las adversidades tempranas. El temor al rechazo y al abandono parece especialmente influido por las experiencias de negligencia emocional, maltrato emocional, y maltrato físico. Un examen detallado del tipo de interacción o la clase de escenas que los participantes identifican como negligencia emocional en vez de maltrato tendría gran interés y utilidad. Es posible que se entienda como ejemplo de negligencia la falta de disponibilidad de una figura de apego incluida, la falta de atención, mientras que el maltrato se vea con más probabilidad en muestras de desaprobación hacia las acciones y de desprecio hacia el agente.

Como hemos mencionado, en el estudio de las ACEs aún hay muchas cuestiones por resolver y muchas de ellas han estado presentes en la elaboración de este estudio, lo que nos ha llevado a la reflexión sobre las posibilidades de mejora en futuras investigaciones.

En este caso, el número y las circunstancias de los participantes no permiten que nuestros resultados se generalicen. A lo sumo sirven para inspirar algunas hipótesis que explorar con muestras más amplias y heterogéneas.

Tampoco hemos podido contar con datos diferentes de los retrospectivos aportados

por los sujetos evaluados, lo que sería deseable para asegurar con mayor precisión las características de los “eslabones” de las cadenas de riesgo observadas.

Coincidimos con otros autores en la necesidad de revisar las definiciones, tipologías y método de agrupación de las adversidades. En este aspecto, nos encontramos con el conocido inconveniente de las clasificaciones ya que, inevitablemente, las adversidades se solapan dificultando trazar una línea clara entre unas y otras, por lo que es necesario considerar otro tipo de criterios.

Visto el interés de algunos de los resultados obtenidos y los encontrados en la bibliografía sobre el tema se considera necesaria una investigación más profunda sobre cómo afectan las adversidades a las mujeres y un análisis más profundo desde una perspectiva de género más amplia.

Y dada la magnitud de las variables de estudio, muchos interrogantes han quedado sin resolver. Las posibilidades de estudio son amplias y variadas y todas ellas requerirían otros análisis. Las incógnitas resueltas o simplemente apuntadas han generado en sí mismas la necesidad de nuevas exploraciones por lo que los resultados obtenidos son un hilo del que seguir tirando.

## **9.6. CONCLUSIONES**

- El estudio de las adversidades infantiles se ha convertido en un enfoque en auge para la investigación en ámbitos como la salud y los servicios sociales con un claro valor preventivo aunque también aporta claves para la intervención al considerar muchos problemas de salud como consecuencias de daños acumulativos con origen en las edades tempranas del desarrollo.
- Su estudio queda justificado por las evidencias de la relación con las disfunciones de diversos tipos observadas en los adultos, obtenidas en diferentes poblaciones y con objetivos y metodologías diversas.
- La elevada frecuencia de adversidades en la muestra del estudio informa sobre la significativa presencia de estas en la población estudiada. La parte de la muestra en condiciones de vulnerabilidad socioeconómica incluye a las personas que han experimentado más adversidades. Con la excepción del abuso sexual, todos los tipos de adversidades estudiadas se asocian de manera significativa a la condición de vulnerabilidad.
- Las personas en situación de vulnerabilidad obtienen peores resultados en todas las

variables de calidad de vida, salud psicológica y satisfacción vital salvo en afectos negativos respecto al grupo no vulnerables.

- Las mujeres de la muestra muestran peores resultados en psicopatología y afecto negativo y, por edades, el grupo que muestra más manifestaciones de disfunción psíquica es el de 50 a 69 años y de 18 a 29.
- De las adversidades vividas, aquellas que implican la falta de cuidados emocionales son las que han tenido mayor presencia. Los malos tratos y la negligencia de tipo emocional se han relacionado con peores resultados en calidad de vida, psicopatología y satisfacción vital. Esta evidencia conlleva la necesidad de ampliar el foco en la detección del maltrato infantil hacia categorías de maltrato habitualmente menos identificadas y atendidas y conocer la historia de vida de los sujetos que refieren peor calidad de vida o menos bienestar.
- Las personas que han sufrido más adversidades tienen peores resultados en la percepción de su calidad de vida física y psicológica, menor frecuencia de afectos positivos, mayor presencia de afectos negativos, mayores niveles de psicopatología y de experiencias disociativas y refieren peor satisfacción vital.
- Muchos de los peores resultados de calidad de vida física y psicológica, afectividad, salud psicológica y satisfacción vital se relacionan directamente con la presencia de más número de ACEs y indirectamente a través de la influencia de otras variables sociodemográficas y psicológicas.
- Las experiencias adversas en la infancia no se han mostrado como la variable con más peso en las relaciones directas e indirectas con la calidad de vida, salud psicológica y satisfacción vital. En esta relación han mostrado un efecto mayor variables sociodemográficas como la edad y el género, las variables de vulnerabilidad social, las estrategias de regulación emocional, algunos estilos de afrontamiento y las relaciones interpersonales.

Por tanto, los resultados obtenidos confirman el impacto de las experiencias adversas en la infancia en la calidad de vida de las personas, con un coste considerable para la salud y las condiciones de vida y con un riesgo importante de colocar a las personas en situaciones de vulnerabilidad y aislamiento.

Una de las potencialidades de las escalas como las de las ACEs donde se pregunta por diversos tipos de experiencias adversas es la de identificar experiencias no consideradas o subestimadas en otras clasificaciones de tipos de maltrato. La prevalencia

en este estudio de los malos tratos y negligencia emocional pone de relieve la necesidad de considerar otras adversidades que tienen un impacto manifiesto en el bienestar de las personas.

Esto nos lleva a una necesaria mejora en la detección temprana de los malos tratos de todo tipo y a considerar las intervenciones con adultos desde una concepción de sus problemas de salud y calidad de vida como el resultado de “cadenas de riesgo” ocasionadas por la acumulación de adversidades que afectan a las capacidades de las personas para afrontar con éxito las tareas vitales.

Lo que hemos encontrado en este estudio refuerza, además, la idea de que la mejora de la calidad de la salud de la futura población adulta pasa por reducir las experiencias adversas de los niños y adolescentes de hoy. Y está claro que no es factible hacerlo sin proporcionarles a los cuidadores adultos mejores estrategias de crianza, mejores condiciones de vida y mejores conocimientos para dar y buscar cuidados. Se necesitan nuevas formas de intervención para prevenir el maltrato y la negligencia hacia los menores, pero también extender la idea de que para un adulto con una historia de maltrato, negligencia y conflicto familiar a menudo el tiempo no cura. El esfuerzo por adaptarse a la adversidad no siempre tiene éxito y a menudo supone una desventaja para adaptarse a adversidades y oportunidades futuras. Por esa razón, creemos que los profesionales de la salud deben preguntarse por las adversidades tempranas y por sus repercusiones en la vida cotidiana y evitar que la negligencia y el maltrato se lleguen a reproducir en los espacios asistenciales.





## 10. REFERENCIAS

- Abajobir, A. A., Kisely, S., Williams, G., Strathearn, L., Clavarino, A. y Najman, J. M. (2017). Does substantiated childhood maltreatment lead to poor quality of life in young adulthood? Evidence from an Australian birth cohort study. *Quality of Life Research*, 26(7), 1697-1702.
- Adamo, S. B. (2012). Vulnerabilidad social. Recuperado de: [http://moodle.mininterior.gov.ar/biblioteca\\_dnpc/talleres/adamo\\_Vulnerabilidad.Social\\_julio31.pdf](http://moodle.mininterior.gov.ar/biblioteca_dnpc/talleres/adamo_Vulnerabilidad.Social_julio31.pdf)
- Adverse Childhood Experiences (ACEs). ACE Study. Recuperado de <https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/index.html>
- Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., de Graaf, R. ten Have, M. y Serey, J. (2007). Child abuse and health-related quality of life in adulthood. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(10), 797-804.
- Afifi, T. O., Ford, D., Gershoff, E. T., Merrick, M., Grogan-Kaylor, A., Ports, K. A., MacMillan, H. L., Holden, G. W., Taylor, C. A., Lee, S. J. y Bennett, R. P. (2017). Spanking and adult mental health impairment: The case for the designation of spanking as an adverse childhood experience. *Child Abuse & Neglect*, 71, 24-31.
- Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Taillieu, T., Turner, S., Cheung, K., Sareen, J. y Boyle, M. H. (2016). Individual -and relationship- level factors related to better mental health outcomes following child abuse: Results from a nationally representative canadian ainswsample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(12), 776-788.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment:*
- Alcalá, H. E., Valdez-Dadia, A. y von Ehrenstein, O. S. (2018). Adverse childhood experiences and access and utilization of health care. *Journal of Public Health*, 40(4), 684–692. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fox155>
- Alonso, Y., Ezama, E. y Fontanil, Y. (2014). Pasos hacia una psicopatología de las estrategias. *Mosaico*, 59, 125-133.

