

Artículo Original

# Trauma en la Niñez y Síntomas Disociativos: El Rol Mediador del Apego Inseguro-Desorganizado

## Childhood Trauma and Dissociative Symptoms: The Mediating Role of Disorganized Attachment

Héctor M. Cay-Bonilla <sup>1\*</sup> & Coralee Pérez-Pedrogo <sup>2</sup>1 Universidad Albizu, Recinto de San Juan, Puerto Rico.  <https://orcid.org/0000-0001-9824-1213>2 Universidad Albizu, Recinto de San Juan, Puerto Rico.  <https://orcid.org/0000-0001-5502-7567>\* Correspondencia: [hector.cay@outlook.com](mailto:hector.cay@outlook.com)

Recibido: 6 noviembre 2022 | Aceptado: 14 febrero 2023 | Publicado: 2 abril 2023

[WWW.REVISTACARIBENADEPSICOLOGIA.COM](http://WWW.REVISTACARIBENADEPSICOLOGIA.COM)**Citar como:**Cay-Bonilla, H. M., & Pérez-Pedrogo, C. (2023). Trauma en la niñez y síntomas disociativos: El rol mediador del apego inseguro-desorganizado. *Revista Caribeña de Psicología*, 7, e7217.<https://doi.org/10.37226/rcp.v7i1.7217>**RESUMEN**

El apego inseguro-desorganizado ha sido considerado como la primera instancia de un proceso mental disociativo en el desarrollo de la personalidad donde existe evidencia de la conexión entre la desorganización infantil y disociación posterior en la adultez. Este estudio tuvo como objetivo investigar si el apego inseguro desorganizado media la relación entre las experiencias de trauma en la niñez y los síntomas disociativos en la adultez. La muestra estuvo compuesta por 109 personas adultas entre las edades de 21 a 55 donde la mayoría fueron personas auto identificadas como mujeres (75.23%,  $n = 82$ ) y que se encontraban en una relación de pareja (85.32%,  $n = 93$ ). Los datos fueron recolectados a través del Cuestionario de Trauma en la niñez-Versión corta, la Escala de Apego Desorganizado en adultos y la Escala de Experiencias Disociativas. Se puso a prueba el modelo propuesto con análisis de sendero de mediación con ecuaciones estructurales. Se realizaron también análisis de correlación Producto Momento de Pearson. Los resultados obtenidos indican que el apego desorganizado media la relación entre el maltrato en la niñez y los síntomas disociativos en la muestra bajo estudio en carácter exploratorio.

**Palabras Claves:** apego desorganizado, rol mediador, síntomas disociativos, trauma en la niñez

**ABSTRACT**

Insecure-disorganized attachment has been considered the first instance of a dissociative mental process in personality development where there is evidence of a connection between childhood disorganization and later dissociation in adulthood. This study aimed to investigate whether disorganized insecure attachment mediates the relationship between childhood trauma experiences and dissociative symptoms in adulthood. The sample consisted of 109 adults between the ages of 21 and 55, most of whom were self-identified as women (75.23%,  $n = 82$ ) and who were in a relationship (85.32%,  $n = 93$ ). Data were collected through the Childhood Trauma Questionnaire-Short Version, the Adult Disorganized Attachment Scale, and the Dissociative Experiences Scale. The proposed model was tested with mediation path analysis with structural structures. An analysis of the Pearson Moment Product

was also performed. The results obtained indicate that disorganized attachment mediates the relationship between childhood maltreatment and dissociative symptoms in the sample under study in an exploratory nature.

**Keywords:** childhood trauma, disorganized attachment, dissociative symptoms, mediator effect

## INTRODUCCIÓN

La teoría del apego se desarrolló para entender las dinámicas de las relaciones humanas y el desarrollo de psicopatologías. Se han identificado tres patrones de conductas de apego: apego seguro, apego inseguro-evitativo, apego inseguro-ansioso ambivalente (Urrego Betancourt et al., 2016). Urrego Betancourt et al. (2016) describieron los tipos de apego de la siguiente manera:

*El apego seguro resulta de la sensibilidad, la percepción adecuada, la interpretación correcta y la respuesta contingente y apropiada de la persona cuidadora a las señales del infante, siendo ellos capaces de establecer relaciones más satisfactorias con sus cuidadores, que los hacen sentir con mayor seguridad y calidez. En el apego inseguro evitativo se aumenta la distancia entre las personas y los objetos que resultan amenazantes, son pocos los episodios de afecto, angustia o evasión hacia el cuidador, lo que genera estructuras cognitivas poco flexibles, con propensión al enojo y a las emociones negativas. El apego inseguro ansioso ambivalente busca la proximidad de la figura primaria y a la vez hay resistencia a su consuelo, generando signos de agresión y cierta violencia hacia la persona cuidadora, que en su ausencia originan angustia intensa. Se mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y terquedad a ser dejados (p. 43).*

No obstante, las categorías previamente descritas se quedan cortas cuando la persona cuidadora representa peligro pero a la vez representa una base segura para el infante (Holmes, 2004). Este es el dilema al que se enfrentan infantes categorizados con un tipo de apego inseguro-desorganizado. La desorganización fue descrita por primera vez por Main y Solomon (1986) luego de revisar una serie de vídeos donde observaron a un grupo de infantes que no mostraban una estrategia coherente de relacionarse con sus cuidadores al ser comparados con las variantes organizadas de apego. Por tanto, esto sugiere que en términos de las manifestaciones conductuales del apego inseguro-desorganizado, se ha observado que menores muestran una elevada inseguridad y cuando se

reúnen con sus figuras primarias manifiestan una variedad de conductas confusas y contradictorias (Urrego Betancourt et al., 2016).

La desorganización surge en la niñez cuando la conducta de la persona cuidadora es percibida como confusa y aterradora, por ende, infantes conceptualizan esta experiencia como una traumática a temprana edad al no poder integrar adecuadamente las interacciones con su figura de apego (Granqvist et al., 2017). La literatura señala que también puede surgir si la persona cuidadora no protege al infante bajo condiciones amenazantes o si la persona cuidadora en sí misma es la fuente de amenaza. En este tipo de apego se muestran patrones de conductas contradictorias tales como: acercarse a la figura de apego alejando la cabeza para evitar cruzar la mirada, llamar a la persona cuidadora al cerrar la puerta para luego evitar el encuentro cuando ésta se abre, comportamiento de inmovilidad al relacionarse con la persona cuidadora y no responder a su llamado, estados de trances y congelación de los movimientos, entre otros (Dell & O'Neil, 2011). La falta de un modelo coherentemente integrado de sí mismo y de los demás se considera como desarrollo precedente que predispone a los individuos a disociarse desde la infancia (Carlson, 1998; Dutra et al., 2009; Ogawa et al., 1997).

