

Daniela Hervás Torres

Relación entre el trauma infantil y los estilos de apego en adultos.

TRABAJO DE FIN DE GRADO

dirigido por el Dr. Luis Heredia Santaella

Grado de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2025

ÍNDICE

1. Resumen	2
2. Introducción teórica	3
2.1. Abuso Emocional Infantil	3
2.2. Mecanismos Disociativos	6
2.3. Apego Desorganizado	10
2.4. Relación entre Abuso Emocional, Disociación y Apego Desorganizado	15
3. Objetivos e Hipótesis	17
4. Metodología	18
4.1. Participantes	18
4.2. Instrumentos	18
4.3. Procedimiento	18
5. Análisis estadísticos	19
6. Resultados	20
7. Discusión	25
8. Limitaciones	27
9. Bibliografía	28
ANEXO A	33

1. Resumen

Este estudio tiene como objetivo explorar la relación entre tres variables clave en psicopatología del desarrollo: 1) Trauma infantil (Abuso Emocional), 2) El apego y 3) Los mecanismos disociativos. Partiendo de la teoría del apego (Bowlby, 1969) y del modelo de la disociación estructural (Van der Hart et al., 2011), se hipotetiza que las experiencias traumáticas en la infancia se relacionan negativamente con la percepción de seguridad en las figuras de apego y positivamente con la presencia de mecanismos disociativos como estrategia de afrontamiento.

Se realizó un estudio transversal de diseño correlacional en el cual participaron 61 adultos (72,1% mujeres). Las variables *Trauma infantil* y *Apego* fueron evaluadas mediante las subescalas correspondientes del cuestionario CaMir-R (Balluerka et al., 2011). Debido a una limitación metodológica, la variable mecanismos disociativos no pudo ser medida directamente con un instrumento específico. El análisis de datos incluyó estadísticos descriptos y correlaciones de Pearson.

Los resultados indicaron un perfil predominante de apego inseguro evitativo en la muestra. Se encontró una correlación negativa altamente significativa entre trauma infantil y seguridad en el apego ($r = -0,81$, $p < 0,001$). Asimismo, el trauma infantil correlacionó positivamente con indicadores de autosuficiencia defensiva y rencor ($r = 0,48$, $p = 0,001$), un patrón coherente con el uso de estrategias de desconexión emocional.

Los hallazgos apoyan la fuerte interrelación teórica entre el trauma temprano y la formación de modelos internos de apego inseguro. El estudio subraya la necesidad de incluir instrumentos de evaluación específicos para la disociación y resalta la importancia de abordar estas tres variables de forma integrada tanto en la evaluación como en la intervención psicológica.

2. Introducción teórica

2.1. Abuso Emocional Infantil

La Organización Mundial de la Salud (2024) define el maltrato infantil como:

Cualquier forma de abuso o desatención que afecte a un menor de 18 años, abarca todo tipo de maltrato físico o afectivo, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otra índole que dañe o pueda dañar la salud, el desarrollo o la dignidad del menor o que pueda poner en peligro su supervivencia en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Dentro del maltrato psicológico infantil, podemos distinguir dos subtipos principales: el abuso emocional (*Childhood Emotional Abuse*, CEA) y la negligencia emocional (*Childhood Emotional Neglect*, CEN). El primero implica actos hostiles como: menospreciar, denigrar, humillar, ignorar, aislar, imponer expectativas rígidas con amenazas o restringir interacción social en comunidad por parte de los cuidadores hacia el niño. Por otro lado, la negligencia emocional, se refiere a la falta de atención a las necesidades afectivas del niño (Xiao et al., 2023).

En España, según datos del Ministerio de Juventud e Infancia (2024), en el año 2023 se comunicaron un mínimo de 27915 de notificaciones de sospecha de maltrato infantil. La negligencia es la forma más común de violencia infantil (41,30%), seguida por la violencia emocional (30,20%), física y sexual. Más del 50% de los casos registrados corresponden a adolescentes de entre 11 y 17 años.¹ Esto no necesariamente significa que estas sean las franjas de edad donde más casos se den, ya que la detección de violencia en niños menores de 6 años es más compleja. Es debido a estas dificultades que los investigadores encuentran, tanto en su detección como en su investigación, que el abuso emocional infantil junto a

¹ **Ministerio de Juventud e Infancia.** (2024). *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia* (N.º 26, Datos 2023). Gobierno de España. <https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/>

la negligencia emocional infantil son las formas de maltrato infantil menos estudiadas (Ministerio de Sanidad, 2022).

Según un metaanálisis realizado por Xiao et al. (2023), se encontró que el abuso emocional infantil va asociado con una salud mental más pobre en la adultez. Además, esta revisión encontró que los efectos del abuso emocional infantil seguían siendo significativos después de ajustar por otras formas de abuso, que la región donde fueron llevados a cabo los estudios no afectaba los resultados y que los resultados tanto en inglés como en chino eran consistentes. Teniendo esto en cuenta, Xiao et al. (2023) sugieren que el impacto del CEA en la salud mental del adulto sea universal. También encontraron asociaciones adicionales entre el CEA, el CEN y las consecuencias de trastornos de personalidad, trastornos alimenticios, depresión, ansiedad, ideación suicida, autolesión, abuso de sustancias y otros síntomas psicológicos (entre ellos: trastorno de estrés post traumático y disociación somatomorfa).

El estudio de Cole & Díaz (2024), destaca la asociación entre las ACE (*Adverse Childhood Experiences*) y déficits de regulación emocional. Las ACE que se reportaron con mayor frecuencia en el estudio fueron: vivir con alguien con una enfermedad mental, padres separados/divorciados y negligencia emocional y abuso psicológico (36.3% de la muestra). Estas ACE se asociaron positivamente con cada déficit de regulación emocional y todos los resultados de internalización. Los siguientes déficits se identificaron como mediadores significativos entre las ACE y el estrés: no aceptación de respuestas emocionales, falta de consciencia emocional y falta de acceso a estrategias de regulación emocional. Es decir, el abuso emocional no solo afecta a la salud mental, sino también a la capacidad de regulación emocional del individuo. Un individuo con problemas para regularse emocionalmente puede llegar a la disociación para evitar emociones abrumadoras.

Autores como Thomson & Jaque (2017) han observado que la resiliencia modera los efectos del abuso emocional infantil y sugieren que potenciarla en la adultez puede reducir el malestar psicológico. Thomson & Jaque (2017) encontraron relación entre haber sufrido 4 o más ACEs y resiliencia. En este grupo, el 51.4%, a pesar de las múltiples ACEs, según las clasificaciones del *Adult Attachment Interview* (AAI) no tenían un apego no resuelto o inseguro y el 53.3% se

consideraban seguro/autónomo como segunda clasificación. Thomson & Jaque (2017), atribuyen esta resiliencia a factores como: el apego seguro, niveles de estudio universitarios y participación en actividades significativas autoidentificadas.

En la misma línea, un estudio llevado a cabo por Finch et al. (2024) encontró que un elevado número de ACEs y apego inseguro predecían un elevado malestar psicológico y trauma en su muestra. Las ACEs dejaban de ser un predictor significativo de malestar psicológico cuando se introducía la variable apego, sugiriendo que el estilo de apego mediatiza la asociación entre ACEs y malestar psicológico, como sugiere también el estudio de Thomson & Jaque de 2017.

A parte, Finch et al. (2024) explican que, en su muestra, el número de ACEs predijo significativamente el cumplimiento del umbral el TEPT o TEPT-C. Esto sugiere que el número de ACEs y los estilos de apego inseguro predicen significativamente los diagnósticos de trauma en etapas posteriores de la vida, pero solo el apego es significativo para predecir el malestar psicológico general.

