



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Estudio de la relación entre eventos
traumáticos precoces, problemas de apego
y psicopatología en pacientes en
tratamiento en equipo de salud mental**

Departamento de pediatría e inmunología,
obstetricia y ginecología, nutrición y bromatología,
psiquiatría e historia de la ciencia.

María del Alcor Blanco Capitán, Ana Isabel Higes Díaz
Tutor: Dr. Jose Antonio Blanco Garrote

Índice

Resumen	4
Palabras clave	4
Abstract	4
Keywords.....	5
1. Introducción	5
2. Justificación.....	7
3. Objetivos	8
3. Material y métodos	8
4. Resultados	10
4.1 Datos sociodemográficos y sanitarios	10
4.2 Eventos traumáticos en la infancia (CTQ).....	13
4.3 Estilos de apego (ECR).....	14
4.4 Relación entre trauma infantil, tipo de apego y diagnóstico	16
4.5 Influencia en la cronicidad y la gravedad del trastorno psiquiátrico	18
5. Discusión.....	19
6. Limitaciones	22
7. Conclusiones	23
Agradecimientos.....	23
Bibliografía	24

Resumen

Basándonos en investigaciones anteriores se evidencia que la psicopatología está relacionada con el entorno y las experiencias del niño en sus primeros años de vida: los eventos traumáticos precoces que sufre y, por tanto, el estilo de apego que desarrolla. Estas perturbaciones son un signo predictor del desarrollo de trastornos psiquiátricos a lo largo de su vida. Dichos factores también podrían influir en la cronicidad y gravedad de los trastornos.

Consideramos que es importante identificar estos eventos traumáticos precoces y los estilos de apego de los pacientes que acuden a los Servicios de Salud Mental, y estudiar su relación e influencia sobre la psicopatología, dada la posibilidad de intervenir no sólo farmacológicamente sino también desde una perspectiva psicoterapéutica.

Para ello, hemos realizado un estudio de tipo observacional descriptivo transversal con un tamaño muestral de 62 pacientes recogidos de forma aleatoria en el Equipo de Salud Mental del Distrito 1, perteneciente al Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Para ello, hemos recogido datos socio-demográficos y nos hemos servido de tres escalas para valorar los siguientes aspectos: Para la gravedad de la enfermedad, la escala de Impresión Clínica Global de gravedad (CGI); para medir el trauma infantil, la escala *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ); y para establecer el estilo de apego, la escala *Experiences in Close Relationship* (ECR).

Hemos obtenido un resultado significativo en el estudio de la relación entre eventos traumáticos precoces con alteraciones en el desarrollo del apego y a su vez, con el desarrollo de trastornos psiquiátricos. Por el contrario, examinando los aspectos de evolución y cronicidad, los resultados han sido no significativos para relación de los mismos con los puntos a tratar.

Para concluir, revalidamos la influencia de los eventos traumáticos precoces y el establecimiento de un apego inseguro con el desarrollo de la psicopatología.

Palabras clave: Trastorno de ansiedad, trastorno psicótico, trastorno depresivo, apego, apego ansioso, apego evitativo o rechazante, evento traumático, trauma precoz, abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, privación emocional, privación física.

Abstract

Based on previous research, it is evident that psychopathology is related to the environment and experiences of children in his first years of life: the early traumatic events they suffered and, therefore, the style of attachment they developed. These

disturbances are a predictive sign of the development of psychiatric disorders throughout their life. These factors may also influence the chronicity and severity of the disorders.

We believe that it is important to identify these early traumatic events and the attachment styles of patients who come to Mental Health Services, and to study their relationship and influence on psychopathology, given the possibility of intervening not only pharmacologically but also from a psychotherapeutic perspective.

To this end, we have carried out a cross-sectional descriptive observational study with a sample size of 62 patients randomly collected from the District 1 Mental Health team, belonging to the Psychiatry Service of the University Clinical Hospital of Valladolid. For that purpose, we have collected social demographic data and have used three scales to assess the following aspects: for the severity of the disease, the Clinical Global Impression scale of severity (CGI); to measure childhood trauma, the Childhood Trauma Questionnaire scale (CTQ), and to establish the attachment style, the Experiences in Close Relationship scale (ECR).

We have obtained a significant result in the study of the relationship between early traumatic events with alterations in the development of attachment and, at the same time, with the development of psychiatric disorders. On the contrary, examining the aspects of evolution and chronicity, the results have been no significant for their relationship with the points treated.

To conclude, we uphold the influence of early traumatic events and the establishment of an insecure attachment with the development of psychopathology.

Keywords: anxiety disorder, psychotic disorder, depressive disorder, attachment, anxious attachment, avoidant attachment, negligent attachment, traumatic event, early trauma, emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, emotional neglect, physical neglect.

1. Introducción

La teoría sobre el apego se desarrolló durante la Segunda Guerra Mundial, cuando Bowlby dirigió el primer estudio empírico examinando a un grupo de 44 adolescentes delincuentes, siendo a lo largo del tiempo corroborada por posteriores investigaciones, convirtiéndose en una de las hipótesis más sólidas acerca del desarrollo socioemocional de la persona.

El apego hace referencia al vínculo que se crea entre cuidador y niño, sobre todo la figura materna, durante el desarrollo emocional y cognitivo de éste¹. Su naturaleza es esencialmente afectiva y de carácter no innato, sustentada sobre bases

genéticamente determinadas, aunque no suficientemente conocidas. Se desarrolla a partir de interacciones con las personas del entorno no inmediato, durante la infancia y la adolescencia, y se mantendrá estable a lo largo de vida².

El apego en un niño hace referencia a la disposición de búsqueda de proximidad y de contacto con una figura concreta, generalmente en determinadas situaciones, principalmente miedo, cansancio o enfermedad. Esta disposición es un atributo del niño, que cambia muy despacio con el tiempo y que no está afectado por la situación del momento. La calidad del apego está directamente relacionada con el tipo de respuesta que proporciona el cuidador principal, de modo que la calidad del apego será crucial para que el niño evolucione adecuadamente, que sea socialmente competente y desarrolle un estilo de apego seguro.

La desorganización del apego está asociada a problemas emocionales, así como con trastornos conductuales a lo largo de la vida de la persona, influyendo también en la capacidad de resiliencia frente a acontecimientos traumáticos que ocurren en el niño. De este modo, los niños cuyos comportamientos de búsqueda de proximidad son satisfechos por padres receptivos, desarrollan un tipo de apego seguro que apoya el desarrollo emocional, mientras que aquellos niños cuyos cuidadores no responden, desarrollan un patrón de vínculo inseguro³.

Basándonos en la situación extraña de Ainsworth, se distinguen tres modelos principales de apego: seguro, evasivo y ansioso. Los bebés con apego seguro generalmente afrontan las situaciones de angustia de manera eficiente, buscando el contacto con el cuidador; mientras que los bebés con apego evasivo ven al cuidador incapaz de aliviar su angustia, tendiendo a evitar su contacto a pesar de vivir momentos de ansiedad. Por otro lado, puede ocurrir que los bebés ansiosos tiendan a aferrarse a los cuidadores disponibles de forma inadecuada por inseguridad y miedo al abandono, mostrándose enfadados y rechazantes ante su ausencia. Posteriormente, se estableció un cuarto patrón de apego, el modelo desorganizado, que ocurre en aquellos bebés que ven a sus cuidadores como inductores de miedo⁴.

Un evento traumático en la infancia es cualquier situación amenazante, peligrosa o violenta que supone una amenaza a la vida o la integridad física o emocional del niño. Esta descripción engloba todo tipo de experiencias adversas graves, como el abuso sexual, físico y emocional, las privaciones, la muerte o el acoso emocional por parte de padres o cuidadores, y que según los últimos estudios, pueden afectar hasta un tercio de la población mundial⁵.

Desde el punto de vista neurobiológico, durante la infancia el cerebro es altamente plástico y su crecimiento y desarrollo están condicionados por la interacción entre genes y el medio ambiente, es decir, el conjunto de eventos ambientales que influyen

en el desarrollo cerebral⁶. En la mayoría de los trastornos mentales los factores de riesgo interactúan con los de protección para producir vulnerabilidad. La interacción genético-ambiental se completa con los mecanismos de regulación epigenética, aún no suficientemente conocidos. Además, la sensibilidad del cerebro infantil a los eventos traumáticos varía temporalmente para cada región cerebral, pudiendo estas experiencias adversas traumáticas, en estos períodos sensibles, afectar al desarrollo y maduración cerebral⁶.

Hay estudios de Resonancia Magnética (RM) que sugieren que los traumas emocionales graves durante la infancia pueden relacionarse con alteraciones cerebrales estructurales, aunque la carencia de estudios suficientes hace que su aplicación sea limitada. Algunas investigaciones proponen que los efectos neurobiológicos varían en las distintas etapas del desarrollo. Crecer en un entorno con exposición múltiple y crónica a experiencias adversas en la infancia crea una activación prolongada por la sensibilización del receptor de glucocorticoides, con una sobreactivación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, e incremento de cortisol. Esta situación provoca un estrés tóxico perjudicial para el desarrollo del cerebro⁷.

Por tanto, el estrés y los eventos traumáticos en las primeras etapas de la vida pueden dar lugar a alteraciones de la sinaptogénesis, la proliferación dendrítica y la poda sináptica, pudiendo manifestarse en la adolescencia o primeros años de la vida adulta como un factor de riesgo de patología psiquiátrica, en función de las interacciones con otros factores ambientales. La identificación de todos estos factores puede ayudar a prevenir la aparición del trastorno mental y comprender mejor la interacción entre factores de riesgo y de protección⁸.

La prevalencia de trastornos mentales continúa incrementándose, causando efectos considerables en la salud de las personas. En la actualidad, cerca de 450 millones de personas están afectadas por un trastorno mental, más de 150 millones de personas sufren depresión en un momento de su vida, aproximadamente un millón de personas de suicida cada año, alrededor de 25 millones de personas sufren esquizofrenia y más de 90 millones sufren trastornos causados por el uso de alcohol y drogas. En estos enfermos, la afectación de la calidad de vida es muy elevada ya que el 33% de los años vividos con discapacidad son causados por trastornos neuropsiquiátricos, siendo la causa más frecuente de carga de la enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y oncológicas.

