

*Aitana Fillol Lacomba*

*Laura Frattini Llorens*

*Anabel Hervás Aparisi*

*Marc Daniel Iborra Valls*

**CRONOLOGÍA DEL MALTRATO PARA EL DOMINIO  
DE DESAPEGGO DEL DSM-5**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

dirigido por el Dr. Alfonso Gutiérrez Zotes

Grado de Medicina



**UNIVERSITAT  
ROVIRA I VIRGILI**

Reus, junio 2023

## RESUMEN

**Introducción:** Experiencias negativas de abuso o negligencia en la infancia son tóxicas por su alto e incontrolable nivel de estrés. El maltrato infantil altera estructuras y circuitos del cerebro que son la base de funciones mentales posteriores. Como resultado, habría una alteración en el desarrollo y la integración en el individuo de varios de sus sistemas cognitivo-emocionales, con déficits en repertorios neuropsicológicos imprescindibles y riesgo de psicopatología. El apego es un mecanismo imprescindible en el desarrollo del niño y posteriormente constituye un dominio disposicional de la personalidad del adulto al servicio de la afectividad y las relaciones emocionales. Dado que no existe conocimiento sobre la relación entre la cronología del maltrato y el dominio de Desapego, el objetivo de este estudio es analizar los diversos tipos de maltrato infantil en función de periodos sensibles de exposición en pacientes con Desapego.

**Metodología:** Instrumentos: El maltrato infantil se registró con la Escala de Cronología de la Exposición al Abuso y Maltrato (MACE; Teicher y Parigger, 2015). El nivel de desapego se evaluó con el Inventario de Personalidad para el DSM-5 (PID-5; Krueger et al., 2012). Sujetos: 65 sujetos (41 mujeres y 24 hombres), con múltiples trastornos psiquiátricos, reclutados en el Hospital Psiquiátrico y Universitario Pere Mata. Análisis estadísticos: Prueba U de Mann-Whitney para comparar los grupos con alto y bajo Desapego. Para identificar los subtipos de maltrato infantil más relevantes en la edad adulta, se utilizó la regresión de *random forest* (RF) con árboles condicionales.

**Resultados:** La severidad de maltrato infantil fue mayor en pacientes con alto desapego que en bajo Desapego. Negligencia emocional ( $2.64 \pm 2.421$  vs  $4.84 \pm 3.835$ ,  $p = 0.024$ ), Abuso sexual ( $0.55 \pm 1.405$  vs  $2.93 \pm 3.467$ ,  $p = 0.003$ ) y severidad global ( $25.68 \pm 16.617$  vs  $39.02 \pm 24.441$ ,  $p = 0.023$ ) resultaron valores significativos. Entre los periodos sensibles predictores de alto Desapego se encontró la edad de 7 años (CVI = 0.0190), seguido por los 5 años (CVI = 0.0149) y por los 6 años (CVI = 0.0148).

**Conclusión:** Pacientes con alteración en el dominio de patología de la personalidad de desapego han padecido abuso sexual y negligencia emocional puntuando en severidad global del maltrato. El rango de edad en el que se produce la mayor susceptibilidad al maltrato es entre los 5 y los 7 años y anteriormente en los dos primeros años.

**Palabras clave:** Abuso sexual, Negligencia emocional, DSM-5, Maltrato infantil, Desapego, Patología de la Personalidad, MACE.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Negative experiences of abuse or neglect in childhood are toxic because they subject children to high, uncontrollable levels of stress. Child maltreatment alters structures and circuits in the brain that are the basis for later mental functions. This results in an alteration of the child's development and integration of several cognitive-emotional systems, which brings about deficits in essential neuropsychological repertoires and risk of psychopathology or mental disorders. Attachment is an essential mechanism in the development of the child and subsequently constitutes a dispositional domain of the adult's personality regulating affectivity and emotional relationships. Since data on the relationship between the chronology of the abuse and the detachment domain are scarce, this study aims to analyze the various types of child abuse based on sensitive periods of exposure in patients with detachment.

**Methodology:** Tools: Child maltreatment was registered with the Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure scale (MACE; Teicher & Parigger, 2015). Detachment level was assessed with the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5; Krueger et al., 2012).

Subjects: 65 subjects (41 women and 24 men), with different psychiatric disorders, recruited at the Pere Mata Psychiatric and University Hospital.

Statistical analysis: We used Mann-Whitney U test to compare the groups with high and low detachment. Random forest regression (RF) with conditional trees was used to identify the most relevant child maltreatment subtypes in adulthood.

**Results:** The severity of child abuse was higher in patients with high detachment than in low detachment ones. Emotional neglect ( $2.64 \pm 2.421$  vs  $4.84 \pm 3.835$ ,  $p = 0.024$ ), sexual abuse ( $0.55 \pm 1.405$  vs  $2.93 \pm 3.467$ ,  $p = 0.003$ ) and global severity ( $25.68 \pm 16.617$  vs  $39.02 \pm 24.441$ ,  $p = 0.023$ ) were statistically associated with Detachment. Regarding sensitive predictor periods of high Detachment, we found association between high detachment and child abuse for the ages of 7 years (CVI = 0.0190), followed by 5 years (CVI = 0.0149) and by 6 years (CVI = 0.0148).

**Conclusion:** Patients with alteration in the pathological personality domain of detachment have experienced sexual abuse and emotional negligence scoring in global severity of maltreatment. Maximum resilience to maltreatment based on age ranges between 5 and 7 years of age and previously in the first two years.

**Key words:** Sexual abuse, Emotional neglect, DSM-5, Child abuse, Detachment, Personality Disorder, MACE.

## INTRODUCCIÓN

### 1. Los rasgos de personalidad como disposiciones biológicas para la adaptación

Después de décadas de estudio sobre la personalidad, se estima que las diferencias interpersonales se ven influenciadas en un 40% por la genética y en un 60% por los efectos ambientales (1). Así, los rasgos de la personalidad tienen una finalidad evolutiva para garantizar la supervivencia de la especie, existiendo personas evitadoras de peligros y otras buscadoras de recompensas (2). En el estudio de los rasgos de la personalidad destacan los de Panksepp (2003), con el modelo de los siete sistemas emocionales primarios conceptualizados como búsqueda, cuidado, juego y lujuria en el lado positivo, y miedo, tristeza e ira en cuanto afectos negativos. Numerosas investigaciones (Bowlby 1980, Panksepp 2010, Solms 2020) han respaldado la hipótesis de que los desequilibrios en estos sistemas emocionales primarios están fuertemente vinculados a trastornos psiquiátricos como la depresión (3–6)

Dentro de la aproximación neurobiológica, Panksepp refiere que las emociones poseen un valor subjetivo que ayuda a los organismos a realizar elecciones conductuales. Estos procesos afectivos confieren valores orgánicos que sirven como conductores del comportamiento que terminarán construyendo los rasgos de personalidad. El estudio de la neurociencia afectiva requiere de la comprensión de una serie de supuestos (7). En primer lugar, la **subjetividad de las emociones**. No es posible entender las emociones de un sujeto sin tener en cuenta su experiencia afectiva y la regulación del comportamiento consecuente. En segundo lugar, la **función biológica de los afectos**. Los sistemas afectivos han desarrollado técnicas para adaptarse al ambiente. El papel de estas emociones es, por tanto, propiciar medios estereotipados para fomentar la adaptación a un ambiente desafiante. En tercer lugar, el **carácter innato de las emociones**. Las emociones básicas se adquieren de forma innata, consecuencia de las tendencias neurodinámicas de la selección natural. Es importante comprender los avances en epigenética para entender cómo la disfunción de estos procesos innatos puede derivar en rasgos de la personalidad desadaptativos y alteraciones a nivel mental. El siguiente supuesto a tener en cuenta es el de **Aproximación evolutiva**. Según Watt (2005), para explicar la evolución tenemos que asumir las emociones como una extensión de los mecanismos de homeostasis y que el cerebro está organizado para hacer la integración entre homeostasis, emoción y cognición. Otro aspecto a comentar es la **aproximación neural**, según la cual del desarrollo del sistema nervioso se deriva la creación de la conciencia y su implicación afectiva, con el objetivo de conseguir su adaptación y supervivencia. Así, estos circuitos neuronales son los responsables de cada comportamiento, que a su vez son los responsables de la experiencia subjetiva que se relaciona con estos.

Dado que los rasgos de la personalidad son disposiciones biológicas, diferentes paradigmas factoriales han estudiado y replicado varios modelos dimensionales de personalidad (8). Esto ha dado lugar a diferentes modelos con dominios disposicionales para una clasificación de los diferentes rasgos de la personalidad (9). La mayoría de trastornos de la personalidad se describen de acuerdo a la combinación de más de un dominio y sus facetas secundarias. En las últimas décadas se han ido depurando diferentes paradigmas de la personalidad, con modelos que incluyen de 3 a 18 a factores. Así, el modelo “los Cinco Grandes”(10) de McCrae y Costa (9,11), el de Eysenck de 3 dimensiones (neuroticismo, extroversión y psicoticismo), el modelo psicobiológico de Cloninger del temperamento y carácter con 7 dominios (búsqueda de novedad, evitación del daño, dependencia de recompensa, persistencia, cooperación, autodirección y auto-trascendencia) y el modelo dimensional de Livesley de 4 dominios y 18 dimensiones con disregulación emocional, conducta disocial, inhibición y compulsividad. Estos modelos se han replicado en todo ciclo vital incluida la infancia, así como en todas las culturas y razas (8)

## **2. Patología de la personalidad. Modelos y DSM-5**

En un principio, se consideraba que los trastornos de la personalidad eran categorías discretas, lo que supone una clasificación dicotómica de síntomas en la que el paciente se incluye o no dentro de una misma categoría diagnóstica, siendo exclusiva y exhaustiva (a). Sin embargo, en la actualidad, y a partir de la publicación en 2013 del DSM-5, la perspectiva categorial (Si/No) se complementa con un enfoque dimensional a la clasificación de los trastornos de la personalidad. La perspectiva dimensional implica un conjunto de rasgos que pueden ser patológicos a través de continuo de severidad (12,13). Globalmente, el sistema dimensional tiene mayor evidencia de utilidad clínica.

Según el DSM-5 un trastorno de la personalidad es un patrón permanente y poco flexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta y conduce a malestar y discapacidad (14). La evaluación dimensional de la patología de la personalidad para el DSM-5 se registra con el Inventario de Personalidad para el DSM-5 (PID-5; Krueger et al., 2012) con el que se evalúan los 5 dominios de Afectividad Negativa, Desapego, Antagonismo, Desinhibición y Psicoticismo. Los diferentes perfiles orientan el diagnóstico hacia 6 trastornos específicos de la personalidad: esquizotípico, límite, narcisista, antisocial, ansioso-evitativo y obsesivo-compulsivo (13,15). De este modo, el PID-

5, se ha mostrado apropiado para poder validar diagnósticos específicos, definir las características de la personalidad y orientar hacia estrategias terapéuticas concretas.