- Alonso, Y., Ezama, E. y Fontanil, Y. (2018). Emotional coordination in coping with cancer: Alexithymia, attachment and coping styles as predictors of emotional well-being in women undergoing radiotherapy. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 9(1), 17-26.
- Alonso, Y., Fernández, J., Fontanil, Y., Ezama, E. y Gimeno, A. (2018). Contextual determinants of psychopathology. The singularity of attachment as a predictor of mental dysfunction. *Psychiatry Research*, 261, 338–343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.010>
- Alonso, Y., Fernández, J., Fontanil, Y., Ezama, E. y Gimeno, A. (2018). Contextual determinants of psychopathology. The singularity of attachment as a predictor of mental dysfunction. *Psychiatry Research*, 261, 338–343.
- American Academy of Pediatrics. *ACEs and toxic stress* Recuperado de <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/resilience/Pages/ACEs-and-Toxic-Stress.aspx>
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM5)* (5ª edición). Editorial Médica Panamericana.
- Anda, R. F., Brown, D. W., Dube, S. R., Bremner, J. D., Felitti, V. J. y Giles, W. H. (2008). Adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in adults. *American journal of preventive medicine*, 34(5), 396–403. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.02.002>
- Anda, R. F., Brown, D. W., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Dube, S. R. y Giles, W. H. (2007). Adverse Childhood Experiences and prescribed psychotropic medications in adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(5), 389-394.
- Anda, R. F., Butchart, A., Felitti, V. J. y Brown, D. W. (2010). Building a framework for global surveillance of the public health implications of adverse childhood experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(1), 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.03.015>
- Anda, R. F., Croft, J. B., Felitti, J. V., Nordenberg, D., Giles, W. H., Williamson, D. F. y

- Giovino, G. A. (1999). Adverse Childhood Experiences and smoking during adolescence and adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 282(17), 1652-1658.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Croft, J. B., Williamson, D. F., Santelli, J., Dietz, P. M. y Marks, J. S. (2001). Abused boys, battered mothers, and male involvement in teen pregnancy. *Pediatrics*, 107(2), E19.  
<https://doi.org/10.1542/peds.107.2.e19>
- Anda, R. F., Felitti, V., Bremner, J.D., Walker, J.D., Whitfield, C., Perry, B.D., Dube, S. R. y Giles, W.H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186.  
<https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Anda, R. F., Fleisher, V. I., Felitti, V. J., Edwards, V. J., Whitfield, C. L., Dube, S. R. y Williamson, D. F. (2004). Childhood abuse, household dysfunction, and indicators of impaired adult worker performance. *The Permanente Journal*, 8(1), 30-38.  
<https://doi.org/10.7812/tpp/03-089>.
- Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R. y Williamson, D. F. (2002). Adverse Childhood Experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 53(8), 1001-1009.
- Anderson, F., Howard, L., Dean, K., Moran, P. y Khalifeh, H. (2016). Childhood maltreatment and adulthood domestic and sexual violence victimisation among people with severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(7), 961-970. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1244-1>
- Aneshensel, C.S. (1992). Social stress: Theory and research. *Annual Review of Sociology*, 18(1) 15-38.
- Araujo-González, R. (2015). Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿Dos conceptos concomitantes? *Novedades en población*, 11(21), 89-96.
- Argyle, M. (1993). Psicología y calidad de vida. *Intervención Psicosocial*, 2(6), 5-15.

- Ato, M., López, J.J., Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059.
- Ávila, M., Brandão, T., Teixeira, J., Coimbra, J.L. y Matos, P.M. (2015). Attachment, emotion regulation, and adaptation to breast cancer: Assessment of a mediational hypothesis. *Psycho-Oncology*, 24(11), 1514-1520.
- Bailey, T. D. y Brand, B. L. (2017). Traumatic dissociation: Theory, research, and treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 170–185.  
<https://doi.org/10.1111/cpsp.12195>
- Barboza, C., Kelly-Irving, M., Fantin, R., Darnaudéry, M., Torrisani, J., Lang, T. y Delpierre, C. (2015). Adverse Childhood Experiences and physiological wear-and-tear in midlife: Findings from the 1958 British birth cohort. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112(7), 738-746.  
<https://doi.org/10.1073/pnas.1417325112>
- Barboza, G. E. (2018). Latent classes and cumulative impacts of Adverse Childhood Experiences. *Child Maltreatment*, 23(2), 111–125.  
<https://doi.org/10.1177/1077559517736628>
- Bartholomew, K. y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.
- Bateman, A. y Fonagy, P (2016) *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad: Una guía práctica*. Descleé de Brouwer.
- Bellis, M. A., Hardcastle, K., Ford, K., Hughes, K., Ashton, K., Quigg, Z. y Butler, N. (2017). Does continuous trusted adult support in childhood impart life-course resilience against adverse childhood experiences - a retrospective study on adult health-harming behaviours and mental well-being. *BMC Psychiatry*, 17(1), 110.  
<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1260-z>
- Bellis, M. A., Hughes, K., Ford, K., Ramos Rodriguez, G., Sethi, D. y Passmore, J. (2019). Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood

experiences across Europe and North America: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public Health*, 4(10), e517–e528. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30145-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30145-8)

Bellis, M. A., Lowey, H., Leckenby, N., Hughes, K. y Harrison, D. (2013). Adverse Childhood Experiences: Retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *Journal of Public Health*, 36(1), 81–91.

Bellis, M., Hughes, K., Hardcastle, K., Ashton, K., Ford, K., Quigg, Z. y Davies, A. (2017). The impact of adverse childhood experiences on health service use across the life course using a retrospective cohort study. *Journal of Health Services & Policy*, 22(3), 168-177.

Bentall, R. P., De Sousa, P., Varese, F., Wickham, S., Sitko, K., Haarmans, M. y Read, J. (2014). From adversity to psychosis: Pathways and mechanisms from specific adversities to specific symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 1011–1022.

Berens, A. E., Jensen, S. K. G. y Nelson, C. A., III. (2017). Biological embedding of childhood adversity: From physiological mechanisms to clinical implications. *BMC Medicine*, 15(1), 135. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0895-4>

Berra, E., Muñoz, S. I., Vega, C. Z., Silva, A. y Gómez, G. (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16(1), 37-57.

Bick, J. y Nelson, C. A. (2016). Early adverse experiences and the developing brain. *Neuropsychopharmacology Reviews*, 41(1), 177–196. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.252>

Bowlby, J. (1954). *Los cuidados maternos y la salud mental*. Organización Mundial de la Salud.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Volume II. Separation, anxiety and anger*. Basic Books.

- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Morata.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós.
- Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida 3. La pérdida*. Paidós.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida 1. El apego*. Paidós.
- Briere, J., Hodges, M. y Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 767-774.
- Brinker, J. y Cheruvu, V. K. (2016). Social and emotional support as a protective factor against current depression among individuals with adverse childhood experiences. *Preventive Medicine Reports*, 5, 127–133.  
<https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.11.018>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Paidós.
- Brown, M. J., Thacker, L. R. y Cohen, S. A. (2013). Association between adverse childhood experiences and diagnosis of cancer. *PloS One*, 8(6), e65524-e65524.
- Busso, G. (2005). Pobreza, exclusión y vulnerabilidad social. Usos, limitaciones y potencialidades para el diseño de políticas de desarrollo y de población. En *VIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, (pp. 1-27) AEPA.
- Campbell, A., Converse, P. y Rodgers, E. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. Russell Sage Foundation.
- Cano, F. J., Rodríguez, L. y García, J. (2007). Adaptación española del inventario de estrategias de afrontamiento, *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29-39.
- Cantón, J. y Cortés, M. R. (2008). *El apego del niño a sus cuidadores. Evaluación, antecedentes y consecuencias para el desarrollo*. (4ª ed.). Alianza.
- Cantón, J., Cortés, M. R. y Cantón-Cortés, D. (2010). Apego, seguridad en el sistema fami-

liar y actitudes ante la vida. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 251-258.

- Carr, C. P., Martins, C. M., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B. y Juruena, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders. A systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(12), 1007–1020. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000049>
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Cassidy, J., Jones, J. D. y Shaver, P. R. (2013). Contributions of attachment theory and research: A framework for future research, translation, and policy. *Development and Psychopathology*, 25(4), 1415–1434. doi:10.1017/S0954579413000692
- Centers for Disease Control and Prevention. Recuperado de <https://www.cdc.gov/violence-prevention/cestudy/about.html>
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J. y Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217-225.
- Chapman, D. P., Dube, S. R. y Anda, R. F. (2007). Adverse childhood events at risk factors for negative mental health outcomes. *Psychiatric Annals*, 35(7), 359-364.
- Chartier, M. J., Walker, J. R. y Naimark, B. (2010). Separate and cumulative effects of Adverse Childhood Experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse and Neglect*, 34(6), 454-464.
- Chung, E. K., Nurmohamed, L., Mathew, L., Elo, I. T., Coyne, J. C. y Culhane, J. F. (2010). Risky health behaviors among mothers-to-be: The impact of adverse childhood experiences. *Academic Pediatrics*, 10(4), 245-251.
- Cicchetti, D. y Toth, S. (2016). Child maltreatment and developmental psychopathology: A multi-level perspective. En D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology: Vol. 3. Maladaptation and psychopathology* (3rd ed., pp. 457–512). Wiley.

