



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

TESIS DOCTORAL

INFLUENCIA DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA
INFANCIA EN LA SALUD MENTAL DE LA MUJER ADULTA

Autora: María Dolores Méndez Méndez



Universidad de Oviedo
Universidá d'Uviéu
University of Oviedo

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

Psicología Clínica y de la Salud

TESIS DOCTORAL

INFLUENCIA DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA
INFANCIA EN LA SALUD MENTAL DE LA MUJER ADULTA

Autora:

M^a Dolores Méndez Méndez

Directora:

Dra. M^a Yolanda Fontanil Gómez



RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español/Otro Idioma: INFLUENCIA DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA EN LA SALUD MENTAL DE LA MUJER ADULTA	Inglés: INFLUENCE OF ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES ON THE MENTAL HEALTH OF ADULT WOMEN
2.- Autor	
Nombre: MARÍA DOLORES MÉNDEZ MÉNDEZ	
Programa de Doctorado: CIENCIAS DE LA SALUD	
Órgano responsable: CENTRO INTERNACIONAL DE POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO	

RESUMEN (en español)

Introducción: muchas investigaciones señalan que las mujeres están expuestas con mayor frecuencia y a más temprana edad a adversidades de carácter interpersonal que incrementan el riesgo de desarrollar una peor salud mental. Este sufrimiento psicológico conlleva más limitaciones en su vida cotidiana, de ahí que acudan en mayor medida a la búsqueda de ayuda en los servicios públicos, y sean más diagnosticadas y medicadas. Sin embargo, las consecuencias negativas de estas experiencias no siempre son contempladas a la hora de explicar y atender a su malestar psíquico. Analizar la influencia de las experiencias adversas en la infancia (ACEs) en el funcionamiento psicológico de la mujer adulta es el propósito principal de esta Tesis Doctoral y se concreta en los siguientes objetivos específicos:

- Identificar la prevalencia y tipología de las ACEs relatadas por las mujeres;
- Estudiar si la exposición a más cantidad de ACEs se asocia a mayor severidad de los síntomas de psicopatología presentes;
- Conocer si existen, y de ser así cuáles son, las variables mediadoras a través de las que las ACEs ejercen un impacto indirecto sobre la salud mental;
- Evaluar si el tipo de ACEs influye en el funcionamiento psicológico de las mujeres.

Metodología: en este estudio transversal participaron 378 mujeres que recibieron atención psicológica en los servicios públicos de Salud Mental y Servicios Sociales. El muestreo fue intencional y se utilizaron instrumentos validados para registrar la prevalencia y tipología de ACEs, la severidad de los síntomas de psicopatología, la calidad de vida, la presencia de afectos positivos y negativos, las relaciones de apego adulto, las estrategias de afrontamiento y las de regulación emocional. Además de los análisis descriptivos se realizaron análisis estadísticos mediante técnicas de regresión lineal múltiple con el método de pasos sucesivos, análisis de clases latentes o análisis de varianza entre otras. Se utilizaron los programas estadísticos SPSS v20.0. y MPlus 8 (para el análisis de clases latentes).

Resultados: la presencia de ACEs en la historia de vida de las mujeres que recibieron ayuda psicoterapéutica en los servicios públicos fue alta. El 48.3% de las participantes relató cuatro o más adversidades tempranas en su biografía.

Los resultados corroboran la existencia de una asociación gradual entre la exposición a más cantidad de ACEs y la mayor severidad de psicopatología.

Cuatro variables, una de apego adulto, dos de regulación emocional y una de estrategias de afrontamiento, explicaron el 52,6% de la varianza en psicopatología, constituyendo vías indirectas a través de las cuales las ACEs ejercen su influencia. Al indagar sobre el papel de las relaciones de apego adulto tomando las variables como configuraciones, encontramos que una de ellas, caracterizada por alto miedo al rechazo y al abandono, bajo deseo de cercanía y alta preferencia por la independencia, se asoció con un peor funcionamiento psicológico presente y una mayor exposición a ACEs.

Finalmente, el análisis de clases latentes apoyó la existencia de cuatro clases en función de



las ACEs relacionadas por las mujeres: clase 1. Diversidad de maltratos sin ruptura familiar; clase 2. Diversidad de maltratos con ruptura familiar; clase 3. Pocas experiencias adversas y clase 4. Alto maltrato/alta ruptura familiar. Los resultados destacan diferencias en el funcionamiento psicológico entre las clases 3 y 4. Además, las participantes de la clase 3 y 1 difirieron en las relaciones de apego y en las estrategias de afrontamiento y de regulación emocional empleadas para afrontar la adversidad presente, lo cual resalta la influencia de las ACEs relacionadas con la disfunción o ruptura familiar en la salud mental de las mujeres.

Conclusiones: los resultados de esta investigación corroboran el impacto directo e indirecto, a través de las relaciones interpersonales cercanas, las estrategias de afrontamiento y de regulación emocional, de las ACEs sobre la salud mental de las mujeres. Dicha influencia se ve condicionada tanto por la cantidad como por el tipo de adversidad experimentada.

Los hallazgos de esta Tesis Doctoral proporcionan una base de conocimientos útil para el desarrollo de objetivos en el contexto de las intervenciones destinadas a prevenir las consecuencias negativas de la adversidad temprana en el bienestar psicológico de las mujeres. Además, resaltan la necesidad de que desde los servicios públicos se adopte la perspectiva de género y se desarrollen sistemas de cuidados sensibles a las experiencias adversas en la infancia con el fin comprender y proporcionar una mejor atención a la salud mental de las mujeres.

RESUMEN (en Inglés)

Introduction: Numerous research studies indicate that women are exposed more frequently and at a younger age to interpersonal adversities that increase their risk of developing poorer mental health. This psychological distress leads to more limitations in their daily lives, hence they are more likely to seek help from public services, and to be diagnosed and medicated. However, the negative consequences of these experiences are not always taken into account when explaining and addressing their psychological distress. Analysing the influence of adverse childhood experiences (ACEs) on the psychological functioning of adult women is the main purpose of this Doctoral Thesis and is concretised in the following specific objectives:

- To identify the prevalence and typology of ACEs reported by women;
- To study whether exposure to more ACEs is associated with greater severity of the present symptoms of psychopathology;
- To find out whether and, if so, which are the mediating variables through which ACEs have an indirect impact on mental health;
- To assess whether the type of ACEs influences women's psychological functioning.

Method: This cross-sectional study involved 378 women who received psychological care in public Mental Health and Social Services. Sampling was purposive and validated instruments were used to record the prevalence and typology of ACEs, severity of psychopathology symptoms, quality of life, presence of positive and negative affect, adult attachment relationships, coping strategies and emotional regulation strategies. In addition to descriptive analyses, statistical analyses were carried out using multiple linear regression techniques with stepwise method, latent class analysis, analysis of variance and others. The statistical programmes SPSS v20.0 and MPlus 8 (for latent class analysis) were used for this purpose.

Results: The presence of ACEs in the life story of women who received psychotherapeutic help in public services was high. 48.3% of the participants reported four or more early adversities in their biography.

The results corroborate the existence of a graded association between exposure to more ACEs and greater severity of psychopathology.

Four variables, one of adult attachment, two of emotional regulation and one of coping strategies, explained 52.6% of the variance in psychopathology, constituting indirect pathways through which ACEs exert their influence. Studying the role of adult attachment relationships taking the variables as configurations, we found that one of them, characterised by high fear of rejection and abandonment, low desire for closeness and high preference for independence, was associated with worse present psychological functioning and greater exposure to ACEs.

Finally, the latent class analysis supported the existence of four classes according to the ACEs reported by the women: class 1. Range of maltreatment but no family disruption; class 2.



Universidad de Oviedo

Range of maltreatment with family disruption; class 3. Few ACEs and class 4. High maltreatment/high family disruption. The results underline differences in psychological functioning between classes 3 and 4. In addition, class 3 and 1 participants differed in attachment relationships and in the coping and emotional regulation strategies employed to deal with present adversity, highlighting the influence of ACEs related to family dysfunction or breakdown on women's mental health.

Conclusions: The results of this research corroborate the direct and indirect impact, through close interpersonal relationships, coping strategies and emotional regulation, of ACEs on women's mental health. This influence is conditioned by both the quantity and type of adversity experienced.

The findings of this Doctoral Thesis provide a useful knowledge base for the development of objectives in the context of interventions aimed at preventing the negative consequences of early adversity on women's psychological well-being. In addition, they emphasise the need for public services to adopt a gender perspective and to develop care systems that are sensitive to adverse childhood experiences in order to understand and provide better attention for women's mental health.

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

DEDICATORIA

*A las mujeres que han colaborado en esta investigación,
por compartir sus historias de vida,
por ser ejemplo con su fortaleza
y por enseñarnos tanto.*

Agradecimientos

Este trabajo es resultado de las ideas, pensamientos, reflexiones y esfuerzos compartidos de muchas personas.

En primer lugar, me gustaría expresar mi más profundo agradecimiento a la directora de esta Tesis Doctoral, la Dra. Yolanda Fontanil, por compartir conmigo su sabiduría y experiencia, por su dedicación, apoyo y la confianza mostrada. Gracias por esta oportunidad.

Asimismo, agradezco al Dr. Esteban Ezama su contribución a este y otros proyectos, también todas sus enseñanzas, que me han hecho crecer como profesional desde mis primeros pasos en el camino de la psicoterapia.

A la Dra. Yolanda Martín-Higarza por guiarme, por su accesibilidad y disponibilidad.

Al Dr. Álvaro Postigo por su colaboración y positividad en los momentos de mayor adversidad.

Los proyectos importantes también son fruto de las personas que nos acompañan en otros ámbitos de la vida, sin su apoyo, sería difícil tener la fuerza y la valentía para llevarlos a cabo.

Gracias a Verónica, Patricia y Noelia por *estar* durante tantas horas de viaje. A Rocío, Cristina y demás compañeras de profesión, ahora amigas, por toda su ayuda.

A Sandra, a Ceci y al resto de amigas y amigos por su comprensión y los momentos de desconexión y reconexión que me han regalado.

A mi familia, a mis padres y a mi hermana, por haberme cuidado tanto y seguir cuidándome hoy en día.

Y a Jonás, por haber sido mi refugio y base segura, por su tiempo y sus palabras de ánimo, que tanto han contribuido a que éste y otros sueños se hayan hecho realidad.

A todas y todos, muchas gracias.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

Índice de Contenidos

PRESENTACIÓN.....	3
CAPÍTULO 1:INTRODUCCIÓN.....	9
1.1. Adversidad y género.....	9
1.2. La salud mental de la mujer.....	10
1.3. El estudio de las experiencias adversas en la infancia	16
1.4. Experiencias adversas en la infancia y salud pública.....	23
1.5. Experiencias adversas en la infancia y salud mental: conocimientos sobre el impacto del género	26
1.6. Factores mediadores entre las experiencias adversas en la infancia y la salud mental en la vida adulta.....	36
1.6.1. Vínculos de apego	36
1.6.2. Estrategias de afrontamiento y de regulación emocional	43
CAPÍTULO 2: OBJETIVOS	55
2.1. Hipótesis de investigación.....	55
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA.....	59
3.1. Aspectos éticos.....	59
3.2. Procedimiento	59
3.3. Mediciones y análisis de datos	60
3.3.1. Presencia de experiencias adversas en la infancia en población de mujeres adultas que acuden a tratamiento en los servicios públicos de Salud Mental y Servicios Sociales.	60

3.3.2. Asociación entre la presencia de experiencias adversas en la infancia y la gravedad de psicopatología en mujeres adultas.	61
3.3.3. Influencia de las relaciones de apego adulto, las estrategias de afrontamiento y de regulación emocional en la asociación entre la exposición a experiencias adversas en la infancia y el desarrollo de psicopatología en la vida adulta.	62
3.3.4. Asociación entre la exposición a distintos tipos de experiencias adversas en la infancia y las diferencias en el funcionamiento psicológico en la vida adulta de las mujeres.	65
CAPÍTULO 4: PUBLICACIONES CIENTÍFICAS	69
4.1. Primer estudio	69
4.2. Segundo estudio	79
4.3. Tercer estudio	99
CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	113
5.1. Presencia de experiencias adversas en la infancia en mujeres adultas que consultan por problemas de salud mental	113
5.2. Experiencias adversas en la infancia y gravedad de psicopatología en mujeres adultas que consultan por problemas de salud mental	117
5.3. Relaciones indirectas de las experiencias adversas en la infancia y la salud mental de la mujer adulta	119
5.4. Influencia del tipo de experiencias adversas en la infancia en el funcionamiento psicológico de la mujer adulta	128
5.5. Limitaciones y fortalezas de la Tesis Doctoral	132
CAPÍTULO 6: CONCLUSIONES	139

CAPÍTULO 7: INFORME DEL FACTOR DE IMPACTO DE LAS PUBLICACIONES

PRESENTADAS145

7.1. Primer estudio 147

7.2. Segundo estudio 153

7.3. Tercer estudio..... 157

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....159

PRESENTACIÓN

*“Ella era una rosa
en las manos de aquellos
que no tenían intención
de conservarla”*

Kaur, R. 2018/2015

Presentación

Esta Tesis Doctoral se presenta por compendio de publicaciones de tres artículos aceptados en revistas científicas incluidas en el Science Citation Index y de acuerdo con el Real Decreto 99/2011, de 28 de enero, por el que se regulan las enseñanzas oficiales de los estudios de doctorado correspondientes al tercer ciclo de enseñanzas universitarias oficiales, conducentes a la obtención del Título de Doctor o Doctora.

El *primer capítulo* incluye la justificación y contextualización teórica del tema objeto de estudio: la salud mental de las mujeres y el papel influyente de las experiencias adversas vividas en la infancia y adolescencia en ella.

A lo largo de esta sección de introducción se realiza una revisión y síntesis sobre la literatura científica previa relacionada con este campo de estudio, así como sobre las variables implicadas. Además, se analizan la potencial relevancia e implicaciones de esta Tesis Doctoral en la investigación en Ciencias de la Salud.

En el *segundo capítulo* se exponen el objetivo general y los cuatro objetivos específicos de esta investigación. A continuación, y fundamentadas en el marco teórico de este trabajo, se plantean cinco hipótesis como posibles explicaciones tentativas.

En el *tercer capítulo* se describe el procedimiento y la metodología empleados en el desarrollo de esta tesis. Se reflejan los principios éticos que han guiado este trabajo científico y se describen los procedimientos de evaluación y de análisis de datos. Esta sección está organizada en cuatro subsecciones que se corresponden con el proceso llevado a cabo para alcanzar cada uno de los cuatro objetivos específicos de esta investigación.

El *cuarto capítulo* recoge las publicaciones científicas que conforman el compendio. Los tres artículos, que a continuación se presentan brevemente, han sido aceptados en revistas nacionales e internacionales incluídas en el Journal Citation Report (JCR):

Fontanil, Y., Méndez, M. D., Martín-Higarza, Y., Solís-García, P. y Ezama, E. (2021).

Adverse childhood experiences and mental health in women: pathways of influence in a clinical sample. *Psicothema*, 33(3), 399–406.

<https://doi.org/10.7334/psicothema2021.39>

ISSN: 0214 - 9915. EISSN: 1886 - 144X

***JCR WOS, 2021: Psicología, Multidisciplinar - Cuartil 1 (36/148).

Factor de impacto: 4.104

Méndez-Méndez, M. D., Fontanil, Y., Martín-Higarza, Y., Fernández-Álvarez, N. y Ezama, E. (2021).

Configurations of adult attachment, indicators of mental health and adverse childhood experiences in women: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13385.

<https://doi.org/10.3390/ijerph182413385>

ISSN: N/A. EISSN: 1660 - 4601

*** JCR WOS, 2021: Ciencias medioambientales - Cuartil 2 (100/279); Salud pública, medioambiental y laboral - Cuartil 2 (71/210).

Factor de impacto: 4.614

Fontanil, Y., Méndez, M. D., Postigo, Á., Martín-Higarza, Y. y Ezama, E. (2023).

How are adverse childhood experiences and women's mental health associated? A latent class analysis. *Acta Psychologica*, 241, 104088.

<https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.104088>

ISSN: 0001 - 6918. EISSN: 1873 - 6918

***JCR WOS, 2023: Psicología, Experimental - Cuartil 3 (65/89).

Factor de impacto: 1.8

En el *quinto capítulo* se discuten los principales hallazgos derivados de los resultados de las publicaciones científicas presentadas, para mayor claridad, su discusión se ha

estructurado de acuerdo con el planteamiento de los objetivos de investigación en cuatro subsecciones. En este capítulo se incluye también una subsección donde se analizan las principales limitaciones y fortalezas de la Tesis Doctoral.

El *sexto capítulo* muestra las conclusiones y los principales hallazgos de este trabajo científico, asimismo, se resumen las reflexiones sobre su relevancia e implicaciones.

El *séptimo capítulo* está conformado por los informes detallados de cada una de las publicaciones científicas de este compendio, en ellos se recogen datos sobre la revista científica en la que han sido publicados, su factor de impacto, el cuartil que ocupa y la posición dentro de su categoría. También se incluyen las referencias de otros trabajos de investigación donde los artículos de esta investigación han sido citados.

Para finalizar, se presentan las referencias bibliográficas que han sido utilizadas en la elaboración de este trabajo. Para su redacción, en la misma línea que sigue el documento de esta Tesis Doctoral, se han utilizado las normas de publicación recomendadas en la 7ª edición del manual de la American Psychological Association [APA] (APA, 2020).

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

*“Si hubiera sabido a
qué se parece la seguridad
habría perdido menos
tiempo cayendo en
brazos que no me la daban”*

_ Kaur, R. 2018/2015_

1. Introducción

1.1. Adversidad y Género

La RAE define la adversidad como la situación desgraciada en la que se encuentra alguien y toma como sinónimos conceptos como infortunio, desgracia, calamidad, desdicha, infelicidad, contratiempo, percance o fatalidad. Pero la adversidad y los sucesos adversos que estudia esta Tesis Doctoral no son tan solo sucesos discretos, posibles pero muy infrecuentes, extremos o que amenazan la vida y que vienen del exterior en forma de desastres naturales, sino experiencias continuadas, repetidas, muy negativas e insertas en la vida de las personas, en sus relaciones y en los discursos, estructuras y prácticas de nuestro mundo social. El planteamiento de adversidad se acerca así al concepto básico del *Marco de Poder, Amenaza y Significado* (PAS) que actualmente se viene desarrollando sobre todo bajo la iniciativa de la División de Psicología de The British Psychological Society (Johnstone y Boyle, 2018). Defendemos que estas características de la adversidad pueden ser cruciales para entender las experiencias y las respuestas de los menores y adultos, pero más aún defenderemos que son cruciales para entender y atender los problemas de salud mental de las mujeres adultas.

El concepto de experiencia adversa en la infancia o adverse childhood experience (ACE) hace referencia a aquellos acontecimientos potencialmente traumáticos que tienen lugar en la vida de las personas antes de los 18 años y que se dan frecuentemente en el entorno familiar. The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) catalogaron como ACEs experiencias de abuso que comprenden el abuso físico, verbal y sexual y también otras situaciones de disfunción en el ámbito familiar. Éstas últimas aluden a vivencias como el encarcelamiento de algún miembro de la familia, el divorcio, la separación temprana o la muerte de alguno de los progenitores, la convivencia con personas que presenten problemas

de consumo de sustancias, de salud mental o intentos de suicidio o que son víctimas de violencia de género en la pareja (CDC, 2019).

Cualquier adversidad se da más frecuentemente en contextos de desigualdad, privación y discriminación. En estas circunstancias, según el Marco del PAS, los efectos negativos del poder pueden manifestarse por diversas vías, una de ellas es a través del patrón de identidad. En este sentido, el hecho de estar identificado/a o identificarse como mujer o niña implica, en la mayoría de las sociedades, una identidad desvalorizada, estar sometida a un mayor grado de control sobre el cuerpo y actividades, ser mostrada de forma cosificada o erotizada o estar en minoría en puestos de influencia y poder (Johnstone y Boyle, 2018). Estas condiciones, influyen en el riesgo de experimentar adversidades en estadios más tempranos del desarrollo y, sinérgicamente a ellas, impactan negativamente y agravan el estado de salud mental de mujeres y niñas. Dicha repercusión diferencial en la salud en función del género, debida a las diferencias existentes en la exposición a factores de riesgo y a las desventajas estructurales, ha de ser tomada en cuenta en las políticas y programas de salud para responder de forma igualitaria a las necesidades de salud poblacionales (Davies et al., 2019).

1.2. La Salud Mental de la Mujer

Tal como señalaron en *The Lancet* Davies et al. (2019) existe una necesidad clara de replantear la interconexión entre las mujeres, el género y la salud global. Y es que más allá del aumento de los factores de riesgo físico, las mujeres se encuentran en desventaja desde el punto de vista estructural, ya que están sobrerrepresentadas en funciones de cuidado informal e infrarrepresentadas en puestos de liderazgo, toma de decisiones e investigación de alto nivel. La política y los programas sanitarios mundiales no suelen tener en cuenta las diferencias entre las necesidades de las mujeres y las de los hombres (equidad de género), ni la posición desigual de las mujeres en la sociedad (igualdad de género), lo que hace que las

mujeres sean visiblemente invisibles. En salud las desigualdades de género se asocian a los roles, espacios y normas que se construyen socialmente a partir de las diferencias sexuales entre hombres y mujeres. La posición de subordinación que estos roles y normas imponen a las mujeres genera sesgos de género que han perpetuado estas desigualdades, pero la investigación sanitaria no se ha ocupado adecuadamente de las consecuencias de estos sesgos. En los estudios sobre salud global se ha tomado como referencia normativa el patrón masculino y se han invisibilizado los problemas específicos de las mujeres que, cuando se mencionan, se refieren casi exclusivamente a la esfera sexual y reproductiva. Además, las mujeres siguen estando infrarrepresentadas en los ensayos clínicos y en la investigación sanitaria lo que no impide que los resultados obtenidos se extrapolen a la población femenina (Coen y Banister, 2012; Tasa-Vinyals et al., 2015; Valero et al., 2021).

Centrados ya en la salud mental se pueden ir desgranando los datos por los cuales examinar las circunstancias que afectan al bienestar psicológico de las mujeres es un trabajo necesario. Las cifras sobre incidencia y prevalencia y los análisis sobre la respuesta profesional, como se verá a continuación, dibujan un panorama en el que aparecen algunas cosas claras.

El informe emitido por *The Women's Mental Health Taskforce* se inicia preguntando por qué es importante centrarse en la salud mental de las mujeres. Su respuesta más genérica fue señalar el deterioro de la salud mental entre las mujeres y los malos resultados experimentados por algunas de ellas en los servicios de Salud Mental (Doyle-Price y Sacks-Jones, 2018).

Al revisar esta cuestión, nos encontramos con que los datos de estudios epidemiológicos nacionales e internacionales apoyan dicha necesidad. Así, diversas investigaciones señalan como las mujeres son diagnosticadas con mayor frecuencia a causa de su sufrimiento psicológico, reportan peor salud mental que los hombres, presentan mayor

prevalencia de disfunciones psíquicas ajustada por edad y mayor limitación en su vida cotidiana asociada a éstas (Abel y Newbigging, 2018; Centro Nacional de Epidemiología, 2018; Ministerio de Sanidad, 2018; Whiteford et al., 2013). En esta línea, en España, el *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021* refleja que la prevalencia registrada de problemas de salud mental es de 286.7 casos por cada 1.000 habitantes, y que es más elevada en mujeres que en hombres, 313.3 frente a 258.8 respectivamente. Este documento señala a su vez que las manifestaciones de ansiedad y depresión son, junto a las dificultades para dormir, las quejas de salud mental registradas con mayor frecuencia en las historias clínicas de las personas que consultan en el sistema sanitario, y que las mujeres sufren problemas de este tipo con el doble de frecuencia (Ministerio de Sanidad, 2022). A nivel internacional, la quinta edición revisada del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5-TR) publicado por la American Psychiatric Association estima que los trastornos de estrés postraumático también se duplican en el caso de las mujeres (entre el 8% y el 11%) respecto a los hombres (entre el 4.1% y el 5.4%) (American Psychiatric Association, 2023). Otro estudio con datos comparativos previos y posteriores a la pandemia Covid-19, llevado a cabo en países de ingresos medios y altos, resalta el mayor número de consultas en servicios de urgencias por intención autolítica y la presencia de más antecedentes de intentos autolíticos en el caso de mujeres (Guil Sánchez, 2023).

En lo concerniente a la salud mental y las experiencias adversas en la infancia, organismos internacionales como la American Psychological Association (APA) y la Office on Women's Health (OWH) han señalado que las mujeres presentarían mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental como ansiedad, depresión o estrés postraumático asociados a la vivencia de situaciones traumáticas. Esta afirmación se ve apoyada por los resultados de diversas investigaciones que han analizado las diferencias de género en la exposición a adversidad temprana y los resultados en el funcionamiento psicológico adulto,

apoyando el papel que dichas experiencias adversas en la infancia podrían tener en el desarrollo y mantenimiento de los peores resultados en la salud mental de las mujeres (Afifi et al., 2008; Haahr-Pedersen et al., 2020; Johnson et al., 2020; Park et al., 2023; Prokopez et al., 2020; Wang, 2023; Yu, 2018). Dichas diferencias entre ambos géneros se han explicado atendiendo a algunas de las dimensiones comunes de la adversidad, como la frecuencia, la duración, la gravedad, el grado de amenaza, la relación entre el agresor y la víctima, la vivencia de diferentes tipos de eventos traumáticos y el momento vital de exposición a estas circunstancias. En este sentido, se ha encontrado que las mujeres están expuestas con mayor frecuencia y a más temprana edad a mayor cantidad de adversidades de carácter interpersonal como la violencia sexual (Alcalá et al., 2017; APA, 2017; Berens et al., 2020; Gershon et al., 2008; Grisgby et al., 2020; OWH, 2021; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022b; Prokopez et al., 2020; Wei et al., 2021).

Para continuar profundizando en la cuestión de la salud mental y el género debemos partir de la propia conceptualización de lo que es considerado normal o patológico en este campo de estudio en el que existen diversas perspectivas, que han variado en función de las adaptaciones sociales culturalmente impuestas, dando lugar a definiciones de la psicopatología contextuales y temporalmente dependientes (Alonso et al., 2014; Bacigalupe et al., 2020; Campo-Arias et al., 2021; Johnstone y Boyle, 2018; Kriegler y Bester, 2014; Watzlawick et al., 1992). Esta influencia del construccionismo histórico-social ha condicionado además las ideas vigentes sobre cronología de la aparición, el tipo y la expresión de lo que es considerado o no un trastorno mental. Sin embargo, históricamente, este papel del contexto sociocultural ha sido minusvalorado o, en el peor de los casos, obviado y el malestar psíquico se ha explicado mediante hipótesis biomédicas, que sitúan la base de las distintas manifestaciones de psicopatología en las diferencias biológicas o alteraciones neuroquímicas cerebrales (Bateson, 1976; Ezama et al., 2010; Haley, 1976;

Linares y Soriano, 2017; Pérez-Álvarez y González-Pardo, 2007). Un ejemplo de esto es precisamente la confusión existente entre las acepciones de sexo y género, que históricamente se han entremezclado erróneamente, favoreciendo la subordinación de la mujer a través de la identificación entre el cuerpo y la función social (Basaglia, 1985).

Basándonos en el planteamiento previo, parece obvio que una temática tan compleja como el análisis de los factores de riesgo y mantenimiento para el desarrollo de problemas de salud mental de las mujeres, así como las vías de influencia a través de las que las ACEs podrían condicionarla, requiere mayor estudio para su esclarecimiento. También, que es necesario que la investigación en este campo sea llevada a cabo desde un enfoque fenomenológico, biopsicosocial y con perspectiva de género, dada la relevancia de analizar los factores que se desprenden de la desigualdad entre hombres y mujeres y que, como explicaremos a continuación, condicionan de forma específica la salud mental de las mujeres (OWH, 2021; Olf, 2017; Women's Health Victoria, 2023).

La desigualdad de género es un fenómeno social, jurídico y cultural que inunda todas las esferas de la vida de la mujer y condiciona las oportunidades, la posición en la familia y en la sociedad, las experiencias vitales, la forma de comunicarse, la toma de decisiones y el establecimiento de prioridades. Algunos de sus efectos se traducen en que las mujeres tengan menor nivel educativo o clase social, rentas más bajas, sufran en mayor medida situaciones de acoso sexual y dificultades de acceso a los derechos reproductivos. En el ámbito laboral las mujeres presentan mayor número de horas de trabajo y tasas más elevadas de desempleo. También se ha encontrado que por lo general abandonan antes la vida laboral debido a la mayor carga de trabajo doméstico, desempeñando normalmente el rol de cuidadoras en las familias. A nivel social muestran tasas más elevadas de exclusión y falta de apoyo social, así como menor presencia en los espacios de toma de decisiones, lo que limita el desarrollo de políticas sociales que tengan en cuenta sus necesidades (Abel y Newbigging, 2018; Otten et

al., 2020; Substance Abuse and Mental Health Service Administration [SAMHSA], 2014b; Yu, 2018). Estas circunstancias, comunes en la vida de las mujeres, dificultarían a cualquier persona que las sufra alcanzar una vida independiente y plena, repercutiendo negativamente en su salud mental.

Otra de las consecuencias de la desigualdad de género y que se desprende también de las situaciones desfavorables que se han mencionado en el párrafo anterior, es el mantenimiento de la violencia estructural mediante las relaciones de poder asimétricas en la sociedad. Esta violencia estructural que como hemos visto produce daños en las necesidades humanas básicas, también incrementa el riesgo de exposición a experiencias de adversidad que generan sufrimiento a muchas mujeres a lo largo de su ciclo vital, como la violencia de género, el abuso o la violencia sexual desde la infancia (Hosang y Bhui, 2018). Se considera pues, que las realidades derivadas de la desigualdad de género podrían explicar parte de los resultados desfavorables encontrados en la salud mental de las mujeres en los estudios epidemiológicos revisados, pero también, que ellas sean diagnosticadas con mayor frecuencia a causa de su sufrimiento psicológico. En este sentido, por ejemplo, el hecho de que los espacios públicos y los deberes sociales asociados al rol femenino sean más restringidos, hace que las transgresiones a éstos resulten más visibles, y, por lo tanto, sean etiquetadas como trastornos con mayor facilidad (Basaglia, 1985).

Las diferencias de género también se han hallado en el ámbito terapéutico. Al analizar las tasas autonómicas y globales de consumo de psicofármacos en España, el ya citado *Informe anual del Sistema Nacional de Salud de 2020-2021*, muestra que el consumo de ansiolíticos en población femenina duplica al que se da en población masculina en casi la totalidad de las comunidades autónomas y que en el caso de los fármacos antidepresivos, las mujeres casi triplican el consumo de los varones en la mitad de las comunidades autónomas. En lo que concierne al abordaje de las adversidades y sus consecuencias para la salud mental,

se ha encontrado que cuando el motivo de consulta es el malestar psicológico que se relaciona con vivencias traumáticas, la media de tiempo que se tarda en recibir el diagnóstico y tratamiento adecuados es de un año en el caso de los hombres y de cuatro en el de las mujeres. Este dato resulta llamativo dada la evidencia existente sobre la frecuencia de estas experiencias y sus consecuencias negativas para la salud mental de las mujeres, pero también, si se tiene en cuenta que, según estudios nacionales e internacionales, son las mujeres quienes recurren con mayor frecuencia a la estrategia de buscar ayuda en los servicios sanitarios para aliviar su sufrimiento psicológico (Alexander et al., 2016; Henares Montiel et al., 2020; Kilpatrick et al., 2013; Ministerio de Sanidad, 2022; National Institute of Mental Health [NIMH], 2022; OWH, 2021).

Con base en lo expuesto y siguiendo las recomendaciones de los organismos internacionales mencionados, se apoya la idea de que las políticas y estrategias de salud públicas deben adoptar una perspectiva de género en todos los niveles de la ciencia, la medicina y la salud mundial para prestar servicios a las mujeres que han sufrido experiencias traumáticas (Davies et al., 2019). Se hace necesario el desarrollo de medidas adecuadas de prevención que contemplen las particularidades asociadas al género y a la cultura, así como la implementación de planes de tratamiento y recuperación centrados en la persona y que atiendan a las necesidades, prioridades, intereses y experiencias vitales de las mujeres. Así mismo, se considera que los profesionales de la salud, que ejercen su labor en los contextos públicos, han de nutrirse de los conocimientos sobre la adversidad y sus influencias en la salud mental de la mujer a la hora de guiar su práctica clínica.

1.3. El Estudio de las Experiencias Adversas en la Infancia

El *Adverse Childhood Experiences (ACE) Study* fue el primer estudio epidemiológico que puso de relieve el impacto a largo plazo de las ACEs en la salud de las personas.

Publicado en 1998 fue un proyecto llevado a cabo por Vincent Felitti y su equipo de

investigación en colaboración con el CDC en la Clínica de Evaluación de la Salud Kaiser Permanente de San Diego. Esta investigación, una de las mayores realizadas hasta el momento con una muestra de 17.337 participantes (8.708 de la primera fase y 8.629 de la segunda), supuso un importante hito para la medicina, la psicología y la salud pública (Anda et al., 2007).

Los responsables del *ACE Study*, conscientes de la influencia de los hábitos y del estilo de vida para la salud de las personas, plantearon un estudio para valorar la presencia de experiencias de adversidad en la infancia de la población que asistía al Plan de Salud Kaiser Permanente (más de 45.000 personas cada año) entre 1995 y 1997. Dentro de este protocolo se realizaron valoraciones médicas estandarizadas que constaban de un formulario revisado por un profesional sanitario, en el que se solicitaba información biográfica, psicosocial y la historia médica individual y familiar.

Para estimar la presencia de las ACEs se diseñó un cuestionario compuesto por 17 preguntas de respuesta dicotómica (sí/no) en torno a siete adversidades, en el que los participantes debían valorar si durante su infancia o adolescencia habían estado expuestos a las experiencias descritas. Las siete categorías de ACEs evaluadas fueron tres de abuso (maltrato psicológico, físico y abuso sexual) y cuatro de disfunción en el hogar (violencia de género, convivencia con personas que abusaban de sustancias psicoactivas, tenían problemas de salud mental o habían sido encarceladas en alguna ocasión).

En la primera fase del estudio, una semana después de haber realizado en el hospital la evaluación médica estandarizada, se encuestó por correo electrónico a 13.494 personas adultas entre los periodos de agosto y noviembre de 1995 y de enero y marzo de 1996. En la segunda fase, se encuestó aproximadamente al mismo número de personas a través de preguntas detalladas sobre cuestiones de salud que resultaron relevantes en función de los hallazgos de la primera fase. Además, en este caso, se añadieron tres categorías más de

adversidades, dos de ellas relativas a situaciones de maltrato por negligencia (negligencia física y negligencia emocional) y una tercera relativa a situaciones de disfunción en el hogar (separación temprana o muerte de alguno de los progenitores). Así, el cuestionario final recoge un total de diez situaciones de adversidad distintas. En el estudio también se incluyó una pregunta relativa a la salud física percibida, considerada un fuerte predictor de mortalidad, ésta debía ser calificada de pobre a excelente (Felitti et al., 1998).

La muestra total del estudio estuvo compuesta por hombres (46%) y mujeres (54%), la media de edad fue de 58 y 56 años respectivamente, la mayoría de los participantes eran de raza blanca (74.8%) con algún nivel de estudios (Anda et al., 2006). Una vez finalizado el proceso de evaluación, se comparó el número de tipos de ACEs referidas por los participantes con diez factores de riesgo asociados a los motivos de morbimortalidad y las enfermedades consideradas como las principales causas de muerte en Estados Unidos (cardiopatía isquémica, cáncer, accidente cerebrovascular, bronquitis crónica o enfisema (EPOC), diabetes, hepatitis o ictericia y fracturas óseas).

Los resultados del *ACE Study* sorprendieron por la alta frecuencia de ACEs hallada en población general, informando el 52% de los participantes (el 53.3% de los hombres y el 45.4% de las mujeres) haber experimentado al menos una de estas experiencias. Además, la mayoría de las personas que relataban haber vivido un tipo de adversidad presentaban mayor probabilidad (entre el 65% y el 93%) de sufrir otras experiencias de este tipo (Felitti et al., 1998). Si bien la probabilidad de haber estado expuesto a un solo tipo de ACE fue ligeramente mayor en el grupo de participantes hombres en comparación con el de mujeres, cuando se valoró la exposición a más cantidad de adversidades tempranas, el porcentaje de mujeres de la muestra que relataban haber estado expuestas a dos, tres o cuatro tipos de ACEs fue consistentemente mayor al de hombres, acentuándose las diferencias entre ambos al incrementarse la cantidad de tipos distintos de ACEs relatadas.

Otro de los principales hallazgos de esta investigación fue que el 6.2% de los participantes relataron cuatro o más ACEs en su biografía, el 8.5% de las mujeres y el 3.9% de los hombres, número a partir del cual se encontró que estas experiencias tenían un efecto más negativo y duradero sobre la salud y la calidad de vida. Concretamente, aquellas personas que habían sufrido cuatro o más ACEs tenían de cuatro a 12 veces mayor riesgo de desarrollar alcoholismo, abuso de otras sustancias, depresión e intentos de suicidio y de dos a cuatro veces más probabilidad de presentar conductas de riesgo como tabaquismo, tener 50 o más parejas sexuales o sufrir enfermedades de transmisión sexual. El análisis de resultados también confirmó la existencia de una asociación gradual entre la exposición a adversidades tempranas y la mayor afectación de la salud, implicación en comportamientos de riesgo y el desarrollo de problemas psicológicos, enfermedades somáticas graves y mortalidad. De hecho, los participantes que relataban adversidades tempranas tenían una media de 20 años menos de vida en comparación con los que no referían ninguna experiencia de este tipo (ver Figura 1) (Anda et al., 2010; CDC, 2019; Felitti et al., 1998).

Aunque no existen otros datos del estudio disgregados en función de género, los primeros análisis apuntaron a una mayor exposición a tipos de ACEs en población de mujeres que implicaría un aumento del riesgo para el desarrollo de problemas de salud física y mental.

Los autores del *ACE Study*, además de incidir en la relevancia e implicaciones de las ACEs para la salud a largo plazo, enfatizaron la necesidad de profundizar en el conocimiento de los mecanismos mediadores que podrían dar cuenta de esta asociación. Según Felitti et al. (1998) y Anda et al. (2010) los altos niveles de exposición a las adversidades tempranas provocan un importante estrés y estados emocionales intensos de ansiedad, ira y tristeza. Estos autores ya hipotetizaron que la implicación en conductas de riesgo, como por ejemplo el consumo de sustancias psicoactivas, dado su efecto neuroregulador, podría ser una estrategia de afrontamiento para lidiar con las intensas respuestas emocionales derivadas de la

exposición a adversidad. Así, estas conductas consideradas problemáticas desde una perspectiva social constituirían intentos de solución a corto plazo, teniendo su repetición como estrategia un impacto nocivo para la salud a largo plazo.

Figura 1

Influencia potencial de las experiencias adversas en la infancia a lo largo del ciclo vital



Nota. Adaptado de Felitti et al. (1998).

El *ACE Study* puso de relieve la necesidad de implementar estrategias de evaluación y prevención primaria, tanto para reducir la exposición a ACEs como para promocionar conductas saludables y reducir así la morbilidad y mortalidad prematura en la población. En esta línea, Felitti, años después, confirmó que la evaluación biopsicosocial en la que se contemplaron estas experiencias llevó a que el Hospital Kaiser Permanente tuviese que atender un 35% menos de visitas al año siguiente (Felitti, 2019). Actualmente continúan otras fases del estudio para evaluar la asociación de estas vivencias tempranas con la salud, el uso de servicios sanitarios y las causas de muerte.

No obstante, antes de la publicación del *ACE Study*, algunas investigaciones habían indagado ya sobre los efectos de la adversidad, primando en aquel momento el número de investigaciones centradas en el impacto de algún tipo de experiencia en concreto (Auersperg et al., 2019; Briere y Elliot, 1994; Taillieu et al., 2016, Werner et al., 2016). El uso de esta

metodología, conocida como enfoque selectivo, controla el efecto diferencial de cada ACE, pero no repara en que las experiencias adversas no se suelen dar de forma aislada y que la exposición a un tipo de experiencia temprana adversa puede ser un factor de riesgo para la exposición a otros tipos de adversidad (Westermair et al., 2018). Por lo que el uso del enfoque selectivo podría sobreestimar del impacto de un tipo de adversidad en la salud y también obviar el efecto de otras ACEs (Anda et al., 2010).

Superando estas dificultades, El *ACE Study* fue una de las primeras investigaciones epidemiológicas llevada a cabo con un enfoque acumulativo, al tener en cuenta varios tipos de adversidades tempranas y cómo estas vivencias tendían a darse de forma conjunta. Precisamente éste fue uno de los principales hallazgos de Felitti y su equipo de investigación, que los efectos aislados de cada tipo de adversidad no eran independientes entre sí, relacionándose gradualmente con una mayor afectación para la salud (Felitti et al., 1998; Hughes et al., 2017; Merrick et al., 2019; Wang, 2023).

A partir de la publicación del *ACE Study*, la investigación desde el enfoque acumulativo ha crecido exponencialmente. Algunas de las causas de este crecimiento han sido la simpleza de su cálculo y la sencillez para observar la coocurrencia de las ACEs y su impacto individual y global. Además, los hallazgos encontrados hasta el momento con esta metodología son consistentes con los conocimientos existentes sobre el impacto del estrés postraumático en el neurodesarrollo (Anda et al., 2010; Iniguez y Stankowski, 2016; Lacey y Minnis, 2020; Schalinski et al., 2019; Shonkoff et al., 2012). Sin embargo, este tipo de diseño no está exento de limitaciones, pues no explica los mecanismos a través de los cuáles las ACEs ejercen su efecto, al asumir que todas estas experiencias tienen el mismo impacto. Esta idea contrasta con la heterogeneidad de resultados encontrados en función de los diferentes tipos de experiencias vividas y los efectos explicados por las interacciones sinérgicas entre

ciertos grupos de ACEs (Brajović et al., 2018; Briggs et al., 2021; Campbell et al., 2016; Lanier et al., 2018; Smith y Pollak, 2021).

Para dar respuesta a esta cuestión y conocer el efecto de la interrelación de los distintos tipos de ACEs y su impacto diferencial sobre la salud, ha crecido el desarrollo de investigaciones centradas en las variables mediante análisis factorial y análisis de clases latentes. Este último, partiendo de un enfoque centrado en la persona, busca patrones o grupos en función de las adversidades que se tienden a comunicar. Así, el uso de análisis de clases latentes ha arrojado resultados prometedores que apoyan la importancia de estudiar la heterogeneidad en la exposición a adversidades y cómo distintas agrupaciones de ACEs podrían tener diferentes repercusiones a lo largo del ciclo vital. Este campo de conocimiento resulta muy relevante para orientar estrategias de intervención sobre los efectos de agrupaciones concretas de ACEs y para detectar grupos de mayor riesgo (Briggs et al., 2021; Lanier et al., 2018; McKelvey et al., 2020; Parnes y Schwartz, 2022). En este marco se formularon los objetivos del tercer artículo de esta Tesis Doctoral.

En resumen, el *ACE Study* ha constituido un punto de inflexión en la investigación sobre la influencia global de las ACEs a lo largo de la trayectoria vital y una constatación de que muchos de los problemas de salud física y mental de las personas adultas podrían deberse, precisamente, a estas circunstancias problemáticas del desarrollo que comenzaron temprano en la vida (Mogart et al., 2021). Como se ha señalado, la producción científica derivada de la formulación inicial ha contribuido a incrementar el interés, el conocimiento y las vías de investigación sobre las causas, características y consecuencias de las ACEs (Matjasko et al., 2022; Zyromski et al., 2018). Además, la sencillez del diseño original ha facilitado su aplicabilidad en los contextos públicos y la creación de políticas encaminadas a la mejora de la prevención, la detección y el abordaje de la adversidad en la infancia y sus consecuencias (Lacey y Minnis, 2020).

1.4. Experiencias Adversas en la Infancia y Salud Pública

La investigación sobre la presencia e impacto de las experiencias adversas en la infancia ha sido de gran importancia a la hora de avanzar en la comprensión de las implicaciones en la salud pública de los malos tratos en la infancia. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) estiman que cada año uno de cada dos niños de edades comprendidas entre los dos y los 17 años sufre algún tipo de violencia (OPS y OMS, 2020). En esta línea, diversas investigaciones epidemiológicas han encontrado que entre el 50% y el 70% de las personas adultas de la población general relatan haber experimentado al menos un tipo de experiencia adversa en la infancia. Estas vivencias tienen un mayor impacto a edades tempranas, sobre todo cuando se trata de múltiples acontecimientos traumáticos, señalando algunos de los estudios epidemiológicos que han apoyado estos datos, que las mujeres relatan con más frecuencia haber estado expuestas a cuatro o más categorías de ACEs y que podrían sufrir traumas relacionales crónicos en mayor medida y a edades más tempranas (American Psychological Association [APA], 2017; Baiden et al., 2021; Campbell et al., 2016; CDC, 2019; Felitti et al., 1998 Merrick et al., 2019). En este sentido un estudio reciente llevado a cabo por Alhowaymel et al. (2023) con población general señala el género como una variable estadísticamente significativa. Sus resultados muestran que las mujeres presentan mayor probabilidad de padecer enfermedades crónicas asociadas a las vivencias de adversidades en la infancia.

Continuando con el impacto de los malos tratos en la infancia, existe evidencia que muestra las importantes consecuencias negativas que estas vivencias suponen tanto para los supervivientes como para la comunidad. Las personas que relatan ACEs en sus historias de vida presentan a menudo mayor riesgo de sufrir problemas de salud física y mental, implicación en conductas de riesgo para la salud, peor calidad y satisfacción con la vida,

menor nivel educativo, dificultades con el empleo, bajos ingresos, situaciones de pobreza en la adultez y mayor morbilidad y mortalidad prematura por enfermedad o suicidio. Estos resultados han sido contrastados por diversos estudios que han puesto de relieve la existencia de una asociación gradual entre la exposición a ACEs y una salud más pobre en la vida adulta (Anda et al., 2020; Angelakis et al., 2019, Brugiavini et al., 2022; Hughes et al., 2017; Martín-Higarza et al., 2020; Mosley-Johnson et al., 2019; Petruccelli et al., 2019). Para conocer cómo se dan estas conexiones entre las ACEs y los problemas ya descritos, así como las vías a través de las cuales las experiencias vitales y los factores ambientales que generan estrés crónico pueden provocar desregulación fisiológica y enfermedad, se ha utilizado el concepto de carga alostática, cuya asociación con las adversidades tempranas ha sido apoyada por múltiples investigaciones (Bekie, 2012; Finlay et al., 2022; Solis, 2014). Esta propuesta es congruente con las de estudios que subrayan el impacto directo o indirecto del estrés precoz en los comportamientos de salud y su correlación con las principales causas de muerte y diversas enfermedades como cardiopatías, cáncer, enfermedades pulmonares crónicas, fracturas óseas o enfermedades hepáticas entre otras (Campbell et al., 2016; Felitti et al., 1998; Lovis-Schmidt et al., 2022; Martín-Higarza et al., 2020).

Se entiende así, que las consecuencias nocivas de las ACEs para la salud se presentan desde la primera infancia y se extienden a lo largo de todo el ciclo evolutivo, implicando importantes costes económicos al conllevar un mayor uso de los servicios educativos y los sistemas sanitarios, de bienestar social, de justicia penal y de protección de menores (Baldwin, 2021; Conti et al., 2021; Jones et al., 2020; Miller et al., 2020, OMS, 2022b; Webster, 2022). La producción científica desarrollada sobre la presencia y efectos nocivos de las ACEs en la historia de vida de personas que consultan por problemas de salud físicos y mentales ha favorecido el incremento de la conciencia sobre la necesidad y los potenciales beneficios que otorgaría a la salud pública la inclusión de la valoración de estas experiencias

en los protocolos de evaluación en los contextos clínicos. También ha señalado la necesidad de desarrollar políticas sanitarias y estrategias de atención e intervención que contemplen dicha problemática (Cibralic et al., 2022; Felitti, 2019; Oral et al., 2015; Rariden et al., 2021).

Sensibles a esta realidad y a las carencias existentes, ya en la década de los 90 y tras observar la alta prevalencia de abusos sexuales y físicos en la historia de mujeres que presentaban problemas psicológicos graves y de drogodependencia, la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) comenzó a incorporar una nueva política de asistencia denominada *Trauma Informed Care* (TIC) (Goodman et al., 1995; SAMHSA, 2014a; Vitriol et al., 2020). Hemos elegido la denominación enfoque de *Cuidado Informado sobre el Trauma* o *Cuidado Sensible a las Experiencias Adversas* para referirnos a este modelo basado en el conocimiento sobre cómo la adversidad afecta al bienestar de las personas y a sus relaciones. Desde este enfoque se pretende crear entornos públicos que proporcionen seguridad física y emocional a sus usuarios y que favorezcan la equidad, la diversidad y la inclusión en las políticas asistenciales. Este sistema de atención enfatiza la necesidad de llevar a cabo una evaluación que contemple las formas y la gravedad de las experiencias traumáticas, el modo en que se manifiestan psicológica y fisiológicamente sus consecuencias, así como el afrontamiento que las personas han llevado a cabo para emprender un cambio de conducta a pesar de estas respuestas al trauma. Entre sus objetivos está el de implementar intervenciones más específicas dirigidas a recuperar el sentido de agencia, incrementar la capacidad de cuidado personal e interpersonal y promover las habilidades de afrontamiento personales, previniendo la exposición a otras situaciones de revictimización en los contextos públicos de cuidado (Beyebach y García 2022; Dube, 2018; Jin et al., 2023; Kimbert y Wheeler, 2019; Krinner et al., 2021; Marks et al., 2022).

Es evidente que el estudio sobre la evaluación de la adversidad y sus potenciales beneficios para la salud pública ha tenido un desarrollo exponencial en los últimos tiempos.

De hecho, parece existir acuerdo respecto al impacto positivo que podría tener, siempre y cuando se disponga de formación y recursos de tratamiento apropiados, realizar valoraciones que mejoren el conocimiento de los efectos de las ACEs en la salud para la prevención de la morbilidad y mortalidad poblacional (Felitti, 2019; Finkelhor, 2018). No obstante, aún se precisa ahondar en determinados aspectos que necesitan un mayor esclarecimiento, como qué situaciones deben incluirse como adversidades, cómo deben ponderarse, cómo se agrupan las ACEs y las vías a través de las cuales estas experiencias tempranas impactan en la salud a largo plazo (Dunn et al., 2019; Finkelhor et al., 2015; Karatekin y Hill, 2019; Schalinski et al., 2019). Además, para lograr el desarrollo de políticas y prácticas de asistencia en los contextos clínicos sensibles a esta realidad, es necesario comprender mejor los factores de riesgo y protectores implicados, así como el papel de otras potenciales variables mediadoras, como el apoyo social, las relaciones interpersonales o las estrategias de afrontamiento desarrolladas para gestionar el malestar provocado por las experiencias de adversidad en la infancia (Anda et al., 2020; Lacey y Minnis, 2020). Dichos factores y su impacto han sido subrayados en las publicaciones que componen esta Tesis Doctoral.