Si bien la figura de apego puede generar estrés y trauma al no poder integrar adecuadamente las interacciones, se ha observado también que cuando la figura de apego se encuentra emocionalmente inestable por experiencias traumáticas y/o pérdidas no resueltas, esto incide en el pobre compromiso emocional que pueda mostrar la persona cuidadora trayendo consigo que las necesidades o estados emocionales del infante no puedan ser atendidas. Las categorías de apego inseguras se consideran factor de riesgo ya que afectan negativamente ciertos recursos psicológicos centrales, predisponiendo a las personas a periodos angustiantes prolongados, afectividad negativa y esto, por consiguiente, aumenta el riesgo posterior de desarrollo de psicopatologías. Los estilos de apego inseguros se consideran un importante factor de riesgo

para problemas psicológicos (Vismara et al., 2022). La desorganización se considera la categoría insegura de mayor severidad, por tanto, esto sugiere, que las personas bajo esta categoría se encuentran en una posición más vulnerable respecto a su salud mental. Adolescentes y personas en la adultez que han desarrollado los recursos internos asociados con modelos de tipo seguro es más probable que muestren mayor resiliencia cuando se enfrentan a una amenaza de disponibilidad de la persona cuidadora, como también un menor riesgo de desarrollar psicopatologías (Carlson et al., 2009). Por otro lado, personas con modelos internos inseguros podrían estar particularmente vulnerables a interrupciones del apego y a un mayor riesgo de reacciones emocionales y defensivas que socavan el funcionamiento relacional y aumentan las expresiones sintomáticas de las necesidades de apego (Kobak et al., 2016).

El costo de experimentar estados disociativos frecuentemente en la infancia resulta en tener una neurobiología comprometida y sensible a disociación a traumas posteriores. Por consiguiente, menores que entran a estados disociativos repetidamente están más propensos a entrar en estados disociativos en situaciones de estrés moderados en la adultez (De Bellis, 2001). En Puerto Rico se han realizado estudios que han reportado niveles de disociación patológica en muestras clínicas de menores (Martínez et al., 2004). Más aún, se han realizado estudios de prevalencia epidemiológica con muestras de menores donde se ha confirmado la relación de experiencias de trauma en la niñez y victimización con niveles de disociación patológica (Martínez et al., 2006; Manzano-Mojica et al., 2012). Por otra parte, se han realizado estudios en Puerto Rico que revelan que menores con historial de abuso presentan mayores niveles de disociación (Reyes-Pérez et al., 2005). Incluso, de igual forma, se han realizado estudios que reiteran la conexión entre marcados historial de trauma y abusos con las defensas disociativas como mecanismo de manejo en población adulta (Martínez-Taboas & Bernal, 2000).

Mercado et al. (2008) encontró a través de su estudio con una muestra clínica de féminas puertorriqueñas adultas con historial de abuso sexual en la niñez que los niveles de disociación correlacionaron significativamente con las experiencias de abuso sexual y con patrones de alimentación disfuncionales. Este

último estudio plantea la vulnerabilidad de personas con historial de trauma a padecer de otro tipo de psicopatologías adicionales a la disociación patológica. Francia-Martínez et al. (2003) realizaron otro estudio que sustentan la correlación de personas con historial de trauma en la niñez y presencia de sintomatología de disociación y depresión en la adultez. En la literatura se identifican tres estudios longitudinales que proveen evidencia empírica de la conexión entre la desorganización infantil y disociación posterior. Ogawa et al. (1997) encontraron relación entre desorganización en la infancia y disociación a través de auto-reporte en la adolescencia y adultez temprana. Carlson (1998) demostró que la desorganización en la infancia está asociada con altos puntajes de disociación en estudiantes de escuela elemental y superior al igual que con altos puntajes de disociación por medio de auto-reportes. Por último, Lyons-Ruth et al. (2006) encontraron que la desorganización en la infancia contribuye significativamente a la aparición de síntomas disociativos a la edad de 19 años.

No tan solo, como se ha presentado previamente, el apego inseguro-desorganizado ha sido asociado al desarrollo de psicopatologías, entre ellas el estado frecuente de episodios disociativos, sino que también se ha encontrado que durante la adultez este estilo de apego ha estado asociado con dificultades en las relaciones interpersonales. Específicamente, adultos pudieran presentar dilemas de cercanía y lejanía al relacionarse (Hollidge & Hollidge, 2016). Estos autores plantearon que las personas se ven obstaculizados por problemas en metacognición y se ven divididos entre la necesidad de conexión y el miedo que estos actos les evoca. Poder utilizar las conexiones en relaciones sociales como una manera de alcanzar seguridad se percibe como amenazante (Cassidy & Mohr, 2001). Como resultado, se desarrollan estilos relacionales rígidos e inflexibles, sin poder entender sus procesos mentales. Las personas en la adultez con un estilo de apego inseguro-desorganizado se encuentran así mismas en el intento constante de encontrar seguridad evocando estrategias de control auto-destructivas como lo son las defensas disociativas, auto-medicación y auto-laceraciones (Holmes, 2004). En este sentido, la disociación se utiliza como recurso para atenuar emociones y experiencias abrumadoras. Cabe resaltar que, aunque cumple con los objetivos de protección, las experiencias disociativas no

permiten confrontar el trauma relacional que afecta las relaciones en la adultez.

Al momento en las investigaciones de apego no se encuentran estudios empíricos que aporten evidencia a un modelo teórico donde se muestre que el apego inseguro-desorganizado medie la relación entre experiencias adversas o trauma en la niñez y los síntomas disociativos en la etapa adulta. Paetzold et al. (2017) realizaron un análisis bayesiano de la relación entre el apego inseguro-desorganizado en la adultez y los síntomas disociativos incorporando en su análisis el abuso concurrente por parte de la pareja para ver si tiene la capacidad de aumentar o disminuir la desorganización de personas en la adultez. Los autores del estudio encontraron una interacción entre abuso por parte de la pareja y los niveles de desorganización de los participantes en el estudio. Sook-Kong et al. (2018) realizaron un estudio para validar empíricamente un modelo teórico de variables donde se proponía al apego inseguro como variable mediadora en la relación entre trauma en la niñez y disociación en la adultez. Los investigadores encontraron que a mayor trauma en la niñez mayor disociación en la adultez, y esta relación es mediada completamente por el apego inseguro ansioso.

Tomando en consideración que la literatura reporta el efecto mediador entre un tipo de apego inseguro y el maltrato en la niñez y la disociación en la adultez, se propone este estudio para poder evidenciar que el apego inseguro-desorganizado media la relación entre trauma en la niñez y disociación en la adultez aún más que el apego ansioso, ya que el apego inseguro-desorganizado se considera una categoría de apego inseguro de mayor severidad. El propósito del estudio es investigar en una muestra de comunidad los siguientes objetivos específicos: (1) Examinar la relación de las distintas formas de trauma en la niñez (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional y negligencia física) con el apego inseguro-desorganizado en la adultez y la disociación; (2) Identificar qué formas de maltrato en la niñez relacionadas con el componente emocional son las que están más relacionadas con el apego inseguro-desorganizado en la adultez; (3) Explorar el apego inseguro-desorganizado como variable mediadora en la relación entre las distintas formas de maltrato en la niñez y la disociación en la adultez.

Main y Solomon (1990) sugirieron que la exposición a trauma en la niñez en conjunto con una figura de apego que no brinde apoyo emocional lleva al desarrollo de modelos incoherentes de sí mismo y de las figuras de apego predisponiendo a estas personas a disociarse al exponerse a traumas posteriores. Es por esto por lo que se hipotetiza, además que, dentro de las diferentes manifestaciones de maltrato en la niñez, la no disponibilidad emocional por parte de las personas cuidadoras tiene un efecto mayor en la producción de sintomatología disociativa sobre otras categorías de abuso.

