



Universitat de Lleida

El maltractament a la infància: efectes en el risc a experiències psicòtiques i a la revictimització per violència de gènere

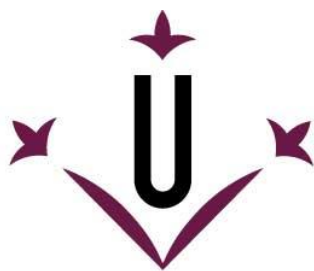
Ainoa Camarasa Tamargo

<http://hdl.handle.net/10803/692363>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



Universitat de Lleida

TESI DOCTORAL

**EL MALTRACTAMENT A LA INFÀNCIA:
EFECTES EN EL RISC A EXPERIÈNCIES
PSICÒTIQUES I A LA REVICTIMITZACIÓ
PER VIOLÈNCIA DE GÈNERE**

Ainoa Camarasa Tamargo

Memòria presentada per optar al grau de Doctor

per la Universitat de Lleida

Programa de Doctorat en Educació, Societat i Qualitat de Vida

2024

Directors

Jaume March Llanes

Jorge Moya Higuera

Tutor

Jaume March Llanes

“La veritable força no és l'absència de la por, sinó la capacitat d'enfrontar-la. En cada adversitat sortirà a la llum una virtut, que en les teves mans romandrà l'oportunitat de poder-la utilitzar correctament”.

Agraïments

En primer lloc, vull agrair al Jorge com a director, l'acompanyament de tot el procés d'aquesta tesi Doctoral, la guia en la seva elaboració i suport en tots aquests anys, ja que sempre m'ha ajudat a superar els obstacles que em trobat per arribar a la meva fita. També vull fer menció del Jaume el meu tutor i director, per aportar-me assessorament i coneixements en estadística. I a tots els companys del grup d'investigació NeuroPGA: sobretot a Zaka i Yolanda per les seves participacions.

Vull agrair la participació de totes les dones avaluades en el primer estudi, per invertir el seu temps en aquest projecte tot i que estiguessin passant per un moment difícil en la seva vida. Especialment, vull agrair a l'oficina del departament de justícia de Catalunya la facilitació de les participants i la implicació en explicar-los els procediments de la investigació per la seva posterior citació voluntària en el centre i l'aprovació de l'estudi per part del comitè ètic de la Universitat de Lleida (CEI-1823).

També voldria agrair la participació de tots els estudiants universitaris que van cedir el seu temps altruísticament per realitzar el segon estudi i especialment a la Universitat de Lleida per donar-nos el vistiplau de poder realitzar formularis via "online".

Finalment, donar les gràcies a la meva família pel suport econòmic i emocional que m'han donat tots aquests anys per poder acabar la meva tesi, en especial als meus pares Josep Maria i Mari Carmen.

I a tots els meus amics, per donar-me motivació dia a dia i suport en tot moment, sempre recordant-me la importància de la felicitat en el procés i no en els resultats finals.

TAULA DE CONTINGUTS

| | |
|--|----|
| RESUM | 1 |
| 1. INTRODUCCIÓ..... | 4 |
| 1.2 Prevalença del Maltractament..... | 6 |
| 2. MARC TEÒRIC..... | 9 |
| 2.1 La perspectiva de la psicopatologia del desenvolupament | 10 |
| 2.2 Conseqüències cerebrals del maltractament..... | 12 |
| 2.2.1 <i>Hipocamp</i> | 12 |
| 2.2.2 <i>Amígdala</i> | 13 |
| 2.2.3 <i>El Cos Callós</i> | 14 |
| 2.2.4 <i>Vermis cerebel·lós</i> | 14 |
| 2.2.5 <i>L'escorça prefrontal</i> | 15 |
| 2.2.6 <i>L'eix HPA</i> | 16 |
| 2.3 Conseqüències psicològiques del maltractament..... | 18 |
| 2.3.1 <i>Maltractament físic</i> | 20 |
| 2.3.2 <i>Maltractament Emocional</i> | 21 |
| 2.3.3 <i>Maltractament Sexual</i> | 22 |
| 2.3.4 <i>Negligència i abandó</i> | 22 |
| 2.4 Interacció amb altres experiències vitals..... | 24 |
| 3. OBJECTIUS I HIPÒTESIS..... | 27 |
| 3.1 Objectius i hipòtesis | 28 |
| 3.1.1 <i>Objectiu</i> | 28 |
| 3.1.2 <i>Hipòtesis</i> | 28 |
| 3.2 Objectiu i hipòtesis dels estudis que confronten la tesi | 28 |
| 3.2.1 <i>Objectiu i hipòtesis de l'estudi 1</i> | 28 |
| 3.2.2 <i>Objectiu i hipòtesis de l'estudi 2</i> | 29 |
| 4. MARC EXPERIMENTAL..... | 30 |

| | |
|---|-----|
| 4.1 Estudi 1. Rol de mediació dels esdeveniments vitals estressants i els estils d'afrontament entre trauma infantil i experiències psicòtiques en població no clínica..... | 33 |
| 4.2 Estudi 2. Maltractament en la infància, trets patològics de la personalitat i la seva relació amb la revictimització en dones víctimes de violència de gènere..... | 58 |
| 5. DISCUSSIÓ GENERAL..... | 81 |
| 5.1 Discussió general..... | 82 |
| 5.2 Limitacions | 89 |
| 5.3 Implicacions clíniques..... | 89 |
| 5.4 Investigacions futures | 90 |
| 6. CONCLUSIÓ FINAL | 91 |
| 7. REFERENCIES..... | 93 |
| 8. ANNEXOS | 126 |

ÍNDIX DE TAULES

ESTUDI 1

Taula 1. *Correlacions entre les variables estudiades, mitjanes i desviacions típiques.* 45

Taula 2. *Regressions lineals.* 48

Taula 3. *Bondat d'ajust dels diferents models d'anàlisi de vies.* 50

ESTUDI 2

Taula 1. *Característiques sociodemogràfiques de la mostra d' estudi.* 69

Taula 2. *Percentatges d'enquestades de puntuacions moderades i/o severes en el maltractament infantil i per sobre d'1 dt en les dimensions i trets de personalitat patològics.* 70

Taula 3. *Regressions logístiques del maltractament en la infància i de les dimensions patològiques de la personalitat com a predictors de la revictimització.* 72

ÍNDEX DE FIGURES

INTRODUCCIÓ I DISCUSSIÓ GENERAL

- Figura 1.** *Casos de Maltractament detectats per cada tipologia* 7
- Figura 2.** *Tipologia del maltractament en funció de l'edat* 8
- Figura 3.** *Estudis que conformen aquesta tesis doctoral i la relació entre si.* 31

ESTUDI 1

- Figura 1.** *Anàlisi de vies amb trauma total com a variable independent* 50
- Figura 2.** *Anàlisi de vies amb abús total i negligència total com a variables independents* 51
- Figura 3.** *Anàlisi de vies amb les variables independents específiques d'abús i negligència* 52

ANNEXOS

- Figura 1.** *Consentiment informat* 127
- Figura 2.** *Quadern de recollida de dades* 129

RESUM

Les experiències vitals estressants i les vivències traumàtiques associades al maltractament, augmenten la probabilitat de desenvolupar pertorbacions en la salut de les persones, particularment trastorns crònics. Diferents factors de risc i resiliència modulen aquesta relació. L'objectiu d'aquesta tesi doctoral va ser observar com es relacionen aquests factors amb altres variables com seria la revictimització i les experiències psicòtiques en diferents grups. D'aquesta manera es va poder explorar els factors individuals i es va veure com aquests modulaven altres com la personalitat o els estils d'afrontament. En *l'estudi 1* l'objectiu va ser conèixer millor el mecanisme pel qual el trauma impacta sobre les experiències de tipus psicòtic en població no clínica. Es va estudiar el rol mediador de factors psicosocials de risc, esdeveniments vitals estressants recents i estils d'afrontament, en la relació entre trauma i experiències psicòtiques. La mostra va ser formada per 292 estudiants universitaris (edat 18-28). En *l'estudi 2* es va investigar si el maltractament infantil i certs trets patològics de la personalitat es podien associar a un major risc de revictimització per múltiples parelles en dones víctimes de violència de gènere. 46 dones amb sentència ferma van ser contactades per via del Departament de Justícia de Catalunya. Tant el maltractament infantil, el perfeccionisme com a tret de personalitat, el trauma infantil, l'abús emocional i la negligència emocional s'associen a major revictimització. En la mateixa línia es mostrava que l'efecte del trauma sobre les experiències psicòtiques era donat tant directament com indirectament. Els resultats suggereixen la importància de treballar les estratègies per reduir l'estrès i el trauma, i millorar els mecanismes d'afrontament com a elements crucials per la prevenció i tractament.

Paraules clau: factors de riscs, maltractament infantil, trauma, experiències psicòtiques, esdeveniments vitals estressats, estils d'afrontament, mediació, trets patològics de personalitat, violència de gènere, múltiples parelles, revictimització.

RESUMEN

Las experiencias vitales estresantes y las vivencias traumáticas asociadas al maltrato, aumentan la probabilidad de desarrollar perturbaciones en la salud de las personas, particularmente trastornos crónicos. Diferentes factores de riesgo y resiliencia modulan esta relación. El objetivo de esta tesis doctoral fue observar cómo se relacionan estos factores con otras variables como sería la revictimización y las experiencias psicóticas en distintos grupos. De esta forma se pudo explorar los factores individuales y se vio cómo estos modulaban otros como la personalidad o los estilos de afrontamiento. En el *estudio 1*, el objetivo fue conocer mejor el mecanismo por el que el trauma impacta sobre las experiencias de tipo psicótico en población no clínica. Se estudió el rol mediador de factores psicosociales de riesgo, eventos vitales estresantes recientes y estilos de afrontamiento, en la relación entre trauma y experiencias psicóticas. La muestra fue formada por 292 estudiantes universitarios (edad 18-28). En el *estudio 2* se investigó si el maltrato infantil y ciertos rasgos patológicos de la personalidad podían asociarse a un mayor riesgo de revictimización por múltiples parejas en mujeres víctimas de violencia de género. 46 mujeres con sentencia firme fueron contactadas por vía del Departamento de Justicia de Catalunya. Tanto el maltrato infantil, el perfeccionismo como rasgo de personalidad, el trauma infantil, el abuso emocional y la negligencia emocional se asocian a mayor revictimización. En la misma línea se mostraba que el efecto del trauma sobre las experiencias psicóticas era dado tanto directa como indirectamente. Los resultados sugieren la importancia de trabajar las estrategias para reducir el estrés y el trauma, y mejorar los mecanismos de afrontamiento como elementos cruciales para la prevención y el tratamiento.

Palabras clave: factores de riesgos, maltrato infantil, trauma, experiencias psicóticas, eventos vitales estresados, estilos de afrontamiento, mediación, rasgos patológicos de personalidad, violencia de género, múltiples parejas, revictimización.

ABSTRACT

Stressful life experiences and traumatic experiences associated with abuse to experiences, increase the likelihood of developing disturbances in the health of people, particularly chronic disorders. Different risk and resilience factors modulate this relationship. The aim of this doctoral thesis was to observe how these factors relate to other variables such as revictimization and psychotic experiences in different groups. In this way it was possible to explore individual factors and see how these modulate others such as personality or coping styles. In *study 1*, the aim was to better understand the mechanism by which trauma impacts psychotic-type experiences in a non-clinical population. We studied the mediating role of psychosocial risk factors, recent stressful life events and coping styles, in the relationship between trauma and psychotic experiences. The sample consisted of 292 university students (age 18-28). *Study 2* investigated whether childhood maltreatment and certain pathological personality traits could be associated with an increased risk of revictimization by multiple partners in female victims of gender-based violence. 46 women with a final sentence were contacted by the Department of Justice of Catalonia. Both childhood maltreatment, perfectionism as a personality trait, childhood trauma, emotional abuse, and emotional neglect are associated with greater revictimization. In the same line, it was shown that the effect of trauma on psychotic experiences was given both directly and indirectly. The results suggest the importance of working on strategies to reduce stress and trauma, and improve coping mechanisms as crucial elements for prevention and treatment.

Keywords: risk factors, child abuse, trauma, psychotic experiences, stressful life events, coping styles, mediation, pathological personality traits, gender violence, multiple partners, revictimization.

1. INTRODUCCIÓ

1.1 Definicions sobre el maltractament

En si, el terme maltractament és difícil de definir, ja que intervenen factors culturals i socials, incloent-hi l'enfocament de la disciplina des de la qual es pretengui abordar. D'altra banda, cal tenir en compte els diferents contextos en què passa perquè hi hagi una discrepància entre les accions de maltractament i la percepció de la víctima (Musselman, MacRae, Reznick, & Lingard, 2005).

Wilkinson., Gill., Fitzjoh., & Mulder, (2006) assenyalen que la definició pot variar d'un estudi a un altre, però que, en general, s'estableix com la conducta perjudicial, feridora o ofensiva imposada d'una persona a una altra. En l'intent de contribuir a una millor definició del maltractament, cal considerar la intenció del perpetrador, la gravetat i la freqüència de l'agressió i la susceptibilitat de la víctima. Hirigoyen, (2001) completa la definició i ho descriu com qualsevol comportament que atempta contra la integritat física, moral o psíquica d'una persona o que vulnera els seus drets, i genera mortificació, dany psicològic i/o físic, o limita l'aprenentatge, ja sigui per mitjà d'estratègies interpersonals o eines virtuals efectuades per un individu o mitjançant la concentració de diversos.

Aquest estudi es va centrar en el maltractament infantil, degut a la seva importància per la seva alta incidència, per les repercussions que pot tenir sobre un individu i pel posterior desenvolupament vital d'aquest com es veurà a continuació. Durant els últims 30 anys, la literatura sobre el maltractament s'ha beneficiat de diferents avenços metodològics, arribant a diferenciar-se 4 categories de maltractament infantil (Barnett, Manly, & Cicchetti, 1993; Massullo et al., 2023; R. E. Norman et al., 2012): 1. El maltractament físic, que implica lesions corporals. 2. L'abús sexual, que inclou un acte de caràcter sexual. 3. Negligència física, referent a la manca d'atenció o falta de supervisió i 4. Maltractaments emocionals, que implica frustració persistent utilitzant estratègies actives per influir emocionalment en la persona. Actualment, també es considera la negligència emocional, caracteritzada per la manca d'atenció emocional que inclou, per exemple, permetre a l'infant veure violència de gènere o la manca de límits (De Bellis, 2005; Massullo et al., 2023; R. E. Norman et al., 2012; Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, & Van Ijzendoorn, 2013).

Tanmateix, no hi ha una definició operativa de maltractament, ja que el maltractament és una qüestió legal definida per als sistemes de serveis socials i no per investigadors i investigadores de salut mental. A part, els estàndards de cada família no són clars i acordats per diferenciar les pràctiques disciplinàries (Dante Cicchetti & Lynch, 1995). Aquesta situació s'ha complicat encara més per les variacions entre períodes de la història i cultures pel que fa a la criança acceptable versus maltractada (Barnett et al., 1993). Les qüestions relatives a si el maltractament infantil s'ha de definir en funció de les accions de l'agressor, els efectes sobre l'infant o una combinació d'ambdós és un dels temes importants per definir quina conducta es considera maltractament i quina no (Barnett et al., 1993). Molta literatura ha contribuït al desacord constant sobre els paràmetres de maltractament infantil (Barnett et al., 1993). També s'ha debatut molt si s'ha de tenir en compte o no la intenció dels pares a l'hora de determinar si es produeix un acte de maltractament. Taxonomies més modernes a les conductes de maltractament inclouen pràctiques parentals que fins fa poc estaven normalitzades, com ara la sobreprotecció (Massullo et al., 2023).

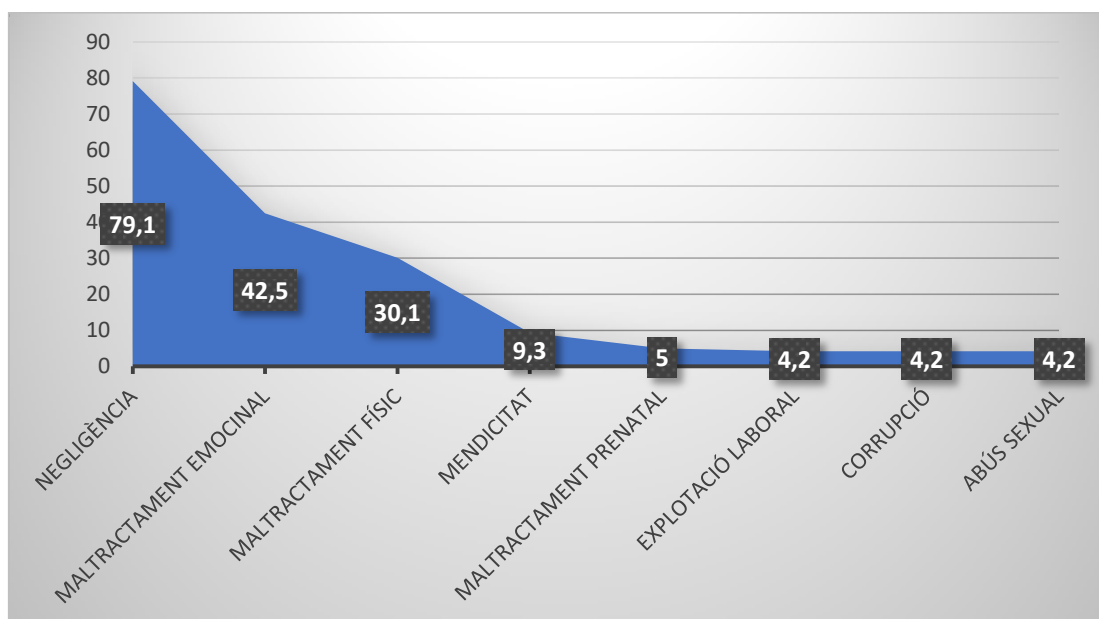
1.2 Prevalença del Maltractament

La prevalença del maltractament reflecteix dades preocupants. En general, a tot el món s'ha incrementat la prevalença de casos de tots els tipus de maltractament (Gilbert et al., 2009; Jud, Fegert, & Finkelhor, 2016; Massullo et al., 2023; Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink, & van IJzendoorn, 2015). Tal com indiquen Stoltenborgh et al., (2015) i Massullo et al., (2023), hem de considerar que el maltractament és un fenomen global que afecta a milions d'infants arreu del món.

En aquesta línia, diversos estudis al llarg dels anys mostren dades elevades de maltractament en Espanya. Per exemple, Saldaña, Jimenez, & Oliva (1995), basant-se en l'examen dels expedients oberts en els serveis de protecció a la infància de tota Espanya en els anys 1991 i 1992, van trobar un total de 34.751 i adolescents, dels quals persisteixen amb un maltractament actiu 8.565, xifra que suposa més del 24,6% de les denúncies obertes i una mitjana anual de 0,44% respecte a la població infantil espanyola. Com podem veure en la figura 1, les dades mostren que la tipologia de maltractament més freqüent és la negligència, present en el 79% dels infants maltractats durant el període que va durar l'estudi. El maltractament físic es presenta en un

percentatge menor (30%). Com es pot comprovar en sumar els percentatges de cada categoria, el total és superior al 100%; això es deu al fet que el 55% dels casos pateixen més d'un tipus de maltractament, sent la combinació més freqüent negligència i maltractament emocional (16%). Un estudi recent mostra, també que el 9,2% de la població masculina i el 22,1% de la població femenina ha patit abús sexual infantil (Pineda, Muris, Martínez-martínez, & Piqueras, 2023).

Figura 1. Casos de Maltractament detectats per cada tipologia

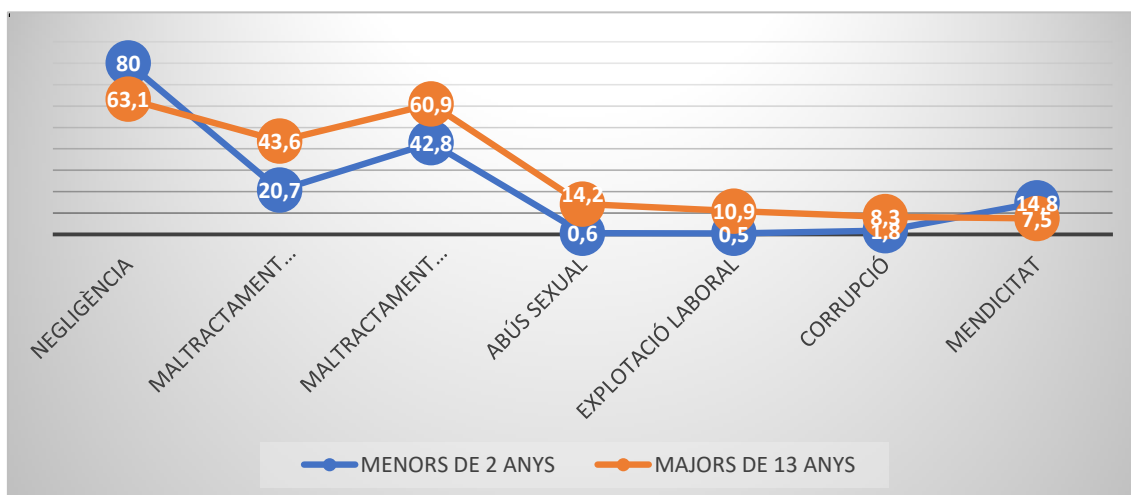


Nota. Basada en Saldaña, Jimenez, & Oliva (1995).