### **3. El apego como función biológica**

El concepto de apego se remonta a las teorías de Freud sobre el amor, aunque fue John Bowlby el que definió de forma más exacta el concepto de apego como “conexión psicológica duradera” (16). Según este autor las características que distinguen al apego son cuatro: el mantenimiento de la proximidad, refugio seguro, base segura y angustia de separación. La teoría de Bowlby defiende la importancia del apego en el comportamiento y desarrollo humano posterior ya que determina cómo ha sido la relación niño-cuidador. Este modelo contiene los siguientes postulados: la confianza reduce la posibilidad de que el niño experimente miedo, construyéndose durante la infancia y adolescencia, en etapas críticas del desarrollo cognitivo, lo que convierte este periodo en una etapa altamente sensible a las experiencias de cuidado. Del mismo modo, las expectativas en cuanto a relaciones humanas que el niño pueda considerar durante su vida están directamente condicionadas por la experiencia personal previa con el apego.

Así pues, el apego es el vínculo que el ser humano desarrolla con las figuras que le brindan cuidado y protección, habitualmente sus padres, especialmente entre los nueve meses y los tres años. En función de esas miles de experiencias el niño desarrollará sus bases afectivas, repercutiendo así a lo largo de todo su ciclo vital. Esta tendencia para crear lazos afectivos no tiene un sentido únicamente evolutivo (conseguir protección y cuidado para asegurar su supervivencia (Hofer,1995) sino que funciona como un regulador de la experiencia emocional (Sroufe,1996) (17). Conforme los patrones de apego se van creando y repitiendo en la vida del niño, este crea expectativas de cómo será su interacción con los cuidadores y en esto se basará su futuro comportamiento con las personas que le rodeen y consigo mismo, lo que fue denominado por Bowlby como modelos internos de procesamiento (18). Es por ello que la calidad de los vínculos que el niño cree en su primera infancia repercutirá en él de tal forma que aquellos aspectos negativos en la relación con sus figuras de apego (por ejemplo, la presencia de maltrato) traerán consecuencias también negativas en su relación con las personas y con él mismo, lo que es de vital importancia en el desarrollo de trastornos de personalidad y, por tanto, en nuestro estudio.

Desde una perspectiva del neurodesarrollo y evolutiva, recientemente un estudio realizado por investigadoras de la UAB y del IMIM, bajo el título “El embarazo modifica el cerebro de la

madre” muestra por primera vez cómo la maternidad prepara al cerebro mediante modificaciones duraderas en la estructura cerebral, dirigidas a mejorar la capacidad materna de brindar cuidado y relacionarse con su bebé. Mediante estudios de neuroimagen se ha demostrado que el embarazo implica cambios cerebrales para el apego que se mantienen al menos hasta dos años después del parto (19).

En 1978 Ainsworth a través de la prueba de La Situación Extraña describió tres estilos de apego en función del patrón conductual que adoptaban niños de 1-2 años al ser separados de su madre. Se estudió cómo se relacionaban con el ambiente, cómo actuaban frente a extraños y cómo reaccionaban ante la separación y posterior reencuentro con su figura de apego. Estos tres patrones descritos fueron el apego seguro, el inseguro-evitativo y el inseguro-ambivalente. Posteriormente, Main y Solomon añadieron en 1990 un cuarto estilo: el apego desorganizado (17,20). Los niños que presentan **apego seguro** (55-65% de las muestras no clínicas) presentan mayor cantidad de emociones como confianza, alegría, placer, calma y tranquilidad (17,20) Aquellos que muestran **apego inseguro-evitativo** (20-30%) no confían en la disponibilidad del cuidador y experimentan cierta ansiedad ante su ausencia (17,20). En este tipo de apego prevalecen las emociones de ansiedad, miedo, rabia, hostilidad y desconfianza. El apego **inseguro-ambivalente** (5-15%) (17,20) destacan las emociones de preocupación, rabia, miedo, estrés y ansiedad. Finalmente, los niños que muestran **apego desorganizado** (2-3%) son aquellos que muestran conductas contradictorias ante la ausencia de su figura de apego ya que en ellos hay una dualidad entre acercamiento y evitación, pues perciben a su cuidador como fuente de seguridad y de peligro simultáneamente: se activan a la vez sus sistemas de apego y de defensa(18,21,22).

Cuanto más desorganizado es el apego, más se relaciona con futura psicopatología (16). Este apego está definido por la falta de estrategia del niño ante una situación estresante debido al miedo que le produce su figura de apego (como consecuencia de abusos, indiferencia e insensibilidad), lo que le hace ser incapaz de controlar sus reacciones ante esta situación estresante y por ello sufrir desregulaciones afectivas generalizadas (18,23,24).

#### **4. Adversidad y maltrato en la infancia. Neurobiología del maltrato y periodos sensibles del desarrollo**

Cuando existe algún tipo de apego disfuncional es posible que implique un contexto de crianza asociado a maltrato. Se entiende entonces el maltrato infantil como un hecho crucial en el futuro desarrollo de apegos inseguros/desorganizados, pues el abuso y la negligencia confieren al niño riesgo de inseguridad y confusión en los lazos afectivos con sus cuidadores comprometiendo

su relación de apego (25). Para Cicchetti (2016) el maltrato infantil interrumpe la capacidad de la víctima para superar una serie de momentos clave en desarrollo jerárquicamente organizados y relacionados con la edad, que incluyen, entre otros, el establecimiento de vínculos parentales seguros, la regulación emocional, la integración de la imagen propia, las relaciones tempranas con los compañeros y otros hitos evolutivos. Por ello, estas adversidades del desarrollo alteran los sustratos neurobiológicos que intervienen en el desarrollo de la personalidad y conducen al desarrollo de apegos patológicos (26) creando así una base deficitaria para presentar patología psiquiátrica en la adultez.

El maltrato infantil se define como cualquier acto de abuso o negligencia por parte de un padre u otro cuidador, que conduce a daño potencial o amenaza de daño a un niño, antes de los 18 años. Los niños con historia de maltrato son vulnerables a experimentar dificultades en los diversos dominios de la funcionalidad tanto a nivel académico como mental y a presentar efectos adversos como trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y conductas suicidas (23,27–31). Del mismo modo se ha vinculado con la aparición precoz de sintomatología, episodios de recurrencia y resistencia al tratamiento (32). En general, sufrir maltrato implica un mayor riesgo de trastornos psiquiátricos.

Aunque existen varias clasificaciones, los tipos de maltrato infantil se han clasificado en tres categorías principales: **abuso sexual, violencia física, negligencia y violencia psicológica** (33). El **abuso sexual** engloba cualquier forma de contacto sexual, desde sexo no consentido hasta caricias utilizando la fuerza física o amenazas. La **violencia física** incluye tanto la exposición a violencia por parte de los cuidadores como la presencia de violencia doméstica interpersonal, coexistiendo ambos tipos de violencia en muchas ocasiones. La **violencia psicológica** por parte de los padres tiende a medirse a partir de preguntas simples como “¿te ridiculizaron repetidamente?”, “¿te ignoraron?” (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan, & Green, 1998), mientras que la negligencia engloba preguntas como “¿con qué frecuencia se sentía amado?”.

De este modo, se ha demostrado que el estrés en edades tempranas afecta al neurodesarrollo fisiológico del cerebro, conociendo así períodos críticos en los que pueden verse alterados ciertos circuitos neuronales necesarios para el futuro desarrollo conductual del niño (1,2). Así pues, los períodos sensibles son etapas en el desarrollo infantil en el que los niños son más receptivos a ciertos estímulos y aprendizajes. Se puede entender como momentos de máxima plasticidad cerebral y tienen especial relación con el desarrollo psicológico del niño, permitiendo la adquisición de un carácter temporal o permanente que determinará en cierto



modo la evolución de cada uno (34). La duración de estos periodos sensibles está determinada por el tipo de habilidad cognitiva y se relaciona directamente con la maduración de estructuras cerebrales. De manera jerárquica evolucionan más temprano las estructuras encargadas de procesos básicos y, posteriormente, aquellas encargadas de procesos cognitivos superiores. La primera infancia es la etapa de mayor exigencia a nivel cerebral, por lo que los primeros años de vida tienen una influencia trascendental en el correcto desarrollo, adaptación y habilidades sociales del niño. Conflictos en estas edades podrían derivar en problemas a nivel adaptativo y psicológico en la edad adulta (35–37).

Diversas modificaciones se han asociado con el maltrato infantil en regiones anatómicas específicas como es el caso del cuerpo caloso, hipocampo, amígdala y corteza cerebral con el maltrato infantil. De hecho, estos cambios cerebrales se han observado incluso en personas sin psicopatología quienes habían sufrido abuso (38,39). En el hipocampo una falta de cuidados y ausencia materna altera la sinaptogénesis, llegando a producirse una reducción de su volumen (9). Así, alteraciones en esta localización se relacionan con estados amnésicos y disociativos. La amígdala, que contribuye a los estados de amenaza y memoria, puede activarse de manera excesiva en situaciones de maltrato, dando lugar a conductas de evitación. En consecuencia, tanto los distintos tipos de maltrato como las diversas alteraciones de las funciones cerebrales que derivan de estos, son factores predisponentes de la patología de la personalidad (40–44).

## **5. Patología de la personalidad por desapego**

El desapego es la evitación de la experiencia socio-emocional, tanto de las interacciones interpersonales (desde interacciones casuales y diarias, hasta amistades y relaciones íntimas, al percibir a los demás como hirientes o poco fiables) como en experiencia y expresión afectiva restringida, con una capacidad hedónica limitada y miedo a ser herido por la gente que rodea al sujeto (45). Distintos estudios han asociado este dominio del PID-5 con la vivencia de traumas y con los trastornos de internalización (ansiedad, depresión, estrés postraumático y autoestima), característica que comparte con las dimensiones de Afectividad Negativa (26). Se ha visto que estos los dominios de Desapego y Afectividad Negativa mostraron las correlaciones más fuertes con emociones negativas, (baja) autoestima y (alta) soledad. Además, en el mismo estudio, el Desapego y el Psicoticismo se relacionaron negativamente con la satisfacción con la vida, y el Desapego mostró una correlación negativa significativa también con las emociones positivas (46). Se ha descrito que estas tres dimensiones (Afectividad Negativa, Desapego y Psicoticismo) se asocian consistentemente con indicadores de

insatisfacción emocional, lo que concuerda con que estos rasgos son los indicadores del dominio internalizante de la psicopatología en el PID-5 (47). Cabe destacar que se ha obtenido correlación positiva entre puntuaciones altas de Desapego y Afectividad negativa con la escala de Predicción de depresión CES-D (Gonçalves B et al., 2022) reafirmando la relevancia de estos dominios en la sintomatología depresiva (48).

Puntuaciones más altas de Desapego implicaron una peor adaptación al entorno (49). Por otro lado, se ha hallado relación entre distintos trastornos psiquiátricos, desapego como rasgo patológico de la personalidad y antecedentes de maltrato infantil (50). Personas con TLP (trastorno límite de la personalidad) tienen tasas elevadas de historia de abuso emocional y negligencia y a su vez un vínculo positivo entre los síntomas de este trastorno y el desapego, así como con la depresión, ansiedad y estrés (51–56). Por otra parte, el aislamiento social, una de las facetas del desapego, se asocia con fases prodrómicas de psicosis o depresión (49,57). La suspicacia, en cambio, se ha relacionado con patología paranoide y esquizoide (57).