- Cicchetti, D. y Toth, S. L. (2015). Multilevel developmental perspectives on child maltreatment. *Development and Psychopathology*, 27, 1385-1386.
- Cicchetti, D. y Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. En D. Cicchetti y D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Risk, disorder and adaptation*. (pp.129-201). Wiley
- Claes, C., Van Hove, G., Vandeveld, S., van Loon, J. y Schalock, R. (2012). The influence of supports strategies, environmental factors, and client characteristics on quality of life-related personal outcomes. *Research in Developmental Disabilities*, 33(1), 96–103. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.08.024>
- Clark, C., Caldwell, T., Power, C. y Stansfeld, S. A. (2010). Does the influence of childhood adversity on psychopathology persist across the lifecourse? A 45-year prospective epidemiologic study. *Annals of Epidemiology*, 20, 385–394.
- Cole, C. L., Newman-Taylor, K. y Kennedy, F. (2016). Dissociation mediates the relationship between childhood maltreatment and subclinical psychosis. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(5), 577–592. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1172537>
- Colman, I., Kingsbury, M., Garad, Y., Zeng, Y., Naicker, K., Patten, S., Jones, P. B., Wild, T. C. y Thompson, A. H. (2016). Consistency in adult reporting of adverse childhood experiences. *Psychological Medicine*, 46(3), 543–549. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002032>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. (2002). *Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*. CEPAL-CELADE. Naciones Unidas.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E. y van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390–398.
- Corso, P. S., Edwards, V. J., Fang, X. y Mercy, J.A. (2008). Health-related quality of life



- among adults who experienced maltreatment during childhood. *American Journal of Public Health*, 98(6), 1094-1100.
- Council of Europe (2020). *ONE in FIVE Campaign to stop sexual violence against children*. Recuperado de <http://www.congress-1in5.eu/>
- Courtois, C. A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 412-425.
- Cowell, R. A., Cicchetti, D., Rogosch, F. A. y Toth, S. L. (2015). Childhood maltreatment and its effect on neurocognitive functioning: Timing and chronicity matter. *Development and Psychopathology*, 27(2), 521–533.  
<https://doi.org/10.1017/S0954579415000139>
- Coy, M. (2010). Los estudios del riesgo y de la vulnerabilidad desde la geografía humana. Su relevancia para América Latina. *Población & Sociedad*, 17(1), 9-28.
- Cronholm, P. F., Forke, C. M., Wade, R., Bair-Merritt, M. H., Davis, M., Harkins-Schwarz, M., Pachter, L. M. y Fein, J. A. (2015). Adverse Childhood Experiences. Expanding the concept of adversity. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(3), 354-61.
- Cruz Roja Española (2007). *Informe anual sobre vulnerabilidad social 2006*. Recuperado de <https://www.cruzroja.es/principal/documents/449219/451169/informe2006ES.pdf/fb4a80fb-75d1-420d-9300-bb215876c85b>
- Cuijpers, P., Smit, F., Unger, F., Stikkelbroek, Y., Have, M. y Graaf, R. (2011). The disease burden of childhood adversities in adults: A population-based study. *Child Abuse & Neglect*, 35, 937–945.
- Cummins, R. A. (2000). Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research*, 52, 55-72.
- Cummins, R. A. y Cahill, J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. *Intervención Psicosocial*, 9(2), 185-198.
- Currie, J. y Widom, C. S. (2010). Long-term consequences of child abuse and neglect on adult economic well-being. *Child Maltreatment*, 15(2), 111-120.

<https://doi.org/10.1177/1077559509355316>

- Dagan, O., Asok, A., Steele, H., Steele, M. y Bernard, K. (2018). Attachment security moderates the link between adverse childhood experiences and cellular aging. *Development and Psychopathology*, 30(4), 1211-1223.  
doi:10.1017/S0954579417001705
- Danese, A. y McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Psychology & Behavior*, 106(1), 29-39.  
<https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.08.019>
- Danese, A., Moffitt, T., Harrington, H., Milne, B. J., Polanczyk, G., Pariante, C. M., Poulton, R. y Caspi, A. (2009). Adverse Childhood Experiences and adult risk factors for age-related disease. Depression, inflammation, and clustering of metabolic risk markers. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(12), 1135-1143.
- De Shazer, S. (1990). *Claves para la solución en terapia breve*. Paidós.
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. Intervención psicosocial. *Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*, 3(8), 67-113.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.
- Dietz, P. M., Spitz, A. M., Anda, R. F., Williamson, D. F., McMahon, P. M., Santelli, J. S., Nordenberg, D. F., Felitti, V. J. y Kendrick, J. S. (1999). Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *Journal of American Medical Association*, 282(14), 1359-1364.
- Díez, C., Fontanil, Y., Gómez, L., Alonso, Y. y Ezama, E. (2017). Adolescents at serious psychosocial risk: What is the role of additional exposure to violence in the home? *Journal of Interpersonal Violence*, 33(6), 865-888. DOI 10.1177/0886260517708762
- Dorahy, M. J., Corry, M., Shannon, M., Webb, K., McDermott, B., Ryan, M. y Dyer, K. F. (2013). Complex trauma and intimate relationships: The impact of shame, guilt and dissociation. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 72-79.

- Dorahy, M. J., Middleton, W., Seager, L., McGurrin, P., Williams, M. y Chambers, R. (2015). Dissociation, shame, complex PTSD, child maltreatment and intimate relationship self-concept in dissociative disorder, chronic PTSD and mixed psychiatric groups. *Journal of Affective Disorders*, 172, 195–203.
- Douglas, K. R., Chan, G., Gelernter, J., Arias, A. J., Anton, R. F., Weiss, R. D., Brady, K., Poling, J., Farrere, L. y Kranzler, H. R. (2010). Adverse childhood events as risk factors for substance dependence: Partial mediation by mood and anxiety disorders. *Addictive Behaviors*, 35(1), 7–13.
- Doyle, C. y Cichetti, D. (2017). From the cradle to the grave: The effect of adverse caregiving environments on attachment and relationships throughout the lifespan. *Clinical Psychology Science and Practice*, 24, 203-217.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Edwards, V. J. y Croft, J. B. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors*, 27(5), 713-725.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F. y Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span. Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of American Medical Association*, 286(24), 3089-3096.
- Dube, S. R., Cook, M. L. y Edwards, V. J. (2010). Health-related outcomes of adverse childhood experiences in Texas, 2002. *Preventing Chronic Disease*, 7(3), A52.
- Dube, S. R., Fairweather, D., Pearson, W. S., Felitti, V. J., Anda, R. F. y Croft, J. B. (2009). Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosomatic medicine*, 71(2), 243–250. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181907888>
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H. y Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572.
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Giles, W. H. y Anda, R. F. (2003). The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Preventive medicine*, 37(3), 268–277. [https://doi.org/10.1016/s0091-7435\(03\)00123-3](https://doi.org/10.1016/s0091-7435(03)00123-3)

- Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T., Felitti, V. J. y Anda, R. F. (2004). Assessing the reliability of retrospective reports of Adverse Childhood Experiences among adult HMO members attending a primary care clinic. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 729-737. DOI: 10.1016/j.chiabu.2003.08.009.
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M. y Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 149–161. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000014>
- Edgerton, R. B. (1996). A longitudinal-ethnographic research perspective on quality of life. En R. Schalock (Ed.), *Quality of life. Volume 1: Conceptualization and measurement* (pp. 11–22). American Association on Mental Retardation.
- Edwards, V. J., Anda, R. F., Felitti, V. J. y Dube, S. R. (2004). Adverse Childhood Experiences and health-related quality of life as an adult. En K. A. Kendall-Tackett (Ed.), *Application and practice in health psychology. Health consequences of abuse in the family: A clinical guide for evidence-based practice* (p. 81–94). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10674-005>
- Edwards, V. J., Fivush, R., Anda, R. F., Felitti, V. J. y Nordenberg, D. F. (2001). Autobiographical memory disturbances in childhood abuse survivors. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 4(2), 247–263. [https://doi.org/10.1300/J146v04n02\\_11](https://doi.org/10.1300/J146v04n02_11)
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J. y Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the Adverse Childhood Experiences Study. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1453–1460.
- Eftekhari, A., Zoellner, L. A. y Vigil, S. A. (2009). Patterns of emotion regulation and psychopathology. *Anxiety, Stress, and Coping*, 22(5), 571–586. <https://doi.org/10.1080/10615800802179860>
- Ekman, P (1999). Basic emotions. En T. Dalgleish y MJ. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 45–60). Wiley <https://doi.org/10.1002/0470013494.ch3>
- Endler, N. S. y Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical

- evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844–854.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.844>
- Evans, G. W., Li, D. y Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin*, 139(6), 1342–1396. <https://doi.org/10.1037/a0031808>
- Ezama, E., Alonso, Y. y Fontanil, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychological Therapy*, 10(2), 293-314.
- Ezama, E., Fontanil, Y. y Alonso, Y. (2017). Strategies and dysfunctions: Proposal for a systemic psychopathology. *Human Systems: The Journal of Therapy, Consultation & Training*, 28(3), 371-387.
- Fang, X., Brown, D. S., Florence, C. S. y Mercy, J. A. (2012). The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. *Child abuse & neglect*, 36(2), 156–165. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.10.006>
- Feeney, B. C y Collins, N. L. (2015a) Thriving through relationships. *Current Opinion in Psychology*, 1, 22-28. DOI: 10.1016/j.copsyc.2014.11.001.
- Feeney, B. C. y Collins, N. L. (2015b). A new look at social support: a theoretical perspective on thriving through relationships. *Personality and social psychology review: An official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 19(2), 113–147. <https://doi.org/10.1177/1088868314544222>
- Feeney, J. y Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Desclée de Brouwer.
- Felce, D. y Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74. [https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)
- Felitti, V. J. (2009). Adverse Childhood Experiences and adult health. *Academics Pediatrics*, 9(3), 131-132 <https://doi.org/10.1016/j.acap.2009.03.001>
- Felitti, V. J. y Anda R. F. (2010). The relationship of Adverse Childhood Experiences to adult medical disease, psychiatric disorders, and sexual behavior: Implications for healthcare. En R. Lanius, E. Vermetten y C. Pain (Eds.), *The hidden epidemic: The*

*impact of early life trauma on health and disease* (pp. 77–87). Cambridge University Press,

Felitti, V. J., Jakstis, K., Pepper, V. y Ray, A. (2010). La obesidad: ¿un problema, una solución o ambas? *The Permanente Journal*, 14(1). 24-30.

<https://doi.org/10.7812/tpp/09-107>

Felitti, V. J., Jakstis, K., Pepper, V. y Ray, A. (2010). Obesity: Problem, solution, or both? *The Permanente Journal*, 14(1), 24–30.