2. Justificación

La influencia de los problemas de apego y de los eventos traumáticos precoces en el desarrollo emocional del niño, así como en su desarrollo y maduración cerebral, ponen

de relevancia su importancia, como factores de riesgo y vulnerabilidad, y por tanto su relación con los problemas de salud mental en la vida adulta. Por ello es importante identificar estos eventos traumáticos precoces y los estilos de apego de los pacientes que acuden a los Servicios de Salud Mental, y estudiar su relación e influencia sobre la psicopatología, dada la posibilidad de intervenir no sólo farmacológicamente sino también desde una perspectiva psicoterapéutica.

3. Objetivos

- Estudiar la prevalencia y las características de los eventos traumáticos precoces en una población de pacientes que acuden a una consulta de salud mental.
- Analizar y describir los estilos de apego en esta misma población y su relación con la presencia y características de eventos traumáticos precoces.
- Estudiar la relación de los eventos traumáticos precoces y los estilos de apego con los tipos de trastorno mental que presentan los pacientes
- Evaluar la influencia de la presencia de eventos traumáticos precoces y los estilos de apego en la evolución y la cronicidad del trastorno mental del paciente.

3. Material y métodos

Para llevar a cabo este proyecto hemos realizado un estudio observacional descriptivo transversal, sirviéndonos de la Declaración de la Iniciativa STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology*).

La población de estudio incluye a 62 pacientes, recogidos de forma aleatoria (aunque no suponen una muestra representativa), en seguimiento por el en el Equipo de Salud Mental del Distrito 1 perteneciente al Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Se ha realizado bajo el consentimiento informado de los pacientes, facilitándole la información oportuna. Los resultados han sido comunicados de forma transparente⁹.

Se ha diseñado un cuestionario de recogida de datos específico donde hemos recogido variables sociodemográficas y clínicas de interés (Anexo I). Como instrumentos de medida hemos utilizado dos escalas validadas en nuestro medio: El Cuestionario de Acontecimientos Traumáticos en la Infancia (*Childhood Trauma Questionnaire*, CTQ)¹⁰, que mide y evalúa el trauma infantil, y la escala de Experiencias en las Relaciones Cercanas (*Experiences in Close Relationship* ECR-S)¹¹ que evalúa los estilos de apego en la vida adulta (Anexo II, III).

Para la evaluación del nivel de gravedad clínica hemos utilizado la Escala de Impresión Clínica Global de Gravedad (*Clinical Global Impression*, CGI) que mide la gravedad de la enfermedad. Consiste en calificar de 1 a 7 el nivel de gravedad de los síntomas del paciente. Existe también una versión de mejora global (comparar la situación inicial con el estado actual) y el índice de eficacia (comparación global de la situación actual del paciente). En nuestro caso hemos utilizado la evaluación global del paciente (Anexo IV). Dicha escala está aceptada y evidenciada como instrumento válido de evaluación¹².

La escala CTQ es un instrumento para evaluar 5 áreas diferentes de las vivencias de la infancia:

- Abuso físico. Ejemplos: Golpear al niño ocasionándole lesiones visibles, como moratones, quemaduras, fracturas óseas, etc.
- Abuso emocional. Ejemplos: “*No sirves para nada*”, “*sin mí no eres nadie*”.
- Abuso sexual: Acto o interacción entre un adulto y un menor, que proporcione estimulación o satisfacción sexual en el adulto y otras personas. Ejemplo: *Niño de 8 años que es obligado a realizar una masturbación por su vecino.*
- Privación física o abandono físico: Las necesidades físicas básicas del menor no son cubiertas por ninguno de los adultos con los que convive. Ejemplo: Supervisión inadecuada o nula del menor, no proporcionarle hogar estable, abandono educativo, etc.
- Privación emocional. Ejemplo: *Niño que no ha recibido afecto, protección ni seguridad por parte de sus cuidadores.*

Se compone de 28 ítems, valorando cada ítem con una puntuación de 1-5 en orden de frecuencia de ocurrencia: nunca, raramente, a veces, a menudo y casi siempre.

La fiabilidad y validez de la CTQ han sido previamente demostradas por diversos estudios, siendo una prueba de detección sensible. En algunos estudios^{13, 14}, se han utilizado las puntuaciones de corte dicotómico, separando entre presencia o ausencia de abuso y negligencia significativa¹⁰.

La escala de Experiencias en las Relaciones Cercanas (ECR) es una medida de apego adulto que consta de 36 ítems, de dos subescalas de 18 ítems que evalúan la ansiedad y la evitación del apego. Los encuestados respaldan las afirmaciones en una escala *Likert* de siete puntos, que refleja sus sentimientos con respecto a las relaciones cercanas, con puntuaciones más altas que indican una mayor ansiedad por el apego o la evitación del apego. El tipo de apego se divide en cuatro: seguro, preocupado, temeroso y rechazante. Esta escala ha demostrado una excelente fiabilidad test-retest, así como una excelente consistencia interna^{15, 16}.

Todos los datos han sido recogidos de forma anónima durante la entrevista, que ha llevado un tiempo de diez a quince minutos por paciente.

En el análisis estadístico se han empleado distribuciones de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión, cálculo de prevalencias con sus correspondientes intervalos de confianza, y como medidas de significación estadística se emplearon la *chi cuadrado* en el caso de variables cualitativas y la *t de Student* en el caso de variables cuantitativas con distribución normal, estableciendo en ambos casos un nivel de significación en el 0,05%. Para el análisis de la correlación entre las variables evento traumático, tipo de apego y trastorno mental, hemos utilizado el *Coefficiente de correlación Spearman*. El valor absoluto elevándolo al cuadrado nos ha indicado el porcentaje de cambio de la variable dimensión de apego que se explica por el cambio de la variable evento traumático. Por último, hemos empleado la prueba no paramétrica de la *U de Mann-Whitney* para muestras independientes en la variable de gravedad, que no sigue una distribución normal. Todos los datos han sido analizados con el programa SPSS v20.

El estudio cumplió con los estándares de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

4. Resultados

Se ha obtenido una muestra aleatoria de 62 pacientes en seguimiento en consulta externa por el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. entre los meses de enero y febrero de 2019. En este apartado describiremos los resultados obtenidos en el estudio en función de los objetivos del mismo.

4.1 Datos sociodemográficos y sanitarios

La muestra está bastante equilibrada en cuanto al sexo de los pacientes, el 45,2% es de sexo masculino frente al 54,8% de sexo femenino. La edad media de los pacientes es de 50 años (DT 14,5) con un rango entre 21 y 78 años.

Como vemos en la Tabla 1, hay un predominio de nivel socioeconómico medio (71%), situación de incapacidad laboral (25,8%) y estado civil soltero o soltera (48,4%). En cuanto al nivel educativo, es variable, un 33,9% tiene estudios primarios, un 29% completó los estudios secundarios y un 37,1% realizó estudios universitarios. Cabe destacar que el 71% de la muestra vive en medio urbano, frente al 29% que reside en medio rural.

Respecto a los datos sanitarios, un 71% indicó haber tenido algún problema grave en su vida que le repercutía a su vida cotidiana.

El 54,8% de los pacientes no tienen antecedentes familiares de trastorno psiquiátrico, frente al 45,2% que sí los presentan. Prácticamente la mitad de los pacientes (48,2%) presentan antecedentes personales médicos no psiquiátricos.

En cuanto al diagnóstico principal, los trastornos más frecuentes son: trastornos psicóticos (22,6%), trastorno depresivo (32,3%) y trastorno por ansiedad (27,4%). Respecto a la comorbilidad, es poco frecuente: el 91,9% presentaba un único diagnóstico.

En relación con la gravedad del trastorno, el 33,9% de los casos es leve y el 38,7%, está moderadamente enfermo.

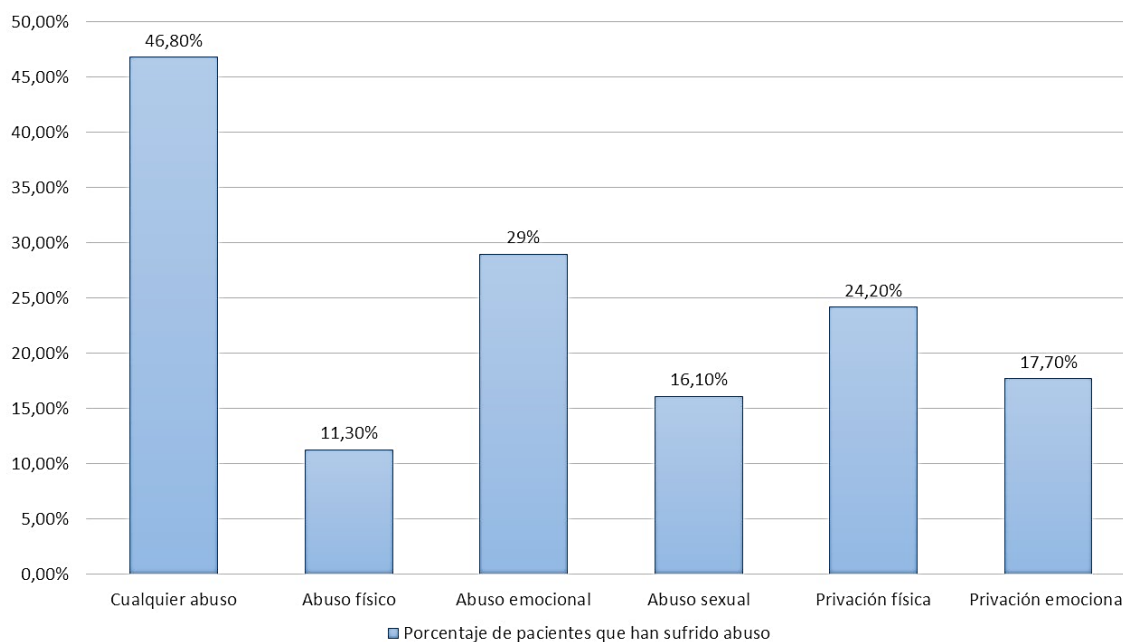
Tabla 1. Datos descriptivos de la muestra de estudio.