Por otro lado, una investigación de Kuhar et al (2024) buscaba investigar el papel del apego y las experiencias positivas en la infancia (EPI) en la asociación entre las ACE, el apoyo emocional autoevaluado y la salud mental. En este estudio se encontró que las ACE tienen un débil impacto directo en la salud mental autoevaluada. Sin embargo, sus resultados no mostraron una asociación directa significativa entre ACEs y apoyo emocional autoevaluado, que los autores contribuyeron a su muestra *low-risk*. Por otro lado, mientras las ACE mostraron una débil asociación positiva con el apego ansioso, no se encontró la misma relación con el apego evitativo. Los autores anotan que haber incluido el apego desorganizado en el estudio podría haber revelado una asociación más fuerte entre ACEs y apego. Por último, el estudio encontró que las Experiencias Positivas en la Infancia (PCE) mostraron un efecto protector, pero no mitigaban completamente el impacto negativo de las ACE, especialmente en personas con altos niveles de éstas.

2.2. Mecanismos Disociativos

La disociación es un fenómeno multifacético definido como una interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad, la emoción, la percepción, la representación corporal, el control motor y el comportamiento (*American Psychiatric Association, 2022, p 329*).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (2022), los síntomas disociativos se experimentan como intrusiones no deseadas en la conciencia y el comportamiento, con pérdidas de continuidad de la experiencia subjetiva (lo que denominan síntomas disociativos "positivos", como la división de la identidad, la despersonalización y la desrealización) y/o la incapacidad para acceder a la información o controlar funciones mentales que normalmente son fácilmente accesibles o controlables (síntomas disociativos "negativos", como la amnesia).

Autores como Mertens et al. (2021) describen la disociación como una forma de coping maladaptativo que, aunque protege al niño del trauma, también aumenta el riesgo de desarrollar paranoia al fomentar sentimientos de aislamiento y desconfianza. La disociación permite al niño mantener contacto físico con el cuidador, que le ofrece comida y seguridad, al mismo tiempo que disocia del comportamiento abusivo de éste.

El concepto de disociación ha ganado atención en los campos científico y clínico debido a su relación con los trastornos mentales relacionados con el trauma. Históricamente, se ha entendido la disociación como una división o duplicación de la personalidad, concepto desarrollado por Pierre Janet y otros autores del siglo XIX y principios del XX. Sin embargo, en las últimas décadas, han surgido varias definiciones del término, lo que ha generado una confusión conceptual. Un análisis realizado por Van der Hart, quien reconoce haber contribuido a esta confusión, busca aclararla al examinar la coexistencia de dos enfoques actuales que compiten en la comprensión del concepto. El modelo que presentaré ahora es el que, según Van der Hart (2021), ofrece una mayor claridad y especificidad. Este modelo ofrece una conceptualización estrecha de la disociación, centrada en la división de la personalidad en partes disociativas, en contraste con el modelo de Van der Kolk et al., que incluye una amplia gama de fenómenos no necesariamente disociativos.

El Modelo Estructural de la Disociación de Van der Hart et al. (2021) explica este fenómeno como una división de la personalidad en subsistemas disociativos:

- Disociación primaria: División en una parte aparentemente normal (PAN), que gestiona la vida cotidiana, y unas partes emocionales (PE), que contienen emociones y recuerdos traumáticos.
- Disociación secundaria: Presencia de una PAN y diversas PEs, cada una de estas relacionadas con diferentes aspectos del trauma o defensas fallidas.
- Disociación terciaria: Incluye la presencia de múltiples ANPs y EPs, característica del trastorno de identidad múltiple (TIP), donde las partes disociativas tienen un alto grado de autonomía y elaboración.

La falta de integración entre estas partes puede llevar a síntomas como amnesia disociativa, despersonalización y desrealización (Pearce et al., 2017; Van der Hart, 2021; Wagner-Skacel et al., 2022).

En un estudio de Mueller-Pfeiffer et al. (2013) sobre el maltrato infantil y su relación con la disociación, TEPT y la depresión, observaron en una muestra de pacientes psiquiátricos adultos que el maltrato en la infancia fue, con diferencia, el predictor más importante de la disociación psicoforme y somatomorfe. Cuando examinaron los 3 estadios de desarrollo por separado, observaron que el maltrato infantil entre los 0 y los 12 años predecía significativamente disociación psicoforme, mientras que el maltrato infantil ocurrido entre los 13 y los 18 años era un predictor significativo de disociación somatoforme. De entre las 5 formas de maltrato infantil que estudiaron, el abuso emocional junto con el acoso sexual predijo significativamente tanto la disociación psicoforme como la somatoforme. El abuso emocional ocurrido entre los 7 y 12 años y en entornos peri- o extrafamiliares predecían disociación psicoforme y somatoforme. Por último, examinaron la interacción del efecto del género y el maltrato infantil que reveló principalmente efectos aditivos para la disociación psicoforme, es decir, el maltrato infantil afecta más fuertemente a las mujeres que a los hombres. Esta relación fue evidente para el maltrato infantil en general, en todas las etapas del desarrollo, en las relaciones intrafamiliares y extrafamiliares con el agresor, y para la negligencia emocional, el abuso emocional y el acoso sexual. La interacción del género con el maltrato infantil en las relaciones perifamiliares con el agresor, y con el abuso físico y sexual, no fue significativa. En cuanto a la disociación

somatoforme, se observaron interacciones aditivas entre el género y el maltrato infantil, tanto en general como en las relaciones extrafamiliares con el agresor. La interacción del género con el maltrato infantil entre los 0 y los 6 años tuvo un efecto compensatorio: el efecto principal del maltrato infantil entre los 0 y los 6 años sobre la disociación somatoforme no fue significativo.

Siguiendo esta línea, un estudio realizado por Schalinski et al (2016) buscaban examinar cómo el tipo y el momento de las ACE afectan a la gravedad del TEPT y los síntomas disociativos y depresivos. Utilizaron una muestra de 129 adultos psiquiátricos hospitalizados donde la mayoría había sufrido una o más ACEs. Schalinski et al. llegaron a la conclusión de que los efectos del tipo y el momento de ocurrencia de las ACE en la gravedad de cada sintomática indican que ciertos tipos de experiencias en períodos sensibles específicos tienen un mayor impacto y una mayor capacidad predictiva para el desarrollo de síntomas que la carga global del estrés (Las ACE miden la duración, la multiplicidad y la gravedad general). En cuanto al momento de experiencia, identificaron los periodos más sensibles durante la infancia en los que las ACE tienen un mayor impacto en el desarrollo de síntomas psicopatológicos. Destacaron el rango de edad entre los 5 y los 14 años, es decir la edad escolar y la adolescencia temprana.

En general, los resultados de estas investigaciones respaldan la idea de que la disociación severa tiene su origen en eventos adversos experimentados durante el desarrollo infantil, especialmente en edades cercanas a la preadolescencia.

Wagner-Skacel et al (2022) confirmaron que las experiencias adversas en la infancia, como el abuso emocional, físico o sexual, están significativamente asociadas con mayores niveles de disociación en la edad adulta. En su estudio, con una muestra de 67 pacientes de hospital general, buscaban examinar qué efectos tenían las ACE en la mentalización (la capacidad de entender y reflexionar sobre los estados mentales propios y ajenos) y disociación. Las experiencias adversas en la infancia están asociadas a peores habilidades de mentalización, y explican casi el 23,7% de las diferencias observadas en estas habilidades entre las personas estudiadas. Si bien la mentalización se asoció significativamente con la disociación, la asociación de las ACE con la disociación dejó de ser significativa y el efecto indirecto fue estadísticamente significativo. La varianza explicada de la

disociación aumentó notablemente hasta el 49,1% al incluir la mentalización como mediadora en el modelo. Por lo tanto, los datos indicaron que la asociación de las ACE con la disociación estuvo completamente mediada por la mentalización. En resumen, en la muestra de Wagner-Skacel se observó una clara asociación entre las ACE y los síntomas disociativos. Sin embargo, la asociación directa entre las ACE y la disociación dejó de ser estadísticamente significativa al añadir la mentalización al modelo como mediador de dicha relación.