Felitti, V., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. y 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-Álvarez, J., Díaz-García, A., González-Robles, A., Botella, C. y García-Palacios, A. (2017). La regulación emocional en los trastornos emocionales, una piedra nodal para los abordajes transdiagnósticos: Una revisión de la literatura. *Ágora de Salud*, 4, 111-121.

Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, D., González-Fernández, S. y Pérez-Álvarez, M. (2018). Activation vs. Experiential Avoidance as a Transdiagnostic Condition of Emotional Distress: An Empirical Study. *Frontiers in Psychology*, 9, 1618.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01618>

Finkelhor, D., Ormrod, R. K., y Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child abuse & neglect*, 31(1), 7–26.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>

Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. y Hamby, S. (2013). Improving the Adverse Childhood Experiences study scale. *JAMA Pediatrics*, 167(1), 70-75.

[doi:10.1001/jamapediatrics.2013.420](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.420)

Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H. y Hamby, S. (2015). A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse & Neglect*, 48, 13-21.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.011>

- Foegen W. H. (1998). Adverse Childhood Experiences. A Public Health Perspective. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 354–355.
- Font, S. A. y Maguire-Jack, K. (2015). Pathways from childhood abuse and other adversities to adult health risks: The role of adult socioeconomic conditions. *Child Abuse & Neglect*, 51, 390-399.
- Fontanil, Y., Ezama, E. y Alonso, Y. (2013). Validation of the Scale of Preferences and Expectations in Close Interpersonal Relationships (EPERIC). *Psicothema*, 25(2), 275–281. <https://doi.org/10.7334/psicothema2012.125>
- Ford, J. D. y Gómez, J. M. (2015). Self-injury and suicidality: the impact of trauma and dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 16, 225-231.
- Fowler, J. C., Allen, J. G., Oldham, J. M. y Frueh, C. (2013). Exposure to interpersonal trauma, attachment insecurity, and depression severity. *Journal of Affective Disorders*, 149, 313–318.
- Fraley, R. C. y Shaver, P. R. (2008). Attachment theory and its place in contemporary personality theory and research. En O. P. John, R. W. Robins, y L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 518–541). The Guilford Press.
- Friedli, L. (2009). *Mental health, resilience and inequalities*. World Health Organization Europe.
- Fuller-Thomson, E., Baird, S. L., Dhrodia, R. y Brennenstuhl, S. (2016). The association between Adverse Childhood Experiences (ACEs) and suicide attempts in a population-based study. *Child: Care, Health and Development*, 42(5), 725–734. <https://doi.org/10.1111/cch.12351>
- Fuller-Thomson, E., Brennenstuhl, S. y Frank, J. (2010). The association between childhood physical abuse and heart disease in adulthood: Findings from a representative community sample. *Child abuse & neglect*, 34(9), 689–698. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.02.005>
- García, M. A. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología*, 6, 18-39.
- George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1985). *The Adult Attachment Interview*. Unpublished

manuscript, University of California at Berkeley.

Gershoff, E. T. y Grogan-Kaylor, A. (2016). Spanking and child outcomes: Old controversies and new meta-analyses. *Journal of Family Psychology*, 30(4), 453–469.

<https://doi.org/10.1037/fam0000191>

Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. y Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *American Journal of Public Health*, 373(3), 68-81.

Giovanelli, A., Reynolds, A. J., Mondi, C. F. y Ou, S. R. (2016). Adverse Childhood Experiences and adult well-being in a low income, urban cohort. *Pediatrics*, 137(4), 10.1542/peds.2015-4016 e20154016. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4016>

Glaser D. (2000). Child abuse and neglect and the brain--a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 41(1), 97–116.

Glaser, D. (2014). The effects of child maltreatment on the developing brain. *Medico-Legal Journal*, 82(3), 97–111. <https://doi.org/10.1177/0025817214540395>

Goldsmith, R. A., Chesney, S. A., Heath, N. M., Barlow, y M. R. (2013). Emotion regulation difficulties mediate associations between betrayal trauma and symptoms of posttraumatic stress, depression, and anxiety. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 376–384.

Gómez, O. y Calleja, N. (2016). Regulación emocional: Definición, red nomologica y medición. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1), 96-117.

Gómez, Y. y Ezama, E. (1993). Hacia una psicopatología constructivista interaccional. Recuperado de [https://www.academia.edu/5024086/Fontanil\\_y\\_Ezama\\_1993\\_Hacia\\_una\\_psicopatolog%C3%ADa\\_constructivista\\_interaccional](https://www.academia.edu/5024086/Fontanil_y_Ezama_1993_Hacia_una_psicopatolog%C3%ADa_constructivista_interaccional)

Gómez-Fontanil, Y. y Coto-Ezama, E. (1986). Palabras impertinentes. Contra el concepto de enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 6(19), 587-593.

Gómez-Pérez, L., Abrams, M. P. López-Martínez, A. y Asmundson, G. J. G. (2012). Trauma exposure and health: The role of depressive and hyperarousal symptoms.



*Journal of Traumatic Stress*, 25(6), 641–648. <https://doi.org/10.1002/jts.21762>

Gómez-Vela, M. y Sabeh, E. (2001). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Instituto Universitario de Integración en la Comunidad*, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Recuperado de <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>

González de Audikana, J.M., Montero, M. y Ruiz, M. (2016). *Informe sobre la vulnerabilidad social de los programas de Cruz Roja Bizkaia en 2014-2015*. Instituto Deusto de Drogodependencias.

González, A (2011). *Trastornos disociativos*. Pléyades.

González-Fernández, S., Fernández-Rodríguez, C., Mota-Alonso, M. J., García-Tejido, P., Pedrosa, I. y Pérez-Álvarez, M. (2017). Emotional state and psychological flexibility in breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing: the Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 30, 75–83. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.08.006>

Goodwin, R. D. y Stein, M. B. (2004). Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychological Medicine*, 34(3), 509–520. <https://doi.org/10.1017/s003329170300134x>

Griffin, D. y Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 430-445)

Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224–237. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.74.1.224>

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299. <https://doi.org/10.1037%2F1089-2680.2.3.271>

Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. En L. A. Pervin, y O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2ª ed., pp. 525-552). Guilford.

- Gross, J. J. (2008). Emotion regulation. En M. Lewis, J. M. Haviland-Jones y L. Feldman-Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (3ª ed., pp. 497-512). Guilford Press.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26, 1-26.
- Gross, J. J. y John, O. P. (2003) Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Gross, J. J. y Levenson, R. (1993) Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 970-986.
- Gross, J. J. y Muñoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(2), 151–164. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x>
- Gross, J. J. y Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J.J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 3-24). Guilford Press.
- Gross, J. J., y Feldman-Barret, L. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion Review*, 3(1), 8–16.
- Gutiérrez-García, G., Fontanil, Y., Paz, D., Ezama, E. y Alonso, Y. (2017). Patología alimentaria en adolescentes: Efecto del apego y de la regulación emocional. *Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 17, 209-220.
- Guzmán-González, M., Carrasco, N., Figueroa, O., Trabucco, C. y Vilca, D. (2016). Estilos de apego y dificultades de regulación emocional en estudiantes universitarios. *Psyche*, 25(1), 1-13.
- Haley, J. (1987). *Estrategias en psicoterapia*. Toray.
- Hardt, J. y Rutter, M. (2004). Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: Review of the evidence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(2), 260–273.
- Hazan, C. y Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process.

*Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524.

- Heim, C., Newport, D. J., Mletzko, T., Miller, A. H. y Nemeroff, C. B. (2008). The link between childhood trauma and depression: Insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6), 693–710. doi: 10.1016/j.psyneuen.2008.03.008. PMID: 18602762.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. Basic Books.
- Hernández, M. (2010). El estudio de la pobreza y la exclusión social. Aproximación cuantitativa y cualitativa. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 24(3), 25–46.
- Hertzman, C. (1999). The biological embedding of early experience and its effects on health in adulthood. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 85–95. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08107.x>
- Hertzman, C. (2012). Putting the concept of biological embedding in historical perspective. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(2), 17160–17167.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: El papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19(2):347-372.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59(1-2), 9-36.
- Hillis, S. D, Anda, R. F, Felitti, V. J., Nordenberg, D. y Marchbanks, P. A. (2000). Adverse Childhood Experiences and sexually transmitted diseases in men and women: A retrospective study. *Pediatrics*, 106(1), 1-6.
- Hillis, S. D, Anda, R. F., Felitti, V. J. y Marchbanks, P. A. (2001). Adverse Childhood Experiences and sexual risk behaviors in women: A retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives*, 33(5), 206–211.
- Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A. y Marks, J. S. (2004). The association between Adverse Childhood Experiences and adolescent

- pregnancy, long-term psychosocial outcomes, and fetal death. *Pediatrics*, 113(2), 320–327.
- Hiraoka, R., Crouch, J.L., Reo, G., Wagner, M.F., Milner, J.S. y Skowronski, J.J. (2016). Borderline personality features and emotion regulation deficits are associated with child physical abuse potential. *Child Abuse & Neglect* 52, 177–184.
- Hocking, E. C., Simons, R. M. y Surette, R. J. (2016). Attachment style as a mediator between childhood maltreatment and the experience of betrayal trauma as an adult. *Child Abuse & Neglect*, 52, 94–101.
- Hofmann, S. G. (2014). Interpersonal emotion regulation model of mood and anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 38(5), 483-492.
- Holman, D.M., Ports, K., Buchanan, N. D., Hawkins, N. A., Merrick, M. T., Metzler, M. y Trivers, K. F. (2016). The association between Adverse Childhood Experiences and risk of cancer in adulthood: A systematic review of the literature. *Pediatrics*, 138(Suppl 1), S81–S91. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4268L>
- Holmes, J. (2011). *Teoría del apego y psicoterapia. En busca de una base segura*. Desclée de Brouwer.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L. y Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366 DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4).
- Hughes, K., Lowey, H., Quigg, Z. y Bellis, M. A. (2016). Relationships between adverse childhood experiences and adult mental well-being: Results from an English national household survey. *BMC Public Health*, 16, 222. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2906-3>
- Instituto Nacional de Estadística (2019). Metodología de Indicadores de Calidad de Vida. Recuperado de [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=0&c=INEPublicacion\\_C&cid=1259937499084&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratis](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=0&c=INEPublicacion_C&cid=1259937499084&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalleGratis)
- James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, 9(34), 188–205. Oxford University Press on

behalf of the Mind Association.