Ítem	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	28	45,2
	Femenino	34	54,8
Nivel socio-económico	Bajo	17	27,4
	Medio	44	71
	Alto	1	1,6
Situación laboral	Activo	16	25,8
	Inactivo	11	17,7
	Incapacitado	16	25,8
	Ama de casa	5	8,1
	Otro	14	22,6
Nivel educativo	Primarios	21	33,9
	Secundarios	18	29
	Superiores	23	37,1
Estado civil	Casado	22	35,5
	Soltero	30	48,4
	Divorciado	6	9,7
	Viudo	4	6,4
Lugar de residencia	Medio urbano	44	71
	Medio rural	18	29
Problema grave	Si	44	71
	No	18	29
Antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica	Si	34	54,8
	No	28	45,2
Antecedentes personales médicos	Si	30	48,4
	No	32	51,6
Diagnóstico principal	Trastornos psicóticos	14	22,6
	Trastorno bipolar	3	4,8
	Trastorno depresivo	20	32,3
	Trastorno por ansiedad	17	27,4
	Trast. personalidad Cluster A	1	1,6
	Trast. personalidad Cluster B	2	3,2
	Trast. Personalidad Cluster C	2	3,2
	Abuso de tóxicos (no alcohol)	3	4,8
	Nivel de gravedad (escala CGI)	2, Dudosamente enfermo	5
	3, Levemente enfermo	21	33,9
	4, Moderadamente enfermo	24	38,7
	5, Marcadamente enfermo	9	14,5
	6, Gravemente enfermo	3	4,8

4.2 Eventos traumáticos en la infancia (CTQ)

Examinando los resultados obtenidos mediante la Escala CTQ, que consta de 5 áreas diferenciadas, los puntos de corte establecidos son: abuso sexual ≥ 8 ; abuso físico ≥ 8 ; abuso emocional ≥ 10 ; privación física ≥ 8 ; privación emocional ≥ 15 . De este modo, se han obtenido los siguientes resultados que se presentan en la Figura 1:

Figura 1. Distribución del tipo de abuso sufrido.

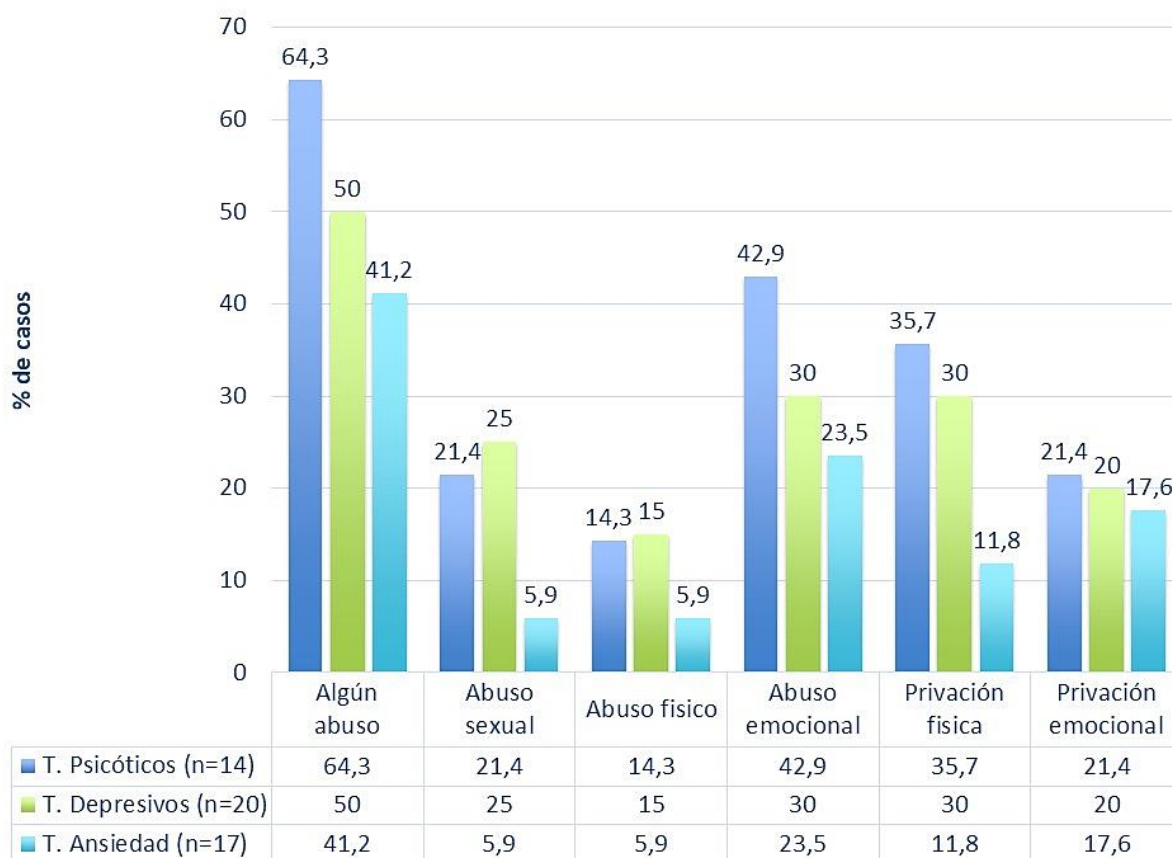


La prevalencia de sufrir algún tipo de abuso según la escala CTQ es del 46,8% y el 53,2% de los pacientes entrevistados refiere no haber sufrido abusos de ningún tipo, El tipo más frecuente es el abuso emocional, con un 29% de los casos. No existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a los tipos de abuso.

La Escala CTQ tiene tres ítems que valoran la posibilidad de que el paciente minimice o niegue el problema existente. Seleccionando únicamente los casos que refieren no haber sufrido abusos de ningún tipo, el 93,9% de los casos puntúa en algún tipo de los ítems de minimización, por lo que el porcentaje de abusos puede ser incluso mayor del informado. También puede deberse a que estos ítems individualmente son poco discriminativos, por lo que se analizaron sólo los casos que dieron una puntuación de 5 en los tres ítems. En este caso sólo hay dos casos que es muy posible que hayan ocultado o minimizado el problema.

En la Figura 2 se presenta la distribución de eventos traumáticos en función de los diagnósticos principales.

Figura 2. Distribución de eventos traumáticos en las categorías diagnósticas principales más frecuentes según la escala CTQ (los porcentajes se establecen en relación a la n total de cada diagnóstico).



El 64,3% de los pacientes con trastornos psicóticos refieren haber sufrido algún tipo de abuso. El tipo más frecuente es el abuso emocional (42,9%).

En el caso de los trastornos depresivos, la mitad de los casos ha sufrido algún tipo de abuso, con una distribución muy similar respecto a los diferentes tipos, siendo el abuso físico el menos frecuente (15%).

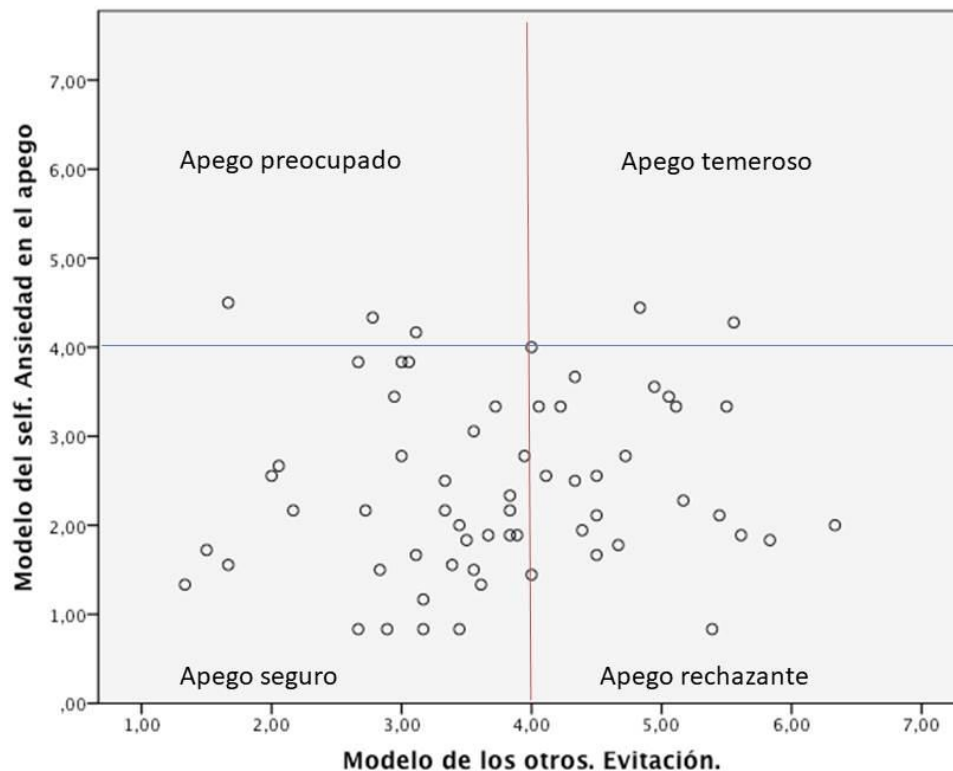
Los pacientes con trastornos de ansiedad informan de una menor frecuencia de abusos respecto a los otros dos grupos diagnósticos (41,2%), el más frecuente es el abuso emocional (23,5%), frente al abuso sexual y abuso físico que se han observado en menor porcentaje de pacientes (5,9% en ambos casos).