El estudio de Krüger y Fletcher (2017) buscaba predecir un trastorno disociativo a partir del tipo de maltrato infantil sufrido y la relación entre víctima-abusador. Contaban con una muestra de 116 pacientes psiquiátricos hospitalizados, 16 de ellos tenían diagnóstico de trastorno disociativo. Se compararon las puntuaciones de presencia del área de trauma del TEC (*Traumatic Experiences Questionnaire*) entre pacientes con trastorno disociativo y sin él, se encontró que el abuso emocional mostró una evidencia moderada de asociación con el trastorno disociativo. Todos los pacientes con trastorno disociativo (100%) reportaron experiencias tanto de negligencia emocional como de abuso emocional, mientras que 71% de los pacientes sin trastorno disociativo reportaba solamente abuso emocional. En general, los pacientes con trastorno disociativo registraron más experiencias de maltrato que los pacientes sin trastornos disociativos. A pesar de esta diferencia en la frecuencia de registro, los padres biológicos fueron los abusadores más frecuentes entre los pacientes con o sin trastorno disociativo y los tipos de maltrato predominantes que perpetraban fueron negligencia emocional, abuso emocional y abuso físico.

Este estudio de Krüger y Fletcher (2017) también encontró una fuerte asociación entre el abuso emocional por una pareja íntima y el diagnóstico de trastorno disociativo. El TEC registra experiencias traumáticas a lo largo de la vida del encuestado. La identificación de diferentes perpetradores suele indicar abuso durante etapas específicas de la vida. En pacientes con trastorno disociativo, las parejas se registraron con mayor frecuencia como perpetradores de abuso emocional que los padres u otros familiares biológicos. Según los autores esto podría deberse a que los recuerdos más recientes de abuso emocional en la edad adulta por parte de las parejas podrían posiblemente predominar sobre los

recuerdos más antiguos de abuso emocional en la infancia mientras se completaba la TEC.

En resumen, mientras que Krüger y Fletcher (2017) destacan el papel de los padres biológicos y las parejas íntimas como abusadores, Mueller-Pfeiffer et al. (2013) encontraron que el maltrato extrafamiliar también predice síntomas disociativos. Esto sugiere que el contexto relacional del abuso es fundamental, pero que puede variar según la etapa de la vida.

2.3. Apego Desorganizado

En los años 50, John Bowlby comenzó a desarrollar lo que conocemos hoy día como la Teoría del Apego. A través de sus experiencias con niños privados de adecuados cuidados maternos, Bowlby llegó a la conclusión de que los problemas emocionales y de personalidad tenían su origen en experiencias reales de separación y pérdida, más que en conflictos internos o fantasías, como sostenía el psicoanálisis tradicional (Bretherton, 1992, p. 760)

Bowlby desarrolló teóricamente el concepto de "Base Segura" (Secure Base). Éste hace referencia a la disponibilidad y sensibilidad que le aporta la figura de apego al infante, actuando como un lugar seguro desde el cual el niño puede explorar el mundo con confianza y puede regresar en busca de consuelo y protección en momentos de amenaza o malestar (Bratherton, 1992, p. 766).

Bowlby (1960) afirmó que los procesos de duelo y luto en los niños y adultos aparecen cuando se activan las conductas de apego, pero la figura referente sigue no está disponible. Bowlby sugirió que, cuando la sucesión de figuras de apego es demasiado frecuente, puede surgir la incapacidad de forjar relaciones profundas con los demás (Bratherton, 1992, p. 763).

El apego desorganizado fue introducido por Main y Solomon (1986, 1990) como una categoría adicional a los patrones ya existentes de apego seguro, inseguro-avoidante e inseguro-resistente. Se caracteriza por comportamientos contradictorios y desorientados en los niños durante una "situación extraña"

(SSP), que no siguen una estrategia coherente para buscar proximidad con el cuidador (Zagaria et al., 2024).

Estos comportamientos son agrupados en 7 categorías:

1. Secuencias de comportamientos contradictorios.
2. Manifestaciones simultáneas de comportamiento contradictorio.
3. Movimientos sin dirección, mal dirigidos, incompletos o interrumpidos.
4. Estereotipias, movimientos asimétricos, movimientos desfasados y posturas anómalas.
5. Paralización o inmovilidad y movimientos o expresiones lentas.
6. Manifestaciones de aprehensión hacia el cuidador.
7. Signos evidentes de desorientación o desorganización.

El apego desorganizado surge de una paradoja irresoluble en la cual el cuidador, que debería ser una fuente de seguridad, se convierte en una fuente de miedo. Esta situación activa simultáneamente el sistema de apego, que impulsa al niño a buscar apego, y el sistema de miedo, que impulsa al niño a alejarse.

Esta paradoja crea un miedo sin solución (Hesse & Main, 1999) donde el niño no puede resolver la situación de manera efectiva, lo que lleva a comportamientos desorganizados (Zagaria et al., 2024).

Zagaria et al. (2024) en su integración de los estudios sobre apego y trauma, explica que actualmente, en cierta medida, se ignora que los propios **Main y Hesse concibieron explícitamente el apego desorganizado como estrechamente vinculado a los procesos de disociación y trauma**. Según los autores, la paradoja de aproximación-evitación se asocia con la disociación de diferentes "redes" de tendencias disposicionales; como resultado, dos sistemas conductuales no pueden "comunicarse" adecuadamente entre sí y se transmiten conjuntamente. En su artículo, Zagaria et al, mencionan que este fenómeno puede considerarse disociación estructural desde la perspectiva de la teoría de la disociación estructural, ya que los autores afirman que "una sola conciencia no puede resolver esta paradoja, pero una conciencia dividida si puede" (Hesse & Main, 2006, p. 339). Zagaria et al. también resaltan que muchas conductas de las categorías 5 y 7 de comportamientos presentados en el apego desorganizado son

notablemente similares a las conductas que sugieren estados disociativos a un nivel "descriptivo/fenotípico".

Marcusson-Claverts et al. (2017) para examinar la relación entre la disociación y la divagación mental con el apego no resuelto/desorganizado. En su hipótesis, estos autores esperaban encontrar que el apego no resuelto/desorganizado predijera experiencias cotidianas de bajo control/conciencia, alto afecto negativo y alto desapego. Estas asociaciones se observaron con el *Berkeley-Leiden Adult Attachment Questionnaire-Unresolved* (BLAAQ-U), pero no con el *Adult Attachment Interview* (AAI). El BLAAQ-U también predijo la adhesión a un estilo negativo de ensoñación (culpa/miedo al fracaso), mientras que el AAI no lo hizo. Los autores señalan que contrariamente a sus expectativas el apego no resuelto/desorganizado no predijo experiencias cotidianas de divagación mental. Tanto el BLAAQ-U como AAI predijeron el estilo de control atencional deficiente. Según Marcusson-Claverts et al. (2017), estos resultados indican que las personas que responden afirmativamente a una medida de autoinforme de apego no resuelto/desorganizado tienen experiencias de la vida diaria caracterizadas por la percepción de bajo control cognitivo, alto afecto negativo y sentimientos de desconexión consigo mismas o con los demás. En otras palabras, los autores señalan que las personas con apego no resuelto/desorganizado parecen menos capaces de controlar sus pensamientos y divagar hacia temas desagradables, aunque no haya evidencia de que el apego mencionado prediga los niveles generales de divagación mental.