1.5. Experiencias Adversas en la Infancia y Salud Mental: Conocimientos sobre el Impacto del Género

Paralelamente a la investigación sobre los efectos de las ACEs en las condiciones somáticas, también se ha dado un creciente interés por su influencia sobre la salud mental. Ya en el *ACE Study* se puso de manifiesto la asociación entre las ACEs y el desarrollo a largo plazo de diversos problemas de salud mental como el humor depresivo, los intentos de suicidio, las reacciones de pánico, las alucinaciones y la ansiedad (Felitti et al., 1998). Otros estudios recientes también han constatado la asociación entre las adversidades vividas en la infancia y las disfunciones psicológicas posteriores. Por ejemplo, King (2021) apunta que diferentes adversidades relacionadas con el maltrato y el abuso, tanto por separado como en

combinación, incrementan el riesgo de sufrir problemas de ansiedad, de depresión y de estrés postraumático, siendo mayor el porcentaje de mujeres con diagnósticos relacionados con dichas disfunciones. También se han encontrado asociaciones con otros problemas de salud mental internalizantes y externalizantes como conductas de riesgo, inestabilidad emocional, comportamientos antisociales, conductas criminales, consumo de sustancias, adicciones comportamentales, problemas de la conducta alimentaria, comportamientos autolesivos y suicidio (Afifi et al., 2019; Bozzatello et al., 2021; DeLisi et al., 2019; He et al., 2022; Hughes et al., 2017; Jones et al., 2022; McKay et al., 2022; Porter et al., 2020; Trottier y MacDonald, 2017; Zhao et al., 2022).

En la última década, ha crecido la investigación sobre el papel de los eventos traumáticos en la infancia en las disfunciones de mayor gravedad, especialmente en el desarrollo de sintomatología psicótica clínica y subclínica. También en este tema se ha visto que la influencia podría ser mayor en el caso de mujeres. Los hallazgos científicos sobre dicha cuestión, desde un planteamiento biopsicosocial, apoyan la relevancia de la interacción entre las adversidades tempranas y recientes, los vínculos de apego tempranos y el estado de ánimo en el desarrollo de dichas manifestaciones (Martínez-Menéndez et al., 2021; Sideli et al., 2020; Stanton et al., 2020; Varesse et al., 2012). En la línea de este planteamiento relacional, serían precisamente las situaciones traumáticas provocadas por otros seres humanos, sobre todo cuando se trata de personas cercanas, las que causarían mayor malestar y sufrimiento psicológico. Esto se debería a que dichas vivencias comprometen el desarrollo y la dignidad del niño/a en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder e implican, por tanto, la inseguridad en los vínculos que establece con las demás personas (Bessel van der Kolk, 2020/2014; Herman, 1992).

Al contemplar las repercusiones de las ACEs en el uso de servicios sanitarios públicos de Salud Mental, la investigación realizada ha puesto de relieve que las personas que sufren

maltrato físico o emocional en su infancia reciben más medicación, requieren más tratamiento psicológico y presentan mayor número de ingresos en unidades de hospitalización, siendo estas hospitalizaciones más tempranas y de mayor duración. Otros estudios también resaltan que la exposición a mayor cantidad de adversidades genera mayor interferencia, peor pronóstico y respuesta a los tratamientos, problemas más resistentes, mayor consumo de ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo y en general peor salud mental percibida en la edad adulta (Anda et al., 2006; Ashton et al., 2016; Copeland et al., 2018).

Al adentrarnos en la cuestión del género encontramos que Afifi et al. (2008) en un estudio epidemiológico estimaron que para las mujeres la proporción de disfunciones psíquicas atribuible a haber experimentado experiencias adversas en la infancia oscila entre el 22% y el 32% y que estas experiencias también se asociaron a ideación autolítica (en el 16% de los casos) e intentos de suicidio (en el 50% de los casos). En consonancia a estos hallazgos, en una muestra representativa de población estadounidense, Haahr-Pedersen et al. (2020) encontraron diferencias en el patrón de experiencias tempranas adversas en función del sexo, siendo en la población femenina más complejos y variados, especialmente en las ACEs del grupo de disfunción en el hogar. El estudio también subraya la asociación entre haber vivido cuatro o más ACEs y mayores tasas de estrés postraumático, estrés postraumático complejo, depresión, ansiedad generalizada, soledad y menores niveles de bienestar. Las mujeres de este grupo (cuatro o más tipos de ACEs) también tenían más probabilidad de estar desempleadas o tener un bajo nivel de ingresos.

En investigaciones llevadas a cabo con muestras de personas de población clínica diagnosticadas con trastorno mental grave, Bartolomé-Valenzuela et al. (2023), señalaron que, si bien todos los participantes refirieron al menos dos adversidades a lo largo de su vida, casi la mitad relataron haber experimentado seis o más tipos antes de los 18 años, destacando

la violencia física y verbal por parte de los cuidadores durante la infancia. En este estudio las mujeres que conformaron la muestra tenían una probabilidad 13 veces mayor de haber sido víctimas de violencia sexual en comparación con los hombres. De forma similar, Prokopez et al. (2020), en una muestra conformada por personas que habían sido diagnosticadas de esquizofrenia, encontraron que en la submuestra de mujeres había más participantes con cinco o más tipos de experiencias adversas que en la submuestra de varones y que, aunque en ambos sexos los antecedentes de adversidad se asociaban con alucinaciones auditivas y síntomas negativos, en el caso de las mujeres también se asociaban con ideación e intencionalidad suicida.

Respecto a la ideación, la intencionalidad y las conductas suicidas, Kokoulina y Fernández (2014), en un estudio llevado a cabo con una amplia muestra de población clínica, ya señalaron como informar de experiencias de maltrato físico y emocional en la infancia se asoció con la presencia de pensamientos de muerte, planificación y conductas autolíticas. Además, relatar ACEs relacionadas con situaciones de maltrato físico lo hizo con un riesgo cinco veces mayor de haber llevado a cabo algún intento de suicidio. Al analizar los datos demográficos de esta investigación, en los que no hubo diferencias significativas en la distribución por sexo, estos autores encontraron que el porcentaje de mujeres que habían sufrido experiencias tempranas de maltrato físico y emocional era muy superior. En esta línea Johnson et al. (2020), ajustando los efectos de las violencias presentes, subrayaron que la exposición a adversidades tempranas predecía la mortalidad, especialmente en el caso de mujeres. Así mismo, Ashworth et al. (2023), en un estudio realizado en población adolescente con crisis e intentos de suicidio, encontraron prevalencias más altas entre las mujeres y que determinados tipos de ACEs se asociaban a un mayor riesgo de crisis. Estos autores apuntaron la conveniencia de una intervención temprana, durante la infancia y la

adolescencia, por los beneficios que podría tener a nivel preventivo, dada la relevancia pública del problema.

Además de con las conductas de riesgo previamente señaladas, Park et al. (2023) también mostraron la existencia de patrones diferentes en el abuso de sustancias, enfatizando en el caso de las mujeres el efecto de las situaciones de violencia familiar en la infancia y su asociación con el incremento del consumo de tabaco. Daníelsdóttir et al. (2021), por su parte, apuntaron que las mujeres que habían sufrido cinco o más adversidades, en comparación con las que no habían sufrido estas experiencias en su infancia y adolescencia, referían menos recursos de afrontamiento y resiliencia. Además, aquellas que referían haber sufrido ACEs, especialmente abuso sexual y físico, presentaban más problemas de salud mental y un riesgo incrementado de sufrir otras formas de victimización a lo largo de la vida (Anderson et al., 2016). Estos resultados hallados en población femenina son acordes con la tesis de que las experiencias adversas tempranas predisponen a la violencia y la adversidad en la edad adulta (Bowlby, 1996/1988; Bryce y Collier, 2022; Hébert et al., 2021).

Los hallazgos sobre el impacto a largo plazo de la adversidad hacen pensar en la importancia de reducir la exposición de la población a este tipo de experiencias para la prevención primaria en salud mental (Jorm y Mulder, 2018). Al respecto, Li et al. (2016), estiman que la reducción del maltrato entre un 10% y un 25% podría prevenir entre 31.4 y 80.3 millones de problemas de depresión y ansiedad a nivel mundial. Bellis et al. (2019) en una revisión sistemática y de metaanálisis, apuntan a que en Europa más de la cuarta parte de los problemas relacionados con ansiedad y depresión (el 28.3% y el 27.5% respectivamente) se relacionan con la presencia de ACEs. Problemas que se diagnostican con mayor frecuencia a las mujeres que a los varones.

En esta Tesis Doctoral se parte de la idea de que la vida de muchas mujeres se vería escasamente respetada de no ser recogida la influencia de estas experiencias adversas y su

influencia en el motivo de sus consultas por problemas de salud mental. El desarrollo previamente expuesto, además de resaltar las discrepancias en las manifestaciones psicopatológicas en la población de mujeres y hombres, también indica posibles diferencias en la exposición a ACEs y el papel central que estas experiencias tempranas podrían tener en su desarrollo y mantenimiento, incluidas las disfunciones de mayor gravedad. Estos datos resultan de especial relevancia para mejorar la atención proporcionada desde los servicios públicos. Sin embargo, parece que en los contextos clínicos de asistencia la influencia de las ACEs en el desarrollo y mantenimiento de las experiencias de sufrimiento podría estar minusvalorada, sobre todo en casos de mayor gravedad. Esta situación podría deberse a que la presencia de adversidades tempranas en la historia de vida de las personas consultantes no son correctamente evaluadas, y, por tanto, sus consecuencias no son contempladas a la hora de desarrollar planes de tratamiento (Read et al., 2018). Así, la falta de conocimiento sobre el impacto nocivo de las ACEs dificulta la prevención primaria y también la secundaria y terciaria, provocando que las personas no sólo estén expuestas durante más tiempo y a más condiciones de adversidad, sino que tarden o no lleguen a recibir tratamientos adecuados que atenúen el impacto negativo de estas vivencias, lo cual favorece la persistencia, cronificación y agravamiento de su sufrimiento.

En esta situación también puede influir el uso generalizado de las clasificaciones diagnósticas vigentes en salud mental, que como se ha apuntado desde la División de Psicología de The British Psychological Society, presentan algunas limitaciones empíricas y conceptuales, categorizando como síntomas de psicopatología respuestas comprensibles a entornos adversos. Además, la representación del malestar mediante grupos cerrados de síntomas no siempre refleja adecuadamente las dificultades subyacentes de las personas ni la afectación global y transversal generada por las experiencias traumáticas (Johnstone y Boyle, 2018). Este posicionamiento se ha visto apoyado por los hallazgos epidemiológicos existentes

sobre los efectos de las adversidades tempranas, que han visibilizado la necesidad de desarrollar enfoques más comprensivos para entender y abordar el amplio espectro de los efectos del maltrato infantil sobre la salud mental (Anda et al., 2006).

En lo que concierne a la salud mental de las mujeres y las causas de su sufrimiento, se considera que tampoco son recogidas adecuadamente en los manuales diagnósticos publicados por la APA y la OMS. Dichas clasificaciones, al no integrar la perspectiva de género, no contemplan las necesidades diferenciales entre hombres y mujeres respecto a la presencia y expresión del sufrimiento psíquico. Obvian así la influencia conjunta de la desigualdad por razón de género y otras circunstancias socioculturales que contribuyen al mantenimiento de la violencia y la discriminación hacia las mujeres, realidades que como hemos señalado tienen un importante papel en su bienestar psicológico (Davies et al., 2019).

Esta necesidad de un cambio en la forma de reconceptualizar el sufrimiento de las mujeres con perspectiva de género se refleja en el informe publicado por *The Women's Mental Health Taskforce* en 2018. Este documento señala que las mujeres tienen más probabilidad de ser víctimas de violencia de género y traumas. Basándose en testimonios de mujeres consultantes este grupo de trabajo recoge como, en muchas ocasiones, éstas definen su paso por los servicios de ayuda como retraumatizante, debido precisamente a que sus necesidades específicas de salud mental no son contempladas. En respuesta a esta situación, proponen una serie de principios basados en el género y el *Cuidado Informado sobre el Trauma* o *Cuidado Sensible a las Experiencias Adversas*. Estos principios que han de servir para guiar nuevas formas de conceptualizar el sufrimiento psicológico de las mujeres y atender a sus necesidades mediante las prácticas asistenciales (Doyle-Price y Sacks-Jones, 2018) se resumen en los siguientes puntos:

- Desarrollar políticas efectivas y comprometidas con la promoción de la salud mental de las mujeres;

- Promover la creación de servicios que proporcionen y garanticen la seguridad y favorezcan la igualdad de acceso a un tratamiento de calidad y oportunidades para todas las mujeres;
- Reconocer y responder adecuadamente a las situaciones de adversidad sufridas;
- Que las relaciones entre los profesionales y las mujeres se basen en el respeto, la compasión y la confianza;
- Fomentar la autoestima de las mujeres, sus fortalezas y capacidades;
- Entender el malestar psicológico de las mujeres desde una perspectiva de género que contemple la influencia de los contextos en los que desarrollan sus vidas.

Teniendo en cuenta el estado de la cuestión, otros modelos han defendido un marco más amplio para comprender el sufrimiento y desarrollo de disfunciones psicológicas. Así la psicopatología del desarrollo defiende que los procesos de desarrollo considerados como normales (o normativos) y aquellas trayectorias estimadas como patológicas conviven en una misma persona, siendo las adaptaciones positivas o negativas del individuo a las circunstancias con las que convive las que condicionan los resultados positivos y negativos a lo largo del desarrollo (Causadias y Cicchetti, 2018; Toth y Cicchetti, 2013). De la misma forma, el enfoque transdiagnóstico de psicopatología, a medio camino entre los clásicos modelos categoriales y los desarrollos dimensionales, ha considerado las ACEs como un factor de riesgo común para el desarrollo de diversos problemas de salud mental. Desde esta perspectiva se sostiene que existen respuestas adaptativas y desadaptativas a diferentes dimensiones de la adversidad, como la amenaza o la impredecibilidad del medio, y que sería a través de estas repuestas como las ACEs ejercerían su influencia (Albott et al., 2018; Hogg et al., 2022; McLaughlin et al., 2021).

Recientemente The British Pshychological Society ha propuesto el modelo de *El Marco de Poder, Amenaza y Significado* (PAS) como alternativa a las clasificaciones

diagnósticas clásicas, proponiendo un paradigma centrado en los procesos de funcionamiento humano y de sufrimiento dentro de los contextos de desarrollo. Se apuesta desde este enfoque por una psicopatología basada en las estrategias, al considerar los comportamientos de las personas como respuestas comprensibles a las circunstancias actuales y pasadas de amenaza. Concebidas como el uso negativo del poder que atenta contra la integridad física y/o psicológica de la persona o de las personas cercanas a ésta, estas amenazas también se ven moldeadas por los roles de género. Algunos ejemplos de ello son las situaciones de acoso doméstico, abuso sexual en la infancia, hacer frente al parto y a la crianza de los hijos en solitario, sufrir violencia de género o ser víctima de violación entre otras. Dichas situaciones y el significado que tienen para las personas darían lugar a respuestas aprendidas para la supervivencia y reflejarían los intentos por sobrevivir a los impactos negativos del poder. Cuantas más experiencias de adversidad experimente una persona en su vida, mayor será la necesidad de recurrir a respuestas de supervivencia para reducir o contrarrestar las amenazas derivadas de éstas. Sin embargo, aunque las respuestas a estas condiciones tienen funciones que surgen de las necesidades humanas básicas de protección, estima e integración social y pretenden regular sentimientos abrumadores, protegerse, mantener el sentido de control y/o satisfacer las necesidades emocionales, las estrategias empeladas pueden resultar disfuncionales a la hora de conseguir tales metas (Ezama et al, 2017; Johstone y Boyle, 2018). En esta misma línea, Cicchetti y Toth (2016) también señalaron como experimentar algún tipo de victimización incrementaba el riesgo de resultados negativos en varios dominios del desarrollo del niño/a, y que éstos se mantenían en la edad adulta a través de dificultades en la regulación de las emociones, en las relaciones de apego y en la adaptación a diferentes contextos.

Esta hipótesis es la que se esboza también en el *ACE Study*, al apuntar como las experiencias de adversidad temprana generan sentimientos fuertes. Así, muchos de los

comportamientos evaluados en el estudio como factores de riesgo para la salud, podrían ser, en realidad, formas desadaptativas de manejar las reacciones de malestar emocional que provocaban las adversidades tempranas (Felitti et al., 1998).

Acorde a estos desarrollos, y de acuerdo con una visión fenomenológica de los problemas de salud mental, en el marco que defendemos en esta Tesis Doctoral se considera que las personas afrontan las adversidades haciendo uso de aquellos conocimientos, habilidades y preferencias que ya han desarrollado o están desarrollando en su entorno. Éstos se construyen a partir del andamiaje proporcionado por las personas cercanas con las que interactúan en la vida cotidiana, siendo especialmente relevantes, como expondremos a continuación, la relación con las figuras de apego. Estos conocimientos, declarativos y procedimentales, contruidos a partir de las interacciones desde los primeros años de vida, ayudan a sentar las bases de las relaciones, los comportamientos y la salud de la adultez, pues condicionan las vías que se eligen a la hora de afrontar las situaciones adversas presentes. Así, desde esta investigación se considera que sería la implicación en estas estrategias y su uso repetido, en contextos en los que resultan desadaptativas para que la persona pueda lograr sus metas, lo que da lugar al sufrimiento y desarrollo de disfunciones (Alonso et al., 2018; Ellis et al., 2022; Ezama et al., 2017; Martín-Higarza et al., 2021; Pérez-Álvarez, 2019; Seikkula, 2019).

Por otro lado, la relación entre las ACEs y los problemas de salud mental en la edad adulta podría depender de variables tales como la calidad de las relaciones interpersonales, el apoyo relacional percibido, la regulación de las emociones, los recursos de afrontamiento y las valoraciones o las creencias cognitivas. (Atzl et al., 2019; Bunting et al., 2022; Doi et al., 2021; Fontanil et al., 2021; Fujiwara, 2022; Martín-Higarza, 2021; Narayan et al., 2021; Panagou y McBeth, 2022). Lo analizaremos a continuación.

1.6. Factores Mediadores entre las Experiencias Adversas en la Infancia y la Salud Mental en la Vida Adulta

En esta Tesis Doctoral nos hemos propuesto examinar el papel de los vínculos de apego, las estrategias de afrontamiento y las estrategias de regulación emocional como posibles vías de influencia de las experiencias tempranas adversas en la salud mental (Finlay et al., 2022; Miu et al., 2022; Sheffler et al., 2019).

1.6.1. Vínculos de Apego

La Teoría del Apego ha tenido un importante desarrollo y adaptación en el campo de la salud mental, constituyendo un marco de referencia en la comprensión del desarrollo humano y del desarrollo de la psicopatología basada el impacto de las ACEs (Widom et al., 2018). John Bowlby, en sus primeras observaciones, ya subrayó los efectos nocivos de la falta de consistencia y discontinuidades en los cuidados y de la separación materna en el estado emocional de los niños/as, planteando cómo la atmósfera emocional y el entorno de los primeros años de vida parecen moldear el carácter y ser responsables del desarrollo de disfunciones psicológicas futuras (Bowlby, 1940).

La Teoría del Apego propone una visión constructiva y relacional del ser humano y defiende que las personas tenemos la necesidad innata de formar vínculos fuertes con otros a través de los cuales garantizar la supervivencia (Bowlby, 1998/1969). Esta propuesta ha dado lugar a la creación de modelos etiológicos sobre el desarrollo de psicopatología basados en las implicaciones de las experiencias tempranas derivadas de las primeras relaciones con los cuidadores. Así, por ejemplo, se han encontrado evidencias sobre la transmisión de los efectos de la adversidad a través de las cogniciones o los esquemas desadaptativos de las madres derivados de sus propias experiencias de adversidad temprana, sobre todo cuando las mujeres no reciben apoyo por parte de los padres de sus hijos/as en la crianza (Buchanan et al., 2023;

Cooke et al., 2019; Cruz et al., 2022; Granqvist et al., 2017; Lueger-Schuster et al., 2018; Zeynel y Uzer, 2020).

Este último resultado puede entenderse desde la Teoría del Apego, que explica el proceso de adaptación del niño/a a los patrones comportamentales y afectivos de sus cuidadores a través de la repetición de encuentros en los que el niño/a va generando estructuras de procesamiento o esquemas sobre los patrones de reactividad parental. Bowlby denominó a estos esquemas *modelos operativos internos* (Bowlby, 1996/1988), y los definió como representaciones de carácter estable pero modificables que se basan en las expectativas sobre la propia capacidad para conseguir cuidados ante la necesidad y en la disponibilidad o capacidad de las personas cercanas para proporcionarlos. Formados en el transcurso de la infancia, estos modelos resultan de gran utilidad para organizar los pensamientos, las percepciones y las conductas, y se continúan utilizando en la vida adulta a la hora de establecer relaciones y afrontar situaciones nuevas o generadoras de estrés, llegando a transmitirse, como se ha señalado en el párrafo anterior, a través de distintas generaciones (Bunting et al., 2022; Ochoa et al., 2021; Sundag et al., 2018).

Otro concepto clave de esta teoría es el de *sistemas de conducta de apego*, que incluye las acciones mediante las que una persona mantiene el contacto con su figura de apego entre ciertos límites de distancia y accesibilidad, y las expectativas y procedimientos relativos a la obtención de apoyo y consuelo. El sistema de apego se activa ante situaciones donde una persona (en principio una niña o un niño) ve comprometida su seguridad y recurre a otra persona (en principio adulta) para protegerse. Cuando la persona a la que recurre habitualmente se mantiene disponible, interpreta correctamente las necesidades de quien le busca y responde de manera tranquilizadora y eficaz, se establece así una expectativa que facilita que la persona apegada se sobreponga ante las adversidades y aproveche las oportunidades: un vínculo seguro. Ese vínculo le ayuda también a arriesgarse en la

exploración y la solución de problemas con la seguridad de que si es necesario recibirá asistencia y consuelo (Bowlby, 1998/1969). Pero, en la medida en que la figura de apego no esté disponible de manera consistente o responda de manera inadecuada o intranquilizadora, la niña o el niño aprende a recurrir a estrategias condicionales o secundarias, que se activan cuando se anticipa que la estrategia primaria de búsqueda de proximidad resultará ineficaz.

Aunque las estrategias secundarias también se orientan hacia la recuperación de la seguridad, solo la logran de forma parcial. Ainsworth, observando el comportamiento de niñas y niños en un marco estable, *la Situación Extraña*, apreció originalmente la existencia de tres patrones o estilos de apego, el seguro, el ansioso-ambivalente y el evitativo (Ainsworth y Bell, 1970), pero también reparó en otro grupo de niños difícil de catalogar cuyo comportamiento resultaba inconsistente. Fueron Main y Solomon (1986) quienes descubrieron que estos niños sí presentaban patrones comportamentales, caracterizados por exhibiciones secuenciales y simultáneas de comportamientos contradictorios, movimientos incompletos, mal dirigidos, confusos o estereotipados, posturas anómalas de congelamiento o paralización, aprehensión respecto al cuidador y signos de desorientación. Denominaron a este estilo desorganizado-desorientado. Con el tiempo, se observó que los cuidadores de estos niños sufrían también traumas irresueltos relacionados con el apego, presentaban comportamientos disociativos, habían vivido separaciones importantes u otras condiciones de adversidad y, ante las demandas de apego del niño, mostraban de forma impredecible comportamientos atemorizados o atemorizantes. Estos resultados sustentarían la hipótesis de Lyons-Ruth y Jacobvitz (2016) sobre los *estados mentales no resueltos*, que predice los comportamientos desorganizados de los niños a partir de la presentación por parte de los cuidadores de conductas desorganizantes aprendidas en sus relaciones tempranas. Esta hipótesis nos daría una explicación para los efectos intergeneracionales de las ACEs basada en los cuidados tempranos que proporcionan las personas que han tenido experiencias

adversas en su infancia y adolescencia (Granqvist et al., 2017; Main y Hesse, 1990; Whittington, 2023).

En las relaciones de apego desorganizado, una figura en la que la niña o el niño buscaría protección y consuelo manteniendo la proximidad (por una predisposición propia de las crías de nuestra especie y de las de otras muchas especies de mamíferos y aves) se constituiría como una fuente de amenaza y de inseguridad al responder con conductas atemorizadas o atemorizantes. El resultado: un menoscabo en la capacidad de la niña o niño para adaptarse a relaciones estables y organizadas y una dificultad para construir estrategias para organizar su propio comportamiento y el de los demás, ya que, en este caso, al activarse el sistema de apego, se activan de forma simultánea las estrategias de aproximación y las de evitación o defensa (Liotti, 2017). Esta hipótesis fue bautizada por Main y Hesse (1990) como la *hipótesis del miedo sin solución*.

En esta Tesis Doctoral se apoya la idea de que cuando este tipo de interacciones se dan de forma repetida y frecuente, pueden dificultar el desarrollo de los recursos internos necesarios para afrontar con éxito los factores estresantes y también favorecer la emergencia de evaluaciones afectivas contradictorias sobre la figura de apego. Estas evaluaciones obstaculizan la adecuada integración de los estados mentales y de las experiencias internas y externas, dificultando también el desarrollo de pautas de acción corregidas por metas, consistentes en la exploración del mundo guiada y apoyada por un cuidador y en el desarrollo de flexibilidad de adaptación de los esquemas de ambos a las circunstancias para el logro de metas compartidas (Lyons-Ruth y Jacobvitz, 2016; Poletti et al., 2022). La presencia de ACEs favorecería, además, la formación de representaciones negativas sobre uno mismo al facilitar que las personas realicen atribuciones internas y se sientan responsables de la situación de maltrato, pero también la pérdida de confianza en los cuidadores principales y, por generalización, en otras potenciales figuras de apoyo. Las adversidades tempranas por lo

tanto no sólo favorecerían la aparición de problemas en las relaciones presentes, sino que también condicionarían las futuras, siendo frecuentes el desarrollo de actitudes disfuncionales en los contextos interpersonales como la hipervigilancia, la reaseguración o los comportamientos desorganizados (Cicchetti y Toth, 2016).

A pesar de que, tal y como se muestra, los planteamientos originales de la Teoría del Apego ya abarcaban su influencia durante todo el ciclo vital, en los años 80 el interés sobre su importancia se focalizó en la adultez. Como resultado, se encontró que las personas a lo largo de su vida van transfiriendo un número cada vez mayor de funciones relacionadas con el apego en la infancia a otras relaciones. De esta forma, aunque la maduración implica un incremento de la complejidad de la mente de las personas y su capacidad para adaptarse a los cambios se hace más sutil, la función de las figuras de apego permanece y tener relaciones interpersonales que proporcionen una base de seguridad desde la que aventurarse a lo desconocido y explorar nuevas vías de afrontamiento es una necesidad durante todo el ciclo vital (Crittenden, 1990).

Con la proliferación de la investigación de los vínculos en la adultez, surgen modelos dimensionales para conceptualizar las relaciones de apego como el de Bartholomew y Horowitz (1991), que, basándose en el concepto de modelos operativos internos, proponen cuatro grupos de apego que emergen de la combinación de las puntuaciones en las dimensiones de ansiedad y evitación. Este tipo de propuestas favorecieron la creación de nuevos instrumentos para evaluar las relaciones de apego en la edad adulta, sobre todo en el contexto de pareja, como el *Relationship Scales Questionnaire* (Griffin y Bartholomew, 1994). En España, Fontanil et al. (2013), presentan la *Escala de Preferencias y Expectativas en las Relaciones Interpersonales Cercanas* (EPERIC), con el fin de crear un instrumento para valorar las relaciones cercanas en general que pudieran ser de utilidad en diversos contextos, incluido el clínico. Estos autores proponen un modelo de tres subescalas para

evaluar el apego adulto: *miedo al rechazo y al abandono* (personas con miedo a ser rechazadas, abandonadas, engañadas, despreciadas, traicionadas o dañadas en relaciones cercanas); *deseo de cercanía* (personas con facilidad para la intimidad y la cercanía con los demás, búsqueda de relaciones estrechas y sentimientos de comodidad con que otras personas dependan de uno); y *preferencia por la independencia* (personas que dan importancia a la independencia y a la autosuficiencia y prefieren no depender de los demás o que dependan de ellas).

Partiendo de este planteamiento, se entiende que cuando existe inseguridad en el contexto relacional, las personas generan expectativas basadas en experiencias adversas previas de ser rechazados y abandonados o temer la cercanía con los otros. Estas representaciones podrían conllevar dificultades para aventurarse a probar nuevas vías de adaptación. Aunque no se muestran datos sobre las diferencias de género en ellos, algunos resultados apuntan que este proceso a nivel general favorece una mayor inseguridad y que mantener las estrategias previas de forma repetida e inflexible incrementaría la probabilidad de desarrollar psicopatología (Huang et al., 2020; Lacasa et al., 2015). En esta línea, Bowlby (1996/1988) ya señaló cómo las primeras experiencias de adversidad con las figuras de apego harían a los individuos más vulnerables a experimentar otras adversidades a lo largo de la vida debido al empleo de estrategias desarrolladas para afrontar situaciones de trauma temprano, lo que a menudo conduce a comportamientos desadaptativos en otros contextos. De acuerdo con esto, Pilkington et al. (2020) en un metaanálisis subrayan la conexión existente entre los esquemas adultos y las experiencias de abuso o negligencia en la infancia y la adolescencia, la exposición a situaciones de violencia en la adultez y su impacto en diversas esferas de la vida presente como la salud, la asunción de responsabilidades o el éxito.

En definitiva, la inseguridad en los vínculos y la desorganización del apego se han asociado de forma directa e indirecta, a través de su asociación con las ACEs, con el desarrollo y agravamiento de múltiples problemas físicos, emocionales y psicopatológicos (Alonso et al., 2018; Bowlby, 1996/1988; Korkeila et al., 2010; Lin et al., 2020; Martín-Higarza, 2021).

En lo que respecta al desarrollo de disfunciones psicológicas, se ha subrayado la asociación de los modelos operativos internos y la inseguridad o desorganización de los primeros vínculos con el mayor riesgo de sufrir depresión, ansiedad, problemas alimentarios, estrés postraumático, experiencias disociativas, creencias paranoides, inestabilidad emocional o presentar conductas autolesivas y suicidas (Cushing et al., 2023; Godbout et al., 2019; Farina y Liotti, 2013; Huang et al., 2020; Huh et al., 2020; Nicol et al., 2020; Sheinbaum et al., 2020; Stagaki et al., 2022; Yuan et al., 2023). Resulta llamativo que, en la mayoría de estas investigaciones, los resultados aluden a la muestra general, sin hacer distinciones en función del género, pese a que la mayoría de las participantes en ellas son mujeres.

En esta Tesis Doctoral también se investiga y apoya la idea de que sentir seguridad en el contexto de los vínculos de apego puede amortiguar los efectos nocivos de las ACEs sobre la salud mental, asociándose a menos comportamientos disfuncionales, mayor competencia social y relaciones de amistad de mayor calidad (Bowlby, 1996/1988; Fraley, 2019; Hornor, 2019; Kahl et al., 2020). Sin embargo, también se comprende que la exposición a ACEs tiene un importante impacto en el desarrollo de dicha seguridad e incrementa el riesgo de desarrollar problemas psicológicos a través de diversas vías relacionadas con las relaciones interpersonales cercanas, como las representaciones internas sobre uno mismo y los demás o su influencia en la capacidad de regular las emociones y explorar nuevas vías de afrontamiento (Alonso et al., 2018; Dagan et al., 2021; Fitzgerald y Gallus, 2020; Fujiwara,

2022; Mikunlicer y Shaver, 2012, 2019; Su et al., 2022). Estos temas van a ser explorados a continuación.

1.6.2. Estrategias de Afrontamiento y de Regulación Emocional

El desarrollo de esta investigación se basa en la idea de que las estrategias que empleamos para afrontar los problemas y regular las emociones derivadas de éstos se aprenden en los contextos relacionales, muchas durante el desarrollo temprano. Estas estrategias, a menudo estables pero modificables, constituyen una vía importante a la hora de explicar la asociación existente entre las experiencias de adversidad en la infancia y el desarrollo de problemas de salud mental a largo plazo.

Lazarus y Folkman (1984) definieron el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales que emprende una persona para conseguir dominar, reducir o tolerar una situación problemática. Estos autores identificaron dos vías de afrontamiento, una focalizada en la solución del problema, que evolutivamente se podría asimilar al mecanismo de supervivencia basado en la lucha, y otra focalizada en la emoción, asociada a conductas de evitación o al mecanismo de huida. Posteriormente y atendiendo a la funcionalidad del afrontamiento Tobin et al. (1989), mediante el *Inventario de Estrategias de Afrontamiento*, propusieron una estructura jerárquica en la que diferenciaron entre estrategias adaptativas y desadaptativas, incluyendo en ambas categorías tanto estrategias centradas en el problema como centradas en la emoción (Tobin et al., 1989; Cano García et al., 2007). Pocos años después, Parker y Endler (1992) clasificaron tres estilos de afrontamiento, dos de ellos congruentes con la propuesta de Lazarus y Folkman y un tercero basado en estrategias focalizadas en la evitación que englobaría principalmente comportamientos desadaptativos (Stanislavsky, 2019).

De acuerdo con los desarrollos posteriores, los propios Lazarus y Folkman reconocieron que su propuesta dicotómica suponía una visión simplificada del afrontamiento.

Señalaron cómo algunas estrategias podían resultar útiles tanto para el manejo activo de la situación, como para modular las emociones derivadas de ésta, dando así valor a la regulación de las emociones por su potencial adaptativo en el afrontamiento. Sin embargo, su diferenciación inicial se ha mantenido vigente y muchas investigaciones llevadas a cabo sobre los efectos de las ACEs en el afrontamiento y en la salud mental se han centrado en ella. Así, por ejemplo, Sheffler et al. (2019), apuntaron la existencia de asociaciones directas e indirectas entre las ACEs y el aumento de disfunciones psicológicas, en el segundo caso a través de un mayor uso de estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción. Estos autores señalaron que, aunque generalmente el afrontamiento focalizado en el problema se correlacionaba con menos ACEs y mejores resultados en la salud, el focalizado en la emoción constituía una vía independiente de influencia en esta asociación. Arslan (2017) halló similares resultados en población adolescente en relación con el efecto mediador total de las estrategias focalizadas en la emoción. Respecto a las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, señaló que tenían un papel mediador parcial y su uso amortiguaba los efectos negativos del maltrato sobre el bienestar psicológico. En esta misma investigación, el estilo de afrontamiento evitativo se asoció con el desarrollo de problemas de salud mental. Otros estudios llevados a cabo en poblaciones de adolescentes y preadolescentes resaltaron también las estrategias de afrontamiento focalizadas en la emoción o la evitación como vías de influencia de las ACEs en la implicación en conductas autolesivas y el desarrollo de problemas de ansiedad, de depresión y de la conducta alimentaria. Estas asociaciones fueron más fuertes en el caso de las chicas, concretamente en el de aquellas que relataban haber sufrido tres o más adversidades tempranas (Milojevich et al., 2019; Wolff et al., 2020).

Si bien estos resultados previos señalan las consecuencias disfuncionales de las ACEs sobre la salud mental a través de su asociación con el uso de estrategias consistentes en focalizarse en las emociones, también dejan patente que contar con recursos adaptativos de

regulación emocional podría ser una vía potencial de cara a amortiguar los efectos de las ACEs sobre la salud mental y prevenir la exposición a nuevas adversidades.

Cuando se habla de capacidad de regulación emocional se alude al conjunto de habilidades para reconocer, controlar, expresar y modificar las respuestas emocionales y los estados mentales, de forma que resulten adaptativos a las circunstancias ambientales y favorezcan el logro de un resultado deseado (Gratz y Roemer, 2004; Tamir, 2016). Según el modelo de regulación emocional planteado por Gross y Thompson (2007), esta mayor o menor capacidad para modular las emociones engloba los siguientes procesos: la atención hacia el estímulo generador de afecto, la evaluación primaria y secundaria (de las demandas intrínsecas y extrínsecas propias de una situación concreta y de los recursos para hacerle frente) (Folkman et al., 1986) y la posterior emisión de una respuesta que permita el logro de metas. Esta capacidad se comienza a desarrollar desde los primeros años de vida y desde la perspectiva evolutiva se plantea que, durante esta etapa vital, de hecho, es más frecuente el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción al tener el niño/a una postura más dependiente de las personas cuidadoras. Este tipo de afrontamiento resulta incluso más adaptativo que otras estrategias focalizadas en la modificación directa de la situación (Gruhn y Compas, 2020; Lavi et al., 2019). Esta afirmación es especialmente relevante si pensamos en los contextos con presencia de adversidad, caracterizados por situaciones de alta amenaza, impredecibilidad y escasas oportunidades de efectuar cambios en ellos (Main y Hesse, 1990).

Basándonos en el desarrollo previo, consideramos que el contexto relacional de los primeros años de vida no puede ser obviado a la hora de intentar comprender el complejo proceso por el que una persona elige poner en marcha unas u otras estrategias para lograr sus objetivos, ya que en él se generan, modulan y restringen las emociones. En estas primeras relaciones, además, también se construyen y asientan los aprendizajes sobre los recursos disponibles para afrontar situaciones estresantes (Francesconi y Heckman, 2016). Este

aprendizaje tiene lugar a través de la regulación diádica mediante la que el niño/a intenta calmar sus estados emocionales y conseguir sus propósitos en las interacciones con sus cuidadores. Cuando la comunicación en estos encuentros es exitosa, y ante las señales del niño/a las respuestas de los cuidadores son consistentes y sensibles a sus necesidades, se favorece que, a partir de las representaciones desprendidas de estos intercambios, se desarrollen la mentalización y las estrategias de regulación autónomas (Schore, 2001; Shaver y Mikunlicer, 2002; Vetere y Dallos, 2012; Yehuda, 2016).

La Teoría del Apego se ha convertido en uno de los enfoques que ha aportado mayor luz en la comprensión sobre cómo se construye esta capacidad para manejar los afectos (Girme et al., 2021; Mikulincer y Shaver, 2019; Springstein et al., 2022). En este sentido, Altan-Atalay y Sohtorik İlkmen (2020) encontraron que, en el caso de las mujeres, las expectativas propias sobre regulación de los estados afectivos negativos mediaban la relación entre los estilos de apego ansioso y evitativo y diferentes formas de malestar psicológico.

Siguiendo con este planteamiento, recientemente se ha mostrado el papel de las creencias y esquemas sobre el yo y los otros en el sentimiento de pertenencia y en el estrés percibido en supervivientes de abusos infantiles, considerándose dichos esquemas cuando son negativos, factores de riesgo transdiagnósticos para el desarrollo de psicopatología futura (Walker et al., 2023). Distintos estudios llevados a cabo con población de mujeres, si bien han resaltado también la tendencia al uso de estrategias centradas en la emoción, destacaron el uso de la estrategia de búsqueda de apoyo social, siendo la falta de éste el factor predictivo más consistente para el desarrollo de psicopatología relacionada con eventos traumáticos (Caravaca-Sánchez et al., 2019; Kahl et al., 2020; Olf, 2017; Richardson et al., 2021; Olf, 2017; Wan et al., 2019).

Continuando con el análisis del impacto de las ACEs y su influencia en el afrontamiento a través de los esquemas derivados de los primeros vínculos, parece que las

personas expuestas a más tipos de adversidades presentarían mayor angustia y utilizarían de forma más frecuente y rígida estrategias de evitación cuando existe además inseguridad en estas relaciones. Concretamente, las personas con estilos evitativos utilizaron menos la comunicación de sus sentimientos de malestar y las personas con estilos ansioso-ambivalentes recurrieron en mayor medida al empleo de la rumiación, consistente en concentrarse en pensamientos repetitivos sobre una misma situación. Ambas vías de afrontamiento se relacionan con mayores niveles de estrés (Kong et al., 2018; Mikulincer y Shaver, 2018; Perlman et al., 2016).

En definitiva, la inseguridad y la desorganización propia de los contextos de adversidad guían la forma en que las personas se comprometen con las emociones propias y las de los demás y condicionan la salud y los resultados socioemocionales de las interacciones interpersonales cotidianas (Girme et al., 2021; Spingstein et al., 2022). Además, otras dimensiones de la adversidad, como su carácter impredecible y amenazante, dificultan la formación de representaciones coherentes y el desarrollo de estrategias de regulación estables, promoviendo el uso y desarrollo de conductas desorganizadas. Estos comportamientos, si bien son empleados para recobrar el estado de calma u homeostasis ante situaciones de necesidad afectiva, dificultarían el aprendizaje, acceso y puesta en marcha de otras estrategias de regulación emocional más adaptativas (Burkitt, 2018; Kim et al., 2023; Serván, 2023). En esta línea, Gruhn y Compas (2020), en un metaanálisis, encontraron que el maltrato se asoció con estrategias como suprimir la expresión de emociones, expresarlas de forma desregulada o la rumiación. Estos autores, de acuerdo con lo planteado por Serván (2023), proponen como explicación que la ausencia de controlabilidad percibida en situaciones de maltrato puede reforzar la creencia de que todas las situaciones de estrés son igualmente peligrosas e incontrolables.

Resulta razonable pensar que crecer en condiciones adversas favorece que las sensaciones internas asociadas a estados emocionales intensos se perciban como incontrolables y se interpreten como señales de peligro o miedo. Este aprendizaje generaría una predisposición atencional hacia estímulos emocionales asociados a las adversidades previas y también el desarrollo de estrategias primarias de huida o evitación desde edades tempranas, que, además, podrían haber sido reforzadas negativamente al resultar útiles para prevenir las conductas de cólera o violencia por parte de otras personas en la infancia. Así, cuanto más intensa y frecuente ha sido la exposición a ACEs, más preconscientes, rápidas, sobreprotectoras y guiadas por la emoción serían las respuestas emitidas (Morales et al., 2016). Ante la falta de alternativas más adaptativas, la evitación emocional, cognitiva y/o conductual se generalizaría como un recurso útil a la hora de afrontar la adversidad presente. Es importante aquí recordar que todos estos procesos descritos se ponen en marcha ante la presencia de dificultades y/o problemas en la vida presente. Hacemos esta precisión para no caer en una posición en la que parece de nuevo que todo lo disfuncional tiene lugar en la mente de quienes ya están predispuestos. La posición descrita anteriormente en torno a los orígenes de los problemas de salud mental como ocasionados por los intentos de solucionar los problemas vitales con los que los sujetos nos enfrentamos cotidianamente, sigue siendo un prisma básico desde el que contemplar los resultados que se analizan.

Continuando con el papel de la evitación, contamos con datos de población adolescente que encuentran que el empleo de estrategias de evitación media la asociación existente entre las vivencias de adversidad y la percepción de descontrol emocional, la no aceptación de las emociones y el desarrollo de conductas autolesivas, dificultades en el control de impulsos y en el mantenimiento de conductas dirigidas a metas (Milojevich et al., 2019; Wolff et al., 2020). Estos comportamientos de evitación, además de por los mencionados efectos de su puesta en práctica, resultarían disfuncionales también al dificultar

el aprovechamiento de la información adaptativa proporcionada por las emociones. Además, su efecto regulador inmediato, su uso inflexible y a veces automático acrecentaría el estrés, añadiendo al estado emocional primario emociones secundarias de culpa o vergüenza, que lejos de suponer un alivio, incrementarían el sufrimiento psicológico resultando desadaptativas a largo plazo (Brandão et al., 2023; Garland et al., 2019; Kalia y Knauft, 2020; Rudenstine et al., 2018; Serván, 2023; Sheffler et al., 2019). Así lo muestran diversos estudios que han destacado el papel mediador del descontrol y de otras desregulaciones emocionales entre las experiencias de maltrato infantil y la maladaptación en la edad adulta: quejas de ansiedad, depresión, inestabilidad emocional, abuso de sustancias o trastornos de la conducta alimentaria entre otras (Berzenski, 2018; Brustenghi et al., 2019; Espeleta et al., 2019; Ghorbani et al., 2019; Miu et al., 2022; Rai et al., 2019; Schaich et al., 2021; Weissman et al., 2019; Wierenga et al., 2017). Aunque en estos estudios no han analizado diferencias en función del género, otros que sí lo han hecho, como el de Cloitre y su equipo, que han investigado con muestra de mujeres de población clínica que habían estado expuestas a experiencias de adversidad en la infancia y adolescencia, corroboran este papel mediador de las estrategias de regulación emocional entre las ACEs y los resultados a largo plazo en la salud física y mental de las participantes. Estos mismos autores subrayan a su vez que incluir la mejora de estas habilidades en los tratamientos sería una medida eficiente para mejorar la salud de las consultantes (Cloitre et al., 2019).

De los párrafos anteriores se desprende que existen muchos indicios de que las experiencias tempranas adversas favorecen la aparición de psicopatología a través de las estrategias de afrontamiento y de regulación emocional (Rowell y Neal-Barnett, 2022; Shah et al., 2018). En esta Tesis Doctoral se parte de que existe una influencia entre los afectos, las cogniciones y las acciones que se ponen en marcha a la hora de afrontar las experiencias adversas presentes y que éstos, a su vez, se ven condicionados por las experiencias de

adversidad pasadas (Berzenski, 2018; Felitti et al., 1998; Miu et al., 2022). Entendemos el afrontamiento como los caminos que se construyen para lograr las metas de la vida, constituyendo las estrategias el patrón de acciones coordinadas que se ponen en marcha para lograr dichos propósitos. Desde nuestro punto de vista, el uso de unas u otras estrategias, pudiendo implicar procesos de respuesta similares, darán lugar a resultados muy diversos. Serían los objetivos de la persona o el propósito para el que las pone en marcha lo que determinaría si el afrontamiento resulta funcional o disfuncional en una situación determinada. Así, cuando las estrategias empleadas no son útiles para que la persona pueda lograr sus objetivos en un contexto relacional concreto, el problema no se resuelve y el patrón de acciones fracasa. Como consecuencia de ello las dificultades persisten y el malestar emocional puede prorrogarse e incluso acrecentar su intensidad (Ezama et al., 2017).

Desde esta óptica, el uso inflexible de estrategias conocidas que han fracasado repetidamente como intento de solución para el logro de metas, dificulta el aprovechamiento de otras vías más funcionales de afrontamiento y genera sufrimiento psicológico, dando lugar al desarrollo de disfunciones que pueden ser catalogadas como psicopatológicas (Alonso et al., 2014; Danese y McEwen, 2012; Wadsworth, 2015). Respecto a esta persistencia se ha hipotetizado que, ante situaciones de estrés, las personas con estilos de apego inseguros y desorganizados priorizarían la predictibilidad y evitarían experiencias emocionales desagradables mediante el empleo de estas estrategias conocidas. Esto sería así aun cuando su uso reiterado exacerba los niveles de estrés y aumenta el riesgo de desarrollar problemas psicológicos (Serván, 2023).

En ausencia de experiencias interpersonales correctivas que puedan modelar y servir de guía para la exploración de vías alternativas de afrontamiento, estas dificultades pueden persistir a lo largo del ciclo vital, comprometiendo la salud mental a largo plazo (Weissman et al., 2019). Sin embargo, en esta Tesis Doctoral se apoya la idea de que los efectos nocivos

de las primeras relaciones sobre el afrontamiento y la regulación emocional pueden ser modificables. Así se considera que establecer vínculos seguros con otras personas sensibles y disponibles en los contextos de ayuda, podría favorecer la apertura de canales de comunicación y la flexibilidad cognitiva a la hora de incorporar información y explorar nuevas vías de afrontamiento y de regulación emocional más funcionales (Alonso et al., 2014; Dallos y Vetere, 2014; Thomson y Jaque, 2019). Dado su papel mediador, enfatizar la implementación de los recursos de afrontamiento y de regulación emocional como objetivos del tratamiento para aquellas personas con historia previa de adversidad, puede no solo amortiguar los potenciales efectos dañinos de las ACEs, sino prevenir la exposición a nuevas adversidades y el desarrollo, mantenimiento y cronificación de muchos tipos de disfunciones psicológicas (Bud et al., 2023; McLafferty et al., 2020; Rudenstine et al., 2018).

Finalmente, los resultados de investigación concernientes a la peor salud mental de las mujeres, la influencia diferencial, directa e indirecta, de las experiencias adversas en la infancia y la morbilidad y mortalidad derivada de estas condiciones tempranas justifican la necesidad de ahondar, tal y como sugieren los estudios que conforman esta Tesis Doctoral, sobre la presencia, el impacto y las vías de influencia de las experiencias adversas en la infancia en la salud mental de las mujeres adultas.

CAPÍTULO 2

OBJETIVOS

“Mi amor confundió tu peligro

con mi seguridad”

_ Kaur, R. 2018/2015_

2. Objetivos

El objetivo general de esta Tesis Doctoral es estudiar la asociación entre la exposición a las experiencias de adversidad en la infancia y adolescencia y la salud mental de las mujeres adultas mediante la información proporcionada por las participantes en relación con sus experiencias presentes y la exposición a vivencias de adversidad temprana. Para lograrlo, se han planteado los siguientes objetivos específicos:

- Primer objetivo: conocer la presencia de experiencias adversas en la infancia (ACEs) en población de mujeres adultas que acuden a tratamiento en los servicios públicos especializados de Salud Mental y Servicios Sociales.
- Segundo objetivo: estudiar la asociación entre la mayor o menor presencia de adversidad en la infancia y la mayor o menor gravedad de psicopatología en la vida adulta de las participantes.
- Tercer objetivo: analizar la influencia de las variables relacionadas con las relaciones de apego adulto, las estrategias de regulación emocional y de afrontamiento en la asociación entre la exposición a experiencias adversas en la infancia y psicopatología en la vida adulta.
- Cuarto objetivo: valorar si la exposición a distintos tipos de experiencias adversas en la infancia se asocia a diferencias en el funcionamiento psicológico en la vida adulta de las mujeres.

2.1. Hipótesis de Investigación

Teniendo como referencia los resultados de las investigaciones previas y el marco teórico que relaciona las experiencias adversas en la infancia con las consecuencias negativas a largo plazo en la salud mental adulta, en esta investigación nos planteamos que las mujeres evaluadas que relatan mayor presencia de adversidades tempranas en su biografía informarán también de un peor funcionamiento psicológico. Estos resultados se verán influidos, además,

por otras variables mediadoras relativas a la desregulación emocional, las estrategias de afrontamiento y las relaciones de apego en la edad adulta. Así, las hipótesis conductoras de los estudios presentes en esta Tesis Doctoral son:

- Primera hipótesis: las mujeres que acuden a solicitar ayuda en los servicios públicos relatarán una elevada presencia de experiencias de adversidad en su infancia y adolescencia.

Como hipótesis subsidiaria, se prevé que la muestra de mujeres consultantes por problemas de salud mental informarán de haber sufrido cuatro o más ACEs en un porcentaje mayor al de la población general.

- Segunda hipótesis: aquellas mujeres que informen de más tipos de situaciones de adversidad temprana mostrarán puntuaciones más elevadas en la gravedad de psicopatología y más tipos de ACEs.
- Tercera hipótesis: las variables relacionadas con el apego, las estrategias de afrontamiento y de regulación emocional se asociarán a diferencias en la gravedad de la psicopatología en función de la cantidad de ACEs experimentadas.
- Cuarta hipótesis: distintos tipos de configuraciones de apego (miedo al rechazo y al abandono, deseo de cercanía y preferencia por la independencia) estarán asociados a peores resultados en los indicadores de salud mental evaluados (calidad de vida, presencia de psicopatología, afectos positivos y negativos) dependiendo de la cantidad de experiencias adversas sufridas por las participantes.
- Quinta hipótesis: la exposición a diferentes tipos de experiencias adversas tempranas se asociará con diferentes resultados en el funcionamiento psicológico actual de las mujeres de la muestra, dependiendo por tanto estos resultados no sólo de la cantidad, sino también de los tipos de experiencias adversas sufridas.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

*“Nuestras espaldas
cuentan historias
que ningún libro ha tenido
las agallas
de contar”*

_ Kaur, R. 2018/2015_

3. Metodología

3.1. Aspectos Éticos

Para el reclutamiento de las participantes se solicitaron los permisos y certificados pertinentes al Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos de Lérida (CEIC-1998) y al Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos del Principado de Asturias (nº76/19).