4.3 Estilos de apego (ECR)

Los modelos de apego establecidos por Brennan en 1998, y Bartholomew y Horowitz en 1991, conceptualizan los diferentes estilos de apego en un espacio bidimensional. Las dos regiones son llamadas por modelo seguro y modelo inseguro de apego. El modelo inseguro de apego se define en ansioso y evasivo. El primer estilo tiene que ver con el

miedo al rechazo y abandono por ejemplo cuando los padres responden de manera impulsiva a las necesidades del niño, crea este modelo de apego desarrollando un sentimiento de miedo al rechazo e inseguridad por la pareja; mientras que el segundo se caracteriza por el sentimiento de incomodidad que el sujeto siente al depender de los demás y al tener una relación de cercanía¹⁷. Según el modelo de Bartholomew y Horowitz los resultados de la ECR, el 58,1% de los casos presentaban un estilo de apego seguro. El 41,9% restante presentan un estilo de apego inseguro, con la siguiente distribución: el 4,8% presentan un modelo de apego preocupado, el 3,2% apego temeroso y, curiosamente, el apego rechazante presenta la mayoría de casos con un 33,9%. En la Figura 3 se muestra la distribución de los pacientes en función del tipo de apego que presentan.

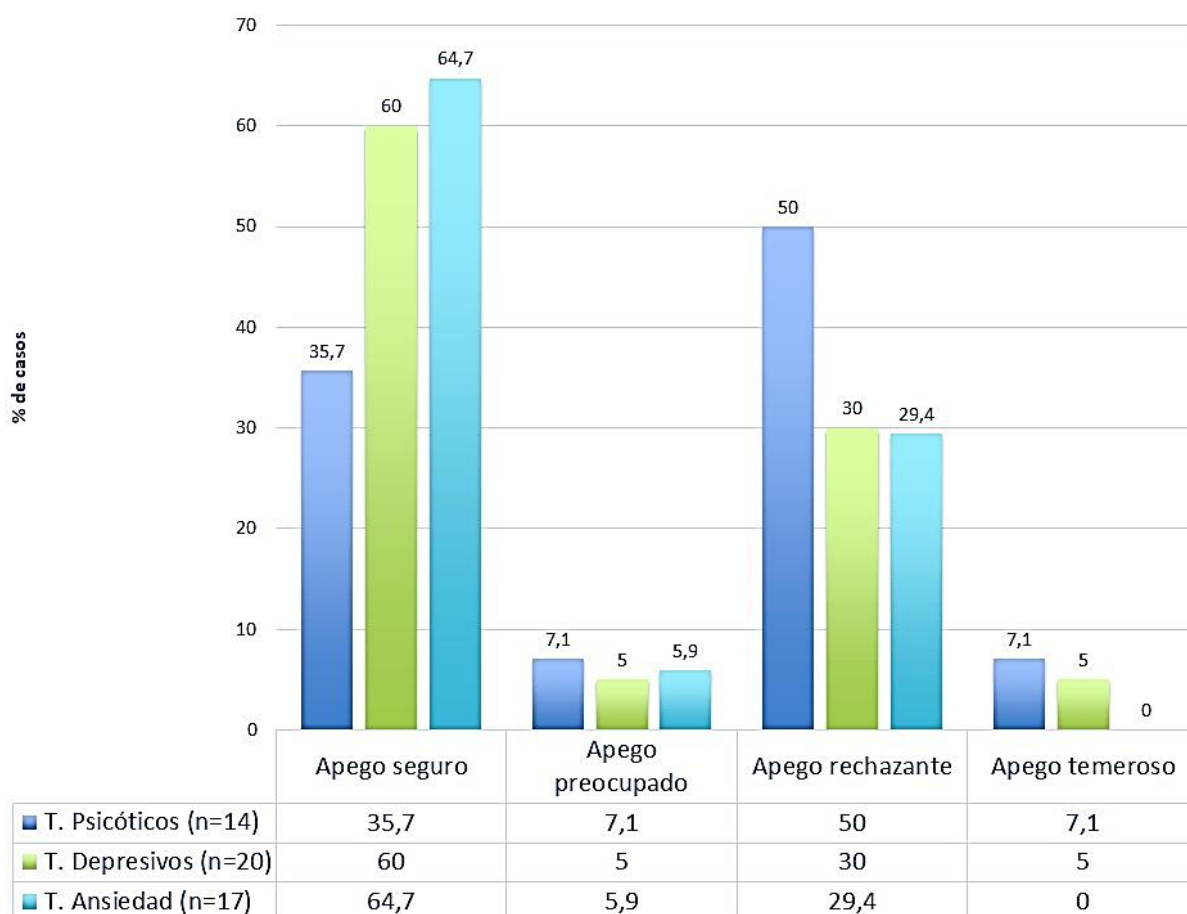
Figura 3. Distribución estilos de apego según la ECR (n=62).



También en base a la agrupación de los pacientes en las distintas categorías diagnósticas, se observa que los trastornos psicóticos presentan mayores porcentajes de apego inseguro que los otros grupos diagnósticos (Figura 4), con predominio del apego rechazante (50% de los pacientes con trastornos psicóticos). Los trastornos depresivos presentan porcentajes menores de apego inseguro (Figura 4), con predominio en menor medida del apego rechazante (30% y 29,4%, respectivamente)

Como en los resultados de la CTQ, en los análisis bivariados respecto al sexo y estilos de apego no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en apego seguro, ni tampoco en los otros tres tipos de apego inseguro.

Figura 4. Distribución del modelo de apego en las categorías diagnósticas principales según la escala ECR.



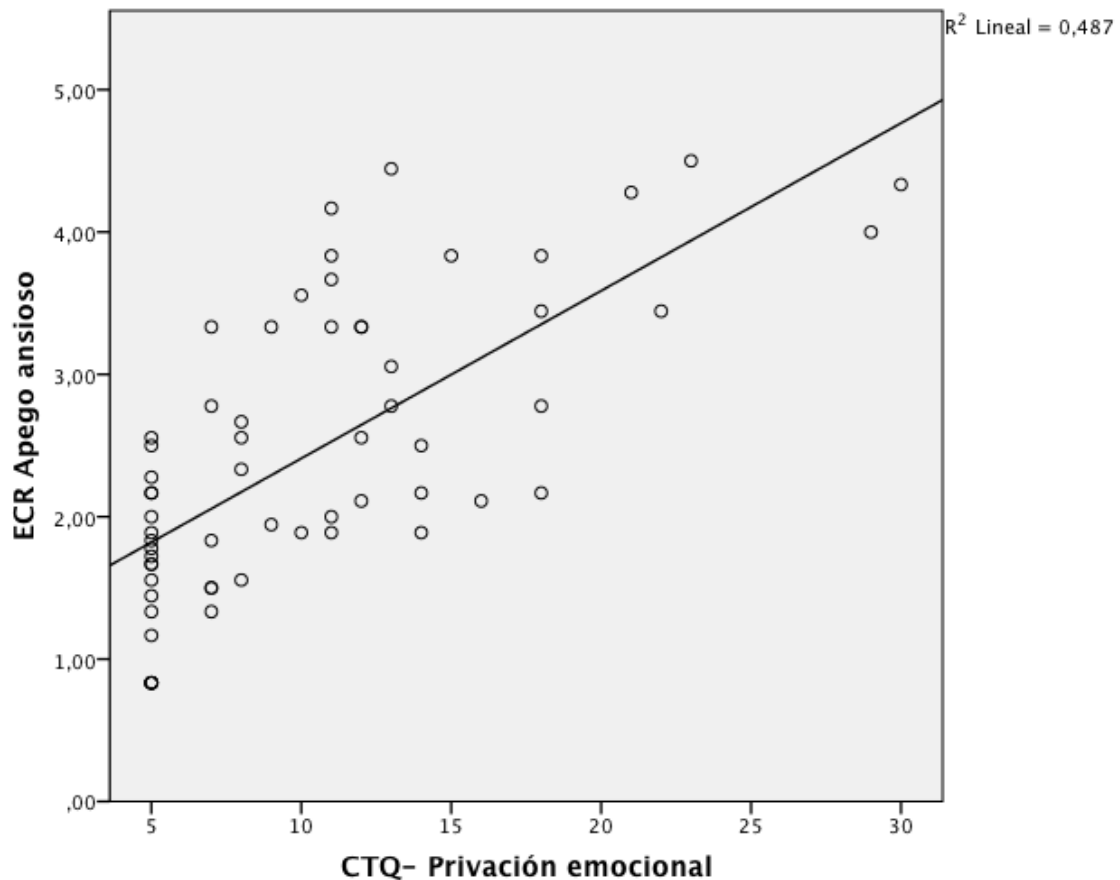
4.4 Relación entre trauma infantil, tipo de apego y diagnóstico

Otro de los objetivos del trabajo de investigación, ha sido estudiar la influencia de los eventos traumáticos precoces en los problemas de apego. En el grupo general de pacientes (n=62) se observó que el 55,2% de los que informaron de la presencia de al menos un evento traumático en la CTQ presentaron un apego inseguro ($\chi^2 = 3,921$, $p=0,048$).

Se analizaron a continuación las dos dimensiones del apego inseguro que evalúa la ECR (ansioso y preocupado) y su correlación con los diferentes eventos traumáticos estudiados con la CTQ (abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, privación física y privación emocional). En el grupo general existe una correlación positiva significativa

entre la presencia de privación emocional en la infancia y la dimensión de apego ansioso ($\rho = 0,714$, $p < 0,001$), el 49% de la varianza de la dimensión del apego ansioso se explica por la privación emocional (Figura 5). En menor medida la presencia de abuso emocional correlaciona también significativamente con la dimensión ansiosa del apego ($\rho = 0,294$, $p < 0,05$) y con la dimensión evitativa ($\rho = 0,255$, $p < 0,05$).

Figura 5. Gráfico de dispersión de la correlación entre privación emocional (CTQ) y la dimensión ansiosa del apego en la ECR



Se analizaron estas correlaciones en las tres categorías diagnósticas principales. En el caso de los pacientes con trastornos psicóticos existía también una correlación fuertemente positiva entre privación emocional y dimensión ansiosa del apego ($\rho = 0,819$, $p < 0,001$) y del abuso emocional con la dimensión evitativa ($\rho = 0,586$, $p < 0,05$). En los pacientes depresivos la privación emocional y el abuso emocional correlacionaban significativamente con la dimensión ansiosa ($\rho = 0,783$, $p < 0,001$ y $\rho = 0,513$, $p < 0,05$, respectivamente). Y en los pacientes con trastornos de ansiedad

la privación emocional correlacionaba significativamente con la dimensión ansiosa ($\rho = 0,617, p < 0,001$).