Hatami Nejad et al. (2025) llevaron a cabo un estudio centrado en desarrollar un modelo de evitación experiencial basado en el trauma infantil y la victimización, con estilos de apego inseguro como mediador. Se observó que el trauma infantil y la victimización juntos explican el 70% de la varianza en el estilo de apego inseguro, mientras que el trauma infantil, la victimización y el estilo de apego inseguro juntos explican el 69% de la varianza en la evitación experiencial. Los autores indican que los estilos de apego inseguro tienen un efecto directo y significativo en la evitación experiencial de su muestra de estudiantes. Sugieren que los estilos de apego inseguro, que se desarrollan en la primera infancia, generan inestabilidad emocional y cognitiva que puede conducir a patrones de

comportamiento desadaptativos, como la evitación experiencial. Hatami Nejad et al. (2025) explican que:

Los estilos de apego inseguro, especialmente los que se forman durante la infancia, suelen ser el resultado de relaciones débiles e inestables con los cuidadores, lo que genera sentimientos de inseguridad, ansiedad y desconfianza en las relaciones interpersonales y en situaciones emocionales. Estos sentimientos impulsan a las personas a evitar experiencias desagradables o temerosas para protegerse de revivir emociones negativas asociadas con las relaciones tempranas. Estudios previos han demostrado que las personas con estilos de apego inseguro son más propensas a adoptar estrategias de evitación como medio para afrontar las situaciones. (p. 4-5)

En relación con la evitación experiencial, los autores explican que el trauma infantil tiene un efecto directo y significativo en la evitación experiencial de los estudiantes. Según ellos, este hallazgo sugiere que las experiencias negativas en la infancia, en particular **el trauma emocional** o físico, **desempeñan un papel crucial en la formación de patrones de afrontamiento desadaptativos**. Mencionan que, estas estrategias de afrontamiento desadaptativas pueden llegar a dificultar la integración adaptativa de las experiencias traumáticas en la memoria y el sistema psicológico, lo que podría derivar a problemas psicológicos adicionales. Por lo tanto, las personas con experiencias negativas en la infancia y síntomas de TEPT generalmente muestran una mayor tendencia a evitar emociones y experiencias difíciles. Si bien estas estrategias de evitación pueden reducir temporalmente la ansiedad y la tensión, pueden disminuir la capacidad de afrontar desafíos de la vida a largo plazo y aumentar el riesgo de problemas psicológicos como la ansiedad y la depresión.

En 2024, Zagaria et al. realizaron una integración de los estudios sobre apego y trauma para definir el concepto de *Attachment Trauma*. Estos autores definen este concepto como "consecuencias biológicas, psicológicas y relacionales variables y duraderas que resultan de la codificación e integración incompletas de experiencias emocionalmente abrumadoras dentro de una relación de apego" (p. 7). Los autores sugieren que el trauma de apego y el apego desorganizado son conceptos equiparables, ya que el apego desorganizado se aborda habitualmente

en relatos sobre el apego, el trauma relacional temprano, la traición y el trauma complejo.

En su trabajo, dedicado a integrar teoría e investigaciones sobre disociación traumática, Bailey y Brand (2017) menciona en su apartado "Trauma y Apego: Modelos de disociación" como el apego desorganizado temprano se asocia con dificultades posteriores de disociación, relaciones sociales y secuelas académicas y cognitivas. Hacen mención del modelo de Putnam (1997), que postula que los estados conductuales se desarrollan como parte de la maduración normal. Cuando los niños experimentan una crianza adaptada, aprenden a integrar estados conductuales. Sin embargo, **cuando los niños son expuestos a abuso o a experiencias adversas, la integración puede verse obstaculizada, lo que puede resultar en déficits en la regulación emocional** y en la capacidad de acceder a información previamente conocida, especialmente cuando el abuso ha sido severo, crónico y perpetrado por cuidadores. Explican que los niños con apego desorganizado comienzan a mostrar conductas controladoras/punitivas e inversión de roles a los seis años, lo que generalmente reemplaza las conductas de miedo observadas en bebés y niños pequeños. En su investigación, Bailey y Brand informan de que estudios prospectivos han descubierto que el trauma infantil objetivo y verificado, así como la comunicación altamente interrumpida entre el cuidador y el niño, se relacionan con la disociación en la edad adulta. La gravedad del abuso se relaciona con la disociación en la edad adulta, así como con el estado de "apego no resuelto" (el equivalente adulto del apego desorganizado infantil, según la Entrevista de Apego para Adultos [AAI]). Los autores mencionan que, en esos estudios, el apego no resuelto no se relacionó con la disociación en la edad adulta. Sin embargo, resaltan que autores como Byun et al. (2016) sugieren que el AAI podría no ser lo suficientemente sensible con poblaciones de alto riesgo, ya que las personas deben ser capaces y estar dispuestas a revelar su historial de trauma y pérdida para ser clasificadas como personas con apego no resuelto.

Autores como Thomson & Jaque, investigaron las variables *Adverse Childhood Experiences* (ACE) y Apego Adulto en una muestra no clínica administrando el *Adult Attachment Interview* (AAI), los resultados de este estudio mostraban una fuerte relación entre una elevada ACE y un mayor apego inseguro. A parte, la

muestra con 4 o más ACEs se asociaba con una mayor falta de resolución de trauma pasado/experiencias de pérdidas, mayores eventos traumáticos en la adultez, y mayor dificultad revelando traumas pasados.

2.4. Relación entre Abuso Emocional, Disociación y Apego Desorganizado

Después de leer la literatura previa, es evidente que el abuso emocional infantil, la disociación y el apego desorganizado están profundamente interconectados. Estos tres elementos no sólo coexisten, sino que se influyen mutuamente, creando un ciclo que perpetúa el trauma y dificulta la integración psicológica.

El abuso emocional infantil no solo afecta a la autoestima y desarrollo emocional del niño, sino que también altera la formación de vínculos de apego de éste. En particular, el abuso emocional está fuertemente asociado con el desarrollo de un apego desorganizado, un patrón de vinculación caracterizado por comportamientos contradictorios y desorientados en el niño, como expresiones de miedo hacia el cuidador o movimientos incompletos (Main & Solomon, 1986; Zagaria et al., 2024). Este tipo de apego surge de una paradoja irresoluble: el cuidador, que debería ser una fuente de seguridad para el niño, se convierte en una fuente de miedo, activando simultáneamente el sistema de apego y el sistema de miedo (Hesse & Main, 1999). Esta dinámica crea un "miedo sin solución", que el niño no puede resolver de manera efectiva, lo que lleva a una desorganización en su capacidad para regular emociones y establecer relaciones seguras.

Este apego desorganizado actúa como mediador clave en la relación entre el abuso emocional infantil y el desarrollo de mecanismos disociativos, especialmente cuando ocurre en edades críticas como la preadolescencia (Schalinski et al., 2016). El apego desorganizado dificulta la integración emocional y conductual (Bailey & Brand, 2017), lo que puede llevar a una fragmentación de la personalidad. Esta falta de integración emocional y conductual es un factor crucial que predispone al niño a utilizar la disociación como mecanismo de afrontamiento. La disociación, entendida como una interrupción en la integración normal de la conciencia, la memoria, la identidad y la percepción (American Psychiatric Association, 2022), es una respuesta adaptativa a corto plazo que permite al niño

mantener contacto físico mientras disocia del comportamiento abusivo (Mertens et al., 2021). Sin embargo, a largo plazo, la disociación se convierte en un mecanismo maladaptativo que aumenta el riesgo de desarrollar trastornos disociativos, como la amnesia, la despersonalización y la desrealización (Van der Hart et al., 2021). El Modelo Estructural de la Disociación de Van der Hart et al. (2021) nos explica cómo el trauma temprano, como el abuso emocional, puede llevar a una división de la personalidad en partes disociadas, lo que dificulta la integración de experiencias emocionales y traumáticas.

Además, el abuso emocional en la infancia no solo predispone al desarrollo de un apego desorganizado y síntomas disociativos, sino que también aumenta el riesgo de psicopatología en la adultez, como trastornos de personalidad, depresión, ansiedad y trastornos de estrés postraumático complejo (CPTSD) (Xiao et al., 2023). Estos trastornos están relacionados con la dificultad para integrar experiencias traumáticas y regular emociones, lo que refuerza la necesidad de abordar estos tres elementos de manera integrada en el tratamiento.

Estudios como el de Cole & Díaz (2024) destacan que el abuso emocional no solo afecta a la salud mental, como acabamos de ver, sino también a la capacidad de regulación emocional. Un individuo con déficits en esta área puede recurrir a la disociación como mecanismo para evitar las emociones abrumadoras.