Todo el procedimiento de investigación se llevó a cabo siguiendo las recomendaciones éticas de la Declaración de Helsinki promulgada por la Asociación Médica Mundial (52ª Asamblea General, Declaración de Helsinki, 2000) y del Código Deontológico del ejercicio de la Psicología respecto a investigación y docencia. La participación de las mujeres fue voluntaria y de carácter anónimo, previamente se les garantizó, además, que ésta no supondría perjuicio alguno en el proceso de su tratamiento. La información sobre las condiciones del estudio fue proporcionada a las participantes de forma verbal y escrita, todas ellas firmaron un consentimiento informado impreso.

3.2. Procedimiento

Para alcanzar los objetivos de esta investigación utilizamos un diseño transversal unido a una evaluación retrospectiva. La selección de la muestra se llevó a cabo mediante muestreo intencional y estuvo compuesta por mujeres de entre 18 y 87 años que acudieron a consulta en los Servicios Sociales y en dispositivos de atención ambulatoria especializada de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias y de Cataluña entre los años 2017 y 2022. La evaluación fue coordinada y supervisada por psicólogas formadas en el procedimiento. Todos los formularios fueron previamente anonimizados con un código alfanumérico, una vez finalizada su cumplimentación, se pedía a las participantes que lo devolvieran en el servicio de administración del dispositivo donde recibían atención.

Como criterios de exclusión se consideraron la minoría de edad, presentar trastorno del desarrollo intelectual, padecer daño orgánico, problemas del sistema nervioso central y la presencia de dificultades de comunicación que pudieran impedir el proceso de comprensión y cumplimentación del formulario de evaluación. Podemos considerar que el nivel de participación en la investigación fue alto (91%). Se comprobó que las mujeres que decidieron no participar no diferían en cuanto a sus características sociodemográficas de las que sí lo hicieron.

3.3. Mediciones y Análisis de Datos

En el desarrollo de esta Tesis Doctoral fueron evaluadas un total de 378 mujeres, los datos obtenidos en dicho proceso fueron incorporados a una base de datos y analizados mediante los programas estadísticos IBM SPSS Statistics 20.0. y MPlus 8 (para el análisis de clases latentes).

Con el fin de comprobar las hipótesis formuladas se emplearon diversos métodos de investigación. A continuación, pasamos a presentar, en función de los objetivos de investigación planteados, las variables de estudio, los instrumentos psicométricos validados empleados en su evaluación y un resumen de los análisis de datos realizados. Todos estos aspectos se encuentran explicados con mayor profundidad en los respectivos artículos científicos que componen este trabajo.

3.3.1. Presencia de Experiencias Adversas en la Infancia en Población de Mujeres Adultas que Acuden a Tratamiento en los Servicios Públicos de Salud Mental y Servicios Sociales

Variables de Estudio e Instrumentos de Evaluación

- Presencia de experiencias adversas en la infancia: para la evaluación de esta variable se utilizó una traducción del Adverse Childhood Experiences (ACE) Questionnaire, cuestionario de respuesta dicotómica (Si/No), que valora la presencia de las diez

experiencias adversas previas a los 18 años evaluadas en el *ACE Study* (Felitti et al., 1998).

Análisis de Datos

Para comprobar la primera hipótesis de estudio, de carácter exploratorio, se comparó la presencia de cada una de las ACEs a través de la prueba *t* de Student en el caso de las variables que presentaban una distribución normal y la prueba *U* de Mann-Whitney para las que no seguían una distribución normal.

3.3.2. Asociación entre la Presencia de Experiencias Adversas en la Infancia y la Gravedad de Psicopatología en Mujeres Adultas

VARIABLES DE ESTUDIO E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

- Edad: la edad fue tomada como una variable discreta.
- Nivel de estudios completados: se distinguieron las mujeres que no tenían estudios o con estudios primarios incompletos, las que habían cursado primaria, secundaria, bachillerato o formación profesional básica, formación profesional superior y las que tenían estudios universitarios.
- Dificultades económicas en los últimos tres meses: desarrollamos una escala tipo Likert con valores entre cero (nunca) y dos (más de una vez), en la que se preguntó a las participantes por la dificultad para conseguir ropa, alimentos o dinero para gastos básicos, para conseguir formación o empleo y para saber cómo realizar trámites administrativos.
- Cantidad de tipos de experiencias adversas en la infancia: se utilizó nuevamente la puntuación de las mujeres en el Adverse Childhood Experiences (ACE) Questionnaire (Felitti et al., 1998).
- Presencia de psicopatología: se evaluó a través de las respuestas proporcionadas por las participantes al Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) (Davison et al., 1997; Sandin et al., 2008). Este instrumento está compuesto por 45 ítems que evalúan la

presencia de psicopatología en los últimos siete días desde cero (nada) a cuatro (extremadamente). Utilizamos, en este caso, la puntuación en el Índice de Severidad Global (ISG) de psicopatología o puntuación global de este instrumento.

Análisis de Datos

Con el fin de valorar la veracidad de la segunda hipótesis planteada sobre la asociación entre la exposición a ACEs y el desarrollo de psicopatología en la vida adulta, en primer lugar, se comprobó si existía asociación entre la puntuación de las mujeres respecto a la cantidad de ACEs y la puntuación en el ISG. Para determinar la función relacional de las variables, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple con el método de pasos sucesivos. El objetivo fue encontrar aquellas variables que explicaban mejor los resultados sobre la gravedad de psicopatología. En este caso, la presencia de autocorrelación de los valores residuales fue comprobada mediante el estadístico de Dubin-Watson y la normalidad mediante la prueba Kolmogórov-Smirnov.

3.3.3. Influencia de las Relaciones de Apego Adulto, las Estrategias de Afrontamiento y de Regulación Emocional en la Asociación entre la Exposición a Experiencias Adversas en la Infancia y el Desarrollo de Psicopatología en la Vida Adulta

Variables de Estudio e Instrumentos de Evaluación

- Cantidad de tipos de experiencias adversas en la infancia: se recurrió a la puntuación de las participantes en el ACE Questionnaire (Felitti et al., 1998).
- Presencia de psicopatología: basada en la puntuación de las participantes en el Índice de Severidad Global (ISG) de psicopatología o puntuación global del Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) (Davison et al., 1997; Sandin et al., 2008).
- Relaciones de apego adulto: valoradas a través de la Escala de Preferencias y Expectativas en las Relaciones Interpersonales Cercanas (EPERIC) (Fontanil et al., 2013) que muestra tres factores: miedo al rechazo y al abandono, deseo de cercanía y

preferencia por la independencia. Este instrumento tipo Likert se compone por 22 ítems, donde responder uno indicaría que lo que describe el ítem no se parece en nada a lo que le ocurre a la persona informante y, responder cinco, que la descripción sería muy parecida a su experiencia.

- Estrategias de afrontamiento: en este caso se usó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (Tobin et al., 1989) adaptado en población española por Cano García et al. (2007). Es un instrumento de 40 ítems tipo Likert sobre las estrategias empleadas ante una situación problemática elegida por la persona informante, puntuando de cero (nada) a cuatro (completamente) la frecuencia de su uso. Proporciona puntuaciones en ocho subescalas que aluden a los diferentes tipos de estrategias de afrontamiento empleadas: solución de problemas, reestructuración cognitiva, búsqueda de apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica.
- Dificultades en la regulación emocional: se empleó la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-E) (Gratz y Roemer, 2004; Hervás y Jódar, 2008), compuesta por 28 ítems tipo Likert que abordan las experiencias de la persona informante con sus emociones, pudiendo valorar en ella el grado en el que le ocurren de cero (casi nunca) a cinco (casi siempre). Las subescalas que componen este instrumento se refieren al descontrol sobre los estados emocionales, la desatención, rechazo o confusión sobre las propias emociones y la interferencia que generan.
- Afectividad: se acudió a la adaptación española de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) (Sánchez-Cánovas y Sánchez-López, 1994; Watson et al., 1988), formada por dos subescalas, una de afectos positivos (diez ítems) y otra de afectos negativos (diez ítems), que evalúan la frecuencia en la que durante el último mes se han

experimentado diversos estados emocionales en una escala Likert de uno (muy poco) a cinco (muchísimo).

- Satisfacción con la vida: las mujeres respondieron a la Escala de Satisfacción con la Vida (SWL) (Atienza et al., 2000; Diener et al., 1985) compuesta por cinco ítems que gradúan el acuerdo o desacuerdo de las participantes con las afirmaciones de la escala desde uno (muy en desacuerdo) a cinco (muy de acuerdo).

Análisis de Datos

Con el fin de contrastar la tercera hipótesis de este estudio sobre el papel de variables mediadoras en la asociación entre ACEs y psicopatología en la adultez, se incluyeron, de acuerdo con la literatura revisada, las variables relativas a las relaciones de apego, estrategias de afrontamiento y de regulación emocional en el análisis de regresión lineal múltiple. De esta forma, se comprobó si estas variables explicaban o no parte de la varianza de la gravedad de síntomas de psicopatología en función de la cantidad de ACEs informadas por las participantes.

Para verificar la cuarta hipótesis de este estudio acerca de la influencia de las variables de apego tomadas como configuraciones, en primer lugar, se comprobó mediante el coeficiente de correlación de Spearman la existencia de asociaciones entre las variables de apego, la exposición a ACEs y cuatro indicadores de salud mental (IGS, calidad de vida, afectos positivos y negativos). Posteriormente, se dicotomizaron las puntuaciones en las tres subescalas de apego (miedo al rechazo y al abandono, deseo de cercanía y preferencia por la independencia) en función de si la puntuación para cada una de ellas se situaba por encima o por debajo de la mediana de las puntuaciones de las participantes y se agruparon formando todas las configuraciones posibles. A continuación, mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, se compararon las diferencias entre los rangos medios de puntuaciones relativos a las diferentes configuraciones y los resultados en los cuatro indicadores de salud

mental y la variedad de las experiencias adversas (el número de tipos de ACEs señalado por cada participante). Además, con el fin de ver cuáles eran las configuraciones que se asociaban a resultados más o menos favorables en salud mental y a una mayor o menor variedad de ACEs relacionadas, también se compararon los rangos medios de las puntuaciones en las configuraciones de apego una a una a través de la prueba de la *U* de Mann-Whitney. Finalmente, se comprobó si existían diferencias entre la información proporcionada por las configuraciones y la esperada al tomar las dimensiones de apego de forma independiente, para ello se compararon las discrepancias existentes entre las predicciones derivadas de los análisis mediante el coeficiente de correlación de Spearman y la prueba *U* de Mann-Whitney con el resultado estadístico obtenido mediante la comparación de configuraciones.

3.3.4. Asociación entre la Exposición a Distintos Tipos de Experiencias Adversas en la Infancia y las Diferencias en el Funcionamiento Psicológico en la Vida Adulta de las Mujeres

Variables de Estudio e Instrumentos de Evaluación

- Tipos de experiencias adversas en la infancia: valoradas mediante las respuestas de las mujeres al Adverse Childhood Experiences Questionnaire (Felitti et al., 1998).
- Presencia de psicopatología: medida a través de la puntuación de las participantes en el ISG de psicopatología del Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) (Davison et al., 1997; Sandin et al., 2008).
- Estrategias de afrontamiento: se usaron las respuestas de las participantes a las subescalas valoradas en el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (Cano García et al., 2007; Tobin et al., 1989): solución de problemas, reestructuración cognitiva, búsqueda de apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, retirada social y autocrítica.

- Dificultades en la regulación emocional: se utilizó la puntuación en las subescalas de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-E) (Gratz y Roemer, 2004; Hervás y Jódar, 2008): descontrol, desatención, rechazo, confusión e interferencia emocional.

Análisis de Datos

Para comprobar la quinta hipótesis planteada respecto a la influencia de los tipos de experiencias adversas tempranas, como primer paso, se comprobó la distribución normal y la asociación entre las ACEs y las demás variables de este estudio mediante el coeficiente de correlación de Spearman. A continuación, se llevó a cabo un análisis de clases latentes para examinar la relación entre la mayor o menor variedad de las ACEs que las participantes identifican como propias y su pertenencia a una clase. En el caso de las variables que no seguían una distribución normal se realizó un análisis de varianza (ANOVA) y se empleó la prueba de Bonferroni para estimar las diferencias entre las distintas clases latentes. Por último, con el fin de conocer si las diferencias en las clases latentes variaban en función de las puntuaciones de las participantes en las dimensiones de apego, la presencia de psicopatología y las estrategias de afrontamiento y de regulación emocional, se utilizó el ANOVA y, como medida del tamaño del efecto, la *d* de Cohen.

CAPÍTULO 4

PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

*“Si naciste con la fragilidad de caer
naciste con la fuerza de levantarte”*

Kaur, R. 2018/2015

4. Publicaciones Científicas

4.1. Primer Estudio. Adverse Childhood Experiences and Mental Health in Women: Pathways of Influence in a Clinical Sample

*Experiencias adversas en la infancia y salud mental en mujeres:
vías de influencia en una muestra clínica*

Fontanil, Y., Méndez, M. D., Martín-Higarza, Y., Solís-García, P. y Ezama, E. (2021).

Adverse childhood experiences and mental health in women: pathways of influence in a clinical sample. *Psicothema*, 33(3), 399–406. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.39>

Introducción: aunque el impacto negativo de las experiencias adversas en la infancia (ACEs) en la salud mental ha sido constatado en investigaciones previas, las vías a través de las cuales afectan al bienestar psicológico no están claras. Este estudio transversal analiza la relación entre ACEs y la presencia de disfunciones psíquicas, así como el papel de las relaciones de apego adulto y de las estrategias de afrontamiento y de regulación emocional en esta asociación. **Método:** conforman la muestra 207 mujeres que reciben apoyo psicológico en los servicios públicos de Salud Mental en España. El 53.1% también fueron atendidas por psiquiatría. Se realizaron análisis descriptivos y asociativos de las variables implicadas. **Resultados:** el 48.3% informa de 4 o más ACEs, la correlación con la severidad de los síntomas de psicopatología es significativa. Las ecuaciones de regresión muestran que cuatro variables explican el 56.2% de la varianza: miedo al rechazo y al abandono, descontrol, rechazo emocional y reestructuración cognitiva. **Conclusiones:** las ACEs están directamente asociadas con la severidad de la psicopatología. La relación entre el número de adversidades tempranas y las variables estudiadas muestra vías indirectas a través de las cuales las ACEs afectan a la salud mental de las mujeres. Los resultados sugieren que una adecuada exploración sensible a estas experiencias puede tener beneficios psicoterapéuticos.

Adverse Childhood Experiences and Mental Health in Women: Pathways of Influence in a Clinical Sample

Yolanda Fontanil¹, María Dolores Méndez², Yolanda Martín-Higarza³, Patricia Solís-García¹, and Esteban Ezama²

¹ Universidad de Oviedo, ² Servicio de Salud Mental del Principado de Asturias, and ³ Instituto de Medicina Legal, Gobierno del Principado de Asturias

Abstract

Background: While the negative impacts of Adverse Childhood Experiences (ACEs) on mental health have already been established in previous research, the pathways through which these events affect psychological well-being are still unclear. This cross-sectional study analyzed the relationship between ACEs and psychological distress. It also examined the role of coping strategies, emotion regulation, and adult attachment in this association. **Method:** The sample consisted of 207 women receiving psychotherapeutic support from Public Mental Health Services in Spain. Just under half (46.4%) being treated by clinical psychology services and just over half (53.1%) were also being treated by psychiatry services. Descriptive and association analysis were performed on the variables involved. **Results:** 48.3% of participants reported four or more ACEs and the correlation with symptom severity was significant. Regression equations showed that four variables explained 56.2% of the variance: Fear of Rejection and Abandonment, Lack of Control, Rejection and Cognitive Restructuring. **Conclusions:** ACEs are directly associated with the severity of psychological distress. The data suggest that appropriate, sensitive exploration of these experiences can be therapeutic. The relationships between type of adversity, attachment relationships, emotion regulation, and coping strategies reveal indirect pathways through which ACEs affect women's mental health.

Keywords: Adverse childhood experiences, mental health, emotional regulation, coping strategies, attachment.

Resumen

Experiencias Adversas en la Infancia y Salud Mental en Mujeres: Vías de Influencia en una Muestra Clínica. Antecedentes: aunque el impacto negativo de las Experiencias Adversas Infantiles (ACEs) en la salud mental ha sido constatado en investigaciones previas, las vías a través de las que afectan al bienestar psicológico no están claras. Este estudio transversal analizó la relación entre ACEs y presencia de disfunciones psíquicas y el papel de las estrategias de afrontamiento, la regulación emocional y el apego adulto en esta asociación. **Método:** formaron la muestra 207 mujeres que recibieron apoyo psicoterapéutico en los Servicios Públicos de Salud Mental en España. El 53,1% también fueron atendidas por psiquiatría. Se realizaron análisis descriptivos y asociativos de las variables implicadas. **Resultados:** el 48,3% informó de 4 o más ACEs, la correlación con la severidad de los síntomas fue significativa. Las ecuaciones de regresión mostraron que cuatro variables explicaban el 56,2% de la varianza: Miedo al Rechazo y Abandono, Descontrol, Rechazo y Reestructuración Cognitiva. **Conclusiones:** las ACEs están directamente asociadas con la gravedad de las disfunciones psíquicas. Estos datos sugieren que una adecuada exploración sensible a estas experiencias puede ser terapéutica. La relación entre tipo de adversidad y las variables estudiadas muestra vías indirectas a través de las cuales las ACEs afectan a la salud mental de las mujeres.

Palabras clave: experiencias adversas infantiles, salud mental, regulación emocional, habilidades de afrontamiento, apego.

There is a growing body of research pointing to the long-term impact of adverse childhood experiences (ACEs) on people's physical and mental health (Felitti et al., 1998; Johnson et al., 2020; Larkin et al., 2012; Petruccioli et al., 2019). Nevertheless, identifying the variables that increase an individual's likelihood of developing mental disorders continues to be a challenge. Although the literature has established the relationship between ACEs and the frequency and degree of long-term psychological distress, few studies have addressed their presence and the

pathways through which they affect mental health service users in Spain.

Interest in ACEs has been growing ever since the publication of the *Adverse Childhood Experiences Study* (Felitti et al., 1998). This investigation revealed the frequency of these experiences, their long-term consequences, and the graded association between exposure to adversity and health impairment. Since 2009, the World Health Organization (WHO) and the Center for Disease Control and Prevention (CDC) have recognized ACEs as a public health problem (CDC, 2010; WHO, 2009). A meta-analysis conducted by Hughes et al. (2017) found that between 1% and 38% of the population reported having experienced four or more types of ACEs. Furthermore, the cumulative effect of ACEs has been recognized: the greater the exposure and emotional burden, the greater the long-term impact (Schalinski et al., 2019; Rod et al., 2020). ACEs appear to be a risk factor for the onset of psychological

distress in general and have been associated with the development of personality disorders, depression, anxiety, substance abuse, post-traumatic stress, suicide ideation or attempts, and psychotic experiences (Felitti et al., 1998; Sachs-Ericsson et al., 2015; Varese et al., 2012).

This overall association between mental health problems and childhood adversity cannot be considered in isolation if we are to understand how such a relationship comes about. It is therefore necessary to further explore how different psychological variables—coping styles, emotion regulation, or affective attachment—can affect the lives of people who have experienced adversity in childhood and who present with psychopathological problems in adulthood. Coping strategies have been linked to recovery from traumatic events and to mental health (Arslan, 2017; Van der Hallen et al., 2020). A distinction is often made between problem-approach and problem-avoidance strategies, or between problem-focused and emotion-focused strategies (Carver, 1989; Lazarus & Folkman, 1984). Approach strategies have been associated with better mental health; avoidance strategies with increased psychological distress and suicide risk. While approach strategies appear to buffer the effects of ACEs, the tendency in these situations is to resort to the use of avoidance strategies (Arslan, 2017; Brooks et al., 2019). As for emotion regulation, it is the ability to influence one's own emotions—recognizing, expressing, and modulating them in an adaptive way (Gratz & Roemer, 2004). In the face of adversity, people need to both solve problems and regulate their emotions (Ortega-Maldonado & Salanova, 2016; Stanislawsky, 2019). Some authors consider dysregulation as a transdiagnostic factor (Cludius et al., 2020). Yet effectiveness in coping and regulation needs to be assessed in terms of the individual's resources and the demands of the situation (Ortega-Maldonado & Salanova, 2016; Wang et al., 2016). Many of the behaviors and reactions described as psychopathological symptoms can in fact be relatively effective ways of dealing with chronic adverse situations. Emotion regulation and coping strategies developed in childhood and adolescence through processes of mutual co-regulation and modeling with attachment figures may be difficult to modify or replace; used in adulthood, they may impede the ability to use personal and interpersonal resources and can compromise mental health (Eisenberg et al., 2010; Rudenstine et al., 2019; Sheffler et al., 2019).

Through relationships with their primary attachment figures, people form expectations about themselves and others; they develop representational schemes to interpret what happens to them, and procedures to adapt to the environment in which they live (Bowlby, 1979). Exposure to violence in childhood promotes the formation and maintenance of negative schemes about oneself, others, and the world, making it difficult to build secure relationships. Having links with people who provide support and who are available and accessible has a buffering effect on the stress caused by adversity, but ACE-exposed children often have limited access to positive relationships, and their attachment figures may in fact be the source of the trauma (Choi et al., 2020). Formed in childhood, these schemes and insecurities in relationships with others persist into adulthood and can be transferred to relationships that are developed in the present.

It is estimated that the years of life lost to disability due to psychological problems are comparable to those lost as a result of chronic diseases such as heart disease or cancer (WHO, 2017), and evidence of the impact of early trauma on adult life highlights the need for ACEs to be considered as a relevant factor for mental health. In Spain, as in other countries, the prevalence of emotional

difficulties, poor self-perceived mental health, psychiatric diagnoses, and psychotropic drug consumption is higher among women (Abel & Newbigging, 2018; Centro Nacional de Epidemiología, 2018; Bacigalupe et al., 2020). Reflecting this reality, some international agencies stress that women have different risk factors for mental health than men. These factors include reproductive health, their role as primary caregivers, gender-based violence, and the higher prevalence of sexual abuse. These organizations also emphasize the need to implement a gender perspective in mental health research, through studies that consider gender from the outset and that involve women in addressing issues relevant to their health, such as violence and abuse (Abel & Newbigging, 2018; Department of Health & Social Care, 2018; Howard et al., 2017). As yet, few studies have combined this perspective with the influence of ACEs among adult women in Spain (Caravaca-Sánchez et al., 2019), and none, to our knowledge, have explored it among women mental health service users. The present study, carried out among women attending different public mental health facilities, sought a) to verify whether there is a direct relationship between exposure to ACEs and psychopathological symptoms on the basis of the number and types of adversity; b) to evaluate the relationship between specific variables—coping styles, emotion regulation, and adult attachment relationships—and psychopathology; and c) to examine whether ACEs can affect these variables and therefore indirectly influence women's mental health.

Method

Participants

The sample was made up of women over the age of 18 who were receiving psychotherapy from the public health services of the Principality of Asturias and Catalonia (Spain). All subjects were adults and were not affected by intellectual disability, organic brain damage, central nervous system problems, or communication difficulties that might impede evaluation. The background characteristics of the sample are shown in Table 1.

Variable	n	%
Education level		
No education or primary education unfinished	2	1
Primary education	28	13.4
Secondary education	27	12.9
High school diploma/Basic vocational training	71	34.4
Higher-level vocational training	33	15.8
University	46	22.5
Employment status		
Self-employed	22	10.5
Employee	97	46.9
Unemployed	36	17.7
Retired	8	3.8
Disabled	22	10.5
Student	22	10.5
Main source of income		
Job	148	71.5
Social Security	28	13.5
Government benefits	15	7.2
Other	16	7.7

Our sample size was 207 subjects with a mean of 41.54 years ($SD=14.04$, $Mdn=42$). In all, 61.4% of the participants were taking psychotropic drugs at the time of the evaluation and 66.7% had done so previously. A total of 46.4% were attending psychology services only; 53.1% were attending psychology and psychiatry services. In terms of the age at which they had first consulted mental health services, 51.7% had done so as adults, 29.0% as adolescents, 12.1% as children, 3.9% as young children, and 3.4% as older adults.

Instruments

Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45) (Davison et al., 1997), validated for a Spanish population by Sandín et al. (2008). This is a self-completed report with 45 items that describe psychopathological symptoms. The subject is asked to indicate the degree to which they have experienced the symptom in the previous week, between 0 (not at all) and 4 (a lot or extremely). The items are grouped into an overall score and nine subscales: Somatization, Obsessive-Compulsive, Interpersonal Sensitivity, Depression, Anxiety, Hostility, Phobic Anxiety, Paranoid Ideation, and Psychoticism. In the current study, only the overall score—the Global Severity Index (GSI) of psychopathology—was considered; it produced a Cronbach's α of .96.

A Spanish translation of the *Adverse Childhood Experiences Questionnaire* (Felitti et al., 1998) was used to evaluate adverse experiences of abuse, neglect, and household dysfunction during the first 18 years of life. Ten adverse experiences were assessed: physical, emotional, and sexual abuse; physical and emotional neglect; parental divorce or death; witnessing domestic violence; household substance abuse; household mental illness or having a family member attempt or die by suicide; and having an incarcerated household member. The frequency with which the person experienced them was determined by summing the 10 items. In this study, the reliability was $\alpha=.80$.

Hardship: socioeconomic vulnerability was assessed using a scale, developed for this study, which measures difficulty in covering unavoidable costs, in accessing training or employment, and in carrying out administrative procedures in the previous three months (0=never, 1=on one occasion, and 2=on more than one occasion). Participants could therefore score between 0 and 6 (0=no hardship, 6=hardship on more than one occasion in all three areas) (Cronbach's $\alpha=.63$).

The Coping Strategies Inventory (CSI) by Tobin et al. (1989) in its Spanish version (Cano et al., 2007), evaluated eight coping strategies on a five-point Likert scale. Respondents had to briefly describe a stressful event or situation that had happened to them in the previous month and answer 40 statements, on a scale of 0 (not at all) to 4 (completely), rating the extent to which they experienced certain thoughts or feelings or displayed certain behaviors in relation to the chosen situation. Scores were obtained for eight scales: Problem Solving ($\alpha=.82$ in our sample), Cognitive Restructuring ($\alpha=.82$), Social Support ($\alpha=.81$), Express Emotions ($\alpha=.86$), Problem Avoidance ($\alpha=.57$), Wishful Thinking ($\alpha=.67$), Social Withdrawal ($\alpha=.70$), and Self-Criticism ($\alpha=.81$).

Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-E) by Hervás and Jódar (2008) is the Spanish version of the scale developed by Gratz and Roemer (2004). Composed of 28 items in Likert-type format, the scale requires respondents to report the degree to which specific experiences occur in their daily lives, from 0

(almost never) to 5 (almost always). Scores were obtained for five scales: lack of control (Decontrol) ($\alpha=.91$ in our sample), lack of emotional attention (Inattention) ($\alpha=.77$), emotional rejection (Rejection) ($\alpha=.91$), emotional confusion (Confusion) ($\alpha=.79$), and life interference (Interference) ($\alpha=.89$).

The Scale of Preferences and Expectations in Close Interpersonal Relationships (EPERIC) (Fontanil et al., 2013) assesses adult attachment styles. The questionnaire is made up of 22 items, each with a Likert-type response on a scale of 1 (is nothing like what happens to me) to 5 (is very much like what happens to me). It assesses Fear of Rejection or Abandonment by Attachment Figures (FRA) ($\alpha=.88$ in our sample), Desire for Closeness (DC) ($\alpha=.66$), and Preference for Independence (PI) ($\alpha=.69$).

Procedure

The study was approved by the Research Ethics Committee of the University of Oviedo, the Ethics Committee for Research with Medicines of the Principality of Asturias, and the Catalan Institute of Health; and the process was carried out in compliance with the ethical principles of the Helsinki Declaration. Those who met the requirements were informed of the aims of the research. After agreeing to participate in the study they were asked to sign an informed consent form.

Data Analysis

The supposition of normality was checked using the Kolmogorov-Smirnov test, finding non-normality of distribution for 13 of the 20 variables. Following that, Spearman's correlation tests were performed. To compare the sample for each of the ACEs, the Student's t-test was used for the normally distributed variables and the Mann-Whitney U-test was used for the others. Multiple linear regression analysis following the stepwise method was performed using the GSI of psychopathology as a dependent variable. Possible predictors considered were age, education level, number of ACEs, hardship, coping styles, emotional regulation, and attachment. The stepwise method was chosen because it continuously checks the contribution of each independent variable as it is added to the regression model, eliminating any variables whose contribution to the model is better explained by another. In each case the supposition of independence of residuals was verified with the Durbin-Watson statistic, and the normality of their distribution, which justified the use of the analysis despite the non-normality of the variables, through the Kolmogorov-Smirnov test. The bilateral level of significance established prior to all the tests was .05. The statistical analyses were carried out using SPSS v20.0.

Results

Descriptive Analysis of GSI, ACE Data

The mean GSI was 72.9 (min. 40.5, max. 175.5), the median 75.15, and the standard deviation 36.9.

With regard to ACEs, only 13.5% of the sample subjects reported no adversity, whereas 48.3% had experienced four or more types, including two participants who had experienced all ACEs. This is therefore a sample with a high incidence of ACEs.

Figures on the frequency and percentage are shown in Table 2. There are noticeable differences between our sample data and

those of the original ACE Study, in which the percentage of people who reported no adversity was 36%, and 16% had a score of 4 or more points.

The most frequent forms of adversity experienced by our sample were emotional neglect and abuse, while the least represented were having an incarcerated household member and physical neglect (Table 3). Once again, there were differences when we compared our results with the baseline study. In the original ACE Study, the most frequently cited forms of adversity were physical abuse and sexual abuse.

Association Analysis

The correlation between the GSI and the number of ACEs was significant ($r = .199, p = .004$).

The analysis by type of ACE revealed that emotional abuse, sexual abuse, emotional neglect, physical neglect, and mental disorder or family member attempt or die by suicide were associated with a worse GSI score (Table 4).

This direct relationship between ACEs and the GSI can be supplemented by an analysis of other variables that may be related to both. The first step was to examine the correlations between the GSI and the rest of the predictor variables, and then to perform regression equations to show the predictive weight of these variables (Table 5). The results showed non-significant associations for age, three coping strategy subscales (emotional expression, wishful thinking, and problem avoidance), and two

affective attachment subscales (preference for independence and desire for closeness).

Regression analysis on significant variables for the GSI of psychopathology

First, we performed forward stepwise multiple regression analysis on the statistically significant variables whose residuals were normally distributed (Table 5). The regression equation included four variables that explained 56.2% of the variance ($R = .749, R^2 = .562, \text{Durbin-Watson} = 1.881$): Fear of Rejection or Abandonment ($\beta = .313, p = .000$), Decontrol ($\beta = .311, p = .000$), Rejection ($\beta = .230, p = .001$), Cognitive Restructuring ($\beta = -.156, p = .001$).

In order to examine another pathway through which ACEs can influence the GSI, the scores obtained in each of the predictor variables were then compared using the Mann-Whitney U statistic, or the Student's t-test for normally distributed variables, based on respondents' answers on whether they had experienced a particular ACE or not.

The right-hand side of Table 6 shows the statistically significant relationships for the predictor variables associated with the GSI. The distribution of fear of rejection or abandonment was statistically different for emotional abuse, sexual abuse, emotional neglect, and household mental disorder or suicide. For the emotion regulation strategies associated as predictors for the regression equations, the U results on the right-hand side of Table 6 show that decontrol also appears to be influenced by experiences of emotional, physical, and sexual abuse; emotional neglect; and of household mental disorder or suicide attempt, while rejection was more common in people who reported having experienced sexual abuse and emotional neglect. The strategy of cognitive restructuring did not vary according to adverse experiences.

Discussion

Our study into the impact of ACEs on adult psychopathology is one of only a few to have been conducted in Spain and, to our knowledge, is the only one in the country to involve a clinical sample of women. On the basis of national data showing a higher prevalence of psychopathology and higher use of mental health services among women, and following the recommendations of international agencies regarding research and the gender perspective (Abel & Newbigging, 2018; Department of Health & Social Care, 2018; Howard et al., 2017), we deemed it necessary to study the influence of ACEs on women users of mental health services. The most salient finding from our study is that, among the women attending psychotherapy services, psychopathological problems were more severe for those who reported exposure to multiple adversities in their childhood, and this also appears to be related to the use of certain strategies to cope with the problems and emotions that arise in their daily lives.

Our results complement those of the first ACE Study, in that they revealed a considerable prevalence of ACEs among a population that was middle class, mostly white, educated, and with access to health insurance. Other studies have supported the idea that the consequences of ACEs can affect any population, not only those usually associated with violence and maltreatment. In our study the frequency of ACEs was even higher when compared with the study by Felitti et al. (1998) and subsequent research carried out in

Table 2
Frequency and Percentage of Adverse Childhood Experiences (ACEs)

Number of ACEs	Frequency	%
None	28	13.5
One	32	15.5
Two	21	10.1
Three	26	12.6
Four	24	11.6
Five	17	8.2
Six	20	9.7
Seven	16	7.7
Eight	12	5.8
Nine	9	4.3
Ten	2	1.0

Table 3
Frequency and Percentage of Adverse Childhood Experiences (ACEs) by Type

ACE type	Frequency	%
Emotional abuse	105	50.7
Physical abuse	79	38.2
Sexual abuse	72	38.4
Emotional neglect	123	59.4
Physical neglect	28	13.5
Parental divorce or death	88	42.5
Witnessing domestic violence	59	28.5
Household substance abuse	84	40.6
Household mental disorder	93	44.9
Incarcerated household member	31	15.0

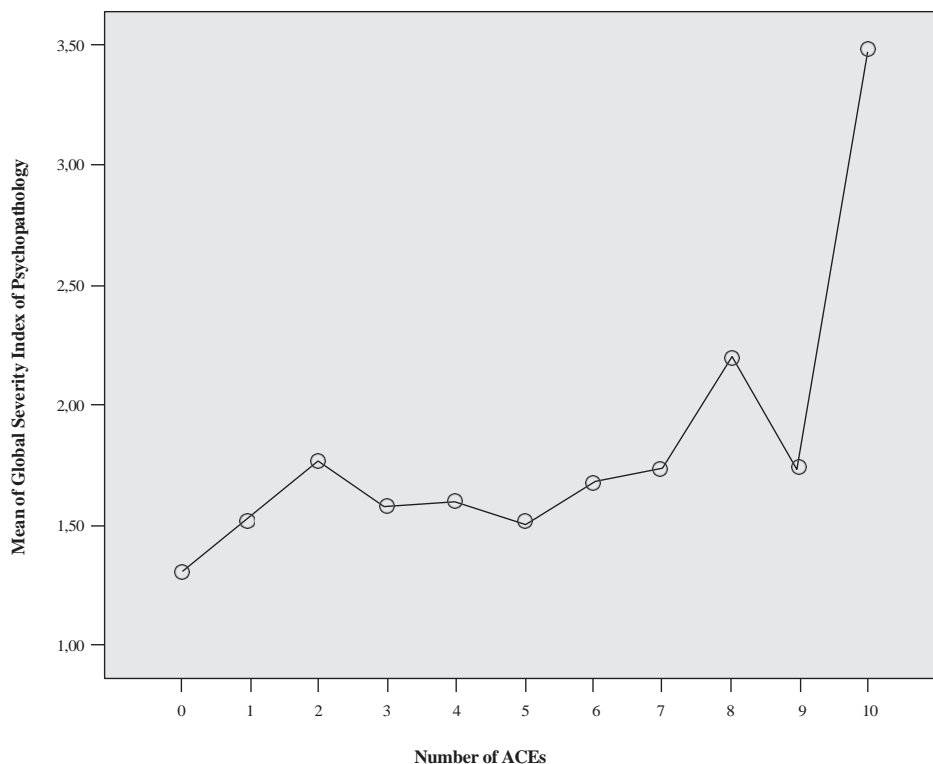


Figure 1. Relationship Between the Number of ACEs and Global Severity Index of Psychopathology

Europe and North America. Our findings suggest that women with mental disorders were exposed to an exceptionally high number of adverse experiences in their childhood. In fact, almost half of our sample had experienced four or more types of ACEs.

In this study, we sought to ascertain whether respondents who tend to give particular answers when asked about their psychological difficulties, their approach to problems, their ability to regulate their emotions, and their preferences and expectations in interpersonal relationships also tend to give particular answers when asked about adverse experiences during their childhood and adolescence. We indeed observed this pattern with our respondents; our interpretation of this finding is that people's experiences influence what they remember and recount of their past and present.

ACE type	Mean of no	Mean of yes	Student's t-test	p
Emotional abuse (EA-1)	1.48	1.76	-2.56*	.011
Physical abuse (PA-2)	1.56	1.73	-1.49	.137
Sexual abuse (SA-3)	1.51	1.82	-2.61*	.010
Emotional neglect (EN-4)	1.43	1.75	-2.84**	.005
Physical neglect (PN-5)	1.55	2.06	-3.12**	.002
Parental divorce or death (PD/D-6)	1.55	1.72	-1.43	.156
Witnessing domestic violence (WDV-7)	1.59	1.69	-.76	.448
Household substance abuse (SA-8)	1.60	1.65	-.44	.660
Household mental disorder (MD/S-9)	1.51	1.77	-2.28*	.023
Incarcerated household member (IN-10)	1.58	1.89	-1.97	.051

Psychology relies on prospective longitudinal designs to establish whether certain psychological variables influence others; although prospective studies give more certainty, this confidence is based on the same assumption: certain experiences have an influence on

Spearman's rho	GSI	p
Age	-.102	.146
Education level	-.137*	.049
Number of ACE types	.199**	.004
Hardship	.211**	.002
Decontrol	.650**	.000
Inattention	.226**	.001
Rejection	.601**	.000
Confusion	.512**	.000
Interference	.569**	.000
Problem solving	-.221**	.001
Self-criticism	.392**	.000
Emotional expression	-.047	.499
Wishful thinking	.135	.053
Seeking social support	-.227**	.001
Cognitive restructuring	-.211**	.002
Problem avoidance	-.056	.422
Social withdrawal	.324**	.000
Fear of rejection or abandonment	.566**	.000
Desire for closeness	-.002	.973
Preference for independence	.038	.588

Table 6
Influence of Global Severity Index of Psychopathology Predictor Variables

Predictor variable	Beta (R ² =.562)	Adverse Experiences Influencing Predictor Variables				
		Variable	NO Group	YES Group	Statistic	p
FRA (AAS)	.313	EA-1	Mean=2.67	Mean=3.03	t=-2.62**	.009
		SA-3	Mean=2.68	Mean=3.18	t=-3.45**	.001
		EN-4	Mean=2.53	Mean=3.07	t=-4.00**	.000
		MD/S-9	Mean=2.62	Mean=3.13	t=-3.69**	.000
Decontrol (ER)	.311	EA-1	MR=92.09	MR=114.69	U=4140**	.006
		PA-2	MR=95.88	MR=116.01	U=4016.5*	.019
		SA-3	MR=92.51 MR=92.51	MR=123.90	U=3351**	.000
		EN-4	MR=89.49	MR=113.14	U=3947.5**	.005
		MD/S-9	MR=91.69	MR=118.14	U=3897.5**	.002
Rejection (ER)	.271	SA-3	Mean=2.82	Mean=3.26	t=2.52*	.013
		EN-4	Mean=2.77	Mean=3.11	t=2.03*	.044
Cognitive restructuring (CS)	-.158					

Note: AAS=adult attachment styles ER=emotion regulation; CS=coping style; EA-1=emotional abuse; PA-2= physical abuse; SA-3=sexual abuse; EN-4=emotional neglect; MD/S-9=household mental disorder or suicide; MR=Mid-range; t=Student's t-test; U=Mann-Whitney U-test

others. Our results cannot prove causal relationships. Assuming the honesty of the participants, we can only infer similar backgrounds in the lives of people who report mental health problems.

In this sample of women attending public mental health facilities in Spain, the relationship between ACEs and psychopathology is clear. The correlation between the number of ACEs and the GSI is significant. The greater the number of ACEs, the stronger the relationship with worse self-reported psychopathology. On examining the importance of each individual ACE, we found that emotional abuse, sexual abuse, emotional neglect, physical neglect, and household mental disorder or suicide appear to be linked to a worse GSI score.

By extending our analysis to investigate the influence of other variables, we have seen how adverse experiences impact both directly and indirectly on the GSI. The number of ACE types to which these women were exposed at an early age is not an irreplaceable variable, and other variables are better GSI predictors. The relationship between psychopathology and the following variables is significant (in descending order of influence): Fear of Rejection or Abandonment, Decontrol and Rejection of Emotions, and lower use of Cognitive Restructuring; the value of these variables changes depending on the ACE types, such that the influence can be said to be indirect.

Our view is that people deal with ACEs by using the knowledge, skills, and preferences they have already developed or are developing, although the study does not allow knowing how or when they were originated. The relationship between ACEs and psychological problems can stem from the lack of psychosocial support and from the use of strategies that are useful in adverse circumstances, but unhelpful or even harmful in other contexts. The expectations and the procedural and declarative knowledge developed to adapt to childhood and adolescent adversity influence a person's later attempts to overcome difficulties and seize opportunities for adaptation in response to adverse situations that pose a threat to quality of life (Martín-Higarza et al., 2020).

The relationship between affective attachment that is based on fear of rejection or abandonment and a higher level of psychopathology is an expected outcome. The way in which ACEs can influence psychopathology through this pathway is consistent with the findings of earlier research (Alonso et al., 2018; Mikulincer & Shaver, 2012). Many of the ACEs describe situations where fear of rejection or abandonment is to be expected; indeed, emotional abuse and neglect, sexual abuse, and household suicide and/or mental disorder significantly influence this fear. The association between cognitive restructuring and better mental health also coincides with the findings of extensive research, although the degree to which these strategies are used does not change depending on early adverse experiences, suggesting that the source of this ability does not lie in family relationships, at least in abusive relationships. In contrast, emotional decontrol and the rejection of feelings are not only uniquely related to psychopathology but can also be a reaction to experiences of abuse and neglect. These findings are in line with the results of a study by Cloitre et al. (2019), who found that, among a sample of women being treated by mental health services, general emotion regulation difficulties mediate the relationship between ACEs and the severity of the psychological distress. The findings also agree with those of Rudenstine et al. (2019), who specified the mediating role of the rejection of emotions and the loss of emotional control.

The number and circumstances of the participants do not allow our results to be generalized. Our results can serve to elicit some hypotheses for further exploration with larger and more heterogeneous samples. The future leads to continue exploring this issue by making comparisons with men who receive assistance in Public Mental Health Services and exploring it with more complex analytical models. This study has the characteristic limitations of cross-sectional correlational studies that prevent a conclusion about the direction of the relationships between the variables involved. In addition, some of the subscales studied, such as problem avoidance, have had a low reliability that requires changes for their evaluation. What we have found reinforces the view that improving mental

health for the adult population of tomorrow involves reducing the adverse experiences for the children and adolescents of today. Such a change will not come about unless adult caregivers are provided with better parenting strategies, better living conditions, and better knowledge on how to give and receive care (Martín- Higarza et al., 2020; Merrik et al., 2019).

We believe that a lack of knowledge is one of the reasons why we health professionals do not ask about early adversity and the impact it has on our adult clients' daily lives, and the neglect and maltreatment can end up being reproduced in professional settings. Nevertheless, the appropriate and sensitive exploration of these experiences can be therapeutic. In fact, trauma-informed care, a movement advocating the implementation of trauma-informed therapeutic interventions, recommends this as a routine practice within mental health services. This approach offers a new perspective for understanding the human experience: it recognizes the prevalence of adversity in society and the damage it causes to health; it focuses on people and their experiences, but also on their strengths and their capacity for resilience (Dube, 2018; Finkelhor,

2018). However, to reiterate Becker-Blease's (2017) caution, the devil is in the details and the need to further our knowledge of trauma remains. Future research should identify areas of therapeutic intervention capable of enhancing interpersonal experiences that are not linked to abandonment or rejection, and that foster more positive management of emotions to prevent the rejection of feelings and the emotional blockage associated with conflict situations.

If prevention is one of the key pillars of public health, then the prevalence and damaging effects of ACEs call for a response that promotes primary and secondary prevention, with the aim of avoiding exposure to adversity in child and adolescent populations, and tertiary prevention through the recovery and healing of adult survivors (Dube, 2018). Facilitating the detection and assessment of ACEs, as well as implementing interventions to improve the quality of interpersonal relationships, coping strategies, and emotion regulation in adulthood, could buffer the long-term effects of early adversity, helping to avert the onset of many mental disorders.

References

- Abel, K.M., & Newbigging, K. (2018). *Addressing unmet needs in women's mental health*. British Medical Association. <https://www.bma.org.uk/media/2115/bma-womens-mental-health-report-aug-2018.pdf>
- Alonso, Y., Fernández, J., Fontanil, Y., Ezama, E., & Gimeno, A. (2018). Contextual determinants of psychopathology. The singularity of attachment as a predictor of mental dysfunction. *Psychiatry Research*, 261(January), 338-343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.010>
- Arslan, G. (2017). Psychological maltreatment, coping strategies, and mental health problems: A brief and effective measure of psychological maltreatment in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 68, 96-106. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.023>
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M.B., & Martín, U. (2020). Gender as a determinant of mental health and its medicalization. *SESPAS report 2020. Gaceta Sanitaria*, 34(1), 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Becker-Blease, K.A. (2017). As the world becomes trauma-informed, work to do. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(2), 131-138. <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1253401>
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. Tavistock Publications.
- Brooks, M., Graham-Kevan, N., Robinson, S.J., & Lowe, M. (2019). Trauma characteristics and posttraumatic growth: The mediating role of avoidance coping, intrusive thoughts and social support. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(2), 232-238. <https://doi.org/10.1037/tra0000372>
- Cano, F.J., Rodríguez, L., & García, J. (2007). Spanish version of the Coping Strategies Inventory. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29-39. <https://idus.us.es/handle/11441/56854>
- Carver, C.S., Scheier, M.F., & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267>
- Caravaca-Sánchez, F., Fearn, N.E., Vidovic, K.R., & Vaughn, M.G. (2019). Female prisoners in Spain: Adverse childhood experiences, negative emotional states, and social support. *Health & Social Work*, 44(3), 157-166. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlz013>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2010). Adverse childhood experiences reported by adults - five states, 2009. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(49), 1609-1613. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5949a1.htm>
- Centro Nacional de Epidemiología (2018). *Salud Mental y Salud Pública en España: vigilancia epidemiológica* [Mental Health and Public Health in Spain: Epidemiological Surveillance]. <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=09/01/2018-44802ce4e8>
- Choi, K.R., Stewart, T., Fein, E., McCreary, M., Kenan, K.N., Davies, J.D., Naureckas, S., & Zima, B.T. (2020). The impact of attachment-disrupting adverse childhood experiences on child behavioral health. *The Journal of Pediatrics*, 221, 224-229. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.03.006>
- Cloitre, M., Khan, C., Mackintosh, M.A., Garvert, D., Henn-Haase, C., Falvey, E., & Saito, J. (2019). Emotion regulation mediates the relationship between ACES and physical and mental health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(1), 82-89. <https://doi.org/10.1037/tra0000374>
- Cludius, B., Mennin, D., & Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*, 20(1), 37-42. <https://doi.org/10.1037/emo0000646>
- Davison, M.L., Bershady, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M.E., & Kane, R.L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment*, 4(3), 259-276. <https://doi.org/10.1177/107319119700400306>
- Department of Health & Social Care (2018). *The women's mental health Taskforce: Final report*. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/765821/The_Womens_Mental_Health_Taskforce_-_final_report1.pdf
- Dube, S.R. (2018). Continuing conversations about adverse childhood experiences (ACEs) screening: A public health perspective. *Child Abuse & Neglect*, 85, 180-184. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.007>
- Eisenberg, N., Spinrad, T.L., & Eggum, N.D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 495-525. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208>
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *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)
- Finkelhor, D. (2018). Screening for adverse childhood experiences (ACEs): Cautions and suggestions. *Child Abuse & Neglect*, 85, 174-179. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.07.016>
- Fontanil, Y., Ezama, E., & 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>

- Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). The spanish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613875001>
- Howard, L.M., Ehrlich, A.M., Gamlen, F., & Oram, S. (2017). Gender-neutral mental health research is sex and gender biased. *The Lancet Psychiatry*, 4(1), 9-11. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30209-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30209-7)
- Hughes, K., Bellis, M.A., Hardcastle, K.A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M.P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356-e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Johnson, J., Chaudieu, I., Ritchie, K., Scali, J., Ancelin, M.L., & Ryan, J. (2020). The extent to which childhood adversity and recent stress influence all-cause mortality risk in older adults. *Psychoneuroendocrinology*, 111, 104492. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.104492>
- Larkin, H., Shields, J.J., & Anda, R.F. (2012). The health and social consequences of adverse childhood experiences (ACE) across the lifespan: An introduction to prevention and intervention in the community. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 40(4), 263-270. <https://doi.org/10.1080/10852352.2012.707439>
- Lazarus, R.S., & Folkman, S.F. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Martín-Higarza, Y., Fontanil, Y., Méndez, M.D., & 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), 8507. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228507>
- Merrick, M.T. (2019). Vital signs: Estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for prevention - 25 states, 2015-2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(44), 999-1005. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6844e1>
- Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11-15. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003>
- Ortega-Maldonado, A., & Salanova, M. (2016). Evolución de los modelos sobre el afrontamiento del estrés: hacia el coping positivo [Evolution of models on coping with stress: Towards positive coping]. *Ágora de Salud*, 3(30), 285-293. <https://doi.org/10.6035/AgoraSalud.2016.3.30>
- Petrucelli, K., Davis, J., & Berman, T. (2019). Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 97, 104-127. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104127>
- Rod, N.H., Bengtsson, J., Budtz-Jørgensen, E., Clipet-Jensen, C., Taylor-Robinson, D., Andersen, A.M.N., Dich, N., & Rieckmann, A. (2020). Trajectories of childhood adversity and mortality in early adulthood: A population-based cohort study. *The Lancet*, 396(10249), 489-497. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30621-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30621-8)
- Rudenshine, S., Espinosa, A., McGee, A.B., & Routhier, E. (2019). Adverse childhood events, adult distress, and the role of emotion regulation. *Traumatology*, 25(2), 124-132. <https://doi.org/10.1037/trm0000176>
- Sachs-Ericsson, N.J., Rushing, N.C., Stanley, I.H., & 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>
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., Santed, M.A., & Lostao, L. (2008). SA-45: A brief form of the SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290-296. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3463>
- Schalinski, I., Breinlinger, S., Hirt, V., Teicher, M.H., Odenwald, M., & Rockstroh, B. (2019). Environmental adversities and psychotic symptoms: The impact of timing of trauma, abuse, and neglect. *Schizophrenia Research*, 205, 4-9. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.10.034>
- Sheffler, J.L., Piazza, J.R., Quinn, J.M., Sachs-Ericsson, N.J., & Stanley, I.H. (2019). Adverse childhood experiences and coping strategies: Identifying pathways to resiliency in adulthood. *Anxiety, Stress, & Coping*, 32(5), 594-609. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1638699>
- Stanisławski, K. (2019). The Coping Circumplex Model: An integrative model of the structure of coping with stress. *Frontiers in Psychology*, 16(10), 694. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00694>
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V., & Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13(4), 343-361. <https://doi.org/10.1007/BF0117347>
- Van der Hallen, R., Jongerling, J., & Godor, B.P. (2020). Coping and resilience in adults: A cross-sectional network analysis. *Anxiety, Stress, and Coping*, 33(5), 479-496. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1772969>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., & 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. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Wang, A.W.T., Cheng, C.P., Chang, C.S., Chen, D.R., Chen, S.T., Shieh, V., Lo, A., & Hsu, W.Y. (2016). Does the factor structure of the brief COPE fit different types of traumatic events? *European Journal of Psychological Assessment*, 34(3), 162-173. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000321>
- World Health Organization (2009). *Addressing adverse childhood experiences to improve Public Health: Expert consultation, 4-5-May 2009*. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/adverse_childhood_experiences/global_research_network_may_2009.pdf
- World Health Organization (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

4.2. Segundo Estudio. Configurations of Adult Attachment, Indicators of Mental Health and Adverse Childhood Experiences in Women: a Cross-sectional Study

Configuraciones de apego adulto, indicadores de salud mental y experiencias adversas en la infancia en mujeres: un estudio transversal

Méndez-Méndez, M. D., Fontanil, Y., Martín-Higarza, Y., Fernández-Álvarez, N. y Ezama, E. (2021). Configurations of adult attachment, indicators of mental health and adverse childhood experiences in women: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13385.