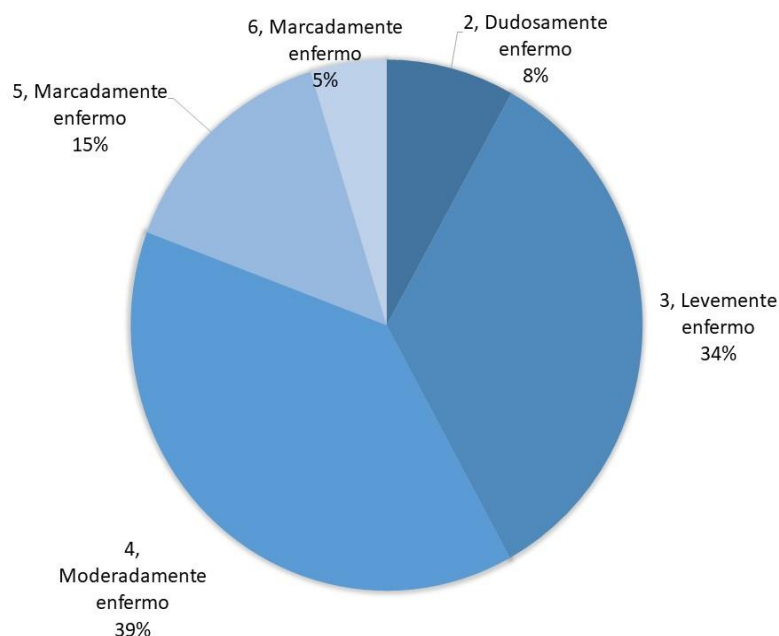
4.5 Influencia en la cronicidad y la gravedad del trastorno psiquiátrico

Para definir operativamente la cronicidad se analizaron los meses en seguimiento en el Servicio de Psiquiatría. Más del 50% de los pacientes llevaban 10 o más años de tratamiento y sólo 12 de ellos (19,3%) menos de un año. No se encontraron diferencias significativas entre sexos. La medida de tendencia central empleada es la mediana que era de 127 meses. No se pudieron establecer grupos de pacientes en función de la cronicidad por el escaso tamaño muestral.

No se encontraron diferencias significativas en la cronicidad en función del estilo de apego. Tampoco en el caso de haber sufrido o no abusos en la infancia. Comparando la cronicidad mediante pruebas no paramétricas en los tres grupos de diagnósticos principales tampoco se objetivaron diferencias.

Respecto a la gravedad del trastorno, medida mediante la Escala de Impresión Clínica Global de gravedad (CGI-S) los mayores porcentajes correspondieron a una gravedad leve (33,9%) y moderada (38,7%). La mediana y la moda era de 4, lo que corresponde a una gravedad moderada. La distribución de los casos se muestra en la Figura 5:

Figura 5. Gravedad del trastorno según la Escala CGI-S.



No se encontraron diferencias significativas entre los casos con apego seguro o inseguro en cuanto a la gravedad de los trastornos psiquiátricos. De la misma forma, no existían diferencias significativas en función de haber sufrido o no traumas precoces, aunque los resultados mostraron una tendencia significativa ($p=0,078$). Tampoco existían diferencias significativas en relación entre la gravedad del trastorno y haber presentado o no privación emocional, aunque con una tendencia a ser significativas ($p=0,089$). Quizás con mayor tamaño muestral los resultados hubiesen resultado positivos.

5. Discusión

En este estudio hemos examinado la asociación entre el tipo de apego y la existencia de experiencias traumáticas en la infancia y su relación con el tipo de trastorno psiquiátrico, su gravedad y cronicidad en una serie de pacientes que acuden a consultas de Salud Mental. Existe una asociación significativa en estos pacientes entre la presencia de un evento traumático en la infancia y el desarrollo de un estilo de apego inseguro. Este resultado está confirmado por otros autores, que apoyan empíricamente la asociación entre el trauma infantil y los estilos de apego inseguro en la edad adulta¹⁸.

El análisis de correlaciones muestra que el haber sufrido una privación emocional se relaciona con la dimensión ansiosa del apego ($\rho = 0,714$, $p < 0,001$), explicando el 49% de la varianza (Figura 5). Su relación con un apego ansioso ha sido corroborada por diversos estudios, mostrando la relación existente entre la privación emocional como evento traumático precoz y el apego ansioso¹⁹.

Parece también que el componente emocional del evento traumático es más determinante que el físico, pues se observa en menor medida una correlación entre el abuso emocional y la dimensión ansiosa del apego, no objetivando correlaciones significativas en el caso de los eventos traumáticos de tipo físico. La privación emocional es el evento traumático que más prevalece, conllevando al desarrollo de apego ansioso, según algunos autores, provocando un gran impacto en el funcionamiento mental en la vida adulta²⁰. Sin embargo, no todos los autores coinciden, pues se ha evidenciado en algunos estudios un mayor porcentaje de eventos traumáticos precoces de tipo físico en pacientes estudiados con psicopatología en la edad adulta²¹.

Esta cuestión tiene una especial relevancia en el caso de los pacientes con trastornos psicóticos en los que encontramos una correlación fuertemente positiva entre privación emocional y dimensión ansiosa del apego ($\rho = 0,819$, $p < 0,001$), pero también del abuso emocional con la dimensión evitativa ($\rho = 0,586$, $p < 0,05$), confirmando la

importancia de los factores emocionales para el desarrollo de un adecuado estilo de apego. Hay estudios que muestran que los pacientes con trastornos psicóticos que han presentado abusos o privaciones en la infancia desarrollan un apego rechazante o evitativo en la mitad de los casos, lo que ha sido relacionado con una mayor gravedad²². Otros autores, además de evidenciar esta relación, enfatizan en el trauma como efecto específico sobre la gravedad de los trastornos psicóticos, refiriéndose concretamente a los síntomas positivos³.

En los pacientes con trastornos depresivos, la privación emocional y el abuso emocional correlacionaban significativamente con la dimensión ansiosa ($rho = 0,783$, $p < 0,001$ y $rho = 0,513$, $p < 0,05$, respectivamente). Hay estudios que muestran que los trastornos depresivos están potenciados principalmente por abuso emocional, sexual y por privación física²³. Sin embargo, la mayor parte de estos pacientes han desarrollado un estilo de apego seguro (60%), frente al 30% que presentó un estilo de apego rechazante o evitativo, lo que indica que presentan menos problemas de apego. Además, hemos de añadir que se ha observado que la vivencia de traumas en la infancia supone un factor predictivo significativo de menor probabilidad de remisión de los trastornos depresivos y de ansiedad²⁴, y puede considerarse un determinante independiente de la cronicidad en la depresión¹⁷.

Los trastornos de ansiedad es la categoría diagnóstica que informan de menor porcentaje de eventos traumáticos precoces en comparación con las otras dos categorías principales. Casi la mitad de ellos sufrió algún abuso durante la infancia, siendo el abuso emocional el más relevante si observamos los datos obtenidos. Sin embargo, en varios estudios el principal factor traumático precoz que se ha asociado a los trastornos de ansiedad ha sido la privación emocional, de forma independiente y significativa²⁵, ²⁶. Además, es la categoría diagnóstica donde más pacientes han presentado un estilo de apego seguro (64,7%), presentando un apego rechazante principalmente el resto de pacientes.

Cabe pensar que el trastorno más influenciado por los eventos traumáticos precoces en estas tres categorías es el trastorno psicótico, siendo el grupo de pacientes que mayor abuso o de forma más severa ha sufrido durante la infancia y con mayor influencia sobre la presencia de un apego inseguro. De la misma forma, los trastornos por ansiedad son los menos afectados, presentando menor porcentaje de abusos en la infancia y también menor influencia sobre el apego inseguro.

Continuando con las experiencias traumáticas en los primeros años de vida, hay estudios que muestran que existe una clara relación entre haber sufrido un evento traumático en la infancia y el desarrollo de una patología psiquiátrica en la vida adulta²⁵. En nuestro estudio siendo la prevalencia de eventos traumáticos es del

46,8%. Sin embargo, analizando los ítems de negación de la CTQ este porcentaje podría ser mayor.

Centrándonos en cada área de las evaluadas con la escala CTQ, estudios anteriores han puesto de manifiesto que el abuso sexual ha sido asociado principalmente con trastornos de la personalidad, esquizofrenia, trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo^{14,23}. En nuestro caso corroboramos esta relación, que ha sido puesta en evidencia en los resultados obtenidos.

Respecto al abuso físico se ha asociado con trastornos del estado de ánimo, concretamente con trastornos depresivos, al igual que en nuestro caso.

El abuso emocional es el tipo de mayor prevalencia en todas las categorías diagnósticas. Al igual que la privación emocional, se ha asociado con trastornos de personalidad, esquizofrenia, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, estando presente en el 42,9% de los pacientes con trastornos psicóticos, en el 30% de los pacientes con trastornos depresivos y en el 23,5% de los diagnosticados de trastornos de ansiedad.

La privación física en numerosos estudios ha sido el evento traumático precoz con menos asociaciones con trastornos psiquiátricos, al igual que con el resto de categorías diagnósticas analizadas²⁵. Sin embargo, atendiendo a los resultados obtenidos, observamos la relación existente con el desarrollo de ciertos trastornos psiquiátricos, tales como trastornos psicóticos (42,9%), trastornos depresivos (30%) y trastornos de ansiedad (23,5%).

Los problemas de apego son frecuentes en nuestra serie. El 42% de los casos presenta un apego inseguro lo que confirma su valor representativo en los pacientes con trastorno mental, como muestran otros estudios²⁷. El estilo de apego rechazante prima sobre el resto de dimensiones en nuestros pacientes, concordando con las conclusiones de revisiones pasadas²⁸. Por ejemplo, la investigación realizada por Gumley y otros compañeros, encuentra asociaciones entre un estilo de apego inseguro y estrategias de afrontamiento evitativo, experiencias negativas durante la crianza y traumas más severos, en la muestra que utilizaron, los cuales un 75% tenía un diagnóstico de esquizofrenia. Los trastornos psicóticos presentan el mayor porcentaje de problemas de apego²⁹. En estudios previos, se ha encontrado relación significativa entre el apego evitativo y la psicosis. Con estos hallazgos, enfatizamos la importancia de establecer estrategias preventivas centradas en el manejo de un tipo de apego seguro principalmente en la vida temprana, pero también en la adulta, para reducir los estados de psicosis y paranoia en el adulto. Tanto en este estudio como en anteriores los pacientes con modelos de apego inseguro han referido antecedentes de eventos traumáticos precoces y síntomas psicóticos³⁰.