- Johnson, W. F., Huelsnitz, C. O., Carlson, E. A., Roisman, G. I., Englund, M. M., Miller, G. E. y Simpson, J. A. (2017). Childhood abuse and neglect and physical health at midlife: Prospective, longitudinal evidence. *Development and Psychopathology*, 29, 1935-1946.
- Johnstone, L. y Boyle, M. (con Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. y Read, J.) (2018a). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. British Psychological Society.
- Johnstone, L. y Boyle, M. (con Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. y Read, J.) (2018b). *The Power Threat Meaning Framework: Overview*. British Psychological Society.
- Jones, M. S., Peck, B. M., Sharp, S. F. y McLeod, D. A. (2019). Childhood adversity and intimate partner violence in adulthood: The mediating influence of PTSD in a sample of women prisoners. *Journal of Interpersonal Violence*, 886260519844277. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/0886260519844277>
- Jones, T. M., Nurius, P., Song, C. y Fleming, C. M. (2018). Modeling life course pathways from adverse childhood experiences to adult mental health. *Child Abuse & Neglect*, 80, 32–40. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.005>.
- Justo, A., Risso, A. y González, A. (2015). De las disfunciones familiares a la exclusión social: Un estudio piloto. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 8, 90-94.
- Kajeepeeta, S., Gelaye, B., Jackson, C. L. y Williams, M. A. (2015). Adverse childhood experiences are associated with adult sleep disorders: A systematic review. *Sleep Medicine*, 16(3), 320–330. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.12.013>
- Kelly-Irving, M., Lepage, B., Dedieu, D., Bartley, M., Blane, D., Grosclaude, P., Lang, T. y Delpierre, C. (2013). Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality. *European journal of epidemiology*, 28(9), 721–734.

<https://doi.org/10.1007/s10654-013-9832-9>

Kendall-Tackett, K. (2002). The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect*, 26, 715-729.

Kendall-Tackett, K. y Becker-Blease, K. (2004). The importance of retrospective findings in child maltreatment research. *Child Abuse and Neglect*, 28, 723-727.

Kendall-Tackett, K. y Klest, B. (2009) Causal mechanisms and multidirectional pathways between trauma, dissociation, and health. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10,129–134.

Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J. y Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women. An epidemiological and cotwin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 953–959. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.10.953>

Kessler, R. C., Davis, C. G. y Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27, 1101-1119.

Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., Aguilar-Gaxiola, S., Alhamzawi, A. O., Alonso, J., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., Chatterji, S., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Fayyad, J., Florescu, S., Gal, G., Gureje, O., Haro, J. M., ... Williams, D. R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 197(5), 378–385. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080499>

Kong, S. S., Kang, D. R., Oh, M. J. y Kim, N. H. (2018). Attachment insecurity as a mediator of the relationship between childhood trauma and adult dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19(2), 214–231. <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1329772>

Lafuente, M. J. y Cantero, M. J. (2010). *Vinculaciones afectivas: Apego, amistad y amor*. Ediciones Pirámide.

- Lafuente, M. y Faura, Ú. (2012). Estudio de la vulnerabilidad a la exclusión social por Comunidades Autónomas en España (2005-2009). *Investigaciones Regionales*, 105-124.
- Lanier, P., Maguire-Jack, K., Lombardi, B., Frey, J. y Rose, R. A. (2018). Adverse Childhood Experiences and child health outcomes: Comparing cumulative risk and latent class approaches. *Maternal and Child Health Journal*, 22(3), 288-297. DOI: 10.1007/s10995-017-2365-1
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée de Brouwer.
- Lemos, M. (2015). La teoría de la alóstasis como mecanismo explicativo entre los apegos inseguros y la vulnerabilidad a enfermedades crónicas. *Anales de Psicología*, 3(2), 452-461.
- Lê-Scherban, F., Brenner, A. B. y Schoeni, R. (2016). Childhood family wealth and mental health in a national cohort of young adults. *SSM – Population Health*, 2, 798-806. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.10.008>
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5(4), 196-204.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 472-486. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.472>
- Llano, J. C. (2019). *El estado de la pobreza, 9º informe AROPE. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 2008-2018*. Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social.
- Loinaz, I. y Echeburúa, E. (2012). Apego adulto en agresores de pareja. *Acción Psicológica*, 9(1), 33-46. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.1.435>
- Longden, E., Madill, A. y Waterman, M. G. (2012). Dissociation, trauma, and the role of lived experience: Toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychological*

- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174.
- Luxenberg, T., Spinazzola, J. y van der Kolk, B. A. (2001). Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) part one: Assessment. *Directions in Psychiatry*, 21, 373-393.
- Lyons-Ruth, K. (2006). The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 595-616.
- Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M. y Kleindienst, N. (2018). Dissociation in psychiatric disorders: A meta-analysis of studies using the Dissociative Experiences Scale. *The American Journal of Psychiatry*, 175(1), 37–46. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010025>
- Main, M. (2000). The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1055-1127.
- Main, M. y Solomon, J. (1990) Procedures for identifying infants as disorganised/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. En Greenberg, M.T.; Cicchetti, D. y Cummings, M. (Eds.) *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 121–160). The University of Chicago Press.
- Mair, C., Cunradi, C. y Todd, M. (2012). Adverse childhood experiences and intimate partner violence: Testing psychosocial mediational pathways among couples. *Annals of epidemiology*, 22, 832-9.
- Martín-Higarza, Y., Fontanil, Y., Méndez, M. D. y Ezama, E. (2020). The direct and indirect influences of adverse childhood experiences on physical health: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 1–17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228507>



- Marroquín, B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical psychology review*, *31*(8), 1276–1290.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.09.005>
- Marshall, R. D., Schneier, F. R., Lin, S. H., Simpson, H. B., Vermes, D. y Liebowitz, M. (2000). Childhood trauma and dissociative symptoms in panic disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *157*(3), 451–453.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.3.451>
- McCloskey, L. A. (2011). The impact of intimate partner violence on adolescents. En S. A. Graham-Bermann y A. A. Levendosky (Eds.). *How intimate partner violence affects children: Developmental research, case studies, and evidence-based intervention* (pp. 225–246). American Psychological Association.  
<https://doi.org/10.1037/12322-011>
- McElroy, S. y Hevey, D. (2014). Relationship between adverse early experiences, stressors, psychosocial resources and wellbeing. *Child Abuse & Neglect*, *38*(1), 65-75.
- McEnteggart, C., Barnes-Holmes, Y., Dillon, J., Egger, J. y Oliver, J. E. (2017). Hearing voices, dissociation, and the self: A functional-analytic perspective. *Journal of Trauma & Dissociation*, *18*(4), 575–594.  
<https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1241851>
- McLaughlin, K. A. (2016). Future directions in childhood adversity and youth psychopathology. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *45*(3), 361-382.  
 DOI:10.1080/15374416.2015.1110823
- McLaughlin, K. A. y Sheridan, M. A. (2016). Beyond cumulative risk: A dimensional approach to childhood adversity. *Current Directions in Psychological Science*, *25*(4), 239–245. <https://doi.org/10.1177/0963721416655883>
- McNeil, S. (2012). The impact of attachment insecurity on emotion regulation. *Journal of the New Zealand College of Clinical Psychologists*, *22*(2), 17-19.
- Merrick, M., Ports, K. A., Ford, D. C., Afifi, T. O., Gershoff, E. T. y Grogan-Kaylor, A. (2017). Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse & Neglect*, *69*, 10-19.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.016>

- Mesa-Gresa, P. y Moya-Albiol, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: El “ciclo de la violencia”. *Revista de Neurología*, 52(8), 489-503.
- Mestre, J. M y Guil, R. (2012). *La regulación de las emociones. Una vía a la adaptación personal y social*. Pirámide.
- Mestre, J. M., Brackett, M. A., Guil, R. y Salovey, P. (2008). Inteligencia emocional: Definición, evaluación y aplicaciones desde el modelo de habilidades de Mayer y Salovey. En F. Palmero y F. Martínez-Sánchez (Eds.), *Motivación y Emoción* (pp. 407-438). McGraw-Hill.
- Metzler, M., Merrick, M. T., Klevens, J., Ports, K. A. y Ford, D. C. (2017). Adverse childhood experiences and life opportunities: Shifting the narrative. *Children and Youth Services Review*, 72, 141–149. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2016.10.021>
- Mikulincer, M., Shaver, P. R. y Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27, 77–102. doi:10.1023/A:1024515519160
- Miller, G. E., Chen, E. y Parker, K. J. (2011). Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: Moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychological Bulletin*, 137(6), 959–997. <https://doi.org/10.1037/a0024768>
- Min, M. O., Minnes, S., Kim, H. y Singer, L. T. (2013). Pathways linking childhood maltreatment and adult physical health. *Child Abuse & Neglect*, 37(6), 361–373.
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2020). *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Boletín número 21 Datos 2018* Recuperado de [https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/productos/pdf/Boletin\\_Proteccion\\_21\\_Accesible.pdf](https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/productos/pdf/Boletin_Proteccion_21_Accesible.pdf)
- Moser, C. (1998). The asset vulnerability framework: Reassessing urban poverty reduction strategies. *World Development*, 26(1), 1-19. [https://doi.org/10.1016/S0305-750X\(97\)10015-8](https://doi.org/10.1016/S0305-750X(97)10015-8)