Las hipótesis que se plantean en este estudio son las siguientes: *H1*: Existe una correlación positiva y significativa entre las puntuaciones de trauma en la niñez y las puntuaciones del apego inseguro-desorganizado en las personas durante el periodo de la adultez; *H2*: Existe una correlación positiva y significativa entre las puntuaciones de trauma en la niñez y los síntomas disociativos; *H3*: Existe una correlación positiva y significativa entre las puntuaciones de apego inseguro-desorganizado en la adultez y los síntomas disociativos; *H4*: Existe una correlación positiva y significativa mayor entre la puntuación de negligencia emocional y las puntuaciones del Apego Inseguro-Desorganizado en Adultos en comparación con las otras formas de maltrato en la niñez; y por último, *H5*: La relación entre el maltrato en la niñez y los síntomas disociativos en la adultez está mediada por el apego inseguro-desorganizado.

## MÉTODO

### Diseño de Investigación

Se utilizó un diseño no experimental de alcance correlacional transversal donde se administraron cuestionarios de tipo auto-reporte para medir diferentes variables (Creswell, 2018). En este estudio las variables de resultados a medir fueron los síntomas disociativos, tomando en consideración las variables de las distintas manifestaciones de trauma en la niñez como predictores del modelo y la variable mediadora de apego inseguro-desorganizado.

### Participantes

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: (1) personas con 21 años o más que estuvieron dispuestos a participar de manera voluntaria en el estudio; (2) estar en una relación de pareja en la actualidad o



haber estado en una relación de pareja los últimos 24 meses; (3) saber leer y escribir en el idioma español, ya que es el idioma que los instrumentos fueron contruidos; (4) tener acceso a una computadora y conexión a internet. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: (1) Se excluirán aquellas personas que no hayan experimentado estar en una relación de pareja al momento de su participación en el estudio o que su última relación de pareja haya sido hace más de 24 meses y (2) Personas que presenten dificultad en leer en el idioma español, ya que la participación implica contestar instrumentos contruidos en dicho idioma

**Tabla 1**  
*Datos Sociodemográficos*

	<i>f</i>	%
<b>Género</b>		
Masculino	23	21.10
Femenino	82	75.23
Sin contestar	4	3.67
<b>Sexo</b>		
Hombre	24	22.02
Mujer	81	74.31
Sin contestar	4	3.67
<b>País de Nacimiento</b>		
Puerto Rico	98	89.91
Estados Unidos	6	5.50
República Dominicana	1	0.92
Sin contestar	4	3.67
<b>Estado Civil</b>		
Soltero/a	47	43.12
Casado/a	27	24.77
Convivencia	27	24.77
Divorciado/a Separado/a	3	2.75
Otro (comprometida)	1	0.92
Sin contestar	4	3.67
<b>¿Se encuentra en la actualidad en una relación de pareja?</b>		
Sí	93	85.32
No	12	11.01
Sin contestar	4	3.67
<b>En los últimos 12 meses, ¿ha estado en una relación de pareja?</b>		
Sí	102	93.58
No	3	2.75
Sin contestar	4	3.67
<b>¿Con quién vives?</b>		
Padres	21	19.27

Compañero/a o Esposo/a	65	59.63
Solo/a	15	13.76
Familiar	1	0.92
Otro (voluntariado, hijos, housemate, madre y pareja)	3	2.75
Sin contestar	4	3.67
<b>Grado Académico</b>		
Escuela Superior	3	2.75
Grado Asociado	5	4.59
Bachillerato	36	33.03
Maestría	28	25.69
Doctorado	31	28.44
Otro	2	1.83
Sin contestar	4	3.67
<b>¿Trabajas en la actualidad?</b>		
Sí	78	71.56
No	27	24.77
Sin contestar	4	3.67
<b>¿Sufrió alguna experiencia de maltrato en la niñez o adolescencia?</b>		
Sí	38	34.86
No	67	61.47
Sin contestar	4	3.67
<b>¿Actualmente está recibiendo algún servicio de salud mental?</b>		
Sí	28	25.69
No	77	70.64
Sin contestar	4	3.67
<b>¿Ha recibido servicios de salud mental en el pasado?</b>		
Sí	57	52.29
No	48	44.04
Sin contestar	4	3.67
<b>¿Padece usted alguna condición crónica de salud?</b>		
Sí	12	11.01
No	93	85.32
Sin contestar	4	3.67
<b>¿Se considera usted pobre?</b>		
Sí	12	11.01
No	93	85.32
Sin contestar	4	3.67
<b>¿Considera usted que vive de cheque en cheque?</b>		
Sí	41	37.61
No	64	58.72
Sin contestar	4	3.67

La muestra estuvo compuesta por 109 personas adultas entre las edades de 21 a 55 ( $M = 31.36$ ,  $DE = 7.27$ ). La mayoría de las personas que participaron fueron personas auto identificadas como mujeres (74.31%,  $n = 81$ ). El pueblo de residencia con mayor participación fue San Juan (21.10%,  $n = 23$ ), seguido por Bayamón (8.04%,  $n = 9$ ), Guaynabo (6.25%,  $n = 7$ ) y Gurabo (6.25%,  $n = 7$ ). En general, se obtuvo participación de personas de 32 pueblos distintos de Puerto Rico. En cuanto al país de nacimiento, la mayoría reportó haber nacido en Puerto Rico (89.91%,  $n = 98$ ), seguido por Estados Unidos (5.36%,  $n = 6$ ) y España (1.79%,  $n = 2$ ) (Ver Tabla 1). Se exploró con las personas participantes si actualmente se encontraban en una relación de pareja a lo que la mayoría respondió que sí (85.32%,  $n = 93$ ). Mientras, un 93.58%, reportó haber estado en una relación de pareja en los últimos 12 meses. Cabe aclarar que las personas que respondieron que no se encontraban en una relación de pareja actual, respondieron que sí habían estado en una relación de pareja durante los últimos 12 meses. Esto es importante pues era uno de los criterios de inclusión y exclusión del estudio. Respecto al estatus civil, casi la mitad de las personas participantes reportaron estar solteras (43.12%,  $n = 47$ ), mientras que un 59.63%, indicó convivir con su pareja. En cuanto a la escolaridad, una tercera parte de la muestra reportó contar con un grado académico de bachillerato o licenciatura (33.03%,  $n = 36$ ). Mientras que, a nivel laboral, el 71.56% señaló contar con un trabajo. Entre las profesiones reportadas se resaltan las siguientes: psicólogos, trabajadores sociales, ingenieros, maestros, entre otras.

Por otro lado, se les preguntó a las personas participantes si habían experimentado algún evento de maltrato en la niñez o en la adolescencia a lo que un poco más de la mitad de la muestra respondió que no (61.47%,  $n = 67$ ). Sin embargo, el 34.86% ( $n = 38$ ) indicó que sí experimentaron maltrato en su niñez o adolescencia. A las personas que respondieron que sí, se les pidió que indicaran su edad al momento en que ocurrió el evento de maltrato y se obtuvieron respuestas variadas que fluctuaron entre los tres años hasta 25 años. En cuanto a servicios de salud mental, un 25.69% de la muestra afirmó recibirlos. A continuación, se desglosan los tipos de servicios recibidos: psicológicos (68.75%,  $n = 22$ ), psiquiátricos (9.38%,  $n = 3$ ), ambos (21.88%,  $n = 7$ ). En cuanto a los diagnósticos de

salud mental reportados por la muestra, se encuentran Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, trastorno de ajuste, trastornos de ansiedad (e.g., ansiedad generalizada, ansiedad social, ansiedad por ajuste, trastorno obsesivo compulsivo), trastorno de depresión mayor, trastorno de personalidad limítrofe, distimia, entre otros. En la Tabla 1 se presentan los datos sociodemográficos obtenidos de la muestra.