Respecto a la cronicidad y la gravedad de la psicopatología, los eventos traumáticos precoces y los problemas de apego son factores determinantes en este sentido, como muestran otros estudios²². Aunque en nuestro caso no encontramos asociaciones significativas, el incremento del tamaño muestral podría haber puesto de relevancia esta asociación.

Por tanto, este estudio ha mostrado que tanto presentar acontecimientos traumáticos en la infancia como problemas de apego, se relacionan con la presencia de trastornos psiquiátricos en el adulto, y que los eventos traumáticos suponen un factor que influye sobre la presencia de un apego inseguro. Esta cuestión concuerda con los resultados de otros estudios previos³¹. De la misma manera, vale la pena reiterar que los trastornos psicóticos podrían estar especialmente relacionados con las privaciones vividas en la infancia, sugiriendo la existencia de vías indirectas inespecíficas que vinculan las experiencias infantiles con dichos fenómenos subclínicos, como así se avala en otras investigaciones³².

Existen también evidencias de la influencia significativa de las vivencias de acontecimientos traumáticos en la infancia con un desarrollo alterado del modelo de apego en la vida adulta. Una infancia traumática puede afectar al desarrollo emocional del niño, incrementando la probabilidad de presentar un estilo de apego inseguro en la edad adulta, y propiciando un crecimiento basado en la desconfianza e inseguridad en los demás, lo que ha sido corroborado por trabajos previos³³. Es por esto, que en nuestro estudio se muestra la interrelación entre experiencias traumáticas durante la infancia, las alteraciones en el modelo de apego y el desarrollo de la psicopatología.

6. Limitaciones

En cuanto a las limitaciones merece la pena destacar en primer lugar el reducido tamaño muestral. Este parece haber influenciado decisivamente los resultados negativos que hemos obtenido respecto a la influencia de los traumas infantiles y problemas de apego en la cronicidad y gravedad del trastorno psiquiátrico, como ya se ha referido. En segundo lugar, hay que citar las limitaciones inherentes a cualquier estudio transversal con la dificultad para establecer relaciones causales y su dirección. En tercer lugar, la muestra no es representativa de los pacientes que acuden a consulta de Salud Mental lo que limita la generalización de los resultados. Finalmente, la utilización de escalas de evaluación a la hora de analizar cuestiones tan complejas que atañen a factores emocionales supone también un cierto reduccionismo, sin embargo, como se ha mencionado las escalas han sido validadas e utilizadas en nuestro medio y presentan unos buenos índices de validez y fiabilidad.

7. Conclusiones

Este estudio revela que existe una alta prevalencia de eventos traumáticos precoces en pacientes con diagnóstico de trastorno psiquiátrico. Es posible que éstos eventos traumáticos influyan negativamente sobre el neurodesarrollo emocional, dando lugar a un estilo de apego inseguro, predominando el tipo de apego rechazante, con un desarrollo basado en la desconfianza en las relaciones interpersonales durante los primeros años de vida.

En consecuencia, las vivencias traumáticas precoces y el consiguiente apego inseguro pueden favorecer la presencia de un trastorno psiquiátrico en la edad adulta, con mayor influencia sobre la presencia de un trastorno de tipo psicótico frente a trastornos depresivos o de ansiedad.

En principio, no puede establecerse una clara relación entre la cronicidad y la gravedad del proceso psiquiátrico con la presencia de algún tipo de abuso o privación en la infancia, así como el estilo de apego desarrollado. Sin embargo, es posible que el incremento del tamaño muestral hubiese mostrado una asociación significativa.

Agradecimientos

Agradecemos, en primer lugar, al tutor de este Trabajo de Fin de Grado, el Dr. Jose Antonio Blanco Garrote, por su tiempo, trabajo y dedicación. Estamos muy agradecidas por habernos brindado la oportunidad de llevar a cabo este estudio de investigación. Agradecemos también a todo el personal del Servicio de Psiquiatría del HCUV, en especial a las Dras. Laura Gallardo, Patricia Marqués, Ana Isabel Segura y el Dr. Jose Antonio Espina por habernos facilitado las entrevistas con los pacientes. Finalmente, agradecer especialmente a todos los pacientes que han colaborado, por habernos permitido usar parte de su tiempo y compartir con nosotras sus experiencias.

Bibliografía

1 Zouwen M, Hoeve M, Hendriks A, Asscher J, Stams G. The association between attachment and psychopathic traits. *Agression and Violent Behavior* 2018. 43: 45-55.

2 Hayre R, Goulter N, Moretti M. Maltreatment, attachment, and substance use in adolescence: Direct and indirect pathways. *Addictive Behaviors*. 2019. 90: 196-203.

3 Chatziioannidis S, Andreou C, Agorastos A, Kaprinis S, Malliaris Y, Garyfallos G, Bozidakis VP. The role of attachment anxiety in the relationship between childhood trauma and schizophrenia-spectrum psychosis. *Psychiatry Res*. 2019; 11; 276:223-231.

4 Chae Y, Goodman M, Goodman G, Troxel N, McWilliams K, Thompson R, Shaver P, Widaman K. How children remember the Strange Situation: The role of attachment. *J Exp Child Psychol*. 2018;166: 360-379.

5 Misiak B, Krefft M, Bielawski T, Moustafa M, Sałsiadek M, Frydecka D. Toward a unified theory of childhood trauma and psychosis: A comprehensive review of epidemiological, clinical, neuropsychological and biological findings. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2017; 75: 393-406.

6 Fujisawa TX, Shimada K, Takiguchi S, Mizushima S, Kosaka H, Teicher MH, Tomoda A. Type and timing of childhood maltreatment and reduced visual cortex volume in children and adolescents with reactive attachment disorder. *Neuroimage Clin*. 2018; 20:216-221.

7 Schaussa E, Zettlerb H, Russella A. Examining ACTV: An argument for implementing neuroscience-based and trauma-informed treatment models in offender treatment programs. *Agression and Violent Behavior*. 2019; 46:1-7.

8 Brietzke E, Kauer Sant'anna M, Jackowski A, Grassi-Oliveira R, Bucker J, Zugman A, Mansur RB, Bressan RA. Impact of childhood stress on psychopathology. *Braz J Psychiatry*. 2012; 34(4):480-8.

9 Elma E, Altmanb D, Eggera M, Pocockd S, Go P, tzschee, Vandenbrouckef J. Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational

studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. *Gac Sanit.* 2008; 22 (2): 144-150.

10 Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997; 36(3):340-8.

11 Itziar Alonso-Arbiol, A Nekane Balluerka, A And Phillip R. Shaver. A Spanish version of the Experiences in Close Relationships (ECR). Adult attachment questionnaire. 2007; 14;45-63.

12 Forkmann T, Scherer A, Boecker M, Pawelzik M, Jostes R, Gauggel S. The Clinical global impression scale and the influence of patient or staff Perspective on outcome. *BMC Psychiatry.* 2011; 14;11:83.

13 Bevilacqua L, Carli V, Sarchiapone M, George DK, Goldman D, Roy A, Enoch MA. Interaction between FKBP5 and childhood trauma and risk of aggressive behavior. *Arch Gen Psychiatry.* 2012; 69(1):62-70.

14 Walker EA, Unutzer J, Rutter C, Gelfand A, Saunders K, VonKorff M, Koss MP, Katon W. Costs of health care use by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. *Arch Gen Psychiatry.* 1999; 56(7):609-13.

15 Read DL, Clark GI, Rock AJ, Coventry WL. Adult attachment and social anxiety: The mediating role of emotion regulation strategies. *PLoS One.* 2018; 13(12).

16 Ehrental JC, Dinger U, Lamla A, Funken B, Schauenburg H. Evaluation of the German version of the attachment questionnaire "Experiences in Close Relationships-Revised" (ECR-RD). *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2009; 59(6):215-23.

17 Takano T, Mogi K. Adult attachment style and lateral preferences in physical proximity. *Biosystems.* 2019; 181:88-94.

18 Waldinger R, Schulz M, Barsky A, Md, Ahern D. Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. *The American Psychosomatic Society.* 2006; 68 (1): 129-135.

19 Van Assche L, Van de Ven L, Vandenbulcke M, Luyten P. Ghosts from the past
The association between childhood interpersonal trauma, attachment and anxiety
and depression in late life. *Aging Ment Health*. 2019; 10:1-8.

20 Müller LE, Bertsch K, Bülau K, Herpertz SC, Buchheim A. Emotional neglect in
childhood shapes social dysfunctioning in adults by influencing the oxytocin and the
attachment system: Results from a population-based study. *Int J Psychophysiol*. 2019;
136:73-80.

21 Talaga MT, Sikorska IM, Jawor M. Resilience in persons with affective and anxiety
disorders and the experience of early trauma - pilot studies. *Psychiatr Pol*. 2018;
52(3):471-486.

22 Ringer JM, Buchanan EE, Olesek K, Lysaker PH. Anxious and avoidant attachment
styles and indicators of recovery in schizophrenia: associations with self-esteem and
hope. *Psychol Psychother*. 2014; 87(2):209-21.

23 Fuchshuber J, Hiebler-Ragger M, Kresse A, Kapfhammer HP, Unterrainer HF.
Depressive Symptoms and Addictive Behaviors in Young Adults After Childhood
Trauma: The Mediating Role of Personality Organization and Despair. *Front
Psychiatry*. 2018; 9:318.

24 Hovens JG, Giltay EJ, van Hemert AM, Penninx BW. Childhood Maltreatment And
The Course Of Depressive And Anxiety Disorders: The Contribution Of Personality
Characteristics. *Depress Anxiety*. 2016 Jan;33(1):27-34. doi: 10.1002/da.22429. Epub
2015 Sep 29.