Segons aquest estudi, la major incidència de situacions de negligència es troba entre els nens (53,4%), en canvi, pel que fa a l'abús sexual, el 79% són nenes, igual que en l'explotació laboral, on el 57% són noies.

Segons Saldaña et al., (1995) l'edat també és un factor important a l'hora de comprendre la problemàtica de maltractament (Vegeu figura 2). Una primera dada a destacar és l'alt nombre d'expedients oberts per maltractament en els més petits, especialment en els menors d'un any, on suposa el 9% del total de la mostra de infants i adolescents que han patit maltractaments. La taxa disminueix notablement a partir dels 13 anys.

Figura 2. Tipologia del maltractament en funció de l'edat



Altres estudis a les comunitats de Catalunya, Guipuscoa i Andalusia van trobar dades similars (Antoni Ingles, 1995; De Paul, Arruabarrena, Torres, & Munoz, 1995; Moreno, Jesus Jimenez, Alfredo Oliva, & David Saldara, 1995).

Com es pot observar les dades són alarmants i indiquen la necessitat d'una bona prevenció i actuació per evitar possibles conseqüències que són explicades per diferents models com l'ecològic-transaccional, el qual ens diu que implicacions significatives com el maltractament afecten el desenvolupament de l'individu (Dante Cicchetti & Lynch, 1995). I no només afecten el seu desenvolupament sinó en la seva psicopatologia (Cabrera, Torres, & Harcourt, 2020; Cicchetti & Toth, 1995; Lund, Toombs, Radford, Boles, & Mushquash, 2020).

No hi ha dubte que el maltractament infantil és un problema que repercuteix no només en les seves víctimes, sinó també en la societat en general (Dante Cicchetti & Rogosch, 1994; Gilbert et al., 2009). Aquesta afirmació és recolzada per altres estudis com el de Miller, Cohen, & Wiersema, (1996) els quals van informar dels costos directes (per exemple, despeses mèdiques, ingressos perduts i programes públics per a les víctimes), que tan sols en l'abús i la negligència s'estimaven en 56.000 milions de dòlars anuals. Per tant, tal com apunten Gilbert et al., (2009), el maltractament acaba implicant a diferents agents socials i polítics que suposen una càrrega econòmica i social important per qualsevol país.

2. MARC TEÒRIC

2.1 La perspectiva de la psicopatologia del desenvolupament

L'aparició de la psicopatologia del desenvolupament com a ciència interdisciplinària per estudiar i contextualitzar els vincles entre l'estudi del desenvolupament normal i atípic s'ha produït al llarg de les dècades (D. Cicchetti & Sroufe, 2000; Eme, 2017). El punt de vista tradicional representaven la inadaptació i el trastorn mental com inherents a l'individu (Sameroff, 2000). Per contra, el marc de la psicopatologia del desenvolupament el situa com a una relació dinàmica entre l'individu i els seus contextos interns i externs (Sameroff, 2000). Així, a causa de la naturalesa d'aquest camp, es requereix que s'investiguin múltiples dominis del desenvolupament, inclosos processos cognitius, emocionals, lingüístics, genètics, neurobiològics, ambientals i socials (Cicchetti D., 1990; Eme, 2017). Per tant, la psicopatologia del desenvolupament té un enfocament molt ampli i es pot considerar un "macroparadigma que actua com un tipus de marc per comprendre els processos de desenvolupament des de múltiples perspectives" (Cummings & Valentino, 2016).

En la literatura es pot trobar els quatre principis bàsics que sustenten aquest marc teòric, els quals interrelacionen entre si (Eme, 2017). El primer principi ens diu que s'ha de considerar conjuntament el desenvolupament normal i patològic. Per tant, una premisa crucial per aquest concepte és que gairebé totes les formes de psicopatologia s'entenen millor des d'una perspectiva quantitativa/dimensional, no qualitativa/categòrica. És a dir, atès que gairebé cap trastorn mental constitueix una categoria clarament delimitada i qualitativament diferent (és a dir, un trastorn és present o absent) sinó que és una expressió extrema en una dimensió/continu, llavors els processos que s'apliquen als individus a prop del centre del continu probablement s'aplicaran a aquells a l'extrem final del continu. Per tant, els problemes psicològics es "diagnostiquen" quan hi ha evidència de desviacions del curs normal i saludable de desenvolupament, sent un tema clau la determinació de quan i com els processos normals s'interrompen i es canalitzen cap a un funcionament desadaptatiu. Per aquesta raó, un coneixement del desenvolupament normal pot informar i ajudar a la comprensió del desenvolupament patològic i inversa.

El segon principi ens diu que els processos de desenvolupament són recíprocs i transaccionals (Eme, 2017). Els factors en l'àmbit de l'infant influeixen en els factors ambientals i viceversa; i aquestes influències recíproques provoquen canvis tant en

l'infant com en els factors ambientals. Aquests processos recíprocs i transaccionals poden resultar en una cascada de desenvolupament que fa referència a les conseqüències acumulatives, per al desenvolupament dels molts processos recíprocs i transaccionals, que són el resultat en la propagació dels efectes entre molts factors en l'àmbit personal i ambiental. Les cascades de desenvolupament poden explicar per què alguns problemes en els infants (particularment els problemes de conducta) poden causar dificultats generalitzades en l'edat adulta.

Segons Eme, (2017), el tercer principi és el de les vies de desenvolupament. Una via de desenvolupament fa referència a una seqüència i temps de continuïtats i transformacions de comportament al llarg del desenvolupament amb individus que difereixen en la seva propensió a progressar al llarg del comportament successiu representat per la via. El progrés al llarg del camí és probabilístic, no determinista. Tot i que el canvi sempre es considera possible a causa de la naturalesa dinàmica dels processos de desenvolupament, és probable que hi hagi continuïtat i estabilitat en el comportament desadaptatiu perquè les estructures i organitzacions passades a l'individu i els processos transaccionals que l'envolten restringeixen el canvi. L'estabilitat resultant en comportaments manifestos molt similars al llarg del temps s'anomena continuïtat homotípica. Tot i això, en molts casos les manifestacions conductuals específiques canviaran però, hi haurà continuïtat i estabilitat a nivell d'un tret subjacent. Aquest procés s'anomena continuïtat heterotípica. Finalment, també es poden donar diverses vies que poden conduir al mateix resultat de desenvolupament (equifinalitat). Però també a l'inrevés, ja que un factor de risc donat pot causar múltiples resultats diferents (finalitat múltiple).

Per últim, el quart principi parla dels múltiples nivells d'anàlisi (Eme, 2017). La comprensió dels processos de desenvolupament, la via involucrada en els orígens i el manteniment de la psicopatologia, requereix una anàlisi simultània en múltiples nivells que van des del neurobiològic (p.ex, sistemes neurals), a l'individu (p.ex, temperament) i a tots els contextos en què l'individu està immers (p.ex, familiar, escolar, social).

2.2 Conseqüències cerebrals del maltractament

Els estudis preclínicls indiquen que les regions del cervell particularment vulnerables a experiències estressants primerenques tenen una o més de les característiques següents (Cabrera et al., 2020; Teicher et al., 2003): (I) un desenvolupament postnatal prolongat; (II) una alta densitat de receptors de glucocorticoides; i (III) cert grau de neurogènesi postnatal. A continuació s'expliquen diferents regions del cervell que s'han vist afectades per diferents tipus de maltractament.

2.2.1 Hipocamp

Estudis preclínicls han demostrat la vulnerabilitat marcada de l'hipocamp a l'estrès (Gould & Tanapat, 1999; Robert M Sapolsky, Uno, Rebert, & Finch, 1990). Aquesta regió té una ontogènia perllongada, una alta densitat de receptors de glucocorticoides (Patel et al., 2001) i neurogènesi postnatal persistent (Gould & Tanapat, 1999). Tanmateix, els estudis clínics sobre l'efecte de l'abús primerenc a l'hipocamp han donat resultats mixts. Bremner et al., (1997) ha informat d'una reducció en el volum de l'hipocamp esquerre en adults amb trauma infantil i un diagnòstic actual de trastorn d'estrès posttraumàtic o trastorn d'identitat dissociatiu. Per contra, Bellis et al., (1999) van fer una anàlisi volumètrica detallada de l'hipocamp en 44 infants maltractats amb trastorn d'estrès posttraumàtic i 61 controls sans, on no van aconseguir revelar una diferència significativa en el volum de l'hipocamp. La revisió sistemàtica de Woon & Hedges, (2008) va mostrar que el desenvolupament de trastorn per estrès posttraumàtic associat al maltractament, modifica el volum hipocampal en adults.

Per tant, les alteracions en el desenvolupament de l'hipocamp poden afavorir els aspectes amnèsics, dissociatius, ansiogènics i desinhibitoris del trastorn d'estrès posttraumàtic. Com es va assenyalar anteriorment, l'estrès sever primerenc pot estar associat amb una reducció del nombre sinàptic a la regió de l'hipocamp. Tot i que aquest fenomen pot explicar algunes dificultats en la recuperació de records associats amb esdeveniments traumàtics, l'estudi de Stein, (1997) suggereix que les alteracions de

l'hipocamp poden estar més associades amb simptomatologia dissociativa que amb problemes amb la memòria declarativa.

2.2.2 Amígdala

Pel que fa a l'amígdala, els nuclis amígdals es troben entre les estructures cerebrals més sensibles per a l'aparició de l'encesa (Mohapel, Dufresne, Kelly, & McIntyre, 1996). L'encesa és un procés en què l'estimulació neuronal intermitent repetida produeix una alteració cada vegada més gran en l'excitabilitat d'aquestes neurones, cosa que eventualment resulta en descàrregues elèctriques espontànies o convulsions (Post, Rubinow, & Ballenger, 1984). L'encesa produeix alteracions a llarg termini en l'excitabilitat neuronal que poden tenir un impacte important en el control del comportament (Post et al., 1984). L'estrès primerenc produeix una alteració duradora en la composició de subunitats del complex supramolecular GABA-A a l'amígdala (Caldji et al., 1994) reduint posteriorment la densitat tant dels receptors centrals de benzodiazepines com dels receptors GABA-A d'alta afinitat (Caldji et al., 1994; Hospital & Sciences, 1998). A més, l'estrès provoca un augment dels nivells de dopamina i una atenuació dels nivells de serotonina a l'amígdala i el nucli accumbens (Caldji et al., 1994; Hospital & Sciences, 1998). El desenvolupament anormal de l'amígdala o de l'hipocamp, combinat amb una densitat disminuïda dels receptors centrals de benzodiazepines i d'alta afinitat GABA-A o alteracions a l'estructura de les subunitats, pot conduir a l'aparició d'una activitat similar a una convulsió límbica o del lòbul temporal (Spigelman et al., 2002). Més recentment, s'ha vist que el maltractament afecta a la connectivitat funcional d'aquest nucli encefàlic (Jedd et al., 2015).

L'amígdala sembla tenir un paper crucial en el condicionament de la por i en el control de conductes agressives, orals i sexuals (Pinchus & Tucker, 1978). El descontrol episòdic i la violència impulsiva poden ser deguts a focus irritables als nuclis amigdalins (Pinchus & Tucker, 1978). Aquesta regió també pot estar involucrada en la formació i el record de la memòria emocional, l'aprenentatge de patrons motors no verbals i el desencadenament de respostes de lluita o fugida (Lee et al., 1998). S'ha proposat que l'activació amigdaloides excessiva exerceix un paper crucial en el

desenvolupament del trastorn d'estrès posttraumàtic (Rauch et al., 2000; Villarreal, 2018) i en la depressió (Drevets et al., 2002)

2.2.3 El Cos Callós

El Cos callós i integració hemisfèrica. Les regions mielinitzades, com el cos callós, també són potencialment susceptibles als impactes de l'exposició primerenca a alts nivells d'hormones de l'estrès, que suprimeixen la divisió de les cèl·lules gials, fonamental per a la mielinització (Lauder, 1983). Estudis pioners com el de Juraska JM, (1988) va demostrar que la grandària del cos callós es va veure afectat per l'experiència primerenca i que els efectes depenien del gènere. Teicher et al., (1997) proporcionà la primera indicació que el trauma infantil pot afectar el desenvolupament del cos callós en humans. Trobem una marcada reducció a les porcions mitjanes del cos callós en pacients psiquiàtrics infantils hospitalitzats (especialment nens), amb antecedents comprovats d'abús o negligència versus controls de contrast. Aquesta observació va ser replicada i ampliada en un important estudi realitzat per Bellis et al., (1999) que van demostrar que la reducció de la mida del cos callós va ser la troballa anatómica més significativa observada en nens amb antecedents d'abús i trastorn d'estrès posttraumàtic. També s'ha trobat que el maltractament pot afectar a la mielitització en les dones i al desenvolupament axonal en els homes, específicament al cos callós (Ohashi et al., 2022). La mida reduïda del cos callós s'ha associat amb una comunicació disminuïda entre els hemisferis corticals (Peterson & Leckman, 1995).

2.2.4 Vermis cerebel·lós

Una regió del cervell que també hauria de ser particularment sensible als efectes del maltractament primerenc és el vermis cerebel·lós, que mostra el major augment de mida de qualsevol regió del cervell durant el període postnatal (Giedd et al., 1999). El vermis també té la major densitat de receptors de glucocorticoides durant el desenvolupament, superant la de l'hipocamp i pot ser particularment vulnerable als efectes de les hormones de l'estrès (Ferguson & Holson, 1999). Els experiments pioners de cria en aïllament social de Harry Harlow van proporcionar informació sobre el

paper del vermis cerebel·lós en el desenvolupament emocional. Els micos criats en aïllament es veuen profundament afectats per la seva negligència emocional (Harlow & Dodsworth, 1965). La revisió sistemàtica recent de Blithikioti et al., (2022) apunta que les persones que han patit experiències de tipus traumàtic podrien tenir alterada la connectivitat entre el cerebel i xarxes cerebrals implicades en diferents trastorns psicològics.

El vermis cerebel·lós sembla tenir un paper en el control de l'epilèpsia o l'activació límbica. Estudis preclínic (Heath, 1976) i estudis clínics (Riklan, Kabat, & Cooper, 1976) han descobert que l'estimulació elèctrica del vermis suprimeix l'aparició i la propagació de les convulsions.

Recentment, hi ha hagut una major consciència sobre el paper fonamental que exerceix el cerebel en l'atenció, el llenguatge, la cognició i l'afecte (Allen, Buxton, Wong, & Courchesne, 1997). Les alteracions cognitives, lingüístiques, socials, conductuals i emocionals semblen ser la principal manifestació clínica de les lesions cerebel·loses i vermals (Andreasen, Paradiso, & O'Leary, 1998). L'evidència filogenètica suggereix que l'expansió dels hemisferis cerebel·losos durant l'últim milió d'anys és paral·lela al dramàtic augment evolutiu en la mida dels lòbuls frontals (Acer & Turgut, 2012).

El cerebel, encara que ocupa només entre el 10 i el 20% del volum cerebral, conté més de la meitat de totes les neurones del cervell (Williams, 1988). Una convergència de noves dades suggereix que les anomalies al vermis cerebel·lós poden estar implicades en una àmplia gamma de trastorns psiquiàtrics, entre ells: esquizofrènia, (Volz, Gaser, & Sauer, 2000), autisme (Townsend et al., 2001), TDAH (Mostofsky, Reiss, Lockhart, & Denckla, 1998) i depressió bipolar i unipolar (Fischler et al., 1996).

2.2.5 L'escorça prefrontal

L'estrès primerenc influeix en el desenvolupament cortical, inclosa la lateralització cerebral i la maduració prefrontal. De totes les regions corticals, l'escorça prefrontal té l'ontogènia més endarrerida, de manera que les projeccions principals a

l'escorça prefrontal es mielinitzen principalment entre l'adolescència i la tercera dècada de la vida.

L'escorça prefrontal també té una densitat relativament alta de receptors de glucocorticoides (Diorio, Viau, & Meaney, 1993) i les projeccions de dopamina, a l'escorça prefrontal s'activen específicament per l'estrès (Deutch, Tam, & Roth, 1985). L'escorça prefrontal, alhora, exerceix efectes inhibidors sobre totes les projeccions principals de monoamines cap a les regions subcorticals i serveix per limitar la seva resposta a l'estrès i exerceix un control de retroalimentació inhibidora sobre l'HPA (Diorio et al., 1993). De Bellis et al., (2000) va utilitzar espectroscòpia de ressonància magnètica de protons d'un sol vòxel per mesurar la concentració relativa de NORTEacetil·laspartat (NAA) i creatina a l'escorça cingulada anterior com a índex de densitat i viabilitat neuronal (Magill et al., 2010). Es van comparar onze infants i adolescents que complien els criteris del DSM-IV per al trastorn d'estrès posttraumàtic secundari a maltractament, amb 11 subjectes de comparació sans i similars. Hi va haver una reducció significativa en la proporció de NAA a creatina en els subjectes maltractats amb trastorn d'estrès posttraumàtic, cosa que suggereix pèrdua neuronal i disfunció en aquesta regió (De Bellis et al., 2000). Sapolsky, Krey, & McEwen, (1985) van avaluar l'asimetria del lòbul frontal en 24 infants (de 7 a 14 anys) amb antecedents de trauma i símptomes de trastorn d'estrès posttraumàtic i els van comparar amb controls històrics. Els infants maltractats tenien una asimetria atenuada del lòbul frontal i volums cerebrals totals i cerebrals més petits que els controls. En aquesta línia, Gold et al., (2016) van trobar que l'abús infantil s'associava a reduccions en el gruix de l'escorça ventromedial i ventrolateral, fonamentals per al processament emocional. Sembla que aquestes alteracions de diferents regions de l'escorça prefrontal pel maltractament infantil serien independents de l'historial psicopatològic familiar (Kirsch et al., 2021).

2.2.6 L'eix HPA

L'eix hipotalàmic-pituitari-suparrenal (HPA) és responsable de la resposta del cos a l'estrès en avaluar el factor estressant, desencadenar una resposta neuroquímica i, en última instància, acabar la resposta en absència del factor estressant (Dackis, Rogosch, Oshri, & Cicchetti, 2012). Diverses estructures treballen juntes en resposta a

amenaces, com l'escorça prefrontal i l'hipotàlem. L'escorça prefrontal activa diverses estructures cerebrals per treballar juntes en resposta a una amenaça. Quan l'amenaça ja no és present, l'escorça prefrontal deixa d'enviar senyals a diferents regions del cervell, inclòs l'eix HPA (Davis, Moss, Nogin, & Webb, 2015). L'hipotàlem també contribueix en resposta a les amenaces, mitjançant l'alliberament d'hormones que actuen sobre la hipòfisi anterior, l'òrgan responsable de la producció d'hormones adrenocorticotròpiques (ACTH) (Negriff, Saxbe, & Trickett, 2015). L'ACTH estimula la producció de cortisol, un glucocorticoide associat amb l'activitat HPA (Negriff et al., 2015).

A diferència del sistema nerviós simpàtic que reacciona ràpidament a l'estrès, el sistema HPA posa a un ritme molt més lent (Davis et al., 2015). Aquesta resposta pausada de l'eix HPA sorgeix de l'alliberament de glucocorticoides que modifiquen la funció de diversos teixits, per emmagatzemar l'energia necessària i per satisfer les demandes de superar un estrès amenaçador (Het, Schoofs, Rohleder, & Wolf, 2012).

El principal pèptid cerebral responsable d'activar l'eix HPA és l'hormona alliberadora de corticotropina (CRH) que s'allibera des de l'hipotàlem i és responsable de l'activació contínua de l'eix HPA en resposta a diferents estímuls, incloent-hi la gana, la inflamació i l'estrès. Tota la comunicació involucrada en l'activació del sistema de l'eix HPA ha d'estar equilibrada de manera uniforme per evitar efectes nocius (Frodl & O'Keane, 2013). El trauma altera la capacitat de l'escorça prefrontal per regular els missatges que viatgen a diferents parts del cervell (Davis et al., 2015). Com a resultat, les altes concentracions de dopamina actuen inhibint el glutamat i millorant el GABA, cosa que permet que els missatges excitadors continus es propaguin a l'eix HPA (Wilson, Hansen, & Li, 2011). La desregulació de l'HPA durant la infància té la capacitat d'obstaculitzar la manera com el nen respon a l'estrès i fins i tot pot causar dèficits cognitius i trastorns psicològics fins ben entrada l'edat adulta (Pervanidou & Chrousos, 2012). Els infants que estan exposats a maltractaments tenen més probabilitats de tenir canvis en els nivells de cortisol que interfereixen amb l'eix HPA (Tarullo & Gunnar, 2006). En aquesta línia, recents estudis mostren que nens i nenes amb història de maltractament tenen majors nivells de cortisol diürn i una resposta del cortisol desregulada quan s'exposen a estressors psicosocials aguts (Marques-Feixa et al., 2021). L'eix HPA s'ha correlacionat amb la hiperactivitat seguida d'una regulació negativa a causa de l'adversitat infantil (Negriff et al., 2015; Ruttle, Shirtcliff, Armstrong, Klein, & Essex, 2015).