### Instrumentos

**Hoja de Datos Sociodemográficos.** Es un breve cuestionario de 15 preguntas donde se recopiló información sociodemográfica relevante a los objetivos del estudio tales como: edad, género, municipio de residencia, país de nacimiento, estado civil, escolaridad, ocupación, si la persona estaba o no en alguna relación de pareja en la actualidad, periodo de duración de la relación de pareja, experiencias de maltrato en la niñez e información relacionada a condiciones de salud física y mental, así como servicios ofrecidos.

**Cuestionario de Trauma en la Niñez (CTN).** Es una escala de 28 reactivos (25 reactivos clínicos y 3 reactivos de validez) que explora cuán frecuente piensan las personas que experimentaron las cinco subcategorías de maltrato, cada una explorada a través de cinco reactivos: maltrato emocional, maltrato físico, maltrato sexual, negligencia emocional y negligencia física. El instrumento originalmente desarrollado por Bernstein y colaboradores (D. Bernstein et al., 1994). Para propósito de este estudio se utilizó la versión corta, traducida y validada al español (Hernández et al., 2013). En el CTN los reactivos se puntúan en una escala Likert de 5 puntos que va desde 1 (nunca cierto) a 5 (frecuentemente cierto). Los puntajes se suman entre las escalas obteniendo un rango posible de 28 a 125, donde puntuaciones altas indican una mayor frecuencia de maltrato en la niñez. La versión corta en el idioma inglés ha mostrado índices de consistencia interna que van desde 0.84 a 0.89 para abuso emocional, 0.81 a 0.86 para abuso físico, 0.92 a 0.95 para abuso sexual, 0.85 a 0.91 para negligencia emocional y 0.61 a 0.78 para negligencia física (D. P. Bernstein et al., 2003). La versión en español muestra índices de consistencia interna alfa de Cronbach que van desde 0.66 para negligencia emocional hasta 0.94 para abuso sexual (Hernández et al., 2013). Dado que al momento de realizar el estudio la escala no contaba

con propiedades psicométricas para la población residente en Puerto Rico, se calculó el alfa de Cronbach con la muestra de este estudio y se obtuvo un índice de  $\alpha = .87$ . Por último, el CTN es una prueba cuyos derechos de autor están bajo la compañía Pearson Inc. Por tanto, se obtuvo la licencia para su uso.

**Escala de Apego Desorganizado en Adultos (EADA).** El instrumento consta de 9 reactivos cada uno puntuado en una escala Likert de 7 puntos que van desde 1 (Totalmente en desacuerdo) a 7 (Totalmente de acuerdo). Las personas puntúan los reactivos basándose en sus relaciones en general, donde no se circunscriben sus respuestas a la relación actual. El alfa de Cronbach obtenido de la escala con una muestra de personas estadounidenses trabajadores fue de 0.91 (Paetzold et al., 2015). Para propósitos del presente estudio se tradujo, adaptó culturalmente y se examinó la consistencia interna de la EADA. La adaptación cultural de la escala se llevó a cabo utilizando el modelo de equivalencia cultural para la traducción y adaptación de instrumentos de Chávez y Canino (2005). Se obtuvo a su vez, la autorización formal de la autora de la escala para su uso y traducción al español. La Escala de Apego Desorganizado Adulto obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de  $\alpha = .77$ .

**Escala de Experiencias Disociativas (EED).** Es un cuestionario autoadministrable que consta de 28 reactivos que permiten medir el grado sintomatología disociativa, tanto en población clínica como no clínica. Originalmente desarrollado por E. Bernstein & Putnam (1986) y traducida al español en una muestra puertorriqueña por Martínez-Taboas en el (1995). El instrumento posee reactivos sobre los cinco síntomas disociativos (amnesia, despersonalización, desrealización, alteración de la identidad e identidad disociativa). En un estudio realizado por Martínez-Taboas y Bernal (2000) con una muestra de 198 estudiantes subgraduados en Puerto Rico se obtuvo un alfa de Cronbach de .93.

### Procedimientos Generales

La muestra fue seleccionada de manera no probabilística, intencional y por disponibilidad luego de obtener la aprobación del Comité de Ética para la Investigación (IRB, en sus siglas en inglés) y la autorización de las diferentes autorías para el uso de las escalas. El uso del Cuestionario de Trauma en la niñez versión corta fue autorizado por la compañía

Pearson. En el caso de la Escala de Apego Desorganizado se solicitó autorización a la Dra. Ramona Paetzold. Por último, para la Escala de Experiencias Disociativas se solicitó autorización al Dr. Alfonso Martínez Taboas. Se utilizó una hoja informativa (anuncio) invitando a potenciales participantes donde se les proveyó información sobre: el propósito del estudio, los criterios de inclusión y exclusión y, que la participación es voluntaria. Además, se ofreció información acerca de la duración aproximada que tomaría completar todas las medidas vinculadas al estudio, posibles riesgos (si alguno) y los beneficios de participar los cuales están vinculados a aportar al conocimiento científico sobre el tema y cómo informará la provisión de servicios a esta población. El anuncio contenía el enlace para poder acceder a los cuestionarios de la investigación. Una vez las personas aceptaron ser parte del estudio, completaron la Hoja de consentimiento informado, la Hoja de Datos Sociodemográficos, el Cuestionario de Trauma en la niñez, la Escala de Apego Inseguro-Desorganizado y la Escala de Experiencias Disociativas. Como parte de la fase de reclutamiento, el investigador distribuyó la hoja para la invitación a participar en el estudio a sus contactos de correo electrónico y en sus diferentes redes sociales. Además, el autor principal autorizó a personas o potenciales participantes que distribuyeran entre sus contactos el anuncio y la información de la investigación para fomentar la participación.

### Análisis de Datos

Para el análisis de los datos se utilizaron los programas IBM SPSS (v.27) y AMOS Graphics (v.27). En el programa IBM SPSS se realizaron análisis descriptivos y análisis de correlación Producto Momento de Pearson. Para las correlaciones se utilizó un nivel de significancia del 95% ( $p < .05$ ). En el programa AMOS Graphics se puso a prueba el modelo del análisis de sendero de mediación con ecuaciones estructurales propuesto en la hipótesis 5. Para evaluar las bondades de ajuste del modelo se utilizaron los índices de Chi-cuadrado, el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), y la raíz estandarizada media cuadrada residual (SRMR). Valores de RMSEA menores de .08 a .05 indican un buen ajuste, y valores de SRMR menores de .08 son indicativos de un buen ajuste (Browne & Cudeck, 1992). También, se utilizó el índice comparativo de ajuste (CFI) y el índice Tucker Lewis (TLI). Para estos índices los valores iguales o

mayores de .90 indican un buen ajuste en el modelo (Hu & Bentler, 1999). Para probar la significancia del efecto indirecto del análisis de mediación, se estará llevando a cabo método percentil con corrección de sesgo de 1000 muestras *bootstrap* para calcular los intervalos de confianza de los efectos indirectos (Cheung & Lau, 2008).