25 Carr CP, Martins CM, Stingel AM, Lemgruber VB, Juruena MF. The role of early life
stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma
subtypes. *J Nerv Ment Dis*. 2013; 201(12):1007-1020.

26 Hovens JGFM, Wiersma JE, Giltay EJ, van Oppen P, Spinhoven P, Penninx
BWJH, Zitman FG (2010) Childhood life events and childhood trauma in
adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. control.
Acta Psychiatr Scand. 122:66-74.

27 Carr SC, Hardy A, Fornells-Ambrojo M. Relationship between attachment style and symptom severity across the psychosis spectrum: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2018; 59:145-158.

28 Gumley, A. I., Taylor, H. E. F., Schwannauer, M., & MacBeth, A. A systematic review of attachment and psychosis: Measurement, construct validity and outcomes. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2014; 129(4), 257–274.

29 Darrell-Berry H, Bucci S, Palmier-Claus J, Emsley R, Drake R, Berry K. Predictors and mediators of trait anger across the psychosis continuum: The role of attachment style, paranoia and social cognition. *Psychiatry Res.* 2017; 249:132-138.

30 Bucci S, Emsley R, Berry K. Attachment in psychosis: A latent profile analysis of attachment styles and association with symptoms in a large psychosis cohort. *Psychiatry Res.* 2017;247:243-249.

31 Goodall K, Rush R, Grünwald L, Darling S, Tiliopoulos N. Attachment as a partial mediator of the relationship between emotional abuse and schizotypy. *Psychiatry Res.* 2015. 15;230(2):531-6.

32 Sheinbaum T, Bifulco A, Ballespí S, Mitjavila M, Kwapil TR, Barrantes-Vidal N. Interview investigation of insecure attachment styles as mediators between poor Childhood care and schizophrenia-spectrum phenomenology. *PLoS One.* 2015; 6;10(8).

33 Jaworska-Andryszewska P, Rybakowski JK. Childhood trauma in mood disorders: Neurobiological mechanisms and implications for treatment. *Pharmacol Rep.* 2019 Feb;71(1):112-120.

Anexo I

Cuestionario

NHC:

1. Presentarme y explicar en qué consiste nuestro trabajo de investigación
2. Consentimiento informado
3. Paciente responde al cuestionario:
 1. Sexo: H(1) M(2)
 2. Edad:
 3. Nivel socio-económico: Bajo(1) Medio(2) Alto(3)
 4. ¿Trabaja? Sí(1) No(2) Incap(3) Ama de casa(4) Otro(5)
 5. ¿Qué estudios tiene? Primarios(1) Secundarios(2) Universidad(3)
 6. Estado civil: Casado(1) Soltero(2) Divorciado(3) Viudo(4)
 7. ¿Dónde vive? Urbano(1) Rural(2)
 8. ¿A. Familiares de enfermedad Psiquiátrica? Sí(1) No(2)
 9. Antecedentes personales: Sí(1) No(2)
 10. Diagnóstico principal: Esquizofr/T.Psicót(1)
Trastorno Bipolar(2)
Trastorno depresivo(3)
Trastorno por ansiedad(4)
Trastorno personalidad Cluster A(5) Paranoide, esquizoide, esquizotíp
Trastorno personalidad Cluster B(6) Antisocial, Límite, Histriónico
Trastorno personalidad Cluster C(7) Evitativo, Dependiente, Obse-C
T. somatoforme(9)
T. disociativo(10)
Abuso tóxicos: Alcohol(12) Otros(13)
 11. Diagnóstico secund.1: Esquizofr/T.Psicót(1)
Trastorno Bipolar(2)
Trastorno depresivo(3)
Trastorno por ansiedad(4)
Trastorno personalidad Cluster A(5) Paranoide, esquizoide, esquizotíp
Trastorno personalidad Cluster B(6) Antisocial, Límite, Histriónico
Trastorno personalidad Cluster C(7) Evitativo, Dependiente, Obse-C
T. somatoforme(9)
T. disociativo(10)
Abuso tóxicos: Alcohol(12) Otros(13)
 12. Diagnóstico secund.2: Esquizofr/T.Psicót(1)
Trastorno Bipolar(2)
Trastorno depresivo(3)
Trastorno por ansiedad(4)
Trastorno personalidad Cluster A(5) Paranoide, esquizoide, esquizotíp
Trastorno personalidad Cluster B(6) Antisocial, Límite, Histriónico
Trastorno personalidad Cluster C(7) Evitativo, Dependiente, Obse-C
T. somatoforme(9)
T. disociativo(10)
Abuso tóxicos: Alcohol(12) Otros(13)
 13. Impresión clínica global:
 14. Cronicidad: meses desde Dx-seguimiento (¿primera consulta psiquiatría)?:

Anexo II

6.3.6. Escala de Acontecimientos Traumáticos en la Infancia (Childhood Trauma Questionnaire, CTQ)

1

Instrucciones: Este cuestionario aborda experiencias que pudo tener durante su infancia o adolescencia. Para cada cuestión, marque la casilla que mejor le convenga. Aunque algunas preguntas se refieren a temas íntimos y personales, es importante responder honestamente.

Cuando era pequeño y/o adolescente:	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Casi siempre
1. No tenía suficiente para comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me sentía cuidado y protegido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Algunos miembros de mi familia me llamaban "tonto", "vago" o "feo"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mis padres estaban demastado borrachos o "colocados" para ocuparse de la familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Alguien de mi familia me hacía sentir importante o especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tenía que vestirme con ropa sucia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me sentía querido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pensaba que mis padres no querían que hubiera nacido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me golpeaban tan fuerte que tuve que ir al médico o al hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. No he querido cambiar de familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Algún miembro de mi familia me pegaba tan fuerte que me dejaba marcas o moratones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Me castigaban con un cinturón, un palo, una cuerda u otro objeto contundente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Los miembros de mi familia cuidaban unos de otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Miembros de mi familia me insultaban o decían cosas que me hacían daño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Creo que he sido maltratado físicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. He tenido una infancia perfecta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me golpeaban tan fuerte que alguien llegó a notar las marcas (ej. un profesor, un vecino o un médico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sentía que alguien de mi familia me odiaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Los miembros de mi familia se sentían próximos entre sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Alguien intentó tocarme o me hizo hacer tocamientos sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Alguien me amenazó con hacerme daño si no hacía algún acto sexual con él	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Tenía la mejor familia del mundo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Alguien me obligó a hacer actos sexuales o me hizo ver tales actos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.3.6. Escala de Acontecimientos Traumáticos en la Infancia
(Childhood Trauma Questionnaire, CTQ)

2

Cuando era pequeño y/o adolescente:	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Casi siempre
24. He sido víctima de propósitos sexuales deshonestos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Creo que sufrí maltrato psicológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Había alguien que me llevaba al médico si lo necesitaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Pienso que han abusado de mí sexualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Mi familia era una fuente seguridad y apoyo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo III

Las siguientes declaraciones se refieren a cómo te sientes en las relaciones sentimentales. Estamos interesados en cómo experimentas las relaciones en general, no sólo en lo que está sucediendo en una relación actual. Respondemos a cada declaración indicando cuánto estás de acuerdo o en desacuerdo con ella marcando uno de los números proporcionados para cada ítem, usando la escala del 1 (muy desacuerdo) al 7 (muy de acuerdo).

		Desacuerdo		Neutral			Acuerdo	
1.	Prefiero no mostrarle a mi compañero cómo me siento realmente.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Me preocupa ser abandonado.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Me siento muy cómodo cuando estoy cerca al estar cerca de mi pareja.	7	6	5	4	3	2	1
4.	Me preocupo mucho de mis relaciones de pareja.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Cuando mi compañero empieza a acercarse a mí, me voy alejando	1	2	3	4	5	6	7
6.	Me preocupa que mis parejas no me cuiden como cuido yo de ellas	1	2	3	4	5	6	7
7.	Me siento incómodo cuando mi pareja quiere acercarse demasiado.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Me preocupo bastante por perder a mi compañero.	1	2	3	4	5	6	7
9.	No me siento cómodo abriéndome a mis parejas.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Con frecuencia deseo que mis parejas sientan más por mí que lo que yo siento por ellas.	1	2	3	4	5	6	7

11.	Quiero acercarme a mi compañero, pero no lo consigo	1	2	3	4	5	6	7
12.	Con frecuencia quiero unirme completamente con mis parejas, y esto a veces les asusta.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Me pongo nervioso cuando mis compañeros se acercan demasiado a mí.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Me preocupa estar solo.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Me siento cómodo compartiendo mis pensamientos privados y sentimientos con mi compañero.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Mi deseo de ser muy cercano a veces asusta a la gente.	7	6	5	4	3	2	1
17.	Intento evitar acercarme demasiado a mi compañero.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Necesito sentir mucha seguridad de que mi compañero me quiere.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Me resulta relativamente fácil acercarme a mi compañero.	1	2	3	4	5	6	7
20.	A veces siento que me acerco a mis compañeros para mostrar más sentimiento, más compromiso.	7	6	5	4	3	2	1
21.	Me resulta difícil permitirme depender de parejas sentimentales.	1	2	3	4	5	6	7
22.	No me preocupo a menudo de ser abandonado.	7	6	5	4	3	2	1
23.	Prefiero no estar demasiado cerca de parejas sentimentales.	7	6	5	4	3	2	1

24.	Si no puedo conseguir que mi pareja muestre interés en mí, me enfado.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Le digo a mi compañero cualquier cosa.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Me doy cuenta de que mi compañero no quiere acercarse a mí tanto como me gustaría.	7	6	5	4	3	2	1
27.	Normalmente discuto mis problemas y preocupaciones con mi compañero.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Cuando no estoy involucrado en una relación, me siento algo ansioso e inseguro.	1	2	3	4	5	6	7
29.	Me siento cómodo dependiendo de una pareja.	1	2	3	4	5	6	7
30.	Me frustro cuando mi pareja no está tanto como me gustaría.	7	6	5	4	3	2	1
31.	No me importa pedirle consuelo o ayuda a un compañero sentimental.	1	2	3	4	5	6	7
32.	Me frustro cuando mis compañeros no están disponibles cuando los necesito.	7	6	5	4	3	2	1
33.	Me ayuda acudir a mis parejas sentimentales en momentos de necesidad.	1	2	3	4	5	6	7
34.	Cuando las parejas sentimentales me desaprueban, me siento muy mal conmigo misma.	7	6	5	4	3	2	1
35.	Me dirijo a mi compañero para muchas cosas, incluyendo consuelo y tranquilidad.	1	2	3	4	5	6	7
36.	Me molesta cuando mi compañero pasa tiempo lejos de mí	1	2	3	4	5	6	7