En resumen, el abuso emocional, la disociación y el apego desorganizado están interconectados en un ciclo que perpetúa el malestar psicológico. El abuso emocional altera la formación de vínculos seguros, llevando al desarrollo del apego desorganizado, que a su vez predispone al uso de mecanismos disociativos como estrategia de afrontamiento. La disociación, inicialmente protectora, dificulta la integración emocional y la regulación, perpetuando así el ciclo de desorganización y trauma. Comprender esta relación es fundamental para desarrollar intervenciones centradas en las raíces del trauma que puedan promover una integración tanto emocional como relacional del individuo afectado. Terapias como la Terapia basada en la Mentalización centrada en el trauma (MBT-TF) y la Terapia Cognitiva Procesual centrada en el trauma (D-CPT) han demostrado ser eficaces en este sentido, ayudando a los pacientes a procesar el trauma, reducir la disociación y reorganizar patrones de apego desorganizado (Bateman & Fonagy, 2021; Rimane et al., 2021).

3. Objetivos e Hipótesis

Inicialmente, el diseño del estudio contemplaba el uso del Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT) para evaluar las variables centrales de la investigación, abuso emocional y disociación. No obstante, se determinó que debido a su extensión (180 ítems) y su diseño para poblaciones clínicas específicas su administración online en una población general no clínica exponía a la investigación a un alto riesgo de fatiga de respuesta y de una tasa de abandono elevada. Es por esto por lo que se optó por priorizar el análisis de las representaciones de apego mediante el cuestionario CaMir-R, cuyas propiedades psicométricas y longitud lo hacen más adecuado para el contexto de esta investigación.

Lo que se espera encontrar en esta investigación y, por tanto, mi hipótesis principal es que: *los individuos que reporten mayores niveles de abuso emocional percibirán una menor disponibilidad y seguridad por parte de sus figuras de apego principal.*

A lo largo de este trabajo, hemos visto como el abuso emocional en la infancia afecta a la formación de vínculos de apego del niño. Por tanto, se espera encontrar que los individuos con puntuaciones altas en traumatismo infantil presenten patrones de vinculación relacionados con el apego inseguro y desorganizado, como mencionaban autores como Main & Solomon (1986) y Zagaria et al. (2024).

Por tanto, el objetivo principal es *analizar la relación entre el trauma infantil y la percepción de seguridad por parte de las figuras de apego en una muestra de adultos.* Seguidamente, encontramos objetivos más específicos cómo:

- Evaluar y describir el perfil de estilos de apego predominante en la muestra a partir del cuestionario CAMIR-R.
- Explorar la posible presencia de indicadores asociados a un apego de tipo desorganizado en la muestra.
- Examinar la relación entre la percepción de seguridad y disponibilidad de las figuras de las figuras de apego y los recuerdos de experiencias traumáticas en la infancia.
- Investigar la asociación entre los recuerdos de traumatismo infantil y la valoración de la autoridad parental.

- Analizar la relación entre la valoración positiva de la autoridad y jerarquía familiar y la manifestación de preocupación y ansiedad de separación hacia las figuras de apego.

4. Metodología

4.1. Participantes

Los sujetos del estudio son 61 personas de entre 18 y 65 años de la provincia de Tarragona. Un 42,6% de esta muestra se encuentra en un rango de edad de entre 18 y 27 años. En cuanto a la distribución por sexo, se observó una predominancia de sexo femenino, que constituyeron un 72% de la muestra frente a un 28% restante de participantes de sexo masculino.

4.2. Instrumentos

El principal instrumento utilizado en este estudio ha sido el cuestionario estandarizado de apego CaMir-R (Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela y Pierrehumbert, B., 2011), utilizado para la evaluación del apego y la concepción del funcionamiento familiar en la adolescencia y la adultez temprana. Esta versión reducida del CaMir consta de 32 ítems en escala tipo *Likert* de 5 puntos (1= Totalmente en desacuerdo, 5= Totalmente de acuerdo).

El CaMir-R presenta una adecuada consistencia interna. Los valores del alpha de Cronbach oscilaron entre 0,60 y 0,85, excepto en el factor "Permisividad parental". El cuestionario consta de 7 dimensiones (Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego; Preocupación familiar; Interferencia de los padres; Autosuficiencia y rencor contra los padres; Traumatismo infantil; Valor de la autoridad de los padres y Permisividad parental).

4.3. Procedimiento

El estudio sigue un diseño transversal de tipo descriptivo-correlacional. El reclutamiento de los participantes fue llevado mediante las redes sociales Instagram y WhatsApp, explicando brevemente en los objetivos y los requisitos para participar en la investigación.

Los criterios de inclusión para formar parte de la muestra fueron únicamente tener entre 18 y 65 años.

Tras aceptar participar, se facilitó un consentimiento informado en el cual se detallaba el objetivo de la investigación, se garantizaba el anonimato de las respuestas y se remarcaba el carácter voluntario de la participación.

Una vez obtenido dicho consentimiento, se procedía a la administración online del instrumento mediante la plataforma *Microsoft Forms*, el cual incluía un cuestionario donde se preguntaban datos sociodemográficos (edad y sexo) seguidamente del cuestionario de apego CaMir-R.

5. Análisis estadísticos

Finalmente, una vez obtenido un número de respuestas suficiente, éstas fueron descargadas para llevar a cabo el análisis estadístico en el programa *Microsoft Excel*.

El análisis estadístico consistió en primer lugar en la transformación de las variables cualitativas a variables cuantitativas. Con las puntuaciones Likert de cada sujeto, se hizo la media de puntuaciones Likert de cada sujeto en cada subescala, y a partir de estas se calculó las medias y desviaciones por subescalas. A continuación, se pasaron las puntuaciones Likert a puntuaciones T estandarizadas para su interpretación clínica. Por último, para evaluar las relaciones entre las diferentes subescalas se realizó una matriz de correlaciones bivariadas utilizando el coeficiente de correlación de Pearson.

6. Resultados

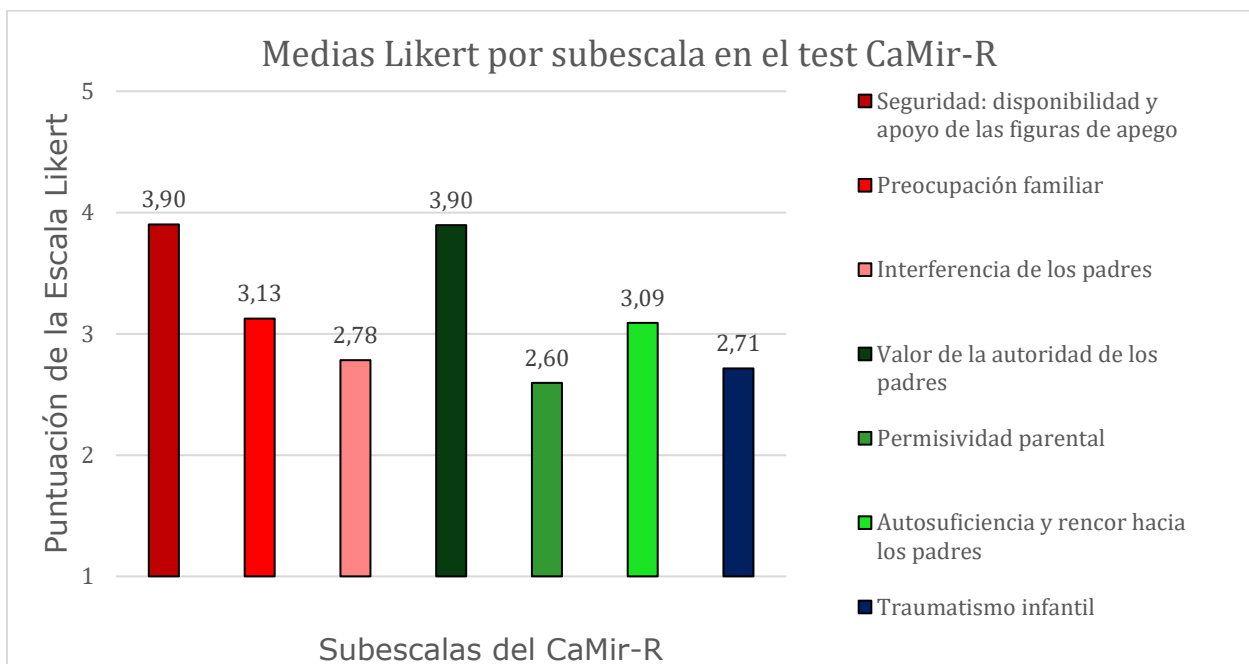
Tabla 1

Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones Likert por subescalas en el cuestionario CaMir-R.