## RESULTADOS

La primera hipótesis de esta investigación indicaba que se iba a observar una correlación positiva y significativa entre las puntuaciones de trauma en la niñez y las puntuaciones del apego inseguro-desorganizado en las personas adultas. Para poner a prueba esta hipótesis, se utilizó un análisis de correlación Producto Momento de Pearson (ver Tabla 2). Se observaron relaciones positivas y significativas entre abuso emocional y apego inseguro-desorganizado ( $r = .36, p < .001$ ), entre negligencia emocional y apego inseguro-desorganizado ( $r = .32, p < .001$ ), y entre negligencia física y apego inseguro-desorganizado ( $r = .25, p = .01$ ). Sin embargo, no se observaron relaciones significativas entre abuso físico y apego inseguro-desorganizado ( $r = .16, p = .09$ ) y entre abuso sexual ( $r = .12, p = .19$ ). Por otro lado, se evaluó la relación entre la puntuación global de trauma en la niñez y el apego inseguro-desorganizado y se encontró una relación moderada baja (Champion, 1981) entre las variables ( $r = .27, p < .01$ ). Ante los resultados obtenidos se rechaza la hipótesis nula que establecía que no existe correlación positiva y significativa entre las puntuaciones de trauma en la niñez y las puntuaciones del apego inseguro-desorganizado en las personas adultas.

La segunda hipótesis indicaba una correlación positiva y significativa entre las puntuaciones de trauma en la niñez y los síntomas disociativos. Para poner a prueba esta hipótesis, se realizaron análisis de correlación Producto Momento de Pearson (ver Tabla 2). Entre los resultados obtenidos, se observaron correlaciones positivas moderadas-bajas y moderadas-altas; todas estadísticamente significativas. Se pudo observar una correlación positiva moderada-alta y significativa entre abuso emocional y síntomas disociativos ( $r = .52, p < .001$ ), así como correlaciones positivas moderada-bajas y estadísticamente significativas entre abuso físico y síntomas disociativos ( $r = .29, p < .01$ ), abuso sexual y síntomas disociativos ( $r = .32, p < .001$ ), negligencia emocional y síntomas disociativos ( $r = .35, p < .001$ ), y negligencia física y síntomas disociativos ( $r = .42, p < .001$ ). Además, se evaluó la relación entre la puntuación global de trauma en la niñez y los síntomas disociativos y se encontró una correlación moderada-baja entre las variables ( $r = .48, p < .001$ ). Ante los resultados obtenidos, se procede a rechazar la hipótesis nula.

La tercera hipótesis establecía una correlación positiva y significativa entre las puntuaciones de apego inseguro-desorganizado en la adultez y los síntomas disociativos. Para poner a prueba esta hipótesis, se realizó un análisis de correlación Producto Momento de Pearson. Los resultados obtenidos evidencian una relación positiva moderada-baja y estadísticamente significativa entre el apego inseguro-desorganizado y los síntomas disociativos ( $r = .48, p < .001$ ). Este resultado permite que se proceda a rechazar la hipótesis nula. La Tabla 2 presenta todos los coeficientes de correlación entre las medidas.

**Tabla 2**

*Correlaciones entre formas de maltrato en la niñez, apego inseguro-desorganizado y experiencias disociativas*

	1	2	3	4	5	6	7
1. Apego Desorganizado	--						
2. Abuso Emocional	.36***	--					
3. Abuso Físico	.16 <sup>ns</sup>	.63***	--				
4. Abuso Sexual	.12 <sup>ns</sup>	.36***	.39***	--			
5. Negligencia Emocional	.32***	.77***	.56***	.27**	--		
6. Negligencia Física	.25**	.69***	.59***	.48***	.68***	--	
7. Maltrato en la Niñez (Global)	.27**	.84***	.80***	.69***	.75***	.83***	--
8. Experiencias Disociativas	.48***	.52***	.29**	.32***	.35***	.42***	.48***

*Nota.* \*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; <sup>ns</sup> = no significativo (dos colas).



La cuarta hipótesis proponía la existencia de una correlación positiva y significativa entre la puntuación de negligencia emocional y las puntuaciones de apego inseguro-desorganizado en adultos en comparación con las otras formas de maltrato en la niñez. Al comparar los coeficientes de correlación obtenidos, se pudo observar que la relación entre negligencia emocional y apego inseguro-desorganizado ( $r = .32, p < .001$ ) fue mayor que las demás formas de maltrato (abuso físico, abuso sexual, y negligencia física) menos entre abuso emocional y apego inseguro-desorganizado ( $r = .36, p < .001$ ). Sin embargo, al realizar un análisis de prueba z para comparar los dos coeficientes de correlación se pudo observar que no hay diferencias estadísticamente significativas entre ambos coeficientes,  $Z = -0.16, p = .87$ . Ante los resultados obtenidos se procede a aceptar la hipótesis nula.

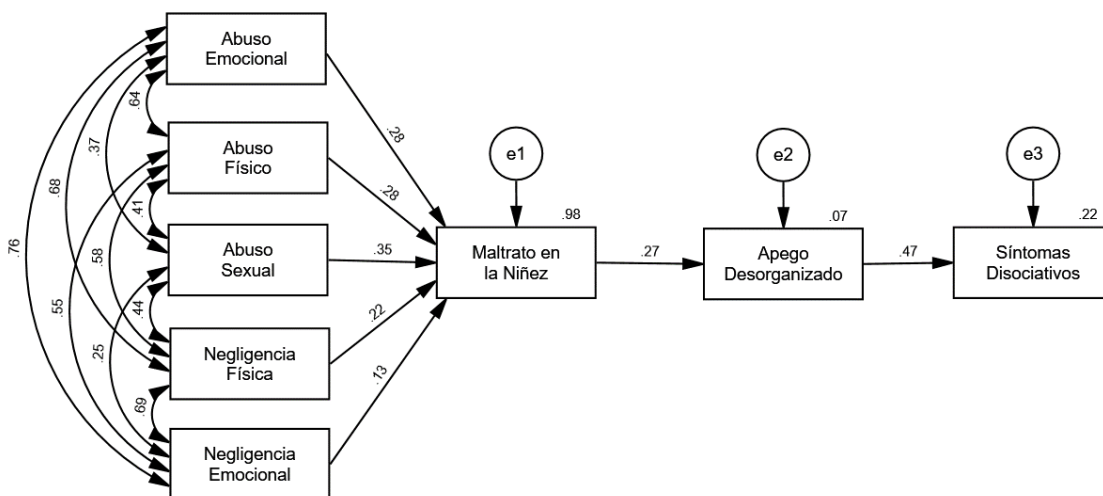
La quinta y última hipótesis establecía que la relación entre el maltrato en la niñez y los síntomas disociativos en la adultez iba a estar mediada por el apego inseguro-desorganizado. Para poner a prueba esta hipótesis, se realizó un análisis de sendero de mediación con ecuaciones estructurales. Las bondades de ajuste del modelo fueron adecuadas para el CFI (.96) y el TLI (.90), pero no para el RMSEA (.15,  $p < .001$ , 95% IC [.10, .21]) y el SRMR (.13),  $\chi^2(11) = 39.95, p < .001$ . Rigdon (1996) indica que para estudiar modelos de ecuaciones estructurales de forma exploratoria se puede utilizar la bondad de ajuste del CFI solamente, pero si se quiere examinar un modelo de forma

confirmatoria es importante que se cumpla el RMSEA. Esto significa que los resultados del análisis de sendero de mediación pueden ser interpretados manteniendo un contexto exploratorio y precaución en la discusión de los hallazgos.