Poniendo el foco en los antecedentes de maltrato, se ha visto que la historia de abuso sexual infantil aumenta directamente el riesgo de desarrollar patología de la personalidad, con puntuaciones en los dominios significativamente mayores que en el resto de la población de rasgos patológicos del PID-5, entre ellos el Desapego (46). La historia de abuso físico se asoció con afecto restringido, suspicacia y desregulación perceptual y cognitiva. La ansiedad, perseverancia y anhedonia se asociaron con abuso emocional infantil. La labilidad emocional, depresión y hostilidad mostraron relación significativa con abuso emocional y negligencia (46,58–60).

Complementando lo estudiado hasta ahora sobre desapego, un nuevo hallazgo relacionado con el momento tecnológico en el que nos encontramos, obtuvo una asociación entre Desapego y un uso inadecuado de internet en los adolescentes, comportamiento que puede corresponder tanto al espectro de externalización como al de internalización (47).

## **6. Hacia un cambio de paradigma en el registro del maltrato**

Como hemos comentado anteriormente, hasta la fecha los estudios se han centrado en registrar el maltrato en su frecuencia y tipología, en ausencia de información sobre el momento concreto en que se produce. Así, no hay estudios que asocien dimensiones de patología de la personalidad con las edades en las que el sujeto sufrió maltrato en general y en concreto no hay hallazgos con el dominio de Desapego. Dado el carácter evolutivo del apego y su importancia

en el desarrollo psico-emocional de la persona, son necesarios estudios que ahonden en las adversidades que alteren su adecuada maduración. Así, habría que focalizar los análisis en la detección de un período crítico en edad infantil en que si se producen abusos en el adulto se desarrollará una personalidad patológica de tipo Desapego.

Como ya se ha explicado, cada vez es mayor la información que tenemos sobre la importancia de las consecuencias del maltrato infantil a nivel mental y físico, así como en los procesos epigenéticos, neuroendocrinos y neuroinflamatorios. Sin embargo, poco se ha estudiado hasta el momento sobre los periodos sensibles para cada tipo de maltrato y sus efectos en quien los padece. Para poder optimizar la investigación sobre la relación entre maltrato y edad de exposición con la finalidad de encontrar períodos sensibles se diseñó el cuestionario MACE (Escala de Cronología de Exposición en el Abuso y el Maltrato) (ver Instrumentos), conformando así un cambio de paradigma en el registro del maltrato (61).

La Escala de Cronología de la Exposición al Abuso y Maltrato (MACE; Teicher y Parigger, 2015) ha sido desarrollada en las últimas décadas en la Universidad de Harvard por Martin Teicher en el contexto del desarrollo de un importante cuerpo de investigación sobre los efectos neurobiológicos y en la psicopatología. Esta escala subsana las deficiencias de los instrumentos previos existentes en el registro del maltrato, facilitando el registro de múltiples maltratos relevantes y hasta ahora no contemplados y datando la adversidad a lo largo de los 18 primeros años de vida de la persona. Además, la escala permite obtener resultados para determinar las diferencias entre grupos en periodos sensibles de maltrato.

En una población de pacientes psiquiátricos con alto y bajo Desapego, nuestro estudio tuvo dos objetivos: 1) registrar las diferencias en tipología y severidad de varios tipos de maltrato y 2) identificar los períodos sensibles de exposición al maltrato asociados al dominio del Desapego.

## **METODOLOGÍA**

### ***Diseño***

Se trata de un estudio transversal que ha tenido lugar entre el 2021 y el 2022.

### ***Participantes***

Sesenta y cinco sujetos (41 mujeres y 24 hombres) fueron reclutados por psicólogos clínicos de la unidad de salud mental de adultos del Hospital Universitari Institut Pere Mata (Reus, Cataluña, España). Los participantes de este estudio fueron evaluados en el contexto de un estudio más amplio que aplicó los siguientes criterios de inclusión: pacientes con más de 18

años, con trastorno de la personalidad, distimia, depresión no endógena, trastornos adaptativos, de ansiedad o consumo/abuso de sustancias. Los criterios de exclusión fueron: (1) edad <18 o >70 años, (2) antecedentes de enfermedad neurológica grave o lesión cerebral, (3) presencia de discapacidad intelectual o (4) antecedentes de trastorno mental grave (depresión mayor, psicosis o trastorno bipolar). Los diagnósticos psiquiátricos de los participantes en el estudio fueron los siguientes: trastorno depresivo (27 participantes; 41.5%), trastorno de personalidad (17; 26.2%), trastorno de ansiedad (3; 4.6%), trastorno ansioso-depresivo (7; 10.8%), estrés/trastorno adaptativo (4; 6.2%) y abuso de sustancias (6; 9.2%), patología dual (1; 1.5%) según los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.<sup>a</sup> revisión (CIE-11). Se obtuvo la aprobación ética del comité de ética local (CEIm IISPV, [www.iispv.cat](http://www.iispv.cat)). Todos los sujetos aceptaron participar en el estudio y firmaron un consentimiento informado después de que se explicaran completamente los procedimientos del estudio.

### ***Instrumentos***

El maltrato infantil se evaluó con la versión española de la Escala de Cronología de Exposición al Abuso y el Maltrato (MACE; Teicher y Parigger, 2015) validada al castellano por el grupo de investigación del Pere Mata (Montoro et al., 2022) (62). Es un cuestionario auto-aplicado de 52 preguntas para evaluar la exposición a 10 tipos de maltrato durante los primeros 18 años de vida: Negligencia emocional (EN), negligencia física (PN), Abuso sexual (SexAb), maltrato parental verbal (PVA), maltrato emocional no verbal (NVEA), maltrato parenteral físico (PPhysM), maltrato interparental (IPV), observación de maltrato a hermanos (WSibA), maltrato verbal por parte de iguales (PeerVA) y maltrato físico por parte de iguales (PeerPhys). En él se debe indicar si se ha experimentado algún tipo de maltrato y, en caso de ser así, marcar las edades, hasta los 18 años, en las que se produjo. Además, esta escala proporciona una puntuación del 0 al 10 para “Severidad” en relación a cada tipo de maltrato y una puntuación del 0 al 10 para “Multiplicidad” (“MULT”) indicando el número de abusos reportados diferentes. Además, se facilita una puntuación del 0 al 100 para “Severidad Global” (puntuación también denominada como “SUM”) que suma las puntuaciones individuales de severidad para cada tipo de maltrato. Por último, se indica un índice del 0 al 18 para “Duración” que indica el total de años con una puntuación de multiplicidad mayor o igual a 1. Con este instrumento se permite encontrar períodos sensibles al maltrato infantil y, por ello, detectar años en los que podría haber un mayor riesgo para desarrollar patológica en el dominio de Desapego.

Los rasgos de la personalidad patológica se evaluaron con la versión española del Inventario de Personalidad para el DSM-5 (PID-5; Gutiérrez et al., 2016) (63). Es un autoinforme de 220 ítems que puntúa 5 dominios (Afectividad Negativa, Desapego, Antagonismo, Desinhibición y Psicoticismo) y 25 facetas de personalidad. Para el propósito del estudio se ha usado el dominio de Desapego (Tabla 1). Este instrumento ha demostrado una buena estabilidad temporal de los rasgos estudiados, además de una adecuada consistencia interna (63–71).

**Tabla 1.** Facetas que componen el dominio de desapego.

Facetas de Desapego	
Depresividad	Sentimientos frecuentes de tristeza, depresión y/o desesperanza; dificultad para recuperarse de esos estados de ánimo; pesimismo con respecto al futuro; vergüenza generalizada; sentimientos de inferioridad; pensamientos y conducta suicidas.
Suspiciacia	Expectativas de — y sensibilidad aumentada a indicios de — malas intenciones o daño por parte de otros; dudas sobre la lealtad y fidelidad de otros; ideas de persecución
Retraimiento	Preferencia por estar solo más que con otros; reservado/a en situaciones sociales; evitación de contactos y actividades sociales; no inicia contacto social.
Anhedonia	Falta de disfrute, de participación o de energía para las experiencias de la vida; déficit en la capacidad de sentir placer o interesarse por cosas.
Evitación de la intimidad	Evitación de relaciones cercanas o sentimentales, de vínculos interpersonales, y de relaciones sexuales.
Afectividad restringida	Reacción disminuida a situaciones emocionalmente activadoras; restricción en la experiencia y la expresión emocional; indiferencia o frialdad.

### ***Análisis estadísticos***

Los análisis estadísticos fueron realizados en la versión R 4.0. (R Core Team, 2020) e IBM SPSS Statistics version 22 (IBM, USA). El nivel de significación para todos los análisis se estableció en  $p = 0,05$ . Para describir las características sociodemográficas y clínicas de la muestra se utilizó estadística descriptiva. El test  $\chi^2$  fue usado para comparar frecuencias de variables categóricas entre grupos. Para la comparación entre los grupos en variables continuas de alto Desapego (D+) y bajo Desapego (D-) se usó la prueba U de Mann–Whitney.

Para identificar los subtipos de maltrato específicos de la edad, las edades de alta sensibilidad y los subtipos de maltrato que el más alto riesgo de predicción para el desarrollo de altos niveles de Desapego en la edad adulta, se utilizó el estadístico *random forest (RF) regression* con árboles condicionales, realizada con el paquete R '*party*' como descrito previamente (Teicher & Parigger, 2015; Montoro et al., 2022) (62). Las técnicas analíticas convencionales, como la regresión múltiple, no eran adecuadas para este análisis, ya que había una colinealidad o multicolinealidad sustancial de las variables (Khan et al., 2015). Por el contrario, *random forest (RF) regression* puede identificar con éxito variables predictoras importantes en situaciones en las que el número de predictores supera con creces el número de sujetos; esta técnica también puede evitar la influencia de la colinealidad al evaluar el grado de exposición a un tipo particular de maltrato en edades adyacentes (Khan et al., 2015). Se puede encontrar una descripción de los antecedentes y procedimientos matemáticos en otro lugar (Conrad et al., 2017). Brevemente, cada uno de los árboles en un RF se construye con una muestra de arranque y se divide en un subconjunto aleatorio de variables predictoras hasta que se determina una clase de respuesta final (por ejemplo, puntajes altos de Desapego). Cada modelo condicionado por RF contenía 500 árboles y la construcción del modelo se repitió 101 veces con diferentes semillas generadas por un generador de números aleatorios. Para determinar la importancia de cada variable en la predicción de la pertenencia a una clase (es decir, D+ o D-), se promedió la importancia de la variable condicional (IVC) de cada predictor en las 101 simulaciones realizadas (Conrad et al., 2017). Para estos análisis, seleccionamos solo sujetos que informaron al menos 1 tipo de maltrato (N = 65) y ejecutamos tres modelos diferentes. Los subtipos de maltrato específicos de la edad experimentados por menos del 5 % de la cohorte completa del estudio se excluyeron como predictores de sus respectivos modelos de RF (Khan et al., 2015).