2.3 Conseqüències psicològiques del maltractament

A la literatura científica es troba estudis que posen de manifest diferents afectacions psicològiques associades al maltractament. Una d'elles és l'afectació sobre les funcions executives, les quals són importants en la infància, ja que la seva afectació provoca alteració en la competència socioemocional i problemes d'externalització (Vita-Barrull et al., 2022). A més a més de problemes escolars per la dificultat en la preparació, l'alfabetització i les matemàtiques (Clark, Sheffield, Wiebe, & Espy, 2013).

Seguint en aquesta línia dins de les funcions executives s'observen múltiples estudis que han pogut demostrar que el maltractament pot estar associat amb dèficits a la memòria de treball. Lin et al., (2017) van informar que el neuroticisme és un mediador important a l'associació entre la memòria i el maltractament infantil. Com a resultat, els sentiments intensificats que obstrueixen les habilitats de resolució de problemes poden donar lloc a efectes psicològics (Lin et al., 2017). Infants exposats a maltractament mostren pitjors execucions en test de velocitat de processament (Mothes et al., 2015). Finalment, sembla que també es produïrien efectes del maltractament en processos lingüístics bàsics. Loman & Gunnar, (2010) van mostrar que els infants que havien estat maltractats corrien el risc de desenvolupar retards en el llenguatge, especialment en el vocabulari i les estructures sintàctiques, cosa que significa que els infants van presentar desafiaments en el procés de combinar paraules per formar oracions gramaticalment correctes. L'edat mitjana dels participants en aquest estudi va ser de dos anys, cosa que demostra que el maltractament pot tenir conseqüències significatives en el desenvolupament del llenguatge fins i tot any després que els infants van estar exposats per primera vegada al maltractament.

Però els efectes a nivell cognitiu no romanen únicament a l'etapa infantil, sinó que tenen efectes perllongats durant tota l'etapa vital. Existeix suficient evidència com per afirmar que les experiències traumàtiques, especialment les associades al maltractament, prediuen pitjor funcionament cognitiu durant l'adulthood (Lynch & Widom, 2022). Aquesta afectació a les funcions executives s'està considerant com un mediador de l'efecte de les experiències de maltractament amb alguns trastorns psicològics greus, com la psicosi (Ayesa-Arriola et al., 2020a).

Altres factors afectats per l'abús i la negligència infantil són les habilitats visospacials i motores, molt importants per a un desenvolupament infantil sa i actiu. Aquestes habilitats permeten als infants coordinar els seus moviments i el que veuen, com lligar-se les sabates o caminar entre la multitud de l'escola (Navalta, Polcari, Webster, Boghossian, & Teicher, 2006). Les investigacions sobre els efectes del maltractament infantil han revelat obstacles visospacials i dificultats en l'aprenentatge després d'una resposta d'estrès traumàtic causada per alteracions de l'hipocamp (Lambert et al., 2019; Wilson et al., 2011). De forma més específica, Navalta et al., (2006) va trobar puntuacions significativament més baixes en tasques visospacials matemàtiques en dones que havien estat víctimes d'abús que en dones de la població general. Els autors van plantejar la hipòtesi que l'exposició a l'abús va conduir a una reducció de l'àrea del cos callós, que en última instància resulta en dèficits d'integració hemisfèrica responsables de deficiències funcionals en les habilitats visoespacials (Davis et al., 2015). Així, sembla que les afectacions cerebrals del maltractament infantil tenen repercussions cerebrals que es tradueixen en afectacions en processos cognitius concrets.

A banda de la repercussió en l'àmbit cognitiu els maltractaments a menors també pronostiquen desenllaços desfavorables en la salut mental, així com una reactivitat deficient a les intervencions psicològiques (Nanni, Uher, & Danese, 2012). Al treball seminal d'Anda et al. (2006) es va demostrar que amb l'acumulació de 4 experiències traumàtiques/estressants (inclòs principalment els diferents tipus de maltractament), s'incrementava significativament la probabilitat d'experimentar trastorns d'ansietat i pànic, trastorns cognitius (psicosi, etc.), trastorns per abús de substàncies, trastorns sexuals, obesitat i trastorns de la son, a banda de trastorns associats a l'estrès posttraumàtic i un increment molt elevat de la comorbiditat. A més, en aquesta recerca es va demostrar que l'efecte de les experiències traumàtiques és dosi-dependent (Anda et al., 2006). De forma més específica, posteriorment s'ha demostrat que els nens i les nenes que pateixen maltractaments corren el risc de presentar problemes de conducta externalitzant caracteritzada per una agressió reactiva (Shackman & Pollak, 2014). Tot i això, els maltractaments de menors també es relacionen amb més risc de trastorns afectius, encara que no tots els individus que experimenten maltractaments presenten depressió o ansietat. En un estudi recent es va informar que els infants que patien maltractes mostraven biaixos d'atenció a senyals rellevants per a la depressió en

determinades condicions: en primer lloc, després que havien experimentat un estat emocional trist i, en segon lloc, si tendien a presentar alts graus de patrons cognitius de tret — o estables — de ruminació (Romens & Pollak, 2012). A l'igual que en altres tipus de conseqüències, el maltractament s'associa a trastorns mentals en altres etapes de la vida. Una recent metanàlisi apunta a que, exceptuant l'abús sexual, tant l'abús físic i l'emocional com la negligència física i emocional prediuen la depressió en gent gran (Wang, Chen, Zhou, & Zhang, 2022).

De forma més general, s'han evidenciat episodis de retard que alteren el desenvolupament normal, la reducció de facultats cognitives, els problemes d'aprenentatge i fins i tot un baix quocient intel·lectual en persones que han patit maltractament infantil. Morelato, (2011) afirma que les conseqüències que genera el maltractament infantil en el desenvolupament dels menors que ho han patit poden ser baixa autoconfiança, episodis de depressió, baix rendiment acadèmic, manca de control propi i regulació emocional, comportaments agressius, etc. També es poden veure afectats amb trastorns com ansietat, depressió i problemes de comportament com poden ser delinqüència, conductes antisocials i alcoholisme, a més de problemes escolars (Frías & Gaxiola, 2008). La influència que té el maltractament infantil a causa del maltractament tant físic com sexual pot influir en la generació següent portant problemes d'ansietat, depressió, salut física i en la victimització en relacions de parella. Incrementant la possibilitat que doni la violència es transmeti a través del temps (Crombach, 2015).

Però com s'ha anat descrivint, no tots els tipus de maltractament semblen impactar de la mateixa manera en l'ésser humà. Així, és important fer una descripció de les conseqüències que es generen a partir de cada tipus de maltractament, ja que cadascú ocasiona alguns tipus de seqüeles diferent.

2.3.1 Maltractament físic

Aracena, Balladares, Román, & Weiss, (2002), consideren que el maltractament físic no només deixa danys corporals, sinó que també genera afectacions psicològiques com: dificultat per estudiar, baixa autoconfiança, conductes agressives, retraïment, desànim i inquietud. S'ha trobat que la probabilitat de patir trastorns anímics i ansiosos

va augmentar, i va trobar que en els menors i adolescents que van ser maltractats físicament, un 8% es van diagnosticar amb Trastorn Depressiu Major i el 40% patien alteracions en l'humor (Christozov & Toteva, 1989; Flisher et al., 1997; Kaplan, Pelcovitz, & Labruna, 1999). Aquest abús, específicament, sembla interactuar amb marcadors genotípics per augmentar la simptomatologia psicòtica (Alemany et al., 2014, 2016). Tal com s'ha explicat anteriorment, els efectes semblen perdurar per tota la vida (Wang et al., 2022).

2.3.2 Maltractament Emocional

Arruabarrena & De Paúl, (1999), afirmen que en el maltractament emocional, també anomenat maltractament psicològic, hi ha ressentiment o agressivitat verbal cap als menors com a menyspreu, insults, crítiques, risc de negligència, entre d'altres. Així mateix Briere & Runtz, (1988) troben que el maltractament psicològic es relaciona amb baixa autoestima. Altres investigacions troben que els problemes de comportament, dificultats a l'àmbit social, baixa autoconfiança, problemes mentals i conductes suïcides són causades pel maltractament psicològic o emocional (Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1996; Vissing & Murray, 1991). Altres conseqüències del maltractament emocional poden ser: trastorns de la conducta, conductes agressives, baix rendiment acadèmic, passivitat extrema, baixa autoestima, rebel·lia, problemes per aprendre, repetició de patrons de violència familiars (C. F. Johnson, 2006; Santana, Sánchez, & Herrera, 1998). Igualment, el maltractament emocional està relacionat amb problemes escolars, de desenvolupament i d'interacció amb els altres; igualment es poden produir conductes disruptives en els menors (Hibbard et al., 2012). Així, l'abús emocional o psicològic cap als nens i les nenes pot portar diferents conseqüències que afecten les seves vides i endarrereixen el desenvolupament normal, ja que genera problemes conductuals i emocionals que influeixen en les seves formes de relacionar-se amb les persones del seu entorn (família, parella, amics, companys de feina, etc).

2.3.3 Maltractament Sexual

L'Abús sexual consisteix en el contacte sexual per part d'un adult que exerceix una posició de poder o autoritat sobre el nen/a (Arruabarrena & De Paúl, 1999). Cantón-Cortés & Rosario Cortés, (2015), refereixen que l'abús sexual del menor es pot evidenciar en el canvi del seu comportament juntament amb la manifestació de símptomes de tipus físic, conductual, emocional i sexual. Echeburúa (2004) destaca que es poden desencadenar diferents afectacions psicològiques, que podran disminuir o augmentar la simptomatologia depenent de la manera com s'afronti la situació i també de com els pares acompanyin el procés de victimització. Els menors que han viscut situacions d'abús sexual tenen més repercussions en alteracions mentals com l'estrès posttraumàtic, les distorsions cognitives, la depressió, els trastorns d'ansietat, etc (Briere & Elliott, 1994). Bernate, Paula, & Soto, (2009) consideren que l'abús sexual pot causar trastorns de la personalitat, ansietat, trastorns depressius, conductes suïcides, impulsivitat, disfunció sexual, trastorn d'estrès posttraumàtic i trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat. Mebarak, Roberto, Luz, Herrera, & Eduardo, (2010) mostra que les investigacions reconeixen diferents conseqüències de l'abús sexual en els menys, tals com: abús de substàncies, trastorns alimentaris i problemes de pràctica sexual. Finalment, Pinto, Beltrán, & Chacón, (2017), en els estudis més recents mencionen que els homes que van patir abús sexual a la infància presenten problemes d'ansietat fòbica, psicoticisme i dificultats sexuals que afecta la seva interacció amb la societat.

2.3.4 Negligència i abandó

La negligència segons Arruabarrena & De Paúl, (1999) és la manca d'atenció temporal o permanent de necessitats físiques i emocionals com: alimentació, roba, higiene, cura o protecció, educació i cures mèdiques que no són ateses pels adults que conviuen amb els menors. A partir d'una investigació realitzada per De Paul et al., (1995) on es van analitzar els diferents comportaments que poden desenvolupar els menors que han viscut situacions de maltractament físic i abandó, es va trobar que el segon genera conductes com a delinqüència i agressions. En aquesta línia, també s'ha

trobat que la negligència presenta conseqüències psicològiques com ara problemes en el comportament, inici de vida sexual primerenca, sortida prematura de la llar, crims delictius i dificultats a l'àrea escolar, també es pot presentar depressió, malestar corporal i baixa autoconfiança (Wilson. & Widom, 2010). D'altra banda, els menors que han estat víctimes d'abandonament són més susceptibles a desenvolupar inestabilitat emocional, problemes en la intimitat, i són considerats pels altres com a persones difícils i que generen problemes (Parker & Herrera, 1996). És a dir que aquest tipus de maltractaments poden desencadenar problemes d'interacció social i retraïment.

És important esmentar que la negligència emocional (inclòs ser testimoni de formes extremes de violència domèstica), mèdica, física i educacional afecta també de manera significativa el creixement (D. Johnson et al., 1992), al desenvolupament cognitiu i intel·lectual (Beers & De Bellis, 2002; Strathearn, Gray, O'Callaghan, & Wood, 2001) i a altres factors de salut, com ara l'obesitat (Lissau, I. & Sorensen, 1994).

En la literatura trobem altres mètodes i conceptes de camps com la psiquiatria, la psicologia i la pediatria que investiguen altres conseqüències en l'organisme més fisiològiques. Així, sembla que la negligència també s'associa a alteracions del somni, creixement físic i densitat òssia, al·lèrgia/asma, malalties infeccioses i vulnerabilitat al càncer (Danese, 2014; Shirtcliff, Coe, & Pollak, 2009). Tot això ens indica que hi ha una afectació general en la salut i ens alerta de la importància d'una bona prevenció des de totes les especialitats sanitàries.

Aquesta perspectiva ha contribuït en els avanços que s'han fet sobre la comprensió de les causes i consciències del maltractament infantil (Cicchetti & Toth, 1995). Totes aquestes recerques i propostes teòriques han demostrat ser essencials per rastrejar les arrels, l'etiologia i la naturalesa de la inadaptació en els infants maltractats. Això facilita que les intervencions es puguin programar i guiar adequadament. A més un enfocament d'aquesta perspectiva ha ajudat els investigadors i a les investigadores a descobrir els processos pels quals els infants maltractats utilitzen i desenvolupen mecanismes compensatoris per funcionar adequadament malgrat haver patit grans adversitats (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000).

2.4 Interacció amb altres experiències vitals

Les experiències traumàtiques, especialment de maltractament, no són l'únic tipus d'esdeveniment que s'ha investigat. Una altra font de risc per desenvolupar diferents tipus de trastorns i afectacions és tot el conjunt d'esdeveniments vitals estressants. Aquests s'entenen com a experiències objectives que causen un reajustament substancial (és a dir, un cert nivell de canvi) en la conducta de l'individu, però que no tenen la capacitat inherent de generar trastorn d'estrès posttraumàtic (Sheldon Cohen, Murphy, & Prather, 2019; Moya-Higueras et al., 2020). Una de les diferències importants entre els anomenats esdeveniments vitals estressants i esdeveniments traumàtics és, a més que els segons sí que poden generar trastorns traumàtics i els primers no, els anomenats estressants són més freqüents que els traumàtics (que amb una sola exposició ja poden generar totes les repercussions esmentades a l'organisme; Sheldon Cohen et al., 2019). De fet, com s'ha suggerit en diverses publicacions com la de Dohrenwend et al., (1993), el canvi és la principal propietat acceptada més universalment com a definitiva dels successos vitals. Aquests són esdeveniments que impliquen canvi en les activitats usuals dels individus que els experimenten (el potencial estressant d'un succés vital està en funció de la quantitat de canvi que comporta). Aquests esdeveniments vitals poden ser extraordinaris i extremadament traumàtics (de tal manera que serien considerats com a traumàtics), però generalment són esdeveniments habituals i més o menys normatius, com ara el matrimoni, la separació, el divorci, la pèrdua de feina, la pèrdua d'un amic o les petites violacions de la llei. Així, un dels aspectes centrals de l'orientació de l'estrès social basada en els esdeveniments vitals és la de canvi vital.

El canvi vital pot referir-se a situacions d'estrès i als factors socials estressants extrems, tals com les catàstrofes naturals (inundacions, terratrèmols, etc.) o certes situacions especialment traumàtiques (situacions bèl·liques, etc.). Les catàstrofes naturals solen ser estressos de curta durada i, en conseqüència, els efectes solen ser més aguts que crònics. Els estudis sobre els efectes d'aquestes situacions sobre la salut mental han suggerit que solen ser limitats i a curt termini (Cockerham, 2001). De vegades, però, certes situacions extremes poden esdevenir condicions més o menys cròniques; per exemple, l'estrès perllongat en alguns veterans de Vietnam ha portat a pertorbacions greus, com ara el trastorn d'estrès posttraumàtic. Aquest és un fenomen

molt documentat a la literatura científica sobre els efectes traumàtics de l'estrès i és similar a algunes reaccions patològiques associades a situacions estressants extremes més quotidianes (violacions, maltractament, etc.).

Quan parlem de situació traumàtica fem referència a “aquella experiència que té lloc de manera sobtada, inesperada i de caràcter no normatiu. Davant d'aquesta situació, l'individu es veu incapacitat per afrontar-ne les demandes. A més afecta el marc de referència de la persona així com les seves necessitats psicològiques (McCann & Pearlman, 1990). L'esdeveniment traumàtic deixaria una sèrie de seqüeles en la persona que ho vivència, donant lloc als símptomes propis de l'estrès posttraumàtic, pertorbant la vida personal, social i familiar de l'individu. És a partir dels anys vuitanta, quan el concepte d'estrès posttraumàtic s'incorpora al DSM-III i s'hi incorpora també, de manera oficial, el concepte de trauma.

Un altre tipus d'estrès social que ha estat investigat més recentment, i que es troba en un camí intermedi entre l'estrès recent (és a dir, l'estrès per successos vitals) i l'estrès crònic (és a dir, allò que s'ha fet en el llenguatge anglosaxó denominat *role strain*), és el denominat estrès diari (Santed, Sandín, Chorot, & Olmedo, 2013). Paykel & Tanner, (1976) parlen sobre la rellevància dels successos menors com a possibles factors inductors d'estrès. És a partir de la ja clàssica publicació de Kanner, Coyne, Schaefer, & Lazarus, (1981) quan es produeix el començament d'una nova línia de recerca sobre l'estrès basada en els successos menors o microestressors. Aquests esdeveniments, que habitualment són designats en el llenguatge anglosaxó sota el terme de *hassles*, han estat referits sota la denominació de contrarietats o successos menors (assumim, per tant, una distinció conceptual entre els successos menors i els successos vitals –aquests últims també entesos com a successos majors). Aquests autors suggereixen que mentre unes contrarietats estan determinades situacionalment (per exemple, embussos de trànsit, trucades telefòniques inesperades, etc.), altres són repetitives degut bé a que la persona roman en el mateix context (context laboral, matrimoni, etc.) amb demandes consistents i predictibles, o bé perquè les estratègies d'afrontament cap a situacions comunes són inefectives, com les relacionades amb persones d'autoritat o del sexe oposat. De fet, alguns autors han suggerit que aquest tipus d'estrès diari és millor predictor de la pertorbació de la salut, particularment dels trastorns crònics, que els successos més grans i traumàtics (Kanner et al., 1981). D'aquesta manera, es podria afirmar que és l'impacte acumulatiu d'aquests successos

quotidians, junt amb els esdeveniments vitals estressants, el que hauria de tenir més significació i proximitat amb la salut de les persones.

Tal com s'ha explicat anteriorment, hi ha molts estudis que determinen la importància d'esdeveniments vitals traumàtics i estressants per diferents àmbits de la persona. Tanmateix, trobem poca informació que unifiqui els esdeveniments vitals estressants amb altres factors ambientals. Per aquest motiu el nostre estudi s'ha basat a relacionar les experiències més traumàtiques, principalment representades per el maltractament, amb esdeveniments vitals estressants en la seva associació amb diferents variables psicosocials.

3. OBJECTIUS I HIPÒTESIS

3.1 Objectius i hipòtesis

3.1.1 Objectiu

El propòsit principal d'aquesta tesi és buscar variables que relacionin tots els tipus maltractament infantil amb la violència de gènere i les experiències psicòtiques en població no clínica, aspecte que ens permet explorar factors individuals i observar com aquest modulen la personalitat i els estils d'afrontament, per poder implantar plans de prevenció en el futur.

3.1.2 Hipòtesis

El maltractament infantil té un efecte sobre el fet de patir violència de gènere i experiències psicòtiques en població no clínica, sent aquest modulats pels estils d'afrontament i els factors de personalitat.

3.2 Objectiu i hipòtesis dels estudis que confronten la tesi

3.2.1 Objectiu i hipòtesis de l'estudi 1

Rol de mediació dels esdeveniments vitals estressants i estils d'afrontament en la relació entre trauma infantil i experiències psicòtiques en població no clínica.

Objectiu de l'estudi 1. L'objectiu del present estudi va ser estudiar de manera conjunta les interrelacions entre les variables independents (trauma, esdeveniments vitals estressants i estils d'afrontament) per entendre millor el mecanisme pel qual es relacionen les experiències traumàtiques amb les de tipus psicòtic mitjançant un model d'anàlisi de vies. En aquesta relació també es va plantejar analitzar l'impacte del trauma general (puntuació total de tots els esdeveniments), el d'abús total (suma de les puntuacions d'abús emocional, físic i sexual), el de la negligència total (suma de les puntuacions de negligència emocional i física) i l'impacte de cada tipus de trauma per separat. D'aquesta manera, es podria determinar la importància del trauma acumulatiu, el de les subcategories i el d'estar exposat a un tipus específic de trauma, així com el paper que tenen les diferents categories d'esdeveniments vitals estressants i els diferents estils d'afrontament en la relació amb les experiències psicòtiques.

Hipòtesis de l'estudi 1. La hipòtesi general presenta que l'efecte de les experiències traumàtiques sobre les experiències psicòtiques serà mediat tant pels

esdeveniments vitals estressants com pels estils d'afrontament no adaptatius. Donat que a la literatura sembla evident que existeix un efecte de les dues variables mediadores, s'ha suposat una relació directa entre els esdeveniments vitals estressants i els estils d'afrontament.

3.2.2 Objectiu i hipòtesis de l'estudi 2

Maltractament en la infància i trets patològics de personalitat en relació amb la revictimització per violència de gènere.