Anexo IV

10.1. Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI)

Gravedad de la enfermedad (CGI-SI)

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

Anexo V

FACTORES RELACIONADOS CON EL APEGO Y EVENTOS TRAUMÁTICOS Y PSICOPATOLOGÍA (80 variables)

FILIACIÓN Y SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Nº	VARIABLE	INICIALES	CODIFICACIÓN
1	Número de Historia Clínica	NHC	Número
2	Sexo (H/M)	SEX	1/2
3	Edad	EDAD	Número
4	Nivel socioeconómico (Bajo/Medio/Alto)	NSEC	1/2/3
5	Situación laboral (Activo/Desempleado/Incapacidad/Ama de casa/Otro)	LAB	1/2/3/4/5
6	Nivel educativo (Primarios/Secundarios/Universitarios)	NIVED	1/2/3
7	Estado civil	ECIV	1/2/3/4
8	Residencia (Urbano/Rural)	RES	1/2

VARIABLES CLÍNICAS

	VARIABLE	INICIALES	CODIFICACIÓN
9	Problema grave repercute en vida diaria	PG	1/2
10	Antecedentes familiares psíqu. (S/N)	AF	1/2
11	Antecedentes médicos (S/N)	AP	1/2
12	Diagnóstico psiquiátrico principal	DX	1-13
13	Diagnóstico psiquiátrico secundario1	DX1	1-13
14	Diagnóstico psiquiátrico secundario2	DX2	1-13
15	Impresión clínica global	CGI	1-7
16	Cronicidad: meses de seguimiento	CRON	Número

ESCALA ECR

17	Prefiero no mostrarle a mi compañero cómo me siento realmente.	ECR1	1/2/3/4/5/6/7
18	Me preocupa ser abandonado.	ECR2	1/2/3/4/5/6/7

19	Me siento muy cómodo cuando estoy cerca al estar cerca de mi pareja.	ECR3	1/2/3/4/5/6/7
20	Me preocupo mucho de mis relaciones de pareja.	ECR4	1/2/3/4/5/6/7
21	Cuando mi compañero empieza a acercarse a mí, me voy alejando.	ECR5	1/2/3/4/5/6/7
22	Me preocupa que mis parejas no me cuiden como cuido yo de ellas.	ECR6	1/2/3/4/5/6/7
23	Me siento incómodo cuando mi pareja quiere acercarse demasiado.	ECR7	1/2/3/4/5/6/7
24	Me preocupo bastante por perder a mi compañero.	ECR8	1/2/3/4/5/6/7
25	No me siento cómodo abriéndome a mis parejas.	ECR9	1/2/3/4/5/6/7
26	Con frecuencia deseo que mis parejas sientan más por mí que lo que yo siento por ellas.	ECR10	1/2/3/4/5/6/7
27	Quiero acercarme a mi compañero, pero no lo consigo.	ECR11	1/2/3/4/5/6/7
28	Con frecuencia quiero unirme completamente a mis parejas, y esto a veces les asusta.	ECR12	1/2/3/4/5/6/7
29	Me pongo nervioso cuando mis compañeros se acercan demasiado a mí.	ECR13	1/2/3/4/5/6/7
30	Me preocupa estar solo.	ECR14	1/2/3/4/5/6/7
31	Me siento cómodo compartiendo mis pensamientos privados y sentimientos con mi compañero.	ECR15	1/2/3/4/5/6/7
32	Mi deseo de ser muy cercano a veces asusta a la gente.	ECR16	1/2/3/4/5/6/7
33	Intento evitar acercarme demasiado a mi compañero.	ECR17	1/2/3/4/5/6/7
34	Necesito sentir mucha seguridad de que mi compañero me quiere.	ECR18	1/2/3/4/5/6/7

35	Me resulta relativamente fácil acercarme a mi compañero.	ECR19	1/2/3/4/5/6/7
36	A veces siento que me acerco a mis compañeros para mostrar más sentimiento, más compromiso.	ECR20	1/2/3/4/5/6/7
37	Me resulta difícil permitirme depender de parejas sentimentales.	ECR21	1/2/3/4/5/6/7
38	No me preocupo a menudo de ser abandonado.	ECR22	1/2/3/4/5/6/7
39	Prefiero no estar demasiado cerca de parejas sentimentales.	ECR23	1/2/3/4/5/6/7
40	Si no puedo conseguir que mi pareja muestre interés en mí, me enfado.	ECR24	1/2/3/4/5/6/7
41	Le digo a mi compañero cualquier cosa.	ECR25	1/2/3/4/5/6/7
42	Me doy cuenta de que mi compañero no quiere acercarse a mí tanto como me gustaría.	ECR26	1/2/3/4/5/6/7
43	Normalmente discuto mis problemas y preocupaciones con mi compañero.	ECR27	1/2/3/4/5/6/7
44	Cuando no estoy involucrado en una relación, me siento algo ansioso e inseguro.	ECR28	1/2/3/4/5/6/7
45	Me siento cómodo dependiendo de una pareja.	ECR29	1/2/3/4/5/6/7
46	Me frustró cuando mi pareja no está tanto como me gustaría.	ECR30	1/2/3/4/5/6/7
47	No me importa pedirle consuelo o ayuda a un compañero sentimental.	ECR31	1/2/3/4/5/6/7
48	Me frustró cuando mis compañeros no están disponibles cuando los necesito.	ECR32	1/2/3/4/5/6/7
49	Me ayuda acudir a mis parejas sentimentales en momentos de necesidad.	ECR33	1/2/3/4/5/6/7
50	Cuando las parejas sentimentales me desapruaban, me siento muy mal conmigo misma.	ECR34	1/2/3/4/5/6/7

51	Me dirijo a mi compañero para muchas cosas, incluyendo consuelo y tranquilidad.	ECR35	1/2/3/4/5/6/7
52	Me molesta cuando mi compañero pasa tiempo lejos de mí.	ECR36	1/2/3/4/5/6/7

ESCALA CTQ

53	No tenía suficiente para comer	CTQ1	1/2/3/4/5
54	Me sentía cuidado y protegido	CTQ2	1/2/3/4/5
55	Algunos miembros de mi familia me llamaban “tonto”, “vago” o “feo”	CTQ3	1/2/3/4/5
56	Mis padres estaban borrachos o “colocados” para ocuparse de la familia	CTQ4	1/2/3/4/5
57	Alguien de mi familia me hacía sentir importante o especial	CTQ5	1/2/3/4/5
58	Tenía que vestirme con ropa sucia	CTQ6	1/2/3/4/5
59	Me sentía querido	CTQ7	1/2/3/4/5
60	Pensaba que mis padres no querían que hubiera nacido	CTQ8	1/2/3/4/5
61	Me golpeaban tan fuerte que tuve que ir al médico o al hospital	CTQ9	1/2/3/4/5
62	No he querido cambiar de familia	CTQ10	1/2/3/4/5
63	Algún miembro de mi familia me pegaba tan fuerte que me dejaba marcas o moratones	CTQ11	1/2/3/4/5
64	Me castigaban con un cinturón, un palo, una cuerda u otro objeto contundente	CTQ12	1/2/3/4/5
65	Los miembros de mi familia cuidaban de otros	CTQ13	1/2/3/4/5
66	Miembros de mi familia me insultaban o decían cosas que me hacían daño	CTQ14	1/2/3/4/5
67	Creo que he sido maltratado físicamente	CTQ15	1/2/3/4/5
68	He tenido una infancia perfecta	CTQ16	
69	Me golpeaban tan fuerte que alguien llegó a notar las marcas (ej. un profesor, vecino o médico)	CTQ17	1/2/3/4/5

70	Sentía que alguien de mi familia me odiaba	CTQ18	1/2/3/4/5
71	Los miembros de mi familia se sentían próximos entre sí	CTQ19	1/2/3/4/5
72	Alguien intentó tocarme o me hizo hacer tocamientos sexuales	CTQ20	1/2/3/4/5
73	Alguien me amenazó con hacerme daño si no hacía algún acto sexual con él	CTQ21	1/2/3/4/5
74	Tenía la mejor familia del mundo	CTQ22	1/2/3/4/5
75	Alguien me obligó a hacer actos sexuales o me hizo ver tales actos	CTQ23	1/2/3/4/5
76	Ha sido víctima de propósitos sexuales deshonestos	CTQ24	1/2/3/4/5
77	Creo que sufrí maltrato psicológico	CTQ25	1/2/3/4/5
78	Había alguien que me llevaba al médico si lo necesitaba	CTQ26	1/2/3/4/5
79	Pienso que han abusado de mí sexualmente	CTQ27	1/2/3/4/5
80	Mi familia era una fuente de seguridad y apoyo	CTQ28	1/2/3/4/5

CÓDIGOS:

06 - Nivel educativo:

- 1: Bajo (primarios)
- 2: Medio (secundarios)
- 3: Alto (universidad)

07 - Estado civil:

- 1: Soltero/a
- 2: Casado/a
- 3: Divorciado/a
- 4: Viudo/a

10 - Antecedentes personales médicos:

- 1: Neurológicos
- 2: Dolor crónico

3: Digestivos

4: Cardiológicos

5: Otros

12 - Diagnóstico principal:

1: Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

2: Trastorno bipolar

3: Trastorno depresivo

4: Trastorno por ansiedad

5: Trastorno de la personalidad Cluster A

6: Trastorno de la personalidad Cluster B

7: Trastorno de la personalidad Cluster C

8: Trastornos somatoformes

9: Trastornos disociativos

10: Abuso de dependencia de tóxicos: Alcohol

11: Abuso de dependencia de tóxicos: Otros