## RESULTADOS

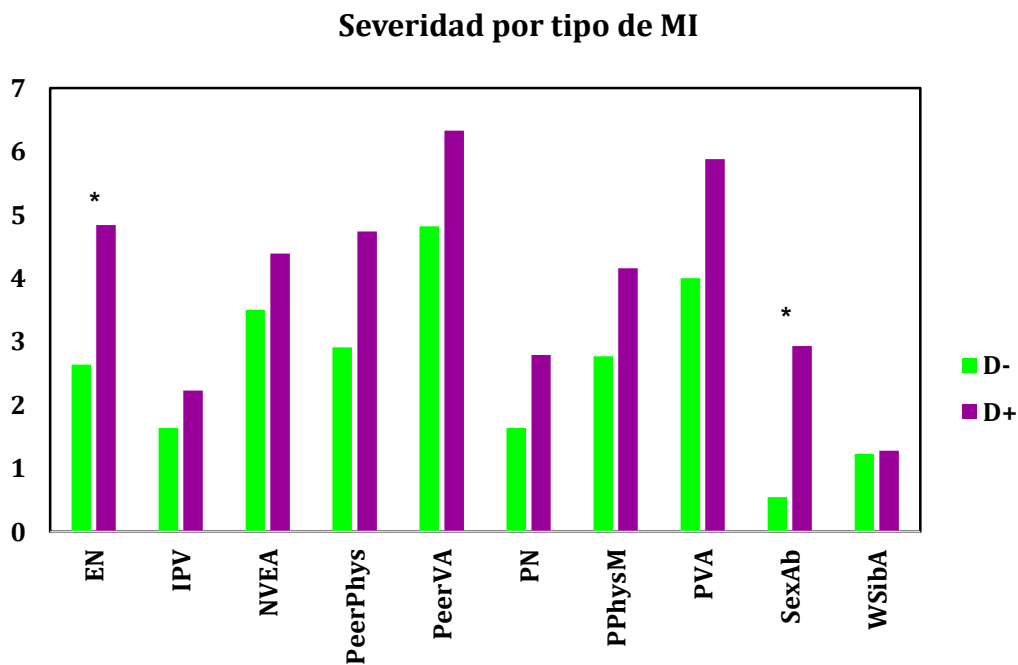
### *Descripción de la Muestra*

La estadística descriptiva de las características demográficas de toda la muestra y las características clínicas de los grupos de pacientes se muestran en la **Tabla 2**. No se encontraron diferencias significativas ( $p = 0.947$ ) dentro de los grupos según sexo, siendo mayor el número de mujeres en el estudio. La media de edad en el grupo de D+ (alto Desapego) fue de 41.60 ( $\pm 13.86$ ), mientras que en el de D- (bajo Desapego) fue de 43.59 ( $\pm 10.450$ ), sin encontrar diferencias significativas ( $p = 0.557$ ). En cuanto al estado civil, resultaron significativas las diferencias entre ambos grupos ( $p = 0.029$ ), habiendo un mayor número de parejas estables o

casados en el grupo de D-, mientras que en el grupo de D+ hubo mayor número de solteros. Además, también hubo significativas en el nivel educativo ( $p = 0.024$ ), siendo el grupo de D- quienes obtuvieron una mayor formación profesional o universitaria completa. Por el contrario, ni en la situación laboral ( $p = 0.935$ ) ni en los diagnósticos psiquiátricos ( $p = 0.086$ ) se encontraron diferencias significativas.

***La Severidad del MI fue mayor en Pacientes con Alto Desapego que en Bajo Desapego***

La **Figura 1** muestra la severidad de cada tipo de maltrato infantil en la muestra agrupada según bajo y alto Desapego. Aquellos con alto Desapego obtuvieron una mayor puntuación de sujetos que los de bajo Desapego en los 10 tipos diferentes de abuso, aunque los valores significativos fueron para Negligencia emocional ( $2.64 \pm 2.421$  vs  $4.84 \pm 3.835$ ,  $p = 0.024$ ), Abuso sexual ( $0.55 \pm 1.405$  vs  $2.93 \pm 3.467$ ,  $p = 0.003$ ) y Severidad global ( $25.68 \pm 16.617$  vs  $39.02 \pm 24.441$ ,  $p = 0.023$ ) resultaron valores significativos.



**Figura 1.** Severidad de cada tipo de MI en los grupos de D+ y D-. \* $p < 0.05$ . EN: Negligencia Emocional; IPV: maltrato interparental; NVEA: maltrato emocional no verbal; PeerPhys: maltrato físico por parte de iguales; PeerVA: maltrato verbal por parte de iguales; PN: negligencia física; PPhysM: maltrato parenteral físico; PVA: maltrato parental verbal; SexAb: abuso sexual; WSibA: observación de maltrato a hermanos.

**Tabla 2.** Estadística descriptiva de la muestra del estudio.

Variables sociodemográficas	Desapego alto	Desapego bajo	p valor
N	43	22	
Sexo (N hombre/N mujer)	16/27	8/14	0.947
Media de edad ( $\pm$ DS, años)	41.60 ( $\pm$ 13.86)	43.59 ( $\pm$ 10.450)	0.557
Estado civil N, (%)	2.26 ( $\pm$ 2.26)	2.05 ( $\pm$ 1.046)	0.029
Soltero	21 (48.8)	7 (31.8)	
Pareja estable o casado	6 (14)	11 (50)	
Separado	2 (4.7)	0 (0)	
Divorciado	12 (27.9)	4 (18.2)	
Viudo	2 (4.7)	0 (0)	
Nivel educativo, media $\pm$ DS, años	4.51 ( $\pm$ 1.432)	4.95 ( $\pm$ 2.340)	0.024
Educación primaria incompleta	5 (11.6)	0 (0)	
Educación primaria completa	5 (11.6)	7 (31.8)	
Secundarios completos	23 (53.5)	5 (22.7)	
Formación profesional completa	9 (20.9)	5 (22.7)	
Universitarios completos	1 (2.3)	5 (22.7)	
Situación laboral N, (%)			0.935
Inactivo	12 (27.9)	4 (18.2)	
Activo ocupado	5 (11.6)	3 (13.6)	
Activo parado	4 (9.3)	3 (13.6)	
Estudiante	3 (7)	1 (4.5)	
Tareas del hogar	1 (2.3)	0 (0)	
Trabajo protegido	1 (2.3)	0 (0)	
Incapacidad laboral temporal	6 (15)	4 (18.2)	
Incapacidad laboral permanente	11 (25.6)	7 (31.8)	
Diagnóstico psiquiátrico N, (%)			0.086
Tr. Depresivo	20 (46.5)	7 (31.8)	
Tr. Ansiedad	3 (7)	0 (0)	
Ansioso-depresivo	3 (7)	4 (18.2)	
TP	13 (30.2)	4 (18.2)	
Estrés / adaptativo	2 (4.7)	2 (9.1)	
Consumo drogas	1 (2.3)	5 (22.6)	
Patología dual	1 (2.3)	0 (0)	

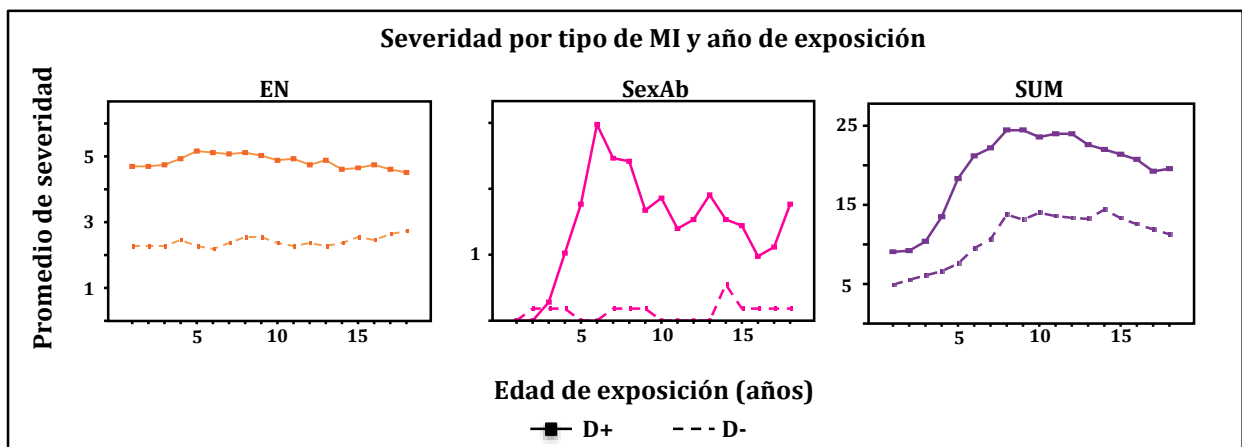


### ***Diferencias de Multiplicidad de MI según Alto y Bajo Desapego***

Se analizó la frecuencia de multiplicidad (MULT) de maltrato según alto y bajo Desapego. En cuanto a MULT igual a 1, el grupo de D- obtuvo un 14.3% y el de D+ un 85.7% ( $p=0.224$ ). Dividiendo la muestra en MULT igual a 2 se observa una distribución del 57.1% en el grupo de D- y del 42.9% en el grupo de D+ ( $p=0.191$ ). Por último, en MULT igual o mayor a 3 resultaron en un 31.6% en D- y en un 68.4% en D+ ( $p=0.493$ ).

### ***Diferencias en los Patrones de Exposición entre Individuos Maltratados con Alto o Bajo Desapego***

El patrón de exposición (gravedad representada frente a la edad de exposición al maltrato) para cada tipo de MI en el grupo de pacientes con alto Desapego y en el de bajo Desapego se muestra en el **Figura 2**. Podemos destacar que en general se observa mayor severidad de maltrato en aquellos individuos con alto Desapego, a excepción de los grupos de Maltrato interparental y Observación de maltrato a hermanos, en los cuales la severidad del maltrato es similar.



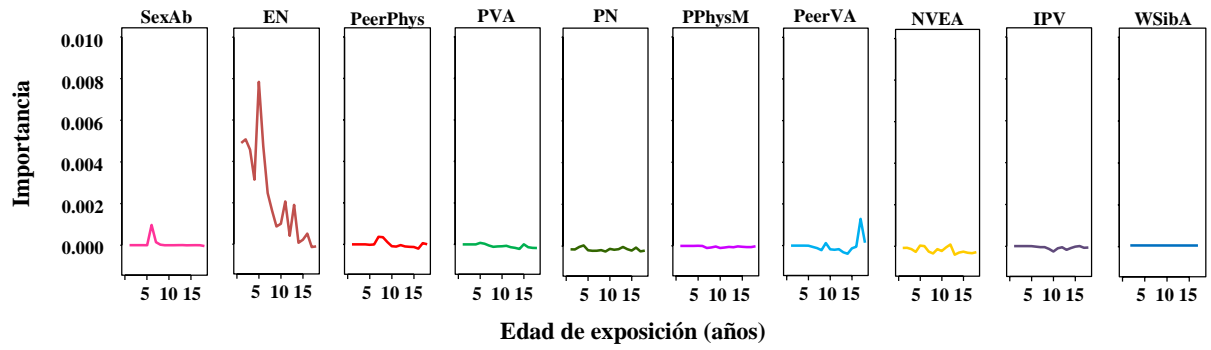
**Figura 2.** Gravedad por tipo, multiplicidad y gravedad general de MI por edad de exposición. EN: Negligencia Emocional; SexAb: abuso sexual; WSibA: observación de maltrato a hermanos; SUM: Severidad Global.