Subescala	Media (Likert)	Desviación típica
Seguridad: Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego.	3,90	0,92
Preocupación familiar.	3,13	0,87
Interferencia de los padres.	2,78	0,81
Valor de la autoridad de los padres.	3,90	0,75
Permisividad parental.	2,60	0,69
Autosuficiencia y rencor hacia los padres.	3,09	0,73
Traumatismo infantil.	2,71	1,10

Gráfico 1

Medias de las puntuaciones Likert por subescala en el cuestionario CaMir-R.



Podemos observar en la Tabla 1 las medias y las desviaciones típicas obtenidas de las puntuaciones Likert por subescalas. Las subescalas que obtuvieron la

puntuación media más alta, lo cual indica un alto nivel de acuerdo por parte de la muestra, fueron *Seguridad: Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego* (M= 3,90, DT= 0,92) y *Valor de la autoridad de los padres* (M= 3,90, DT= 0,75). Por el contrario, los items que obtuvieron un menor de acuerdo y, por tanto, una puntuación media más baja por parte de la muestra fue *Permisividad parental* (M= 2,60, DT= 0,69) y *Traumatismo infantil* (M= 2,71, DT=1,10). Cabe destacar que la subescala *Traumatismo Infantil* presentó una gran variabilidad de respuestas por parte de la muestra (DT= 1,10).

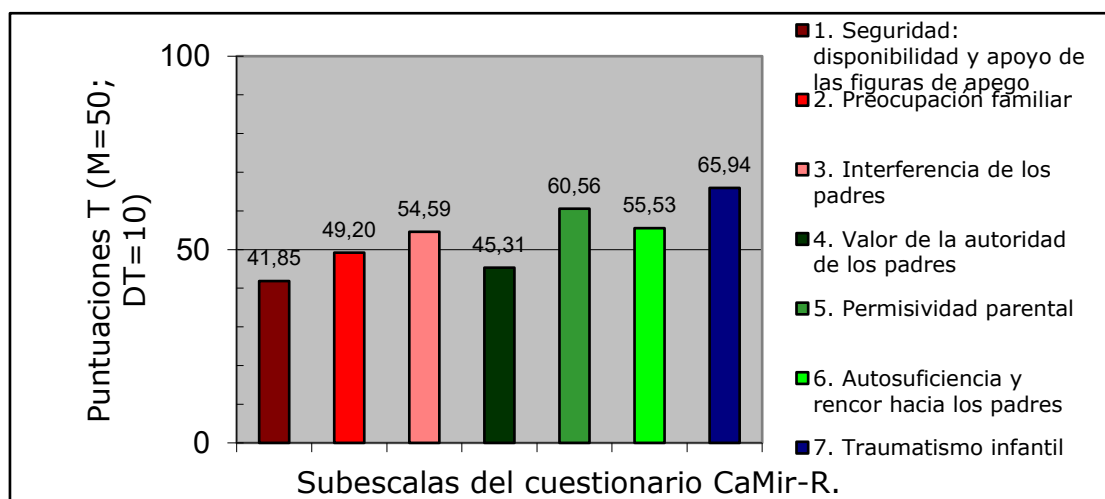
Tabla 2

Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones T por subescalas en el cuestionario CaMir-R.

Subescala	Media (50)	Desviación típica (10)
Seguridad: Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego.	41,85	16,50
Preocupación familiar.	49,20	12,64
Interferencia de los padres.	54,59	11,13
Valor de la autoridad de los padres.	45,31	11,37
Permisividad parental.	60,56	10,24
Autosuficiencia y rencor hacia los padres.	55,53	9,34
Traumatismo infantil.	65,94	16,92

Gráfico 2

Medias de las puntuaciones T por subescalas en el cuestionario CaMir-R.



Para facilitar la interpretación clínica de los resultados, las puntuaciones directas de las subescalas fueron transformadas a puntuaciones T (M=50, DT=10). Los resultados del análisis se presentan tanto en la Tabla 2 como en el Gráfico 2.

La subescala *Seguridad: disponibilidad y apoyo de las figuras de apego* obtuvo una puntuación T media de 41,85, no alcanzando la puntuación T de corte de 50. En las dimensiones de preocupación encontramos una puntuación media de 49,20 en el factor 2 *Preocupación familiar* y una puntuación media T de 54,59 en el factor 3 *Interferencia de los padres*. Esta última alcanzando la puntuación T de corte de 50.

Respecto a la dimensión de evitación, encontramos una puntuación T media de 55,53 en el factor 6 *Autosuficiencia y rencor hacia los padres*, alcanzando la puntuación T de corte de 50.

La dimensión de Traumatismo Infantil presenta una puntuación T media de 65,94, alcanzando la puntuación T de corte de 50 y considerándose la puntuación más alta en comparación al resto.

Por último, respecto a las dimensiones de estructura familiar, el gráfico muestra que los factores 4 *Valor de la autoridad de los padres* y 5 *Permisividad parental* obtuvieron una puntuación T media de 45,31 y 60,56, respectivamente. Esta última alcanzando la puntuación T de corte de 50.

Tabla 3

Matriz de correlaciones de Pearson entre subescalas.

Subescalas	1	2	3	4	5	6	7
1. Seguridad: Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego.	1						
2. Preocupación familiar.	0,18	1					
3. Interferencia de los padres.	-0,31*	0,19	1				
4. Valor de la autoridad de los padres.	0,46***	0,35**	-0,06	1			
5. Permisividad parental.	-0,19	0,07	0,16	-0,04	1		
6. Autosuficiencia y rencor hacia los padres.	-0,56***	0,07	0,61***	-0,13	0,30*	1	
7. Traumatismo infantil.	-0,81***	-0,11	0,32*	-0,44***	0,16	0,48***	1

Nota: N=61. Las correlaciones significativas se muestran en negrita. * $p > 0,05$
 ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Con el objetivo de examinar las relaciones entre las distintas dimensiones del apego y las experiencias familiares evaluadas por el cuestionario CaMir-R, se llevó a cabo un análisis de correlaciones de Pearson. Los resultados de este análisis se presentan en la Tabla 3.

En primer lugar, cabe destacar la fuerte correlación negativa y altamente significativa encontrada entre las subescalas de *Seguridad* y *Traumatismo infantil* ($r = -0,81$, $p < 0,001$). En segundo lugar, observamos una correlación positiva moderada y altamente significativa entre las subescalas de *Interferencia de los padres* y *Autosuficiencia y rencor hacia los padres* ($r = 0,61$, $p < 0,001$).

A su vez, la subescala de *Seguridad* mostró una moderada correlación negativa y altamente significativa con *Autosuficiencia y rencor* ($r = -0,56$, $p < 0,001$) y una correlación positiva moderada con *Valor de la autoridad de los padres* ($r = 0,46$, $p < 0,001$). Por otro lado, la subescala *Valor de la autoridad de los padres* mostró una débil correlación positiva muy significativa con *Preocupación familiar* ($r = 0,35$, $p < 0,01$).

Se observó una correlación positiva, moderada y altamente significativa entre la subescala *Traumatismo infantil* y *Autosuficiencia y rencor hacia los padres* ($r = 0,48$, $p < 0,001$). Por el contrario, la correlación entre *Traumatismo Infantil* y *Valor de la autoridad* fue negativa, moderada y altamente significativa ($r = -0,44$, $p < 0,001$).

El resto de las correlaciones fueron en su mayoría débiles ($r < |0,30|$) y no estadísticamente significativas.

7. Discusión

Los resultados obtenidos a lo largo de la investigación muestran un perfil complejo, con varios hallazgos que merecen ser discutidos en profundidad.