Objectiu de l'estudi 2. El propòsit perseguit per la investigació era investigar les relacions que hi pot haver entre l'abús i la negligència en la infància i la personalitat patològica en dones víctimes de violència de gènere, en concret en dues cohorts (dones víctimes d'una única relació de maltractament i dones víctimes de múltiples relacions de maltractament). Entre els objectius específics trobàvem: a) Explorar la relació entre el maltractament a la infància i la revictimització per múltiples parelles a l'edat adulta. B) Avaluar les diferències en les dimensions i trets patològics de personalitat entre les víctimes d'una única relació de maltractament. C) Estudiar les relacions existents entre el maltractament a la infància, ser víctima de més d'una relació de violència de gènere i les dimensions i trets patològics de la personalitat.

Hipòtesis de l'estudi 2.

1a hipòtesi de l'estudi 2. Les dones víctimes de múltiples parelles mostrarien significativament més puntuacions i percentatges de maltractament infantil respecte a les dones víctimes d'una única relació.

2a hipòtesi de l'estudi 2. Les dones víctimes de múltiples relacions de maltractament exhibirien puntuacions significativament superiors en les dimensions i els trets patològics de personalitat en comparació amb les dones víctimes d'una única relació.

3a hipòtesi de l'estudi 2. Ser dona víctima de més d'una relació de violència de gènere s'associa a puntuacions més grans en les dimensions i els trets patològics de la personalitat, a més del trauma a la infància, en comparació a les dones víctimes d'una única relació de violència de gènere.

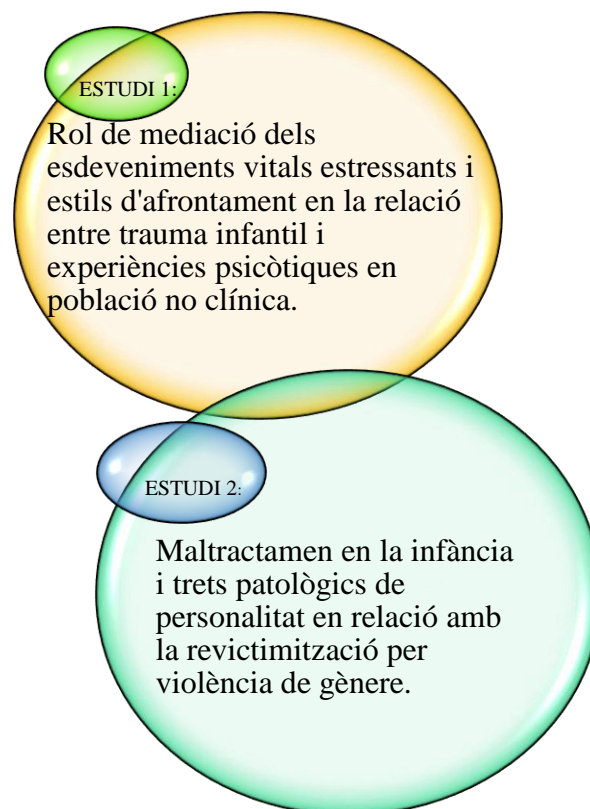
4a hipòtesi de l'estudi 2. S'espera que el maltractament durant la infància i les dimensions i els trets de personalitat patològica prediguin la revictimització.

4. MARC EXPERIMENTAL

Aquesta tesi està conformada per dos estudis relacionats entre si. **L'estudi 1:** *Rol de mediació dels esdeveniments vitals estressants i estils d'afrontament en la relació entre trauma infantil i experiències psicòtiques en població no clínica* i **l'estudi 2:** *maltractaments en la infància i trets patològics de personalitat en relació amb revictimització per violència de gènere*.

L'estudi 1 va servir per fer una primera aproximació en el tema, realitzar una gran recerca bibliogràfica per poder veure quins estudis conformaven la literatura i així observar que es podia aportar, es va poder treballar en la nostra primera mostra més accessible format per població no clínica i vam realitzar les primeres aportacions, la importància d'aquest estudi és que ens va aportat informació valuosa no només del tipus de trauma sinó de la puntuació total dels esdeveniments per separat i junts. En **L'estudi 2** vam recollir una mostra més acotada en la literatura, buscant com afectava el trauma i els trets de personalitat a la revictimització per violència masculista, a més l'aspecte innovador d'aquest és que es va utilitzar el PID-5 per recollir les mesures de personalitat.

Figura 3. *Estudis que conformen aquesta tesi doctoral i la relació entre si.*





*“Rol de mediació dels
Esdeveniments vitals
estressants i estils
d’afrontament en la relació
entre trauma infantil i
experiències psicòtiques en
població no clínica”*

Estudi 1

4.1 Estudi 1. Rol de mediació dels esdeveniments vitals estressants i els estils d'afrontament entre trauma infantil i experiències psicòtiques en població no clínica.

Resum

Introducció: Les experiències vitals estressants augmenten la probabilitat de desenvolupar algun tipus de trastorn mental, com la psicosis o les experiències psicòtiques. Diferents factors de risc i resiliència com els estils d'afrontament modulen aquesta relació entre experiències vitals estressants i trastorn mental. L'objectiu del present estudi ha estat conèixer millor el mecanisme pel qual el trauma impacta sobre les experiències de tipus psicòtic en població no clínica **Mètode:** la mostra ha estat formada per 292 estudiants universitaris (rang d'edat 18-28, 80'8% de participants de sexe femení) dels diferents graus de la Universitat de Lleida. S'ha avaluat als participants en línia administrant els instruments de mesura “*Escala de Evaluación Comunitaria de Experiencia Psíquicas- 15*”, “*Escala de Sucesos Vitales para Estudiantes Revisada*”, “*Childhood Trauma Questionnaire–Short Form*” i “*Cuestionario de Afrontamiento del Estrés*”. Partint d'un enfocament multidimensional, s'ha examinat els models de mediació, estudiant les interrelacions entre les variables mitjançant l'anàlisi de vies. **Resultats:** els resultats mostren com l'efecte del trauma sobre les experiències psicòtiques es donava tant directament com indirectament. Els únics subtipus de trauma que impacten de manera directa són el trauma acumulatiu i la negligència física. **Conclusions:** L'efecte indirecte es produeix per la via dels esdeveniments vitals estressants dependents i per la dels estils d'afrontament no adaptatius. Els resultats suggereixen la importància de treballar les estratègies per reduir l'estrès i millorar els mecanismes d'afrontament com a elements crucials per la prevenció i tractament.

Introducció

Al llarg dels últims anys les experiències psicòtiques han anat adquirint més força com a tema de recerca en la relació amb el trastorn psicòtic clínic, també conegut com a psicosi (Os, Linscott, Delepaul, & Krabbendam, 2008). Es tracta d'un conjunt de símptomes similars als de pacients esquizofrènics però presents en població normal (Os et al., 2008). Les experiències psicòtiques es distribueixen al llarg d'un contínuum de gravetat, a la part més extrema del qual se situa la psicosi (Os et al., 2008). No obstant això, les experiències psicòtiques atenuades no han de ser considerades com un conjunt homogeni de símptomes, sinó més aviat com un agregat d'experiències, entre les que s'engloben el pensament màgic, la ideació paranoide o les experiències perceptives estranyes (p. ex., al·lucinacions) (Nelson, Fusar-Poli, & Yung, 2012; Nelson & Yung, 2009). Així mateix, aquests fenòmens no es troben necessàriament associats amb malestar o limitació, ni tampoc amb un diagnòstic formal d'esquizofrènia o amb una alteració mèdica d'un altre tipus, si bé és cert que diferents estudis han trobat relació entre símptomes psicòtics atenuats i la presència de psicopatologia (p. ex., disfòria o depressió) (Cella, Cooper, Dymond, & Reed, 2008; Fonseca-Pedrero, Muñiz, Giráldez, García-Cueto, & Campillo-Álvarez, 2007; Yung et al., 2006).

Estudis recents han pogut corroborar com aquestes experiències també són habituals en la població general (Gawęda, Göritz, & Moritz, 2018, 2019; Os et al., 2008; Pionke, Gidzgie, Nelson, & Gawęda, 2020; Sun et al., 2015). Aquests resultats es troben en la mateixa línia que altres estudis que suggereixen que les experiències psicòtiques són un factor de risc important desencadenant del trastorn (Kaymaz et al., 2012; T. C. Kraan et al., 2018; Millan et al., 2017; Peh, Rapisarda, & Lee, 2019). Les evidències aportades per nombrosos estudis, suggereixen la importància d'estudiar els factors de risc associats a les experiències psicòtiques. D'aquesta manera, conèixer quins són aquests factors i com interaccionen, ajudaria a prevenir el desenvolupament del possible quadre clínic (Seiler, Nguyen, Yung, & O'Donoghue, 2020).

Revisions sistemàtiques i estudis epidemiològics mostren una prevalença d'aquestes experiències d'entre 5-8% en la població general (Linscott & Van Os, 2013; McGrath et al., 2015; Van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delepaul, & Krabbendam, 2009). A més a més, la metaanàlisi de Linscott & Van Os (2013) apunta que gairebé el

80% dels episodis eren transitoris, contra el 20% que persistien. D'aquestes un 7,4% contribuïen al desencadenament dels trastorns psicòtics clínics.

Aquests resultats es troben en la mateixa línia que altres estudis que suggereixen que les experiències psicòtiques són un important factor de risc desencadenant del trastorn psicòtic (Dominguez et al., 2011; Fonseca-pedrero, Paino, Sierra-baigrie, & Lemos-giráldez, 2012; Pionke et al., 2020). La revisió sistemàtica de Kaymaz et al., (2012) mostra que les experiències psicòtiques incrementen 3,5 vegades la probabilitat de desenvolupar psicosi. També s'ha trobat que hi ha una relació dosi-resposta, apuntant que en joves i adolescents com més freqüents són les experiències psicòtiques, major és el risc de desenvolupar un quadre clínic en edat adulta (Dominguez et al., 2011; Kaymaz et al., 2012). Aquestes dades recolzen de manera significativa el model de la continuïtat de la psicosi, indicant que aquelles experiències transitòries quan interaccionen amb factors ambientals de risc, així com factors personals, poden convertir-se en persistents i progressar fins a psicosi clínica (DeRosse, Nitzburg, Kompancaril, & Malhotra, 2014; J. T.W. Wigman et al., 2011; Johanna T.W. Wigman et al., 2011; Yung et al., 2009).

El model bio-psico-social planteja que la persistència de les experiències psicòtiques i el desencadenament del trastorn psicòtic clínic estan influenciats per la interacció entre la vulnerabilitat genètica i els factors de risc ambientals. Entre les variables psicosocials, en els darrers anys ha anat agafant força el paper dels esdeveniments vitals estressants traumàtics tant en la població clínic (Bailey et al., 2018; Bonoldi et al., 2013; Misiak et al., 2017), com en la població general (Kelleher et al., 2013; Pearce et al., 2017) o en grups d'alt risc per a la psicosi (T. Kraan, Velthorst, Smit, de Haan, & van der Gaag, 2015; Millan et al., 2017).

En població general mostren que el trauma prediu la persistència de les experiències psicòtiques, essent un factor de gran risc per a la transició cap al quadre clínic (Bonoldi et al., 2013; C. L. Cole, Newman-Taylor, & Kennedy, 2016; Gawęda et al., 2019; Kelleher et al., 2013; Varese et al., 2012a). El trauma contribueix a la severitat dels símptomes positius (Croft et al., 2019). En conseqüència, poden haver-hi més hospitalitzacions i major probabilitat de suïcidi (Rosenthal et al., 2020).

Els estudis anys enrere, acostumaven a centrar-se en la puntuació total del trauma, o bé, en tipus molt concrets, com l'abús sexual i l'abús físic (Lu et al., 2020;

Schäfer & Fisher, 2011). Però hi ha més tipus d'experiències traumàtiques, com són l'abús emocional, la negligència física i la negligència emocional (Asselmann et al., 2018; Bernstein et al., 1994). A més a més, s'ha pogut comprovar com els mecanismes associatius són diferents segons el tipus d'experiències psicòtiques amb les quals es relacionen les experiències de maltractament (Choi, 2017). Per tant, aquestes dades suggereixen la importància d'estudiar les diferents dimensions de les experiències psicòtiques.

En aquesta línia, hi ha estudis que plantegen que tots els tipus de trauma infantil relacionats amb abús i negligència s'associen de manera significativa amb les experiències psicòtiques. També apunten com cap mena de trauma en concret sembla ser més bon predictor que altres en la relació entre les dues variables (Croft et al., 2019; Varese et al., 2012a). En canvi, altres estudis, com el de McGrath et al., (2017), el qual va aportar dades de 16 països en l'àmbit mundial respecte la relació entre trauma i experiències psicòtiques, assenyalen que no tots els tipus de trauma s'associen de manera equivalent en la progressió cap al quadre clínic. Altrament, a la revisió sistemàtica de Peh et al., (2019) s'indica que en població d'alt risc per a la psicosi, es va trobar que encara que no tots els tipus de trauma predeïen la progressió cap al trastorn psicòtic clínic, l'abús sexual sí que tenia un impacte significatiu en aquesta progressió. Per tant, no sembla clar del tot si els esdeveniments traumàtics són homogenis en la seva relació amb les experiències de tipus psicòtic o si hi ha esdeveniments específics més importants que d'altres.

Malgrat el gran nombre d'evidències que donen suport als esdeveniments traumàtics com a factors de risc per a la psicosi, els mecanismes pels quals les dues variables es relacionen no són del tot clars. Es considera que la relació és poc probable que sigui directa, ja que, el trauma encara no es considera suficient per si sol per contribuir que les experiències psicòtiques progressin al quadre clínic (Gibson, Alloy, & Ellman, 2016; Misiak et al., 2017; Peh et al., 2019). Per aquest motiu, és de gran rellevància estudiar quins factors psicosocials intervenen com a mediadors en aquesta relació establerta.

Factors més proximals a la psicopatologia serien els esdeveniments vitals estressants i els estils d'afrontament. De fet, s'ha pogut comprovar que aquestes dues variables es relacionen tant amb el trauma (Begemann, Stotijn, Schutte, Heringa, & Sommer, 2017; Gruhn & Compas, 2020; Lataster, Myin-Germeys, Lieb, Wittchen, &

van Os, 2012) com amb les experiències psicòtiques (Lin et al., 2011; Mayo et al., 2017; Shakoor et al., 2016). D'aquesta manera, alguns estudis plantegen que les dues variables juguen un paper important en el mecanisme pel qual les experiències traumàtiques viscudes a la infància afecten les experiències psicòtiques (Ered, Gibson, Maxwell, Cooper, & Ellman, 2017; Goldstone, Farhall, & Ong, 2011).

Alguns estudis han investigat la direccionalitat en la relació entre les experiències de maltractament, de trauma i els esdeveniments vitals estressants. Així, nombrosos estudis afirmen que les experiències traumàtiques augmenten la probabilitat de presentar esdeveniments vitals estressants recents (Begemann et al., 2017; Bhavsar, Boydell, McGuire, Harris, Hotopf, Hatch, Maccabe, et al., 2019; Gerin et al., 2019; Varese et al., 2012b). De fet, l'estudi longitudinal de Wade et al., (2019) manifesta que les persones amb trauma infantil tenen 3 vegades més probabilitats de presentar estrès psicològic. Altres aporten que aquesta relació és de dosi-resposta, suggerint que a major nombre d'experiències traumàtiques major és el risc d'exposició als Esdeveniments vitals estressants (Manyema, Norris, & Richter, 2018). En aquesta relació no només és evident la generació d'estrès per part del trauma infantil, sinó que també s'associa a un increment de la sensibilitat a l'estrès (Gerin et al., 2019; Manyema et al., 2018; Varese et al., 2012a). L'estudi dut a terme per Edalati, Krank, & Schütz, (2020) mostra com tots els tipus de trauma infantil (abús emocional, sexual, físic i negligència emocional i física) avaluats amb el test CTQ ("Childhood Trauma Questionnaire") es relacionen amb l'increment de la percepció de l'estrès.

En aquesta línia, estudis suggereixen que els esdeveniments vitals estressants medien la relació entre les experiències traumàtiques i les experiències psicòtiques tant clíniques com subclíniques (Ayasa-Arriola et al., 2020b; Gibson, Reeves, Cooper, Olino, & Ellman, 2018; Goldstone, Farhall, & Ong, 2012; J. Williams, Bucci, Berry, & Varese, 2018). L'impacte del trauma infantil sobre l'augment del risc d'exposició als esdeveniments vitals estressants, així com la sensibilització a aquests, sembla ser el mecanisme pel qual els esdeveniments vitals estressants intervenen en la relació del trauma i el risc per a les experiències de tipus psicòtic, la seva persistència i la intensificació dels símptomes (Bhavsar, Boydell, McGuire, Harris, Hotopf, Hatch, Maccabe, et al., 2019; Collip, Myin-Germeys, & Van Os, 2008; Cristóbal-Narváez et al., 2016; Lardinois, Lataster, Mengelers, Van Os, & Myin-Germeys, 2011; Rössler, Ajdacic-Gross, Rodgers, Haker, & Müller, 2016).

Respecte al segon factor de risc, tal com afirma la metaanàlisi de Compas et al., (2017b) els estils d'afrontament desadaptatius es relacionen amb majors nivells de símptomes clínics en general. En canvi, aquells més adaptatius s'esdevenen factors de protecció. La relació de les experiències traumàtiques amb els estils d'afrontament de caràcter més negatiu és evident (Hardy, 2017). La revisió de Gruhn & Compas, (2020) exposa que la direcció d'aquesta relació mostra com el trauma s'associa amb l'augment dels estils d'afrontament desadaptatius com ara l'evitació, l'expressió emocional oberta o la supressió emocional. En la relació amb les experiències psicòtiques, estudis en població general han trobat que els estils d'afrontament no adaptatius intervenen en la relació entre les experiències traumàtiques i les de tipus psicòtic (Ered et al., 2017; McMahon et al., 2020; Mongan, Shannon, Hanna, Boyd, & Mulholland, 2019a; Powers, Fani, Cross, Ressler, & Bradley, 2016). A més, el trauma prediu menor control sobre les experiències psicòtiques afavorint l'ús dels estils d'afrontament disfuncionals (Bak et al., 2005).

La majoria d'estudis previs investiguen les relacions comentades de forma aïllada. Són pocs els estudis que han estudiat de manera conjunta l'efecte dels esdeveniments traumàtics (maltractament), dels esdeveniments vitals estressants i dels estils d'afrontament en relació amb les experiències psicòtiques. Recerques en població general apunten que els estils d'afrontament disfuncionals intervenen per separat tant a les experiències traumàtiques com als esdeveniments vitals estressats en la relació amb les experiències de tipus psicòtic (Ered et al., 2017; Goldstone et al., 2011). A més a més, els resultats dels estudis de Goldstone et al., (2011, 2012) proposen que els estressos en combinació amb les experiències traumàtiques prediuen les experiències psicòtiques, afegint que els estils d'afrontament no adaptatius intervenen parcialment la relació de l'estrès amb les experiències psicòtiques tant clíniques com subclíniques.

Un altre punt important segons la literatura científica recent és que, amb relació a la psicosi i a les experiències psicòtiques, estudis anteriors han examinat els esdeveniments vitals de manera conjunta, o bé, centrant-se en un esdeveniment en concret (Ered et al., 2017; Kendler & Baker, 2007; Koyanagi, Stickley, & Haro, 2015; Sharifi et al., 2012). Per contra, en la recerca de trastorns externalitzats i internalitzats, diferents estudis han ressaltat la importància de diferenciar als esdeveniments vitals en aquells que són dependents (atribuïbles a les característiques o accions de la persona), independents (els que no són controlats per la persona), interpersonal (esdeveniments

involucrats en la relació de la persona amb altres) i no-interpersonals (són tots els que no afecten la relació d'una persona amb algú altre) com a causa de la diferència d'impacte que tenen sobre la dimensió avaluada (E. M. Hernandez, Trout, & Liu, 2016; March-Llanes, Marqués-Feixa, Mezquita, Fañanás, & Moya-Higueras, 2017; Moya-Higueras et al., 2020). En la mateixa direcció, alguns estudis indiquen que un increment dels esdeveniments vitals estressants dependents i independents es relacionen amb majors nivells d'experiències de tipus psicòtic (Shakoor et al., 2016). Resultats que confirmen la necessitat de categoritzar als Esdeveniments vitals estressants.

Finalment, en una important metaanàlisi sobre símptomes psicòtics en adults, Bloomfield et al., (2021) van trobar que existiren nombrosos factors psicològics que ens permetrien entendre com ens afecten les experiències traumàtiques per facilitar l'aparició de símptomes psicòtics. Així, els estils d'afrontament a les diferents experiències vitals han mostrat ser una variable medidora significativa en la relació entre els esdeveniments traumàtics i la psicosi.

Objectiu

L'objectiu del present estudi va consistir a estudiar de manera conjunta les interrelacions entre les variables independents, trauma, esdeveniments vitals estressants i estils d'afrontament, per entendre millor el mecanisme pel qual es relacionen les experiències traumàtiques amb les de tipus psicòtic mitjançant un model d'anàlisi de vies. En aquesta relació també s'ha plantejat analitzar l'impacte del trauma general (puntuació total de tots els esdeveniments), el d'abús total (suma de les puntuacions d'abús emocional, físic i sexual), el de la negligència total (suma de les puntuacions de negligència emocional i física) i l'impacte de cada tipus de trauma per separat. D'aquesta manera, determinar la importància del trauma acumulatiu, el de les subcategories i el d'estar exposat a un tipus específic de trauma, així com el paper que tenen les diferents categories d'Esdeveniments vitals estressants i els diferents estils d'afrontament en la relació amb les experiències psicòtiques.