### ***Importancia de cada Tipo de MI y año de exposición como predictores de Alto Desapego***

Se hizo uso de un modelo *random forest* (RF) para hallar el tipo de abuso infantil según edad de exposición que pudiera predecir niveles altos de Desapego (Figura 3a). Los períodos más críticos para alto Desapego fueron Negligencia emocional a los 5 años (IVC = 0.0078), al 1 año (IVC = 0.0048) y a los 2 años (IVC = 0.0050).

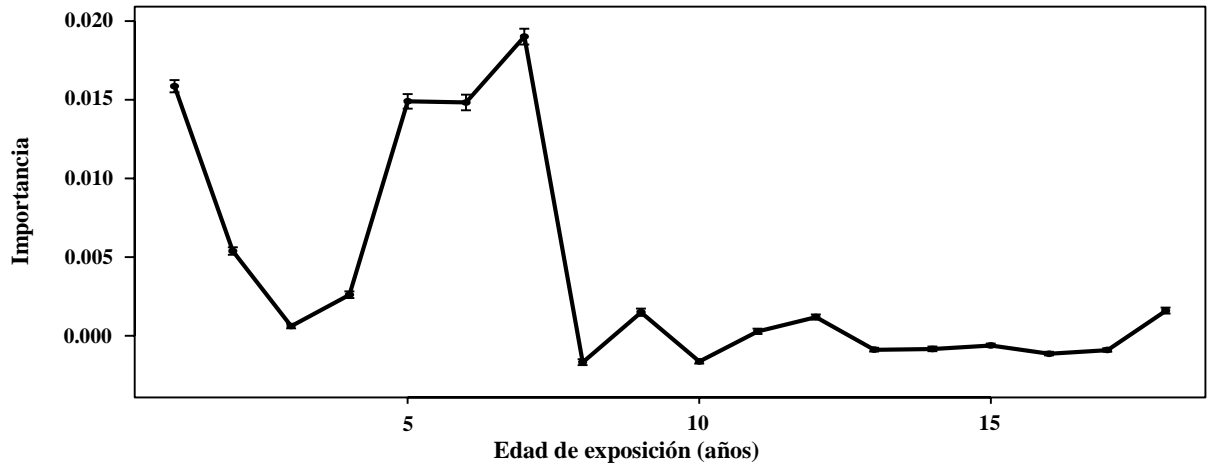
(a)

Sensibilidad por tipo de MI y edad de exposición



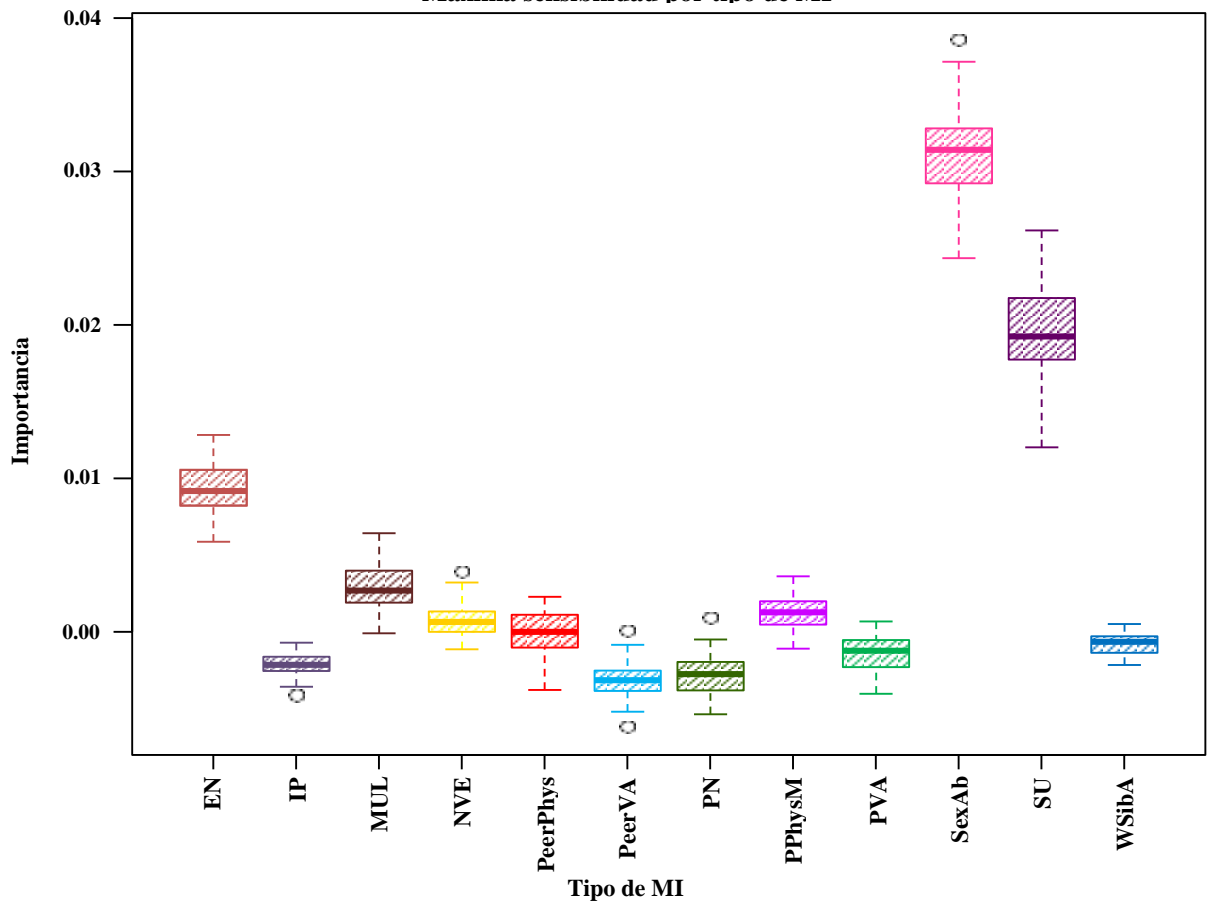
(b)

Máxima sensibilidad por edad de exposición



(c)

Máxima sensibilidad por tipo de MI



**Figura 3.** *Random forest (RF)* con análisis de árboles condicional con los tipos de MI y año de exposición para predecir el Desapego. (a) Importancia media de la edad de exposición para cada tipo de MI en la predicción de Alto Desapego. Únicamente se incluyen los tipos de maltrato notificados en >5% de los sujetos. (b) Máxima importancia de la edad de exposición independientemente del tipo de MI en la predicción de Alto Desapego. (c) Máxima importancia del tipo de MI independientemente de la edad en la predicción de Alto Desapego. EN: Negligencia Emocional; IPV: maltrato interparental; NVEA: maltrato emocional no verbal; PeerPhys: maltrato físico por parte de iguales; PeerVA: maltrato verbal por parte de iguales; PN: negligencia física; PPhysM: maltrato parenteral físico; PVA: maltrato parental verbal; SexAb: abuso sexual; WSibA: observación de maltrato a hermanos.

### ***Períodos Sensibles de Maltrato Infantil Predictores de Alto Desapego***

También se usó el modelo de *random forest (RF)* para estudiar un período sensible en que si se produce cualquier tipo maltrato infantil se asocia a niveles más altos de Desapego (Figura 3b). La edad de los 7 años fue la edad más sensible de exposición (IVC = 0.0190), seguido por los 5 años (IVC = 0.0149) y por los 6 años (IVC = 0.0148).

### ***Importancia de cada Tipo de MI para Predecir Alto Desapego***

El modelo de *random forest (RF)* (Figura 3c) se utilizó para comprobar el tipo de maltrato infantil que predice niveles mayores de Desapego. Además de los 10 tipos de MI, también se incluyen las variables multiplicidad (“MULT”) y severidad global (“SUM”). Así, fueron el Abuso sexual (IVC = 0.0308) seguido por la Negligencia emocional (IVC = 0.009) quienes consiguieron mayores puntuaciones, siendo la severidad global de gran importancia (IVC = 0.0195).

## **DISCUSIÓN**

Nuestro estudio tenía como objetivo analizar, en pacientes con niveles altos de Desapego en comparación con un grupo con bajo Desapego, los tipos de maltrato infantil e identificar su cronología. Que nosotros conozcamos nuestro estudio es el primero en analizar la relación entre el dominio de Desapego con la cronología del maltrato en un amplio rango de tipos de adversidad. Nuestros resultados muestran, por primera vez, un periodo de mayor susceptibilidad al maltrato a los 5-7 años en aquellos pacientes con D+. Dentro de los grupos de D+ y D- analizamos también los tipos de maltrato por edad de exposición, registrando un pico a los 6 años para Abuso sexual, así como picos a los 1 y 2 años y especialmente a los 5 años para Negligencia emocional, siendo así los dos subtipos de maltrato asociados a niveles

altos de Desapego. Teniendo en cuenta los 10 tipos de maltrato infantil, fue el Abuso sexual el que predijo mayores niveles de Desapego, seguido por la Negligencia emocional. La Severidad Global del maltrato fue la variable que discriminó a los dos grupos de estudio.

Nuestro estudio mostró una alta prevalencia de adversidad en la infancia en pacientes con alto Desapego, con más de dos tercios de la muestra (68.4%) expuestos a  $\geq 3$  tipos de maltratos. Estos resultados son consistentes con el metaanálisis *Insecure Adult Attachment and Child Maltreatment: A Meta-Analysis* (72) donde se demuestra que adultos con experiencias adversas en la infancia, especialmente abusos múltiples, tienen mayor probabilidad de consolidar un apego disfuncional. Además, el instrumento MACE nos permitió observar que la gravedad general (suma de cada tipo de severidad del MI) predice de manera importante niveles altos de Desapego; de manera similar estos hallazgos se corroboran en el estudio *PID-5 Trait Indicators of Emotional Instability and Childhood Adversity Antecedents* (67), pues se observó que aquellos pacientes con puntuaciones más elevadas en la escala ACE y DIMEN (equivalentes a MULT y a SUM) puntuaron más alto en depresividad, una de las 5 facetas de la dimensión de Desapego (67). En general, nuestro estudio corrobora hallazgos previos que describen una mayor frecuencia de múltiples MI en pacientes con D+ y mayores niveles de severidad.