En cuanto a los efectos totales estandarizados, se pudo observar en el modelo que todas las formas de maltrato (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia física y negligencia emocional) predicen adecuada y significativamente al maltrato en la niñez (medida global) y explican un 98% de su varianza. El maltrato en la niñez (medida global) predijo significativamente al apego inseguro-desorganizado ( $b = .27, p < .001$ ) explicando un 7% del apego inseguro-desorganizado. Asimismo, el apego inseguro-desorganizado predijo significativamente a los síntomas disociativos ( $b = .47, p < .001$ ) explicando un 22% de los síntomas disociativos. En cuanto al efecto indirecto del apego inseguro-desorganizado en la relación entre las formas de maltrato en la niñez y los síntomas disociativos, se encontró que fue significativo ( $b = .13, p < .05$ , 95% IC [.007, .306]). Este hallazgo es indicativo de que el apego inseguro-desorganizado media la relación entre el maltrato en la niñez y los síntomas disociativos en la muestra bajo estudio. Todos los coeficientes del modelo fueron estadísticamente significativos. Ante los resultados obtenidos, se procede a rechazar la hipótesis nula. En la Figura 1 se muestra el modelo de mediación.

**Figura 1**

*Modelo de Análisis de Sendero con Mediación*



## DISCUSIÓN

En esta investigación se buscaba examinar la relación de las distintas formas de maltrato en la niñez con el apego inseguro-desorganizado en la adultez y la disociación. De igual forma, explorar el efecto mediador del apego inseguro-desorganizado entre el maltrato en la niñez y los síntomas disociativos en personas adultas residentes en Puerto Rico. En primer lugar, se encontró una correlación significativa entre el trauma en la niñez y los síntomas disociativos, así como una correlación positiva y todas estadísticamente significativas entre los subtipos de maltrato. Estos resultados coinciden con resultados de estudios epidemiológicos realizados en Puerto Rico donde se encontró en una muestra de 891 jóvenes de 11 a 17 años, que del 4.9% que experimentaban síntomas disociativos, el 98% presentó experiencias de trauma o victimización en la etapa de la niñez (Martínez-Taboas et al., 2006). Martínez-Taboas et al. (2006) encontraron que las formas de maltrato que estaban más relacionadas con disociación patológica lo fue el abuso físico y la exposición a violencia. Igualmente, los autores encontraron que una relación positiva y significativa para la variable de abuso físico con los síntomas disociativos. Este resultado contrasta con lo obtenido en este estudio donde el tipo de abuso con la relación más alta con los síntomas disociativos lo fue el abuso emocional. Este resultado pudiese estar relacionado con la etapa de desarrollo en la que se recopila el dato del historial de trauma. El estudio de Martínez-Taboas et al. (2006) encuesta a menores con relación a sus experiencias de trauma y este estudio utiliza una medida retrospectiva en personas adultas. Las personas adultas pudiesen tener mayor introspección y conciencia a la hora de discernir que lo que experimentaron en su niñez fue abuso emocional, contrario a personas más jóvenes donde el abuso físico puede ser más palpable y significativo, por lo cual incide en el proceso de reporte de los datos. De igual forma en el estudio de Martínez-Taboas y Bernal (2000) encontraron en una muestra no clínica de 198 estudiantes puertorriqueños de nivel subgraduado que las personas con historial frecuente y severo de experiencias traumáticas estaban más propensas a puntuar más alto en la escala que midió las experiencias disociativas. Los resultados de ese estudio son congruentes a los encontrados en este estudio, donde en una muestra no clínica de personas adultas

de la comunidad se confirma la conexión de historial de trauma en la niñez y disociación en la adultez.

De los resultados obtenidos se puede observar que negligencia emocional ( $r = .33, p < .001$ ) y abuso emocional ( $r = .35, p < .001$ ) fueron los dos subtipos de maltrato con la relación más fuerte con el apego inseguro-desorganizado en comparación con las otras formas de maltrato. Estos resultados van a la par con los hallazgos del estudio de Main y Solomon (1990) donde sugieren que exposición a trauma en la niñez en conjunto con una figura de apego que no brinde apoyo emocional lleva al desarrollo de modelos internos de trabajo incoherente de sí mismo y de las figuras de apego predisponiendo a los individuos a disociarse en etapas posteriores (Kong et al., 2018). En términos de la explicación de estos hallazgos a la luz de las dinámicas relacionales de apego, se puede inferir que, las formas de maltrato que están relacionadas con el componente emocional conectan directamente con los factores que inciden sobre la percepción de seguridad y protección de los menores ante situaciones angustiantes por parte de sus cuidadores. Más importante aún, las formas de maltrato vinculadas con el componente emocional se relacionan más con la percepción de miedo del menor ante sus figuras parentales (Granqvist et al., 2017).

Como afirma Granqvist et al., (2017) el apego inseguro-desorganizado es más común en menores que han pasado por experiencias de maltrato, sin embargo, una cantidad substancial de menores que muestran conductas desorganizadas no han sido maltratados y de igual forma, no todos los menores que han sido maltratados exhiben conductas desorganizadas. Esto se explica debido a que hay otras rutas por las que se pueden presentar las conductas desorganizadas, las cuales son, conductas atemorizantes y conductas parentales disociativas comunes en cuidadores que batallan con pérdidas o traumas no resueltos. En este escenario, las conductas parentales que generan miedo y percepción de no disponibilidad emocional para sus menores, promueven el desarrollo de un estilo de apego inseguro-desorganizado sin necesariamente presentarse un maltrato deliberado por parte de los cuidadores. Este planteamiento apoya los resultados obtenidos y la línea de análisis de mayor relación de las variables de maltrato emocional con el apego inseguro-desorganizado en sí.

Podríamos mencionar que las demás formas de maltrato, tienen menos correlación con el apego inseguro-desorganizado debido a que no inciden directamente sobre el elemento de seguridad y protección y más importante aún, sobre el sentimiento de miedo. Este planteamiento explica los hallazgos de este estudio donde no se encontraron relaciones significativas entre los subtipos de maltrato de abuso físico ( $r = .16$ ,  $p = .09$ ) y abuso sexual ( $r = .13$ ,  $p = .19$ ),

Por otro lado, sobre los efectos mediadores del apego inseguro-desorganizado entre el trauma en la niñez y los síntomas disociativos, se obtuvo una validez en carácter exploratorio de los efectos mediadores entre todas las formas de maltrato estudiadas. Esta validez de ajuste exploratorio del modelo con los datos obtenidos puede estar relacionado con la cantidad de muestra del estudio. El estudio de Kong et al. (2018) plantea a las variables de apego inseguras, apego ansioso y evitativo, como mediadoras de la relación entre maltrato en la niñez y síntomas disociativos. En dicho estudio se encontró que mayor incidencia de maltrato en la niñez está relacionada con mayor disociación y esta relación está mediada en su totalidad por la categoría de apego ansioso. A pesar de que la muestra recopilada ( $n=115$ ) no se aparta a la de nuestro estudio ( $n=109$ ), los autores evaluaron apego inseguro-desorganizado en una muestra clínica. La literatura sugiere que hay mayor incidencia de apego inseguro-desorganizado y de sintomatología disociativa en muestras clínicas (Paetzold et al., 2017). Por lo cual, aumentar el tamaño de la muestra y utilizar una muestra clínica puede ayudar a que se pueda establecer una validez confirmatoria del modelo mediacional planteado respecto a los datos obtenidos. En términos del modelo de mediación propuesto basándonos en los resultados obtenidos, se identifica que se pueden realizar algunos ajustes para fortalecer el modelo propuesto en este estudio.