Hipòtesis

Així, la hipòtesi principal del present estudi va ser que l'efecte de les experiències traumàtiques sobre les experiències psicòtiques seria mediada tant pels esdeveniments vitals estressants com pels estils d'afrontament no adaptatius. Donat que en la literatura és evident la relació entre les dues variables mediadores (Armando et al., 2018; Chou, Chao, Yang, Yeh, & Lee, 2011; Ered et al., 2017; Jalbrzikowski et al., 2014) s'ha suposat una relació directa entre els esdeveniments vitals estressants i els estils d'afrontament.

Metodologia

Participants

El nombre total de participants va estar de 292 estudiants universitaris (80.8% de noies) de la Universitat de Lleida. L'edat mitjana va resultar en 20.61 anys (DT = 1.92).

Instruments

Childhood Trauma Questionnaire

Es va aplicar el qüestionari Childhood Trauma Questionnaire–Short Form (CTQ-SF) en versió espanyola validada per Hernandez et al., (2013). Aquesta versió és una forma més curta que la versió inicial de 70 ítems Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) generada per Bernstein et al., (1994). El CTQ-SF és un autoinforme de 30 ítems que avalua 5 tipus d'experiències traumàtiques: abús emocional, abús físic, abús sexual, negligència emocional i negligència física. Les opcions de resposta per cada ítem es puntuaven en una escala tipus Likert de 5 punts en una dimensió de freqüència que va des de “mai” fins a “sovint”. Per les anàlisis que es van dur a terme en aquest estudi es van sumar les respostes a tots els ítems per obtenir la puntuació total de CTQ. A més, també es va generar la puntuació total d'abús sumant les puntuacions d'abús emocional, físic i sexual. De la mateixa manera, es va sumar les puntuacions de negligència emocional i física per obtenir la puntuació total de negligència. La consistència interna obtinguda del CTQ-SF total en la nostra mostra va ser de α de Cronbach = .73.

ESVE-R

Per avaluar els esdeveniments vitals estressants recents es va emprar l'Escala de Sucesos Vitales para Estudiantes-Revisada (ESVE-R), validada en població espanyola universitària per Martínez-Correa & Reyes, (2003). Aquest instrument està format per 44 ítems amb opció de resposta dicotòmica, dirigida per avaluar el succés durant l'últim any dels diferents estressos. Per poder valorar el grau d'afectació, tal com es fa en altres estudis (Sarason, Johnson, & Siegel, 1978), es va considerar oportú ampliar les opcions de resposta incorporant el grau d'afectació (des de “molt negativament” fins a “molt positivament”) que han experimentat amb aquell esdeveniment vital estressant viscut. Addicionalment, es van classificar els 44 ítems en 4 categories. Tal com s'ha realitzat en altres estudis (Hankin, Stone, & Ann Wright, 2010; Rudolph et al., 2000) es va diferenciar aquells estressos que eren considerats dependents, independents, interpersonal i no-interpersonal. La categorització d'aquests estressos, s'ha dut a terme amb l'acord obtingut per part de tots els membres del grup de recerca avaluant cada ítem segons la classificació proposada. Finalment, també es va eliminar l'ítem 9 pel fet que responia directament al que es volia mesurar, tal com s'ha suggerit en anteriors publicacions (Moya-Higueras et al., 2020; Turner & Wheaton, 1997). Tenint en compte les respostes al grau d'afectació, també es van calcular els esdeveniments totals considerats com a negatius o positius. La consistència interna del ESVE-R total en la mostra va ser de α de Cronbach = .62.

CAE

Per avaluar els estils d'afrontament es va utilitzar el qüestionari CAE (Cuestionario de Afrontamiento del Estrés) validat en versió espanyola per Sandín & Chorot (2003), en una mostra d'estudiants universitaris. El test és un autoinforme de 42 ítems (6 ítems per cada estil d'afrontament) en el qual les categories de resposta es classificaven en una escala tipus *Likert* de 5 punts que oscil·len des de “mai” fins a “quasi sempre”. El qüestionari permet avaluar 7 estils bàsics d'afrontament davant experiències estressants: cerca de suport social, expressió emocional oberta, religió, focalització en la solució del problema, evitació, auto-focalització negativa i reavaluació

positiva. La consistència interna del CAE total en la mostra va ser de α de Cronbach = .75.

CAPE

El CAPE-15, validat en població universitària i clínica amb psicosi (Capra, Kavanagh, Hides, & Scott, 2017) es va emprar per avaluar les experiències psicòtiques. Aquesta és la forma curta de la versió més extensa “Escala de Evaluación Comunitaria de Experiencias Psíquicas-42” (Fonseca-Pedrero, Paino, Lemos-Giráldez, & Muñiz, 2012). La CAPE-15 és una escala d’autoinforme amb un total de 15 ítems que a part de proporcionar una puntuació total, també permet avaluar 3 dimensions: ideació persecutòria, experiències estranyes i anormalitats perceptives. La puntuació es realitza en una escala tipus Likert de 4 punts (des de “mai” fins “quasi sempre”). En cas afirmatiu en algun dels ítems es tornarà a respondre en una mateixa escala que oscil·la des de “no em molesta gens” fins “em molesta molt”. La CAPE-15 total en la nostra mostra presenta una consistència interna de α de Cronbach = .74.

Procediments

Es va dissenyar un estudi transversal. Després de l’aprovació de l’estudi per part del comitè ètic de la Universitat de Lleida, es va reclutar als estudiants a través de les xarrades informatives que es van oferir aula per aula en el grau de psicologia, treball social, educador social, medicina i ingeriria informàtica del present estudi, de la importància d’aquest i la seva repercussió en l’àmbit clínic. Se’ls va facilitar les instruccions per accedir al qüestionari en línia creat des de EUSurvey als voluntaris de l’estudi que estiguessin interessats a participar. On ells mateixos en el seu temps lliure van autocompletar tots els instruments mencionats anteriorment.

Anàlisi

Per les anàlisis estadística es va utilitzar el programa SPSS versió 22 i l'EQS 6.1 *Structural Equations Program* (Bentler, 2006). En primer lloc, es va dur a terme l'anàlisi descriptiva de les dades. En segon lloc, es van dur a terme correlacions bivariades de Pearson per estudiar les relacions que s'establien entre les variables independents (experiències traumàtiques, esdeveniments vitals estressants i estils d'afrontament) i la variable dependent (experiències psicòtiques amb les seves dimensions incloses), així com les variables independents entre elles.

A causa de la limitada grandària de la mostra i la quantitat de variables que es volien relacionar a l'anàlisi de vies, es va haver de portar a terme una anàlisi reduïda. L'estratègia per seleccionar les variables que poder introduir a l'anàlisi de vies va consistir a triar les variables que donaven resultats significatius en regressions lineals on la variable dependent eren les experiències psicòtiques.

Finalment, es van fer diverses anàlisis de vies, tenint en compte els diferents factors dels instruments utilitzats. Per comprovar la bondat d'ajust dels models, es van obtenir els índexs d'ajust recomanats per la literatura (Barrett, 2007; Hu & Bentler, 1999; Stage, Carter, & Nora, 2004). La Khi-quadrada de Satorra-Bentler es considera una bona mesura per la bondat d'ajust quan el model no és normal. També es va tindre en compte els índexs d'ajuts normalitzat i no normalitzat de Bentler-Bonett (BBNFI, BBNNFI), on valors entre .90 i .95 es consideren acceptables, mentre que valors superiors a .95 indiquen un bon ajust. A més, es va tenir en compte l'índex d'ajust comparatiu (CFI) i l'índex d'ajust incremental de Bollen (IFI; puntuacions acceptables superiors a .95). Finalment, l'error quadràtic mitjà d'aproximació (RMSEA) proposa un ajust acceptable en valors entre .08-.05 i un bon ajust quan és inferior a .05.

Resultats

Característiques de la mostra i anàlisis correlacionals

A la Taula 1.1 es presenten les característiques de la mostra, aportant la mitjana i la desviació típica de cada una de les variables estudiades. A més en la mateixa taula es poden observar les correlacions entre les diferents variables. D'acord amb la proposta de (Hemphill, 2003) per interpretar les correlacions a Psicologia, trobem que el trauma general correlaciona significativament, de manera positiva i amb una magnitud elevada tant amb la puntuació total de les experiències psicòtiques ($r=0.305$, $p<0.01$) com amb anormalitats perceptives ($r=0.346$, $p<0.01$). En la mateixa línia, es troba relació també significativa, positiva, però amb magnitud moderada amb les altres dues dimensions ideació persecutòria ($r=0.227$, $p<0.01$) i experiències estranyes ($r=0.241$, $p<0.01$). Quant als subtipus de trauma i a les puntuacions totals d'abús i negligència per separat, també segueixen la mateixa línia, a excepció de l'abús sexual i físic que no s'associa significativament amb el subtipus de les experiències psicòtiques corresponent a les experiències estranyes.

Pel que fa als esdeveniments vitals estressants, les 3 subcategories es relacionen amb puntuació total d'experiències. L'associació més forta és amb els esdeveniments vitals estressants dependents interpersonals negatius ($r=0.415$, $p<0.01$) seguida dels dependents No-interpersonals negatius ($r=0.360$, $p<0.01$) i amb una magnitud menor els esdeveniments vitals independents no-interpersonals negatius ($r=0.280$, $p<0.01$). També cal assenyalar que es relacionen de manera semblant amb els tres factors de les experiències psicòtiques.

Referent als estils d'afrontament, és relaciona de manera positiva i significativa la religió ($r=0.270$, $p<0.01$), l'expressió emocional oberta ($r=0.34$, $p<0.01$) i la autofocalització negativa ($r=0.36$, $p<0.01$). amb els altres subtipus es vinculen de manera similar (vegeu taula 1).

Per últim, respecte a la relació entre les variables independents, trauma general es correlaciona parcialment amb els d'esdeveniments vitals estressants i els estils d'afrontament. D'altra banda, la relació entre estrès i estils d'afrontament, l'única variable que no s'associa amb cap esdeveniments vital estressant és la de religió.

Taula 1. *Correlacions entre les variables estudiades, mitjanes i desviacions típiques.*

| | Mean (SD) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|--------------------|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----|----|----|
| 1.PLEtotal | 21.66(4.04) | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.CTQtotal | 47.06(8.49) | .30** | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.ABUStotal | 19.17(5.42) | .28** | .90** | 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 4.NEGtotal | 14.40(4.76) | .29** | .82** | .58** | 1 | | | | | | | | | | | | |
| 5.PLEIDE | 8.95(1.90) | .78** | .23** | .26** | .17** | 1 | | | | | | | | | | | |
| 6.PLEEXP | 9.55(2.55) | .89** | .24** | .19** | .26** | .43** | 1 | | | | | | | | | | |
| 7.PLEPER | 3.16(5.40) | .53** | .35** | .27** | .37** | .28** | .42** | 1 | | | | | | | | | |
| 8.ABEMO | 7.91(3.71) | .26** | .84** | .90** | .60** | .24** | .19** | .22** | 1 | | | | | | | | |
| 9.ABFIS | 5.61(1.58) | .12* | .68** | .71** | .45** | .10 | .09 | .12* | .57** | 1 | | | | | | | |
| 10.ABSEX | 5.64(2.01) | .18** | .32** | .48** | .10 | .18** | .10 | .22** | .12* | .07 | 1 | | | | | | |
| 11.NEGEMO | 8.38(3.42) | .25** | .78** | .58** | .95** | .14* | .21** | .28** | .63** | .42** | 0.06 | 1 | | | | | |
| 12.NEGFIS | 6.02(1.89) | .31** | .67** | .43** | .81** | .16** | .28** | .42** | .39** | .39** | 0.15* | .58** | 1 | | | | |
| 13.DINTAPP | 5.84 (3.21) | .15** | .04 | .08 | -.06 | .14* | .11 | .15* | .13* | -.01 | -0.02 | -.08 | .01 | 1 | | | |
| 14.DINTAPN | 4.88 (4.66) | .41** | .29** | .26** | .21** | .39** | .33** | .15** | .30** | .10 | 0.07 | .19** | .20** | .16** | 1 | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--------------|-------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|--------|-------|--------|
| 15.DNINAPP | 3.95 (3.38) | .15** | .16** | .15** | .17** | .05 | .17** | .16** | .14* | .11 | 0.06 | .15* | .17** | .36** | .03 | 1 | |
| 16.DNINAPN | 5.77 (4.74) | .36** | .26** | .22** | .26** | .25** | .32** | .29** | .25** | .06 | 0.07 | .23** | .25** | .16** | .45** | -.03 | 1 |
| 17.INDINAPP | .05 (.32) | -.03 | -.00 | .07 | -.06 | -.03 | -.03 | .01 | .03 | .14* | 0.01 | -.06 | -.04 | .03 | -.01 | .00 | -.02 |
| 18.INDINAPN | 1.58 (2.05) | .28** | .22** | .19** | .21** | .15** | .28** | .26** | .19** | .04 | 0.13* | .17** | .22** | .19** | .43** | .04 | .06** |
| 19.INDNIAPP | .02 (.15) | -.01 | -.02 | .00 | -.07 | .01 | -.02 | -.03 | .02 | -.00 | -0.03 | -.06 | -.06 | .03 | .06 | -.08 | .10 |
| 20.INDNIAPN | .99 (1.41) | .26** | .16** | .11 | .19** | .21** | .21** | .17** | .13* | .00 | 0.06 | .15** | .22** | .23** | .40** | .08 | .55** |
| 21.BAS | 13.51(6.03) | -.02 | -.18** | -.08 | -.25** | -.05 | .01 | -.03 | -.09 | -.06 | -0.01 | -.29** | -.10 | .18** | .01 | .11 | -.05 |
| 22.EEA | 8.86 (3.24) | .34** | .21** | .22** | .12* | .33** | .25** | .24** | .23** | .13* | 0.07 | .07 | .16** | .12** | .30** | .07 | .15* |
| 23.RLG | 1.74 (3.75) | .27** | .06 | .07 | .02 | .19** | .26** | .11 | .06 | .03 | 0.05 | -.02 | .09 | .03 | .10 | -.02 | .07 |
| 24.FSP | 13.40 (4.64) | -.08 | -.11 | -.04 | -.19** | -.12* | -.04 | -.04 | -.02 | -.03 | -0.05 | -.21** | -.09 | .19** | -.15** | .20** | -.13* |
| 25.EVT | 12.58 (4.00) | -.02 | .03 | .09 | -.09 | .05 | -.04 | -.11 | .14* | -.03 | 0.01 | -.05 | -.13* | .08 | .12* | -.01 | .07 |
| 26.AFN | 8.45 (3.71) | .36** | .24** | .27** | .17** | .35** | .27** | .14* | .25** | .16** | 0.12* | .19** | .09 | -.02 | .31** | -.14* | .30** |
| 27.REP | 14.62(3.89) | -.07 | -.11 | -.02 | -.21** | -.06 | -.05 | -.05 | -.03 | -.02 | 0.00 | -.23** | -.12* | .24** | -.09 | .18* | -.18** |

| | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|--------------------|------|--------|------|------|--------|-------|------|--------|-------|--------|
| 17.INDINAPP | 1 | | | | | | | | | |
| 18.INDINAPN | -.03 | 1 | | | | | | | | |
| 19.INDNIAPP | .05 | .00 | 1 | | | | | | | |
| 20.INDNIAPN | -.05 | .42** | .11 | 1 | | | | | | |
| 21.BAS | .12* | -.02 | .02 | .05 | 1 | | | | | |
| 22.EEA | -.03 | .14* | -.05 | .10 | .14* | 1 | | | | |
| 23.RLG | .01 | .03 | -.04 | .03 | -.01 | .09 | 1 | | | |
| 24.FSP | .10 | -.09 | .05 | -.09 | .44** | -.06 | .07 | 1 | | |
| 25.EVT | -.05 | .04 | .02 | -.03 | -.01 | .09 | .04 | .10 | 1 | |
| 26.AFN | -.01 | .21** | .03 | .13* | -.18** | .24** | .13* | -.25** | .24** | 1 |
| 27.REP | .01 | -.15** | .04 | -.07 | .32** | -.03 | -.03 | .51** | .26** | -.25** |

Nota. PLEtotal: puntuació total d'experiències, CTQtotal: puntuació total trauma infantil, ABUStotal: puntuació total d'abús, NEGtotal: puntuació total de negligència, PLEIDE: ideació persecutòria, PLEEXP: experiències estranyes, PLEPER: anormalitats perceptives, ABEMO: abús emocional, ABFIS: abús físic, ABSEX: abús sexual, NEGEMO: negligència emocional, NEGFIS: negligència física, DINTAPP: esdeveniments vitals dependents interpersonals positius, DINTAPN: esdeveniments vitals dependents interpersonals negatius DNINAPP: esdeveniments vitals dependents no interpersonal positius, DNINAPN: esdeveniments vitals dependents no-interpersonals negatius, INDINAPP: esdeveniments vitals independents interpersonals positius, INDINAPN: esdeveniments vitals independents interpersonals negatius, INDNIAPP: esdeveniments vitals independents no-interpersonals positius, INDNIAPN: esdeveniments vitals independents no-interpersonals negatius, BAS: cerca de suport social, EEA: expressió emocional oberta, RLG: religió, FSP: focalitzat en la solució del problema, EVT: evitació, AFN: autofocalització negativa, REP: revaluació positiva.

* p< 0.05, ** p<0.01

Anàlisi de regressions

Amb l'objectiu de reduir el nombre de variables que introduir en l'anàlisi de vies, es va realitzar una sèrie de regressions lineals on la variable dependent sempre era el total d'experiències psicòtiques i els seus factors. D'aquesta manera les variables independents que no impactaren significativament van quedar excloses de les següents anàlisis. (Veieu Taula 2).

Taula 2. *Regressions lineals.*

| | PLE total | | PLEIDE | | PLEEXP | | PLEPER | |
|----------|-----------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|
| | β | CI (95%) | β | CI (95%) | β | CI (95%) | β | CI (95%) |
| ABEMO | .215** | .065, .403 | .270** | .056, .220 | .119 | -.028, .191 | .096 | -.008, .036 |
| ABFIS | -.102 | -.602, .085 | -.073 | -.254, .078 | -.084 | -.357, .087 | -.105 | -.080, .008 |
| ABSEX | .121* | .022, .464 | .139* | .024, .238 | .056 | -.073, .213 | .153** | .013, .070 |
| NEGEMO | -.015 | -.204, .168 | -.068 | -.128, .052) | .019 | -.106, .135 | .036 | -.018, .030 |
| NEGFIS | .261*** | .267, .850 | .108 | -.032, .250 | .253*** | .152, .530 | .379*** | .071, .14 |
| DINTAPP | .018 | -.120, .165 | .069 | -.029, .111 | -.032 | -.118, .068 | .037 | -.014, .027 |
| DINTAPN | .305*** | .160, .369 | .360*** | .096, .198 | .217** | .051, .187 | -.012 | -.016, .013 |
| DNINAPP | .138* | .033, .297 | .015 | -.056, .073 | .177* | .047, .219 | .146* | .004, .042 |
| DNINAPN | .220 | .069, .306 | .110 | -.014, .102 | .215* | .038, .193 | .244** | .011, .045 |
| INDINAPP | -.022 | -1.56, -1.02 | -.031 | -.813, .44 | -.016 | -.964, .714 | .021 | -.148, .219 |
| INDINAPN | .020 | -.214, .294 | -.091 | -.209, .040 | .072 | -.076, .255 | .132 | -.001, .071 |
| INDNIAPP | -.042 | -3.84, -1.62 | -.022 | -1.60, -1.06 | -.041 | -2.46, -1.09 | -.044 | -.542, .234 |
| INDNIAPN | -.006 | -.386, .350 | .030 | -.139, .221 | -.027 | -.288, .191 | -.026 | -.062, .042 |
| BAS | -.011 | -.086, .070) | -.030 | -.047, .028 | .019 | -.044, .060 | -.066 | -.017, .006 |
| EEA | .266*** | .199, .465 | .259*** | .088, .217 | .180** | .053, .230 | .230*** | .019, .058 |
| RLG | .211*** | .117, .338 | .141** | .018, .125 | .213*** | .072, .219 | .076 | -.005, .027 |
| FSP | -.024 | -.131, .089 | -.063 | -.079, .028 | .004 | -.071, .076 | .019 | -.014, .019 |
| EVT | -.148** | -.261, -.037 | -.066 | -.085, .023 | -.148* | -.169, .020 | -.179** | -.041, -.008 |
| AFN | .313*** | .216, .467 | .283*** | .084, .206 | .259*** | .094, .261 | .129* | .000, .037 |
| REP | .080 | -.048, .213 | .081 | -.024, .103 | .054 | -.051, .122 | .053 | -.012, .027 |

Nota. PLEtotal: puntuació total d'experiències, CTQtotal: puntuació total trauma infantil, ABUSotal: puntuació total d'abús, NEGtotal: puntuació total de negligència, PLEIDE: ideació persecutòria, PLEEXP: experiències estranyes, PLEPER: anormalitats perceptives, ABEMO: abús emocional, ABFIS: abús físic, ABSEX: abús sexual, NEGEMO: negligència emocional, NEGFIS: negligència física, DINTAPP: esdeveniments vitals dependents interpersonal positius, DINTAPN: esdeveniments vitals dependents interpersonal negatius, DNINAPP: esdeveniments vitals dependents no interpersonal positius, DNINAPN: esdeveniments vitals dependents no-interpersonals negatius, INDINAPP: esdeveniments vitals independents interpersonal positius, INDINAPN: esdeveniments vitals independents interpersonal negatius, INDNIAPP: esdeveniments vitals independents no-interpersonals positius, INDNIAPN: esdeveniments vitals independents no-interpersonals negatius, BAS: cerca de suport social, EEA: expressió emocional oberta, RLG: religió, FSP: focalitzat en la solució del problema, EVT: evitació, AFN: autofocalització negativa, REP: revaluació positiva.

* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

De les experiències traumàtiques infantils els subtipus seleccionats per la seva significació amb experiències psicòtiques varen ser l'abús emocional, l'abús sexual i la negligència física. El model de regressió explicava un 14% de la variància de les puntuacions totals d'experiències, un 9.2% de la ideació persecutòria, un 9.6% de les experiències estranyes i un 21% de les anormalitats perceptives.

Tots els esdeveniments vitals estressants eren predictors de les experiències psicòtiques. La categoria que més impacte presentava sobre les experiències psicòtiques és la referent als esdeveniments vitals estressants dependents. Dels seus subtipus l'únic que no va obtenir una relació directa era els dependents interpersonals positius. Aquest model explicava un 23% de variància del total de les experiències, un 17% d'ideació persecutòria, un 18% d'experiències estranyes i un 13% de les anormalitats perceptives.

Per últim, pel que fa als tipus d'estils d'afrontament, van impactar significativament l'expressió emocional oberta, la religió, l'evitació i l'autofocalització negativa. Aquest model de regressió explicava un 26% de variància de la puntuació total d'experiències, un 21% de la ideació persecutòria, un 17% de les experiències estranyes i un 9.9% de les anormalitats perceptives.

Anàlisi de vies del total del trauma infantil

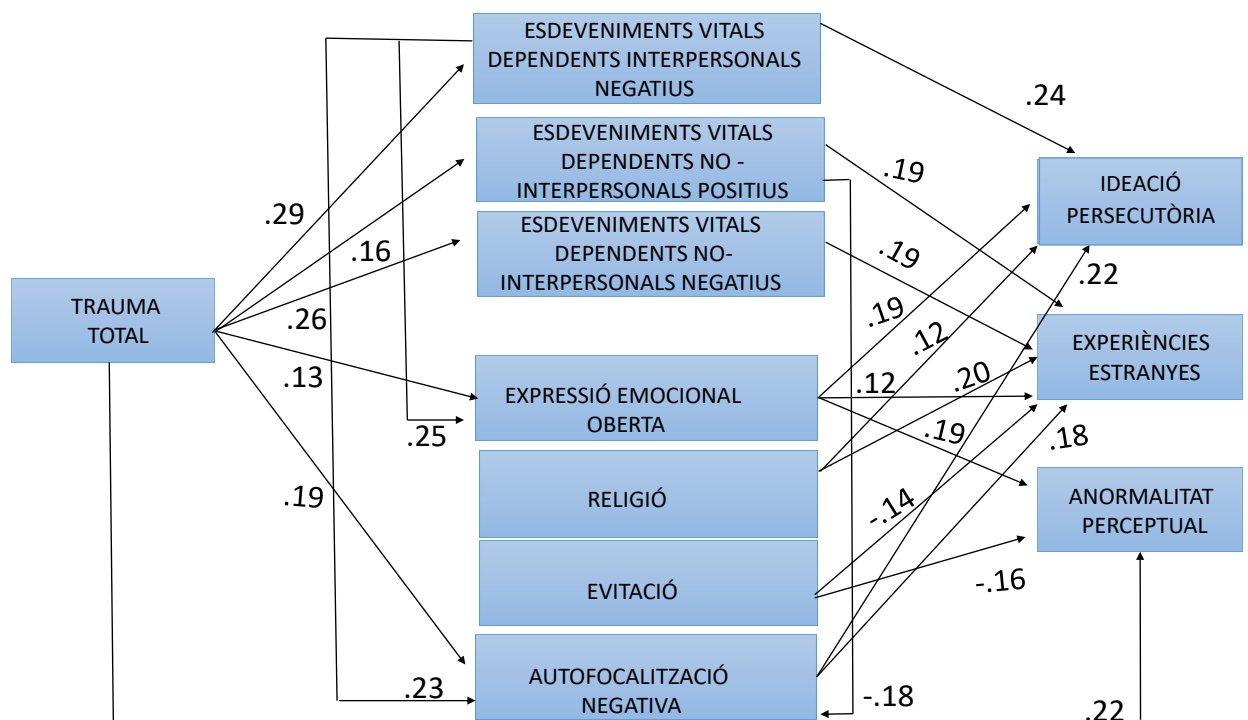
L'estratègia d'anàlisi va estar focalitzada en determinar la relació de les múltiples variables independents amb les dependents començant des d'una perspectiva més general a més específica. Així, en primer lloc, vam avaluar la relació del trauma total amb la resta de variables per predir les experiències. Tal com es pot veure a la Taula 3, el model inicial no es va ajustar a les dades. Després de reespecificar el model segons el test de Lagrange, el model sí que es va ajustar a les dades. El mateix va passar quan la variable dependent no era el total de les experiències sinó cadascun dels factors. Tal com es pot veure a la Figura 1, el trauma total no va predir de forma directa les variables dependents, excepte en el cas d'anormalitat perceptives. La puntuació de trauma total si es va associar a diferents factors d'esdeveniments vitals i d'afrontament a l'estrès, i aquests van predir tots els factors d'experiències psicòtiques. Per tant, la relació entre trauma total i les experiències psicòtiques s'explica per una medicació (parcial en el cas d'anormalitat perceptives i total en ideació suïcida i experiències estranyes). Específicament, la relació més significativa la trobem entre el trauma i els

esdeveniments vitals, i aquests amb l'ideació suïcida. S'observen diferents relacions on no hi ha mediació, ja que la relació s'acaba en les variables intermèdies com que el trauma influeix en els esdeveniments vitals però aquest no tenen relació amb l'anormalitat perceptiva, tot i que aquesta és predita per l'estil d'afrontament Expressió emocional oberta. Finalment, no s'observa relació entre el trauma total i la variable de religió i evitació. Aquest model explica el 26% de la variància de les ideacions persecutòries, el 27% de les experiències estranyes i el 22% de les anormalitats perceptives.

Taula 3. Bondat d'ajust dels diferents models d'anàlisi de vies.

| Trauma | PLE | Model | χ^2 | Gl | p | BBNFI | BBNNFI | CFI | IFI | RMSEA | (LO-HI 90%) |
|----------------------------|---------|---------|----------|----|-------|-------|--------|------|------|-------|-------------|
| Total | Factors | Inicial | 24.94 | 14 | .035 | .893 | .760 | .939 | .950 | .052 | .014, .084 |
| | | Final | 14.68 | 13 | .328 | .937 | .960 | .991 | .992 | .021 | .000, .064 |
| Abús vs. negligència | Factors | Inicial | 78.12 | 14 | <.001 | .730 | -.353 | .713 | .767 | .125 | .099, .153 |
| | | Final | 30.48 | 21 | .083 | .895 | .867 | .958 | .965 | .039 | .000, .068 |
| Tipus específics de trauma | Factors | Inicial | 54.15 | 16 | <.001 | .835 | .086 | .839 | .878 | .091 | .065, .117 |
| | | Final | 42.32 | 29 | .052 | .846 | .818 | .933 | .946 | .040 | .000, .064 |

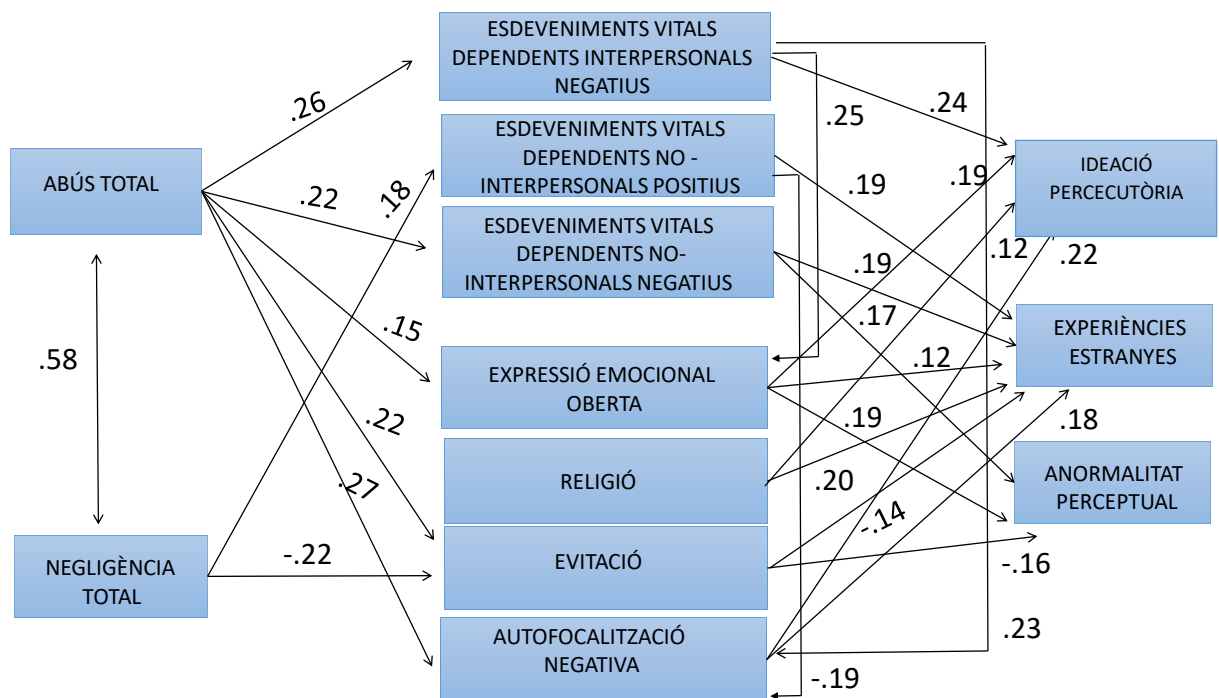
Figura 1. Anàlisi de vies amb trauma total com a variable independent



Anàlisi de vies de l'abús i negligència totals

Igual que l'anterior anàlisi, el model inicial no es va ajustar a les dades. Després de reespecificar el model segons el test de Lagrange, el model sí que va obtenir l'ajust (vegeu Taula 1.3). En la Figura 2 s'observa una mediació completa entre els dos factors d'abús i negligència respecte de les experiències de tipus psicòtic. Respecte de les variables mediadores, l'abús total les predeïa, mentre que negligència que tan sols o va fer amb evitació i esdeveniments vitals dependents no interpersonals positius. Els estils d'afrontament expressió emocional oberta i autofocalització negativa seguien parcialment la relació entre els esdeveniments vitals estressants i les experiències psicòtiques (Vegeu Figura 2). Aquest model explicava el 26% de la variància de la ideació persecutòria, el 26 de les experiències estranyes i el 17% de l'anormalitat perceptiva.

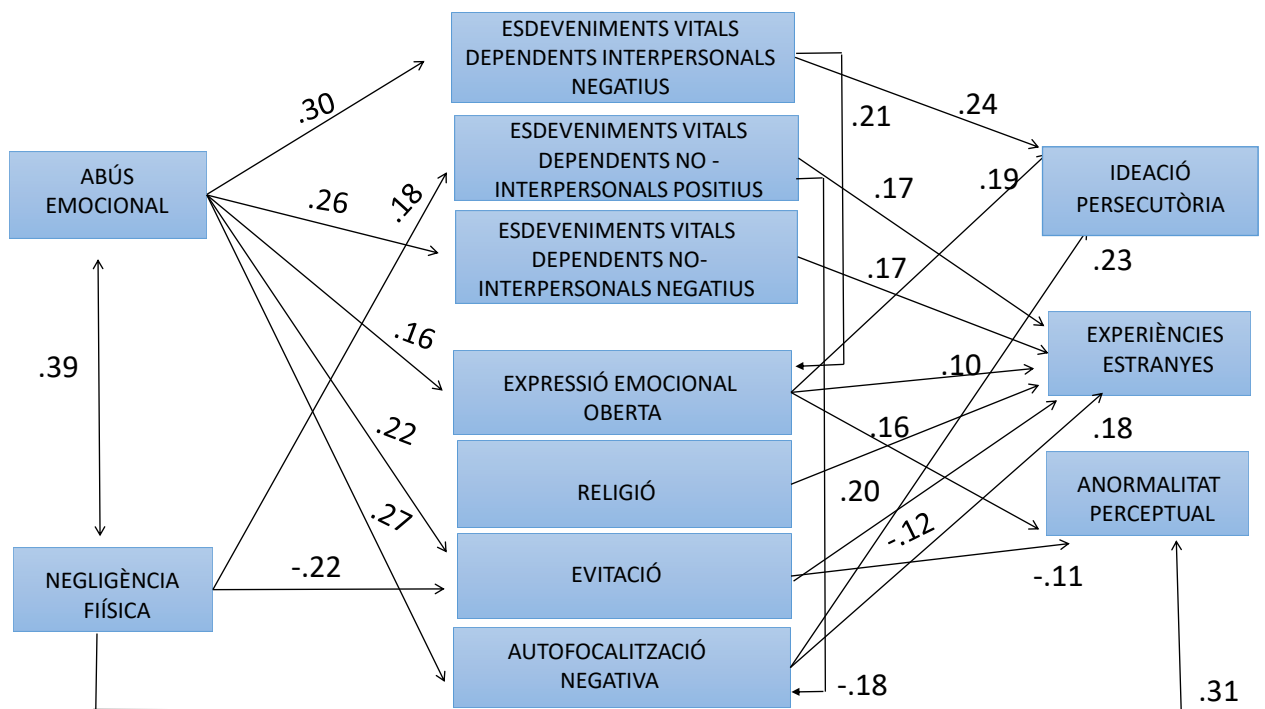
Figura 2. Anàlisi de vies amb abús total i negligència total com a variables independents



Anàlisi de vies de factors de trauma específics

El model inicial no es va ajustar a les dades. Després de reespecificar el model segons el test de Lagrange, vam obtenir l'ajust desitjat (Vegeu Taula 1.3). En la figura 3 s'observa una mediació parcial, ja que trobem que negligència física es relacionava de manera directa amb anormalitat perceptives. L'abús emocional prediu totes les variables intermèdies menys els esdeveniments vitals dependents no interpersonals interpretats de forma positiva. Aquests esdeveniments vitals eren predits per la negligència física (que també prediu evitació). Els esdeveniments vitals prediuen ideació suïcida i experiències estranyes, mentre que els estils d'afrontament prediuen els tres tipus d'experiències psicòtiques. Aquest model explica el 23% de la variància de la ideació persecutòria, el 25% de les experiències estranyes i el 24% de l'anormalitat perceptives.

Figura 3. Anàlisi de vies amb les variables independents específiques d'abús i negligència



Discussió

Discussió general

L'objectiu principal del present estudi va ser entendre millor el mecanisme pel qual les experiències traumàtiques es relacionen amb les experiències psicòtiques. És el primer estudi que analitza conjuntament les interrelacions entre les variables independents (experiències traumàtiques, esdeveniments vitals estressants recents i estils d'afrontament) i l'impacte sobre les experiències psicòtiques en població general.

La hipòtesi principal de l'estudi plantejava com l'efecte de les experiències traumàtiques sobre les experiències psicòtiques es produeix a través de les variables mediadores esdeveniments vitals estressants dependents i estils d'afrontament no adaptatius. Els resultats obtinguts en les anàlisis de vies confirmen aquesta hipòtesi, aportant consistència a investigacions prèvies que afirmen el paper de mediació dels esdeveniments vitals estressants (Ayesa-Arriola et al., 2020b; Gibson et al., 2018; J. Williams et al., 2018), així com dels estils d'afrontament disfuncionals (Ered et al., 2017; McMahan et al., 2020; Mongan et al., 2019a; Powers et al., 2016). En dos de els tres anàlisis vam trobar una relació directa (no mediada), entre el trauma total i la negligència física i, específicament, l'experiència psicòtica d'anormalitat perceptual. Aquests resultats anirien en línia del que van trobar (Kraan et al., 2018). Així, diferents experiències psicòtiques es veuran influïdes de forma diferencial per les experiències de maltractament, els esdeveniments vitals estressants i els estils d'afrontament.

En resposta a la pregunta respecte a quin tipus de trauma presenta un major impacte sobre les experiències psicòtiques, els resultats permeten afirmar que el trauma acumulatiu i el tipus de trauma corresponent a la negligència física són els únics que impacten de manera directa sobre les experiències psicòtiques, essent aquest últim el que presenta major impacte concordant amb estudis com el de Gil et al., (2009) i Mongan, Shannon, Hanna, Boyd, & Mulholland, (2019b). De forma indirecta, l'abús emocional seria el factor específic de maltractament més rellevant.

Quant a l'efecte indirecte de les experiències traumàtiques sobre les experiències psicòtiques, l'anàlisi de vies indica que aquest és dut a terme per dos mecanismes:

La primera via correspon als esdeveniments vitals estressants dependents tan interpersonalment com no-interpersonalment, ja sigui de caràcter negatiu o positiu amb

concordança amb altres estudis (Ayesa-Arriola et al., 2020b; Bhavsar, Boydell, McGuire, Harris, Hotopf, Hatch, MacCabe, et al., 2019; Ered et al., 2017; Goldstone et al., 2011; J. Williams et al., 2018)

D'altra banda, els resultats també es troben en línia amb estudis com el de Sheldon Cohen et al., (2019) que suggereixen que no tots els tipus d'esdeveniments vitals estressants tenen el mateix impacte quant al risc per a la psicopatologia. Un altre aspecte important a destacar és quan es tenen en compte les diferents dimensions de les experiències psicòtiques, s'ha trobat que els esdeveniments vitals estressants prediuen a tots els factors excepte al d'anomalies perceptives.

Per últim, els resultats també indiquen que en la via en la qual el trauma en combinació amb els esdeveniments vitals estressants prediu a les experiències psicòtiques, els estils d'afrontament expressió emocional oberta i autofocalització negativa mesuraven parcialment als esdeveniments vitals estressants dependents interpersonals negatius i els dependents No-interpersonals negatius.

D'aquesta manera, es confirma la hipòtesi, hi ha un impacte directe dels esdeveniments vitals estressants sobre els estils d'afrontament.

La segona via per la qual el trauma prediu a les experiències psicòtiques és a través dels estils d'afrontament tal com refereix la metaanàlisi de Gruhn & Compas, (2020). En el present estudi, els models establerts mostren com els estils d'afrontament que impacten de manera significativa a les experiències psicòtiques són els de caràcter negatiu o no adaptatius.

En aquesta mostra, en contrast a un gran nombre d'estudis (Gruhn & Compas, 2020), s'ha trobat que l'evitació es relaciona significativament però de manera negativa amb el trauma i amb les experiències psicòtiques. En altres paraules, els resultats suggereixen que a major trauma, menor ús d'estratègies d'afrontament orientats a l'evitació i, en conseqüència major nivell de les experiències psicòtiques. Les diferències possiblement es poden explicar pel fet que en el qüestionari CAE.

Els resultats obtinguts en l'estudi contribueixen als avenços en aquesta línia d'investigació, aportant un model integral que determina les interrelacions entre els factors de risc (trauma, esdeveniments vitals estressants i estils d'afrontament). És de gran importància considerar actuar sobre els mecanismes pel qual les experiències

traumàtiques viscudes a la infància i/o adolescència es relacionen amb les experiències de tipus psicòtic, amb l'objectiu de prevenir la progressió cap al quadre clínic.

Tal com apunten també altres investigacions, les intervencions dirigides a reduir l'estrès i millorar els mecanismes d'afrontament afavoreixen la disminució del risc per a la psicosi (Dolphin, Dooley, & Fitzgerald, 2015).

Limitacions

És important que per la interpretació dels resultats aconseguits i la planificació de futurs estudis es tingui en compte les limitacions trobades.

En primer lloc, cal destacar que les anàlisis s'han dut a terme en una mostra no clínic, impedit així la generalització dels resultats a la població de pacients amb trastorn psicòtic. La diferència principal que limita aquesta generalització és el fet que la població general és molt probable que tingui més factors de resiliència.

En segon lloc, un altre aspecte que contribueix a la no generalització dels resultats és la desigualtat de la distribució de la mostra, en la qual el gènere femení representa el 80.8%. Per tant, tampoc s'ha pogut estimar les diferències entre els dos sexes.

Una altra limitació és la utilització de mesures d'autoinforme per via "online". Malgrat que aquesta metodologia sigui adequada i eficient, permetent abastar major nombre de participants, així com la rapidesa i comoditat, també presenta certs punts negatius. Alguns d'aquests punts són la de resposta dels subjectes.


Per últim, cal destacar que s'han emprat versions reduïdes dels qüestionaris d'avaluació tant per al trauma com per les experiències psicòtiques. Tot i que en la present mostra han presentat una consistència interna acceptable, aporten menors detalls en comparació amb altres més extenses o amb relació a les entrevistes semiestructurades.