<https://doi.org/10.3390/ijerph182413385>

Introducción: la relación entre las experiencias adversas en la infancia (ACEs), el apego y la salud mental ha sido resaltada en un gran número de investigaciones. **Método:** en una muestra de 339 mujeres que reciben ayuda psicológica en los servicios públicos, se analiza la asociación entre tres variables del apego: temor al rechazo y al abandono (FRA), deseo de cercanía (DC) y preferencia por la independencia (PI); y cuatro indicadores de salud mental: satisfacción con la vida, severidad de psicopatología, afectos positivos y afectos negativos. Tras dicotomizar las variables de apego se construyen ocho configuraciones. **Resultados:** las configuraciones de apego se asocian con la salud mental de manera diferente a la esperada por la acumulación de los efectos de las variables de apego por separado. La configuración 3-BAB (puntuaciones Bajas respecto a la mediana en FRA, Altas en DC y Bajas en PI) obtiene los resultados más favorables respecto a la salud mental y la exposición a ACEs. La configuración 6-ABA (puntuaciones Altas en FRA, Bajas en DC y Altas en PI) obtiene los resultados más desfavorables respecto a ambas variables. **Conclusiones:** determinadas configuraciones de apego adulto están asociadas a un mayor número de adversidades tempranas y a un peor funcionamiento psicológico en mujeres adultas.



Article

Configurations of Adult Attachment, Indicators of Mental Health and Adverse Childhood Experiences in Women: A Cross-Sectional Study

María Dolores Méndez-Méndez ^{1,*} , Yolanda Fontanil ² , Yolanda Martín-Higarza ³
, Natalia Fernández-Álvarez ² and Esteban Ezama ⁴

¹ Central University Hospital of Asturias, Mental Health Services of the Principality of Asturias, 33011 Oviedo, Spain

² Department of Psychology, University of Oviedo, 33003 Oviedo, Spain; fontanil@uniovi.es (Y.F.); fernandeznatalia@uniovi.es (N.F.-Á.)

³ Institute of Legal Medicine, Government of the Principality of Asturias, 33001 Oviedo, Spain; mariayolanda.martinhigarza@asturias.org

⁴ Cabueñes University Hospital, Mental Health Services of the Principality of Asturias, 33201 Gijón, Spain; esteban.ezama.coto@gmail.com

* Correspondence: mdolores.mendez@sespa.es; Tel.: +34-985-111-109



Citation: Méndez-Méndez, M.D.; Fontanil, Y.; Martín-Higarza, Y.; Fernández-Álvarez, N.; Ezama, E. Configurations of Adult Attachment, Indicators of Mental Health and Adverse Childhood Experiences in Women: A Cross-Sectional Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 13385. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413385>

Academic Editor: Paul B. Tchounwou

Received: 14 November 2021

Accepted: 17 December 2021

Published: 19 December 2021

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Abstract: The relationship between adverse childhood experiences, attachment and adult mental health has been pointed out in a large amount of studies. In a sample of 339 women receiving support from mental health and social services, this research analyzed the association between three adult attachment variables (fear of rejection or abandonment—FRA; desire for closeness—DC; preference for independence—PI) and four mental health indicators. After dichotomizing these variables, we constructed eight configurations of attachment and examined their association with mental health indicators. BAB people (those below the median in FRA, above in DC and below in PI) obtained the most favorable scores in mental health, whereas the ABA configuration (above the median in FRA, below in DC and above in PI) was the least favorable. The association between attachment configurations and mental health indicators was different to what might be expected, aggregating the effects of individual attachment variables. When analyzing the relationship between configurations and adverse childhood experiences (ACEs), women with an ABA configuration reported the highest number of ACEs and eight ACE types had a higher-than-expected contingency coefficient. In conclusion, these findings suggest that certain adult attachment configurations are associated with a greater number of ACEs and poorer mental health indicators in adult women.

Keywords: attachment; mental health; adverse childhood experiences; psychopathology; satisfaction with life; positive affect; negative affect

1. Introduction

John Bowlby [1] defined attachment as the predisposition or universal human need to form affective relationships that can be drawn upon in times of stress. His theory, which conceives of human beings from within a relational framework, considers the drive to maintain close bonds with others as fundamental [2]. Attachment is a complex affective and behavioral system that comprises the set of strategies deployed from infancy in order to achieve the necessary proximity and care to ensure survival. Although these strategies can be modulated by the influence of significant experiences during adolescence or adulthood [1,3], numerous studies argue that many of them tend to be maintained across the lifespan and even transmitted intergenerationally [4]. Attachment bonds are formed in interactions with caregivers through the development of relationship representations, which Bowlby named internal working models. These schemas, which incorporate expectations about the availability of significant others to provide care and about one's own capacity to

receive care, condition an individual's concept of self, others and the world; they function as heuristics to guide perceptions and responses in interpersonal relationships throughout the lifespan [5,6].

The theory that attachment styles should be seen as dimensional rather than categorical has been gaining ground ever since research into adult attachment began [7]. Two dimensions, anxiety (fear of rejection or abandonment) and avoidance (discomfort with closeness or discomfort depending on others), have emerged as important variables and form the basis of the four classic adult attachment styles: the secure style (low anxiety and low avoidance), preoccupied style (high anxiety and low avoidance), dismissing style (low anxiety and high avoidance) and fearful style (high anxiety and high avoidance) [8,9]. Although the dimensional perspective has tended to assess adult attachment using two variables, anxiety and avoidance, this has not always been the case. Other authors have proposed three-dimensional models (security, anxiety and avoidance; dependence, anxiety and closeness; fear of rejection, desire for closeness and preference for independence) [10–12]. This work develops closer to three-dimensional approaches; it explores the importance of possible configurations of variables in people's mental health. Explanatory models introduce these three variables in isolation [7,13], an approach that has uncovered strong links between fear of rejection or abandonment and manifestations of psychological dysfunction [14–17]. Crucially, what is missing is an approach that takes into account the coexistence of multiple expectations and preferences in interpersonal relationships. In other words, it is important to look at configurations, rather than variables in isolation.

We will use three variables, fear of rejection or abandonment, desire for closeness and a preference for independence, in line with Fontanil and colleagues [12]. In order to observe how these preferences are combined in the attachment relationships of each person, we sought to find out whether the combinations between the dimensions can provide new information in predicting the presence of psychic dysfunctions.

Early attachments are considered the basis of socioaffective development, which in turn is associated with psychological well-being and life satisfaction [1,18,19]. Adverse environments characterized by neglect or deprivation may interfere with emotion regulation and the acquisition of skills needed for appropriate psychosocial development [20]. Attachment types, as manifestations of internal working models developed as a way to adapt to parenting styles, can give rise to negative expectations about oneself and one's relationship with others; if they persist into adulthood, these expectations contribute to the emergence of psychological dysfunction, negatively influencing an individual's capacity to adapt to adversity [21–23]. Conversely, when these internal models produce favorable expectations about one's own capacity to receive care, they can buffer the impact of adversity [24–26]. Given the influence of interpersonal relationships on psychological well-being and adaptive capacity throughout the lifespan, it is important to study which patterns of affective attachments are associated with better or worse mental health.

The degree of security in attachment relationships has an influence on the manifestation and intensity of internalizing and externalizing symptoms [27,28]. Although attachment insecurity is considered a risk factor for the development of psychological difficulties, it is becoming increasingly clear that the relationship between insecure styles and problems is not so straightforward. In fact, some strategies and characteristics of these styles are advantageous for certain tasks. For example, people with high levels of anxiety tend to be more alert to dangers and are quick to detect them, whereas people with high levels of avoidance are generally quick at adopting self-protective measures [29]. However, the problem is in the repeated and inflexible use of strategies typical of insecure styles, strategies formed in contexts of loss, threat or abandonment. This situation favors the onset and persistence of psychological dysfunction by aggravating adverse situations and making it more difficult to seize opportunities. It is here that the association between attachment insecurity and personality disorders, depression, anxiety, somatization, paranoia, addictive behaviors and behavioral disturbances becomes apparent [22,30–35].

In parallel, there has been a growing body of research into the links between adverse childhood experiences (ACEs) and adult mental health [36,37]. It could be argued that studies into the impact of ACEs and those focusing on insecure attachment are in fact offering two facets of the same dysfunctional dynamic. The Adverse Childhood Experiences Questionnaire deals primarily with adversity affecting family life. It is therefore reasonable to assume that “yes” responses to the questionnaire items would be indicative of a serious imbalance in the attachment-caregiving dynamic. If so, ACEs—perhaps some to a greater extent than others—could prompt children to develop models of themselves and others that impede their capacity to seek out and take advantage of effective interpersonal supports [21,23,26,38]. Conversely, interaction with accessible and supportive attachment figures can provide psychological resources to cope with future challenges, with the result that people with secure attachment styles tend to recover more quickly from periods of stress and have a better sense of well-being [13,25]. In summary, insecure attachment bonds in adulthood would appear to be a partial reflection of ACEs, reflecting a person’s coping and emotion regulation strategies that were formed during childhood and that evolved in accordance with the interpersonal resources available up to the present. In a way, it could be said that a person’s current attachment style mediates between childhood experiences and adult mental health [39].

2. Materials and Methods

2.1. Aims of the Study

This paper seeks to examine the relationship between three characteristic variables of adult attachment (fear of rejection or abandonment (FRA) desire for closeness (DC) and a preference for independence (PI) in close relationships) and certain indicators of mental health, as well as the number of ACEs (objective 1). Based on previous research, we hypothesized that one dimension of adult attachment (fear of rejection or abandonment (FRA)) would be statistically significantly correlated with mental health indicators (lower positive affect, higher negative affect, lower satisfaction with life and higher global severity index of psychopathology), as well as a higher number of reported ACEs. The other dimensions of adult attachment (desire for closeness (CD) and a preference for independence (PI)) would not be statistically significantly correlated with mental health indicators or the number of reported ACEs.

In addition, the study explores the association between the mental health indicators and the three attachment variables, taken as different configurations of adult attachment, rather than as independent attachment dimensions (objective 2). To this end, each participant was assigned to a group based on the configuration of the values according to the three attachment variables. Then the groups were compared against each other to analyze how they differed in terms of the severity of psychopathology, positive and negative affect and life satisfaction, allowing us to determine which configurations were the least advantageous for mental health (objective 3). Objectives 2 and 3 belong to an exploratory phase of the study that was not based on previous research; their aims were to examine the initial situation regarding the different configurations resulting from combining the three attachment variables considered.

We aimed to explore the association between the mental health indicators and the attachment variables taken as different configurations of adult attachment, rather than as independent attachment dimensions (objective 4). The hypothesis was that the association between attachment variables separately and mental health indicators would be the same as the association between configurations of attachment variables and mental health indicators. Finally, we assessed whether our hypothesis that configurations would not differ in the accumulation of adverse childhood experiences was confirmed (objective 5).

2.2. Sample and Procedure

The sample was made up of 339 women recruited from the public healthcare system in the Principality of Asturias and Catalonia (Spain). Non-probabilistic sampling was

carried out from 2018 to 2020, inclusively. All participants were adults receiving mental health and social services support. The exclusion criteria required participants not to have any cognitive, physical or cultural problem affecting their communication during the assessment process. Professionals from mental health and social services invited women using their services to participate, informing them of the objectives and conditions of the research by means of a written information document. Each participant who took part in this cross-sectional study signed an informed consent form and was assigned a numeric identifier code. The assessment consisted of a self-report form those participants, returned to the various services once completed. The participants' mean age was 41.76 years (SD = 12.97) and their educational level was middle or high for most of the subjects (medium 41%; college 42.8%). More than half were employed (55.4%), although the proportion of unemployed participants was also high (24.5%). The remaining subjects were students (8%), people who had a disability (8%) and retired (4.1%). The Catalanian Institute of Health (code: CEIC-1998) and the Principality of Asturias (code: 76/19) Ethics Committees for Research with Medicines approved this study. The research was carried out in accordance with the ethical standards of the Helsinki Declaration.

2.3. Measures

Symptom Assessment-45 Questionnaire (SA-45), Cronbach's $\alpha = 0.95$ [40,41]—a self-report that describes psychopathological symptoms, in which the subject is asked to indicate the degree to which they have experienced the symptom in the previous week, between 0 (not at all) and 4 (a lot or extremely). In the current study, only the global severity index score was considered (GSI, Cronbach's $\alpha = 0.96$ in our sample).

The Scale of Preferences and Expectations in Close Interpersonal Relationships (EPERIC), Cronbach's $\alpha = 0.80$ [12]—EPERIC has 22 items and uses a 5-point Likert scale ranging from 1 (is nothing like what happens to me) to 5 (is very much like what happens to me). This instrument has three subscales corresponding to three dimensions of adult attachment: a preference for independence (PI) ($\alpha = 0.71$ in our sample), a desire for closeness (DC) ($\alpha = 0.67$ in our sample) and fear of rejection or abandonment by attachment figures (FRA) ($\alpha = 0.88$ in our sample).

The Spanish adaptation of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) [42,43] was used to assess affect. PANAS consists of two independent subscales, one for positive affect (PA) (Cronbach's $\alpha = 0.88$) and another for negative affect (NA) (Cronbach's $\alpha = 0.85$). Using a Likert-type scale from 1 (very slightly or not at all) to 5 (very much), the 20 items (10 for each subscale) measure the frequency with which the respondent experienced a list of moods over the past month. In our sample the reliability was $\alpha = 0.91$ for PA and $\alpha = 0.92$ for NA.

The Satisfaction With Life Scale (Cronbach's $\alpha = 0.86$) [44,45] was used to evaluate overall satisfaction with life (SWL). The Spanish version of this instrument contains five items with five response options, ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree); Cronbach's $\alpha = 0.88$ in our sample.

The Adverse Childhood Experiences Questionnaire [36] is an instrument that explores if the participant suffered some adverse experience during the first 18 years of life. The experiences assessed using this questionnaire are physical and emotional abuse or neglect; sexual abuse; divorce of death of the parents; witnessing domestic violence; substance abuse in the household; having a family member with mental illness or who had attempted or committed suicide; and having a household member who had been in prison. The response scale is dichotomous (0 = No; 1 = Yes) and the global score is the sum of the score in each item (10 items in total). In the present study, the reliability was $\alpha = 0.78$.

2.4. Data Analysis

The supposition of normality was checked using the Kolmogorov–Smirnov test; apart from SWL, all variables differed statistically from a normal distribution. To fulfill objective 1, we used Spearman's correlation analysis; after dichotomizing the EPERIC variables

(depending on whether the score was below (B) or above (A) the median of subjects), we used the Mann–Whitney U test to compare scores for the mental health indicators (SWL, PA, NA, and GSI). We used the Kruskal–Wallis and the Mann–Whitney U tests for objectives 2 and 3. The Mann–Whitney U test compared each attachment configuration group against all the other groups (28 comparisons) to identify any statistically significant differences between groups. For each of the four mental health indicators, we then counted the frequency with which the group of participants in one configuration scored significantly higher than those in other configurations. This yielded an SWL, PA, NA and GSI score for each configuration. Finally, we assigned each score a rank, depending on whether it was comparatively favorable for mental health (i.e., higher level for SWL and PA scores; lower level for NA and GSI scores). So, for each mental health variable, a configuration is assigned rank 1 when it outperforms all other configurations if the variable is favorable (SWL and PA), if it outperforms all but one it is assigned rank 2, if it outperforms all but two it is assigned rank 3, and so on. In the case that the comparison is made on scores for an unfavorable mental health variable (NA and GSI) the value 1 is assigned to the configuration if it is out-scored by all the other configurations, 2 if it is out-scored by all but one, and so on. When several settings outperform or are outperformed the same number of times by the other settings, they are assigned the same rank. This produced an ordering of the configurations based on the advantage of each mental health indicator, which allowed us to find the average of each configuration in the four indicators. For objective 4, we used the Mann–Whitney test and the comparison of each configuration with all the others across the four mental health indicators. As can be seen, in this procedure, the configurations that occupy the most advantageous position (rank 1) will be the ones with the best mental health indicators. Objective 5 followed the same procedure as objective 3, this time in relation to ACEs. For the number of ACEs, we obtained an ordering comparable to the mental health variables and we calculated the contingency coefficients between each adverse childhood experience and each configuration. The statistical analysis was carried out using SPSS version 20.0.

To facilitate the reading of results, Table S1: Acronyms List (in Supplementary Materials) can be consulted.

3. Results

3.1. Descriptive Analysis

Table 1 shows the means, medians and standard deviations of the attachment variables, mental health indicators and the number of ACEs.

Table 1. Descriptive statistics of attachment variables, mental health indicators and number of adverse childhood experiences.

	Mean	Median	SD	Min.	Max.
Fear of rejection or abandonment (FRA)	2.77	2.73	0.99	1	4.91
Desire for closeness (DC)	2.90	2.83	0.84	1	5
Preference for independence (PI)	3.64	3.80	0.90	1	5
Satisfaction with life (SWL)	2.81	2.80	1.05	1	5
Positive affect (PA)	2.68	2.60	0.85	1	5
Negative affect (NA)	2.90	2.90	1.07	1	5
Global Severity index (GSI)	1.44	1.44	0.81	0.4	3.91
Adverse childhood experiences (ACE)	3.58	3.00	2.68	0	10

Note: SD: standard deviations.

Table 2 presents the frequencies of the different categories of ACEs, as reported by our participants.

3.2. Association Analysis

As shown in the tables above, the prevalence of adverse childhood experiences in our sample of women who have sought help for social or health problems was high, as found in previous research [36,37].

Table 2. Frequency and percentage of adverse childhood experiences (ACEs) by type.

Adverse Childhood Experience (ACE) Type	Frequency	%
Emotional abuse	170	50.15
Physical abuse	208	61.36
Sexual abuse	108	31.86
Emotional neglect	191	56.34
Physical neglect	45	13.27
Parental divorce or death	135	39.82
Witnessing domestic violence	96	28.32
Household substance abuse	143	42.18
Household mental disorder	152	44.84
Incarcerated household member	44	12.98

3.2.1. Objective 1: Association between Adult Attachment Variables, Mental Health Indicators and Number of ACEs

The correlation analysis revealed statistically significant relationships between the FRA attachment variable and all four mental health indicators. Contrary to what was expected in the hypothesis, there was also a statistically significant correlation with the number of ACEs. For the DC attachment variable, there was a significant correlation with SWL, PA and NA; whereas for PI, the correlation was significant with NA only (Table 3).

Table 3. Correlations between attachment variables, mental health indicators and adverse childhood experiences.

		FRA	DC	PI
Satisfaction with life	Rho	−0.390 **	0.152 **	−0.039
	Sig.	0.000	0.005	0.476
Positive affect	Rho	−0.317 **	0.202 **	−0.016
	Sig.	0.000	0.000	0.771
Negative affect	Rho	0.463 **	−0.128 *	0.111 *
	Sig.	0.000	0.019	0.040
Global Severity Index	Rho	0.569 **	−0.055	0.077
	Sig.	0.000	0.309	0.159
Number of ACEs	Rho	0.255 **	−0.028	0.101
	Sig.	0.000	0.607	0.063

Note: FRA: fear of rejection or abandonment; DC: desire for closeness; PI: preference for independence; ACEs: adverse childhood experiences; Sig.: significance; **: Significance level ≤ 0.01 ; *: Significance level ≤ 0.05 .

When we compared, using the Mann–Whitney U test, the dichotomized attachment variables, depending on whether the score was below or above the median, we found significant differences between the below-the-median FRA group and its above-the-median counterpart in all four mental health indicators and in the number of ACEs. The below- and above-the-median DC groups differed in the mean rank for PA and NA. The below-the-median PI group differed from its high counterpart in NA and the number of ACEs (Table 4).

As can be seen in Table 4, all the comparisons made with the mental health indicators and the number of ACEs were significant for fear of rejection or abandonment. In contrast, the desire for closeness only shows significant differences in the comparisons made with the affective state of the women in the sample (PA and NA). A preference for independence is significant with respect to both negative affect and the number of adverse childhood experiences, and is higher for women who score above the median.

Table 4. Comparison of the mean ranks of the mental health indicators for the low- and high-FRA, DC, and PI Groups.

	FRA		DC		PI	
	Group N = 175 vs. N = 164	MR	Group N = 174 vs. N = 165	MR	Group N = 193 vs. N = 146	MR
SWL	Below M	195.99	Below M	160.30	Below M	176.01
	Above M	142.27	Above M	180.22	Above M	162.06
	M-W U	9802.0 **	M-W U	12,668	M-W U	12,930
	Sig.	0.000	Sig.	0.061	Sig.	0.194
PA	Below M	190.07	Below M	153.88	Below M	175.72
	Above M	148.58	Above M	187.00	Above M	162.45
	M-W U	10,837.0 **	M-W U	11,550 **	M-W U	12,986
	Sig.	0.000	Sig.	0.002	Sig.	0.217
NA	Below M	136.06	Below M	180.70	Below M	159.72
	Above M	206.22	Above M	158.72	Above M	183.59
	M-W U	8410.5 **	M-W U	12,493 *	M-W U	12,105.5 *
	Sig.	0.000	Sig.	0.039	Sig.	0.026
GSI	Below M	127.41	Below M	172.32	Below M	161.78
	Above M	215.45	Above M	167.55	Above M	180.87
	M-W U	6896.5 **	M-W U	13,951	M-W U	12,502
	Sig.	0.000	Sig.	0.654	Sig.	0.076
ACEs	Below M	150.97	Below M	171.46	Below M	157.22
	Above M	190.30	Above M	168.46	Above M	186.90
	M-W U	11,020.5 **	M-W U	14,100.5	M-W U	11,621.5 **
	Sig.	0.000	Sig.	0.776	Sig.	0.005

Note: Below M: below the median; Above M: above the median; M-W U: Mann-Whitney U test; FRA: fear of rejection or abandonment; DC: desire for closeness; PI: preference for independence; SWL: satisfaction with life; PA: positive affect; NA: negative affect; GSI: global severity index; ACEs: adverse childhood experiences; MR: mean rank; Sig.: significance; **: Significance level ≤ 0.01 ; *: Significance level ≤ 0.05 .

3.2.2. Objective 2: Association between Adult Attachment Configurations and Mental Health Indicators and ACEs

Combining the group membership variables with the scores below (B) and above (A) the median for the FRA, DC and PI attachment variables, respectively, we obtained eight subject groups:

1-BBB (below the median in FRA, below the median in DC, below the median in PI; N = 53, 15.6%).

2-BBA (below the median in FRA, below the median in DC, above the median in PI; N = 46, 13.6%).

3-BAB (below the median in FRA, above the median in DC, below the median in PI; N = 44, 13%).

4-BAA (below the median in FRA, above the median in DC, above the median in PI; N = 32, 9.4%).

5-ABB (above the median in FRA, below the median in DC, below the median in PI; N = 40, 11.8%).

6-ABA (above the median in FRA, below the median in DC, above the median in PI; N = 35, 10.3%).

7-AAB (above the median in FRA, above the median in DC, below the median in PI; N = 56, 16.5%).

8-AAA (above the median in FRA, above the median in DC, above the median in PI; N = 33, 9.7%).

We next used the Kruskal-Wallis test to see if the mean ranks of the scores from the eight groups did not differ from what is expected by chance for the mental health indicators (SWL, PA, NA and GSI) and ACEs. Contrary to the hypothesis, they did (Table 5).

Table 5. Comparison of the eight subject groups based on configurations of preferences and expectations in close interpersonal relationships.

		Subject Groups							Kruskal-Wallis Test		
		1-BBB	2-BBA	3-BAB	4-BAA	5-ABB	6-ABA	7-AAB	8-AAA	χ^2	Sig.
SWL	MR	183.85	173.79	233.99	195.75	150.58	118.04	141.19	159.73	38.85	0.000
PA	MR	165.53	177.86	231.25	191.67	156.16	102.11	155.69	176.61	38.14	0.000
NA	MR	137.1	159.4	101.18	148.73	210.56	240.59	190.81	190.64	58.76	0.000
GSI	MR	125.69	151.58	87.7	150.11	200.76	237.7	226.29	191.26	85.48	0.000
ACEs	MR	138.57	175.54	131.78	162.59	162.91	225.69	190.78	185.17	27.865	0.000
Number of subjects		53	46	44	32	40	35	56	33	Total = 339	

Note: SWL: satisfaction with life; PA: positive affect; NA: negative affect; GSI: global severity index; ACEs: adverse childhood experiences; MR: mean rank; Sig.: significance.

3.2.3. Objective 3: Comparison between Adult Attachment Configurations in Mental Health Indicators

Having found that attachment configurations differ significantly on mental health indicators and adverse childhood experiences, we then compare them two-by-two to see where the differences come from, and which ones are associated with better mental health outcomes. Mann–Whitney U tests revealed which of the attachment variable configurations were linked to better mental health outcomes (Table 6).

Table 6. Significant differences obtained with the Mann–Whitney U test when comparing each configuration with all others.

Comparison			SWL		PA		NA		GSI	
			E	O	E	O	E	O	E	O
1st	1-BBB	2-BBA	ns	ns	ns	ns	sig	ns	ns	ns
				sig (0.008) *		sig (0.002)				sig (0.019) *
2nd	1-BBB	3-BAB	ns/sig	BAB = 57.25	sig	BAB = 58.91	sig	ns	ns	BBB = 55.08
				BBB = 42.15		BBB = 40.77				BAB = 41.67
3rd	1-BBB	4-BAA	ns/sig	ns *	sig	ns *	sig	ns *	ns	ns
								sig (0.001)		sig (0.000)
4th	1-BBB	5-ABB	sig	ns *	sig	ns *	sig	ABB = 58.05	sig	ABB = 59.88
								BBB = 38.66		BBB = 37.28
				sig (0.002)		sig (0.006)		sig (0.000)		sig (0.000)
5th	1-BBB	6-ABA	sig	BBB = 51.45	sig	BBB = 50.6	sig	ABA = 59.61	sig	ABA = 60.69
				ABA = 33.97		ABA = 35.26		BBB = 34.52		BBB = 33.81
				sig (0.023)				sig (0.003)		sig (0.000)
6th	1-BBB	7-AAB	sig	BBB = 62.08	sig	ns *	sig	AAB = 63.78	sig	AAB = 70.86
				AAB = 48.29				BBB = 45.73		BBB = 38.25
								sig (0.011)		sig (0.001)
7th	1-BBB	8-AAA	sig	ns *	sig	ns *	sig	AAA = 52.12	sig	AAA = 55.29
								BBB = 38.13		BBB = 36.16
				sig (0.001) *		sig (0.008)		sig (0.002)		sig (0.002)
8th	2-BBA	3-BAB	ns/sig	BAB = 54.64	sig	BAB = 52.93	sig	BBA = 53.76	ns	BBA = 53.68
				BBA = 36.76		BBA = 38.39		BAB = 36.86		BAB = 36.94
9th	2-BBA	4-BAA	ns/sig	ns *	sig	ns *	sig	ns *	ns	ns
								sig (0.011)		sig (0.016)
10th	2-BBA	5-ABB	sig	ns *	sig	ns *	sig	ABB = 50.80	sig	ABB = 50.43
								BBA = 37.15		BBA = 37.48
				sig (0.007)		sig (0.000)		sig (0.000)		sig (0.000)
11th	2-BBA	6-ABA	sig	BBA = 47.11	sig	BBA = 49.18	sig	ABA = 51.93	sig	ABA = 52.37
				ABA = 32.97		ABA = 30.24		BBA = 32.68		BBA = 32.35

Table 6. Cont.

Comparison			SWL		PA		NA		GSI	
			E	O	E	O	E	O	E	O
12th	2-BBA	7-AAB	sig	ns *	sig	ns *	sig	ns *	sig	sig (0.000) AAB = 61.31 BBA = 39.55
13th	2-BBA	8-AAA	sig	ns *	sig	ns *	sig	ns *	sig	ns *
14th	3-BAB	4-BAA	ns	ns	ns	ns	sig	BAA = 45.11 BAB = 33.69	sig	sig (0.002) BAA = 47.81 BAB = 31.73
15th	3-BAB	5-ABB	sig	sig (0.000) BAB = 52.83 ABB = 31.14	sig	sig (0.001) BAB = 51.32 ABB = 32.8	sig	sig (0.000) ABB = 56.13 BAB = 30.11	sig	sig (0.000) ABB = 58.39 BAB = 28.06
16th	3-BAB	6-ABA	sig	sig (0.000) BAB = 51.42 ABA = 25.64	sig	sig (0.000) BAB = 52.68 ABA = 24.06	sig	sig (0.000) ABA = 56.26 BAB = 27.07	sig	sig (0.000) ABA = 56.56 BAB = 26.83
17th	3-BAB	7-AAB	sig	sig (0.000) BAB = 64.34 AAB = 39.63	sig	sig (0.000) BAB = 63.28 AAB = 40.46	sig	sig (0.000) AAB = 62.66 BAB = 35.02	sig	sig (0.000) AAB = 66.71 BAB = 29.88
18th	3-BAB	8-AAA	sig	sig (0.000) BAB = 46.74 AAA = 28.68	sig	sig (0.013) BAB = 44.45 AAA = 31.73	sig	sig (0.000) AAA = 51.03 BAB = 29.98	sig	sig (0.000) AAA = 54.2 BAB = 27.6
19th	4-BAA	5-ABB	sig	ns *	sig	ns *	sig	sig (0.007) ABB = 42.5 BAA = 29	sig	sig (0.019) ABB = 41.69 BAA = 30.02
20th	4-BAA	6-ABA	sig	sig (0.002) BAA = 41.69 ABA = 26.97	sig	sig (0.000) BAA = 43.36 ABA = 25.44	sig	sig (0.000) ABA = 42.86 BAA = 24.31	sig	sig (0.000) ABA = 42.66 BAA = 24.53
21st	4-BAA	7-AAB	sig	sig (0.016) BAA = 53.19 AAB = 9.54	sig	ns *	sig	sig (0.043) AAB = 48.66 BAA = 37.22	sig	sig (0.000) AAB = 51.73 BAA = 31.84
22nd	4-BAA	8-AAA	sig	ns *	sig	ns *	sig	ns *	sig	ns *
23rd	5-ABB	6-ABA	ns	ns	ns	sig (0.013) * ABB = 43.83 ABA = 31.34	sig	ns *	ns	sig (0.012) * ABA = 44.73 ABB = 32.11
24th	5-ABB	7-AAB	ns/sig	ns *	sig	ns *	sig	ns *	ns	ns
25th	5-ABB	8-AAA	ns/sig	ns *	sig	ns *	sig	ns *	ns	ns
26th	6-ABA	7-AAB	ns/sig	ns	sig	sig (0.008) AAB = 51.80 ABA = 36.71	sig	sig (0.004) ABA = 56.04 AAB = 39.72	ns	ns
27th	6-ABA	8-AAA	ns/sig	ns *	sig	sig (0.001) AAA = 42.39 ABA = 27.06	sig	sig (0.016) ABA = 40.11 AAA = 28.55	ns	sig (0.007) * ABA = 40.73 AAA = 27.89
28th	7-AAB	8-AAA	ns	ns	ns	ns	sig	ns *	ns	sig (0.041) * AAB = 49.3 AAA = 37.7

Note: SWL: satisfaction with life; PA: positive affect; NA: negative affect; GSI: global severity index; E: difference expected based on addition of variable effects; O: difference obtained; ns: no statistically significant difference; sig: significant difference; Additional Numbers: mean rank of each configuration; *: Discrepancy between expected and observed.

Examining Table 6, we note the following results, which show the position of each attachment configuration regarding the mental health indicators:

Satisfaction with life—The 1-BBB configuration showed significantly more favorable scores in comparison with 6-ABA (5th comparison) and 7-AAB (6th); the same was true for 2-BBA in relation to 6-ABA (11th); scores for 3-BAB were significantly more favorable than 1-BBB (2nd), 2-BBA (8th), 5-ABB (15th), 6-ABA (16th), 7-AAB (17th), and 8-AAA (18th). Finally, scores for 4-BAA were more favorable than 6-ABA (20th) and 7-AAB (21st).

Therefore, regarding satisfaction with life:

1st The 3-BAB pattern is the most advantageous, obtaining the highest mean rank in six of the seven comparisons.

2nd In second place are the 1-BBB and 4-BAA groups, which both achieved the highest mean rank in two of the comparisons.

3rd The 2-BBA pattern had the highest mean rank in one comparison.

The 5-ABB, 6-ABA, 7-AAB and 8-AAA groups did not achieve the highest mean rank in any of the comparisons.

Positive affect—the women with 1-BBB and 2-BBA configurations had significantly more favorable scores than those with the 6-ABA configuration (5th and 11th comparisons). This was also the case for 3-BAB, which was more favorable than 1-BBB (2nd), 2-BBA (8th), 5-ABB (15th), 6-ABA (16th), 7-AAB (17th) and 8-AAA (18th). The 4-BAA and 5-ABB groups achieved significantly more favorable scores than 6-ABA (20th and 23rd), which, in turn, was significantly less favorable than 7-AAB (26th) and 8-AAA (27th).

Concerning positive affect, the 3-BAB pattern once again obtained the highest rank in six of the comparisons, followed by 1-BBB, 2-BBA, 4-BAA, 5-ABB, 7-AAB and 8-AAA, which were highest in one comparison. Finally, 6-ABA did not score the highest in any of the comparisons.

Negative affect—as shown in Table 6, 1-BBB was significantly more favorable than 5-ABB (4th comparison), 6-ABA (5th), 7-AAB (6th) and 8-AAA (7th). The same was true for 2-BBA in relation to 5-ABB (10th) and 6-ABA (11th). The 3-BAB pattern was more favorable than 2-BBA (8th), 4-BAA (14th), 5-ABB (15th), 6-ABA (16th), 7-AAB (17th) and 8-AAA (18th). 4-BAA was significantly more favorable than 5-ABB (19th), 6-ABA (20th) and 7-AAB (21st). Finally, 6-ABA had significantly less favorable scores than 7-AAB (26th) and 8-AAA (27th).

Consequently, 1-BBB and 3-BAB were the patterns showing the most advantageous positions; in second and third place were patterns 4-BAA and 7-AAB, respectively. The most disadvantageous pattern was 6-ABA.

Global severity index—1-BBB scored significantly more favorably than 5-ABB (4th), 6-ABA (5th), 7-AAB (6th) and 8-AAA (7th). This was also the case for the 2-BBA pattern when compared with 5-ABB (10th), 6-ABA (11th) and 7-AAB (12th). Scores for 4-BAA were significantly more favorable than those of 5-ABB (19th), 6-ABA (20th) and 7-AAB (21st). The score of 5-ABB was significantly more favorable than that of 6-ABA (23rd). The result was the same for 8-AAA when compared with 6-ABA (27th) and 7-AAB (28th). Finally, 3-BAB scored significantly more favorably than all the other patterns (2nd, 8th, 14th, 15th, 16th, 17th and 18th).

In summary, with regard to psychopathology, once again, 3-BAB was the most advantageous attachment pattern, comprising the participants with the lowest levels of distress. 1-BBB, 2-BBA, 4-BAA and 8-AAA were in second place; 5-ABB and 7-AAB were in third place.

The participants with the most disadvantageous configuration were once again 6-ABA women.

Full set of mental health indicators—Table 7 shows, firstly, the number of times each attachment configuration scored significantly differently from another configuration and, secondly, the position assigned to each configuration based on these comparisons, in terms of its advantage on both mental health indicators and the number of adverse childhood experiences identified. In other words, the number of times each attachment configuration has an advantageous position over the others in having better mental health indicators and less accumulation of adverse childhood experience types. To obtain a picture of the advantages of each configuration in the full set of indicators, we calculated the average position for each and found that 3-BAB was the most advantageous pattern, followed by 1-BBB and 4-BAA. At the other extreme, 6-ABA was the least favorable.

Table 7. Advantageous positions of attachment configurations on mental health indicators and number of adverse childhood experiences.

		Subject Groups							
		1-BBB	2-BBA	3-BAB	4-BAA	5-ABB	6-ABA	7-AAB	8-AAA
SWL	NU	2	1	6	2	0	0	0	0
	Advan	2	3	1	2	4	4	4	4
PA	NU	1	1	6	1	0	0	2	1
	Advan	3	3	1	3	4	4	2	3
NA	NU	0	1	0	1	4	6	3	2
	Advan	1	2	1	2	5	6	4	3
GSI	NU	1	1	0	1	4	7	4	2
	Advan	2	2	1	2	3	4	3	2
Average position for mental health indicators		2	2.5	1	2.25	4	4.5	3.25	3
ACEs	NU	0	1	0	0	0	5	2	2
	Advan	1	2	1	1	1	4	3	3
Number of subjects		53	46	44	32	40	35	56	33

Note: SWL: satisfaction with life; PA: positive affect; NA: negative affect; GSI: global severity index; ACEs: adverse childhood experiences; NU: number of U tests achieving a significantly higher mean rank; Advan: advantageous position in the comparison.

3.2.4. Objective 4: Differences between Analyzed Associations with Attachment Dimensions Individually versus Attachment Configurations and Mental Health Indicators

We aimed to explore the differences between the associations of the attachment dimensions with the mental health indicators, and the associations between the attachment configurations and the mental health indicators. We also reflected on whether our knowledge in the field of psychopathology grows when considering the attachment configurations instead of the attachment dimensions. Results related to objective 1 (Tables 3 and 4) and objective 3 (Table 6) were compared to answer the following question: Does membership of a configuration of preferences and expectations give different information than membership of each of the three groups separately (i.e., below or above the median in FRA, below or above the median in DC and below or above the median in PI) with regard to mental health indicators?

To put it another way, does the influence of a given FRA level vary depending on the DC and PI levels? If it does not, then groups of configurations with an attachment variable that does not lead to significant differences in a mental health indicator should not differ from each other in the mean rank of that variable.

For example, based on the results shown in Table 4, the FRA level is associated with the SWL level, but neither the DC nor the PI score level significantly influences the SWL mean rank. Based on this logic, therefore, the mean rank of the BBB configuration should not be significantly different from that of BBA, BAB or BAA. The same logic would apply to ABB when compared with ABA, AAB and AAA. In other words, only the level of FRA significantly differentiates the groups in terms of the SWL level, meaning that only comparisons between the AXX and BXX configurations should lead to significant differences. The same should be true for the GSI mean ranks. With NA, on the other hand, all comparisons should show significant differences. Finally, the mean ranks of the group scores in PA should not differ in the comparisons between configurations that do not share the same last letter (i.e., comparisons of BBB with BBA, BAB with BAA, ABB with ABA and AAB with AAA) but should differ in all other comparisons. Similar reasoning can be applied based on the Spearman's correlations presented in Table 3. In this case, only the predictions for SWL should differ, which are the same as those for PA. However, this has not been the case.

Table 6 shows these predictions in the columns marked "E"; where the expected U and Rho results differ; the prediction based on the correlations is given secondly. We

counted any discrepancies between the prediction and the statistically obtained result. For the SWL variable, we found that nine comparisons deviated from the expected results when the predictions were based on comparisons using the Mann–Whitney U test (two significant differences that were not expected and seven differences that were expected but not obtained), and there were 13 deviations when they were based on Spearman’s correlations (zero unexpected differences and 13 that were expected but not obtained). For the PA variable, we found one unexpected difference and 13 differences that were expected but not obtained. We did not find any unexpected differences for NA, but there were 11 differences that were expected but not obtained. Finally, there were four unexpected differences for GSI and two differences that were expected but not obtained.

Contrary to our initial hypothesis, this exercise suggests that when predicting the presence of psychopathology, configurations provide more information than attachment variables considered in isolation.

3.2.5. Objective 5: Association between Adult Attachment Configurations and the Number and Type of ACEs

With the same reasoning as in the previous objective of the study, the question to be answered is: Does membership of a configuration of preferences and expectations give different information than membership of each of the three groups separately (i.e., below or above the median in FRA, below or above in DC and below or above in PI) in respect to the association with having experienced adverse childhood experiences? We analyzed the association with the number of ACEs and with the type of ACEs. To ascertain whether women in the various attachment configurations differed in the number of ACEs reported, we used—as in objective 3—the Kruskal–Wallis test and the comparison of all configurations against each other with the Mann–Whitney U test. Contrary to the prediction of the hypothesis, the results in Table 8 show that the 1-BBB pattern obtained significantly more favorable scores than the 6-ABA, 7-AAB and 8-AAA groups. The 2-BBA configuration scored more favorably than 6-ABA. 3-BAB was less favorable than 2-BBA, 6-ABA, 7-AAB and 8-AAA. Finally, 6-ABA had significantly more favorable scores than 4-BAA and 5-ABB. Thus, 1-BBB, 3-BAB, 4-BAA and 5-ABB were the most favorable patterns, followed by 2-BBA, then in third place, 7-AAB and 8-AAA, and finally, the 6-ABA configuration had the highest number of ACEs (Table 5).

Table 8. Significant differences obtained with the Mann–Whitney U when comparing the number of adverse childhood experiences in the configurations.

	2-BBA	3-BAB	4-BAA	5-ABB	6-ABA	7-AAB	8-AAA
1-BBB	ns	ns	ns	ns	6-ABA = 57.37 1-BBB = 36 sig = 0.000	7-AAB = 63.27 1-BBB = 46.26 sig = 0.005	8-AAA = 50.86 1-BBB = 38.92 sig = 0.029
2-BBA		2-BBA = 51.53 3-BAB = 39.19 sig = 0.024	ns	ns	6-ABA = 47.69 3-BBA = 35.91 sig = 0.025	ns	ns
3-BAB			ns	ns	6-ABA = 51.17 3-BAB = 31.11 sig = 0.000	7-AAB = 57.85 3-BAB = 41.15 sig = 0.004	8-AAA = 45.68 3-BAB = 33.99 sig = 0.022
4-BAA				ns	6-ABA = 40.11 4-BAA = 27.31 sig = 0.007	ns	ns
5-ABB					6-ABA = 45.69 5-ABB = 31.28 sig = 0.004	ns	ns
6-ABA						ns	ns
7-AAB							ns

Note: ns: no statistically significant difference; sig: significant difference.

Looking at the association (statistically significant contingency coefficient (CC)) between each configuration and each adverse childhood experience, we found that the 1-BBB pattern was significantly less frequent in the group of women who had experienced emotional abuse (CC = 0.169), sexual abuse (CC = 0.113), emotional neglect (CC = 0.128), and exposure to domestic violence (CC = 0.125) (Table 9). The same is true for the 3-BAB pattern, which was less frequent in the group reporting experiences of emotional abuse (CC = 0.169) and in the group with emotional neglect (CC = 0.117). The number of people in the 4-BAA group reporting household alcohol or drug problems was also lower than what might occur by chance (CC = 0.108). The associations were reversed for 6-ABA and 7-AAB. The number of women in the 6-ABA group reporting experiences of emotional abuse (CC = 0.180), physical abuse (CC = 0.128), emotional neglect (CC = 0.160), physical neglect (CC = 0.179), parental separation or death (CC = 0.139), witnessing domestic violence (CC = 0.109), a household member with mental illness or who attempted suicide (CC = 0.122) or incarceration of a household member (CC = 0.128) was higher than would be expected due to chance. The 7-AAB pattern was associated with one ACE, namely, household mental illness or suicide.

Table 9. Statistically significant contingency coefficients (CC) and observed (O) and expected (E) frequencies of the yes/yes boxes from the contingency tables.

	1-BBB	2-BBA	3-BAB	4-BAA	5-ABB	6-ABA	7-AAB	8-AAA
Emotional abuse (1)	CC = 0.169 sig = 0.002 O = 16 E = 26.6	ns	CC = 0.123 sig = 0.022 O = 15 E = 22.1	ns	ns	CC = 0.180 sig = 0.001 O = 27 E = 17.6	ns	ns
Physical abuse (2)	ns	ns	ns	ns	ns	CC = 0.128 sig = 0.018 O = 20 E = 13.5	ns	ns
Sexual abuse (3)	CC = 0.153 sig = 0.004 O = 8 E = 16.9	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Emotional neglect (4)	CC = 0.128 sig = 0.018 O = 22 E = 29.9	ns	CC = 0.117 sig = 0.001 O = 15 E = 24.8	ns	ns	CC = 0.160 sig = 0.003 O = 28 E = 19.7	ns	ns
Physical neglect (5)	ns	ns	ns	ns	ns	CC = 0.179 sig = 0.001 O = 11 E = 4.6	ns	ns
Parental divorce or death (6)	ns	ns	ns	ns	ns	CC = 0.139 sig = 0.010 O = 21 E = 13.9	ns	ns
Witnessing domestic violence (7)	CC = 0.125 sig = 0.020 O = 8 E = 15	ns	ns	ns	ns	CC = 0.109 sig = 0.044 O = 15 E = 9.9	ns	ns
Household substance abuse (8)	ns	ns	ns	CC = 0.108 sig = 0.046 O = 9 E = 14.3	ns	ns	ns	ns
Household mental disorder (9)	ns	ns	ns	ns	ns	CC = 0.122 sig = 0.024 O = 22 E = 15.7	CC = 0.109 sig = 0.043 O = 32 E = 25.1	ns
Incarcerated household member (10)	ns	ns	ns	ns	ns	CC = 0.128 Exact sig = 0.030 O = 9 E = 4.5 *	ns	ns

Note: Exact sig: * Fisher exact test, calculated as $E < 5$; ns: no statistically significant difference; sig: significant difference.

4. Discussion

The objective of the present study was to explore the relationship between the dimensions of adult attachment, mental health and having experienced ACEs in the past. In line with other studies [14,16,17,39,46], our results indicate that attachment is a factor associated with different mental health outcomes. For the women in our study sample, the association is clear in the correlations and in the comparison between the groups of participants with scores below and above the median. The attachment variable with the most weight was FRA, whereas the one with the least weight was PI. Taken individually, PI was associated only with NA. However, when participants were grouped according to their combination of dichotomized EPERIC variables, the role of DC and PI was shown to be more important than that suggested by the correlations and mean rank comparisons. We found that the groups of women with different attachment configurations differed significantly in SWL, PA, NA and manifestations of psychological dysfunction (i.e., GSI). The 3-BAB group had the most favorable set of scores for the four mental health indicators taken together; 1-BBB was the second best, followed by 4-BAA and 2-BBA. 8-AAA was ranked fifth, followed by 7-AAB, 5-AAB, and finally 6-ABA, which had the least favorable score across all indicators. The comparison of the mean ranks of the mental health indicators for each configuration supports the idea that the configuration has more to say than its component variables. If we accept that preferences and expectations translate into different strategies and behaviors, it is logical to assume that the desire for closeness does not lead to the same strategies for someone who strongly fears abandonment by their attachment figure when compared with someone who has less fear. The same applies to the preference for independence. Research has shown that people who are uncomfortable with closeness tend to minimize the expression of their affective needs and deactivate their attachment system, whereas people with a more anxious attachment style, characterized by fear of rejection or abandonment, tend to maximize these needs and seek help from others and from available resources [47]; our results highlight a need for new investigations, this time into strategies associated with the combination of different preferences and expectations. When examining the relationship between life satisfaction, affect, and manifestations of psychological dysfunction, the contribution of the DC/PI combination is not to be ignored: 3-BAB is clearly more advantageous than 4-BAA in SWL and PA. The same is true in the less favorable direction, as 6-ABA is associated with much worse levels of mental health than 5-ABB: comparably, it is at a disadvantage by 32.3 points in SWL, 54.01 in PA, 30 points in NA and 37 in the GSI. The exhaustive comparison of all configurations against each other provides convincing evidence to suggest that the configuration as a whole is more relevant than the sum of its parts.

As regards ACEs, in our sample we found a higher frequency than what has been reported in other studies on the general population [36,48,49]. Fontanil and colleagues [17] established an association between the mental health indicators and ACEs, as well as the influence of attachment on this relationship. The present research found that some attachment configurations are not only associated with manifestations of psychological dysfunction, but also with a greater number of adverse childhood experiences. This is the case for the 7-AAB and 8-AAA configurations, and especially with 6-ABA, a pattern consistent with Bartholomew and Horowitz's (1991) [10] fearful style, which Williams and colleagues [50] have associated with childhood abuse. Bowlby [51] argued that adverse experiences with primary attachment figures make individuals more vulnerable to later adversity because they employ strategies developed to cope with the early trauma, and these often lead to dysfunctional behaviors. Further research should deeply explore the interactions between the attachment configurations and different manifestations of psychological dysfunction, such as somatization, obsession-compulsion, interpersonal sensitivity, depression, phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism. Future studies should also analyze whether the attachment configurations are associated with certain affects, for example, anger or despair.

The association that has been found between particular attachment configurations and lower exposure to childhood adversity suggests that ACEs influence the types of strategies which individuals use to establish relationships with others throughout life. In our view, people deal with ACEs by using the knowledge, skills and preferences that they are developing or have already developed. They also make use of the scaffolding that comes from the actions of their social network, especially those of their attachment figures. The expectations and the procedural and declarative knowledge developed to adapt to childhood and adolescent adversity influence a person's later attempts to overcome difficulties and seize opportunities for adaptation in response to adverse situations that pose a threat to quality of life [16]. 5-ABB, a disadvantageous mental health configuration in our sample of women, occupied a favorable position in terms of the number of ACEs reported. This evidence suggests that this configuration may be associated with a greater ability among individuals to forget or defensively suppress the memory of adverse childhood experiences. To verify this hypothesis, future studies should analyze the association between configurations, coping styles and emotion regulation strategies. If correct, one would expect to find higher avoidance and suppression scores among people with this configuration. Certain coping or emotion regulation strategies may not only explain the mental health quality of the women in the sample but may also indicate their degree of ease in reporting ACEs [17].

This study shed light on the role of different attachment configurations in mental health outcomes and their relationship with early adversity. Despite this, the study has some limitations.

First of all, the research design was cross-sectional and retrospective, so the data analyzed refer to past experiences. Although the use of this methodology is common in research on ACEs, it is not possible to contrast casual or predictive relationships between variables. However, this limitation is not particularly severe for some of the research objectives, as these were exploratory aims in which attachment configurations were used for the first time.

On the other hand, the participants were recruited from social and mental health services, so it is not possible to guarantee the representativeness of the sample and results cannot be generalized. Future studies could replicate the study in a larger sample of the general population for a contrast with our results. It would also be interesting to study gender differentials by introducing a sample of men.