En primer lugar, los resultados obtenidos en el cuestionario CaMir-R sugieren una tendencia al estilo de apego inseguro en la muestra, es decir, ésta se caracteriza por mostrar sentimientos de rechazo y/o carencia emocional, realizan descripciones negativas de las experiencias pasadas y la relación con los padres o cuidadores se caracteriza por ser deficitaria en el soporte parental, insensible y abusiva o indiferente (Balluerka et al., 2011)

Dentro del apego inseguro, los resultados obtenidos sugieren que esta muestra es caracterizada por un estilo de apego inseguro evitativo, es decir, reflejan una postura defensiva en las relaciones interpersonales, ponen énfasis en la fuerza personal para resolver los problemas y se definen a sí mismos como autosuficientes, independientes y capaces de controlar sus emociones. Las relaciones, tanto del pasado como del presente, son descritas como restrictivas y, mayoritariamente, los recuerdos infantiles han sido olvidados (Balluerka et al., 2011)

Los resultados obtenidos en la dimensión de *Traumatismo infantil* sugieren que la muestra puede presentar indicadores de apego desorganizado (Balluerka et al., 2011), a pesar de que el CaMir-R no evalúa el apego desorganizado propiamente. Esto requeriría su confirmación a través de la aplicación de otros instrumentos.

El objetivo principal de este estudio era analizar la relación entre el trauma infantil y la seguridad por parte de las figuras de apego. Utilizando el cuestionario CaMir-R encontramos una correlación negativa muy significativa entre las dimensiones de *Seguridad: Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego* y la de *Traumatismo infantil*. Esto podría sugerir que contra más recuerdos tengan los sujetos de haber experimentado falta de disponibilidad, violencia y amenazas por parte de las figuras de apego menor será la percepción de haberse sentido y sentirse querido por éstas, poder confiar en ellas y saber que están disponibles cuando se las necesita (Balluerka et al., 2011). Esto corrobora la teoría del apego de John Bowlby (1969) y su concepto de "Base Segura" la cual hacía referencia a la

disponibilidad y sensibilidad que le aporta la figura de apego al infante, actuando como un lugar seguro a la cual el niño puede volver en busca de consuelo y protección (Bratherton, 1992, p. 8). Estos hallazgos sugieren que la presencia de figuras sensibles y responsivas actúan como un potente factor de protección y resiliencia, amortiguando el impacto de las adversidades o ACEs (Thomson & Jaque, 2017).

En la muestra, observamos también una correlación negativa entre *Traumatismo infantil* y *Valor de la autoridad de los padres*, así como una correlación positiva entre *Traumatismo infantil* y *Autosuficiencia y rencor hacia los padres*. Esto sugiere que contra mayor sean los recuerdos de experiencias traumáticas y falta de disponibilidad por parte de las figuras de apego mayor será el rechazo de la persona hacia los sentimientos de dependencia y el rencor hacia sus seres queridos y menor será la evaluación positiva que haga la persona respecto a los valores familiares de autoridad y jerarquía (Balluerka et al., 2011).

Respecto al *Valor de la autoridad de los padres*, hemos observado en la muestra una correlación positiva de esta dimensión con la de *Preocupación familiar*, lo que sugiere que una evaluación positiva de la persona respecto a los valores familiares de autoridad y jerarquía está relacionada con una percepción de mayor ansiedad de separación de los seres queridos y de una excesiva preocupación por las figuras de apego (Balluerka et al., 2011).

Por otro lado, encontramos en la muestra una correlación positiva entre las dimensiones de *Autosuficiencia y rencor hacia los padres* e *Interferencia de los padres*. Esto podría sugerir que contra más recuerdos se tengan de haber sido sobreprotegido en la infancia o de haber tenido unos padres controladores más será el rechazo hacia los sentimientos de dependencia y reciprocidad afectiva y el rencor hacia sus seres queridos (Balluerka et al., 2011). Por tanto, y refiriéndome a los objetivos de la investigación, el factor *Interferencia de los padres* podría ser considerado un factor de riesgo para el desarrollo de estrategias de apego inseguro evitativo. También observamos una correlación negativa entre las dimensiones de *Autosuficiencia y rencor hacia los padres* y *Seguridad: Disponibilidad y apoyo de las figuras de apego* en la muestra. Esta correlación podría sugerir que a mayor percepción de haberse sentido y sentirse querido por

las figuras de apego, poder confiar en ellas y saber que están disponibles cuando se las necesita menor será el rechazo hacia los sentimientos de dependencia y reciprocidad afectiva y el rencor hacia sus seres queridos. Este hallazgo respalda la teoría del apego de Bowlby (1960) en la cual sugirió que la incapacidad de forjar relaciones profundas con los demás puede derivar, en niños y adultos, cuando la sucesión de figuras de apego es demasiado frecuente (Bratherton, 1992, p. 763).

8. Limitaciones

A lo largo de la investigación, nos hemos encontrado con diferentes limitaciones:

En primer lugar, el estudio se llevó a cabo con una muestra relativamente pequeña (n=61) y con una distribución por sexo muy desequilibrada (72,1% mujeres, 27,9% hombres). Esto limita significativamente la posibilidad de generalizar los resultados a la población general. Además, a pesar de que se han encontrado correlaciones significativas, el diseño transversal de la investigación no permite establecer relaciones causales.

En segundo lugar, el cuestionario CaMir-R es un autoinforme que evalúa recuerdos y percepciones actuales de experiencias pasadas, por lo tanto, introduce varios sesgos para tener en cuenta como sesgo de memoria, sesgo de deseabilidad social y sesgo del estado de ánimo actual.

En tercer lugar, el cuestionario CaMir-R no está diseñado específicamente para identificar el apego desorganizado. Su presencia se sugiere a través de la escala de *Traumatismo infantil*, pero requiere de instrumentos más específicos para ser confirmada.

Por último, una limitación muy importante en el estudio reside en la ausencia de una medición directa de los mecanismos disociativos. El cuestionario CaMir-R es una herramienta robusta para evaluar dimensiones del apego, pero no incluye subescalas que evalúen de forma explícita la disociación. Esta variable se incluyó en el diseño teórico inicial debido a su fuerte vinculación conceptual con el trauma y el apego desorganizado. Como hemos podido observar, la literatura sugiere que

los mecanismos disociativos actúan con frecuencia como una estrategia de afrontamiento ante experiencias infantiles abrumadoras (Van der Hart et al., 2021; Mertens et al., 2021), como las que explora la escala de *Traumatismo infantil* del CaMir-R. Por tanto, aunque las altas puntuaciones en *Traumatismo infantil* y el supuesto perfil de apego inseguro evitativo predominante en la muestra, sugieren la posible presencia de dichos mecanismos, esta relación no ha podido ser empíricamente verificada en el presente estudio.

9. Bibliografía

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5.ª ed., texto rev.)*. American Psychiatric Publishing.

Bailey, T. D., & Brand, B. L. (2017). Traumatic Dissociation: Theory, Research, and Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), 170–185. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12195>

Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMirR) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23, 486-494.

Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759–775. <https://doi.org.sabidi.urv.cat/10.1037/0012-1649.28.5.759>

Cheung, C. T. Y., Cheng, C. M. H., Lee, V. W. P., Lam, S. K. K., He, K. L., Ling, H. W. H., Lee, K., Ross, C. A., & Fung, H. W. (2024). COULD FAMILY WELL-BEING MODERATE THE RELATIONSHIP BETWEEN ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES AND SOMATOFORM DISSOCIATION? A PRELIMINARY INVESTIGATION. *Journal of Trauma and Dissociation*, 25(2), 153–167. <https://doi.org/10.1080/15299732.2023.2233095>

Cole, E., & Diaz, A. (2024). Specific emotion regulation deficits differentiate and mediate the relationship between adverse childhood experiences and internalizing

psychopathology. *Journal of Affective Disorders Reports*, 16, 100722.
<https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100722>

Finch, K., Lawrence, D., Williams, M. O., Thompson, A. R., & Hartwright, C. (2024). Relationships between adverse childhood experiences, attachment, resilience, psychological distress and trauma among forensic mental health populations. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 660-684.
<https://doi.org/10.1080/14789949.2024.2365149>

Garrido-Rojas, L., Guzmán-González, M., Calderón Carvajal, C, Santelices, M. P., Pierrehumbert, B. y Vega-Arce, M. (2023). Validación Chilena del Cuestionario de Evaluación de Apego en el adulto CaMir versión abreviada. *Terapia Psicológica*, 41(2), 195-231.