- Moskowitz, A. (2011). Schizophrenia, trauma, dissociation, and scientific revolutions. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12, 347-357.
- Mosley-Johnson, E., Garacci, E., Wagner, N., Mendez, C., Williams, J. S. y Egede, L. E. (2019). Assessing the relationship between adverse childhood experiences and life satisfaction, psychological well-being, and social well-being: United States Longitudinal Cohort 1995-2014. *Quality of life research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 28(4), 907–914. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-2054-6>
- Mosquera, D. y González, A. (2013). Del apego temprano a los síntomas del TLP de personalidad. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3(3), 1-33.
- Moyano, E. y Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: Midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región del Maule. *Universum*, 22(2), 184-200.
- Mueller, I. y Tronick, E. (2019). Early life exposure to violence: Developmental consequences on brain and behavior. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 13, 156. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00156>.
- Murphy, A., Steele, M., Dube, S. R., Bate, J., Bonuck, K., Meissner, P., Goldman, H. y Steele, H. (2014). Adverse Childhood Experiences (ACEs) Questionnaire and Adult Attachment Interview (AAI): Implications for parent child relationships. *Child Abuse & Neglect*, 38(2), 224-233. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.09.004>
- Navarro, S. R. y Larrubia, R. (2006). Indicadores para medir situaciones de vulnerabilidad social. Propuesta realizada en el marco de un proyecto europeo. *Baetica. Estudios de Arte, Geografía e Historia*, 28, 485-506.
- Nikulina, V., Widom, C. y Czaja, S. (2011). The role of childhood neglect and childhood poverty in predicting mental health, academic achievement and crime in adulthood. *American Journal of Community Psychology*, 48(3-4), 309-321.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. y 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. [doi:10.1371/journal.pmed.1001349](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349)

- Nurius, P. S., Green, S., Logan-Greene, P. y Borja, S. (2015). Life course pathways of adverse childhood experiences toward adult psychological well-being: A stress process analysis. *Child Abuse & Neglect*, *45*, 143-153.
- Nurius, P. S., Green, S., Logan-Greene, P., Longhi, D. y Song, C. (2016). Stress pathways to health inequalities: Embedding ACEs within social and behavioral contexts. *International Public Health Journal*, *8*(2), 241–256.
- Nurius, P. S., Logan-Greene, P. y Green, S. (2012). Adverse Childhood Experiences (ACE) within a social disadvantage framework: Distinguishing unique, cumulative, and moderated contributions to adult mental health. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, *40*(4), 278-290.  
<https://doi.org/10.1080/10852352.2012.707443>.
- Olofson, M. W. (2018). A new measurement of adverse childhood experiences drawn from the Panel Study of Income Dynamics Child Development Supplement. *Child Indicators Research*, *11*(2), 629-647 DOI: 10.1007/s12187-017-9455-x
- Oral, R., Ramirez, M., Coohy, C., Nakada, S., Walz, A., Kuntz, A., Benoit, J. y Peek-Asa, C. (2016). Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care. *Pediatric research*, *79*(1-2), 227–233.  
<https://doi.org/10.1038/pr.2015.197>
- Organización Mundial de la Salud (2018). CIE-11. Clasificación Internacional de Enfermedades (11ª ed.). Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
- Organización Mundial de la Salud (2018). Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud (2020). Nota descriptiva Maltrato infantil. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment#>
- Oshri, A., Sutton, T. E., Clay-Warner, J. y Miller, J. D. (2015). Child maltreatment types and risk behaviors: Associations with attachment style and emotion regulation dimensions. *Personality and Individual Differences*, *73*, 127–133.

- Padrós-Blázquez, F., Soriano-Mas, C. y Navarro-Contreras, G. (2012). Afecto positivo y negativo: ¿Una dimensión bipolar o dos dimensiones unipolares independientes? *Interdisciplinaria*, 19(1), 151-164.
- Paniagua, C., Palacios, J., Moreno, C., Román, M. y Rivera, F. (2016). Reconocimiento de emociones en menores con adversidad familiar temprana. *Apuntes de Psicología*, 34(2-3), 321-330.
- Pardee, M., Kuzma, E., Dahlem, C. H. Y., Boucher, N. y Darling-Fisher, C. S. (2017). Current state of screening high-ACE youth and emerging adults in primary care. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29(12), 716-724.
- Pechtel, P. y 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>
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B. A., Roth, S., Mandel, F. S., Kaplan, S. y Resick, P. A. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3-17.
- Pereg, D. y Mikulincer, M. (2004). Attachment style and the regulation of negative affect: Exploring individual differences in mood congruency effects on memory and judgment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(1), 67–80.
- Pérez, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una Psicoterapia Integradora*. Desclée de Brouwer.
- Perona, N. y Rocchi, G. (2001). Vulnerabilidad y exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares. *Kairós. Revista de Temas Sociales*, 8(8), Recuperado de <http://www.revistakairos.org/vulnerabilidad-y-exclusion-social-una-propuesta-metodologica-para-el-estudio-de-las-condiciones-de-vida-de-los-hogares/>
- Perona-Garcelán, S., García-Montes, J. M., Rodríguez-Testal, J. F., López-Jiménez, A. M., Ruiz-Veguilla, M. y Ductor-Recuerda, J. (2014). Relationship between childhood trauma, mindfulness, and dissociation in subjects with and without hallucination proneness. *Journal of Trauma and Dissociation*, 15(1), 35-51.

- Perry, B. (2014). *Estrés, Trauma y Trastornos de Estrés Post-traumático en los niños. Una Introducción*. Recuperado de [www.ChildTrauma.org](http://www.ChildTrauma.org)
- Perry, B. D. y Pollard, R. (1998). Homeostasis, stress, trauma, and adaptation. A neurodevelopmental view of childhood trauma. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7(1), 33-51.
- Pietromonaco, P. R. y Collins, N. L. (2017). Interpersonal mechanisms linking close relationships to health. *The American Psychologist*, 72(6), 531–542.  
<https://doi.org/10.1037/amp0000129>
- Pietromonaco, P. R., Uchino, B. y Dunkel-Schetter, C. (2013). Close relationship processes and health: Implications of attachment theory for health and disease. *Health psychology: Official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 32(5), 499–513. <https://doi.org/10.1037/a0029349>
- Pietromonaco, P. R.; Feldman Barret L. y Powers, S. I. (2006). Attachment theory and emotional reactivity and regulation. En D. K. Snyder, J. A. Simpson, y J. N. Hughes (Eds.), *Emotion Regulation in Couples and Families: Pathways to Dysfunction and Health*, (pp. 57-74). American Psychological Association.
- Pinto, R., Correia, L. y Maia, Â. (2014). Assessing the reliability of retrospective reports of Adverse Childhood Experiences among adolescents with documented childhood maltreatment. *Journal of Family Violence*, 29, 431–438.  
<https://doi.org/10.1007/s10896-014-9602-9>
- Pizarro, R. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. ONU y CEPAL, Serie de Estudios Estadísticos y Prospectivos, núm. 6. Recuperado de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf)
- Plataforma de ONG de Acción Social (2013). *II Plan Estratégico del tercer sector de acción social 2013–2016*. Recuperado de <http://www.plataformaong.org/planestrategico/>
- PNUD (1997). *Informe sobre el desarrollo humano 1997*. Oxford University Press.

- Porges, S.W. (2018). *Guía de bolsillo de la Teoría Polivagal. El poder transformador de sentirse seguro*. Ed. Eleftheria.
- Ports, K. A., Ford, D. C. y Merrick, M. T. (2016). Adverse childhood experiences and sexual victimization in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 51, 313–322.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.08.017>
- Puig, J., Englund, M. M., Simpson, J. A. y Collins, W.A. (2013). Predicting adult physical illness from infant attachment: A prospective longitudinal study. *Health Psychology*, 32(4), 409-417.
- Racine, N., Plamondon, A., Madigan, S., McDonald, S. y Tough, S. (2018). Maternal adverse childhood experiences and infant development. *Pediatrics*, 141(4), e20172495.
- Read, J. (2005). The bio-bio-bio model of madness. *The Psychologist*, 18(10), 596-597.
- Read, J. (2010). Can poverty drive you mad? 'Schizophrenia', socio-economic status and the case for primary prevention. *New Zealand Journal of Psychology*, 39(2), 7–19.
- Read, J., Fink, P. J., Rudegeair, T., Felitti, V. y Whitfield, C. L. (2008). Child maltreatment and psychosis: A return to a genuinely integrated Bio-Psycho-Social Model. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 2(3), 235-254.
- Read, J., Fosse, R., Moskowitz, A. y Perry, B. (2014). The traumatogenic neurodevelopmental model of psychosis revisited. *Neuropsychiatry*, 4(1), 65-79.
- Read, J., Hammersley, P. y Rudegeair, T. (2007). Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(2), 101-110.  
[doi:10.1192/apt.bp.106.002840](https://doi.org/10.1192/apt.bp.106.002840)
- Read, J., Harper, D., Tucker, I. y Kennedy, A. (2018). How do mental health services respond when child abuse or neglect become known? A literature review. *International journal of mental health nursing*, 27(6), 1606–1617.  
<https://doi.org/10.1111/inm.12498>
- Read, J., Johnstone, L. y Taitimu, M. (2017). Psicosis, pobreza y etnia. En J. Read y J. Dillon (Eds.). *Modelos de locura II* (pp. 147-177). Herder.