Further research should deeply explore the relationship between the attachment configurations and the strategies employed by people to deal with adversity, such as coping style and emotion regulation.

Both in research and professional practice, there is an increasing interest in the issue of adverse childhood experiences, given its valuable role in prevention and intervention in health assistance. Evidence on the association between ACEs and psychic dysfunctions supports the idea that the problems reported by people in the present are related to vital accumulated exposure to adversity. Hostile circumstances influence people's ability to cope with their vital tasks, especially those related to help-seeking behavior and the establishment of secure interpersonal relationships.

The results of the present study show that the strategies learned in adverse contexts are associated with lower psychological health, supporting the need for a change in psychotherapeutic interventions. Therapy should enhance the exploration of the past experiences of adversity and the understanding of how these experiences are connected to the current problems of the patient and their difficulties in seeking help and regulating the suffering.

Furthermore, the need to promote secure relationships to protect mental health has been confirmed. In therapeutic contexts, this would be achieved by helping people to build relationships in which they feel that they will not be abandoned or rejected, that they may need other people and that closeness to other human beings is a safe place.

To protect mental health, it is essential to detect and reduce any kind of mistreatment, negligence or household dysfunction during childhood and adolescence and take attach-

ment styles and coping strategies as relevant therapeutic objectives when trying to improve well-being.

5. Conclusions

The results of this study converge with previous evidence showing that attachment is associated with mental health outcomes. Our study pointed out that a configuration of attachment variables, as a whole, is more relevant than its parts in the explanation of results in mental health indicators. Concerning the ACE scores, our sample reported a higher frequency than other investigations based on the general population, and we found that certain attachment configurations were also associated with higher number of these experiences. We found that 3-BAB was the most advantageous configuration; nevertheless, 6-ABA was associated with worse outcomes in mental health and a high number of ACEs reported.

In summary, our data support the idea that, for users of mental health and social services, different attachment configurations are differentially associated with recognized ACEs and mental health indicators. What remains to be seen is whether awareness of this relationship by women and professionals could help them to make changes resulting in more efficient strategies for dealing with adversity and seizing life's opportunities.

Supplementary Materials: The following are available online at <https://www.mdpi.com/article/10.3390/ijerph182413385/s1>. Table S1: Acronym List. Available online at: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.17198726> (accessed on 18 December 2021).

Author Contributions: Conceptualization, M.D.M.-M., Y.F. and E.E.; methodology, E.E.; software, Y.M.-H. and E.E.; validation, M.D.M.-M., Y.F., Y.M.-H., N.F.-Á. and E.E.; formal analysis, E.E.; investigation, M.D.M.-M., Y.F., E.E., Y.M.-H. and E.E.; resources, Y.F. and N.F.-Á.; data curation, M.D.M.-M., Y.M.-H. and E.E.; writing—original draft preparation, M.D.M.-M., Y.F. and E.E.; writing—review and editing, M.D.M.-M., Y.F., Y.M.-H., N.F.-Á. and E.E.; visualization, M.D.M.-M., Y.F., Y.M.-H., N.F.-Á. and E.E.; supervision, Y.F. and E.E.; project administration, Y.F.; Funding acquisition, Y.F. and N.F.-Á. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research was funded by Spanish Ministry of Science, Innovation, and Universities, FPU scholarship 19/00441.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted according to the guidelines of the Declaration of Helsinki and was approved by the Ethics Committees for Research with Medicines of the Principality of Asturias (protocol code no. 76/19, 7th July 2019) and of the Catalan Institute of Health (protocol code CEIC-1998, 15th February 2019).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analysis, or interpretation of data; in the writing of the manuscript, or in the decision to publish the results.

References

1. Bowlby, J. *Attachment and Loss*, 1st ed.; Tavistock Publications: New York, NY, USA, 1969; Volume 1, pp. 210–254.
2. Silove, D.; Manicavasagar, V.; Pini, S. Can separation anxiety disorder escape its attachment to childhood? *World Psychiatry* **2016**, *15*, 113–115. [CrossRef]
3. Barbaro, N.; Boutwell, B.B.; Barnes, J.C.; Shackelford, T.K. Rethinking the transmission gap: What behavioral genetics and evolutionary psychology mean for attachment theory: A comment on Verhage et al. (2016). *Psychol. Bull.* **2017**, *143*, 107–113. [CrossRef]
4. Verhage, M.L.; Schuengel, C.; Madigan, S.; Fearon, R.M.P.; Oosterman, M.; Cassibba, R.; Bakermans-Kranenburg, M.J.; Van Ijzendoorn, M.H. Narrowing the transmission gap: A synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment. *Psychol. Bull.* **2016**, *142*, 337–366. [CrossRef] [PubMed]
5. Ruiz, S.K.; Waters, T.E.A.; Yates, T.M. Children's secure base script knowledge as a mediator between early life stress and later behavior problems. *Attach. Hum. Dev.* **2020**, *22*, 627–642. [CrossRef] [PubMed]
6. Sherman, L.J.; Rice, K.; Cassidy, J. Infant capacities related to building internal working models of attachment figures: A theoretical and empirical review. *Dev. Rev.* **2015**, *37*, 109–141. [CrossRef]

7. Fraley, R.C.; Hudson, N.W.; Heffernan, M.E.; Segal, N. Are adult attachment styles categorical or dimensional? A taxometric analysis of general and relationship-specific attachment orientations. *J. Pers. Soc. Psychol.* **2015**, *109*, 354–368. [CrossRef]
8. Bartholomew, K.; Horowitz, L.M. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *J. Pers. Soc. Psychol.* **1991**, *61*, 226–244. [CrossRef]
9. Shaver, P.R.; Fraley, R.C. Self Report Measures of Adult Attachment. 2010. Available online: <http://labs.psychology.illinois.edu/~jrcfraley/measures/newmeasures.html> (accessed on 25 February 2021).
10. Collins, N.L. Working models of attachment: Implications for explanation, emotion and behaviour. *J. Pers. Soc. Psychol.* **1996**, *71*, 810–832. [CrossRef]
11. Hazan, C.; Shaver, P.R. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J. Pers. Soc. Psychol.* **1987**, *52*, 511–524. [CrossRef] [PubMed]
12. Fontanil, Y.; Ezama, E.; Alonso, Y. Validation of the Scale of Preferences and Expectations in Close Interpersonal Relationships (EPERIC). *Psicothema* **2013**, *25*, 275–281.
13. Mikulincer, M.; Shaver, P.R. An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry* **2012**, *11*, 11–15. [CrossRef]
14. Alonso, Y.; Ezama, E.; Fontanil, Y. Apego y bienestar en mujeres en proceso de tratamiento del cáncer de mama. *Ann. Psychol.* **2016**, *32*, 32–38. [CrossRef]
15. Alonso, Y.; Fernández, J.; Fontanil, Y.; Ezama, E.; Gimeno, A. Contextual determinants of psychopathology. The singularity of attachment as a predictor of mental dysfunction. *Psychiatry Res.* **2018**, *261*, 338–343. [CrossRef]
16. Martín-Higarza, Y.; Fontanil, Y.; Méndez, M.D.; Ezama, E. The direct and indirect influences of adverse childhood experiences on physical health: A cross-sectional study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2020**, *17*, 8507. [CrossRef]
17. Fontanil, Y.; Méndez, M.D.; Martín-Higarza, Y.; Ezama, E. Adverse childhood experiences and mental health in women: Pathways of influence in a clinical sample. *Psichotema* **2021**, *33*, 399–406.
18. Çikrikçi, Ö.; Gençdoğan, B. The effects of attachment styles and belongingness on life satisfaction among adolescents. *Int. J. Happiness Dev.* **2017**, *3*, 241–255. [CrossRef]
19. Kahl, B.L.; Kavanagh, P.S.; Gleaves, D.H. Testing a life history model of psychopathology: A replication and extension. *Curr. Psychol.* **2020**. [CrossRef]
20. Spinazzola, J.; van der Kolk, B.; Ford, J.D. When nowhere is safe: Interpersonal trauma and attachment adversity as antecedents of posttraumatic stress disorder and developmental trauma disorder. *J. Trauma. Stress* **2018**, *31*, 631–642. [CrossRef] [PubMed]
21. Erozkan, A. The link between types of attachment and childhood trauma. *Univers. J. Educ. Res.* **2016**, *4*, 1071–1079. [CrossRef]
22. Godbout, N. Childhood maltreatment, attachment, and borderline personality-related symptoms: Gender-specific structural equation models. *Psychol. Trauma* **2019**, *11*, 90–98. [CrossRef] [PubMed]
23. Pilkington, P.D.; Bishop, A.; Younan, R. Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Psychother.* **2021**, *28*, 569–584. [CrossRef]
24. Choi, K.R.; Stewart, T.; Fein, E.; McCreary, M.; Kenan, K.N.; Davies, J.D.; Naureckas, S.; Zima, B.T. The impact of attachment-disrupting adverse childhood experiences on child behavioral health. *J. Pediatr.* **2020**, *221*, 224–229. [CrossRef] [PubMed]
25. Feeney, B.C.; Collins, N.L. A new look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Pers. Soc. Psychol. Rev.* **2015**, *19*, 113–147. [CrossRef] [PubMed]
26. Huang, Y.L.; Fonagy, P.; Feigenbaum, J.; Montague, P.R.; Nolte, T.; London Personality and Mood Disorder Research Consortium. Multidirectional pathways between attachment, mentalizing, and posttraumatic stress symptomatology in the context of childhood trauma. *Psychopathology* **2020**, *53*, 48–58. [CrossRef]
27. Cassidy, J.; Jones, J.D.; Shaver, P.R. Contributions of Attachment Theory and Research: A Framework for Future Research, Translation, and Policy. *Dev. Psychopathol.* **2013**, *25*, 1415–1434. [CrossRef] [PubMed]
28. Waters, T.E.A.; Bosmans, G.; Vandevivere, E.; Dujardin, A.; Waters, H.S. Secure base representations in middle childhood across two western cultures: Associations with parental attachment representations and maternal reports of behavior problems. *Dev. Psychol.* **2015**, *51*, 1013–1025. [CrossRef]
29. Ein-Dor, T.; Hirschberger, G. Rethinking Attachment Theory: From a theory of relationships to a theory of individual and group survival. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* **2016**, *25*, 223–227. [CrossRef]
30. Ascone, L.; Schlier, B.; Sundag, J.; Lincoln, T.M. Pathways from insecure attachment dimensions to paranoia: The mediating role of hyperactivating emotion regulation versus blaming others. *Psychol. Psychother. Theory Res. Pract.* **2020**, *93*, 72–87. [CrossRef] [PubMed]
31. Cortés-García, L.; Takkouche, B.; Rodríguez-Cano, R.; Senra, C. Mediational mechanisms involved in the relation between attachment insecurity and depression: A meta-analysis. *J. Affect. Disord.* **2020**, *277*, 706–726. [CrossRef] [PubMed]
32. Lin, H.-C.; Yang, Y.; Elliott, L.; Green, E. Individual differences in attachment anxiety shape the association between adverse childhood experiences and adult somatic symptoms. *Child Abuse Negl.* **2020**, *101*, 104325. [CrossRef]
33. Murray, C.V.; Jacobs, J.I.-L.; Rock, A.J.; Clark, G.I. Attachment style, thought suppression, self-compassion and depression: Testing a serial mediation model. *PLoS ONE* **2021**, *16*, e0245056.
34. Sandín, B.; Valiente, R.M.; Chorot, P. Trastornos de Ansiedad. In *Manual de Psicopatología*, 3rd ed.; Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F., Eds.; S.A McGraw-Hill: Madrid, Spain, 2020; Volume 2, pp. 493–522.
35. Tekin, M.S.; Özdemir, N.; Şahin, Ş.K. Effect of attachment styles, emotional regulation difficulty and mindful attention levels on treatment motivation in patients with substance use disorder. *J. Subst. Use* **2020**, *26*, 1–8. [CrossRef]

36. Felitti, V.J.; Anda, R.F.; Nordenberg, D.; Williamson, D.F. Adverse childhood experiences and health outcomes in adults: The ACE study. *J. Fam. Consum. Sci.* **1998**, *90*, 31.
37. Hughes, K.; Bellis, M.A.; Hardcastle, K.A.; Sethi, D.; Butchart, A.; Mikton, C.; Jones, L.; Dunne, M.P. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* **2017**, *2*, e356–e366. [CrossRef]
38. Doyle, C.; Cicchetti, D. From the Cradle to the Grave: The effect of adverse caregiving environments on attachment and relationships throughout the lifespan. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* **2017**, *24*, 203–217. [CrossRef]
39. Corcoran, M.; McNulty, M. Examining the role of attachment in the relationship between childhood adversity, psychological distress and subjective well-being. *Child Abuse Negl.* **2018**, *76*, 297–309. [CrossRef]
40. Davison, M.L.; Bershadsky, B.; Bieber, J.; Silversmith, D.; Maruish, M.E.; Kane, R.L. Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment* **1997**, *4*, 259–276. [CrossRef]
41. Sandín, B.; Valiente, R.M.; Chorot, P.; Santed, M.A.; Lostao, L. SA-45: Forma abreviada del SCL-90. *Psicothema* **2008**, *20*, 290–296. [PubMed]
42. Watson, D.; Clark, L.A.; Tellegen, A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *J. Pers. Soc. Psychol.* **1988**, *54*, 1063–1070. [CrossRef]
43. Sánchez-Cánovas, J.; Sánchez López, M.P. *Psicología Diferencial: Diversidad E Individualidad Humanas*, 1st ed.; Ramón Areces, S.A.: Madrid, Spain, 1994; pp. 523–526.
44. Diener, E.; Emmons, R.A.; Larsen, R.J.; Griffin, S. The Satisfaction with Life Scale. *J. Pers. Assess.* **1985**, *49*, 71–75. [CrossRef]
45. Atienza, F.; Pons, D.; Balaguer, I.; García-Merita, M. Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema* **2000**, *12*, 314–319.
46. Lacasa, F.; Mitjavila, M.; Ochoa, S.; Balluerka, N. The relationship between attachment styles and internalizing or externalizing symptoms in clinical and nonclinical adolescents. *Ann. Psychol.* **2015**, *31*, 422–432. [CrossRef]
47. Adams, G.C.; McWilliams, L.A.; Wrath, A.J.; Adams, S.; Souza, D.D. Relationships between patients' attachment characteristics and views and use of psychiatric treatment. *Psychiatry Res.* **2017**, *256*, 194–201. [CrossRef]
48. Liu, Y.; Croft, J.B.; Chapman, D.P.; Perry, G.S.; Greenlund, K.J.; Zhao, G.; Edwards, V.J. Relationship between adverse childhood experiences and unemployment among adults from five US states. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* **2013**, *48*, 357–369. [CrossRef] [PubMed]
49. Merrick, M.T. Vital Signs: Estimated Proportion of Adult Health Problems Attributable to Adverse Childhood Experiences and Implications for Prevention—25 States, 2015–2017. *Morb. Mortal. Wkly. Rep.* **2019**, *68*, 999–1005. [CrossRef]
50. Williams, B.; Ospina, J.P.; Jalilianhasanpour, R.; Fricchione, G.L.; Perez, D.L. Fearful attachment linked to childhood abuse, alexithymia, and depression in motor functional neurological disorders. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* **2019**, *31*, 65–69. [CrossRef] [PubMed]
51. Bowlby, J. *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*, 1st ed.; Routledge: London, UK, 1988; pp. 50–52.

4.3. Tercer estudio. ¿How are Adverse Childhood Experiences and Women's Mental Health Associated? A Latent Class Analysis

¿Cómo se asocian las experiencias adversas en la infancia y la salud mental de las mujeres? Un análisis de clases latentes

Fontanil, Y., Méndez, M. D., Postigo, Á., Martín-Higarza, Y. y Ezama, E. (2023). How are adverse childhood experiences and women's mental health associated? A latent class analysis. *Acta Psychologica*, 241, 104088. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.104088>

Introducción: las experiencias adversas en la infancia (ACEs) tienen un efecto acumulativo sobre la salud mental, sin embargo, la influencia de la exposición a distintas agrupaciones de ACEs es menos conocida. **Método:** 378 mujeres consultantes de Servicios Sociales y Salud Mental conforman la muestra de este estudio transversal. Mediante análisis de clases latentes se forman agrupaciones en función de los tipos de ACEs relatadas por las participantes.

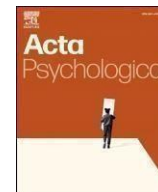
Resultados: se apoya la existencia de cuatro clases latentes: clase 1 o *diversidad de maltratos sin ruptura familiar* (16.40%), clase 2 o *diversidad de maltratos con ruptura familiar* (24.87%), clase 3 o *pocas experiencias adversas* (44.71%) y clase 4 o *alto maltrato/alta ruptura familiar* (14.02%). Existen diferencias entre las clases en el funcionamiento psicológico (psicopatología, apego adulto, estrategias de afrontamiento y de regulación emocional), sobre todo entre las clases 3 y 4. Las mujeres expuestas a pocas ACEs (clase 3) y las que han vivido diversidad de maltratos, pero no ruptura familiar (clase 1) difieren en el deseo de cercanía y en el uso de estrategias de solución de problemas y expresión emocional. **Conclusiones:** la exposición a diferentes clases de ACEs se asocia a diferencias en el funcionamiento psicológico de las mujeres. Profundizar en estas asociaciones podría mejorar el conocimiento sobre los problemas de salud mental y guiar el desarrollo de estrategias de prevención e intervención en los sistemas públicos de ayuda.



Contents lists available at ScienceDirect

Acta Psychologica

journal homepage: www.elsevier.com/locate/actpsy



How are adverse childhood experiences and women's mental health associated? A latent class analysis

Yolanda Fontanil ^a, María Dolores Méndez ^{b,*}, Álvaro Postigo ^a, Yolanda Martín-Higarza ^c, Esteban Ezama ^d

^a Department of Psychology, University of Oviedo, 33003 Oviedo, Asturias, Spain

^b Central University Hospital of Asturias, Mental Health Services of the Principality of Asturias, 33011 Oviedo, Asturias, Spain

^c Institute of Legal Medicine, Government of the Principality of Asturias, 33001 Oviedo, Asturias, Spain

^d Cabuenes University Hospital, Mental Health Services of the Principality of Asturias, 33201 Gijón, Asturias, Spain

ARTICLE INFO

Keywords:

Adverse childhood experiences

Psychopathology

Attachment

Emotion regulation

Mental health

Latent class analysis

ABSTRACT

Background: Adverse childhood experiences (ACEs) have a cumulative effect on adult mental health; however, the effect of such combinations is less well known. The purpose of this study is to assess the association between specific combinations of early adversities and women's mental health.

Methods: A total of 378 women ($M_{years} = 41.4$; $SD_{years} = 13$) receiving support from mental health and social services participated in this cross-sectional study. Latent class analysis was performed to classify participants based on the number of ACEs types.

Results: Our results provided support for four latent classes which differed in ACEs types reported: class 1 *range of maltreatment but no family disruption* (16.40 %; $n = 62$), class 2 *range of maltreatment with family disruption* (24.87 %; $n = 94$), class 3 *few ACEs* (44.71 %; $n = 169$), class 4 *high maltreatment/high family disruption* (14.02 %; $n = 53$). Differences in psychological functioning (presence of psychopathology, attachment, emotion dysregulation, and coping strategies) were found between the classes, especially between *few ACEs* and *high maltreatment/high family disruption* classes. In addition, women who lived in a low-adversity home and those who lived in a home with maltreatment, but no family disruption, differed in their desire for closeness, problem-solving and emotional expression strategies.

Conclusion: This study highlights that the probability of exposure to different combinations of ACEs is associated with differences in adult psychological functioning. Deeper insight into this association may contribute to a better understanding of mental health problems and to improved prevention and intervention strategies in public support systems.

1. Introduction

Researchers in the field of mental health have been paying considerable attention to the risk factors associated with the development of psychopathological disorders. Overcoming the reductionism of biomedical approaches, the ecosystem model has proven useful in developing prevention and intervention strategies in this area, and has also highlighted the influence of familial, contextual, and cultural factors on psychological well-being (Eriksson et al., 2018). Since the publication of the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study (Felitti et al.,

1998), numerous investigations have found a high presence of ACEs in the life history of people treated for mental health problems, examining how early adversity contributes to the development and persistence of such problems (Alcalá & Balkrishnan, 2019; Crandall et al., 2021; McLafferty et al., 2018; Putnam et al., 2020; Van Overloop et al., 2023). Research has also demonstrated the cumulative effect of early adversity and the impact of exposure to particular ACE types on neurodevelopment and adult psychological well-being (Briggs et al., 2021; Grummitt et al., 2021; Hodgdon et al., 2018; Hughes et al., 2017; McCutchen et al., 2022). Although previous studies have highlighted the

* Corresponding author at: Central University Hospital of Asturias, Mental Health Services of the Principality of Asturias, Av. Roma, s/n, 33011 Oviedo, Asturias, Spain.

E-mail addresses: fontanil@uniovi.es (Y. Fontanil), mdolores.mendez@sespa.es (M.D. Méndez), postigoalvaro@uniovi.es (Á. Postigo), mariayolanda.martinhigarza@asturias.org (Y. Martín-Higarza), <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.104088>

Received 10 June 2023; Received in revised form 12 November 2023; Accepted 17 November 2023 Available online 24 November 2023
0001-6918/© 2023 The Author(s). Published by Elsevier B.V. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

co-occurrence of specific early adversities and their relationship to the development of long-term mental health problems, research is still needed to shed light on these associations and the pathways through which they exert their influence.

Van der Kolk et al. (2019) used the term *developmental trauma* to refer to the biopsychosocial consequences of exposure to interpersonal violence during the first years of life. These experiences, it has been argued, have an impact on the ability to form interpersonal bonds, the capacity for emotion regulation, and strategies used to cope with difficulties (Fontanil et al., 2021; Forster et al., 2020; Jin et al., 2023; M'endez-M'endez et al., 2021).

Regarding the formation of interpersonal bonds, Attachment Theory proposes a constructive and relational view of the human being that has led to the creation of etiological models of the development of psychopathology based on the implications of ACEs derived from early relationships with caregivers. In contexts of maltreatment, where attachment figures are also the sources of aggression, children's relationship patterns are often characterized by contradictory reactions of disorganized attachment (Main & Solomon, 1990). These adaptations to threatening or depriving situations may involve a conflict between proximity and fight/flight behaviours and different combinations of desire for closeness, fear of rejection or abandonment, and preference for independence (Ellis et al., 2022; Fontanil et al., 2013; Liotti, 2017; McLaughlin et al., 2014). In this way, the presence of ACEs promotes the formation of negative self-representations by making people feel responsible for the abusive situation, but also the loss of trust in primary caregivers and, by generalization, in other potential support figures, conditioning present and future relationships (Cicchetti & Toth, 2016). These internal working models, developed in early attachment relations, may lead to difficulties in venturing into new adaptive pathways and the increased risk of developing a variety of internalizing and externalising psychological problems (Cushing et al., 2023; Huang et al., 2020; Nicol et al., 2020; Sheinbaum et al., 2020).

In the interactions with attachment figures, children develop skills to cope with problems and regulate their emotions by internalizing the response of caregivers to the distress being expressed. When there is maltreatment within the family unit, punishments or the absence of adequate contributions model maladaptive strategies, such as expressive suppression and rumination (Weissman et al., 2019). It has been hypothesized that the strategies used to adapt to adversity during childhood establish themselves as the most accessible for coping with stressors and the emotions they generate during adulthood. Recourse to such strategies may impede a person's ability to access interpersonal resources and search for alternative ways of coping. As an explanation it has been contemplated that people with insecure and more disorganized attachment styles would prioritize predictability and avoid experiencing unpleasant emotions by employing familiar strategies. However, these strategies—which in favorable, non-threatening contexts can generate isolation, stress, and unnecessary suffering—tend to be considered as manifestations of psychopathology (Forster et al., 2020; Kalia & Knauff, 2020; Martín-Higarza et al., 2020).

Due to their impact on the mentioned pathways of influence through common dimensions such threat, deprivation or maltreatment, ACEs are considered as a transdiagnostic factor in psychopathology (Clark et al., 2023; McLaughlin et al., 2020; Narayan et al., 2023; Panagou & MacBeth, 2022). Considerable research has linked the number and the isolated influence of ACE types to the onset of a wide variety of dysfunctional behaviours (Kisely et al., 2022; Lee & Chen, 2017; Lin et al., 2020). The ACE Study established that four or more ACEs was the cut point at which people have a higher risk of poor outcomes (Felitti et al., 1998). However, recognizing that some ACE types interact synergistically and that their impact varies according to the adversity experienced from infancy, it is to be expected that, beyond quantity, different combinations of ACEs will have different effects on psychological functioning (Briggs et al., 2021). Some findings suggest that women are more likely to report experiencing more types of adversity

(Felitti et al., 1998; Giano et al., 2020; Liu et al., 2013; Merrick et al., 2019). Although previous research generally shows no differences by gender in the prevalence of each type of adversity experienced, with the exception of sexual abuse, some findings suggest that women are more likely to report experiencing more types of adversity (Felitti et al., 1998; Giano et al., 2020; Liu et al., 2013; Merrick et al., 2019). Furthermore, according to the American Psychological Association (APA), the Office on Women's Health (OWH), women may be at greater risk of developing mental health problems associated with experiencing traumatic situations (APA, 2017; OWH, 2021). Although, recently the National Institute of Mental Health [NIMH] has shown that women consult public welfare services more often in relation to their psychological distress (NIMH, 2022), it is estimated that when they consult for trauma-related distress, it takes an average of four years to receive proper diagnosis and treatment (OWH, 2021).

To shed new light on this issue, we used latent class analysis (LCA), which has proven useful for identifying classes of ACEs and the consequences thereof. Using this LCA method, Rebbe et al. (2017) found a good model fit with three distinct groups (complex adversity, environmental adversity, lower adversity), as did McKelvey et al. (2020) (ACEs-low, ACEs-parent maltreatment, ACEs household dysfunction) and McLafferty et al. (2018). Shin et al. (2018), however, identified four classes (low ACEs, household dysfunction/community violence, emotional ACEs, high/multiple ACEs), as did Bussemakers et al. (2019), Parnes and Schwartz (2022), Xiao et al. (2023) and Nin'õ et al. (2023). Brown et al. (2019) found differences in vulnerability to different types of adversity according to age in the child and adolescent population, specifically they found a good fit of the model with three latent classes in pre-school children and adolescent and four in school-age children. In summary, apart from the two clearly differentiated classes found in these studies—low and high exposure to several types of ACEs—results diverge both in the number of latent classes identified and in the types of adversity that belong to them (McKelvey et al., 2020).

1.1. Aims and hypothesis of the study

With the purpose of improving existing prior knowledge and deepening our understanding of how specific co-occurrences of ACEs are associated with mental health in a sample of women treated in social and mental health services, our study had four aims. The first was to ascertain whether there was a significant association between ACE types reported by participants and specific variables of psychological functioning: manifestations of psychological dysfunction, attachment style, difficulties in emotion regulation, and coping style. Based on previous studies, we hypothesize that higher ACEs scores will be associated with more unfavorable outcomes in women's psychological functioning. The second aim was to identify distinct classes of individuals based on their probability of having been exposed to distinct types of adverse experiences in childhood and adolescence. Consistent with the literature reviewed, it is hypothesized that different groupings in the sample of women will be identified according to the type of adverse experiences reported. The third aim was to explore whether there was a relationship between the number of ACE types reported by each person and their membership of a latent class. We propose a hypothesis that there will be no relationship between the number of types of ACEs reported by women and their class membership. The final aim was to investigate whether the classes were associated with psychological functioning and, if so, whether this was different from what would be expected through their association with each other and with of ACE types identified. On this issue, the hypothesis is that while there will be differences in participants' psychological functioning according to the class to which they belong.

2. Materials and methods

2.1. Participants

The sample consisted of 378 women who were receiving support from public mental health and social services in Asturias and Catalonia (Spain). All participants who were included were adults aged between 18 and 85 years ($M_{years} = 41.4$; $SD_{years} = 13$), exclusion criterion used was not having any disability or difficulty that would impede evaluation.

Sociodemographic characteristics of the sample are shown in Table 1. Table 2 shows the frequencies of adverse childhood experiences suffered by the women who participated in this study ($M = 3.53$; $Median = 3$). In our sample, only 12.2 % of women reported not having suffered any adverse childhood experiences, 41.8 % reported having experienced between one and three and 46 % more than four.

2.2. Procedure

This study was carried out in compliance with the ethical principles of the Helsinki Declaration. The Ethics Committee for Research with Medicines of Catalonia (code CEIC -1998) and of the Principality of Asturias (code -76/19) approved this study. Women who had sought help from mental health and social services in these two regions between 2018 and 2021 were invited to participate by the professionals who attended them in both services, participation in the study was high, 4.2 % rejected. Verbal and written information on the aims and conditions of the study was provided, and volunteers signed an informed consent form. Participants completed the anonymized assessment using a numerical code and then returned the forms to the specialist care facility.

2.3. Measures

2.3.1. Symptom assessment-45 (SA-45)

Developed by Davison et al. (1997) and adapted for the Spanish

Table 1
Sociodemographic characteristics of sample (n = 378).

Variable	n	Percent %
Age		
18–28 years	65	17.2
29–38 years	75	19.8
39–48 years	120	31.7
49–58 years	76	20.1
59–68 years	37	9.8
Over 69 years	5	1.3
Civilstatus		
Sigle	73	19.3
With a partner	51	13.5
Domestic/Married partner	176	46.5
Separated/Divorced	65	17.2
Widow	10	2.6
Other	3	0.8
Education level		
No education or primary education unfinished	5	1.3
Primary education	54	14.3
Secondary education	48	12.7
High school diploma/Basic vocational training	103	27.2
Higher-level vocational training	65	17.2
University	103	27.2
Employment status		
Employed	213	56.4
Unemployed	84	22.2
Retired/Pensioned	47	12.5
Student	34	9

Table 2

Frequencies of types of adverse experiences in the sample (n = 378).

Adverse Childhood Experience Type	Yes		No	
	n	%	n	%
Emotional abuse	190	50.3	188	49.7
Physical abuse	142	37.6	236	62.4
Sexual abuse	117	31	261	69
Emotional neglect	213	56.3	165	43.7
Physical neglect	52	13.8	326	86.2
Parent separation/Death	152	40.2	226	59.8
Domestic violence	105	27.8	273	72.2
Substance abuse	158	41.8	220	58.2
Mental disorder/Suicide	171	45.2	207	54.8
Incarceration	47	12.4	331	87.6

population by Sandín et al. (2008), this instrument assesses the degree of psychopathology. Participants are asked to describe the symptoms of psychopathology they have experienced in the previous week and to what degree they were present. The SA-45 consists of 45 items scored on a Likert-type scale from 0 (not at all) to 4 (extremely). We used the Global Severity Index (GSI) of psychopathology ($\alpha = 0.95$), which provides an overall score for the level of symptomatology. The reliability of the scores in the current study was $\alpha = 0.96$.

2.3.2. Adverse childhood experiences questionnaire

A Spanish translation of the instrument developed for the ACE Study (Felitti et al., 1998) was used to ascertain the presence of adversity in childhood. It consists of 10 dichotomous questions assessing an individual's exposure to early adversity (physical and emotional abuse; physical and emotional neglect; sexual abuse; parental divorce or death; witnessing domestic violence; household substance abuse; household mental disorder; and incarcerated household member). Five items on the scale measure different types of maltreatment; the other five items measure situations of household dysfunction. The reliability of the scores in the current study was $\alpha = 0.78$.

2.3.3. Scale of preferences and expectations in close interpersonal relationships (EPERIC)

This instrument was developed by Fontanil et al. (2013) to assess adult attachment relationships in Spanish population. The questionnaire is made up of 22 items, each with a Likert-type response on a scale of 1 (is nothing like what happens to me) to 5 (is very much like what happens to me); it comprises three subscales: Fear of Rejection or Abandonment (FRA) ($\alpha = 0.82$), Desire for Closeness (DC) ($\alpha = 0.71$), and Preference for Independence (PI) ($\alpha = 0.73$). Participants are asked to indicate the degree to which the statement reflects their feelings in relationships. For the present study, the reliability of the scores in each dimension was as follows: FRA, $\alpha = 0.89$; DC, $\alpha = 0.68$; and PI, $\alpha = 0.72$.

2.3.4. Difficulties in emotion regulation scale (DERS-E)

To measure emotion regulation difficulties, we used this scale developed by Gratz and Roemer (2004) and validated for a Spanish population by Hervás and Jo´dar (2008) ($\alpha = 0.92$). This 28-item self-report questionnaire uses Likert-type responses ranging from 1 (almost never) to 5 (almost always). It consists of five subscales: Decontrol ($\alpha = 0.88$), Inattention ($\alpha = 0.74$), Rejection ($\alpha = 0.89$), Confusion ($\alpha = 0.71$), and Interference ($\alpha = 0.89$). For the present study, the reliability of the scores in each dimension was as follows: Decontrol, $\alpha = 0.89$; Inattention, $\alpha = 0.80$; Confusion, $\alpha = 0.80$; Rejection, $\alpha = 0.88$; and Interference, $\alpha = 0.89$.

2.3.5. Coping strategies inventory (CSI)

The original instrument by Tobin et al. (1989) was adapted for a Spanish population by Cano et al. (2007). Respondents briefly describe a stressful event or situation that occurred over the last month. They then answer 40 items, rating the extent to which they acted, thought, or felt a

certain way as described on a Likert-type scale from 0 (not at all) to 4 (completely). The CSI has eight subscales: Problem Solving ($\alpha = 0.86$), Self-Criticism ($\alpha = 0.89$), Express Emotions ($\alpha = 0.84$), Wishful Thinking ($\alpha = 0.78$), Social Support ($\alpha = 0.80$), Cognitive Restructuring ($\alpha = 0.80$), Problem Avoidance ($\alpha = 0.63$), and Social Withdrawal ($\alpha = 0.65$). For the present study, the reliability of the scores in each dimension was as follows: Problem Solving, $\alpha = 0.85$; Self-Criticism, $\alpha = 0.89$; Express Emotions, $\alpha = 0.82$; Wishful Thinking, $\alpha = 0.71$; Social Support, $\alpha =$

0.82; Cognitive Restructuring, $\alpha = 0.81$; Problem Avoidance, $\alpha = 0.60$; and Social Withdrawal, $\alpha = 0.75$.

2.4. Data analysis

First, we found that the variables under investigation were not nor-

mally distributed. A point-biserial correlation was performed between each of the ACEs and the outcomes variables. Also, Spearman's correlation analysis was therefore performed to examine the association between the number of ACE types and the other variables.

Second, we conducted a latent class analysis (LCA), which is a technique that follows a person-centred approach and is based on the assumption that a sample contains several subsamples—or classes—with different scores. The aim was to identify latent classes based on the 10 types of ACEs. First, we explored different latent class models to analyse which model best represented the data. The idea was to group people with similar profiles in terms of the ACE types they reported having been exposed to as children and adolescents. We tested models with two to six latent profiles. To decide on the number of latent profiles, we inspected different indices of parsimony: Bayesian Information Criterion (BIC); sample adjusted BIC (ABIC) to correct the effect of large sample sizes; and Akaike Information Criterion (AIC). Smaller BIC, ABIC, and AIC values indicate superior model parsimony. Another indicator used was entropy, which has a value between 0 and 1. A higher entropy value indicates better separation between latent classes (Lanza & Cooper, 2016; Nylund-Gibson & Choi, 2018), with a recommended value >0.70 . Our last criterion was that each class should contain $>5\%$ of the sample. Where this was not the case, the model was considered to have nonrepresentative classes and was removed. Also, we use Lo-Mendell-Rubin log-likelihood ratio test (LMR) and bootstrapped likelihood ratio test (BLRT). The LMR and BLRT compare the improvement in fit between two nested class models (i.e., comparing k and $k - 1$ class models). A significant LMR and BLRT imply that adding a class improves model fit. In summary, the optimal model was the one that had the greatest parsimony and whose classes each represented $>5\%$ of the total sample. Once the optimal model was selected, we defined each of the latent classes based on the probability of their members having experienced each type of ACE.

Third, as shown in Table 3, we examined the relationship between the number of ACE types endorsed by each person and their membership of a latent class. To this end, and despite the fact that the study variables violated normality, an ANOVA was performed given the robustness of the F statistic in terms of Type I error. The Bonferroni test was used to estimate the differences between the subgroups as described in Table 4. Finally, we went on to investigate whether there were differences between the latent classes of ACE types depending on their members' scores in the dimensions of attachment, psychopathology, emotion

Table 3

Class membership and different accumulations of adverse experience types.

Latent Classes	Number of Adverse Experience Types Reported										Total	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
Class 1. Range of maltreatment but no family disruption		2	13	21	19	7						62
Class 2. Range of maltreatment with family disruption				7	18	20	30	16	3			94
Class 3. Few ACEs	46	67	26	22	8							169
Class 4. High maltreatment/High family disruption							7	12	17	13	4	53
Total	46	69	39	50	45	27	37	28	20	13	4	378

Table 4

Fit of latent class models based on adverse childhood experiences.

	Latent Class				
	2	3	4	5	6
AIC	4023.106	3935.349	3912.646	3903.848	3898.915
BIC	4105.738	4061.265	4081.847	4116.332	4154.683
ABIC	4039.110	3959.736	3945.417	3945.002	3948.452
Number of groups $<5\%$ of sample	0	0	0	1	2
Entropy	0.831	0.820	0.831	0.839	0.885
	596.976	108.101	44.028	30.334	26.527
LMR (p)	(<0.001)	(<0.001)	(0.048)	(0.086)	(0.007)
BLRT Test (p)	606.121	109.757	44.702	30.798	26.933
	(<0.001)	(<0.001)	(<0.001)	(<0.001)	(0.050)

Note. AIC = Akaike Information Criterion; BIC = Bayesian Information Criterion; ABIC = Adjusted BIC; LMR = Lo-Mendell-Rubin log-likelihood ratio test; BLRT = bootstrapped likelihood ratio test.

dysregulation, and coping strategies. For this step, successive ANOVAs were performed. Cohen's d was used as the measure of effect size, with between 0.2 and 0.5 considered a small effect size; between 0.5 and 0.8, medium; and from 0.8, large (Cohen, 1988).

The LCA was performed using MPlus8 and the correlations and different ANOVAs were analysed with SPSS v24.0.

3. Results

3.1. Relationship between the number of adverse experience types and the variables of psychopathology, attachment, emotion dysregulation, and coping style

As shown in Table 5, according to the stated hypothesis, nine of the 17 tested associations of ACE with the study variables were significant. The variables that did not significantly correlate with the number of ACE types were a type of emotional attachment (desire for closeness), a type of emotional regulation strategies (inattention), and six of the eight coping strategies (problem solving, self-criticism, emotional expression, social support, cognitive restructuring, and problem avoidance). In addition, a detailed analysis of the correlations of each of the ACEs with the outcomes variables is provided in Table 5.

3.2. Determining the number and composition of latent classes

In the LCA, in line with our hypothesis, models with two to six latent classes were estimated (Table 4). The four latent class model is the best fitting model given the combination of its high entropy value and class representation. On the basis of the higher entropy value, the four-class model was chosen as the final solution. The five- and six-solution models, despite their high entropy, contained underrepresented classes that accounted for $<5\%$ of the sample.

To define the four latent classes within the final model, we inspected the response probabilities for each of the items. As shown Fig. 1, individuals belonging to latent class 1 (16.40%; $n = 62$), were characterized by high probabilities of endorsing several types of maltreatment (excluding physical neglect) but low probabilities of endorsing

Table 5

Point-Biserial and Spearman's correlations between the number of adverse experience types and the variables of psychopathology, attachment, emotion dysregulation, and coping style.

	Adverse Experience Types										
	Total	Emotional abuse	Physical abuse	Sexual abuse	Emotional neglect	Physical neglect	Separation or death	Gender violence	Substance abuse	Illness or suicide	Incarceration
Psychopathology Global Severity Index	0.255**	0.243**	0.109*	0.140**	0.257**	0.149**	0.057	0.071	0.083	0.175**	0.139**
Attachment Style											
Fear of Rejection or Abandonment	0.272**	0.240**	0.130*	0.193**	0.273**	0.088	0.101	0.164**	0.106*	0.207**	0.077
Desire for Closeness	0.001	0.183**	0.121*	0.057	0.114*	0.144**	0.114*	0.134**	-0.046	-0.008	0.001
Preference for Independence	0.168**	-0.037	-0.010	0.046	-0.041	-0.092	-0.033	0.070	-0.008	-0.050	-0.033
Difficulties in Emotion Regulation											
Decontrol	0.231**	0.200**	0.126*	0.202**	0.215**	0.116*	0.069	0.116*	0.009	0.206**	0.099
Interference	0.231**	0.184**	0.198**	0.123*	0.226**	0.146**	0.039	0.100	-0.059	0.166**	0.080
Inattention	0.080	-0.084	-0.040	-0.047	-0.165**	-0.068	0.037	-0.017	-0.021	-0.083	-0.050
Confusion	0.181**	0.155**	0.070	0.087	0.133**	0.102	0.042	0.084	-0.035	0.080	0.009
Rejection	0.200**	0.146**	0.132*	0.167**	0.209**	0.130*	0.020	0.110*	0.009	0.118*	0.069
Coping Strategies											
Problem Solving	-0.017	-0.099	-0.012	-0.002	-0.099	-0.031	0.048	0.020	0.083	-0.051	0.027
Self-Criticism	0.066	0.053	0.036	0.192**	0.051	0.037	0.008	0.036	-0.026	-0.002	0.028
Emotional Expression	0.035	-0.042	-0.028	-0.031	-0.078	0.011	0.050	0.027	0.114*	0.053	0.081
Wishful Thinking	0.109*	0.054	0.058	0.173**	0.094	0.067	0.030	0.106*	0.013	0.017	0.046
Social Support	-0.012	-0.093	-0.092	-0.044	-0.136**	-0.047	-0.028	-0.032	0.046	0.014	-0.050
Cognitive Restructuring	0.010	-0.100	-0.034	0.035	-0.061	0.017	-0.009	0.054	0.036	-0.022	-0.071
Problem Avoidance	0.043	-0.038	0.037	0.136**	0.075	0.073	-0.027	0.034	0.077	-0.062	0.003
Social Withdrawal	0.154**	0.107*	0.076	0.181**	0.211**	0.127*	0.069	0.077	0.062	-0.018	0.022

** Significant at the 0.01 level.

* Significant at the 0.05 level.

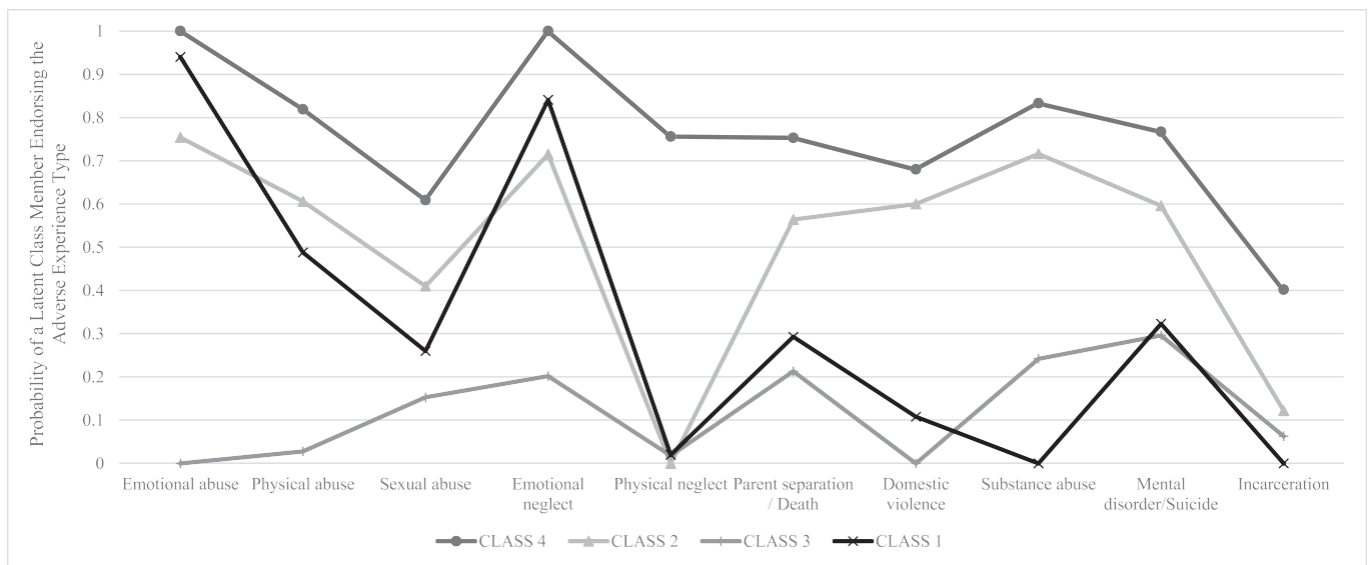


Fig. 1. Model of four latent classes based on types of adverse childhood experiences.

experiences related to family disruption. As a result, this class was labeled *range of maltreatment but no family disruption*. Individuals in latent class 2 (24.87 %; $n = 94$) also had high probabilities of endorsing

several types of maltreatment (excluding physical neglect). Unlike class 1, however, class 2 members also had high probabilities of endorsing items about parental separation or death, domestic violence, household

substance abuse, and household mental health problems. Consequently, this class was labeled *range of maltreatment with family disruption*. Individuals assigned to latent class 3 had low probabilities of endorsing any type of adverse experience; this class was therefore labeled *few ACEs* (44.71 %; $n = 169$). Finally, individuals belonging to latent class 4 (14.02 %; $n = 53$) were most likely to endorse a high number of maltreatment ACEs (including physical neglect, which is the least prevalent type of adversity in this sample of women) as well as a high number of family disruption ACEs (including a moderate probability of having experienced the incarceration of a family member). This class was labeled *high maltreatment/high family disruption*.

3.3. Distribution of the number of adverse experience types in each latent class

With the four latent classes configured and defined, we next examined the distribution of the number of ACE types identified variable in each group of women. The results in Table 3 show that no one in the *few ACEs* class reported more than four types; no one in the *range of maltreatment but no family disruption* class endorsed more than five or fewer than one; no one in the *range of maltreatment with family disruption* class reported more than eight or fewer than three; and no one in the *high maltreatment/high family disruption* class endorsed fewer than six. Contrary to what we hypothesize, the ANOVA revealed statistically significant differences ($F = 548.140$; $p < .001$) between latent classes in the number of ACE types. The Bonferroni post hoc test showed that differences occurred between all latent classes, with class 4 exhibiting the highest number of ACE types ($M = 7.91$; $SD = 1.15$), followed by class 2 ($M = 5.42$; $SD = 1.27$), and then class 1 ($M = 3.26$; $SD = 1.02$); class 3 had the lowest number of ACE types ($M = 1.28$; $SD = 1.14$).

Table 6
Differences between latent classes based on attachment and emotion regulation strategies.

	<i>M</i> (<i>SD</i>) High maltreatment/High family disruption (Class 4) ^a	<i>M</i> (<i>SD</i>) Range of maltreatment with family disruption (Class 2) ^b	<i>M</i> (<i>SD</i>) Range of maltreatment but no family disruption (Class 1) ^c	<i>M</i> (<i>SD</i>) Few ACEs (Class 3) ^d	<i>F</i> (<i>p</i>)	<i>d</i>	Post hoc
Psychopathology							
Global Severity Index	83.08 (39.08)	68.35 (38.24)	71.74 (32.58)	57.24 (36.13)	7.58 (<0.001)	0.44	a with d
Attachment Style							
Fear of Rejection or Abandonment	33.58 (11.29)	33.70 (11.22)	31.47 (9.13)	27.49 (10.29)	9.15 (<0.001)	0.48	a with d b with d
Desire for Closeness	19.57 (4.25)	18.38 (4.11)	19.21 (3.88)	17.26 (4.86)	5.29 (0.001)	0.36	a with d c with d
Preference for Independence	16.04 (5.03)	18.87 (5.20)	16.18 (4.78)	17.42 (4.95)	5.24 (0.001)	0.36	a with b b with c
Difficulties in Emotion Regulation							
Decontrol	25.19 (10.91)	23.65 (9.27)	23.47 (10.33)	20.73 (9.41)	3.62 (0.013)	0.30	a with d
Interference	14.50 (4.68)	12.79 (4.48)	13.55 (5.24)	11.74 (4.76)	5.14 (0.002)	0.36	a with d
Inattention	10.41 (4.04)	9.51 (3.92)	9.89 (3.73)	9.33 (3.90)	1.90 (0.129)	—	—
Confusion	11.38 (3.47)	10.81 (2.92)	11.46 (3.27)	10.26 (2.82)	3.24 (0.022)	0.29	—
Rejection	22.23 (8.78)	20.69 (8.31)	20.18 (7.96)	18.40 (8.49)	3.22 (0.023)	0.28	a with d

M = mean; *SD* = standard deviation; *d* = effect size.

3.4. Relationship between each latent class and the variables of psychopathology, attachment, emotion dysregulation, and coping style

As shown in Table 6, in accordance with our hypothesis, there were statistically significant differences between the latent classes in psychopathology, in all attachment variables, and in all emotion regulation variables (with the exception of inattention). The most notable differences were in the Global Severity Index, fear of rejection or abandonment, desire for closeness and preference for independence, and the emotion regulation difficulties of interference, all with a small effect size but all higher than 0.36. Broadly speaking, the major differences were between the *few ACEs* group (class 3) and the *high maltreatment/high family disruption* group (class 4).

We also investigated possible differences between the latent classes in terms of current coping strategies. As reflected in Table 7, as expected, differences were found in the coping strategies of problem solving, emotional expression and social withdrawal, which consist of releasing emotions and isolating oneself from friends, family, peers, and significant others (Cano et al., 2007); respective effect sizes were small. For example, women in the *range of maltreatment but no family disruption* class (class 1) resorted less to emotional expression and solving coping strategies than women in the *few ACEs* class (class 3).

Finally, Table 8 presents, a summary of the statistically significant results found when comparing the different latent classes with respect to the mental health of the women who participated in this study. Along the lines of our hypothesis, results showed differences in women's psychological functioning when comparing the four latent classes.

4. Discussion

Since the publication of the original ACE Study (Felitti et al., 1998), much research attention has focused on the relationship between the

Table 7

Differences between latent classes based on coping strategies.

	<i>M</i> (<i>SD</i>) High maltreatment/High family disruption (Class 4) ^a	<i>M</i> (<i>SD</i>) Range of maltreatment with family disruption (Class 2) ^b	<i>M</i> (<i>SD</i>) Range of maltreatment but no family disruption (Class 1) ^c	<i>M</i> (<i>SD</i>) Few ACEs (Class 3) ^d	<i>F</i> (<i>p</i>)	<i>d</i>	Post hoc
Problem Solving	10.96 (4.30)	11.16 (4.39)	9.59 (4.60)	11.59 (4.50)	2.90 (0.035)	0.27	c with d
Self-Criticism	9.58 (7.03)	8.58 (6.52)	8.87 (6.47)	8.48 (6.53)	(0.763)	–	–
Emotional Expression	12.15 (5.73)	12.01 (5.20)	9.75 (5.48)	11.94 (5.74)	2.75 (0.043)	0.26	c with d
Wishful Thinking	16.18 (4.15)	15.71 (4.77)	15.15 (4.03)	15.40 (4.66)	2.70 (0.629)	–	–
Social Support	11.12 (5.74)	12.46 (5.65)	10.80 (6.09)	12.88 (5.47)	2.70 (0.046)	–	–
Cognitive Restructuring	8.88 (6.15)	9.31 (5.23)	7.14 (5.06)	9.02 (5.40)	2.22 (0.086)	–	–
Problem Avoidance	7.53 (4.95)	6.42 (4.80)	5.67 (4.19)	6.28 (4.63)	1.53 (0.206)	–	–
Social Withdrawal	9.55 (6.05)	8.47 (5.01)	8.28 (5.28)	7.33 (5.07)	2.65 (0.049)	0.26	a with d

Note. *M* = mean; *SD* = standard deviation; *d* = effect size.