En cuanto a los subtipos de MI, fueron el Abuso sexual y la Negligencia emocional los asociados de manera más consistente con niveles altos de Desapego. Estos resultados se encuentran acorde con los hallados por Stalker and Davies (1995) (73), quienes observaron que aquellas mujeres supervivientes de abuso sexual infantil tenían un tipo de apego preocupado e inseguro. Los resultados también coinciden con el trabajo de Alexander (1993) (74) y el de Styron y Janoff-Bulman (1997) (75), donde eventos pasados de Abuso sexual se relacionan con un apego inseguro en el adulto. Centrándonos en la Negligencia emocional, Riggs y Kaminski (2009) (76), demuestran que la presencia de este tipo de abuso en edad infantil interfiere con la capacidad para regular las emociones y contribuye así al desarrollo de Desapego. Es más, Riggs and Kaminski exponen en *Childhood Emotional Abuse, Adult Attachment, and Depression as Predictors of Relational Adjustment and Psychological Aggression* (77) que, aunque todos los tipos de maltrato se pueden relacionar con alteraciones en el apego, es la Negligencia emocional el que parece tener un mayor riesgo.

Teniendo en cuenta la cronología junto con las puntuaciones generales de Severidad y Multiplicidad como predictores de D+, el RF mostró que la edad sensible que aumentaba el máximo riesgo de D+ eran los 7 años, seguido de los 5 y 6 años. No hemos encontrado ningún

artículo que relacione la cronología de maltrato infantil con el desarrollo de D+ entre esta ventana de edades. No obstante, sí que sabemos que entre los 6 y los 10 años existe un periodo sensible para el desarrollo de una buena regulación emocional (78), asimismo según afirman en el estudio *Emotion Regulation Difficulties in Trauma Survivors: The Role of Trauma Type and PTSD Symptom Severity* (79), cuando el abuso es crónico y se inicia antes de la adolescencia se asocia a una mayor disregulación emocional, lo cual apoya nuestro estudio y refuerza la relación entre el Desapego y el maltrato a estas edades. Hemos de tener presente que nuestros resultados apuntan a que, en los dos primeros años, ya hay un reconocimiento por parte de los participantes de que se produce maltrato por negligencia emocional. Obviamente este reconocimiento no se produce por un recuerdo directo sino, probablemente, por ser conocedores de que a esas edades estuvieron expuestos a negligencia de algún modo. Este es un periodo clave en el apego biológico con la madre (Bowlby J, 1980; Hoekzema E et al. 2017) y que ha de tener muchas consecuencias en el ulterior desarrollo del niño.

Este período crítico puede relacionarse con estudios sobre la plasticidad cerebral infantil y por tanto con el desarrollo neuronal infantil: modificaciones en regiones anatómicas específicas como el cuerpo calloso, hipocampo, amígdala y corteza cerebral se han relacionado directamente con el maltrato infantil. En el estudio *The effects of childhood maltreatment on brain structure function and connectivity* (80), el Abuso sexual se asoció con una reducción bilateral del volumen de materia gris (GMV) en la corteza visual primaria y las cortezas de asociación visual, correlacionándose directamente con la duración de la exposición a este tipo de abuso antes de los 12 años. Relacionando nuestra ventana de edades de los 5 y 7 años, en el estudio *Early life adversity during the infant sensitive period for attachment: Programming of behavioral neurobiology of threat processing and social behavior* (81) se muestra que las funciones del hipocampo se desarrollan alrededor de los dos años en los niños, pero muestran una gran mejora de los 2 a los 6 años, alcanzando su punto máximo a los 9-11 años. Además, en el artículo *Child maltreatment and brain development: A primer for child welfare professionals* (82), se describió que el volumen del hipocampo es particularmente sensible al abuso sexual entre los 3-5 años y entre los 11-13 años. Por otra parte, en el ya nombrado artículo *Early life adversity during the infant sensitive period for attachment: Programming of behavioral neurobiology of threat processing and social behavior* (81), se vio que el maltrato en la primera infancia predispone al desarrollo de la amígdala hacia un fenotipo alterado, señalando un gran desarrollo de esta durante los primeros 7 años de vida. Todos estos resultados coinciden con períodos críticos en el desarrollo de procesos neuronales, como son la formación

de sinapsis y la poda neuronal. De hecho, se ha hallado que el abuso producido en los primeros 5 años de vida podría ser más dañino que el que ocurre en años posteriores (76, 77).

Es gracias al artículo de *Self-Control and the Developing Brain* (83) que se ha visto que el período de los 3 a los 6 años es clave a la hora de favorecer un estilo de apego en la primera infancia que apoya a la autonomía del niño y a las estrategias de autocontrol, incluidas las habilidades para controlar los impulsos, cambiar la atención de una cosa a otra y esperar una recompensa, donde juegan un papel primordial la corteza frontal y la corteza cingulada anterior.

A nivel relacional, el periodo entre los 5 y 7 años es crucial, pues supone el inicio del cambio en las relaciones de apego del niño: los años escolares suponen un cambio en la autoridad de los padres a los maestros, así como un inicio en las relaciones con sus compañeros. De este modo, las relaciones interpersonales del niño pasan de estar prácticamente limitadas a los padres a incluir a otros niños y cuidadores (84,85).

Concluimos por tanto que la Negligencia emocional como el Abuso sexual son dos tipos de maltrato que implican efectos devastadores en la construcción de la personalidad, produciendo una cascada de consecuencias negativas en diferentes dominios del funcionamiento que explicarían un déficit en la regulación emocional (86,87). Es más, en el estudio *The worst combinations of child abuse and neglect* (88), se muestra que, aunque de manera independiente el Abuso sexual no parece tener un efecto prominente, cuando se combina con la Negligencia emocional, el Abuso sexual es significativamente dañino. Esta desregulación afectiva puede mitigarse gracias a apegos seguros, previniendo respuestas somáticas al estrés.

## **Conclusiones**

Pacientes con alteración en el dominio de patología de la personalidad de desapego han padecido abuso sexual y negligencia emocional puntuando en severidad global del maltrato. El rango de edad en el que se produce la mayor susceptibilidad al maltrato es entre los 5 y los 7 años y anteriormente en los dos primeros años.

## **Limitaciones y fortalezas**

Nuestro estudio tuvo varias limitaciones. Primero, nuestra estrategia de evaluación del maltrato fue retrospectiva usando un cuestionario de auto-registro, lo cual podría estar sujeta a un sesgo de memoria. Sin embargo, un estudio de Scott, McLaughlin, Smith & Ellis (2012) proporciona resultados que sugieren que los autoinformes tanto retrospectivos como prospectivos son

comparables a la hora de evaluar el maltrato en edad infantil (89). No obstante, se recomienda usar los dos tipos de formatos, la prospectiva y la retrospectiva (Newbury et al., 2018). Segundo, dado el tamaño reducido de la muestra nosotros no consideramos otras variables que puedan estar asociadas al maltrato como el sexo o la cultura. Tercero, los participantes de nuestra muestra tenían una patología psiquiátrica cuyos síntomas pueden interferir con la relación entre maltrato y desapego. Cuarto, la MACE registra la variable “multiplicidad” que indica el número de diferentes tipos de abusos. Para obtener una perspectiva completa del impacto del maltrato en el desapego no solo es necesario el análisis del efecto acumulativo sino también la jerarquía de tipos de maltrato, donde un tipo de maltrato puede estar más fuertemente asociado con el desapego. Quinto, en este estudio se han relacionado dos tipos específicos de maltrato con niveles mayores de desapego. No obstante, la dimensión de desapego se subdivide en 6 facetas, por lo que sería interesante investigar la conexión específica del abuso con depresividad, suspicacia, retraimiento, anhedonia, evitación de la intimidad o afectividad restringida.

### **Futuro y utilidad**

Gracias al presente estudio ahondamos en el conocimiento sobre la repercusión y las consecuencias del maltrato infantil a nivel psicológico en la patología de la personalidad y por extensión en la psicopatología, y como ya se ha comentado, la especial importancia que tiene el periodo sensible entre los 5 y 7 años para desarrollar desapego. Es por ello que nos gustaría motivar a las autoridades competentes para que, en un futuro, se refuerce la detección de maltrato en la infancia (no solo a nivel intrafamiliar sino también entre iguales). Esto permitiría desarrollar estrategias de prevención primaria y secundaria en este grupo poblacional con la finalidad de que en la vida adulta no solo haya menos casos de personas con desapego sino también con el resto de patología psiquiátrica. Y puesto que más vale prevenir que curar, los servicios de protección de la infancia deberían supervisar de cerca aquellas familias sospechosas de maltrato o violencia intrafamiliar para así poder intervenir a tiempo. Además, el maltrato no se registra en la actualidad de forma rutinaria en los servicios de pediatría o de salud mental en España, por lo que se deberían establecer políticas de formación a los profesionales en los efectos del abuso y en estrategias de evaluación que permitan detectar el maltrato cuando se produce. Proponemos, igualmente, la implementación de modelos predictivos más sofisticados con los tipos de maltrato en el desarrollo de rasgos y síntomas después del abuso, para así poder ampliar los conocimientos actuales sobre la relación entre

patología mental y la adversidad en la infancia, dando pie y abriendo camino a que se realicen más estudios sobre la materia.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos principalmente a nuestro tutor Alfonso Gutiérrez Zotes su paciencia, su sabiduría y su dedicación. También agradecemos que nos haya guiado durante meses en este proyecto y que nos haya dado esta idea de estudio. Gracias por dejarnos ser partícipes de tu línea de investigación sobre maltrato en la enfermedad mental y por habernos sabido transmitir la importancia de ello.

Gracias también a Gerard Muntané y a Irene Montoro por su inestimable ayuda en la realización de los análisis estadísticos.

Queremos agradecer también a los pacientes del Instituto Pere Mata que han participado en este estudio porque sin ellos no habría sido posible realizar este TFG. Deseamos que se sigan haciendo estudios como este para que estos pacientes puedan disfrutar del futuro que merecen y para que cada vez sean menos los que padecen este tipo de patologías.

Gracias a Pelu del bar Àmfora de Reus por acogernos durante toda la carrera.