### **Limitaciones y recomendaciones para futuras investigaciones**

Este estudio presenta varias limitaciones. Estas incluyen tanto el tamaño como el recogido de la muestra el cual fue por disponibilidad. Se recomienda un estudio que incluya una cantidad mayor de participantes. Además, la literatura plantea que mayores niveles de apego inseguro-desorganizado pueden observarse con mayor frecuencia en muestras clínicas,

por lo que se recomienda incorporar una muestra clínica. De esta forma se podría fortalecer los resultados de efectos de mediación obtenidos y contar con resultados generalizables. Otra de las limitaciones que se pueden mencionar es el asunto de deseabilidad social que se puede estar presente en los participantes a la hora de develar haber pasado por ciertas experiencias de maltrato, como puede ser reportar un abuso sexual. En este sentido, se recomienda para futuras investigaciones que se pueda incorporar una escala de deseabilidad social donde se puedan realizar correlaciones entre esta variable y los resultados obtenidos para las formas de maltrato que suelen vincularse con mayores dificultades para reportar. Cabe resaltar que nuestro estudio no contó con dicha escala por lo que no podemos confirmar ni rechazar si ciertos tipos de maltrato fueron omitidos o subreportados por parte de los participantes.

En efecto reafirmamos que este dato sería útil en futuros estudios para poder contar con más información al momento de examinar las relaciones que se reportan. Se sugiere que se puedan realizar estudios donde se plantee conceptualmente las demás categorías de apego inseguras como variables mediadoras con el objetivo de explorar el efecto indirecto de cada una de ellas y comparar los resultados obtenidos con los de este estudio. Esto sería de utilidad para aportar a la evidencia de cuáles variables de apego tienen mayor relación con la sintomatología disociativa. Como se mencionó anteriormente, el camino hacia el apego inseguro-desorganizado no es solamente a través de las experiencias de maltrato ya que hay otras rutas que tienen igual importancia para poder predecir que se desarrolle un apego o conductas desorganizadas. Por lo cual se recomienda que futuros estudios puedan considerar dichas variables en adición a las formas de maltrato, como lo pueden ser, por ejemplo, el sentimiento de miedo sobre su cuidador en las etapas de desarrollo.

Finalmente, a pesar de las limitaciones que se detallan, este estudio adelanta el conocimiento sobre las relaciones de las experiencias adversas en la niñez y su rol en la aparición de las conductas desorganizadas. Los resultados de este estudio y las líneas de análisis para investigación futura aportan al cúmulo de conocimiento de las variables que se deben de tomar en consideración al momento de establecer planes de tratamiento en la práctica. En específico, depurar el

rol de las variables de apego en la aparición y desarrollo de los síntomas disociativos ayuda a operacionalizar los aspectos que se deben tomar en consideración a la hora de seleccionar áreas de intervención. La posibilidad de formular tratamientos brindando atención a las áreas afectadas de personas con apegos inseguro-desorganizado puede ayudar a la efectividad de la intervención dirigida a atender sintomatología disociativa en personas con historial de experiencias de maltrato o adversas durante su niñez.

### Implicaciones clínicas

Los hallazgos de este estudio son importantes para la práctica clínica. En términos prácticos, es importante que profesionales clínicos en su proceso inicial de recopilación de datos puedan ser exhaustivos y profundicen si la persona a ser atendido presenta un historial de trauma debido a la relación positiva y significativa que se encontró entre la puntuación global de trauma y síntomas disociativos. De igual forma, es sumamente importante que se profundice en el tipo específico de maltrato que recibieron durante el periodo de la niñez ya que los niveles de desorganización y, por ende, de síntomas disociativos, varían de acuerdo al tipo de maltrato que experimentó el cliente. Para efectos del tratamiento, profesionales clínicos deben de tomar en consideración tomar medidas bases de las dinámicas de apego como lo es la medida de desorganización al comienzo del tratamiento ya que esto puede estar relacionado con el nivel de síntomas disociativos que se encuentra experimentando el cliente. De esta forma posicionar el apego como elemento central en el tratamiento en la meta de disminuir la sintomatología. En específico, exploración de las experiencias de las personas con figuras de apego durante la niñez para promover la sanación de las mismas, exploración de las experiencias interpersonales al inicio del tratamiento, promoción de experiencias correctivas sobre el sentimiento miedo en las relaciones interpersonales, cambios en los modelos internos de trabajo de sí mismo y de los demás y por último, que el profesional clínico pueda ofrecerle una alianza de trabajo terapéutico desde una base segura a la persona para que los sentimientos de miedo en las relaciones interpersonales no afecten la promoción del cambio ni la adherencia al tratamiento. Todo lo antes expuesto es aplicable desde los diferentes componentes medulares de los diferentes

tipos de tratamientos psicológicos basados en la evidencia disponibles en la actualidad.

### CONCLUSIÓN

En conclusión, las categorías de apego inseguras pueden ayudar a entender la conexión entre diferentes experiencias de maltrato en la niñez y los síntomas disociativos que se manifiestan en la etapa adulta. Por ende, a nivel clínico esto sugiere que se debe tomar en consideración el estado del apego del cliente con historial de trauma para lograr mayor disminución en su sintomatología. Esto se sustenta en lo que establece la evidencia científica de que las distintas dimensiones de apego median las respuestas individuales al trauma, y, por ende, a los síntomas disociativos.

**Financiamiento:** El estudio fue realizado por una combinación de ayuda económica del Centro Institucional para la Investigación Científica de la Universidad Albizu y de recursos propios de los investigadores.

**Agradecimientos:** Se agradece la aportación del Dr. Israel Sánchez Cardona y el Dr. Alfonso Martínez-Taboas por su guía y recomendaciones en los inicios de este estudio.

**Conflicto de Intereses:** No existen conflictos de intereses de parte de los autores de la investigación.

**Aprobación de la Junta Institucional para la Protección de Seres Humanos en la Investigación:** Comité Institucional para la Ética en la Investigación (IRB) de la Universidad Albizu, Recinto de San Juan.

**Consentimiento o Asentimiento Informado:** Toda persona que participó del estudio completó un consentimiento informado previo a su participación.

**Proceso de Revisión:** Este estudio ha sido revisado por pares externos en modalidad de doble ciego. El editor encargado del proceso de revisión fue Juan Aníbal González-Rivera.