Table 8

Summary of the statistically significant results in latent classes with respect to the mental health of the women.

	High maltreatment/High family disruption (Class 4) ^a	Range of maltreatment with family disruption (Class 2) ^b	Range of maltreatment but no family disruption (Class 1) ^c	Few ACEs (Class 3) ^d
High maltreatment/High family disruption (Class 4) ^a				
Range of maltreatment with family disruption (Class 2) ^b	Preference for Independence Class 2 > Class 4			
Range of maltreatment but no family disruption (Class 1) ^c	Ns.	Preference for Independence Class 2 > Class 1		
	Global Severity Index Class 4 > Class 3 Fear of Rejection or Abandonment Class 4 > Class 3 Desire for Closeness Class 4 > Class 3		Desire for Closeness Class 1 > Class 3	
Few ACEs (Class 3) ^d	Decontrol Class 4 > Class 3 Interference Class 4 > Class 3 Rejection Class 4 > Class 3 Social Withdrawal Class 4 > Class 3	Fear of Rejection or Abandonment Class 2 > Class 3	Problem Solving Class 3 > Class 1 Emotional Expression Class 3 > Class 1	

number of adverse experiences in childhood and psychological functioning in adulthood. By inspecting the correlations between the number of ACE types reported and the variables of psychopathology, attachment, emotion dysregulation, and coping style, we confirmed this relationship in sample of women receiving therapeutic support in public mental health and social services centres in Spain. Our investigation, however, sought to do more than just count the types of adverse experiences, specifically by examining if the patterns of ACE co-occurrence could have a bearing on the manifestations of dysfunction. Consistent with the studies by Shin et al. (2018), by Parnes and Schwartz (2022), by Xiao et al. (2023) and by Nin˜o et al. (2023), our LCA provided support for four classes, which we named *high maltreatment/high family disruption*, *range of maltreatment with family disruption*, *range of maltreatment but no family disruption*, and *few ACEs*. We found that the classes were

associated with distinct manifestations of psychological functioning, the ANOVA revealed an association with the overall psychopathology severity index, the three attachment variables (fear of rejection or abandonment, desire for closeness and preference for independence), four emotional dysregulation variables (decontrol, interference, confusion and rejection) and three coping variables (problem solving, emotional expression and social withdrawal).

Our results support previous studies in showing that exposure to a greater number of ACE types is associated with poorer mental health outcomes in women who have sought specialist care (Fontanil et al., 2021; Grummitt et al., 2021; Hughes et al., 2017; Sucich et al., 2023). The *ACE Study*, found that 49.9 % of the participants reported not having suffered any type of adverse experience, while 6.2 % reported 4 or more (Felitti et al., 1998). In our sample of women, only 12.2 % of the

participants reported not having suffered any type of adversity while 46% reported having suffered 4 or more types of experiences. If our sample were representative, this would imply that almost half of the women consulting in public services have suffered 4 or more ACEs, hence the importance for professionals working in social and mental health services to be aware of these data.

Specifically, our results indicate that the degree of probability of exposure to certain combinations of adversity in childhood is associated with important differences in psychological functioning in adulthood, which we verified in the comparisons made between the four latent classes identified. For example, in comparison with the *few ACEs* class (class 3), membership of the *high maltreatment/high family disruption* class (class 4) was generally associated with less favorable outcomes, greater presence of psychopathology, greater fear of rejection or abandonment, greater desire for closeness, higher scores on three of the five emotion dysregulation variables, decontrol, interference and rejection, and also greater use of the social withdrawal strategy in coping with problems. For the most part, these variables refer to strategies used to manage current adversities, but that are generally considered to be maladaptive. In other words, having high levels of maltreatment and family disruption implies a greater presence of psychopathology, the feeling that one has no control over emotional states, that these impede one's daily life and are therefore rejected and provoke greater self-blame in the women in our study.

Although the greatest contrast was between these two classes, we also found other important differences between members of the classes. On the one hand, differences appeared among the maltreatment classes depending on whether they had reported the type of experiences we have named "*family disruption*" (class 1 vs. class 2). Class 2 members who had experienced family disruption in childhood, displayed a greater preference for independence. Women characterized by the class 2 pattern preferred to distance themselves from others rather than depend on the people around them. This may imply that these women also have greater difficulty in seeking help from care services, which should be taken into account by mental health and social services professionals. On the other hand, differences were found between classes 1 and 3 in the variables related to coping strategies and attachment. In reference to coping strategies, the class with less adversity reported using more problem-solving strategies and emotional expression compared to people in the class with maltreatment but no family disruption. A striking result in the comparison between the two groups is that the women who have suffered more maltreatment experiences are the ones who show more desire for closeness to their current attachment figures. This could be related to the presence of situations of neglect in their childhood. Testing this hypothesis would imply a new effort to understand how different adversities affect the lives of human beings.

Our study is the only one carried out in Spain with such a large sample of women assisted in public welfare services. The findings of this research indicate that the risk of impairment to psychological functioning varies according to the combination of ACEs one is exposed to (McKelvey et al., 2020; Rebbe et al., 2017; Shin et al., 2018; Xiao et al., 2023). Our findings also show, in line with the conclusions of the review developed by Panagou and MacBeth (2022), that early adversities exert their effect through their influence on factors that play a mediating role, such as attachment or coping and emotion regulation strategies. Our results should, however, be interpreted with caution, not only because of the specific characteristics of our sample (composed of women attended, for different reasons, in public health care, social services, or both), but also because of the ambiguity of the information elicited by the ACE questions. The instrument does not allow us to state with certainty that reporting a high number of different ACE types is an indicator of a high count of individual ACE events. For example, it is impossible to ascertain whether a person belonging to the *high maltreatment/high family disruption* group has been exposed to many more individual adverse events in childhood than someone who reported fewer ACE types or someone who belongs to the *range of maltreatment but no family disruption*

group. Similarly, if a participant reported emotional neglect and nothing else, it does not mean that they had low ACE exposure but that they identified experiences only of that specific type. The participant would have given the same answer regardless of whether the experience had occurred only twice or countless times. It is possible that more types of maltreatment also mean more individual episodes of maltreatment, but such a link cannot be established using this instrument. To address this and other such difficulties, the World Health Organization (WHO) recently adapted the questionnaire used in the ACE Study to produce the Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ; WHO, 2018). This instrument is intended to measure the presence of ACEs in all countries and their association with risk behaviours in later life. It also covers situations of collective and community violence and gathers data on how frequently these experiences occur. In addition, there is a possibility that an informant's decision to endorse a type of adversity is not based on—or is not based solely on—how frequently the adverse events occurred but rather on how meaningful the few or many experiences of that type were for the individual concerned. We would

argue for the latter; in other words, answering "yes" to a question about adverse experiences indicates meaningfulness rather than frequency, but additional questions are needed to verify this hypothesis. This interpretation of "yes" responses as indicators of meaningfulness leads us to another issue that cannot be resolved with the results of the present study. Is it possible that "yes" responses are influenced by the persistence of adverse experiences into adulthood? Could it be that many of the women who answered "yes" when asked about an experience in

childhood and adolescence would also answer "yes" if asked about that experience in adulthood? Or is the meaningfulness attached to a particular type of past adversity associated with the meaningfulness attached to various types of present adversity? The issues of meaningfulness and current adversity merit further investigation as they may shed quite a different light on the consequences of adverse experiences. Research on attachment relationships and their impact gives us compelling evidence to suggest that maltreatment experienced as a child adversely conditions psychological functioning as an adult (Fraley, 2019). The ACEs listed all pertain to the closest relationships, those that serve as primary safe havens a secure bases in childhood, and that alternate as secondary and primary safe havens and secure bases in adolescence. However, the retrospective nature of the data and the use of self-reports to collect all the information (which can lead to social desirability and acquiescence biases) are weaknesses that persist in this study.

Our results support the usefulness of screening people for the presence and impact of ACEs when they turn to public services for help and take it into account in the development of prevention plans and the design of interventions in clinical settings. (Dube, 2018; Neill & Read, 2022; Panagou & MacBeth, 2022; Rariden et al., 2021). Growing up in abusive contexts and broken families can lead to the construction and systematic use of counterproductive strategies. As Bowlby (1979) and other authors have pointed out (Nurius et al., 2015), early adverse experiences are associated with other experiences of adversity throughout the lifespan. This is because strategies generated to cope with traumatic experiences are maladaptive in other contexts. Despite the complex pathways through which mental health problems develop and are maintained, increased knowledge about how different configurations of ACEs are associated with women's psychological functioning can help service users—and practitioners supporting them—better understand their current difficulties and find ways to manage them.

5. Conclusions

Despite the limitations of this study related to the generality of the results to other samples, the need to know more about the frequency and intensity of the adversities suffered and its retrospective nature, our investigation highlights that the probability of exposure to different combinations of ACEs are associated with differences in adult

psychological functioning. This knowledge could be used to develop more individualized interventions that are better adapted to people's experiences, leading to improved quality of care and reduced risk of re-traumatization in healthcare settings. If practitioners are aware that a high probability of exposure to a specific combination of adversities may have an impact on how their consultants relate to others, cope with problems, and manage emotions, they can reduce the risk of further adverse experiences by helping these service users review their strategies and build up their resources to deal with current challenges.

Declaration of competing interest

Authors declare no conflict of interest.

Data availability

Data will be made available on request.

References

- Alcalá, H. E., & Balkrishnan, R. (2019). Mental health services in childhood: The role of family adversity. *Public Health Reports, 134*(2), 180–188. <https://doi.org/10.1177/003335491982655>
- American Psychological Association. (2017). Facts about women and trauma. <https://www.apa.org/advocacy/interpersonal-violence/women-trauma>.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. Tavistock Publications.
- Briggs, E. C., Amaya-Jackson, L., Putnam, K. T., & Putnam, F. W. (2021). All adverse childhood experiences are not equal: The contribution of synergy to adverse childhood experience scores. *The American Psychologist, 76*(2), 243–252. <https://doi.org/10.1037/amp0000768>
- Brown, S. M., Rienks, S., McCrae, J. S., & Watamura, S. E. (2019). The co-occurrence of adverse childhood experiences among children investigated for child maltreatment: A latent class analysis. *Child Abuse & Neglect, 87*, 18–27. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.11.010>
- Bussemakers, C., Kraaykamp, G., & Tolsma, J. (2019). Co-occurrence of adverse childhood experiences and its association with family characteristics. A latent class analysis with Dutch population data. *Child Abuse & Neglect, 98*, Article 104185. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104185>
- Cano, F. J., Rodríguez, L., & García, J. (2007). Spanish version of the coping strategies inventory. *Actas Españolas de Psiquiatría, 35*(1), 29–39. <https://idus.us.es/handle/11441/56854>.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2016). Child maltreatment and developmental psychopathology: A multilevel perspective. In E. D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology* (pp. 1–56). John Wiley & Sons. doi:<https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy311>.
- Clark, H. M., Hankin, B. L., Narayan, A. J., & Davis, E. P. (2023). Risk and resilience factors for psychopathology during pregnancy: An application of the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP). *Development and Psychopathology, 1–17*. <https://doi.org/10.1017/S0954579422001390>
- Cohen, J. (1988). *The effect size. Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge.
- Crandall, A., Magnusson, B. M., Hanson, C. L., & Leavitt, B. (2021). The effects of adverse and advantageous childhood experiences on adult health in a low-income sample. *Acta Psychologica, 220*, Article 103430. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2021.103430>
- Cushing, T., Robertson, S., Mannes, J., Marshall, N., Carey, M. J., Duschinsky, R., & Meiser-Stedman, R. (2023). The relationship between attachment and posttraumatic stress in children and adolescents: A meta-analytic review. *Development and Psychopathology, 1–15*. <https://doi.org/10.1177/S0954579423000299>
- Davison, M. L., Bershadsky, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E., & Kane, R. L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: Preliminary findings. *Assessment, 4*(3), 259–276. <https://doi.org/10.1177/107319119700400306>
- Dube, S. R. (2018). Continuing conversations about adverse childhood experiences (ACEs) screening: A public health perspective. *Child Abuse & Neglect, 85*, 180–184. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.007>
- Ellis, B. J., Sheridan, M. A., Belsky, J., & McLaughlin, K. A. (2022). Why and how does early adversity influence development? Toward an integrated model of dimensions of environmental experience. *Development and Psychopathology, 34*(2), 447–471. <https://doi.org/10.1017/S0954579421001838>
- Eriksson, M., Ghazinour, M., & Hammarström, A. (2018). Different uses of Bronfenbrenner's ecological theory in public mental health research: What is their value for guiding public mental health policy and practice? *Social Theory & Health, 16*(4), 414–433. <https://doi.org/10.1057/s41285-018-0065-6>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *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)
- Fontanil, Y., Ezama, E., & 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>
- Fontanil, Y., M'endez, M. D., Martín-Higarza, Y., Solís-García, P., & Ezama, E. (2021). Adverse childhood experiences and mental health in women: Pathways of influence in a clinical sample. *Psicothema, 33*(3), 399–406. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.39>
- Forster, M., Grigsby, T. J., Gower, A. L., Mehus, C. J., & McMorris, B. J. (2020). The role of social support in the association between childhood adversity and adolescent self-injury and suicide: Findings from a statewide sample of high school students. *Journal of Youth and Adolescence, 49*(6), 1195–1208. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01235-9>
- Fraley, R. C. (2019). Attachment in adulthood: Recent developments, emerging debates, and future directions. *Annual Review of Psychology, 70*, 401–422. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102813>
- Giano, Z., Wheeler, D. L., & Hubach, R. D. (2020). The frequencies and disparities of adverse childhood experiences in the U.S. *BMC Public Health, 20*(1), 1327. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09411-z>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Grummitt, L. R., Kelly, E. V., Barrett, E. L., Lawler, S., Prior, K., Stapinski, L. A., & Newton, N. C. (2021). Associations of childhood emotional and physical neglect with mental health and substance use in young adults. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 48*674211025691. <https://doi.org/10.1177/00048674211025691>
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). The Spanish version of the difficulties in emotion regulation scale. *Clínica y Salud, 19*(2), 139–156. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-52742008000200001&lng=es&nr=iso&lng=e
- Hodgdon, H. B., Spinazzola, J., Briggs, E. C., Liang, L. J., Steinberg, A. M., & Layne, C. M. (2018). Maltreatment type, exposure characteristics, and mental health outcomes among clinic-referred trauma-exposed youth. *Child Abuse & Neglect, 82*, 12–22. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.05.021>
- Huang, Y. L., Fonagy, P., Feigenbaum, J., Montague, P. R., Nolte, T., & London Personality and Mood Disorder Research Consortium. (2020). Multidirectional pathways between attachment, mentalizing, and posttraumatic stress symptomatology in the context of childhood trauma. *Psychopathology, 53*(1), 48–58. <https://doi.org/10.1159/000506406>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public Health, 2*(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Jin, X., Xu, B., Lin, H., Chen, J., Xu, R., & Jin, H. (2023). The influence of childhood emotional neglect on emotional face processing in young adults. *Acta Psychologica, 232*, Article 103814. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103814>
- Kalia, V., & Knauff, K. (2020). Emotion regulation strategies modulate the effect of adverse childhood experiences on perceived chronic stress with implications for cognitive flexibility. *PLoS One, 15*(6), Article e0235412. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235412>
- Kisely, S., Strathearn, L., & Najman, J. M. (2022). A comparison of psychosis-like symptoms following self-reported and agency-notified child abuse in a population-based birth cohort at 30-year-follow-up. *Schizophrenia Research, 239*, 116–122. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.11.029>
- Lanza, S. T., & Cooper, B. R. (2016). Latent class analysis for developmental research. *Child Development Perspectives, 10*(1), 59–64. <https://doi.org/10.1111/cdep.12163>
- Lee, R. D., & Chen, J. (2017). Adverse childhood experiences, mental health, and excessive alcohol use: Examination of race/ethnicity and sex differences. *Child Abuse & Neglect, 69*, 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.04.004>
- Lin, H. C., Yang, Y., Elliott, L., & Green, E. (2020). Individual differences in attachment anxiety shape the association between adverse childhood experiences and adult somatic symptoms. *Child Abuse & Neglect, 101*, Article 104325. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104325>
- Liotti, G. (2017). Conflicts between motivational systems related to attachment trauma: Key to understanding the intra-family relationship between abused children and their abusers. *Journal of Trauma & Dissociation, 18*(3), 304–318. <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1295392>
- Liu, Y., Croft, J. B., Chapman, D. P., Perry, G. S., Greenlund, K. J., Zhao, G., & Edwards, V. J. (2013). Relationship between adverse childhood experiences and unemployment among adults from five U.S. states. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 48*(3), 357–369. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0554-1>
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121–160). The University of Chicago Press.
- Martín-Higarza, Y., Fontanil, Y., M'endez, M. D., & 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), 8507. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228507>
- McCutchen, C., Hyland, P., Shevlin, M., & Cloitre, M. (2022). The occurrence and co-occurrence of ACEs and their relationship to mental health in the United States and Ireland. *Child Abuse & Neglect, 129*, Article 105681. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105681>
- McKelvey, L. M., Whiteside-Mansell, L., Zhang, D., & Selig, J. P. (2020). Adverse childhood experiences in infancy: A latent class approach exploring interrelatedness

- of risks. *Adversity and Resilience Science*, 1(1), 81–93. <https://doi.org/10.1007/s42844-020-00003-9>
- McLafferty, M., O'Neill, S., Murphy, S., Armour, C., Ferry, F., & Bunting, B. (2018). The moderating impact of childhood adversity profiles and conflict on psychological health and suicidal behaviour in the Northern Ireland population. *Psychiatry Research*, 262, 213–220. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.02.024>
- McLaughlin, K. A., Colich, N. L., Rodman, A. M., & Weissman, D. G. (2020). Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: A transdiagnostic model of risk and resilience. *BMC Medicine*, 18(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01561-6>
- McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., & Lambert, H. K. (2014). Childhood adversity and neural development: Deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 47, 578–591. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.10.012>
- Méndez-Méndez, M. D., Fontanil, Y., Martín-Higarza, Y., Fernández-Alvarez, N., & Ezama, E. (2021). Configurations of adult attachment, indicators of mental health and adverse childhood experiences in women: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13385. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413385>
- Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A., Guinn, A. S., Chen, J., Klevens, J., ... y Mercy, J. A. (2019). Vital signs: Estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for prevention — 25 states, 2015–2017. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(44), 999–1005. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6844e1>
- Narayan, A. J., Frederick, D. E., Merrick, J. S., Sayyah, M. D., & Larson, M. D. (2023). Childhood Centeredness is a broader predictor of young adulthood mental health than childhood adversity, attachment, and other positive childhood experiences. *Adversity and Resilience Science*, 4(2), 191–210. <https://doi.org/10.1007/s42844-023-00089-x>
- National Institute of Mental Health. (2022). Mental illness. Aj, N., Js, M., As, L., & Md, L. (2023). A multisystem, dimensional interplay of assets versus adversities: Revised benevolent childhood experiences (BCEs) in the context of childhood maltreatment, threat, and deprivation. *Development and Psychopathology*. <https://doi.org/10.1017/S0954579423000536> <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>
- Neill, C., & Read, J. (2022). Adequacy of inquiry about, documentation of, and treatment of trauma and adversities: A study of mental health professionals in England. *Community Mental Health Journal*, 58(6), 1076–1087. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00916-4>
- Nicol, A., Mak, A. S., Murray, K., Walker, I., & Buckmaster, D. (2020). The relationships between early maladaptive schemas and youth mental health: A systematic review. *Cognitive Therapy and Research*, 44(4), 715–751. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10092-6>
- Nin˜o, M., Tsuchiya, K., Thomas, S., & Vazquez, C. (2023). The co-occurrence of adverse childhood experiences and mental health among Latina/o adults: A latent class analysis approach. *Preventive Medicine Reports*, 33, Article 102185. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102185>
- Nurius, P. S., Green, S., Logan-Greene, P., & 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. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.008>
- Nylund-Gibson, K., & Choi, A. Y. (2018). Ten frequently asked questions about latent class analysis. *Translational Issues in Psychological Science*, 4(4), 440–461. <https://doi.org/10.1037/tps0000176>
- Office on Women's Health. (2021). Post-traumatic stress disorder. <https://www.womenshealth.gov/mental-health/mental-health-conditions/post-traumatic-stress-disorder>
- Panagou, C., & MacBeth, A. (2022). Deconstructing pathways to resilience: A systematic review of associations between psychosocial mechanisms and transdiagnostic adult mental health outcomes in the context of adverse childhood experiences. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(5), 1626–1654. <https://doi.org/10.1002/cpp.2732>
- Parnes, M. F., & Schwartz, S. E. O. (2022). Adverse childhood experiences: Examining latent classes and associations with physical, psychological, and risk-related outcomes in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, 127, Article 105562. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105562>
- Putnam, F. W., Amaya-Jackson, L., Putnam, K. T., & Briggs, E. C. (2020). Synergistic adversities and behavioral problems in traumatized children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 106, Article 104492. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104492>
- Rariden, C., SmithBattle, L., Yoo, J. H., Cibulka, N., & Loman, D. (2021). Screening for adverse childhood experiences: Literature review and practice implications. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(1), 98–104. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.08.002>
- Rebbe, R., Nurius, P. S., Ahrens, K. R., & Courtney, M. E. (2017). Adverse childhood experiences among youth aging out of foster care: A latent class analysis. *Children and Youth Services Review*, 74, 108–116. <https://doi.org/10.1016/j.chiayouth.2017.02.004>
- Sandin, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A., & Lostao, L. (2008). SA-45: A brief form of the SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290–296. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720219>
- Sheinbaum, T., Racioppi, A., Kwopil, T. R., & Barrantes-Vidal, N. (2020). Attachment as a mechanism between childhood maltreatment and subclinical psychotic phenomena: Results from an eight-year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 220, 261–264. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.03.023>
- Shin, S. H., McDonald, S. E., & Conley, D. (2018). Patterns of adverse childhood experiences and substance use among young adults: A latent class analysis. *Addictive Behaviors*, 78, 187–192. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.11.020>
- Sucich, J., Breitbart, V., Williams, S., Sanichar, N., Candelaria-Arce, E., Frankle, W. G., & Davison-Duffy, S. (2023). Prevalence of childhood trauma in a community-based mental health clinic. *Community Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01094-1>
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the coping strategies inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13(4), 343–361. <https://doi.org/10.1007/BF01173478>
- Van Der Kolk, B., Ford, J. D., & Spinazzola, J. (2019). Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: Findings from the DTD field trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1562841. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1562841>
- Van Overloop, E., Arms-Chavez, C., Carol, R. N., & LoBello, S. G. (2023). Effects of adverse childhood experiences and chronic health conditions on current depression. *Community Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01103-3>
- Weissman, D. G., Bitran, D., Miller, A. B., Schaefer, J. D., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2019). Difficulties with emotion regulation as a transdiagnostic mechanism linking child maltreatment with the emergence of psychopathology. *Development and Psychopathology*, 31(3), 899–915. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000348>
- World Health Organization (2018). Adverse Childhood Experiences International Questionnaire. In Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). [https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-iq\)](https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq))
- Xiao, Z., Obsuth, I., Meinck, F., & Murray, A. L. (2023). Latent profiles of childhood psychological maltreatment and their links to adult mental health in China and the UK. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00572-4>

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

*“El mundo te
hace tanto daño
y aquí estás
extrayendo oro de él
-no hay nada más puro que eso”*

_ Kaur, R. 2018/2015_

5. Discusión de Resultados

A continuación, se presentan y discuten los principales resultados empíricos obtenidos con relación a los objetivos planteados.

5.1. Presencia de Experiencias Adversas en la Infancia en Mujeres Adultas que Consultan por Problemas de Salud Mental

El primer objetivo de esta Tesis Doctoral fue conocer la presencia de ACEs en población de mujeres adultas que acudían a tratamiento en los servicios públicos de Salud Mental y Servicios Sociales. De acuerdo con la primera hipótesis de esta investigación, los análisis llevados a cabo sobre la frecuencia con la que las participantes de la muestra habían experimentado experiencias adversas en su infancia, revelaron una alta presencia de adversidad temprana en las historias de vida de estas mujeres que consultaban a causa de su malestar psicológico.

Los resultados del primer estudio mostraron una elevada presencia de adversidad en la infancia y adolescencia de las mujeres que consultaron en los servicios de Salud Mental, al informar casi la mitad de las participantes (48.3%) haber estado expuestas a cuatro o más experiencias de este tipo. Al tomar como referencia los resultados del *ACE Study*, se aprecia que en este caso el porcentaje de participantes que relataron haber sufrido cuatro o más ACEs fue del 6.2% (Felitti et al., 1998). En una investigación más reciente llevada a cabo con población general, Merrick et al. (2019) señalaron cifras generales del 15.6%, prevalencia que se situó en el caso de las mujeres en el 17.1%. También Swedo et al. (2023), en un estudio llevado a cabo con con adultos estadounidenses de diferentes estados, encontraron que el 17.3% de los participantes relataron haber vivido cuatro o más ACEs, sus resultados también mostraron una prevalencia mayor de adversidades tempranas (19.2%) en la biografía de las mujeres de la muestra. Este hallazgo en nuestros resultados sobre el elevado porcentaje de mujeres que consultaron por su sufrimiento psicológico y que además habían estado

expuestas a cuatro o más ACEs durante los primeros años de sus vidas, resulta llamativo y relevante, sobre todo al considerar que la vivencia de cuatro o más ACEs se ha relacionado reiteradamente en la literatura científica con un notable incremento del riesgo de desarrollar problemas de salud físicos y psicológicos.

Conociendo el impacto negativo y multisistémico de la adversidad en la infancia en otras esferas de la vida como la educativa, la laboral o la socioeconómica y la repercusión de estas condiciones en el bienestar emocional (Leban y Delacruz, 2023; Martin-Higarza et al., 2020; Metzler et al., 2017; Smith y Pollack., 2021; Testa et al., 2022), nos cuestionamos el papel que estas experiencias podrían tener en la salud mental de otras mujeres que buscaron ayuda a causa de su sufrimiento psicológico en otro tipo de servicios públicos. En el caso de nuestro segundo y tercer estudio, en los que también participaron mujeres que consultaron a causa de sus problemas psicológicos en los Servicios Sociales, los resultados en cuanto a la cantidad de tipos de ACEs en la biografía de las participantes fueron igualmente elevados.

En relación con los tipos de adversidades más prevalentes en la muestra total de los estudios, conformada por 378 mujeres que consultaron en los Servicios Sociales y de Salud Mental, la *negligencia emocional* y el *maltrato emocional* fueron las ACEs relatadas con mayor frecuencia. Más de la mitad de las participantes, el 56.3% y el 50.3% respectivamente, respondieron afirmativamente en el *ACE Questionnaire* a las preguntas relacionadas con estas experiencias de maltrato psicológico, siendo nuestros resultados coherentes con los de otras investigaciones previas (Lee y Chen, 2017; Martin-Higarza et al., 2020; Wheeler et al., 2019). Continuando con las experiencias relativas a vivencias de maltrato, siguieron en presencia a estas ACEs las de *maltrato físico* (37.6%) y *abuso sexual* (31%). En ambos casos, al comparar nuestros resultados con los del *ACE Study* (Felitti et al., 1998), se encontró en nuestra muestra de mujeres una frecuencia más elevada de ambos tipos de experiencias de adversidad temprana.

Al comparar los resultados del tercer estudio relativos a la presencia de abuso sexual con los datos sobre prevalencia nacional, éstos últimos apuntan que entre un 10% y un 20% de la población en España ha sufrido abuso sexual durante su infancia, los mismos resultados también señalan que en el 78.9% de estos casos de abuso, las víctimas son niñas y adolescentes. Respecto a la edad de exposición, aunque casi la mitad de los abusos sexuales (44.7%) se producen entre los 13 y los 16 años, la edad media en la que los niños y las niñas comienzan a sufrir este tipo de adversidad es más temprana, situándose en torno a los 11 años y medio (Save the Children, 2017, 2021). A nivel internacional, según un informe publicado por la OMS (2022b), en el caso de las mujeres, una de cada cinco habría sido víctima de abusos sexuales entre los 0 y los 17 años. Nuestros resultados mostraron una presencia muy elevada de esta adversidad que conlleva tanto sufrimiento en la muestra de mujeres estudiada. Así, aproximadamente un tercio de las participantes relataron haber sufrido algún tipo de experiencia durante su infancia o adolescencia en la que un adulto o una persona, al menos cinco años mayor, les había tocado o acariciado de manera sexual o había intentado tener sexo oral, anal o vaginal con ellas.

La *negligencia física* fue la ACE relacionada con experiencias de maltrato menos frecuente, aun así, el 13.8% de las mujeres revelaron haber experimentado durante su infancia y adolescencia situaciones en las que no tuvieron nadie que les protegiera, no tuvieron suficiente comida, tuvieron que ponerse ropa sucia o sus padres estaban demasiado bebidos o drogados para cuidarlas o llevarlas al médico si lo necesitaban.

Al examinar la presencia de adversidades tempranas relativas a situaciones de disfunción en el hogar, de acuerdo con los resultados del estudio original de Felitti et al. (1998) se encontró en la muestra total una mayor frecuencia de experiencias relacionadas con la *convivencia con personas con problemas de salud mental o intentos de suicidio* (44.9%) y *problemas de abusos de sustancias* (41.8%), siguieron en presencia la *separación o muerte*

de alguno de los progenitores (40.2%) y la *exposición a violencia de género en el hogar* (27.8%). Este último resultado es ligeramente más elevado, pero acorde a otras investigaciones que señalan que hasta un cuarto de la población infanto-juvenil ha estado expuesta a situaciones de violencia machista en sus hogares, siendo mayor la exposición en el caso de niños y niñas menores de 5 años (Berg et al., 2022; UNICEF, 2017). En esta línea, el informe *Menores y violencia de género* apunta a que el 63.6% de las mujeres con hijos/as que admiten haber sufrido maltrato físico, sexual o miedo provocado por sus parejas o exparejas también afirman que sus hijos o hijas lo presenciaron. De este grupo, el 92.5% relatan que los hijos eran menores de 18 años cuando esto sucedió (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2020).

Finalmente, respecto a las ACEs que describen situaciones de *encarcelamiento de alguno de los miembros de la familia*, aun siendo la experiencia relatada con menor frecuencia por las mujeres, el 12.4% respondió afirmativamente al ítem que evaluó la presencia de esta vivencia en su biografía. Este dato resulta llamativo, sobre todo si se tiene en cuenta que, según los datos del Instituto Nacional de Estadística, el porcentaje de personas adultas encarceladas en población general fue del 9.4% en 2022. Esta experiencia podría implicar a su vez la vivencia de otras adversidades tempranas para los menores como la ausencia y separación de una figura de cuidados, estigma y una reestructuración familiar parcial o total. Cuando la persona encarcelada además es el cuidador principal, esta reestructuración puede implicar un cambio de entorno y una ruptura total con el ambiente. Todas estas circunstancias tienen un potencial altamente traumático y pueden generar un gran daño afectivo al provocar emociones intensas de pérdida, tristeza, miedo, incertidumbre, impotencia, ira o rabia. (Centro Nacional de Recursos para Hijos y Familias de Personas Encarceladas de la Rutgers University Camden, 2015; Instituto Nacional de Estadística, 2023).

En definitiva, los análisis realizados en los estudios que forman parte de este compendio de publicaciones reflejaron una presencia muy alta de experiencias adversas en la infancia en las biografías de mujeres que consultan en los Servicios Sociales y de Salud Mental. De ser la muestra de esta investigación representativa, nuestros hallazgos invitan a pensar que el impacto nocivo de estas experiencias traumáticas tempranas en el desarrollo, junto con otros factores socioculturales desfavorables (que incrementan además el riesgo de sufrir advesidad), podrían explicar una parte considerable de los datos de epidemiología sobre la salud mental de las mujeres. Estos datos se refieren, como se ha señalado en la introducción de este trabajo, a mayor presencia de disfunciones psíquicas, mayor interferencia en la vida cotidiana, peor salud mental percibida y mayor uso de los recursos asistenciales públicos por parte de las mujeres debido a su sufrimiento psicológico (Abel y Newbigging, 2018; Grigsby et al., 2020; Lacey y Minnis, 2020).

Nuestros resultados confirman, pues, la hipótesis planteada sobre la elevada presencia de ACEs entre las demandantes de ayuda psicológica en Servicios Sociales y de Salud Mental. Además, apoyan la pertinencia de investigar más sobre la posible asociación entre las experiencias tempranas adversas y el desarrollo de problemas de salud mental.

5.2. Experiencias Adversas en la Infancia y Gravedad de Psicopatología en Mujeres Adultas que Consultan por Problemas de Salud Mental

¿Hasta qué punto están asociadas la identificación de experiencias tempranas adversas y el funcionamiento psicológico de las mujeres?

Responder a esta pregunta es el segundo objetivo de la tesis y en el primer estudio publicado se encontró una correlación significativa de 0.199 ($p = .004$) entre la mayor o menor variedad de las ACEs y la puntuación en el *Índice de Severidad Global (ISG)* de psicopatología. Es decir, entre el número de experiencias de distinto tipo que las mujeres identifican como propias y las manifestaciones de psicopatología que declaran en el SA-45.

Estos resultados, congruentes con los encontrados por un gran cuerpo de investigaciones llevadas a cabo con metodología retrospectiva y prospectiva, avalan la existencia de una asociación gradual entre la mayor exposición a diversos tipos de adversidad temprana y la mayor afectación de la salud mental a largo plazo de las participantes (Bartolomé-Valenzuela et al., 2023; Felitti et al., 1998; Novais et al., 2021; Sucich et al., 2023; Tan y Mao, 2023; Van Overloop et al., 2023; Villanueva et al., 2023).

La magnitud de las consecuencias económicas de las disfunciones psicológicas derivadas del maltrato infantil es cada vez más evidente. El impacto multisistémico y el sufrimiento generado por las situaciones adversas en la infancia generan a las mujeres la necesidad de recurrir, a modo de estrategia, a la búsqueda de apoyos formales en los servicios públicos para recibir apoyo a la hora de lidiar con su malestar psicológico. Además de a mayor disfunción y número de consultas, la exposición a ACEs se ha asociado con mayores dificultades en los procesos terapéuticos, peor pronóstico y menor respuesta a la terapia o a los tratamientos profilácticos (Anda et al., 2006; Ashton et al., 2016; Copeland et al., 2018).

Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de que los proveedores de atención sanitaria tengan un mayor conocimiento sobre las consecuencias de la adversidad temprana a la hora de tomar decisiones asistenciales (Ordóñez-Cambler et al., 2016). La prevención en ese terreno podría producir una mejora sustancial de la calidad de vida y grandes beneficios socioeconómicos (Anda et al., 2020; Campbell et al., 2016; Dube, 2018; Felitti, 2019; Finkelhor, 2018; Lacey y Minnis, 2020; Martin-Higarza et al., 2020; OMS, 2022b). En su *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos*, la Organización Mundial de la Salud propone que se considere una prioridad, tanto a nivel nacional como internacional, reorganizar las características físicas, sociales y económicas de los diferentes entornos donde se desarrollan las personas para mejorar y prevenir los problemas de salud mental. En este mismo documento se enfatiza la importancia del trabajo

conjunto entre sectores para abordar los diversos factores que pueden afectar a la salud mental y al bienestar, entre los que se incluyen las consecuencias nocivas de las experiencias de adversidad sufridas en la infancia y adolescencia (Ashton et al., 2016; OMS, 2022a, 2022b).

Los resultados de los estudios de esta tesis dejan ver la importancia de las ACEs como factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología en mujeres. Otros autores han encontrado esta asociación en población femenina incluso cuando se controla el efecto de estresores y maltratos actuales (Johnson et al., 2020). Desde el modelo propuesto por The British Psychological Society, el *Marco de Poder, Amenaza y Significado*, se entiende que las manifestaciones de psicopatología son intentos de adaptación a las amenazas vividas y al significado que se les ha dado a esas experiencias (Johnstone y Boyle, 2018). Esta propuesta es afín a la de otros grupos de investigación (Alonso et al., 2014; Ezama et al., 2017; Seikkula, 2019) cuando insisten en la necesidad de que se reconozca a la persona que consulta el rol de agente, que tantas veces queda difuminado por la indefensión adquirida a lo largo de una historia de adversidades y de los costosos intentos de afrontarlas (Cavazzoni et al., 2020; Bessel van der Kolk, 2020/2014).

Como ya señalaron los autores del *ACE Study* (Felitti et al., 1998), las consecuencias de las experiencias adversas tempranas se pueden desprender de su repercusión en variables mediadoras. Identificar alguna de esas variables puede ayudar a entender como las ACEs afectan a la salud mental de las mujeres a lo largo de la vida (Ellis et al., 2022; Fujiwara, 2022).

5.3. Relaciones Indirectas de las Experiencias Adversas en la Infancia y la Salud Mental de la Mujer Adulta

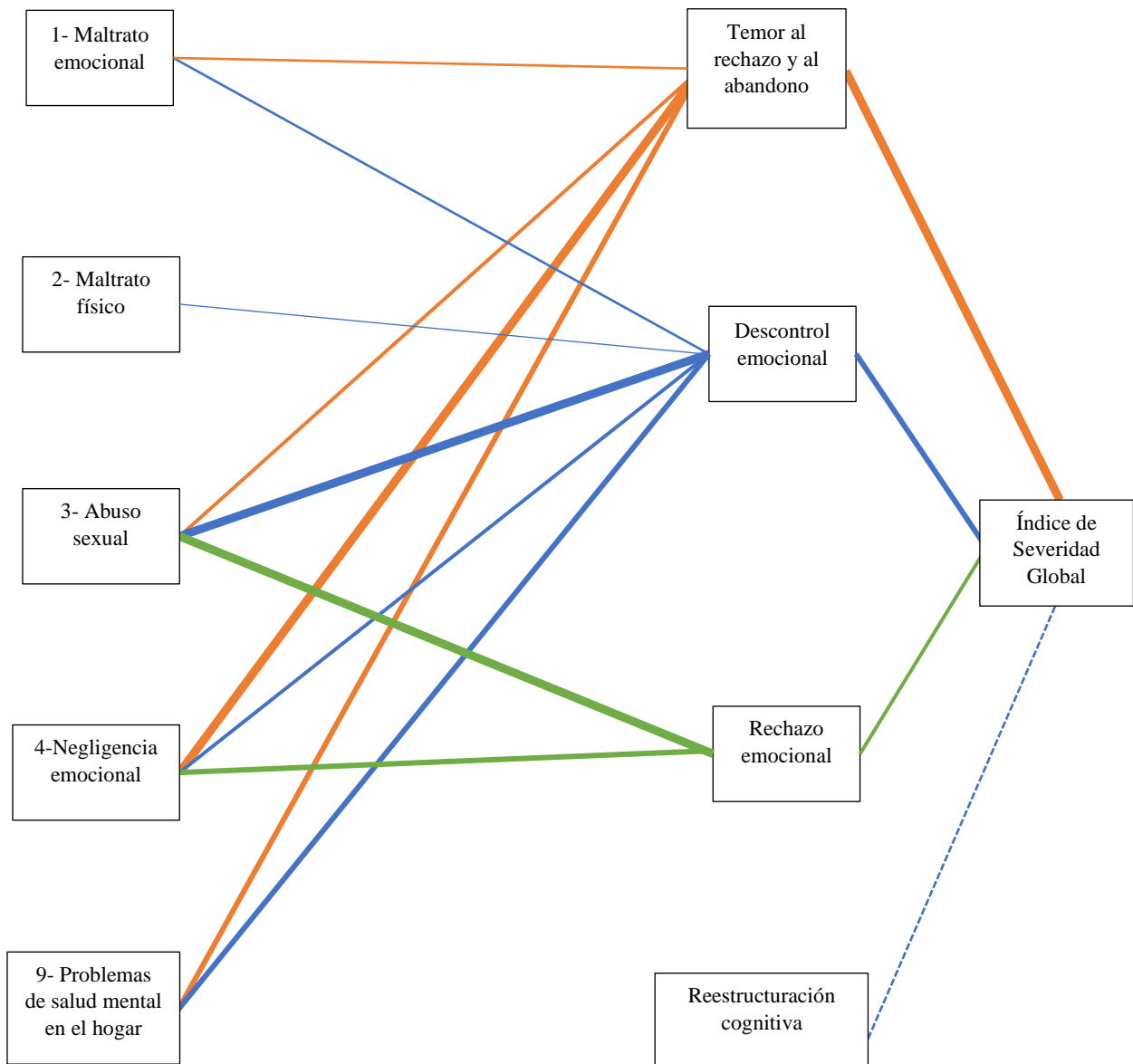
El tercer objetivo de la tesis es examinar el papel modulador de los vínculos de apego y de las estrategias de afrontamiento y de regulación emocional en el funcionamiento

psicológico de las mujeres que han estado expuestas a ACEs. Para ello se examinaron las correlaciones entre estas posibles variables moduladoras y el *Índice de Severidad Global* de psicopatología del SA-45 y, a continuación, se introdujeron en un análisis de regresión todas las variables con correlaciones significativas para eliminar aquellas redundantes. La ecuación publicada en el primer estudio revela que el 56.2% de la varianza sobre la severidad de la psicopatología es explicada estadísticamente con cuatro de las variables estudiadas: una de apego, dos de estrategias de regulación emocional y una de afrontamiento ($R = .749$, $R^2 = .562$, *Durbin - Watson* = 1.881). Cuando se examinó la asociación entre la identificación de cada tipo de experiencia adversa y esas variables (Figura 2) se encontró que el *miedo al rechazo y al abandono* fue la variable con más peso en la ecuación ($\beta = .313$, $p = .001$), presentando asociaciones significativas, en orden decreciente, con la negligencia emocional, la convivencia con personas con problemas de salud mental, el abuso sexual y el maltrato emocional. Las siguientes variables en peso fueron, el *descontrol emocional* ($\beta = .311$, $p = .000$) y el *rechazo emocional* ($\beta = .230$, $p = .001$). El descontrol de las emociones se asoció con el abuso sexual, la convivencia con personas con problemas de salud mental, la negligencia emocional y el maltrato emocional y físico. El rechazo de las emociones se asoció con el abuso sexual y la negligencia emocional. Respecto a las estrategias de afrontamiento, sólo una de las variables de la ecuación, la *reestructuración cognitiva*, se asoció con la identificación de experiencias adversas (Fontanil et al., 2021). El uso de esta estrategia se relacionó en nuestros análisis con una menor severidad de los síntomas de psicopatología en la población de mujeres, resultado que concuerda con los hallazgos de otros estudios que la relacionan con menores niveles de estrés (Aafjes-van Doorn et al., 2019; Perchtold et al., 2018). A tenor de los resultados del primer estudio de esta tesis se puede concebir que el impacto de las ACEs es dependiente de las circunstancias interpersonales y de las respuestas de afrontamiento. Algo que nos lleva a considerar la influencia de los

distintos sistemas en los que se desarrolla una persona y como los factores interpersonales y culturales pueden generar sufrimiento (Cruz et al., 2022; Seikkula, 2019).

Figura 2

Asociaciones de las variables moduladoras entre las experiencias adversas en la infancia y la severidad de psicopatología



Nota. El grosor de las líneas representa una escala ordinal: el mayor grosor indica una asociación más fuerte y el menor grosor una asociación más débil entre las variables estudiadas.

Como se expuso en la introducción de este trabajo, la historia de aprendizaje de un niño/a está condicionada por los primeros vínculos e interacciones con los cuidadores, cuyas

respuestas más o menos sensibles ante los momentos de necesidad conforman la base para el desarrollo de la capacidad de regulación emocional y el afrontamiento futuros (Bowlby, 1996/1988). Cabe esperar así que los aprendizajes de muchas personas que han crecido en contextos maltratantes se relacionen con temor al rechazo y al abandono del otro, y que, ante circunstancias de necesidad, estas personas hayan aprendido que recurrir a otros como estrategia de afrontamiento puede no solo no ser de ayuda, sino que puede tener como resultado un incremento del malestar. Luego, la aparición de afectos negativos puede llegar a convertirse en una señal de peligro y dar lugar a desregulación afectiva: descontrol, rechazo y evitación emocional (Ellis et al., 2022; Yehuda, 2016). En cuanto a las estrategias de afrontamiento, una persona que ha sobrevivido y crecido en contextos adversos ha construido, sin duda, un repertorio de esquemas predictivos y estrategias más o menos útiles para afrontar las experiencias de adversidad. En esta tesis partimos de la idea de que el uso inflexible y repetido de estos esquemas y estrategias puede resultar desadaptativo y ser entendido como una manifestación de psicopatología en otros entornos más seguros (Martín-Higarza et al., 2020).

El considerable peso de la variable *miedo al rechazo y al abandono* a la hora de explicar la varianza en psicopatología en el primer estudio de este compendio (Fontanil et al., 2021), nos llevó a ahondar más en el papel mediador de las relaciones de apego adulto. Así, y con el fin de verificar la cuarta hipótesis de la tesis y profundizar en la influencia de las ACEs en el funcionamiento psicológico a través de las relaciones de apego, se planteó el segundo estudio de esta investigación. En él, en vez de caracterizar el estilo de apego con variables independientes, se optó por tomarlo como una configuración. Se dividió a las participantes en función de si los valores de sus puntuaciones en *miedo al rechazo y al abandono*, *deseo de cercanía* y *preferencia por la independencia* se encontraban por debajo o por encima de la mediana y se definieron así ocho configuraciones. Estas configuraciones fueron comparadas

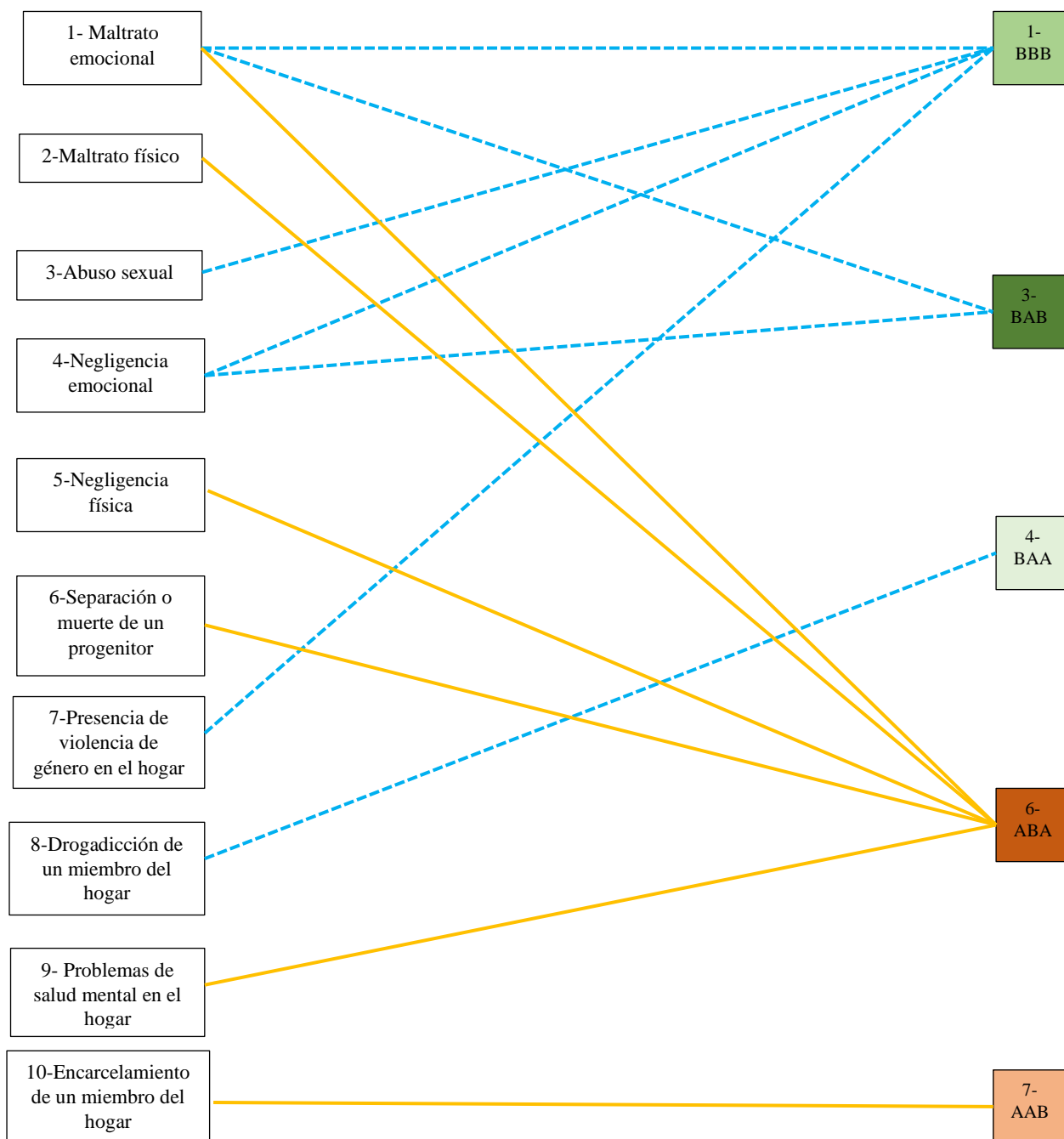
entre sí para valorar como se asociaban con cuatro variables de funcionamiento psicológico (satisfacción con la vida, afectos positivos, afectos negativos y severidad global de psicopatología) y con los tipos de experiencias adversas vividas.

Tal como había ocurrido con las participantes del primer estudio, los primeros análisis revelaron asociaciones significativas entre *miedo al rechazo y al abandono*, los indicadores de salud mental y la variedad de las ACEs. Sin embargo, también se apreciaron asociaciones de la variable *deseo de cercanía* con las puntuaciones de las mujeres en *calidad de vida y afectos positivos y negativos*. Lo mismo ocurrió con la variable *preferencia por la independencia*, que presentó correlaciones significativas con la presencia de *afectos negativos*. Se obtuvieron así resultados semejantes a los publicados en Martín-Higarza (2021) y Martín-Higarza et al. (2020). La comparación de los grupos definidos con la idea de que las configuraciones podrían informar más que sus componentes por separado reveló la existencia de una configuración (6-ABA) que se asoció con resultados más desfavorables en los cuatro indicadores de salud mental contemplados en este estudio. Dicha configuración era propia de participantes con puntuaciones superiores a la mediana en *miedo al rechazo y al abandono* y *preferencia por la independencia* e inferiores a la mediana en *deseo de cercanía*. En contraste, la configuración opuesta, con puntuaciones bajas en *miedo al rechazo y al abandono*, altas en *deseo de cercanía* y bajas en *preferencia por la independencia* (3-BAB) definió el grupo con menor variedad de ACEs y puntuaciones más favorables en los indicadores de salud mental contemplados (Méndez-Méndez et al., 2021).

En cuanto a la variable *número de tipos de experiencias tempranas adversas* (es decir el valor que indica el grado de variedad de las adversidades vividas en la infancia y en la adolescencia por las mujeres participantes) la configuración 6-ABA fue la que obtuvo valores significativamente más altos en las comparaciones entre cada configuración con todas las demás.