Hatami Nejad, M., Sadri Damirchi, E., Sadeghi, M., & Noroozi Homayoon, M. (2025). Developing a model of experiential avoidance based on childhood trauma and victimization, mediated by insecure attachment styles. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 9(1). <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2025.100513>

Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology*, 18(2), 309–343.
doi:10.1017/S0954579406060172

Krüger, C., & Fletcher, L. (2017). Predicting a dissociative disorder from type of childhood maltreatment and abuser–abused relational tie. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(3), 356–372 <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1295420>

Kuhar, M., Dorrance-Hall, E., & Prosen, S. (2024). The Effect of Adverse and Positive Childhood Experiences, Attachment, and Emotional Support on Adult Mental Health. *European Journal of Mental Health*, 19, e0031, 1-19.
<https://doi.org/10.5708/EJMH.19.2024.0031>

Lashkay, A.-M., Kinsella, E. L., & Muldoon, O. T. (2023). When trauma is stigmatized: Disidentification and dissociation in people affected by adverse childhood experiences. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 33 (5), 1225-1240. <https://doi.org/10.1002/casp.2702>

Marcusson-Clavertz, D., Gušić, S., Bengtsson, H., Jacobsen, H., & Cardeña, E. (2017). The relation of dissociation and mind wandering to unresolved/disorganized attachment: an experience sampling study. *Attachment and Human Development*, 19(2), 170–190. <https://doi.org/10.1080/14616734.2016.1261914>

Mertens, Y. L., Racioppi, A., Sheinbaum, T., Kwapil, T., & Barrantes-Vidal, N. (2021). Dissociation and insecure attachment as mediators of the relation between childhood emotional abuse and non-clinical paranoid traits. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1888539. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1888539>

Ministerio de Juventud e Infancia. (2024). *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia* (N.º 26, Datos 2023). Gobierno de España. Recuperado el 20 de febrero de 2025 de <https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/>

Ministerio de Sanidad. (2024). Informe anual de la Comisión frente a la Violencia en los Niños, Niñas y Adolescentes (2022-2023). Recuperado el 20 de febrero de 2025, de https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/docs/Informe_anual_CoViNNA.pdf

Mueller-Pfeiffer, C., Moergeli, H., Schumacher, S., Martin-Soelch, C., Wirtz, G., Fuhrhans, C., Hindermann, E., & Rufer, M. (2013). Characteristics of child maltreatment and their relation to dissociation, posttraumatic stress symptoms, and depression in adult psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(6), 471–477. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182948096>

Organización Mundial de la Salud. (2024, 5 de noviembre). *Maltrato infantil*. Recuperado el 20 de febrero de 2025, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Pearce, J., Simpson, J., Berry, K., Bucci, S., Moskowitz, A., & Varese, F. (2017). Attachment and dissociation as mediators of the link between childhood trauma and psychotic experiences. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(6), 1304–1312. <https://doi.org/10.1002/cpp.2100>

Rimane, E., Steil, R., Renneberg, B., & Rosner, R. (2021). Get secure soon: attachment in abused adolescents and young adults before and after trauma-focused cognitive processing therapy. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 30(10), 1591–1601. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01637-x>

Schalinski, I., Teicher, M. H., Nischk, D., Hinderer, E., Müller, O., & Rockstroh, B. (2016). Type and timing of adverse childhood experiences differentially affect severity of PTSD, dissociative and depressive symptoms in adult inpatients. *BMC Psychiatry*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1004-5>

Smits, M. L., de Vos, J., Rüfenacht, E., Nijssens, L., Shaverin, L., Luyten, P., Fonagy, P., & Bateman, A. (2024). Breaking the cycle with Mentalization-Based Treatment Trauma-Focused: Theory and practice of a trauma-focused group intervention. *Frontiers in Psychology*, 15, 1426092. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1426092>

Thomson, P., & Jaque, S. V. (2017). Adverse childhood experiences (ACE) and adult attachment interview (AAI) in a non-clinical population. *Child Abuse and Neglect*, 70, 255–263. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.06.001>

van der Hart, O. (2021). Trauma-related dissociation: An analysis of two conflicting models. *European Journal of Trauma and Dissociation*, 5(4). <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100210>

Wagner-Skacel, J., Riedl, D., Kampling, H., & Lampe, A. (2022). Mentalization and dissociation after adverse childhood experiences. *Scientific Reports*, 12(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-10787-8>

Xiao, Z., Murat Baldwin, M., Wong, S. C., Obsuth, I., Meinck, F., & Murray, A. L. (2023). The Impact of Childhood Psychological Maltreatment on Mental Health Outcomes in Adulthood: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, and Abuse*, 24(5), 3049–3064. <https://doi.org/10.1177/15248380221122816>

Zagaria, A., Baggio, T., Rodella, L., & Leto, K. (2024). Toward a definition of Attachment Trauma: integrating attachment and trauma studies. In *European Journal of Trauma and Dissociation* (Vol. 8, Issue 3). Elsevier Masson s.r.l. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100416>

ANEXO A

CaMir-R

Nombre:

Fecha de Nacimiento: Fecha de hoy:

Este cuestionario trata sobre las ideas y sentimientos que tienes de tus relaciones personales y familiares. Tanto del presente, como de tu infancia. Lee cada frase y rodea el número de la opción que mejor describa tus ideas y sentimientos.

Los resultados de este cuestionario son confidenciales

Opciones de respuesta:

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------|
| 5.- Muy de acuerdo | 2.- En desacuerdo |
| 4.- De acuerdo | 1.- Muy en desacuerdo |
| 3.- Ni de acuerdo, ni en desacuerdo | |

1	Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles	1	2	3	4	5
2	Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario	1	2	3	4	5
3	En caso de necesidad, estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo	1	2	3	4	5
4	Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo lo he sido	1	2	3	4	5
5	En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante	1	2	3	4	5
6	Cuando yo era niño(a), sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos	1	2	3	4	5
7	Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general, positivas	1	2	3	4	5
8	Detesto el sentimiento de depender de los demás	1	2	3	4	5
9	Sólo cuento conmigo mismo para resolver mis problemas	1	2	3	4	5
10	Cuando yo era niño(a), a menudo, mis seres queridos se mostraban impacientes e irritables	1	2	3	4	5
11	Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos	1	2	3	4	5
12	No puedo concentrarme sobre otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas	1	2	3	4	5
13	Cuando yo era niño(a), encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte	1	2	3	4	5
14	Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos	1	2	3	4	5
15	Cuando era niño(a), tenían una actitud de dejarme hacer	1	2	3	4	5
16	De adolescente, nadie de mi entorno entendía del todo mis preocupaciones	1	2	3	4	5

17	Cuando yo era niño(a), teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia	1	2	3	4	5
18	Tengo la sensación de que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos	1	2	3	4	5
19	Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia	1	2	3	4	5
20	Mis padres no se han dado cuenta que un niño(a) cuando crece tiene necesidad de tener vida propia	1	2	3	4	5
21	Siento confianza en mis seres queridos	1	2	3	4	5
22	Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería	1	2	3	4	5
23	Cuando yo era niño(a), tuve que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos	1	2	3	4	5
24	A partir de mi experiencia de niño(a), he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres	1	2	3	4	5
25	Cuando yo era niño(a), se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentía aprisionado(a)	1	2	3	4	5
26	Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo mismo	1	2	3	4	5
27	Mis padres no podían evitar controlarlo todo: mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos	1	2	3	4	5
28	Cuando era niño(a), había peleas insoportables en casa	1	2	3	4	5
29	Es importante que el niño aprenda a obedecer	1	2	3	4	5
30	Cuando yo era niño(a), mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo	1	2	3	4	5
31	La idea de una separación momentánea con uno de mis seres queridos, me deja una sensación de inquietud	1	2	3	4	5
32	A menudo, me siento preocupado(a), sin razón, por la salud de mis seres queridos	1	2	3	4	5

*Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A. y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23, 486-494.