- Read, J., Mosher, Loren R. y Bentall, R. P. (2006). *Modelos de locura*. Herder.
- Read, J., Perry, B. D., Moskowitz, A. y Connolly, J. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: A traumagenic neurodevelopmental model. *Psychiatry*, 64(4), 319-345.
- Reiser, S. J., McMillan, K. A., Wright, K. D. y Asmundson, J. G. (2014). Adverse childhood experiences and health anxiety in adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 28, 407-413.
- Reuben, A. Moffitt, T. E., Caspi, A., Belsky, D. W., Harrington, H., Schoroeder, F., Hogan, S., Ramrakha, S., Poulton, R. y Danese, A. (2016). Lest we forget: Comparing retrospective and prospective assessments of adverse childhood experiences in the prediction of adult health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(10), 1103-1112
- Reyes, M. y Tena, E. (2016). *Regulación emocional en la práctica clínica: Una guía para terapeutas*. El Manual Moderno.
- Riggs, S. A. (2010) Childhood emotional abuse and the attachment system across the life cycle: What theory and research tell us. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(1), 5-51. DOI: 10.1080/10926770903475968
- Rodríguez, B., Fernández, A. y Bayón, C. (2005). Trauma, disociación y somatización. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 27-38.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M. A. y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(1), 349-372.
- Sachs-Ericsson, K. C., Hernandez, A. y Kendall-Tackett, K. (2009). A review of childhood abuse, health and pain-related problems: The role of psychiatric disorders and current life stress. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10, 170-188.
- Sachs-Ericsson, N. J., Rushing, N. C., Stanley, I. H. y Sheffler, J. (2016). In my end is my beginning: Developmental trajectories of adverse childhood experiences to late-life suicide. *Aging & Mental Health*, 20(2), 139–165.  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1063107>



- Sadek, N. y Nemeroff, Ch. (2000). *Update on the neurobiology of depression*. Recuperado de <http://www.medscape.org/viewarticle/412866>
- Salinas-Miranda, A. A., Salemi, J. L., King, L. M., Baldwin, J. A., Berry, E. L., Austin, D. A., Scarborough, K., Spooner, K. K., Zoorob, R. J. y Salihu, H. M. (2015). Adverse childhood experiences and health related quality of life in adulthood: Revelations from a community needs assessment. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(123).
- Sandín, B. (2003). El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-157.
- Sandín, B. (2006) *Cuestionario Breve de Apoyo Social (CBAS)*. UNED.
- Sandín, B. (2009). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología*, Vol. 2 Edición Revisada (pp. 3-42). McGraw-Hill.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-53.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2008). Evaluación de los sucesos vitales. En B. Sandin (Ed.), *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas* (pp. 67-86). Klinik.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. y Valiente, R. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Schalinski, I., Teicher, M. H., Carolus, A. M. y Rockstroh, B. (2018). Defining the impact of childhood adversities on cognitive deficits in psychosis: An exploratory analysis. *Schizophrenia Research*, 192, 351–356. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.05.014>
- Schallock, R. L. y Verdugo, M. A. (2002). *The concept of quality of life in human services: A hand book for human service practitioners*. American Association on Mental Retardation.
- Schallock, R. L. y Verdugo, M. A. (2016). *Calidad de vida: Manual para profesionales de*

*la educación, salud y servicios sociales*. Alianza.

- Schilling, E. A., Aseltine, R. H. y Gore, S. (2008). The impact of cumulative childhood adversity on young adult mental health: Measures, models, and interpretations. *Social Science & Medicine*, 66(5), 1140-51.
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., Jr. y Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young adults: A longitudinal survey. *BMC Public Health*, 7, 30. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-30>
- Schimmenti, A. (2017) The trauma factor: Examining the relationship among different types of trauma, dissociation, and psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19(5), 532-571.
- Schimmenti, A. y Caretti, V. (2018). Attachment, trauma, and alexithymia. En O. Luminet, R. M. Bagby y G. J. Taylor (Eds.), *Alexithymia: Advances in research, theory, and clinical practice* (pp. 127–141). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108241595.010>
- Schimmenti, A., Maganuco, N. R., La Marca, L., Di Dio, N., Gelsomino, E. y Gervasi, A. M. (2015). “Why do I feel so bad?” Childhood experiences of emotional neglect, negative affectivity and adult psychiatric symptoms. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6, 259-265.
- Schore A. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 201-269.
- Schore, J. R. y Schore, A. N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9–20. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0111-7>
- Seiler, A., Kholer, S., Ruf-Leuschner, M. y Landolt, M. A. (2015). Adverse Childhood Experiences, Mental health, and quality of life of Chilean girls placed in foster care: An exploratory study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(2), 180-187.

- Shaver, P. R. y Mikulincer, M. (2007). Adult attachment strategies and the regulation of emotion. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 446-465). The Guilford Press.
- Shaver, P. R. y Mikulincer, M. (2014). Adult attachment and emotion regulation. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (2ª ed., pp. 237-250). The Guilford Press.
- Sheffield, A., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S. y Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion. *Social Development*, 16(2): 361–388.
- Silva, J. (2005). Regulación emocional y psicopatología: El modelo de vulnerabilidad/resiliencia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 43(3), 201-209.
- Silva-Burgos, L. y Barriga, L.M. (2009). Creación de índice de vulnerabilidad social para la Provincia de Concepción desde una perspectiva teórica empírica. *Sociedad Hoy*, 16(1), 59-76.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., O'Connell, K. A. y WHOQOL Group (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 13(2), 299–310.  
<https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216–269. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
- Smith, C., Smith-Carrier, T., Gazso, A., Collins, S. y Saxby, C. (2019). The relationship between child maltreatment and social assistance use: A chain of adversities and transitions from a life course perspective. *Journal of Public Child Welfare*, 13(5), 556-577, DOI: 10.1080/15548732.2019.1608887
- Smith, M., Williamson, A. E., Walsh, D. y McCartney, G. (2016). Is there a link between

childhood adversity, attachment style and Scotland's excess mortality? Evidence, challenges and potential research. *BMC Public Health*, 16, 655.

<https://doi.org/10.1186/s12889-016-3201-z>

Spertus, I. L., Yehuda, R., Wong, C. M., Halligan, S. y Seremetis, S. V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse and Neglect*, 27(11), 1247-1258. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.05.001>

Spiegel, D. (2010). Dissociation in the DSM5. *Journal of Trauma and Dissociation*, 11(3), 261–265. <https://doi.org/10.1080/15299731003780788>

Spinazzola, J., van der Kolk, B. y Ford, J. D. (2018). When nowhere is safe: Interpersonal trauma and attachment adversity as antecedents of posttraumatic stress disorder and developmental trauma disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 31(5), 631–642. <https://doi.org/10.1002/jts.22320>

Sroufe L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K. y Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11(1), 1–13. <https://doi.org/10.1017/s0954579499001923>

Sroufe, A. (1995). *Emotional Development. The Organization of Emotional Life in the Early Years*. Cambridge University Press.

Sroufe, L. A. (2000). Early relationships and the development of children. *Infant Mental Health Journal*, 21(1-2), 67-74.

Steele, H., Bate, J., Steele, M., Dube, S. R., Danskin, K., Knafo, H., Nikitiades, A., Bonuck, K., Meissner, P. y Murphy, A. (2016). Adverse childhood experiences, poverty, and parenting stress. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 48(1), 32–38.

<https://doi.org/10.1037/cbs0000034>.

Steptoe, A., Marteau, T., Fonagy, P. y Abel, K. (2019). ACEs: Evidence, gaps, evaluation and future priorities. *Social Policy and Society*, 18(3), 415-424.

doi:10.1017/S1474746419000149

- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA). Recuperado de <https://www.samhsa.gov/capt/practicing-effective-prevention/prevention-behavioral-health/adverse-childhood-experiences>
- Sun, J., Patel, F., Rose-Jacobs, R., Frank, D. A., Black, M. M. y Chilton, M. (2017). Mother's Adverse Childhood experiences and their young children's development. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(6), 882-891.
- Sweeney, A., Filson, B., Kennedy, A., Collinson, L. y Gillard, S. (2018). A paradigm shift: Relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych advances*, 24(5), 319–333. <https://doi.org/10.1192/bja.2018.29>
- Taillieu, T. L., Brownridge, D. A., Sareen, J. y Afifi, T. O. (2016). Childhood emotional maltreatment and mental disorders: Results from a nationally representative adult sample from the United States. *Child Abuse & Neglect*, 59, 1-12.
- Tamir, M. (2011). The maturing field of emotion regulation. *Emotion Review*, 3(1), 3-7.
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta C. P. y Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27(1-2), 33-44.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25-52.
- Thompson, R. A. (2014). Socialization of emotion and emotion regulation in the family. En J.J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (2ª ed., pp. 173-186). Guilford Press.
- Thompson, R. A. y Meyer, S. (2007). Socialization of emotion regulation in the family. En J.J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 249-268). Guilford Press.
- Thomson, P. y Jaque, V. (2018). Depersonalization, adversity, emotionality, and coping with stressful situations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19(2). 143-161. DOI: 10.1080/15299732.2017.1329770
- Tomalski, P. y Johnson, M. H. (2010). The effects of early adversity on the adult and developing brain. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(3), 233–238.