Figura 3

Asociación entre las experiencias adversas en la infancia y las configuraciones del apego



Nota. La línea continua amarilla indica una frecuencia observada significativamente mayor a la esperada. La línea discontinua azul indica una frecuencia observada significativamente menor a la esperada.

Estos resultados, mostrados en la Figura 3, probablemente indiquen que los patrones de apego estén influidos tanto por experiencias favorables y desfavorables en la infancia y la adolescencia, como por experiencias favorables y desfavorables durante la edad adulta.

Algunas configuraciones estarían mucho más propiciadas por las experiencias adversas que otras. La 6-ABA, por su presencia y la 1-BBB por su ausencia.

Al evaluar si existían diferencias entre la información proporcionada por las configuraciones y la de las variables tomadas de forma independiente, comprobamos que el análisis de las configuraciones ofrece más información, tanto sobre la exposición a ACEs de las participantes como sobre su funcionamiento psicológico.

Nuestros resultados muestran que, en la vida adulta, el funcionamiento psicológico de las mujeres y el afrontamiento ante circunstancias de adversidad se explica mejor si se considera su deseo de cercanía hacia otras personas en momentos de necesidad, su preferencia por la independencia y el miedo al rechazo y al abandono por parte de otras potenciales figuras de cuidado (Fontanil et al., 2013; Méndez-Méndez et al., 2021). Así, desde esta tesis, se abogaría por la mayor capacidad de ajuste a la hora de explicar las diferencias en los vínculos de apego adulto de los modelos dimensionales de apego, en comparación con la clásica propuesta categorial (Bartholomew y Horowitz, 1991; Fraley, 2019). Los hallazgos mediante el análisis de las configuraciones de apego hacen pensar, de acuerdo con la propuesta de Crittenden (2017, 2020), que las relaciones de apego, lejos de ser patrones estancos, tienen un desarrollo dinámico y madurativo y que las estrategias que las personas desarrollan para mantener proximidad con las figuras de apego se van haciendo más complejas con el transcurrir de la vida.

Si tenemos en cuenta que muchas de las experiencias recogidas como ACEs son situaciones que se caracterizan por altos niveles de violencia y amenaza en el contexto de las relaciones interpersonales más cercanas, es fácil entender el daño que generan en la seguridad emocional, convirtiéndola en algo muy frágil. De esta forma, incluso cuando las circunstancias de vida pueden haber cambiado y los contextos presentes hayan permitido el

logro de seguridad física, no se puede dar por hecho que la seguridad emocional haya sido restaurada (Silberg, 2019).

En esta línea, queremos resaltar el potencial terapéutico de las intervenciones psicológicas basadas en la teoría del apego, que han mostrado efectividad en el tratamiento de disfunciones de difícil abordaje que se han relacionado con la vivencia de ACEs (Bateman y Fonagy, 2010; Pitillas, 2021). Respecto a esto, consideramos importante que los profesionales de los servicios públicos sociosanitarios sean concedores del poder reparador que tiene crear y mantener relaciones terapéuticas seguras para modificar los modelos operativos internos desarrollados en los contextos de adversidad y facilitar la exploración de nuevas conductas más adaptativas para mantener la cercanía con las figuras de apego (Vetere y Dallos, 2012). Este proceso de modificación de los primeros esquemas se daría mediante un proceso de acomodación basado en esta nueva experiencia relacional, cuyo resultado podría generalizarse a otros entornos diferentes a la terapia. Así, fomentar relaciones terapéuticas que disminuyan el miedo al rechazo y al abandono, la tendencia a preferir la independencia y fomenten el deseo de cercanía hacia los demás en momentos de adversidad, podría contribuir a mejorar el funcionamiento psicológico de las mujeres en la vida adulta (Méndez-Méndez et al., 2021).

Hoy en día no existen dudas sobre el importante coste de las crianzas violentas y las experiencias de adversidad para la salud poblacional. Las consecuencias de estas vivencias se manifiestan a largo plazo en el desarrollo de problemas sociales y de salud física y mental de las personas que las han sufrido, pero también a través de distintas generaciones por la transmisión de patrones de crianza en la experiencia con los hijos (Fontanil et al., 2015; Loxton et al., 2019). El desarrollo de programas preventivos y prácticas terapéuticas que tengan en cuenta esta influencia, que den respuestas a las necesidades de apego de los consultantes que han sufrido adversidad y que presten soporte a los cuidadores para explorar

estilos de crianza basados en el buen trato, podría reducir el riesgo de repetición del maltrato y amortiguar las consecuencias multisistémicas de la adversidad sobre la salud (Crittenden, 2020; OMS, 2022b). Estas estrategias, además, pueden prevenir experiencias de revictimización, pues es sabido que la continuación de los esquemas de apego basados en la inseguridad y la desorganización, así como los sistemas de conducta derivados de los aprendizajes durante los primeros años de vida en contextos disfuncionales, incrementan el riesgo de sufrir nuevos maltratos y negligencias tanto en la adolescencia como en la vida adulta (Bowlby, 1996/1988; Read y Gumley, 2010).

El enfoque de *Cuidado Informado sobre el Trauma* o *Cuidado Sensible a las Experiencias Adversas* es una propuesta de cambio asistencial para los servicios públicos que promueve intervenciones basadas en el reconocimiento de las experiencias tempranas adversas y sus secuelas. En este modelo de evaluación y asistencia se subraya la importancia de proporcionar en los sistemas públicos contextos de ayuda física y emocionalmente seguros, donde las personas puedan revisar sus historias y poner en marcha estrategias de afrontamiento de la adversidad más adaptativas. En salud mental este paradigma asistencial, en contraste con el todavía hegemónico que se focaliza en el déficit o en la enfermedad, propone un abordaje centrado en la recuperación, trata de fomentar las fortalezas y la autonomía personal e incide en aquellos factores que han mostrado un papel mediador entre las experiencias traumáticas pasadas y los problemas psicológicos presentes (Marks et al., 2022; SAMHSA, 2014a).

Respecto a la implementación de estos sistemas basados en el enfoque del *Cuidado Sensible a las Experiencias Adversas*, algunas de las dificultades que se esbozan son la presión actual sobre los servicios públicos, el énfasis que se pone en los episodios de atención a corto plazo, los tiempos de consulta, la escasez de personal o la falta de adecuada formación de los profesionales para intervenir cuando hay una historia de maladaptación a las

adversidades vividas (Felitti, 2019; Rariden et al., 2021). Pero, como la Organización Mundial de la Salud señala, las pérdidas en productividad y otros costes indirectos derivados del maltrato superan con creces los costes que tendría para los estados esta mejora en la atención de la salud (OMS, 2022a).

En resumen, el estudio sobre los factores que median entre las experiencias tempranas adversas y los problemas de salud mental puede abrir la puerta al desarrollo de nuevas formas de intervención, arrojar luz sobre la prevención de las consecuencias nocivas de esta clase de vivencias y ayudar a los profesionales a sentirse más confiados a la hora de explorar y ayudar a las consultantes a afrontar las complejas necesidades derivadas de sus historias de adversidad (Adshead, 2018). Fomentar la seguridad en las relaciones y favorecer nuevas vías de afrontamiento y de regulación emocional puede contribuir a recuperar el sentido de agencia, mejorar el autoconcepto e incrementar la confianza en las relaciones de apoyo, amortiguando así las repercusiones multisistémicas de las adversidades en la vida de las personas (Bessel van der Kolk, 2020/2014; Heller y LaPierre, 2012; Kalia y Knauff, 2020; Zymorsky et al., 2018).

5.4. Influencia del Tipo de Experiencias Adversas en la Infancia en el Funcionamiento Psicológico de la Mujer Adulta

Desde las primeras investigaciones en el campo de estudio sobre las adversidades tempranas, uno de los hallazgos más corroborados ha sido la asociación gradual entre la magnitud de la exposición a adversidad y la magnitud del riesgo para la salud física y mental. Los estudios de esta investigación también confirmaron este resultado en la población de mujeres participantes y concuerdan con la hipótesis que defiende que el hecho de haber estado expuestas a algún tipo de experiencia adversa temprana incrementa el riesgo de exposición a otros tipos de vivencias semejantes (Bowlby, 1996/1988; Pilkington et al., 2020).

Sin embargo, además de la cantidad de adversidades relatadas, otras investigaciones revelaron que el tipo de experiencias vividas y su impacto sinérgico podrían tener consecuencias diferenciales para la salud mental a largo plazo (Briggs et al., 2021; McKelvey et al., 2020). Acorde a este planteamiento, en el primer estudio de este compendio en el que participaron consultantes de los servicios de Salud Mental, ya se encontró que el *maltrato emocional*, el *abuso sexual*, la *negligencia emocional*, la *negligencia física* y la *convivencia con un miembro de la familia con problemas de salud mental o intentos de suicidio* se asociaron a resultados más desfavorables en psicopatología (Fontanil et al., 2021). Estos hallazgos cuestionan algunos de los planteamientos esbozados desde el enfoque acumulativo, pues no todas las ACEs tienen un impacto similar sobre la salud mental.

Partiendo de que el tipo de vivencia, y no sólo la cantidad de tipos de ACEs, deben ser tomados en cuenta a la hora de comprender el impacto de las adversidades tempranas sobre la salud mental de las mujeres adultas (Perry et al., 2023; Tan y Mao, 2023) y que estas asociaciones podrían diferir en el caso de hombres y mujeres (Johnson et al., 2020), nos planteamos el cuarto objetivo de esta investigación.

Así, para profundizar en la influencia directa e indirecta que podría tener la exposición a diferentes agrupaciones de ACEs a través de las variables mediadoras estudiadas, se recurrió a la metodología de análisis de clases latentes. Los resultados del estudio, objeto de la tercera publicación de esta tesis, mostraron un buen ajuste del modelo en la población de mujeres estudiada con cuatro clases latentes: clase 1 o *diversidad de maltratos sin ruptura familiar* (16.40%; $n = 62$), clase 2 o *diversidad de maltratos con ruptura familiar* (24.87%; $n = 94$), clase 3 o *pocas experiencias adversas* (44.71%; $n = 169$) y clase 4 o *alto maltrato/alta ruptura familiar* (14.02%; $n = 53$). A continuación, se evaluaron las diferencias en el *Índice de Severidad Global* de psicopatología al comparar unas clases con otras. Estas diferencias se

evaluaron también con el estilo de apego, la regulación emocional y las estrategias de afrontamiento.

Tal y como propusimos en la quinta hipótesis de esta investigación, hay diferencias entre la probabilidad de las mujeres de pertenecer a una u otra clase y las variables analizadas. En nuestro caso, las diferencias más acusadas se dieron, como era esperable, entre la clase 3 (*pocas experiencias adversas*) y la clase 4 (*alto maltrato/alta ruptura familiar*), con resultados más desfavorables de la clase 4 tanto en las variables de apego como en las de regulación emocional (Briggs et al., 2021; Parnes y Schwartz, 2022; Xiao et al., 2023). En cuanto al uso de estrategias de afrontamiento, encontramos que las mujeres de esta clase (*alto maltrato/alta ruptura familiar*) informaron de un mayor uso de la estrategia de *pensamiento desiderativo* a la hora de afrontar sus problemas presentes; una estrategia de evitación centrada en el problema que se considera desadaptativa y que consiste en fantasear sobre posibles realidades alternativas pasadas, presentes o futuras, que no se corresponden ni con los hechos ni con la situación (Cano García et al., 2007; Quiroz et al., 2010).

Las mujeres que conformaron la clase 3 y que relataron haber estado expuestas a pocas ACEs (cuatro o menos), también mostraron algunas diferencias en su funcionamiento psicológico respecto a aquellas que relataron vivencias de maltrato, pero no de disfunción familiar (clase 1). Difiriendo sus respuestas en el *deseo de cercanía* (mayor en la clase 1), el empleo de la *solución de problemas* y de la *expresión emocional* como estrategias de afrontamiento (mayor en la clase 3) (Fontanil et al., 2023). Estos resultados indican que haber experimentado adversidades relacionadas con la disrupción familiar (convivencia con personas con problemas de salud mental, consumo de sustancias por un conviviente, separación o muerte de alguno de los progenitores, exposición a violencia de género o encarcelamiento de algún miembro de la familia) condiciona las relaciones cercanas en la

vida adulta y también las vías a través de las cuáles las mujeres afrontan las situaciones adversas presentes.

Nuestros hallazgos revelan también que las mujeres de la clase 3 (*pocas experiencias adversas*) recurren en mayor medida a estrategias de *solución de problemas* y de *expresión emocional*, que tal y como hemos expuesto en el desarrollo teórico, se asocian a un afrontamiento más funcional y por tanto a menor riesgo de desarrollar disfunciones psicológicas. Por otro lado, el hecho de haber crecido en un entorno sin experiencias de ruptura familiar podría favorecer la confianza en la ayuda que puede proporcionar la búsqueda de apoyo en las relaciones interpersonales ante situaciones estresantes, favoreciendo el deseo de cercanía ante situaciones de adversidad. Al comparar los resultados de las participantes que habían crecido en hogares con maltrato y ruptura (clase 4) con las que referían pocas adversidades (clase 3), encontramos puntuaciones más bajas de éstas últimas en la variable de *miedo al rechazo y al abandono*, lo cual hace pensar que las situaciones de disrupción familiar y de maltrato afectan al estilo de apego infantil y que este tiende a mantenerse en la edad adulta, tal vez porque las relaciones familiares se mantienen o tal vez porque generan unas expectativas sobre los apoyos interpersonales que las relaciones de apego adulto corrigen con dificultad (Bowlby, 1996/1988; Fontanil et al., 2023).

En suma, ya en el primer estudio de este compendio, los resultados evidenciaron que no todos los tipos de ACEs se relacionan de igual manera con el funcionamiento psicológico presente y que si bien la cantidad de ACEs es un factor de gran relevancia a la hora de explicar la salud mental de las mujeres, también lo es el tipo o tipos de experiencia vivida. Al investigar el cuarto objetivo planteado en esta tesis, mediante análisis de clases latentes, encontramos nuevamente que cuanto mayor es la variedad de experiencias tempranas adversas relatadas, más desfavorables son los resultados en los indicadores de salud mental evaluados, pero que, en el caso de las mujeres, la influencia que tienen algunas experiencias

es mayor que la de otras. Así, conocer los tipos de adversidad temprana que han sufrido las mujeres que son atendidas en psicoterapia puede ayudar a comprender mejor la manera en la que se relacionan con otras personas (incluidos los profesionales del cuidado), afrontan los problemas y regulan sus emociones.

Con el conjunto de resultados, se ve cómo la presencia y consecuencias de las experiencias adversas en la infancia y la adolescencia pueden explicar parte de los problemas de salud mental de las participantes y cómo se relacionan con la variedad y el tipo de experiencia vivida. Dichos factores de exposición podrían dar cuenta también de los datos epidemiológicos sobre el mayor uso de los servicios públicos asistenciales y la mayor frecuencia, gravedad y comorbilidad de problemas psicológicos en población de mujeres (Alcalá et al., 2017; APA, 2017; Grisgby et al., 2020; OWH, 2021).

Los resultados de nuestros estudios resaltan la importancia de entender el sufrimiento psíquico desde un marco fenomenológico que contemple los contextos en los que se desarrollan las vivencias de las personas y cómo éstos condicionan las formas de relacionarse consigo mismas y con los demás dentro de un sistema cultural determinado (Seikkula, 2019). Integrar esta visión ecosistémica, más respetuosa y holística, con las realidades de las personas que consultan, conocer mejor como la exposición a determinados tipos de ACEs influye en su salud y desarrollar sistemas de evaluación y medidas de prevención e intervención basadas en el enfoque del *Cuidado Sensible a las Experiencias Adversas*, puede contribuir a amortiguar el desarrollo y la cronificación de los problemas de salud derivados de la exposición a experiencias adversas en la infancia.

5.5. Limitaciones y Fortalezas de la Tesis Doctoral

Realizada la discusión sobre los principales hallazgos de esta investigación y sus implicaciones, a continuación, pasamos a señalar algunas de sus limitaciones metodológicas:

En primer lugar, el empleo de análisis correlacionales y de clases latentes, diseños que, si bien permiten establecer estimaciones, no nos permiten hacer inferencias causales.

En segundo lugar, nuestros estudios, en la línea del *ACE Study* y otros muchos realizados en este campo, son de carácter retrospectivo. El empleo de esta metodología tradicionalmente se ha considerado una limitación, por cuestiones relativas a la existencia de errores de memoria y sesgos que podrían llevar a las personas a no informar fidedignamente y a sobreestimar o subestimar sus vivencias de adversidad. En este sentido, si bien se han encontrado diferencias entre el uso de metodología retrospectiva y prospectiva (Baldwin et al., 2019), Reuben et al. (2016) mostraron que, dichas discrepancias de resultados se relacionaban sobre todo con la influencia que la adversidad seguía teniendo en el momento presente. Por tanto, es posible que cuando las participantes señalan afirmativamente una experiencia temprana adversa estén señalando la relevancia que esa experiencia ha tenido en su vida hasta la actualidad y que el número de experiencias que relatan indique la variedad de las experiencias adversas que son importantes para ellas.

Continuando con la metodología de evaluación, debemos señalar como una debilidad el uso de instrumentos de autoinformes que presentan sesgos de deseabilidad social o aquiescencia, que, aunque se hayan intentado moderar mediante la garantía del anonimato o la solicitud de sinceridad en las respuestas, son difíciles de controlar.

En lo que concierne al uso del *ACE Questionnaire*, son muchas las dudas sobre la adecuación de una evaluación dicotómica para valorar las repercusiones de las adversidades en la infancia sobre la salud mental. También se ha cuestionado, como se ha esbozado en la introducción teórica, qué experiencias han de ser consideradas como ACEs. En este sentido, parece haber consenso entre los expertos sobre la importancia de contemplar otras adversidades y que la medida necesita ser complementada con informaciones acerca de la

frecuencia, intensidad, dureza, imprevisibilidad, momento de la exposición o presencia de otras experiencias positivas o factores de protección (Finkelhor et al., 2015; OMS, 2018).

La ausencia de datos sobre la continuidad de las experiencias en la actualidad es una debilidad relevante. Es muy verosímil suponer que las personas importantes durante la infancia sigan siendo figuras con las que las participantes todavía interactúan regularmente, de manera que la negligencia, el maltrato emocional, el maltrato físico o el abuso sexual por parte de una de ellas o la violencia de género contra una persona importante, sigan siendo parte de la realidad actual de las participantes. Más aún, esas experiencias adversas también pueden provenir ahora de personas que se han incorporado a la red de apego ya en la edad adulta. Sería entonces necesario que las experiencias se evalúen con más detalle también en cuanto a su duración, importancia y edad a la que se han vivido, junto a su continuidad en la actualidad.

Por último, a estas debilidades hay que unir otra más: la ausencia de evaluación de las experiencias adversas vividas fuera del entorno familiar o, lo que nos parece preferible como denominación, fuera de la red de apego y cuidado. Sin duda las experiencias adversas fuera del hogar (problemas con amistades, acoso escolar, violencia comunitaria y colectiva etc.) pueden dar lugar también a experiencias adversas en la interacción con los miembros de la familia y, en este caso, dar una información redundante. Pero también pueden pasar desapercibidas en los casos en los que esas experiencias no le son reveladas a los familiares (algo que podría estar asociado al patrón de apego BBA, el más desfavorable de los de bajo temor al rechazo y al abandono o al ABA). Como ya señalamos, para comprender la realidad y complejidad del impacto de la adversidad temprana sobre la salud mental, la evaluación ha de ser individualizada y basada en la historia de vida (Anda et al., 2020; Crittenden, 2020; Ellis et al., 2022; Fujiwara, 2022). Una historia sobre las experiencias adversas dentro, pero

también fuera del hogar, y no solo de las traumáticas, si no también de las exitosamente afrontadas.

A pesar de sus limitaciones, esta investigación tiene una serie de puntos fuertes que consideramos relevantes para promover nuevas formas de entender los problemas de salud mental de las mujeres y atender a sus necesidades en los contextos públicos:

Hasta la fecha, este estudio consta de una de las muestras más grandes de mujeres atendidas en los servicios públicos en España. Esta investigación inicia así una vía de estudio de tipo cuantitativo que es necesaria para conocer las influencia de las ACEs en la salud mental de una parte de la población, las mujeres, con condicionamientos, vulnerabilidades y fortalezas diferentes en parte a los de los varones.

Los resultados sobre el papel mediador que parecen tener el estilo de apego, el descontrol y el rechazo de las emociones y la reestructuración cognitiva, entre la variedad de experiencias adversas vividas y los indicadores de salud mental, nos dan una información valiosa para futuras investigaciones y también buenas hipótesis de partida para la psicoterapia. No obstante, y estas son lagunas que nos pesa haber dejado, no hemos podido estudiar ni la relación entre las configuraciones del estilo de apego, la desregulación emocional y el estilo de afrontamiento, ni tampoco entre las clases latentes y los patrones de apego. Por más que las hipótesis sean fáciles de hacer nos habría gustado mucho indagar en ambos temas. Es un estudio que, con los datos que ya tenemos, tal vez podamos hacer en un futuro cercano.

Finalmente, consideramos que nuestros estudios, al integrar una mirada sensible a las experiencias potencialmente traumáticas y la perspectiva de género, proporcionan una base de conocimientos muy útil para el diseño de objetivos concretos en el contexto de las intervenciones destinadas a prevenir las consecuencias de la adversidad temprana en la salud mental de las mujeres: la parte de la población más diagnosticada y medicada por su sufrimiento psicológico (McLaughlin et al., 2020, 2021; Panagou y McBeth, 2022).

CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES

*“Todas seguimos adelante cuando
admitimos lo fuertes
e impresionantes que son las mujeres
de nuestro alrededor”*

_ Kaur, R. 2018/2015_

6. Conclusiones

El desarrollo de esta Tesis Doctoral parte del conocimiento sobre la situación más desfavorable de las mujeres respecto a su salud mental y la necesidad de profundizar en los factores de riesgo subyacentes y en las necesidades específicas que se han de cubrir desde los sistemas públicos para mejorar dicha situación. También parte de los hallazgos en el campo de la investigación sobre las consecuencias concretas de la exposición a experiencias adversas en la infancia en la salud mental de las mujeres adultas, que justifican la necesidad de ahondar en el papel de estas vivencias traumáticas a la hora de explicar las condiciones que contribuyen al desarrollo de problemas psicológicos en esta población. Los objetivos y resultados de los estudios que componen este trabajo nos han permitido profundizar en estas cuestiones y llegar a las siguientes conclusiones:

- Respecto al primer objetivo, los análisis realizados mostraron una elevada presencia de adversidades en la población de mujeres que buscan ayuda psicoterapéutica en los servicios públicos. Además, casi la mitad de las participantes, refirieron haber sufrido cuatro o más tipos de estas experiencias, número a partir del cual se incrementa el riesgo de afectación de la salud mental.
- En este sentido y en relación con el segundo objetivo planteado, se encontró una asociación positiva y gradual entre la mayor diversidad de las ACEs reconocidas por las participantes y la mayor gravedad de las manifestaciones de malestar psíquico. Esto indica que la presencia de ACEs es un factor de relevancia a considerar cuando se quieren entender los problemas psicológicos de las mujeres adultas.
- En referencia al tercer objetivo, las mujeres de la muestra que relataron exposición a más tipos de adversidades tempranas presentaron resultados más desfavorables en otras variables que se han relacionado de forma constante con el funcionamiento psicológico. Es el caso del estilo de apego adulto, las estrategias de afrontamiento y las de regulación

emocional. Variables que se han valorado en esta tesis como vías indirectas a través de las que las ACEs ejercen su influencia sobre la salud mental de las mujeres adultas.

- Al profundizar en el papel de los vínculos de apego y examinar las ventajas y desventajas de distintas configuraciones de las variables de apego, se observó que las mujeres que informaban de alto miedo al rechazo y al abandono, bajo deseo de cercanía y alta preferencia por la independencia identificaron mayor variedad de experiencias tempranas adversas y un funcionamiento psicológico más desfavorable. En cambio, las mujeres que informaron de bajo miedo al rechazo y al abandono, alto deseo de cercanía y baja preferencia por la independencia, presentaron resultados más favorables en su funcionamiento psicológico y menor diversidad de experiencias adversas vividas.
- Por último, los hallazgos de esta tesis también avalan que no sólo el número, sino el tipo de adversidades relatadas por las mujeres influye sobre sus resultados en salud mental y que los distintos tipos de adversidades evaluadas no se asocian de igual forma entre sí. En la muestra de mujeres, se encontraron cuatro clases latentes en función de la probabilidad de las participantes de haber sufrido unos u otros tipos de ACEs. Así, las participantes con mayor probabilidad de haber identificado mayor diversidad de experiencias de maltrato y de ruptura familiar, presentaron mayor severidad en los síntomas de psicopatología. También presentaron puntuaciones más desfavorables en las variables de apego adulto y un empleo de estrategias de afrontamiento y de regulación emocional más desadaptativas. La exposición a más variedad de adversidades relacionadas con vivencias de ruptura familiar también fue relevante para explicar los resultados en salud mental. Las mujeres que relataron haber estado expuestas a más situaciones de ruptura o disrupción en el hogar informaron de estrategias de afrontamiento más desadaptativas y también de estilos de apego adulto más inseguros.

En definitiva, esta Tesis Doctoral proporciona un mayor conocimiento sobre las ACEs y su influencia en la salud mental de las mujeres adultas. Los resultados de esta investigación son relevantes de cara a mejorar la asistencia en los servicios públicos y sustentan la conveniencia de que en los dispositivos asistenciales se apliquen protocolos de evaluación sensibles al género y al trauma y una asistencia terapéutica sensible a la historia de adversidad de las usuarias. En la psicoterapia se ha de tener en cuenta tanto el impacto de las adversidades con efectos traumáticos, como el de las superadas sin efectos desfavorables o incluso con efectos favorables. Se reclama así un enfoque asistencial centrado en la recuperación y no en el defecto. Todo ello requiere formación para el personal encargado de la atención, tanto para prevenir y detectar precozmente las ACEs, como para proporcionar una asistencia adecuada, sensible y con perspectiva de género (Hosang y Bhui, 2018).

Nuestras conclusiones y resultados van en la línea de las recomendaciones de la OMS, que en su *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos*, plantea una reorganización del sistema que atienda a las características físicas, sociales y económicas de los entornos para proteger mejor la salud mental y prevenir las disfunciones psíquicas. Para ello se hace énfasis en la importancia de la adopción de una perspectiva ecosistémica para atender todo el espectro de necesidades de salud mental, mediante una red comunitaria de servicios y apoyo accesibles y de calidad (OMS, 2022a).

CAPÍTULO 7

INFORME DEL FACTOR DE IMPACTO DE LAS PUBLICACIONES PRESENTADAS

*“Tengo
lo que tengo
y soy feliz
he perdido
lo que he perdido
y sigo
siendo
feliz
-perspectiva”*

_ Kaur, R. 2018/2015_

7. Informe del Factor de Impacto de las Publicaciones Presentadas

Los tres artículos que conforman el compendio de esta Tesis Doctoral han sido publicados en revistas científicas incluidas en el Science Citation Index (SCI), siendo aceptados para su publicación con posterioridad a la primera matrícula en los estudios de doctorado.

A continuación, se presenta un informe detallado para cada artículo científico que contiene los datos de los autores en cuanto a identidad y afiliación, el factor de impacto de la revista científica en el Journal Citation Reports (JCR), el cuartil que ocupa y la posición en su categoría. Se incluyen también el número de lecturas de cada una de las publicaciones en la plataforma de investigación y colaboración ResearchGate con fecha 15 de abril de 2024.

Tras el informe de las publicaciones, se incluyen en orden alfabético las referencias de otras investigaciones científicas en las que los trabajos de esta Tesis Doctoral han sido citados.

De cada una de estas investigaciones se muestra, en el caso de que estén publicadas en revistas científicas incluidas en el Journal Citation Reports, los datos relativos al factor de impacto de JCR, el cuartil de la revista y la posición de ésta dentro de su categoría.

Para aquellos artículos científicos para los que esta información no está disponible se proporcionan los datos de impacto en el Scimago Journal Rank (SJR), en el Journal Citation Indicator (JCI) o en el Índice Dialnet de Revistas e Investigadores (IDR).

Cuando la referencia ha sido incluida en capítulos de libro y en Trabajos de Fin de Máster, se incluye la referencia bibliográfica y el enlace para su consulta.

7.1. Primer Estudio. Adverse Childhood Experiences and Mental Health in Women: Pathways of Influence in a Clinical Sample

Cita: Fontanil, Y., Méndez, M. D., Martín-Higarza, Y., Solís-García, P. y Ezama, E. (2021).

Adverse childhood experiences and mental health in women: pathways of influence in a clinical sample. *Psicothema*, 33(3), 399–406. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.39>

Autores: Yolanda Fontanil¹, María Dolores Méndez², Yolanda Martín-Higarza³, Patricia Solís-García¹ y Esteban Ezama²

Afiliación: ¹Universidad de Oviedo, ²Servicio de Salud Mental del Principado de Asturias e ³Instituto de Medicina Legal del Principado de Asturias.

Nombre de la revista: Psicothema

País de publicación: España

Editorial: Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo y el Colegio Oficial de Psicología del Principado de Asturias

ISSN: 0214 - 9915 EISSN: 1886 - 144X

Factor de impacto de la revista (JCR 2021): 4.104

Categoría: Psicología, Multidisciplinar

Número de orden (JCR 2021): Cuartil 1 (36/148)

Número de lecturas: 206

Citas en Revistas Científicas

Abudiab, S. y Fuller-Thomson, E. (2022). Flourishing despite chronic obstructive pulmonary disease (COPD): findings from a nationally representative survey of Canadians aged 50 and older. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 16337. <https://doi.org/10.3390/ijerph192316337>

Nombre de la revista: International Journal of Environmental Research and Public Health

País de publicación: Suiza

Editorial: MDPI

ISSN: 1660 - 4601 EISSN: 1660 - 4601

Scimago Journal Rank (SJR 2022): 0.83

Dye, C.K., Wu, H., Monk, C., Belsky, D.W., Alschuler, D., Lee, S., O'Donnell, K. y Scorza, P. (2023). Mother's childhood adversity is associated with accelerated epigenetic aging in pregnancy and in male newborns (*en preimpresión*).

<https://doi.org/10.1101/2023.03.02.530806>

Fontanil, Y., Méndez, M. D., Postigo, Á., Martín-Higarza, Y. y Ezama, E. (2023). How are adverse childhood experiences and women's mental health associated? A latent class analysis. *Acta Psychologica*, 241, 104088.

<https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.104088>

Nombre de la revista: Acta Psychologica

País de publicación: Holanda

Editorial: Elsevier

ISSN: 0001 - 6918 EISSN: 1873 - 6918

Factor de impacto de la revista (JCR 2022): 1.8

Categoría: Psicología, Experimental

Número de orden (JCR 2022): Cuartil 3 (65/89)

Garay, B., Lasarte, G., Corres-Medrano, I. y Santamaría-Goicuria, I. (2022). Why should educators receive training in childhood trauma? *Trends in Psychology*.

<https://doi.org/10.1007/s43076-022-00223-1>

Nombre de la revista: Trends in Psychology

País de publicación: Brasil

Editorial: Springer

ISSN: 2358 - 1883 EISSN 2358 - 1883

Impacto en el Scimago Journal Rank (SJR): 11

Área temática y categoría: Psicología

Liu, J., Guo, T., Han, B., Cheng, X., Qu, S., Wang, R., Dong, X., Fang, J., Wang, J., Tang, M., Yao, Y. y Jin, L. (2023). Adverse childhood experiences and human immunodeficiency virus testing among adults with human immunodeficiency virus risk behaviours. *Stress and Health*, smi.3262. <https://doi.org/10.1002/smi.3262>

Nombre de la revista: Stress and Health

País de publicación: Inglaterra

Editorial: Wiley

ISSN: 532 - 3005 EISSN: 1532 - 2998

Factor de impacto de la revista (JCR 2022): 4.1

Categoría: Psiquiatría (Ciencias), Psiquiatría (Ciencias Sociales)

Número de orden (JCR 2022): Cuartil 2 (49/144) (Psiquiatría, Ciencias); Cuartil 2 (66/155) (Psiquiatría, Ciencias Sociales)

Méndez-Méndez, M. D., Fontanil, Y., Martín-Higarza, Y., Fernández-Álvarez, N. y Ezama, E. (2021). Configurations of adult attachment, indicators of mental health and adverse childhood experiences in women: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13385.

<https://doi.org/10.3390/ijerph182413385>

Nombre de la revista: International Journal of Environmental Research and Public Health

País de publicación: Suiza

Editorial: MDPI

ISSN: N/A EISSN: 1660 - 4601

Factor de impacto de la revista (JCR 2021): 4.614

Categoría: Ciencias medioambientales; Salud pública, medioambiental y laboral;

Número de orden (JCR 2021): Cuartil 2 (100/279) (Ciencias medioambientales);

Cuartil 2 (71/210) (Salud pública, medioambiental y laboral)

Sicilia, L., Barrios, M. y Pereda, N. (2022). The Spanish Posttraumatic Growth Inventory - Short Form in adult survivors of child sexual abuse. *Psicothema*, 34.3, 463–470.

<https://doi.org/10.7334/psicothema2021.458>

Nombre de la revista: Psicothema

País de publicación: España

Editorial: Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo y el Colegio Oficial de Psicología del Principado de Asturias

ISSN: 0214 - 9915 EISSN: 1886 - 144X

Factor de impacto de la revista (JCR 2022): 3.6

Categoría: Psicología, Multidisciplinar

Número de orden (JCR 2022): Cuartil 2 (39/147)

Citas en Capítulos de Libro

Concha-González V., Méndez-Méndez, M. D., Fontanil-Gómez, M. Y. y Alcedo-Rodríguez, M. A. (2022). Consecuencias de la violencia de género contra las madres en el desarrollo psicológico en la primera infancia. En E. Agulló-Tomás, J. A. Llosa-Fernández, M. L. Rivero-Díaz, E. Rúa-Arruñada y L. Ventosa-Varona (Coords.), *Inclusión social en infancia, adolescencia y juventud: investigación e intervención social* (1ª ed., pp. 22-30.). EAPN-AS (Red Europea de Lucha Contra la Pobreza y la

Exclusión Social en Asturias). <https://www.eapnasturias.org/download/inclusion-social-en-infancia-adolescencia-y-juventud/>

Fernández-Vilas, E. y Labora-González, J. J. (2022). Del welfare state al precariado juvenil. Reflexiones en torno a una “generación perdida”. En E. Agulló-Tomás, J. A. Llosa-Fernández, M. L. Rivero-Díaz, E. Rúa-Arruñada y L. Ventosa-Varona (Coords.), *Inclusión social en infancia, adolescencia y juventud: investigación e intervención social* (1ª ed., pp. 184-193.). EAPN-AS (Red Europea de Lucha Contra la Pobreza y la Exclusión Social en Asturias). <https://www.eapnasturias.org/download/inclusion-social-en-infancia-adolescencia-y-juventud/>

Sánchez, L., Argüelles, I., Suárez, J. M. y Álvarez, V. (2022). KUNDA: potenciar las maternidades bien tratantes en situaciones de diversas violencias sobre las mujeres. En E. Agulló-Tomás, J. A. Llosa-Fernández, M. L. Rivero-Díaz, E. Rúa-Arruñada y L. Ventosa-Varona (Coords.), *Inclusión social en infancia, adolescencia y juventud: Investigación e intervención social* (1ª ed., pp. 49-57.). EAPN-AS (Red Europea de Lucha Contra la Pobreza y la Exclusión Social en Asturias). <https://www.eapnasturias.org/download/inclusion-social-en-infancia-adolescencia-y-juventud/>

Citas en Trabajos de Fin de Máster

Jacob, C. S. Z. (2022). *Regulação emocional em adultos expostos a experiências adversas precoces: Do modelo cumulativo ao modelo dimensional* [Máster en Ciencias y Emociones, Instituto Universitario de Lisboa]. Repositorio del ISCTE - Instituto Universitario de Lisboa. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/26649>

7.2. Segundo Estudio. Configurations of Adult Attachment, Indicators of Mental Health and Adverse Childhood Experiences in Women: a Cross-Sectional Study

Cita: Méndez-Méndez, M. D., Fontanil, Y., Martín-Higarza, Y., Fernández-Álvarez, N. y Ezama, E. (2021). Configurations of adult attachment, indicators of mental health and adverse childhood experiences in women: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 13385.

<https://doi.org/10.3390/ijerph182413385>

Autores: María Dolores Méndez-Méndez¹, Yolanda Fontanil², Yolanda Martín-Higarza³, Natalia Fernández-Álvarez² y Esteban Ezama⁴

Afiliación: ¹Hospital Universitario Central de Asturias, Servicio de Salud Mental del Principado de Asturias; ²Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo; ³Instituto de Medicina Legal, Gobierno del Principado de Asturias y ⁴Hospital Universitario de Cabueñes, Servicio de Salud Mental del Principado de Asturias.

Nombre de la revista: International Journal of Environmental Research and Public Health

País de publicación: Suiza

Editorial: MDPI

ISSN: N/A EISSN: 1660 - 4601

Factor de impacto de la revista (JCR 2021): 4.614

Categoría: Ciencias medioambientales; Salud pública, medioambiental y laboral

Número de orden (JCR 2021): Cuartil 2 (100/279) (Ciencias medioambientales); Cuartil 2 (71/210) (Salud pública, medioambiental y laboral)

Número de lecturas: 207

Citas en Revistas Científicas

Chen, X. y Kim, H. K. (2024). The Relationship between emotional intelligence, mental health, and the english achievement of college students based on big data statistical analysis. *International Journal of Web-Based Learning and Teaching Technologies*, 19(1), 1–16. <https://doi.org/10.4018/IJWLTT.338716>

Nombre de la revista: International Journal of Web-Based Learning and Teaching Technologies

País de publicación: Estados Unidos

Editorial: IGI Global

ISSN: 1548 - 1093 EISSN: 1548 - 1107

Impacto en el Scimago Journal Rank (SJR): 15

Área temática y categoría: Informática (Aplicaciones informáticas); Ciencias Sociales (Educación, E-learning)

Dervishi, E., Canollari-Baze, A. y Ibrahimaj, F. (2023). Exploring the impact of parental attachment and communication on adolescent mental health: trusting bonds and open dialogues. *Análisis y Modificación de Conducta*, 49(181).

<https://doi.org/10.33776/amc.v49i181.8110>

Nombre de la revista: Análisis y Modificación de Conducta

País de publicación: España

Editorial: Universidad de Huelva

ISSN: 0211 - 7339 EISSN: 2173 - 6855

Índice Dialnet de Revistas e Investigadores (IDR-2022): 0.13

Área temática en la Clasificación Integrada de Revistas Científicas (CIRC): Ciencias Sociales.

Clasificación: Psicología y Educación: Psicología

Fontanil, Y., Méndez, M. D., Postigo, Á., Martín-Higarza, Y. y Ezama, E. (2023). How are adverse childhood experiences and women's mental health associated? A latent class analysis. *Acta Psychologica*, 241, 104088.

<https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.104088>

Nombre de la revista: Acta Psychologica

País de publicación: Países Bajos

Editorial: Elsevier

ISSN: 0001 - 6918 EISSN: 1660 - 4601

Factor de impacto de la revista (JCR 2022): 1.8

Categoría: Psicología, Experimental

Número de orden (JCR 2022): Cuartil 3 (65/89)

7.3. Tercer Estudio. How are Adverse Childhood Experiences and Women's Mental Health Associated? A Latent Class Analysis

Cita: Fontanil, Y., Méndez, M. D., Postigo, Á., Martín-Higarza, Y. y Ezama, E. (2023). How are adverse childhood experiences and women's mental health associated? A latent class analysis. *Acta Psychologica*, 241, 104088. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.104088>

Autores: Yolanda Fontanil¹, María Dolores Méndez-Méndez², Álvaro Postigo¹, Yolanda Martín-Higarza³ y Esteban Ezama⁴

Afiliación: ¹Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo; ²Hospital Universitario Central de Asturias, Servicio de Salud Mental del Principado de Asturias; ³Instituto de Medicina Legal, Gobierno del Principado de Asturias y ⁴Hospital Universitario de Cabueñes, Servicio de Salud Mental del Principado de Asturias.

Nombre de la revista: Acta Psychologica

País de publicación: Países Bajos

Editorial: Elsevier

ISSN: 0001 - 6918 EISSN: 1863 - 6918

Factor de impacto de la revista (JCR 2022): 1.8

Categoría: Psicología, Experimental

Número de orden (JCR 2022): Cuartil 3 (65/89)

Número de lecturas: 61

REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

8. Referencias Bibliográficas

- Aafjes-van Doorn, K., Kamsteeg, C. y Silberschatz, G. (2019). Cognitive mediators of the relationship between adverse childhood experiences and adult psychopathology: a systematic review. *Development and Psychopathology*, 32(3), 1017–1029.
<https://doi.org/10.1017/S0954579419001317>
- Abel, K. M. y Newbigging, K. (2018). *Addressing unmet needs in women's mental health*. British Medical Association. <https://www.bma.org.uk/media/2115/bma-womens-mental-health-report-aug-2018.pdf>
- Adshead, G. (2018). Security of mind: 20 years of attachment theory and its relevance to psychiatry. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 213(3), 511–513. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.104>
- Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., Asmundson, G. J. G., Stein, M. B., y Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American Journal of Public Health*, 98(5), 946–952. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.120253>
- Afifi, T. O., Fortier, J., Sareen, J. y Taillieu, T. (2019). Associations of harsh physical punishment and child maltreatment in childhood with antisocial behaviors in adulthood. *JAMA Network Open*, 2(1), e187374.
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.7374>
- Ainsworth, M.D.S. y Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41(1), 49–67.
<https://doi.org/10.2307/1127388>
- Albott, C. S., Forbes, M. K. y Anker, J. J. (2018). Association of childhood adversity with differential susceptibility of transdiagnostic psychopathology to environmental stress in

adulthood. *JAMA Network Open*, 1(7), e185354.

<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.5354>

Alcalá, H. E., Tomiyama, A. J. y von Ehrenstein, O. S. (2017). Gender differences in the association between adverse childhood experiences and cancer. *Women's Health Issues*, 27(6), 625–631. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.06.002>

Alexander, A. A., Welsh, E. y Glassmire, D. M. (2016). Underdiagnosing posttraumatic stress disorder in a state hospital. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 16(5), 448–459. <https://doi.org/10.1080/15228932.2016.1234142>

Alhowaymel, F. M., Kalmakis, K. A., Chiodo, L. M., Kent, N. M. y Almuneef, M. (2023). Adverse childhood experiences and chronic diseases: identifying a cut-point for ACE scores. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1651. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021651>

Alonso, Y., Ezama, E. y Fontanil, Y. (2014). Pasos hacia una psicopatología de las estrategias. *Mosaico*, 59, 125-133. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6950628>

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>

Altan-Atalay, A. y Sohtorik İlkmen, Y. (2020). Attachment and psychological distress: the mediator role of negative mood regulation expectancies. *Journal of Clinical Psychology*, 76(4), 778–786. <https://doi.org/10.1002/jclp.22913>

American Psychiatric Association. (2023). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales texto revisado* [DSM-5-TR]. Editorial Médica Panamericana.

American Psychological Association [APA]. (2017). *Facts about women and trauma* <https://www.apa.org/advocacy/interpersonal-violence/women-trauma>

- American Psychological Association [APA]. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association seventh edition. The official guide to APA style (7^a ed.,)*. American Psychological Association.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., 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. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- 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. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3233770/>
- 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., Porter, L. E. y Brown, D. W. (2020). Inside the adverse childhood experience score: strengths, limitations, and misapplications. *American Journal of Preventive Medicine*, 59(2), 293–295. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.01.009>
- 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>
- Angelakis, I., Gillespie, E. L. y Panagioti, M. (2019). Childhood maltreatment and adult suicidality: a comprehensive systematic review with meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(07), 1057–1078. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003823>

- Arslan, G. (2017). Psychological maltreatment, coping strategies, and mental health problems: a brief and effective measure of psychological maltreatment in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 68,96–106. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.03.023>
- Ashton, K., Bellis, M. y Hughes, K. (2016). Adverse childhood experiences and their association with health-harming behaviours and mental wellbeing in the welsh adult population: a national cross-sectional survey. *The Lancet*, 388, S21. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32257-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32257-7)
- Ashworth, E., Jarman, I., McCabe, P., McCarthy, M., Provazza, S., Crosbie, V., Quigg, Z. y Saini, P. (2023). Suicidal crisis among children and young people: associations with adverse childhood experiences and socio-demographic factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1251. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021251>
- Asociación Médica Mundial. (2000). *Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 52ª Asamblea general, Edimburgo, Escocia, octubre 2000.* <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314–319. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7597>
- Atzl, V. M., Grande, L. A., Davis, E. P. y Narayan, A. J. (2019). Perinatal promotive and protective factors for women with histories of childhood abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 91, 63–77. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.02.008>
- Auersperg, F., Vlasak, T., Ponocny, I. y Barth, A. (2019). Long-term effects of parental divorce on mental health – A meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 119, 107–115. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.09.011>

- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B. y Martín, U. (2020). Gender as a determinant of mental health and its medicalization. SESPAS report 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Baiden, P., Cassidy, J., Panisch, L. S., LaBrenz, C. A. y Onyeaka, H. K. (2021). Association of adverse childhood experiences with subjective cognitive decline in adulthood: findings from a population-based study. *Aging & Mental Health*, 26(11), 2214–2222. <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.2017848>
- Baldwin, J. R., Reuben, A., Newbury, J. B. y Danese, A. (2019). Agreement between prospective and retrospective measures of childhood maltreatment: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(6), 584–593. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0097>
- Baldwin, J. R. (2021). The economic costs linked to adverse childhood experiences in Europe. *The Lancet Public Health*, 6(11), e789–e790. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00233-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00233-4)
- Bartholomew, K. y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.2.226>
- Bartolomé-Valenzuela, M., Pereda, N. y Guilera, G. (2023). Prevalencia de experiencias adversas y victimización en personas adultas con trastorno mental grave en Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 37, 102314. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2023.102314>
- Basaglia, F. (1985). *Mujer, locura y sociedad* (2ª ed.). Universidad Autónoma de Puebla.
- Bateman, A. y Fonagui, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11–15. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2816926/>
- Bateson, G. (1976). *Pasos para una ecología de la mente*. Carlos Lohlé.

- Beckie, T. M. (2012). A systematic review of allostatic load, health, and health disparities. *Biological Research for Nursing, 14*(4), 311–346.
<https://doi.org/10.1177/1099800412455688>
- 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)
- Berens, S., Banzhaf, P., Baumeister, D., Gauss, A., Eich, W., Schaefer, R. y Tesarz, J. (2020). Relationship between adverse childhood experiences and illness anxiety in irritable bowel syndrome. The impact of gender. *Journal of Psychosomatic Research, 128*, 109846. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109846>
- Berg, K. A., Evans, K. E., Powers, G., Moore, S. E., Steigerwald, S., Bender, A. E., Holmes, M. R., Yaffe, A. y Connell, A. M. (2022). Exposure to intimate partner violence and children’s physiological functioning: a systematic review of the literature. *Journal of Family Violence, 37*(8), 1321–1335. <https://doi.org/10.1007/s10896-022-00370-0>
- Berzenski, S. R. (2018). Distinct emotion regulation skills explain psychopathology and problems in social relationships following childhood emotional abuse and neglect. *Development and Psychopathology, 31*(02), 483–496.
<https://doi.org/10.1017/S0954579418000020>
- Bessel van der Kok, M. D. (2020). *El cuerpo lleva la cuenta: cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. (3.ª ed.). Editorial Eleftheria. (Trabajo original publicado en 2014).
- Beyebach, M. y García, F. (2022). *Superar experiencias traumáticas. Una propuesta de intervención desde la terapia sistémica breve*. Herder.

- Bowlby, J. (1940). The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character. *The International Journal of Psychoanalysis*, 21, 154–178.
- Bowlby, J. (1996). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós. (Trabajo original publicado en 1988).
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida I. El apego*. Paidós. (Trabajo original publicado en 1969).
- Bozzatello, P., Rocca, P., Baldassarri, L., Bosia, M. y Bellino, S. (2021). The role of trauma in early onset borderline personality disorder: a biopsychosocial perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 721361. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.721361>
- Brajović, M., Bellis, M., Kukec, A., Terzić, N., Baban, A., Sethi, D. y Zaletel-Kragelj, L. (2018). Identification of adverse childhood experiences strongly predicting suicidal behaviour among emerging adults in Montenegro and Romania: a new way to targeted cost-effective prevention. *Annali Dell'Istituto Superiore Di Sanita*, 54(4), 348–357. https://doi.org/10.4415/ANN_18_04_12
- Brandão, T., Brites, R., Hipólito, J. y Nunes, O. (2023). Attachment orientations, emotion goals, and emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 204, 112059. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.112059>
- Briere, J. N. y Elliott, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*, 4(2), 54. <https://doi.org/10.2307/1602523>
- Briggs, E. C., Amaya-Jackson, L., Putnam, K. T. y Putnam, F. W. (2021). All adverse childhood experiences are not equal: the contribution of synergy to adverse childhood experience scores. *The American Psychologist*, 76(2), 243–252. <https://doi.org/10.1037/amp0000768>

- Brugiavini, A., Buia, R. E., Kovacic, M. y Orso, C. E. (2022). Adverse childhood experiences and unhealthy lifestyles later in life: evidence from SHARE countries. *Review of Economics of the Household*. <https://doi.org/10.1007/s11150-022-09612-y>
- Brustenghi, F., Mezzetti, F. A. F., Di Sarno, C., Giulietti, C., Moretti, P. y Tortorella, A. (2019). Eating disorders: the role of childhood trauma and the emotion dysregulation. *Psychiatria Danubina*, 31(3), 509–511. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31488781/>
- Bryce, I. y Collier, S. (2022). A systematic literature review of the contribution accumulation makes to psychological and physical trauma sustained through childhood maltreatment. *Trauma Care*, 2(2), 307–329. <https://doi.org/10.3390/traumacare2020026>
- Buchanan, G. J. R., Tate, A. D., Barnes, A., Trofholz, A. C. y Berge, J. M. (2023). Potential points of intervention to minimize the impact of parents' adverse childhood experiences on child mental health. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 44(1), e24–e31. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000001140>
- Bud, S., Nechita, D. y Szentagotai Tatar, A. (2023). Emotion regulation strategies in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychologist*, 1–18. <https://doi.org/10.1080/13284207.2022.2152668>
- Bunting, L., McCartan, C., Davidson, G., Grant, A., Mulholland, C., Schubotz, D., McBride, O., Murphy, J., Nolan, E. y Shevlin, M. (2022). Experiences of childhood adversity across generations. Continuity or change? A study from the Northern Ireland youth wellbeing survey. *Child Abuse & Neglect*, 127, 105568. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35247660/>
- Burkitt, I. (2018). Decentring emotion regulation: from emotion regulation to relational emotion. *Emotion Review*, 10(2), 167–173. <https://doi.org/10.1177/1754073917712441>

- Campbell, J. A., Walker, R. J. y Egede, L. E. (2016). Associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviors, and morbidity in adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(3), 344–352. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.07.022>
- Campo-Arias, A., Herazo, E. y Reyes-Rojas, M. (2021). Psiquiatría cultural: más allá del DSM-5. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(2), 138–145. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.06.006>
- Cano García, F. J., Rodríguez Franco, L. y García Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (1), 29-39. <https://idus.us.es/handle/11441/56854>
- Caravaca-Sánchez, F., Fearn, N. E., Vidovic, K. R. y Vaughn, M. G. (2019). Female prisoners in Spain: adverse childhood experiences, negative emotional states, and social support. *Health & Social Work*, 44(3), 157–166. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlz013>
- Causadias, J. M. y Cicchetti, D. (2018). Cultural development and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 30(5), 1549–1555. <https://doi.org/10.1017/S0954579418001220>
- Cavazzoni, F., Fiorini, A. y Veronese, G. (2022). Alternative ways of capturing the legacies of traumatic events: a literature review of agency of children living in countries affected by political violence and armed conflicts. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(2), 555–566. <https://doi.org/10.1177/1524838020961878>
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2019). *Preventing adverse childhood experiences: leveraging the best available evidence*. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/82316>
- Centro Nacional de Epidemiología. (2018). *Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica*. Instituto de Salud Carlos III. <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=09/01/2018-44802ce4e8>

Centro Nacional de recursos para hijos y familias de personas encarceladas de la Rutgers

University Camden. (2015). *Biblioteca sobre hijos de padres encarcelados*.