### REFERENCIAS

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Erlbaum.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. In *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5th edition). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bernstein, D., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child



- abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132–1136. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169–190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Bernstein, E., & Putnam, F. (1986). Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727–735. <https://doi.org/10.1097/00005053-199504000-00008>
- Browne, M.W. and Cudeck, R. (1992) Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociological Methods and Research*, 21, 230-258. <https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>
- Carlson, E. A. (1998). A Prospective Longitudinal Study of Attachment Disorganization/Disorientation. *Child Development*, 69(4), 1107–1128. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06163.x>
- Carlson, E. A., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1311–1334. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990174>
- Cassidy, J., & Mohr, J. (2001). Unsolvable Fear, Trauma, and Psychopathology: Theory, Research, and Clinical Considerations Related to Disorganized Attachment Across the Life Span. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 275–298. <https://doi.org/10.1093/clipsy/8.3.275>
- Chavez, L. M., & Canino, G. (2005, April). *Toolkit on Translating and Adapting Instruments*. The Evaluation Center at Human Services Research Institute.
- Cheung, G. W., & Lau, R. S. (2008). Testing mediation and suppression effects of latent variables: Bootstrapping with structural equation models. *Organizational Research Methods*, 11(2), 296–325. <https://doi.org/10.1177/1094428107300343>
- Creswell, J. W. (2018). The selection of a research approach. In J. D. Creswell (Ed.), *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approach* (Fifth, pp. 49–50). essay, SAGE.
- De Bellis, M. (2001). Developmental traumatology: the psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology*, 13(3), 539–564. <https://doi.org/10.1017/s0954579401003078>
- Dell, P. F., & O'Neil, J. A. (2011). Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond. In *Dissociation and the Dissociative Disorders: DSM-V and Beyond* (pp. 1–864). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203893920>
- Dutra, L., Bureau, J.-F., Holmes, B., Lyubchik, A., & Lyons-Ruth, K. (2009). Quality of Early Care and Childhood Trauma. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(6), 383–390. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181a653b7>
- Francia-Martínez, M., de Torres, I. R., Alvarado, C. S., Martínez-Taboas, A., & Sayers, S. (2003). Dissociation, depression and trauma in psychiatric inpatients in Puerto Rico. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(4), 47–61. [https://doi.org/10.1300/j229v04n04\\_04](https://doi.org/10.1300/j229v04n04_04)
- Granqvist, P., Sroufe, L. A., Dozier, M., Hesse, E., Steele, M., Van Ijzendoorn, M., Solomon, J., Schuengel, C., Fearon, P., Bakermans-Kranenburg, M., Steele, H., Cassidy, J., Carlson, E., Maudigan, S., Jacobvitz, D., Foster, S., Behrens, K., Rifkin-Graboi, A., Gribneau, N., ... Duschinsky, R. (2017). Disorganized attachment in infancy: A review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attachment & Human Development*, 19(6), 534–558. <https://doi.org/10.1080/14616734.2017.1354040>
- Hernandez, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A. M., Labad, A., Valero, J., & Gutiérrez-Zotes, J. A. (2013). Initial Validation of the Spanish Childhood Trauma Questionnaire-Short Form. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(7), 1498–1518. <https://doi.org/10.1177/0886260512468240>
- Hesse, E., & Van Ijzendoorn, M. H. (1999). Propensities towards absorption are related to lapses in the monitoring of reasoning or discourse during the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, 1(1), 67–91. <https://doi.org/10.1080/14616739900134031>
- Hollidge, C. F., & Hollidge, E. O. (2016). Seeking Security in the Face of Fear: The Disorganized Dilemma. *Psychoanalytic Social Work*, 23(2), 130–144. <https://doi.org/10.1080/15228878.2016.1171789>
- Holmes, J. (2004). Disorganized attachment and borderline personality disorder: A clinical perspective. *Attachment & Human Development*, 6(2), 181–190. <https://doi.org/10.1080/14616730410001688202>
- Kobak, R., Zajac, K., & Madsen, S. D. (2016). Attachment Disruptions, Reparative Processes, and Psychopathology: Theoretical and Clinical Implications. In Jude Cassidy & Philip R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment, Third Edition: Theory, Research, and Clinical Applications*, 3, 25–39.
- Kong, S. S., Kang, D. R., Oh, M. J., & Kim, N. H. (2018). Attachment insecurity as a mediator of the relationship between childhood trauma and adult dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19(2), 214–231. <https://doi.org/10.1080/15299732.2017.1329772>
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 472–486. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.4.472>
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. R., & Bianchi, I. (2006). From Infant Attachment Disorganization to Adult Dissociation: Relational Adaptations or Traumatic Experiences? *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 63–86. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.011>
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex Publishing.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange

- Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121–160). The University of Chicago Press.
- Manzano-Mojica, J., Martínez-Taboas, A., Sayers-Montalvo, S. K., Cabiya, J. J., & Alicea-Rodríguez, L. E. (2012). Dissociation in sexually abused Puerto Rican children: A replication utilizing social workers as informers. *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(3), 330–344. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.641205>
- Martínez-Taboas, A. (1995). The use of the dissociative experiences scale in Puerto Rico. *Dissociation*, 8(1), 14–23.
- Martínez-Taboas, A., & Bernal, G. (2000). Dissociation, psychopathology, and abusive experiences in a nonclinical Latino university student group. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 6(1), 32–41. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.6.1.32>
- Martínez-Taboas, A., & Bernal, G. (2000). Dissociation, Psychopathology, and Abusive Experiences in a Nonclinical Latino University Student Group. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 6(1), 32–41. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.6.1.32>
- Martínez-Taboas, A., Shrout, P. E., Canino, G., Chavez, L. M., Ramírez, R., Bravo, M., Bauermeister, J. J., & Ribera, J. C. (2004). The Psychometric Properties of a shortened version of the Spanish adolescent dissociative experiences scale. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5(4), 33–54. [https://doi.org/10.1300/j229v05n04\\_03](https://doi.org/10.1300/j229v05n04_03)
- Martínez-Taboas, A., Canino, G., Wang, M. Q., García, P., & Bravo, M. (2006). Prevalence and victimization correlates of pathological dissociation in a community sample of Youths. *Journal of Traumatic Stress*, 19(4), 439–448. <https://doi.org/10.1002/jts.20144>
- Mercado, R., Martínez-Taboas, A., & Pedrosa, O. (2008). Childhood sexual abuse, eating disturbance and dissociation: A study in Puerto Rico. *Journal of Psychological Trauma*, 7(4), 298–309. <https://doi.org/10.1080/19322880802266821>
- Ogawa, J., Alan-Sroufe, L., Weinfield, N., Carlson, E., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9(4), 855–879. <https://doi.org/10.1017/S0954579497001478>
- Paetzold, R. L., Rholes, W. S., & Kohn, J. L. (2015). Disorganized Attachment in Adulthood: Theory, Measurement, and Implications for Romantic Relationships. *Review of General Psychology*, 19(2), 146–156. <https://doi.org/10.1037/gpr0000042>
- Paetzold, R. L., Steven Rholes, W., & Andrus, J. L. (2017). A Bayesian analysis of the link between adult disorganized attachment and dissociative symptoms. *Personality and Individual Differences*, 107, 17–22. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.11.031>
- Reyes-Pérez, C. D., Martínez-Taboas, A., & Ledesma-Amador, D. (2005). Dissociative experiences in children with abuse histories: A replication in Puerto Rico. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(1), 99–112. [https://doi.org/10.1300/j229v06n01\\_06](https://doi.org/10.1300/j229v06n01_06)
- Urrego Betancourt, Y., Gaitán Rodríguez, N. A., & Umbarila Forero, D. A. (2016). Relación entre el tipo de Apego y la Conducta de Infidelidad en Adultos Jóvenes. *Revista de Psicología*, 12(24), 41–54. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/6146>
- Vismara, L., Lucarelli, L., & Sechi, C. (2022). Attachment style and mental health during the later stages of COVID-19 pandemic: the mediation role of loneliness and COVID-19 anxiety. *BMC Psychology*, 10(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00767-y>



Obra bajo licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).  
© 2023 Autores.