<https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283387a8c>

- Toth, S. L. y Cicchetti, D. (2013). A developmental psychopathology perspective on child maltreatment. *Child Maltreatment, 18*(3), 135-139
- Tronick, E. (2017). The caregiver–infant dyad as a buffer or transducer of resource enhancing or depleting factors that shape psychobiological development. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 38*, 561–572. doi: 10.1002/anzf.1274
- Tronick, E. y DiCorcia, J. (2015). The Everyday Stress Resilience Hypothesis: A reparatory sensitivity and the development of coping and resilience. *Children Australia, 40*(2), 124-138. doi:10.1017/cha.2015.11
- Turner, R. J. y Lloyd, D. A. (1995). Lifetime traumas and mental health: The significance of cumulative adversity. *Journal of Health and Social Behavior, 36*(4), 360-376.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile, 138*, 358-365.
- Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica, 30*(1), 61-71.
- Üstündağ-Budak, A. M., Koydemir, S. y Schütz, A. (2019). Attachment and Emotion Regulation. In: Zeigler-Hill V, Shackelford T, eds. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer..
- Vaiserman, A. M. (2015) Epigenetic programming by early-life stress: Evidence from human populations. *Developmental Dynamics, 244*(3), 254–265.  
<https://doi.org/10.1002/dvdy.24211>
- Vallejos, M. y Bertone, M. S. (2016). Eventos traumáticos en la infancia en una población masculina privada de su libertad: Estudio de prevalencia. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, 73*(2), 75-82.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. y Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 413-423.

- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. y Steele, K. (2011). *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Desclée de Brouwer.
- Van der Kolk, B. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408.
- Van der Kolk, B. (2015). *The body keeps the score. Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Books.
- Van der Kolk, B. *Trauma, abuso y negligencia infantil: Verdades y consecuencias*. Recuperado de [https://www.ctntraumatraining.org/uploads/4/6/2/3/46231093/key-note\\_session-complex\\_trauma\\_developmental\\_\\_neurobiological\\_impact\\_spanish.pdf](https://www.ctntraumatraining.org/uploads/4/6/2/3/46231093/key-note_session-complex_trauma_developmental__neurobiological_impact_spanish.pdf)
- Van der Kolk, B., Pelcovitz, D., Roth, S., Mendel, F. S., McFarlane, A. y Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 160(7), 83-93.
- Van der Kolk, B., Pynoos, R., Cicchetti, D., Cloitre, M. Y., Ford, J., Lieberman, A., Putnam, F., Saxe, G., Spinazzola, J., Stolbach, B.C. y Teicher, M. H. (2009). *Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V* Recuperado de [https://www.ctntraumatraining.org/uploads/4/6/2/3/46231093/dsm-v\\_proposal-dtd\\_taskforce.pdf](https://www.ctntraumatraining.org/uploads/4/6/2/3/46231093/dsm-v_proposal-dtd_taskforce.pdf)
- Van der Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. y Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399.
- Van der Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. y Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399.
- Van Dijke, A. (2012). Dysfunctional affect regulation in borderline personality disorder and in somatoform disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 10.3402/ejpt.v3i0.19566. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.19566>
- Van Dijke, A.; Ford, J.D., Van der Hart, O., Van Son, M. J.M., Van der Heijden, P.G.M. y Bühring, M. (2011). Childhood traumatization by primary caretaker and affect

dysregulation in patients with borderline personality disorder and somatoform disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 2, 10.3402/ejpt.v2i0.5628.  
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.5628>

Van IJzendoorn, M. (2005). *Attachment at an early age (0-5) and its impact on children's development*. 2nd ed. van IJzendoorn M, topic ed. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* [online]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development; 2007:1-5. Recuperado de [http://www.childencyclopedia.com/documents/van\\_IJzendoornANGxp.pdf](http://www.childencyclopedia.com/documents/van_IJzendoornANGxp.pdf)

Varese, F., Barkus, E. y Bentall, R. P. (2012). Dissociation mediates the relationship between childhood trauma and hallucination-proneness. *Psychological Medicine*, 42(5), 1025–1036. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001826>

Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., Van Os, J. y Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661-671.

Vega-Arce, M. y Núñez-Ulloa, G. (2018). Experiencias Adversas en la Infancia: Mapeo bibliométrico de la literatura científica en la Web of Science. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 29(1), 25-40

Verdugo, M., Sainz F., Gómez, L. y Gómez, S. (2009). *Bases para el desarrollo de un modelo de evaluación para personas con discapacidad intelectual adultas que viven en servicios residenciales*. INICO, Universidad de Salamanca. Recuperado de [https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO25938/Bases\\_modelo\\_de\\_evaluacion\\_CdV\\_y\\_Apoyos.pdf](https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO25938/Bases_modelo_de_evaluacion_CdV_y_Apoyos.pdf)

Vonderlin, R., Kleindienst, N., Alpers, G. W., Bohus, M., Lyssenko, L. y Schmahl, C. (2018). Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: A meta-analytic review. *Psychological Medicine*, 48(15), 2467–2476.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291718000740>

Walker, A., Gelfand, A., Katon, W. J., Koss, M. P., Von Korff, M., Bernstein, D. y Russo,



- J. (1999). Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. *The American Journal of Medicine*, 107(4), 332-339.  
[https://doi.org/10.1016/s0002-9343\(99\)00235-1](https://doi.org/10.1016/s0002-9343(99)00235-1)
- Waugh, C. E., Shing, E. Z. y Furr, R. M. (2020). Not all disengagement coping strategies are created equal: Positive distraction, but not avoidance, can be an adaptive coping strategy for chronic life stressors. *Anxiety, Stress, and Coping*, 33(5), 511–529.  
<https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1755820>
- Weber, S., Jud, A. y Landolt, M. A. (2016). Quality of life in maltreated children and adult survivors of child maltreatment: A systematic review. *Quality of Life Research*, 25(2), 237-55. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1085-5>
- Whitfield, C. L., Anda, R. F., Dube, S R. y Felitti, V. J. (2003). Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults. Assessment in a large health maintenance organization. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(2), 166-185.
- Whithfield, C. L. (1998). Adverse Childhood Experiences and Trauma. *American Journal of Preventive Medicine*, 14 (4), 361-364.
- WHOQOL Assessment Group. (1996). ¿Qué calidad de vida? Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro mundial de la salud*, 17(4), 385-387 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24–56.
- WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
- Widom, C. S. (2017). Long-term impact of childhood abuse and neglect on crime and violence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 186–202.  
<https://doi.org/10.1111/cpsp.12194>

- Widom, C. S., Czaia, S. J., Bentley, T. y Johnson, S. M. (2012). A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: New findings from a 30-year follow-up. *American Journal of Public Health, 102*(6), 1135–1144.
- Widom, C. S., Czaja, S. J., Kozakowski, S. S. y Chauhan, P. (2018). Does adult attachment style mediate the relationship between childhood maltreatment and mental and physical health outcomes? *Child Abuse & Neglect, 76*, 533–545.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.002>
- Widom, C. S., Raphael, K. G. y DuMont, K. A. (2004). The case for prospective longitudinal studies in child maltreatment research: Commentary on Dube, Williamson, Thompson, Felitti, and Anda (2004). *Child Abuse & Neglect, 28*(7), 715–722.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.03.009>
- World Health Organization (1948). *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (1994). *Quality of Life Assessment: An annotated bibliography*. Geneva: WHO (WHO/MNH/PSF/94.1)
- World Health Organization (1997). *Measuring quality of life. The World Health Organization quality of life instruments*, Geneva: WHO.
- World Health Organization (2011). *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire Pilot study review and finalization meeting*. WHO.
- World Health Organization (2012) Risk to mental Health: an overview of vulnerabilities and risk factors. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/mhgap/risks\\_to\\_mental\\_health\\_EN\\_27\\_08\\_12.pdf](https://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf)
- Wu, N. S., Schairer, L. C., Dellor, E. y Grella, C. (2010). Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addictive Behaviors, 35*(1), 68–71. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.09.003>
- Yehuda, N. (2019). *Comunicar el trauma. Criterios clínicos e intervenciones con niños traumatizados*. Desclée De Brouwer.

Zaki, J. y Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, 13(5), 803-810.



## **11. ANEXOS**



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN:  
"IMPACTO DE LAS EXPERIENCIAS INFANTILES ADVERSAS EN LA CALIDAD DE  
VIDA EN POBLACIÓN ADULTA EN SITUACIONES DE VULNERABILIDAD SOCIAL."**

**I. IDENTIFICACIÓN.**

**Iniciales:**

**Nombre del profesional que informa:**

**Centro:**

**II. INFORMACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN.**

La finalidad general de la investigación es analizar la relación entre las experiencias adversas en la infancia y adolescencia y la calidad de vida, salud física y psicológica, relaciones afectivas y otros efectos de estas vivencias en personas adultas.

Para llevarla a cabo necesitamos su colaboración contestando a una serie de cuestionarios sobre diferentes aspectos de su vida.

Toda la información que se recoja para la investigación será estrictamente confidencial, no teniendo acceso a la misma nadie más que las personas responsables de este estudio, sujetos al secreto profesional. Los datos serán tratados estadísticamente de forma grupal, y en caso de publicación no aparecerá identificación personal alguna, asegurándose el anonimato de las personas que han participado.

En caso de no desear participar en la investigación y estar recibiendo algún tipo de asistencia o apoyo en el servicio donde se solicita su colaboración, será atendido igualmente y con la misma calidad que cualquier usuario. Además, usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento, sin que de ello se derive ningún perjuicio.

**III. DECLARO.**

Que he leído y entendido el presente formulario y que he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Que doy mi consentimiento para participar en la investigación.

En....., a ..... de ..... de .....

**Firma:**