<https://proyectoleen.org/wp-content/uploads/2022/11/BIBLIOTECA-HIJOS-PADRES-ENCARCELADOS.pdf>

Cibralic, S., Alam, M., Mendoza Diaz, A., Woolfenden, S., Katz, I., Tzioumi, D., Murphy, E.,

Deering, A., McNamara, L., Raman, S. y Eapen, V. (2022). Utility of screening for adverse childhood experiences (ACE) in children and young people attending clinical and healthcare settings: a systematic review. *BMJ Open*, *12*(8), e060395.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060395>

Cicchetti, D. y Toth, S. L. (2016). Child maltreatment and developmental psychopathology: A multilevel perspective. En D. Cicchetti (Ed.), *Developmental Psychopathology* (pp. 1–56). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy311>

Cloitre, M., Khan, C., Mackintosh, M. A., Garvert, D., Henn-Haase, C., Falvey, E. y Saito, J. (2019). Emotion regulation mediates the relationship between ACEs and physical and mental health. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *11*(1), 82–89. <https://doi.org/10.1037/tra0000374>

Coen, S. y Banister, E. (2012). *What a difference sex and gender make: a gender, sex and health research casebook*. <https://doi.org/10.14288/1.0132684>

Conti, G., Pizzo, E., Morris, S. y Melnychuk, M. (2021). The economic costs of child maltreatment in UK. *Health Economics*, *30*(12), 3087–3105. <https://doi.org/10.1002/hec.4409>

Cooke, J. E., Racine, N., Plamondon, A., Tough, S. y Madigan, S. (2019). Maternal adverse childhood experiences, attachment style, and mental health: pathways of transmission to child behavior problems. *Child Abuse & Neglect*, *93*, 27–37.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.04.011>

- Copeland, W. E., Shanahan, L., Hinesley, J., Chan, R. F., Aberg, K. A., Fairbank, J. A., van den Oord, E. J. C. G. y Costello, E. J. (2018). Association of childhood trauma exposure with adult psychiatric disorders and functional outcomes. *JAMA Network Open*, *1*(7), e184493. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.4493>
- Crittenden, P. M. (1990). Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, *11*(3), 259–277. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(199023\)11:3<259::AID-IMHJ2280110308>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1097-0355(199023)11:3<259::AID-IMHJ2280110308>3.0.CO;2-J)
- Crittenden, P. M. (2017). Gifts from Mary Ainsworth and John Bowlby. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *22*(3), 436–442. <https://doi.org/10.1177/1359104517716214>
- Crittenden, P. M. (2020). CCPP's contribution to the maturing of the DMM. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *25*(4), 734–739. <https://doi.org/10.1177/1359104520952814>
- Cruz, D., Lichten, M., Berg, K. y George, P. (2022). Developmental trauma: conceptual framework, associated risks and comorbidities, and evaluation and treatment. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 800687. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.800687>
- Cushing, T., Robertson, S., Mannes, J., Marshall, N., Carey, M. J., Duschinsky, R. y Meiser-Stedman, R. (2023). The relationship between attachment and posttraumatic stress in children and adolescents: a meta-analytic review. *Development and Psychopathology*, 1–15. <https://doi.org/10.1017/S0954579423000299>
- Dagan, O., Schuengel, C., Verhage, M. L., van IJzendoorn, M. H., Sagi-Schwartz, A., Madigan, S., Duschinsky, R., Roisman, G. I., Bernard, K., Bakermans-Kranenburg, M., Bureau, J. F., Volling, B. L., Wong, M. S., Colonesi, C., Brown, G. L., Eiden, R. D., Fearon, R. M. P., Oosterman, M., Aviezer, O., ... y Collaboration on attachment to multiple parents and outcomes synthesis. (2021). Configurations of mother-child and father-child attachment as predictors of internalizing and externalizing behavioral problems: an

individual participant data (IPD) meta-analysis. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 2021(180), 67–94. <https://doi.org/10.1002/cad.20450>

Dallos, R. y Vetere, A. (2014). Systemic therapy and attachment narratives: Attachment Narrative Therapy. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19(4), 494–502. <https://doi.org/10.1177/1359104514550556>

Danese, A. y McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & Behavior*, 106(1), 29–39. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2011.08.019>

Daníelsdóttir, H. B., Aspelund, T., Þórðardóttir, E. B., Fall, K., Fang, F., Tómasson, G., Rúnarsdóttir, H., Yang, Q., Choi, K. W., Kennedy, B., Halldorsdottir, T., Lu, D., Song, H., Jakobsdóttir, J., Hauksdóttir, A. y Valdimarsdóttir, U. A. (2021). Adverse childhood experiences and resilience among adult women: a population-based study. *Elife*, 11, e71770. <https://doi.org/10.1101/2021.07.05.21260008>

Davies, S. E., Harman, S., Manjoo, R., Tanyag, M. y Wenham, C. (2019). Why it must be a feminist global health agenda. *The Lancet*, 393(10171), 601–603. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32472-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32472-3)

Davison, M. L., Bershady, B., Bieber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E. y Kane, R. L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: preliminary findings. *Assessment*, 4(3), 259–276. <https://doi.org/10.1177/107319119700400306>

Delegación del Gobierno Contra la Violencia de Género. (2020). *Menores y violencia de género*. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigacion/es/2020/pdfs/Estudio_menores_final.pdf

- DeLisi, M., Drury, A. J. y Elbert, M. J. (2019). The etiology of antisocial personality disorder: the differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Comprehensive Psychiatry*, 92, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2019.04.001>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Doi, S., Fujiwara, T. y Isumi, A. (2021). Association between maternal adverse childhood experiences and mental health problems in offspring: an intergenerational study. *Development and Psychopathology*, 33(3), 1041–1058. <https://doi.org/10.1017/S0954579420000334>
- Doyle-Price, J y Sacks-Jones, K. (2018). *The Women's Mental Health Taskforce. Final report.* [https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5c18e0f0ed915d0b8a31a424/The Women's Mental Health Taskforce - final report1.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5c18e0f0ed915d0b8a31a424/The_Women's_Mental_Health_Taskforce_-_final_report1.pdf)
- Dube, S. R. (2018). Continuing conversations about adverse childhood experiences (ACEs) screening: a public health perspective. *Child Abuse & Neglect*, 85, 180–184. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.007>
- Dunn, E. C., Nishimi, K., Neumann, A., Renaud, A., Cecil, C. A. M., Susser, E. S. y Tiemeier, H. (2019). Time-dependent effects of exposure to physical and sexual violence on psychopathology symptoms in late childhood: in search of sensitive periods in development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(2), 283-295.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.02.022>
- Ellis, B. J., Sheridan, M. A., Belsky, J. y McLaughlin, K. A. (2022). Why and how does early adversity influence development? Toward an integrated model of dimensions of environmental experience. *Development and Psychopathology*, 34(2), 447–471. <https://doi.org/10.1017/S0954579421001838>

- Espeleta, H. C., Sharkey, C. M., Bakula, D. M., Gamwell, K. L., Archer, C., Perez, M. N., Roberts, C. M., Chaney, J. M. y Mullins, L. L. (2019). Adverse childhood experiences and chronic medical conditions: emotion dysregulation as a mediator of adjustment. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27(3), 572–581.
<https://doi.org/10.1007/s10880-019-09639-x>
- Ezama, E., Alonso, Y. y Fontanil, Y. (2010). Pacientes, síntomas, trastornos, organicidad y psicopatología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 293–314. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/midias/ibc-119641>
- Ezama, E., Fontanil, Y. y Alonso, Y. (2017). Strategies and disfunctions: proposal for a systemic psychopathology. *Human Systems: The Journal of Therapy, Consultation & Training*, 28(3), 371-387.
- Farina, B. y Liotti, G. (2013). Does a dissociative psychopathological dimension exist? A review on dissociative processes and symptoms in developmental trauma spectrum disorders. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 10(1), 11–18.
<https://psycnet.apa.org/record/2013-15314-002>
- Felitti, V. J. (2019). Health appraisal and the Adverse Childhood Experiences Study: national implications for health care, cost, and utilization. *The Permanente Journal*, 23(1), 18–026. <https://doi.org/10.7812/TPP/18-026>
- Felitti, V. J., 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)

- Finlay, S., Roth, C., Zimsen, T., Bridson, T. L., Sarnyai, Z. y McDermott, B. (2022). Adverse childhood experiences and allostatic load: a systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 136, 104605. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104605>
- Finkelhor, D. (2018). Screening for adverse childhood experiences (ACEs): Cautions and suggestions. *Child Abuse & Neglect*, 85, 174–179.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.07.016>
- 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>
- Fitzgerald, M. y Gallus, K. (2020). Emotional support as a mechanism linking childhood maltreatment and adult's depressive and social anxiety symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 108, 104645. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104645>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. y Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992–1003.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>
- Fontanil, Y., Alonso, Y. y Ezama Coto, E. (2015). Pautas de crianza y masculinidad. estilos de apego, emociones violentas y psicoterapia. *Revista de Psicología GEPU*, 6(2), 11.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6918896>
- 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>
- Fontanil, Y., Méndez, M. D., Martín-Higarza, Y., Solís-García, P. y Ezama, E. (2021). Adverse childhood experiences and mental health in women: pathways of influence in a clinical sample. *Psicothema*, 33.3, 399–406. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.39>

- Fontanil, Y., Méndez, M. D., Postigo, Á., Martín-Higarza, Y. y Ezama, E. (2023). How are adverse childhood experiences and women's mental health associated? A latent class analysis. *Acta Psychologica*, 241, 104088. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2023.104088>
- Fraley, R. C. (2019). Attachment in adulthood: recent developments, emerging debates, and future directions. *Annual Review of Psychology*, 70, 401–422. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102813>
- Francesconi, M. y Heckman, J. J. (2016). Child development and parental investment: introduction. *The Economic Journal*, 126(596), F1–F27. <https://doi.org/10.1111/eoj.12388>
- Fujiwara, T. (2022). Impact of adverse childhood experience on physical and mental health: a life-course epidemiology perspective. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 76(11), 544–551. <https://doi.org/10.1111/pcn.13464>
- Garland, E. L., Reese, S. E., Bedford, C. E. y Baker, A. K. (2019). Adverse childhood experiences predict autonomic indices of emotion dysregulation and negative emotional cue-elicited craving among female opioid-treated chronic pain patients. *Development and Psychopathology*, 31(3), 1101–1110. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000622>
- Gershon, A., Minor, K. y Hayward, C. (2008). Gender, victimization, and psychiatric outcomes. *Psychological Medicine*, 38(10), 1377–1391. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003000>
- Ghorbani, F., Khosravani, V., Mohammadzadeh, A. y Shadnia, S. (2019). The role of emotion dysregulation in the relation of childhood trauma to heroin craving in individuals with heroin dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 195, 132–139. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.12.008>

- Girme, Y. U., Jones, R. E., Fleck, C., Simpson, J. A. y Overall, N. C. (2021). Infants' attachment insecurity predicts attachment-relevant emotion regulation strategies in adulthood. *Emotion*, 21(2), 260-272. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/emo0000721>
- Godbout, N., Daspe, M. È., Runtz, M., Cyr, G. y Briere, J. (2019). Childhood maltreatment, attachment, and borderline personality related symptoms: gender-specific structural equation models. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(1), 90–98. <https://doi.org/10.1037/tra0000403>
- Goodman, L. A., Dutton, M. A. y Harris, M. (1995). Episodically homeless women with serious mental illness: prevalence of physical and sexual assault. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 65(4), 468–478. <https://doi.org/10.1037/h0079669>
- Granqvist, P., Sroufe, L. A., Dozier, M., Hesse, E., Steele, M., van Ijzendoorn, M., Solomon, J., Schuengel, C., Fearon, P., Bakermans-Kranenburg, M., Steele, H., Cassidy, J., Carlson, E., Madigan, S., Jacobvitz, D., Foster, S., Behrens, K., Rifkin-Graboi, A., Gribneau, N., ... Duschinsky, R. (2017). Disorganized attachment in infancy: a review of the phenomenon and its implications for clinicians and policymakers. *Attachment & Human Development*, 19(6), 534–558. <https://doi.org/10.1080/14616734.2017.1354040>
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Griffin, D. W. y Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(3), 430–445. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.3.430>
- Grigsby, T. J., Rogers, C. J., Albers, L. D., Benjamin, S. M., Lust, K., Eisenberg, M. E. y Forster, M. (2020). Adverse childhood experiences and health indicators in a young

- adult, college student sample: differences by gender. *International Journal of Behavioral Medicine*, 27(6), 660–667. <https://doi.org/10.1007/s12529-020-09913-5>
- Gross, J. J. y Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: conceptual foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–24). The Guilford Press.
- Gruhn, M. A. y Compas, B. E. (2020). Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: a meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 103, 104446. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104446>
- Guil Sánchez, J. (2023). Intento de suicidio antes y durante la pandemia de Covid-19. Estudio comparativo desde el servicio de urgencias. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 49(3), 101922. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.101922>
- Haahr-Pedersen, I., Perera, C., Hyland, P., Vallières, F., Murphy, D., Hansen, M., Spitz, P., Hansen, P. y Cloitre, M. (2020). Females have more complex patterns of childhood adversity: implications for mental, social, and emotional outcomes in adulthood. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1708618. <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1708618>
- Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Amorrortu editores.
- He, J., Yan, X., Wang, R., Zhao, J., Liu, J., Zhou, C. y Zeng, Y. (2022). Does childhood adversity lead to drug addiction in adulthood? A study of serial mediators based on resilience and depression. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 871459. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.871459>
- Hébert, M., Lapierre, A., MacIntosh, H. B. y Ménard, A. D. (2021). A review of mediators in the association between child sexual abuse and revictimization in romantic relationships. *Journal of Child Sexual Abuse*, 30(4), 385–406. <https://doi.org/10.1080/10538712.2020.1801936>

- Heller, L. y LaPierre, A. (2012). *Healing developmental trauma: how early trauma affects self-regulation, self-image, and the capacity for relationship*. North Atlantic Books.
- Henares Montiel, J., Ruiz-Pérez, I. y Sordo, L. (2020). Mental health in Spain and differences by sex, and by autonomous communities. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 114–119.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.03.002>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391.
<https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139–156.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-52742008000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Hogg, B., Gardoki-Souto, I., Valiente-Gómez, A., Rosa, A. R., Fortea, L., Radua, J., Amann, B. L. y Moreno-Alcázar, A. (2022). Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: an umbrella meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01495-5>
- Honor, G. (2019). Attachment disorders. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 33(5), 612–622. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2019.04.017>
- Hosang, G. M. y Bhui, K. (2018). Gender discrimination, victimisation and women's mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 682–684.
<https://doi.org/10.1192/bjp.2018.244>
- Hou, H., Zhang, C., Tang, J., Wang, J., Xu, J., Zhou, Q., Yan, W., Gao, X. y Wang, W. (2022). Childhood experiences and psychological distress: can benevolent childhood

experiences counteract the negative effects of adverse childhood experiences? *Frontiers in Psychology*, 13, 800871. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.800871>

Huang, Y. L., Fonagy, P., Feigenbaum, J., Montague, P. R., Nolte, T. y London Personality and Mood Disorder Research Consortium. (2020). Multidirectional pathways between attachment, mentalizing, and posttraumatic stress symptomatology in the context of childhood trauma. *Psychopathology*, 53(1), 48–58. <https://doi.org/10.1159/000506406>

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. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)

Huh, H. J., Jeong, B. R., Hwang, J. H. y Chae, J. H. (2020). High behavioral inhibition system/behavioral activation system sensitivity, childhood emotional neglect and their interaction as possible related factors for adult attachment style in depression. *Psychiatry Investigation*, 17(2), 122–129. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0165>

Iniguez, K. C. y Stankowski, R. V. (2016). Adverse childhood experiences and health in adulthood in a rural population-based sample. *Clinical Medicine & Research*, 14(3–4), 126–137. <https://doi.org/10.3121/cmr.2016.1306>

Instituto Nacional de Estadística. (2023). *Estadística de condenados: adultos. Últimos datos*. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=estadistica_C&cid=1254736176793&menu=ultiDatos&idp=1254735573206

Jin, J., Burbach, L., Greenshaw, A. J. y Winkler, O. (2023). Commentary: coercion in psychiatry: Lessons learned from trauma-informed care. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 68(2), 86–88. <https://doi.org/10.1177/07067437221125884>

Johnson, J., Chaudieu, I., Ritchie, K., Scali, J., Ancelin, M. L. y Ryan, J. (2020). The extent to which childhood adversity and recent stress influence all cause mortality risk in older

adults. *Psychoneuroendocrinology*, *111*, 104492.

<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.104492>

Johnstone, L. y Boyle, M. (2018). The Power Threat Meaning Framework: an alternative nondiagnostic conceptual system. *Journal of Humanistic Psychology*, 002216781879328. <https://doi.org/10.1177/0022167818793289>

Jones, C. M., Merrick, M. T. y Houry, D. E. (2020). Identifying and preventing adverse childhood experiences. *JAMA*, *323*(1), 25–26. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.18499>

Jones, M. S., Pierce, H. y Shafer, K. (2022). Gender differences in early adverse childhood experiences and youth psychological distress. *Journal of Criminal Justice*, *83*, 101925. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2022.101925>

Jorm, A. F. y Mulder, R. T. (2018). Prevention of mental disorders requires action on adverse childhood experiences. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *52*(4), 316–319. <https://doi.org/10.1177/0004867418761581>

Kahl, B. L., Kavanagh, P. S. y Gleaves, D. H. (2020). Testing a life history model of psychopathology: a replication and extension. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01062-y>

Kalia, V. y Knauff, K. (2020). Emotion regulation strategies modulate the effect of adverse childhood experiences on perceived chronic stress with implications for cognitive flexibility. *PloS One*, *15*(6), e0235412. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235412>

Karatekin, C., y Hill, M. (2019). Expanding the original definition of adverse childhood experiences (ACEs). *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *12*(3), 289–306. <https://doi.org/10.1007/s40653-018-0237-5>

Kaur, R. (2018). *Otras maneras de usar la boca*. Seix Barral. (Trabajo original publicado en 2015).

- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M. y Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress, 26*(5), 537–547. <https://doi.org/10.1002/jts.21848>
- Kim, S. G., Weissman, D. G., Sheridan, M. A. y McLaughlin, K. A. (2023). Child abuse and automatic emotion regulation in children and adolescents. *Development and Psychopathology, 35*(1), 157–167. <https://doi.org/10.1017/S0954579421000663>
- Kimbert, L.S. y Wheeler, M. (2019). Trauma and trauma informed care. En M. R. Gerber (Ed.), *Trauma-informed healthcare approaches. A guide for primary care* (pp. 25-55). Springer. <https://www.acesaware.org/wp-content/uploads/2019/12/Chapter-2-Trauma-and-Trauma-Informed-Care.pdf>
- King, A. R. (2021). Childhood adversity links to self-reported mood, anxiety, and stress-related disorders. *Journal of Affective Disorders, 292*, 623–632. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.112>
- Kokoulina, E. y Fernández, R. (2014). Maltrato físico y emocional durante la infancia y conducta suicida en el adulto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 19*(2), 93–103. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.2.2014.13060>
- 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>
- Korkeila, J., Vahtera, J., Korkeila, K., Kivimäki, M., Sumanen, M., Koskenvuo, K. y Koskenvuo, M. (2010). Childhood adversities as predictors of incident coronary heart disease and cerebrovascular disease. *Heart (British Cardiac Society), 96*(4), 298–303. <https://doi.org/10.1136/hrt.2009.188250>

- Kriegler, S. y Bester, S. E. (2014). A critical engagement with the DSM-5 and psychiatric diagnosis. *Journal of Psychology in Africa*, 24(4), 393–401.
<https://psycnet.apa.org/record/2014-52295-013>
- Krinner, L. M., Warren-Findlow, J., Bowling, J., Issel, L. M. y Reeve, C. L. (2021). The dimensionality of adverse childhood experiences: a scoping review of ACE dimensions measurement. *Child Abuse & Neglect*, 121, 105270.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.10527>
- Lacasa, F., Mitjavila, M., Ochoa, S. y Balluerka, N. (2015). The relationship between attachment styles and internalizing or externalizing symptoms in clinical and nonclinical adolescents. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 31(2), 422–432.
<https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.169711>
- Lacey, R. E. y Minnis, H. (2020). Practitioner review: Twenty years of research with adverse childhood experience scores. Advantages, disadvantages and applications to practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(2), 116–130.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13135>
- 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.
<https://doi.org/10.1007/s10995-017-2365-1>
- Lavi, I., Katz, L. F., Ozer, E. J. y Gross, J. J. (2019). Emotion reactivity and regulation in maltreated children: a meta-analysis. *Child Development*, 90(5), 1503–1524.
<https://doi.org/10.1111/cdev.13272>
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

- Leban, L. y Delacruz, D. J. (2023). Adverse childhood experiences and delinquency: does age of assessment matter? *Journal of Criminal Justice*, 86, 102033.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2023.102033>
- Lee, R. D. y Chen, J. (2017). Adverse childhood experiences, mental health, and excessive alcohol use: examination of race/ethnicity and sex differences. *Child Abuse & Neglect*, 69, 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.04.004>
- Lee, Y., Choi, Y. y Yoo, H. (2022). Protection and risk factors for self-harm behaviors in middle school students: focusing on daily stress, self-control, and social support. *The Korea Association of Yeolin Education*, 30(1), 93–116.
<https://doi.org/10.18230/tjye.2022.30.1.93>
- Li, M., D'Arcy, C. y Meng, X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological Medicine*, 46(4), 717–730. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002743>
- Lin, H. C., Yang, Y., Elliott, L. y Green, E. (2020). Individual differences in attachment anxiety shape the association between adverse childhood experiences and adult somatic symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 101, 104325.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104325>
- Linares, J. L. y Soriano, J. A. (2017). Pasos para una psicopatología relacional. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 5(2), 119–146.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71187>
- Liotti, G. (2017). Conflicts between motivational systems related to attachment trauma: key to understanding the intra-family relationship between abused children and their abusers. *Journal of Trauma & Dissociation: The Official Journal of the International Society for*

the Study of Dissociation (ISSD), 18(3), 304–318.

<https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1295392>

Lovis-Schmidt, A., Schilling, J., Pudschun, C. y Rindermann, H. (2022). Adverse childhood experiences and physical diseases in adulthood: a summary of meta-analyses.

Traumatology. <https://doi.org/10.1037/trm0000412>

Loxton, D., Townsend, N., Dolja-Gore, X., Forder, P. y Coles, J. (2019). Adverse childhood experiences and healthcare costs in adult life. *Journal of Child Sexual Abuse*, 28(5), 511–525. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1523814>

Lueger-Schuster, B., Knefel, M., Glück, T. M., Jagsch, R., Kantor, V. y Weindl, D. (2018). Child abuse and neglect in institutional settings, cumulative lifetime traumatization, and psychopathological long-term correlates in adult survivors: the Vienna Institutional Abuse Study. *Child Abuse & Neglect*, 76, 488–501.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.12.009>

Lyons-Ruth, K. y Jacobvitz, D. (2016). Attachment disorganization from infancy to adulthood: Neurobiological correlates, parentin context, and pathways to disorder. En J. Cassidy y P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical implications*, (pp.667-695). Guilford Press.

Main, M. y Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status. En M.T. Greenberg, D. Cicchetti, y E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 161–181). Chicago: University of Chicago Press.

Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. En T. B. Brazelton y M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex Publishing

- Marks, C., Pearson, J. L., Zúñiga, M. L., Martin, N., Werb, D. y Smith, L. R. (2022). Articulating the trauma-informed theory of individual health behavior. *Stress and Health*, 38(1), 154–162. <https://doi.org/10.1002/smi.3068>
- Martín-Higarza, Y. (2021). *El impacto de las experiencias adversas infantiles en la calidad de vida en población adulta en situación de vulnerabilidad social* [Tesis doctoral, Universidad de Oviedo]. Repositorio Institucional de la Universidad de Oviedo. <http://hdl.handle.net/10651/60381>
- Martín-Higarza, Y., Fontanil-Gómez, Y. y Ezama, E. (2021) Impacto de las experiencias adversas en la infancia en la calidad de vida en adultos en situaciones de vulnerabilidad social. *Mosaico*, 79, 94-112. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8297111>
- 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), 8507. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228507>
- Martínez-Menéndez, N., García-Vega, E. y Fernández-García, R. (2021). Children's adverse experiences and psychotic chronification. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 49(4), 145–154. <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/283>
- Matjasko, J. L., Herbst, J. H. y Estefan, L. F. (2022). Preventing adverse childhood experiences: the role of etiological, evaluation, and implementation research. *American Journal of Preventive Medicine*, 62(6 Suppl 1), S6–S15. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.10.024>
- McKay, M. T., Kilmartin, L., Meagher, A., Cannon, M., Healy, C. y Clarke, M. C. (2022). A revised and extended systematic review and meta-analysis of the relationship between childhood adversity and adult psychiatric disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 156, 268–283. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.10.015>

- McKelvey, L. M., Whiteside-Mansell, L., Zhang, D. y Selig, J. P. (2020). Adverse childhood experiences in infancy: a latent class approach exploring interrelatedness of risks. *Adversity and Resilience Science*, *1*(1), 81–93. <https://doi.org/10.1007/s42844-020-00003-9>
- McLafferty, M., Bunting, B. P., Armour, C., Lapsley, C., Ennis, E., Murray, E. y O’Neill, S. M. (2020). The mediating role of emotion regulation strategies on psychopathology and suicidal behaviour following negative childhood experiences. *Children and Youth Services Review*, *116*, 105212. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105212>
- McLaughlin, K. A., Colich, N. L., Rodman, A. M. y Weissman, D. G. (2020). Mechanisms linking childhood trauma exposure and psychopathology: a transdiagnostic model of risk and resilience. *BMC Medicine*, *18*(1), 96. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01561-6>
- McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., Humphreys, K. L., Belsky, J. y Ellis, B. J. (2021). The value of dimensional models of early experience: thinking clearly about concepts and categories. *Perspectives on Psychological Science*, *16*(6), 1463–1472. <https://doi.org/10.1177/1745691621992346>
- Méndez-Méndez, M. D., Fontanil, Y., Martín-Higarza, Y., Fernández-Álvarez, N. y Ezama, E. (2021). Configurations of adult attachment, indicators of mental health and adverse childhood experiences in women: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(24), 13385. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413385>
- Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A., Guinn, A. S., Chen, J., Klevens, J., Metzler, M., Jones, C. M., Simon, T. R., Daniel, V. M., Ottley, P. y Mercy, J. A. (2019). Vital signs: estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for prevention - 25 states, 2015–2017. *MMWR. Morbidity*

and Mortality Weekly Report, 68(44), 999–1005.

<https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6844e1>

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. y Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11–15. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003>

Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2018). Attachment theory as a framework for studying relationship dynamics and functioning. In A. L. Vangelisti y D. Perlman (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 175–185). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316417867.015>

Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 25, 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.006>

Miller, T. R., Waehrer, G. M., Oh, D. L., Purewal Boparai, S., Ohlsson Walker, S., Silverio Marques, S. y Burke Harris, N. (2020). Adult health burden and costs in California during 2013 associated with prior adverse childhood experiences. *PLOS ONE*, 15(1), e0228019. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228019>

Milojevich, H. M., Norwalk, K. E. y Sheridan, M. A. (2019). Deprivation and threat, emotion dysregulation, and psychopathology: concurrent and longitudinal associations. *Development and Psychopathology*, 31(3), 847–857. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000294>

Ministerio de Sanidad (2018). *Encuesta nacional de salud de España 2017*.

[https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.h](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm)

[tm](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm)

- Ministerio de Sanidad. (2022). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021*.
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2020_21/INFORME_ANUAL_2020_21.pdf
- Miu, A. C., Szentágotai-Táatar, A., Balázsi, R., Nechita, D., Bunea, I. y Pollak, S. D. (2022). Emotion regulation as mediator between childhood adversity and psychopathology: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 93, 102141.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102141>
- Morales, S., Fu, X. y Pérez-Edgar, K. E. (2016). A developmental neuroscience perspective on affect-biased attention. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 21, 26–41.
<https://doi.org/10.1016/j.dcn.2016.08.001>
- Morgart, K., Harrison, J. N., Hoon, A. H. y Wilms Floet, A. M. (2021). Adverse childhood experiences and developmental disabilities: risks, resiliency, and policy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 63(10), 1149–1154. <https://doi.org/10.1111/dmcn.14911>
- 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>
- Narayan, A. J., Lieberman, A. F., y Masten, A. S. (2021). Intergenerational transmission and prevention of adverse childhood experiences (ACEs). *Clinical Psychology Review*, 85, 101997. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101997>
- National Institute of Mental Health [NIMH]. (2022). *Mental illness*.
<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>

- Nicol, A., Mak, A. S., Murray, K., Walker, I. y Buckmaster, D. (2020). The relationships between early maladaptive schemas and youth mental health: a systematic review. *Cognitive Therapy and Research*, 44(4), 715–751. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10092-6>
- Novais, M., Henriques, T., Vidal-Alves, M. J. y Magalhães, T. (2021). When problems only get bigger: The impact of adverse childhood experience on adult health. *Frontiers in Psychology*, 12, 693420. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.693420>
- Ochoa, L. G., Fernandez, A., Lee, T. K., Estrada, Y. y Prado, G. (2021). The intergenerational impact of adverse childhood experiences on hispanic families: the mediational roles of parental depression and parent–adolescent communication. *Family Process*, 61(1), 422–435. <https://doi.org/10.1111/famp.12652>
- Office on Women’s Health [OWH]. (2021). *Abuse, trauma, and mental health*. <https://www.womenshealth.gov/mental-health/abuse-trauma-and-mental-health>
- Olf, M. (2017). Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(4), 1351204. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1351204>
- Oral, R., Ramirez, M., Coohy, C., Nakada, S., Walz, A., Kuntz, A., Benoit, J. y Peek-Asa, C. (2015). Adverse childhood experiences and trauma informed care: the future of health care. *Pediatric Research*, 79(1), 227–233. <https://doi.org/10.1038/pr.2015.197>
- Ordóñez-Cambolor, N., Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., García-Álvarez, L., Pizarro-Ruiz, J. P. y Lemos-Giráldez, S. (2016). Evaluación de experiencias traumáticas tempranas en adultos. *Papeles del Psicólogo*, 37(1), 36–44. <https://www.redalyc.org/journal/778/77844204005/html/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Adverse childhood experiences international questionnaire (ACE-IQ)*. <https://cdn.who.int/media/docs/default->

[source/documents/child-maltreatment/ace-iq-guidance-for-analysing.pdf?sfvrsn=adfe12bb_2](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022a). *Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos.*

[file:///C:/Users/Loli/Downloads/9789240051966-spa%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Loli/Downloads/9789240051966-spa%20(2).pdf)

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022b). *Maltrato infantil.*

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS].

(2020). *Violencia contra las niñas y los niños.* <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-ninas-ninos>

Otten, D., Tibubos, A. N., Schomerus, G., Brähler, E., Binder, H., Kruse, J., Ladwig, K. H.,

Wild, P. S., Grabe, H. J. y Beutel, M. E. (2021). Similarities and differences of mental health in women and men: a systematic review of findings in three large german cohorts. *Frontiers in Public Health, 9.*

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.553071>

Panagou, C. y McBeth, A. (2022). Deconstructing pathways to resilience: a systematic review

of associations between psychosocial mechanisms and transdiagnostic adult mental health outcomes in the context of adverse childhood experiences. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 29(5)*, 1626–1654. <https://doi.org/10.1002/cpp.2732>

Park, A., Kim, Y. y Murphy, J. (2023). Adverse childhood experiences and substance use

among korean college students: different by gender? *Child Indicators Research, 16(4)*, 1811–1825. <https://doi.org/10.1007/s12187-023-10036-y>

Parker, J. D. y Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: a critical review.

European Journal of Personality, 6(5), 321–344.

<https://doi.org/10.1002/per.2410060502>

- Parnes, M. F. y Schwartz, S. E. O. (2022). Adverse childhood experiences: examining latent classes and associations with physical, psychological, and risk-related outcomes in adulthood. *Child Abuse & Neglect*, *127*, 105562.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105562>
- Perchtold, C. M., Fink, A., Rominger, C., Weber, H., De Assunção, V. L., Schuler, G., Weiss, E. M. y Papousek, I. (2018). Reappraisal inventiveness: impact of appropriate brain activation during efforts to generate alternative appraisals on the perception of chronic stress in women. *Anxiety, Stress, & Coping*, *31*(2), 206–221.
<https://doi.org/10.1080/10615806.2017.1419205>
- Pérez-Álvarez, M. y González-Pardo, H. (2007). *La invención de los trastornos mentales: ¿escuchando al fármaco o al paciente?* Alianza Editorial.
- Pérez-Álvarez, M. (2019). Diagnóstico más allá de los síntomas. Un enfoque centrado en el mundo de la vida de las personas. *Cuadernos de psiquiatría comunitaria. Psicopatología fenomenológica*, *16*(1), 22-38. <https://aen.es/wp-content/uploads/docs/cuadernos-de-psiquiatria-vol-16-fin-19.pdf>
- Perlman, M. R., Dawson, A. E., Dardis, C. M., Egan, T. y Anderson, T. (2016). The association between childhood maltreatment and coping strategies: the indirect effect through attachment. *The Journal of Genetic Psychology*, *177*(5), 156–171.
<https://doi.org/10.1080/00221325.2016.1220912>
- Perry, K. J., Mutignani, L. M., Gissandaner, T. D., Penner, F., Santos, R. y Sarver, D. E. (2023). Testing an integrated dimensional model of adverse childhood experiences: associations with COVID-19 outcomes. *Child Abuse & Neglect*, *143*, 106239.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106239>

- Petrucelli, K., Davis, J. y Berman, T. (2019). Adverse childhood experiences and associated health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 97, 104127. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104127>
- Pilkington, P. D., Bishop, A. y Younan, R. (2020). Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, cpp.2533. <https://doi.org/10.1002/cpp.2533>
- Pitillas, C. (2021). *El daño que se hereda. Comprender y abordar la transmisión intergeneracional del trauma*. Desclée de Brouwer.
- Poletti, M., Gebhardt, E. y Raballo, A. (2022). Childhood maltreatment and the subjective roots of mental health suffering. *Clinical Neuropsychiatry*, 19(1), 5–7. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20220102>
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H. y Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6–20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
- Prokopez, C. R., Vallejos, M., Farinola, R., Alberio, G., Caporusso, G. B., Cozzarin, L. G., Chiapella, L. C., Fuentes, P. y Daray, F. M. (2020). The history of multiple adverse childhood experiences in patients with schizophrenia is associated with more severe symptomatology and suicidal behavior with gender-specific characteristics. *Psychiatry Research*, 293, 113411. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113411>
- Quiroz, C. N., Méndez, P. O., Valero, C. Z. V. y Trujano, R. S. (2010). Inventario de estrategias de afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud*, 20(2), 213–220. <https://doi.org/10.25009/pys.v20i2.604>
- Rai, T., Mainali, P., Raza, A., Rashid, J. y Rutkofsky, I. (2019). Exploring the link between emotional child abuse and anorexia nervosa: a psychopathological correlation. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.5318>

- Rariden, C., SmithBattle, L., Yoo, J. H., Cibulka, N. y Loman, D. (2021). Screening for adverse childhood experiences: literature review and practice implications. *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(1), 98–104. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.08.002>
- Read, J. y Gumley, A. (2010). Can attachment theory help explain the relationship between childhood adversity and psychosis? En S. Benamer (Ed.), *Telling stories? Attachment-based approaches to the treatment of psychosis* (pp. 51–94). Karnac Books.
- Read, J., Harper, D., Tucker, I. y Kennedy, A. (2018). Do adult mental health services identify child abuse and neglect? A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 7–19. <https://doi.org/10.1111/inm.12369>
- Reuben, A., Moffitt, T. E., Caspi, A., Belsky, D. W., Harrington, H., Schroeder, 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, and Allied Disciplines*, 57(10), 1103–1112. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12621>
- Richardson, C. E., Magson, N. R., Fardouly, J., Oar, E. L., Forbes, M. K., Johnco, C. J., y Rapee, R. M. (2021). Longitudinal associations between coping strategies and psychopathology in pre-adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 50(6), 1189–1204. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01330-x>
- Rowell, T. y Neal-Barnett, A. (2022). A systematic review of the effect of parental adverse childhood experiences on parenting and child psychopathology. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 15(1), 167–180. <https://doi.org/10.1007/s40653-021-00400-x>
- Rudensine, S., Espinosa, A., McGee, A. B. y Routhier, E. (2018). Adverse childhood events, adult distress, and the role of emotion regulation. *Traumatology*, 25(2), 124–132. <https://doi.org/10.1037/trm0000176>

- Sánchez-Cánovas, J. y Sánchez-López, M. P. (1994). *Psicología diferencial: diversidad e individualidad humanas* (1ª ed.). Ramón Areces.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A. y Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema*, 20(2), 290–296.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720219>
- Shah, A. N., Beck, A. F., Sucharew, H. J., Litman, S., Pfefferman, C., Haney, J., Shah, S. S., Simmons, J. M., Auger, K. A. y on behalf of the H2O Study Group. (2018). Parental adverse childhood experiences and resilience on coping after discharge. *Pediatrics*, 141(4), e20172127. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-2127>
- Save the Children. (2017). *Ojos que no quieren ver: los abusos sexuales a niños y niñas en España y los fallos del sistema*.
https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/ojos_que_no_quieren_ver_12092017_web.pdf
- Save the Children. (2021). *Los abusos sexuales hacia la infancia en España. Principales características, incidencia, análisis de los fallos del sistema y propuestas para la especialización de los juzgados y la fiscalía*.
https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021-11/Los_abusos_sexuales_hacia_la_infancia_en_ESP.pdf
- Schaich, A., Assmann, N., Köhne, S., Alvarez-Fischer, D., Borgwardt, S., Schweiger, U., Klein, J. P. y Fabinder, E. (2021). The mediating effect of difficulties in emotion regulation on the association between childhood maltreatment and borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1934300.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.193430>
- Schalinski, I., Breinlinger, S., Hirt, V., Teicher, M. H., Odenwald, M. y Rockstroh, B. (2019). Environmental adversities and psychotic symptoms: the impact of timing of trauma,

abuse, and neglect. *Schizophrenia Research*, 205, 4–9.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.10.034>

Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1–2), 7–66.

[https://doi.org/https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N](https://doi.org/https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-N)

Seikkula, J. (2019). Psychosis is not illness but a survival strategy in severe stress: a proposal for an addition to a phenomenological point of view. *Psychopathology*, 52(2), 143–150.

<https://doi.org/10.1159/000500162>

Serván, I. (2023). *Desorganización del apego. Clínica y psicoterapia con adultos*. Desclée de Brouwer.

Shaver, P. R. y Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4(2), 133–161. <https://doi.org/10.1080/14616730210154171>

Sheffler, J. L., Piazza, J. R., Quinn, J. M., Sachs-Ericsson, N. J. y Stanley, I. H. (2019). Adverse childhood experiences and coping strategies: identifying pathways to resiliency in adulthood. *Anxiety, Stress, & Coping*, 32(5), 594–609.

<https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1638699>

Sheinbaum, T., Racioppi, A., Kwapil, T. R. y Barrantes-Vidal, N. (2020). Attachment as a mechanism between childhood maltreatment and subclinical psychotic phenomena: results from an eight-year follow-up study. *Schizophrenia Research*, 220, 261–264.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.03.023>

Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption y Dependent Care y Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. (2012). The lifelong effects of early

childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), e232-246.

<https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663>

Sideli, L., Murray, R. M., Schimmenti, A., Corso, M., La Barbera, D., Trotta, A. y Fisher, H. L.

(2020). Childhood adversity and psychosis: a systematic review of bio-psycho-social mediators and moderators. *Psychological Medicine*, 50(11), 1761–1782.

<https://doi.org/10.1017/S0033291720002172>

Silberg, J.L. (2019). *El niño superviviente: curar el trauma del desarrollo y la disociación*.

Desclée de Brouwer.

Smith, K. E. y Pollak, S. D. (2021). Rethinking concepts and categories for understanding the

neurodevelopmental effects of childhood adversity. *Perspectives on Psychological*

Science, 16(1), 67–93. <https://doi.org/10.1177/1745691620920725>

Solís, C. B. (2014). Embodiment of early psychosocial adversity and allostatic load using a life

course perspective: a review. *Odovtos - International Journal of Dental Sciences*, 16,

33-44. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=499550300009>

Springstein, T., Hamerling-Potts, K. K., Landa, I. y English, T. (2022). Adult attachment and

interpersonal emotion regulation motives in daily life. *Emotion*.

<https://doi.org/10.1037/emo0001169>

Stagaki, M., Nolte, T., Feigenbaum, J., King-Casas, B., Lohrenz, T., Fonagy, P. y Montague, P.

R. (2022). The mediating role of attachment and mentalising in the relationship between childhood maltreatment, self-harm and suicidality. *Child Abuse & Neglect*, 128, 105576.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105576>

Stanisławski, K. (2019). The coping circumplex model: an integrative model of the structure of coping with stress. *Frontiers in Psychology*, 10, 694.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00694>

- Stanton, K. J., Denietolis, B., Goodwin, B. J. y Dvir, Y. (2020). Childhood trauma and psychosis. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 115–129. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.004>
- Su, Y., Meng, X., Yang, G. y D'Arcy, C. (2022). The relationship between childhood maltreatment and mental health problems: coping strategies and social support act as mediators. *BMC Psychiatry*, 22(1), 359. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04001-2>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]. (2014a). *Base don tip 57. Trauma informed care in behavioral health services*. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma15-4420.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA]. (2014b). *Guidance document for supporting women in co-ed settings*. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma16-4979.pdf>
- Sucich, J., Breitbart, V., Williams, S., Sanichar, N., Candelaria-Arce, E., Frankle, W. G. y Davison-Duffy, S. (2023). Prevalence of childhood trauma in a community-based mental health clinic. *Community Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01094-1>
- Sundag, J., Zens, C., Ascone, L., Thome, S. y Lincoln, T. M. (2018). Are schemas passed on? A study on the association between early maladaptive schemas in parents and their offspring and the putative translating mechanisms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(6), 738–753. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000073>
- Swedo, E. A., Aslam, M.V., Dahlberg, L. L., Niolon, P. H., Guinn, A. S., Simon, T. R. y Mercy, J. A. (2023). Prevalence of adverse childhood experiences among U.S. adults — behavioral risk factor surveillance system, 2011–2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 72. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7226a2>

- 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.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.07.005>
- Tamir, M. (2016). Why do people regulate their emotions? A taxonomy of motives in emotion regulation. *Personality and Social Psychology Review*, *20*(3), 199–222.
<https://doi.org/10.1177/1088868315586325>
- Tan, M. y Mao, P. (2023). Type and dose-response effect of adverse childhood experiences in predicting depression: a systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, *139*, 106091. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106091>
- Tasa-Vinyals, E., Giral, M. M. y Raich, R. M. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (113), 14-25. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5207966>
- Testa, A., Jackson, D. B., Vaughn, M. G., Ganson, K. T. y Nagata, J. M. (2022). Adverse childhood experiences, health insurance status, and health care utilization in middle adulthood. *Social Science & Medicine*, *314*, 115194.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115194>
- Thomson, P. y Jaque, S. V. (2019). History of childhood adversity and coping strategies: positive flow and creative experiences. *Child Abuse & Neglect*, *90*, 185–192.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.12.019>
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V. y Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the coping strategies inventory. *Cognitive Therapy and Research*, *13*(4), 343–361. <https://doi.org/10.1007/BF01173478>

- Toth, S. L. y Cicchetti, D. (2013). A developmental psychopathology perspective on child maltreatment. *Child Maltreatment*, 18(3), 135–139.
<https://doi.org/10.1177/1077559513500380>
- Trottier, K. y MacDonald, D. E. (2017). Update on psychological trauma, other severe adverse experiences and eating disorders: state of the research and future research directions. *Current Psychiatry Reports*, 19(8), 45. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0806-6>
- UNICEF. (2017). *Una situación habitual. Violencia en la vida de los niños y los adolescentes. Datos fundamentales.*
https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Una_situacion_habitual_Violencia_en_las_vidas_de_los_ninos_y_los_adolescentes.pdf
- Valero, E., Martin, U., Bacigalupe, A. y Utzet, M. (2021). The impact of precarious jobs on mental health: a gender-sensitive literature review. *International archives of occupational and environmental health*, 94, 577-589.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33236281/>
- Van Overloop, E., Arms-Chavez, C., Carol, R. N. y LoBello, S. G. (2023). Effects of adverse childhood experiences and chronic health conditions on current depression. *Community Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01103-3>
- 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. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Vetere, A. y Dallos, R. (2012). *Apego y terapia narrativa. Un modelo integrador.* Morata.
- Villanueva, L., Adrián, J. E. y Gomis-Pomares, A. (2023). The effect of childhood adversity on mental health in young adults: a longitudinal study. *Current Psychology*.
<https://doi.org/10.1007/s12144-023-04831-7>

- Vitriol, V., Sciolla, A., Cancino, A., Contreras, F., Mansilla, C., Muñoz, M. I., Suazo, C. y Jara, M. (2020). Cuidado informado en trauma: un modelo emergente para el abordaje del subtipo depresivo con historia de adversidad infantil. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 58(4), 348–362. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272020000400348>
- Wadsworth, M. E. (2015). Development of maladaptive coping: a functional adaptation to chronic, uncontrollable stress. *Child Development Perspectives*, 9(2), 96–100. <https://doi.org/10.1111/cdep.12112>
- Walker, J., Sowers, A. F., Kaya, R. A., Lear, M. K., Kozina, R. M. y Clapp, J. D. (2023). Trauma cognitions as intervening variables in the relation of chronic child abuse and thwarted interpersonal needs. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*. <https://doi.org/10.1037/tra0001561>
- Wan, Y., Chen, R., Ma, S., McFeeters, D., Sun, Y., Hao, J. y Tao, F. (2019). Associations of adverse childhood experiences and social support with self-injurious behaviour and suicidality in adolescents. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 214(3), 146–152. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.263>
- Wang, Q. (2023). Gender-specific association of adverse childhood experiences with frailty index level and trajectory in China. *Maturitas*, 170, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.01.011>
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063>
- Watzlawick, P. Weakland, J. H. y Fisch, R. (1992). *Cambio. Formación y solución de problemas humanos*. Herder.

- Webster, E. M. (2022). The impact of adverse childhood experiences on health and development in young children. *Global Pediatric Health, 9*, 2333794X2210787. <https://doi.org/10.1177/2333794X221078708>
- Wei, J., Gong, Y., Wang, X., Shi, J., Ding, H., Zhang, M., Kang, C., Yu, Y., Wang, S., Shao, N., Chen, L. y Han, J. (2021). Gender differences in the relationships between different types of childhood trauma and resilience on depressive symptoms among Chinese adolescents. *Preventive Medicine, 148*, 106523. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2021.106523>
- Weissman, D. G., Bitran, D., Miller, A. B., Schaefer, J. D., Sheridan, M. A. y McLaughlin, K. A. (2019). Difficulties with emotion regulation as a transdiagnostic mechanism linking child maltreatment with the emergence of psychopathology. *Development and Psychopathology, 31*(3), 899–915. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000348>
- Werner, K. B., McCutcheon, V. V., Challa, M., Agrawal, A., Lynskey, M. T., Conroy, E., Statham, D. J., Madden, P. a. F., Henders, A. K., Todorov, A. A., Heath, A. C., Degenhardt, L., Martin, N. G., Bucholz, K. K. y Nelson, E. C. (2016). The association between childhood maltreatment, psychopathology, and adult sexual victimization in men and women: results from three independent samples. *Psychological Medicine, 46*(3), 563–573. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002056>
- Westermair, A. L., Stoll, A. M., Greggersen, W., Kahl, K. G., Hüppe, M. y Schweiger, U. (2018). All unhappy childhoods are unhappy in their own way—differential impact of dimensions of adverse childhood experiences on adult mental health and health behavior. *Frontiers in Psychiatry, 23*(9), 198. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00198>
- Wheeler, N. J., Daire, A. P., Barden, S. M. y Carlson, R. G. (2019). Relationship distress as a mediator of adverse childhood experiences and health: implications for clinical practice

with economically vulnerable racial and ethnic minorities. *Family Process*, 58(4), 1003–1021. <https://doi.org/10.1111/famp.12392>

Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J. L. y Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 382(9904), 1575–1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)

Whittington, D. (2023). Disorganized attachment in emerging adulthood: measurement comparisons and relations to childhood maltreatment and emotion dysregulation. *Family Process*, famp.12866. <https://doi.org/10.1111/famp.12866>

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>

Wierenga, K. L., Lehto, R. H. y Given, B. (2017). Emotion regulation in chronic disease populations: an integrative review. *Research and Theory for Nursing Practice*, 31(3), 247–271. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.31.3.247>

Wolff, J. C., Thompson, E., Thomas, S. A., Nesi, J., Bettis, A. H., Ransford, B., Scopelliti, K., Frazier, E. A. y Liu, R. T. (2020). Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 59, 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.004>

Women's Health Victoria. (2023). *Towards a gendered understanding of women's experiences of mental health and mental health system*. <https://whv.org.au/resources/whv-publications/towards-gendered-understanding-womens-experiences-mental-health-and>

- Xiao, Z., Obsuth, I., Meinck, F. y Murray, A. L. (2023). Latent profiles of childhood psychological maltreatment and their links to adult mental health in China and the UK. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00572-4>
- Yehuda, N. (2016). *Comunicar el trauma. Criterios clínicos e intervenciones con niños traumatizados*. Desclée de Brouwer.
- Yu, S. (2018). Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health: a global study. *Translational Psychiatry*, 8(1), 1–10. <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0148-0>
- Yuan, Y., Lee, H., Eack, S. M. y Newhill, C. E. (2023). A systematic review of the association between early childhood trauma and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 37(1), 16–35. <https://doi.org/10.1521/pedi.2023.37.1.16>
- Zeynel, Z. y Uzer, T. (2020). Adverse childhood experiences lead to trans-generational transmission of early maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, 99, 104235. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104235>
- Zhao, Y., Han, L., Teopiz, K. M., McIntyre, R. S., Ma, R. y Cao, B. (2022). The psychological factors mediating/moderating the association between childhood adversity and depression: a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 137, 104663. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104663>
- Zyromski, B., Dollarhide, C. T., Aras, Y., Geiger, S., Oehrtman, J. P. y Clarke, H. (2018). Beyond complex trauma: an existential view of adverse childhood experiences. *The Journal of Humanistic Counseling*, 57(3), 156–172. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/johc.12080>