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## **REFERENCIAS**

1. Vukasović T, Bratko D. Heritability of personality: A meta-analysis of behavior genetic studies. *Psychol Bull.* 2015 Jul 1;141(4):769–85.
2. Evolución de la personalidad [Internet]. [cited 2023 Jan 23]. Available from: [https://www.icns.es/articulo\\_evolucion-personalidad](https://www.icns.es/articulo_evolucion-personalidad)
3. Solms M. La depresión en neuropsicoanálisis: ¿Por qué la depresión hace sentirse mal? *Rev Psicoanal* [Internet]. 2020 Jul [cited 2023 May 30];LXXVII (3). Available from: <http://apa.opac.ar/greenstone/collect/revapa/index/assoc/20207703/p0181.dir/REVAPA20207703p0181Solms.pdf>
4. Bowlby John. Loss, Sadness and Depression. In: *Attachment and Loss*. London: The Hogarth Press and the Institute of PsychoAnalysis; 1980.
5. Panksepp J. Affective neuroscience of the emotional BrainMind: evolutionary perspectives and implications for understanding depression. *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. 2010 Dec 31 [cited 2023 May 30];12(4):533–45. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.31887/DCNS.2010.12.4/jpanksepp>



6. León D. Afectividad y conciencia: la experiencia subjetiva de los valores biológicos. *Revista Chilena de Neuropsicología* [Internet]. 2012 Dec 31 [cited 2023 May 30];7(3):108–14. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/1793/179324986003.pdf>
7. León D. Afectividad y conciencia: la experiencia subjetiva de los valores biológicos. *Revista Chilena de Neuropsicología*. 2012 Dec 31;7(3):108–14.
8. A. Widiger T, Simonsen E, París J, Van Leeuwen K. Sección especial del Journal of Personality Disorders La agenda de la APA para el DSM V. *Journal of Personality Disorders* . 2005 Apr;1–159.
9. Fusté-Escolano A, Ruiz Rodríguez J. Estructura factorial de la versión reducida del «Eysenck Personality Profiler». 2000;
10. (PDF) Los Cinco Grandes Factores: ¿cómo entender la personalidad y cómo evaluarla? [Internet]. [cited 2023 Jan 23]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/338111357\\_Los\\_Cinco\\_Grandes\\_Factores\\_como\\_entender\\_la\\_personalidad\\_y\\_como\\_evaluarla](https://www.researchgate.net/publication/338111357_Los_Cinco_Grandes_Factores_como_entender_la_personalidad_y_como_evaluarla)
11. Van Gestel S, Van Broeckhoven C. Genetics of personality: Are we making progress? *Mol Psychiatry*. 2003;8(10):840–52.
12. Vista de DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? [Internet]. [cited 2023 Jan 23]. Available from: <https://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/12925/11972>
13. Echeburúa E, Salaberría K, Cruz-Sáez M. Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica Contributions and limitations of DSM-5 from Clinical Psychology. 2014;32: 65–74.
14. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
15. Esbec E, Echeburúa E. La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones. *Terapia psicológica* [Internet]. 2014 [cited 2023 May 10];32(3):255–64. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082014000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
16. Bowlby J. Una base segura, Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. . In: *Attachment and Loss*. New York: Basic Books, 1999; 1969.
17. Otero-Mendoza O, Zabarain-Cogollo SJ, Fernández-Daza MP. Estilos de apego, comunicación y confianza entre padres y jóvenes universitarios de la Guajira- Colombia. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, ISSN-e 2500-5731, ISSN 0124-7816, N° 24, 2017 (Ejemplar dedicado a: julio-diciembre 2017), págs 119-138 [Internet]. 2017 [cited 2023 May 10]; (24):119–38. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6134475&info=resumen&idioma=ENG>
18. Camila Guido y Spano JMMCM. *Apego Desorganizado y Trastorno Límite de la Personalidad*. Universidad Católica Argentina; 2019.
19. Hoekzema E, Barba-Müller E, Pozzobon C, Picado M, Lucco F, García-García D, et al. Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nat Neurosci*. 2017 Feb 19;20(2):287–96.
20. La teoría del apego: Aportaciones de Bowlby, Ainsworth & Main - PSISE [Internet]. [cited 2023 May 10]. Available from: <https://psisemadrid.org/teoria-del-apego/>
21. Garrido-Rojas L. APEGO, EMOCIÓN Y REGULACIÓN EMOCIONAL. IMPLICACIONES PARA LA SALUD.

22. Mercedes J, Prieto S, Chaves Mateos V, Jesús M, Poveda C, Rojas ER. DESDE EL APEGO DESORGANIZADO, TRANSITANDO HACIA LA INESTABILIDAD EMOCIONAL. [cited 2023 May 10]; Available from: [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com)
23. Christ C, De Waal MM, Dekker JJM, van Kuijk I, Van Schaik DJF, Kikkert MJ, et al. Linking childhood emotional abuse and depressive symptoms: The role of emotion dysregulation and interpersonal problems. *PLoS One* [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2023 May 10];14(2): e0211882. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0211882>
24. Lecannelier F, Ascanio L, Flores F, Hoffmann M. Apego & Psicopatología: Una Revisión Actualizada Sobre los Modelos Etiológicos Parentales del Apego Desorganizado. *Terapia psicológica* [Internet]. 2011 [cited 2023 Apr 4];29(1):107–16. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082011000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082011000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=en)
25. Steele KR, Townsend ML, Grenyer Id FS. Parenting and personality disorder: An overview and meta-synthesis of systematic reviews. 2019 [cited 2023 May 11]; Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223038>
26. Veith AC, Russell TD, King AR. PID-5 trait mediation of childhood maltreatment effects. *Pers Individ Dif*. 2017 Jan 1; 104:58–63.
27. Jansen K, Cardoso TA, Fries GR, Branco JC, Silva RA, Kauer-Sant'Anna M, et al. Childhood trauma, family history, and their association with mood disorders in early adulthood. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2023 May 10];134(4):281–6. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acps.12551>
28. Bach B, Fjeldsted R. The role of DSM-5 borderline personality symptomatology and traits in the link between childhood trauma and suicidal risk in psychiatric patients. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul* [Internet]. 2017 Jun 18 [cited 2023 May 10];4(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28638621/>
29. Russell T, Veith A, King A. Childhood Maltreatment Predictors of Trait Impulsivity. *Advances in Psychology Research Volume 103* [Internet]. 2015 May 1 [cited 2023 May 10];103. Available from: <https://commons.und.edu/psych-fac/20>
30. van Bentum JS, Sijbrandij M, Saueressig F, Huibers MJH. The association between childhood maltreatment and suicidal intrusions: A cross-sectional study. *J Trauma Stress* [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2023 May 11];35(4):1273–81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35285097/>
31. Marques-Feixa L, Moya-Higueras J, Romero S, Santamarina-Pérez P, Rapado-Castro M, Zorrilla I, et al. Risk of Suicidal Behavior in Children and Adolescents Exposed to Maltreatment: The Mediating Role of Borderline Personality Traits and Recent Stressful Life Events. *Journal of Clinical Medicine* 2021, Vol 10, Page 5293 [Internet]. 2021 Nov 14 [cited 2023 May 11];10(22):5293. Available from: <https://www.mdpi.com/2077-0383/10/22/5293/htm>
32. Radell ML, Abo Hamza EG, Daghustani WH, Perveen A, Moustafa AA. The Impact of Different Types of Abuse on Depression. *Depress Res Treat*. 2021;2021.
33. Jacob L, Thoumie P, Haro JM, Koyanagi A. The relationship of childhood sexual and physical abuse with adulthood disability. *Ann Phys Rehabil Med*. 2020 Jul 1;63(4):332–9.
34. Haller J, Harold G, Sandi C, Neumann ID. Effects of Adverse Early-Life Events on Aggression and Anti-Social Behaviours in Animals and Humans. *J Neuroendocrinol*

- [Internet]. 2014 Oct 1 [cited 2023 May 10];26(10):724–38. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jne.12182>
35. Tzanoulinou S, Sandi C. The programming of the social brain by stress during childhood and adolescence: From rodents to humans. *Curr Top Behav Neurosci* [Internet]. 2016 [cited 2023 Apr 23]; 30:411–29. Available from: [https://link.springer.com/chapter/10.1007/7854\\_2015\\_430](https://link.springer.com/chapter/10.1007/7854_2015_430)
  36. Gomez SH, Tse J, Wang Y, Turner B, Millner AJ, Nock MK, et al. Are there sensitive periods when child maltreatment substantially elevates suicide risk? Results from a nationally representative sample of adolescents. *Depress Anxiety* [Internet]. 2017 Aug 1 [cited 2023 May 11];34(8):734–41. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/da.22650>
  37. Miller AB, Jenness JL, Oppenheimer CW, Barrocas Gottlieb AL, Young JF, Hankin BL. Childhood emotional maltreatment as a robust predictor of suicidal ideation: A multi-wave, prospective investigation HHS Public Access. 2017;45(1):105–16.
  38. Andersen SL, Tomada A, Vincow ES, Valente E, Polcari A, Teicher MH. Preliminary evidence for sensitive periods in the effect of childhood sexual abuse on regional brain development. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* [Internet]. 2008 [cited 2023 Apr 23];20(3):292–301. Available from: <http://neuro.psychiatryonline.org>
  39. McCrory E, De Brito SA, Viding E. The Impact of Childhood Maltreatment: A Review of Neurobiological and Genetic Factors. *Front Psychiatry* [Internet]. 2011 [cited 2023 May 10];2(JUL). Available from: </pmc/articles/PMC3148713/>
  40. Porter C, Palmier-Claus J, Branitsky A, Mansell W, Warwick H, Varese F. Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2023 May 11];141(1):6–20. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acps.13118>
  41. DeLisi M, Drury AJ, Elbert MJ. The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Compr Psychiatry*. 2019 Jul 1; 92:1–6.
  42. Braga T, Gonçalves LC, Basto-Pereira M, Maia Â. Unraveling the link between maltreatment and juvenile antisocial behavior: A meta-analysis of prospective longitudinal studies. *Aggress Violent Behav*. 2017 Mar 1; 33:37–50.
  43. Bach BO, Bo S, Simonsen E, Bach B, Bo S&, Simonsen E, et al. Maladaptive personality traits may link childhood trauma history to current internalizing symptoms. *Scand J Psychol* [Internet]. 2022 Oct 1 [cited 2023 May 10];63(5):468–75. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/sjop.12830>
  44. Loman MM, Gunnar MR. Early experience and the development of stress reactivity and regulation in children. *Neurosci Biobehav Rev*. 2010 May 1;34(6):867–76.
  45. Williams TF, Simms LJ. Personality disorder models and their coverage of interpersonal problems. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2016 Jan 1;7(1):15–27.
  46. Borroni S, Somma A, Krueger RF, Markon KE, Peregó G, Pietrobon A, et al. Assessing the relationships between self-reports of childhood adverse experiences and DSM-5 alternative model of personality disorder traits and domains: A study on Italian community-dwelling adults. *Personal Ment Health*. 2019 Aug 1;13(3):180–9.
  47. Romero E, Alonso C. Maladaptive personality traits in adolescence: behavioural, emotional and motivational correlates of the pid-5-bf scales. *Psicothema*. 2019;31(3):263–70.

48. Gonçalves B, Pires R, Henriques-Calado J, Sousa Ferreira A. Evaluation of the PID-5 depressivity personality dimensions and depressive symptomatology in a community sample. *Anales de Psicología*. 2022 Aug 27;38(3):409–18.
49. Meliante M, Rossi C, Malvini L, Niccoli C, Oasi O, Barbera S, et al. The Relationship between PID-5 Personality Traits and Mental States. A Study on a Group of Young Adults at Risk of Psychotic Onset. *Medicina* 2021, Vol 57, Page 33 [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2023 May 13];57(1):33. Available from: <https://www.mdpi.com/1648-9144/57/1/33/htm>
50. Mertens Y, Yılmaz M, Lobbestael J. Schema modes mediate the effect of emotional abuse in childhood on the differential expression of personality disorders. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2023 May 11];104. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/340538264\\_Schema\\_modes\\_mediate\\_the\\_effect\\_of\\_emotional\\_abuse\\_in\\_childhood\\_on\\_the\\_differential\\_expression\\_of\\_personality\\_disorders](https://www.researchgate.net/publication/340538264_Schema_modes_mediate_the_effect_of_emotional_abuse_in_childhood_on_the_differential_expression_of_personality_disorders)
51. Ebrahimi A, Taheri E, Azamiyan E, Naderi Y, Kabiri Samani N, asadollahi dehkordi B, et al. Borderline Personality Traits: The Roles of Childhood Teasing and Traumatic Experiences. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology* [Internet]. 2022 May 27 [cited 2023 May 13];9(1):11–6. Available from: <http://ajnpp.umsha.ac.ir/article-1-367-en.html>
52. Alekhin A, Isagulova E. El maltrato en la infancia como condición previa para el desarrollo del trastorno límite de la personalidad en la adolescencia. *Interacción y perspectiva: Revista de Trabajo Social*, ISSN 2244-808X, Vol 12, N° 2, 2022 (Ejemplar dedicado a: Interacción y Perspectiva Revista de Trabajo Social), págs 203-213 [Internet]. 2022 [cited 2023 May 10];12(2):203–13. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8628372&info=resumen&idioma=ENG>
53. Sable P. Attachment, detachment and borderline personality disorder. *Psychotherapy*. 1997;34(2):171–81.
54. Coma González AA. Cognición Social en mujeres con trastorno límite de la personalidad y su relación con psicopatología y maltrato infantil. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa) [Internet]. 2021 Sep 20 [cited 2023 May 11]; Available from: <https://www.tdx.cat/handle/10803/672572>
55. Bozzatello P, Rocca P, Baldassarri L, Bosia M, Bellino S. The Role of Trauma in Early Onset Borderline Personality Disorder: A Biopsychosocial Perspective. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021 Sep 23 [cited 2023 May 11];12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34630181/>
56. Wu Y, Zheng Y, Wang J, Zhang T. Specific type of childhood trauma and borderline personality disorder in Chinese patients. *Front Psychiatry* [Internet]. 2022 Jul 26 [cited 2023 May 11];13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35958646/>
57. Ghamkhar Fard Z, Pourshahbaz A, Anderson JL, Boland JK, Shakiba S, Mirabzadeh A. The continuity between DSM-5 criterion-based and trait-based models for personality disorders in an Iranian community sample. *Current Psychology*. 2021 Mar 1;
58. Hemmati A, Newton-Howes G, Falahi S, Mostafavi S, Colarusso CA, Komasi S. Personality Pathology among Adults with History of Childhood Sexual Abuse: Study of the Relevance of DSM-5 Proposed Traits and Psychobiological Features of Temperament and Character. *Indian J Psychol Med* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2023 May 13];43(2):135–43. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0253717620928813>
59. Guyon R, Fernet M, Hébert M. Relational and Sexual Experiences of Betrayal From the Point of View of Sexually Victimized Young Women.

- <https://doi.org/10.1177/0886260519888197> [Internet]. 2019 Nov 26 [cited 2023 May 10];36(21–22):NP11506–30. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0886260519888197?journalCode=jiva>
60. Cantón-Cortés D, Cortés MR, Cantón J. Child Sexual Abuse and Suicidal Ideation: The Differential Role of Attachment and Emotional Security in the Family System. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 May 1 [cited 2023 May 11];17(9). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32370114/>
  61. Teicher MH, Parigger A. The ‘Maltreatment and Abuse Chronology of Exposure’ (MACE) Scale for the Retrospective Assessment of Abuse and Neglect During Development. *PLoS One*. 2015 Feb 25;10(2): e0117423.
  62. Montoro I, Moreno L, Mulet P, Miró C, Leunda A, Llaurador-Coll M, et al. Maximal Sensitivity to Child Maltreatment at the Ages of 6 and 11 Years is Associated with the Risk of Bipolar Disorder. *J Interpers Violence*. 2023 Feb 1;38(3–4):3030–54.
  63. Gutiérrez F, Aluja A, Peri JM, Calvo N, Ferrer M, Baillés E, et al. Psychometric Properties of the Spanish PID-5 in a Clinical and a Community Sample. *Assessment* [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2023 May 10];24(3):326–36. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/282126400\\_Psychometric\\_Properties\\_of\\_the\\_Spanish\\_PID-5\\_in\\_a\\_Clinical\\_and\\_a\\_Community\\_Sample](https://www.researchgate.net/publication/282126400_Psychometric_Properties_of_the_Spanish_PID-5_in_a_Clinical_and_a_Community_Sample)
  64. Keeley JW, Flanagan EH, Lee McCluskey D. Functional Impairment and the DSM-5 Dimensional System for Personality Disorder. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2014\\_28\\_133](https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_133) [Internet]. 2014 Sep 23 [cited 2023 May 13];28(5):657–74. Available from: [https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi\\_2014\\_28\\_133](https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/pedi_2014_28_133)
  65. DeYoung CG, Carey BE, Krueger RF, Ross SR. Ten Aspects of the Big Five in the Personality Inventory for DSM-5. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2016 Apr 1;7(2):113–23.
  66. Anna D’, Ana M, Stover; Juliana B. ANALYSIS OF THE DSM-5 MALADAPTIVE PERSONALITY TRAITS MODEL IN A COMMUNITY SAMPLE OF BUENOS AIRES.
  67. King AR. PID-5 Trait Indicators of Emotional Instability and Childhood Adversity Antecedents. *Psychol Rep* [Internet]. 2022 Feb 1 [cited 2023 May 10];125(1):310–27. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/345258387\\_PID-5\\_Trait\\_Indicators\\_of\\_Emotional\\_Instability\\_and\\_Childhood\\_Adversity\\_Antecedents](https://www.researchgate.net/publication/345258387_PID-5_Trait_Indicators_of_Emotional_Instability_and_Childhood_Adversity_Antecedents)
  68. Lugo V, de Oliveira SES, Hessel CR, Monteiro RT, Pasche NL, Pavan G, et al. Evaluation of DSM-5 and ICD-11 personality traits using the Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in a Brazilian sample of psychiatric inpatients. *Personal Ment Health*. 2019 Feb 1;13(1):24–39.
  69. Bach B, Sellbom M, Simonsen E. Personality Inventory for DSM-5 (PID-5) in Clinical Versus Nonclinical Individuals: Generalizability of Psychometric Features. *Assessment*. 2018 Oct 1;25(7):815–25.
  70. Wright AGC, Calabrese WR, Rudick MM, How Yam W, Zelazny K, Williams TF, et al. Stability of the DSM-5 section III pathological personality traits and their longitudinal associations with psychosocial functioning in personality disordered individuals. *J Abnorm Psychol*. 2015 Feb 1;124(1):199–207.
  71. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med*. 2012 Sep;42(9):1879–90.

72. Lo CKM, Chan KL, Ip P. Insecure Adult Attachment and Child Maltreatment: A Meta-Analysis. <https://doi.org/10.1177/1524838017730579> [Internet]. 2017 Sep 7 [cited 2023 May 31];20(5):706–19. Available from: [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524838017730579?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524838017730579?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed)
73. Stalker CA, Davies F. Attachment Organization and Adaptation in Sexually-Abused Women. <http://dx.doi.org/10.1177/070674379504000503> [Internet]. 1995 Jun 1 [cited 2023 May 31];40(5):234–40. Available from: [https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674379504000503?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub++0pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674379504000503?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed)
74. Alexander PC. The Differential Effects of Abuse Characteristics and Attachment in the Prediction of Long-Term Effects of Sexual Abuse. <http://dx.doi.org/10.1177/088626093008003004> [Internet]. 1993 Sep 1 [cited 2023 May 31];8(3):346–62. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/088626093008003004>
75. Styron T, Janoff-Bulman R. Childhood attachment and abuse: Long-term effects on adult attachment, depression, and conflict resolution. *Child Abuse Negl.* 1997 Oct 1;21(10):1015–23.
76. Riggs SA. Childhood emotional abuse and the attachment system across the life cycle: What theory and research tell us. *J Aggress Maltreat Trauma* [Internet]. 2010 Jan [cited 2023 May 31];19(1):5–51. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=wamt20>
77. Riggs SA, Kaminski P. Childhood Emotional Abuse, Adult Attachment, and Depression as Predictors of Relational Adjustment and Psychological Aggression. <https://doi.org/10.1080/10926770903475976> [Internet]. 2010 Jan [cited 2023 May 31];19(1):75–104. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10926770903475976>
78. Dunn EC, Nishimi K, Gomez SH, Powers Lott A, Bradley B. Developmental timing of trauma exposure and emotion dysregulation in adulthood: Are there sensitive periods when trauma is most harmful?
79. Ehring T, Quack D. Emotion Regulation Difficulties in Trauma Survivors: The Role of Trauma Type and PTSD Symptom Severity. *Behav Ther.* 2010 Dec 1;41(4):587–98.
80. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nat Rev Neurosci* [Internet]. 2016 Sep 19 [cited 2023 Apr 23];17(10):652–66. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27640984/>
81. Opendak M, Gould E, Sullivan R. Early life adversity during the infant sensitive period for attachment: Programming of behavioral neurobiology of threat processing and social behavior. *Dev Cogn Neurosci* [Internet]. 2017 [cited 2023 May 31]; 25:145–59. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2017.02.002>
82. Welfare Information Gateway C. Child Maltreatment and Brain Development: A Primer for Child Welfare Professionals. [cited 2023 May 31]; Available from: <https://www.childwelfare.gov>
83. (PDF) Self-control and the developing brain [Internet]. [cited 2023 May 31]. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/303230063\\_Self-control\\_and\\_the\\_developing\\_brain](https://www.researchgate.net/publication/303230063_Self-control_and_the_developing_brain)

84. Cowell RA, Cicchetti D, Rogosch FA, Toth SL. Childhood maltreatment and its effect on neurocognitive functioning: Timing and chronicity matter. [cited 2023 May 31]; Available from: <https://doi.org/10.1017/S0954579415000139>
85. Crittenden P, Kozłowska K, Landini A. Assessing attachment in school-age children. <http://dx.doi.org/10.1177/1359104509356741> [Internet]. 2010 Feb 22 [cited 2023 May 31];15(2):185–208. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359104509356741>
86. van der Kolk BA, Fislér RE. Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bull Menninger Clin* [Internet]. 1994 [cited 2023 May 30];58(2):145–68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7519094/>
87. Young JC, Widom CS. Long-term effects of child abuse and neglect on emotion processing in adulthood. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2014 Aug [cited 2023 May 30];38(8):1369–81. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4117717/>
88. Ney PG, Fung T, Wickett AR. The worst combinations of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* [Internet]. 1994 Sep [cited 2023 May 30];18(9):705–14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8000901/>
89. Scott KM, McLaughlin KA, Smith DAR, Ellis PM. Childhood maltreatment and DSM-IV adult mental disorders: Comparison of prospective and retrospective findings. *British Journal of Psychiatry* [Internet]. 2012 Jun 2 [cited 2023 May 21];200(6):469–75. Available from: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/73DFC9715EAEDBE093D9D7E174172A57/S0007125000079514a.pdf/div-class-title-childhood-maltreatment-and-dsm-iv-adult-mental-disorders-comparison-of-prospective-and-retrospective-findings-div.pdf>