Implicacions clíniques

Pel que fa a les propostes de futur, en resposta al present estudi transversal, es considera necessari futurs estudis longitudinals en població clínica per a afirmar causalitat en el risc per a les experiències psicòtiques clíniques. A més, es vol incentivar que futures investigacions repliquin aquests models tant en població general com en mostra clínica millorant la distribució de la mostra quant a gènere, ja que com s'ha dit aquest és el primer estudi que té en compte de manera conjunta les interrelacions entre les variables independents (trauma, esdeveniments vitals estressants recents i estils d'afrontament) en l'impacte sobre les experiències psicòtiques, així com de proporcionar un enfocament multidimensional de cada una de les variables estudiades.

Conclusió

El present estudi contribueix a la clarificació del mecanisme pel qual les experiències traumàtiques impacten a les experiències de tipus psicòtic en població no clínica. Els resultats indiquen que l'efecte sobre les experiències psicòtiques es dona tant directament com indirectament. L'efecte indirecte és dut a terme per la via dels esdeveniments vitals estressants recents i per la dels estils d'afrontament no adaptatius. Aquestes dades suggereixen que treballar les estratègies per reduir l'estrès i millorar els mecanismes d'afrontament poden ser crucials tant per la prevenció com pel tractament. Són necessaris estudis longitudinals en població general i clínica per estudiar causalitat en el risc per a la psicosi.



*“MALTRACTAMENT EN LA
INFÀNCIA, TRES
PATOLÒGICS DE LA
PERSONALITAT I LA SEVA
RELACIÓ AMB LA
REVICTIMITZACIÓ EN
DONES VÍCTIMES DE
VIOLÈNCIA DE GÈNERE”*

Estudi 2

4.2 Estudi 2. Maltractament en la infància, trets patològics de la personalitat i la seva relació amb la revictimització en dones víctimes de violència de gènere

RESUM

Introducció. Com s'ha observat anteriorment en la literatura la Revictimització de les dones que han patit violència de gènere està associada a vivències traumàtiques viscudes a la infància com el maltractament i modulada per trets de personalitat. La investigació actual té com a objectiu definir l'abús infantil, així com certes facetes de la personalitat patològica que s'associen a les dones que pateixen violència de parella (IPV) amb una major revictimització per part de múltiples parelles (MP). **Mètode.** El Departament de Justícia de Catalunya va prendre el primer contacte amb 46 dones víctimes de violència amb sentència ferma, les quals van accedir a facilitar les seves dades de contacte. A posteriori es van citar mitjançant entrevistes individuals on es va recollir formació sobre variables sociodemogràfiques, maltractament infantil (CTQ) i trets de personalitat (PID-5). La mostra es va classificar tenint en compte si havien estat víctimes de violència de gènere una vegada (única; n=27) o dins de més d'una relació (múltiple=19). **Resultats.** El grup múltiple va mostrar valors significativament més grans tant pel que fa a l'abús infantil com a la violència de parella, en comparació amb el grup únic. Només el perfeccionisme rígid es va associar significativament a la revictimització per part de múltiples parelles. Tanmateix, es va posar de relleu que les persones que havien estat víctimes de violència de gènere només dins d'una relació mostren una puntuació més alta en relació a algunes facetes particulars de la personalitat patològica. Aquest fet pot suggerir que certes facetes de la personalitat es podrien considerar un factor protector de la revictimització en el cas de múltiples parelles. Els resultats de l'anàlisi de regressió múltiple indiquen que el trauma infantil i la violència de parella estan relacionats amb facetes de la personalitat patològica. Finalment, l'abús emocional i la negligència emocional augmenten el risc de revictimització per part de múltiples parelles entre 158 i 20 vegades, respectivament. **Discussió.** La investigació proposada ajudarà a preveure futurs casos de revictimització per part de múltiples parelles i a aconseguir una intervenció preventiva.

Introducció

L'any 1993, l'Organització de les Nacions Unides (ONU) va proposar la primera definició oficial de la violència contra la dona (Nations, 1993). L'any 1996, es va declarar com un problema de salut pública suggerint una aproximació multidisciplinària al problema (Organització Mundial de la Salut; OMS), sent més comuna la violència de parella (OMS, 2012). L'OMS la va definir com el comportament dins d'una relació íntima que causava dany físic, sexual o psicològic (World Health Organisation, 2013). Podia estar en curs o haver-se produït en el passat, per part d'una parella íntima o exparella, sigui espòs, nuvi o amant (World Health Organisation, 2013). Específicament, s'entén sempre que és l'home qui exerceix aquesta violència cap a la dona.

A Espanya, aquest tipus de violència exercida per l'home en el context de la parella es va denominar violència de gènere, d'acord amb la Llei 1/2004 de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de gènere. El present estudi es va centrar específicament en aquest tipus de violència, incloent-hi parelles o exparelles, referint-se a aquesta com a violència de gènere (VIGE).

En l'àmbit mundial, l'OMS (2021) va trobar que un 30% de les dones de tot el món havien experimentat violència física i/o sexual per part de la seva parella íntima. Aquests resultats són similars als trobats a Europa European & Agency (2014) amb un 33 % de violència física i/o sexual, un 43% de violència psicològica i el 13% de violència econòmica. A més, segons dades oficials de l'observatori contra la violència domèstica i de gènere del Consell del Poder Judicial (2021), les denúncies rebudes el 2021, concretament 162.848 a tota Espanya, van ser superiors al 2020. Durant el 2020 les denúncies es van reduir respecte d'anys anteriors, probablement per les condicions excepcionals de la pandèmica de Covid-19 (Lorente-Acosta, Luna del Castillo, Montero-Alonso, & Badenes-Sastre, 2022).

A partir del reconeixent d'un greu problema, s'ha augmentat la seva investigació (Patró Hernández, Corbalán Berná, & Limiñana Gras, 2007). La violència de gènere causa múltiples problemes en els dominis del funcionament biopsicosocial (Moreira, Pinto, Cloninger, Rodrigues, & Silva, 2019). Les conseqüències físiques podien ser diverses (Campbell et al., 2004; Dillon, Hussain, Loxton, & Rahman, 2013; Iverson,

Litwack, Pineles, Suzanne, Suvak, & Vaughn, 2013). En la mateixa línia trobem les conseqüències mentals (Dillon et al., 2013; Howell et al., 2018; M. A. Pico-Alfonso et al., 2006). Alguns autors han mostrat que hi ha una associació bidireccional entre els trastorns mentals i la violència de gènere (Ahmadabadi et al., 2020; Oram, Khalifeh, & Howard, 2017).

Una altra variable que ha influït en l'actualitat a la violència de gènere ha sigut la situació creada per la pandèmia de la COVID-19 i el confinament. Aquesta han donat lloc a una disminució del nombre d'homicidis per violència de gènere en el 2020, amb 45 homicidis, el nombre més baix de tota la sèrie històrica. (Lorente-Acosta, Lorente-Martínez, & Lorente-Martínez, 2022). Tot i que l'anàlisi de les circumstàncies generades pel confinament i la limitació de la mobilitat a les fases posteriors, unides al deteriorament de la situació econòmica, són factors relacionats amb l'augment de la violència durant el segon trimestre (mesos del confinament), expressat en un increment del 49,6% en el nombre de trucades al 016, i en una disminució de les denúncies del 14,6% en aquests mateixos mesos (Lorente-Acosta, Lorente-Martínez, et al., 2022). Altres articles ratifiquen el descens en un 40 % de denúncies per violència de gènere en Espanya durant el confinament, esmentat pel ministeri d'interior. Associen aquest fet per la possible dificultat d'acudir a comissaria (Ruiz & Pastor, 2021), ja que en la mateixa línia trobem augment en les línies d'ajuda no presencials, les línies d'ajuda han registrat un augment de les 91% de trucades a Colòmbia, un 60% a Mèxic, un 40% a Austràlia, un 30% a Xipre i un 20% als Estats Units. A Espanya, les trucades al 016 (telèfon d'informació i d'assessorament en violència de gènere) han estat un 10,5% i les consultes en línia un 182,93% respecte del mes de març de l'any anterior. A França, les intervencions policials per violència a la llar van augmentar un 30% (Ruiz & Pastor, 2021).

Models explicatius de la violència de gènere

Les teories que analitzen aquest fenomen es podien classificar segons la importància que atribueixen als diferents factors psicològics, relacionals, socials i culturals (Alencar-rodrigues, Gênero, & Revisão, 2012) i es van enquadrar en dos grans blocs: els models unicausals i els multicausals (Bosch-Fiol & Ferrer-Perez, 2019). Els

models unicausals, als anys 60 del segle XX, explicaven que la violència de gènere neix segons característiques individuals o socials (Inmaculada & Núñez, 2013).

En l'actualitat, els models de tipus multicausal són els d'elecció per a l'estudi de la Violència de gènere. Els models multicausals (Bosch-Fiol & Ferrer-Perez, 2019) expliquen la violència contra les dones en el context de desigualtat entre homes i dones, a partir de la interacció de factors que operen a nivell individual, social i relacional (Inmaculada & Núñez, 2013). Consideren que hi ha múltiples factors de risc que augmenten la probabilitat de Violència (Bosch-Fiol & Ferrer-Perez, 2019).

L'enfocament més utilitzat i és l'enfocament ecològic de Bronfenbrenner, el qual proposava que hi havia un intercanvi constant entre individu o i context (Bronfenbrenner, 1987) i engloba altres factors que operen en els àmbits individuals, relacionals, culturals i comunitaris (Heise, 1998), va adaptar aquest enfocament, en entendre aquest fenomen a partir de la interrelació dels nivells interpersonal, individual i sociocultural (Alencar-rodriques et al., 2012).

Factors associats a la victimització

Hi ha diferents factors contextuais i socials vinculats amb un major risc de Violència de gènere (desigualtat de gènere, la pobresa, la baixa condició social...) (Heise, 1998; OMS, 2012).

Tradicionalment, la investigació ha estat limitada als factors comunitaris i a nivell de societat (OMS, 2012), perquè gran part de la investigació se centra en els factors interpersonals (estrès econòmic, domini masculí en la família...) i individuals (baixa educació, jove, exposició Violència de gènere...). És raspada que les víctimes de maltractament en infància són més vulnerables a la violència de gènere (Herrero, Vivas, Torres, & Rodríguez, 2018). Aquest resultat donarà suport a la teoria de la transmissió intergeneracional de la violència (Black, Sussman, & Unger, 2010; Hines & Saudino, 2002; Kalmuss, 1984) i al qual les experiències de maltractament en la infància podrien normalitzar el maltractament per aprenentatge (Bandura & Walters, 1977). Tanmateix, actualment sabem que l'ambient interactua amb la genètica i biologia dels homes per explicar la violència de gènere exercida pels mateixos (Stover, Tobon, McFaul, & Gorio, 2022). Això comportaria una sèrie de conseqüències, com el dèficit en el

desenvolupament d'estratègies d'afrontament adaptatives, baixa resolució de conflictes i augment del risc de victimització en les relacions íntimes (Ehrensaft et al., 2003). Altres conseqüències descrites serien la identitat, la regulació emocional i el funcionament relacional (Briere, 2002).

Però no tots els estudis s'han centrat en l'agressor, sinó també en la víctima. Tant estudis retrospectius com prospectius indicaven una associació positiva entre ser víctima de maltractament durant la infància i patir violència de gènere en l'edat adulta ((Ehrensaft et al., 2003; Herrero, Vivas, et al., 2018; Obasaju, Palin, Anderson, & Kaslow, 2009; Seedat, Stein, & Forde, 2005).

D'altra banda, l'assossec entre la violència de gènere i la personalitat, van suggerir que la violència de gènere pot afectar tots els nivells de funcionament i impactar en la personalitat de les víctimes, independentment que es configuren o no trastorns de personalitat (Davins-Pujols, Pérez-Testor, Salamero-Baró, & Castillo-Garayoa, 2012). En l'actualitat, la perspectiva categorial va rebre moltes crítiques empíricament fonamentades (Widiger, 2005). La perspectiva es basa a proposar que la personalitat és diferent entre persones amb trastorn i sense trastorn, a més de proposar una classificació que no es justificava per criteris empírics (Krueger & Markon, 2014; Widiger, 2005). Fruit d'aquestes limitacions, alguns autors van suggerir la perspectiva dimensional (Krueger & Markon, 2014; Widiger, 2005). Aquesta no se centra en els trastorns de personalitat com a departaments tancats, sinó com a trets patològics de personalitat que tenen una continuïtat amb l'estructura de la personalitat normal (Widiger, Simonsen, Krueger, Livesley, & Verheul, 2005). Moreira et al., (2019) en un estudi cas-control van trobar que les víctimes de violència de gènere presentaven un caràcter i un perfil de temperament significativament diferent al grup control. Altres autors van afirmar que la personalitat prèvia podria augmentar el risc a exposar-se a la violència de gènere (Torres et al., 2013). Finalment, alguns autors van dir que les víctimes poden adoptar característiques de trastorn de personalitat com un mitjà per adaptar-se a la situació, o fins i tot sobreviure-hi (Back, Post, & D'Arcy, 1982; Pérez-Testor, Castillo, Davins, Salamero, & San-Martino, 2007).

Revictimització

Actualment, no es troba una definició homogènia per a aquest terme, la qual cosa fa l'evidència no concloent (Cattaneo & Goodman, 2005) i requeria més investigació per a la seva comprensió (Kuijpers, van der Knaap, & Winkel, 2012; Ørke, Vatnar, & Bjørkly, 2018; Stein, Grogan-Kaylor, Galano, Clark, & Graham-Bermann, 2019). Per a la investigació actual es va escollir el criteri seguit per Ørke et al., (2018) per definir la revictimització en violència de gènere. Aquests autors van considerar la revictimització com l'experimentació de violència de gènere per múltiples parelles.

Habitualment, las investigacions en aquest àmbit es van centrar en els agressors (Cattaneo & Goodman, 2005; Kuijpers, van der Knaap, & Lodewijks, 2011). Una de les possibles causes podia ser l'atenció limitada a les característiques de les víctimes de la violència de gènere per la preocupació de culpabilitzar les víctimes i reduir l'enfocament en els agressors (Cattaneo & Goodman, 2005; Coolidge & Anderson, 2002; Ørke et al., 2018). Aquest fet podia desviar l'atenció de la possible vulnerabilitat psicosocial en algunes dones víctimes de violència de gènere (Cattaneo & Goodman, 2005).

No obstant això, també s'han realitzat investigacions amb les víctimes de la revictimització per violència de gènere. S'observa que els antecedents de violència de gènere es repeteixen (Alexander, 2009; Herrero, Vivas, et al., 2018; Thompson et al., 2006). I que les dones que han experimentat violència de gènere per múltiples parelles presenten tasses més elevades de problemes de salut mental i físics en comparació amb les dones que han experimentat una única relació de maltractament (Bogat, Levendosky, Theran, Von Eye, & Davidson, 2003; J. Cole, Logan, & Shannon, 2008; Stein et al., 2019; Vatnar & Bjørkly, 2008). L'abús i altres experiències infantils semblaven ser rellevants per a aquest fenomen (Alexander, 2009; Ørke et al., 2018). Els factors psicopatològics també augmentaven el risc de revictimització (Coolidge & Anderson, 2002; Iverson et al., 2013; Kuijpers et al., 2011; Obasaju et al., 2009; Stein et al., 2019) igual que les conseqüències psicològiques (J. Cole et al., 2008; Howell et al., 2018; Kuijpers et al., 2011) o de personalitat (Coolidge & Anderson, 2002; Davins-Pujols et al., 2012; Pérez-Testor et al., 2007).

Objectius

Com s'ha exposat anteriorment, existien certes evidències sobre la implicació de les experiències traumàtiques infantils i la personalitat en la revictimització per múltiples parelles. Així, el present estudi seria el primer realitzat amb víctimes de violència de gènere mitjançant el PID-5 (des de la perspectiva dimensional dels trets patològics de la personalitat) que se centra específicament en el maltractament per múltiples parelles.

L'objectiu general de la present investigació va ser investigar les relacions entre l'abús i negligència en la infància i la personalitat patològica en dones víctimes de violència de gènere, en dues cohorts (dones víctimes d'una única relació i de múltiples relacions de maltractament).

Entre els objectius específics trobem: a) Explorar la relació entre el maltractament en la infinitat i la revictimització per múltiples parelles en l'edat adulta b) Avaluar les diferències en les dimensions i trets patològics de personalitat entre les víctimes d'una única relació de maltractament i les dones víctimes de més d'una relació de violència de gènere amb el PID-5 i c) Estudiar les relacions existents entre el maltractament en la infància, ser víctima de més d'una relació de violència de gènere i les dimensions i trets patològics de la personalitat.

Hipòtesis

Les hipòtesis derivades d'aquest objectiu van ser les següents:

1a hipòtesis: Les dones víctimes de múltiples parelles mostrarien significativament majors puntuacions i percentatges de maltractament infantil respecte a les dones víctimes d'una única relació.

2a hipòtesis: Les dones víctimes de múltiples relacions de maltractament exhibirien puntuacions significativament superiors en les dimensions i trets patològics de personalitat en comparació amb les dones víctimes d'una a única relació.

3a hipòtesis: D'acord amb la proposta de Maria A. Pico-Alfonso, Echeburúa, & Martínez (2008) podríem esperar, com a tercera hipòtesi, que ser una dona víctima de més d'una relació de violència de gènere prediria puntuacions majors en les dimensions i trets patològics de la personalitat, a més del trauma en la infància, en comparació a les dones víctimes d'una única relació de violència de gènere.

4a hipòtesis: S'espera que el maltractament durant la infància i les dimensions i trets de personalitat patològica prediguin la revictimització per múltiples parelles.

Metodologia

Participants

Es va dissenyar un estudi de cas-control amb l'aprovació per part del Comitè Ètic de la Universitat de Lleida (CEIC-1823), les 54 dones víctimes de violència de gènere amb sentència ferma van ser reclutades a través del llistat que va facilitar l'Oficina d'Atenció a la Víctima dels Delictes (OAVD) del Departament de Justícia. Es va contactar amb elles mitjançant via telefònica i en cas que els interessés el projecte es concretar una cita per fer l'avaluació individual, seguint les instruccions del Departament de Justícia. Les entrevistes es van dur a terme a l'Oficina d'Atenció a la Víctima dels Delictes i a la universitat, amb una durada d'aproximadament d'unes 2 hores. Finalment, van ser recompensades amb una targeta de descompte de diferents negocis locals que col·laboren amb el grup de recerca.

Els criteris d'inclusió van ser: tenir entre 18 i 60 anys, tenir una sentència ferma per violència de gènere i estar vinculada amb l'Oficina d'Atenció de la Víctima de Delis. Els criteris d'exclusió van ser: tenir menys de 18 anys o més de 60 anys, no haver patit qualsevol tipus de maltractament per part de la seva parella o exparella, no estar sent atesa per l'Oficina d'Atenció a la Víctima de Delictes, tenir una discapacitat intel·lectual reconeguda o estar sota els efectes de l'alcohol i/o altres drogues durant l'avaluació. A més, també va ser criteri d' exclusió presentar dificultats amb l'idioma i dificultats psicològiques que dificultessin l'avaluació. Finalment, com el present treball es volia centrar en la revictimització, no haver tingut més d'una parella també es va considerar un altre criteri d'exclusió. Una vegada realitzada l'avaluació es va eliminar les dones que

van informar haver tingut una única relació de parella al llarg de la seva vida amb l'objectiu d'equiparar adequadament les dues submostres de violència de gènere. D'aquesta manera, tant la mostra de dones víctimes d'un únic episodi de violència de gènere van informar d'haver tingut més parelles, igual que les víctimes múltiples agressors. Finalment, les dones que van informar d'una relació de parella violenta (maltractament físic, maltractament psicològic, maltractament econòmic i/o maltractament sexual) es van assignar al grup de relació única (n=27). Les dones que van informar de dues o més relacions de parella violenta al grup de relacions múltiples (n=19).

Instruments

Les variables a estudiar són els trets patològics de la personalitat, els antecedents de maltractament i negligència en la infància, i altres variables sociodemogràfiques i de relació de parella. Aquestes es van avaluar amb els instruments següents:

Inventari de Personalitat per al DSM-5 (PID-5); (Krueger & Markon, 2014).

Es tracta d'una escala autoinformada de 220 ítems, avalua els trets de personalitat a partir dels 18 anys. Concretament avalua 25 facetes de trets de personalitat: Anhedonia, Ansietat, Recerca d'atenció, Insensibilitat, Falsedat, Depressió, Distractibilitat, Excentricitat, Labilitat emocional, Grandiositat, Hostilitat, Impulsivitat, Evitació de la intimitat, Irresponsabilitat, Manipulació, Desregulació perceptiva, Perseveració, Afectivitat restringida, Perfeccions, Assumpció de riscos, Inseguretat per separació, Submissió, Suspició, Creences i experiències inusuals, i Retraïment. Determinats grups de facetes es poden combinar per valorar els cinc dominis dels trets: Afecte negatiu, Desapego, Anagonisme, Desinhibició i Psicoticisme. Cada ítem es puntua mitjançant una escala de 4 punts tipus Likert. La versió espanyola del PID-5 de Gutiérrez et al., (2017), va obtenir valors d'alfa que variaven entre 0,76 (afectivitat restringida) i 0,95 (excentricitat). Es va treballar dos tipus de variables per als trets i dimensions de personalitat patològica i amb les puntuacions directes d'aquestes. Es va calcular les mitjanes de les variables de personalitat patològiques amb la finalitat de

classificar-les d'acord amb la mostra comunitària de la validació en espanyol de l'instrument (Gutiérrez et al., 2017), per sota d'1 dt (0), dins de la normalitat (1) o per sobre d'1 dt (2).

Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-SF); (Bernstein et al., 1994).

Es tracta d'una escala d'autoinforme de 28 ítems per a adults i adolescents que avalua retrospectivament l'abús i l'abandonament durant la infància. Consta de cinc tipus de maltractament durant la infància: l'abús emocional, l'abús físic, l'abús sexual, la negligència emocional i la negligència física. Cada escala conte cinc ítems que es puntuen en una escala de 5 punts de tipus Likert. A més, compta amb tres ítems addicionals per detectar respostes socialment desitjades. Aquest qüestionari presenta bona fiabilitat interna, amb una alfa de Cronbach que varia de 0,66 (negligència física) a 0,94 (abús sexual) (A. Hernandez et al., 2013). Es van tenir en compte dos tipus de variables per a cada tipus d'abús/negligència (Asselmann et al., 2017). D'una banda, es va calcular la puntuació directa i d'altra banda, es va utilitzar una variable dicotòmica, tipus d'abús determinat de forma moderada o greu (1) o lleu/mai (0). De la mateixa manera que van realitzar Gawęda, et al., (2018) també es va calcular la puntuació directa tant del total d'experiències traumàtiques com del total d'experiències d'abús i de negligència.

Entrevista ad hoc per recollir dades sobre variables sociodemogràfiques i de la relació de parella.

Mitjançant una entrevista estructurada, entre altres preguntes es va sol·licitar informació relativa sobre l'edat, el lloc de naixement, el nivell socioeconòmic, el nivell d'estudis, la situació laboral actual, l'estat civil actual, el nombre de fills i filles si tenen parella en l'actualitat, el nombre de parelles amb convivència i sense al llarg de la vida, els episodis de maltractament (psicològic, físic, sexual i econòmic) i la freqüència en cas d'haver estat víctimes de VIGE. El variable estatus socioeconòmic es va calcular mitjançant l'índex de Hollingshead (Hollingshead, 1975) multiplicant el nivell d'estudis per 3 i l'ocupació per 5 i restant-los. Els tipus de maltractament de violència de gènere

es van categoritzar en funció de la freqüència i la gravetat de cada episodi (més de dues experiències moderades i/o severes de maltractament(2), un episodi de maltractament (1) o Cap/baix (0)).

Procediments

Es va dissenyar un estudio de cas-control. Després de l'aprovació de l'estudi per part del Comitè Ètic de la Universitat de Lleida (CEIC-1823), les dones van ser reclutades a través del llistat que se'ns va facilitar des de l'OAVD. Per via telefònica es va contactar amb les participants informades en línies generals del projecte i en cas que estiguessin interessades a participar es va concretar el dia i l'hora per fer l'avaluació. Després d'explicar amb detall la investigació i de donar el seu consentiment informat per escrit (vegeu annex 1), les dones participaren en l'avaluació mitjançant els instruments explicats anteriorment (vegeu annex 2). Tota la mostra s'avalua de forma individual seguint les instruccions del Departament de Justícia. Les entrevistes es duren a terme a l'OAVD i a la universitat, amb una durada d'aproximadament unes 2 hores. Al final, els participants van ser compensats amb una targeta amb una sèrie de descomptes en diferents negocis locals que van col·laborar amb el grup d'investigació.

Anàlisis estadístiques

Les anàlisis es va realitzar utilitzant el programa de programari SPSS (versió 24). En primer lloc, es va fer una anàlisi descriptiva de les dades. En segon lloc es va comparar mitjançant percentatges el grup de víctimes d'una única relació i víctimes de més d'una relació respecte als diferents tipus de maltractament durant la infància, els diferents tipus de violència de gènere i les dimensions i trets patològics de la personalitat. Finalment, es va realitzar regressions logístiques per estudiar les relacions predictives dels diferents tipus de maltractament durant la infància i les dimensions de personalitat patològica respecte del grup de violència de gènere (única i múltiples) ($p < .05$)

Resultats

Anàlisi descriptiva

Les característiques sociodemogràfiques de les participants de l'estudi es resumeixen a la Taula 1. Les víctimes de més d'una relació de maltractament, en comparació amb les dones d'una única relació amb VIGE, presentaven de manera significativa un nombre més gran de relacions íntimes amb una mida d'efecte gran, $Z = -3.12, p = .002, d = .92$, així com, una prevalença més gran d'episodis de VIGE moderats o severes de violència psicològica, $\chi^2(2.46) = 22.43, p = .000, V = .50$; violència física, $\chi^2(2.46) = 11.09, p = .004, V = .35$ i violència sexual, $\chi^2(2.46) = 6.40, p = .04, V = .26$. A la resta de variables sociodemogràfiques els grups no mostraven diferències significatives.

Taula 1. Característiques sociodemogràfiques de la mostra d'estudi.

| | Única (n =27) | Múltiple (n =19) | Chi- quadrat | t/U | d/V |
|-------------------------------|------------------|---------------------|-----------------|-----------------|------------|
| | n (%) o M (Dt) | n (%) o M (Dt) | | | |
| Edat | 34.15 (9.70) | 37.80 (12.55) | | -1.11 | .33 |
| Nº de fills | 1.44 (1.09) | 1.68 (1.29) | | 231.50 | .20 |
| SES | 18.44 (9.71) | 17.84 (10.57) | | .20 | -.06 |
| Nivell educatiu | | | 2.54 | | .17 |
| Estudis primaris | 16 (59%%) | 12 (63%%) | | | |
| Estudis secundaris | 11(41%%) | 5 (26%%) | | | |
| Estudis universitaris | 0 (0%) | 2 (11%) | | | |
| Nacionalitat | | | .37 | | .09 |
| Espanya | 18 (67%) | 11 (58%) | | | |
| Estranger | 9 (33%) | 8 (42%) | | | |
| Estat civil | | | 1.64 | | 0.13 |
| Casada | 2 (8%) | 0 (0%) | | | |
| Separada | 9 (33%) | 8 (42%) | | | |
| Soltera/altres | 36 (59%) | 11 (58%) | | | |
| Nº Relacions total | 2.81 (1.11) | 4.16 (1.86) | | 122.50** | .92 |
| Parella actual | | | .09 | | .04 |
| Si | 14 (52%) | 9 (47%) | | | |
| No | 13 (48%) | 10 (52%) | | | |
| Maltractament psicològic VIGE | 0 (%) | 11 (58%) | 22.43*** | | .50 |
| Maltractament físic VIGE | 0 (0%) | 6 (32%) | 11.09** | | .35 |
| Maltractament sexual VIGE | 0 (0%) | 1 (5%) | 6.40* | | .26 |
| Maltractament econòmic VIGE | 0 (0%) | 1 (5%) | 5.16 | | .24 |

Nota: $p < .10$ * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$; les mides de l'efecte van ser interpretades segons Cohen (1992) i V de Cramer: d de Cohen ($d > .20$ = mida de l'efecte petit, $.50 < d > .80$ = mida de l'efecte mitjà i $d > .80$ = mida de l'efecte gran) i V de Cramer d'un grau de llibertat ($V < .10$ = mida de l'efecte petit, $.30 < V > .50$ = mida de l'efecte mitjà, $V > .50$ = mida de l'efecte gran); V de Cramer de dos graus de llibertat ($V < .07$ = mida de l'efecte petit, $.21 < V > .35$ = mida de l'efecte mitjà, $V > .35$ = mida de l'efecte gran).

A la Taula 2 es presenten les dades descriptives de les variables principals del present estudi. S'observa que les dones que van informar de més d'una relació de maltractament van presentar significativament amb una mida de l'efecte mitjà una major prevalença de trauma total sever o moderat, $\chi^2(1.46) = 5.48$, $p = .02$, $V=.34$, de la negligència total severa o moderada, $\chi^2(1, 46) = 5.48$, $p = .005$, $V = .42$, de l'abús emocional i negligència emocional severa o moderada $\chi^2(1.46) = 4.31$, $p = .04$, $V=.30$ i $\chi^2(1.46) = 7.85$, $p = .005$, $V = .41$ respectivament respecte al grup única.

Taula 2. Percentatges d'enquestades de puntuacions moderades i/o severes en el maltractament infantil i per sobre d'1 dt en les dimensions i trets de personalitat patològics.

| | Úniques (n= 27) | Múltiple (n =19) | χ^2 | V |
|----------------------------------|--------------------|---------------------|---------------|------------|
| | n (%) | n (%) | | |
| Abús total | 11 (41%) | 11 (58%) | 1.31 | .17 |
| Negligència total | 7 (26%) | 13 (68%) | 8.19** | .42 |
| Trauma total | 12 (44%) | 15 (79%) | 5.48* | .34 |
| Abús emocional | 4 (15%) | 8 (42%) | 4.31* | .30 |
| Abús físic | 7 (26%) | 9 (47%) | 2.26 | .22 |
| Abús sexual | 6 (22%) | 5 (26%) | 0.10 | .05 |
| Negligència emocional | 6 (22%) | 12 (63%) | 7.85** | .41 |
| Negligència física | 6 (22%) | 9 (47%) | 3.21 | .26 |
| Afecte negatiu | 2 (7%) | 0 (0%) | 1.47 | .13 |
| Labilitat emocional | 6 (22%) | 3 (16%) | 1.88 | .14 |
| Ansietat | 12 (44%) | 7 (37%) | 3.10 | .18 |
| Afectivitat restringida | 9 (33%) | 4 (21%) | 0.85 | .10 |
| Inseguretat de separació | 2 (7%) | 2 (10%) | 0.14 | .04 |
| Hostilitat | 8 (29%) | 2 (10%) | 4.44 | .22 |
| Perseveració | 1 (4%) | 0 (0%) | 0.72 | .09 |
| Submissió | 3 (11%) | 2 (10%) | .00 | 0 |
| Desapego | 8 (30%) | 8 (42%) | .76 | .09 |
| Retraïment | 8 (30%) | 5 (26%) | .06 | .02 |
| Anhedonia | 6 (22%) | 5 (26%) | .20 | .05 |
| Depressió | 5 (18%) | 11 (58%) | 2.14 | .15 |
| Evitació de la intimitat | 7 (26%) | 8 (42%) | 3.10 | .18 |
| Suspició | 13 (48%) | 7 (37%) | 0.58 | .08 |
| Antagonisme | 0 (0%) | 2 (10%) | 3.67 | .20 |
| Manipulació | 2 (7%) | 0 (0%) | 4.46 | .22 |
| Falsedat | 1 (4%) | 2 (10%) | 1.51 | .13 |
| Grandiositat | 0 (0%) | 1 (5%) | 1.70 | .14 |
| Recerca d'atenció | 2 (7%) | 2 (10%) | 1.10 | .11 |
| Insensibilitat | 0 (0%) | 1 (5%) | 1.45 | .13 |
| Desinhibició | 5 (18%) | 3 (16%) | 0.06 | .02 |
| Irresponsabilitat | 5 (18%) | 3 (16%) | 2.98 | .18 |
| Impulsivitat | 6 (22%) | 6 (32%) | 2.13 | .15 |
| Perfeccionisme rígid | 4 (15%) | 2 (10%) | 0.18 | .04 |
| Distraïbles | 6 (22%) | 3 (16%) | 0.30 | .06 |
| Assumpció de riscos | 3 (11%) | 3 (16%) | 0.21 | .05 |
| Psicoticisme | 7 (26%) | 4 (21%) | 0.15 | .04 |
| Creences i experiències inusuals | 2 (7%) | 6 (32%) | 4.53* | .22 |
| Excentricitat | 5 (18%) | 2 (10%) | 1.99 | .15 |
| Desregulació perceptiva | 4 (15%) | 2 (10%) | 0.58 | .08 |

Nota: $p < .10$ * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$; les mides de l'efecte van ser interpretades segons V de Cramer: V de Cramer d'un grau de llibertat ($V < .10$ = mida de l'efecte petit, $.30 < V < .50$ = mida de l'efecte mitjà, $V > .50$ = mida de l'efecte gran); V de Cramer de dos graus de llibertat ($V < .07$ = mida de l'efecte petit, $.21 < V < .35$ = mida de l'efecte mitjà, $V > .35$ =mida de l'efecte gran).

Com es pot veure a la Taula 2, només es van trobar diferències significatives en el percentatge de trets patològics de personalitat entre els dos grups, en Creences i experiències inusuals, $\chi^2(1.46) = 4.53, p = .03, V=0.22$

Anàlisi de l' associació predictiva dels tipus de maltractament en la infància i de les dimensions patològiques de la personalitat respecte a la revictimització.

A la Taula 3 es pot observar les anàlisis de regressió logística per predir la revictimització. Es van realitzar tres anàlisis per poder valorar l'efecte del maltractament total, de la quantitat total d'abús i de negligència, i finalment per valorar l'efecte específic de cada tipus de maltractament.

El primer model de regressió logística, on es va introduir el maltractament total durant la infància, va ser estadísticament significatiu ($\chi^2(6) = 15.17, p = .02$). El model va explicar el 38% (R2Nagelkerke) de la variació en la revictimització i va classificar correctament el 70% dels casos. L'únic predictor de la revictimització va ser el de la dimensió Desinhibició, $B = -0.12, Wald(1) = 3.83, p = .05, OR = .89$. Aquesta es va associar de forma negativa, per la qual cosa puntuacions superiors en la dimensió Desinhibició disminuïen el risc de pertànyer al grup múltiple.

Quan es van introduir el total d'abús i de negligència per separat, el model també va ser estadísticament significatiu ($\chi^2(7) = 17.45, p = .015$). El model va explicar el 42% (R2Nagelkerke) de la variació en la revictimització i va classificar correctament el 78% dels casos. Les experiències moderades i/o severes de negligència en la infància ($B = 2.19, Wald(1) = 4.97, p = .03, OR = 8.94$) van ser l'únic predictor de la revictimització. Haver patit experiències moderades i/o severes de negligència en la infància, augmentava el risc de pertànyer al grup múltiple.

Finalment, centrant-nos en els tipus específics de maltractament infantil, el model va ser estadísticament significatiu ($\chi^2(10) = 24.88, p < .006$) igualment. El model va explicar el 46% (R2 Nagelkerke) de la variació en la revictimització i va classificar correctament el 80% dels casos. L'abús emocional ($B = 5.06, Wald(1) = 6.05, p = .01, OR = 158.31$) i la negligència emocional, ($B = 2.98, Wald(1) = 4.15, p = .04, OR = 19.61$) predeïen la revictimització. Experiències d'abús emocional i de negligència emocional augmentaven el risc de revictimització. Finalment, també la dimensió Desinhibició ($B = -.17, Wald(1) = 4.63, p = .03, OR = 0.85$) predeïa la revictimització, en el mateix sentit que en el trobat a la primera regressió logística.

Taula 3. Regressions logístiques del maltractament en la infància i de les dimensions patològiques de la personalitat com a predictors de la revictimització.

| | B | SE | OR | Wald | B | SE | OR | Wald | B | SE | OR | Wald |
|-----------------------|-------------|------------|------------|--------------|-------------|------------|-------------|--------------|-------------|-------------|---------------|--------------|
| Trauma total | -1.60 | .84 | .20 | 3.62 | | | | | | | | |
| Abús total | | | | | -.44 | .91 | .64 | .23 | | | | |
| Negligència total | | | | | 2.19 | .98 | 8.94 | 4.97* | | | | |
| Abuso emocional | | | | | | | | | 5.06 | 2.06 | 158.31 | 6.05* |
| Abús físic | | | | | | | | | -1.80 | 1.33 | .16 | 1.83 |
| Abús sexual | | | | | | | | | -.26 | 1.03 | .77 | .06 |
| Negligència emocional | | | | | | | | | 2.98 | 1.46 | 19.61 | 4.15* |
| Negligència física | | | | | | | | | -1.64 | 1.36 | .19 | 1.45 |
| Afecto negativo | -.01 | .03 | .99 | .08 | -.02 | .04 | .98 | .24 | -.04 | .04 | .96 | 1.09 |
| Desapego | .04 | .03 | 1.04 | 1.97 | .05 | .03 | 1.05 | 2.22 | .08 | .04 | 1.08 | 3.14 |
| Antagonisme | .09 | .06 | 1.10 | 2.26 | .06 | .06 | 1.06 | .97 | .09 | .08 | 1.09 | 1.01 |
| Desinhibició | -.12 | .06 | .89 | 3.83* | -.10 | .05 | .91 | 3.22 | -.17 | .08 | .85 | 4.63* |
| Psicoticisme | .03 | .05 | 1.03 | .33 | .02 | .05 | 1.02 | .23 | .05 | .06 | 1.05 | .64 |
| R ² | .38 | | | | .42 | | | | .56 | | | |

Nota. La variable dependent era única vs. Múltiple, en el primer bloc s'observa l'efecte del maltractament total, en el segon el total d'abús i negligència i en l'últim bloc s'observa l'efecte específic de cada tipus de maltractament.

Discussió

L'objectiu del present treball de recerca era explorar el maltractament durant la infància i la personalitat patològica com a factors relacionats amb la revictimització per múltiples agressors, comparant-les amb les d'una sola relació de violència de gènere.

El 41% de les dones avaluades van informar haver experimentat més d'una relació de violència de gènere. Una taxa comparable a la trobada en altres estudis sobre revictimització (Alexander, 2009). Per tant, el present estudi evidencia que la revictimització per violència masculista no la pateix una minoria de dones maltractades, sinó que és una situació bastant estesa.

La revictimització per múltiples persones només es va relacionar amb dues variables sociodemogràfiques: el nombre de relacions i la freqüència i gravetat dels tipus de violència de gènere. Aquesta evidència concorda amb Alexander (2009). Les dones víctimes de més d'una relació de violència van presentar un major nombre de relacions íntimes (la qual cosa no es pot atribuir a l'edat perquè no hi ha significació) i també van presentar més freqüència i gravetat de tots els tipus de violència de gènere excepte en el maltractament econòmic. Les dones víctimes d'una relació amb violència de gènere no van informar d'experiències moderades i/o severes de cap dels tipus de violència. El tipus de maltractament més prevalent en les dones víctimes de més d'una relació de violència va ser el psicològic (58%), físic (32%) i el maltractament sexual i econòmic (5%).

Els resultats van donar suport parcialment a l'**hipòtesi 1** del present estudi (les dones víctimes de múltiples parelles mostrarien significativament majors percentatges de maltractament infantil respecte a les dones víctimes d'una única relació), ja que les dones que van informar de més d'una relació de violència, van presentar major prevalença d'experiències moderades i/o severes de trauma total, negligència total, i de forma específica abús i negligència emocional. D'acord amb Cole et al., (2008) el qual va informar que patien més abús emocional dones amb violència de múltiples parelles.

Les troballes no van revelar una relació significativa entre l'abús sexual i la revictimització. Aquest resultat estava en contrast amb els (Alexander, 2009; J. Cole et al., 2008; Stein et al., 2019) que afirmaven que sí que hi havia una relació entre l'abús sexual a la infància i les múltiples relacions de maltractament. Una possible explicació

per a aquestes discrepàncies és la metodologia utilitzada per avaluar el maltractament durant la infància. Ja que en els estudis esmentats es va fer servir l'entrevista ad-doc la qual no està estandarditzada. Una altra possible explicació és que la mida de la mostra va ser superior en els estudis anteriorment comentats, la qual cosa pot justificar una major capacitat per detectar les diferències respecte a l'abús sexual. A més, les variables de maltractament durant la infància del present estudi es van categoritzar en funció de la freqüència del maltractament sofert. Tenint en compte aquests resultats és necessari un major nombre d'estudis per comprendre millor la relació del maltractament infantil i l'exposició a la violència per part de múltiples parelles,

A més, les dones víctimes de múltiples relacions van presentar significativament una major prevalença de negligència total i específicament, de negligència emocional en comparació amb les víctimes d'una única relació de maltractament. No obstant això, Alexander, (2009) va concloure que la negligència no es va associar amb la revictimització per múltiples agressors. Una possible explicació és l'instrument d'avaluació que van utilitzar. Per avaluar la negligència durant la infància van utilitzar l'entrevista d'apego adult (Main & Goldwyn, 1998).

L' hipòtesis 2 ens deia que les dones víctimes de múltiples relacions de maltractament exhibirien puntuacions significativament superiors en les dimensions i els tres patològics de la personalitat en comparació amb les dones víctimes d'una sola parella, al comprar aquest dos grups, es van trobar poques diferències significatives en les dimensions i tret patològics de la personalitat del DSM-5, a excepció del tret de perfeccionisme rígid. Els resultats rebutgen la hipòtesi que les dones víctimes de múltiples relacions de maltractament exhibirien puntuacions significativament superiors en les dimensions de personalitat patològica en comparació amb les dones víctimes d'una única relació. No hi ha estudis previs que avaluïn les dimensions i trets de personalitat del DSM-5 en violència de gènere per a poder comparar els nostres resultats. A més, fins a la data, només un estudi ha examinat les diferències en els trastorns de la personalitat de les dones que han sofert maltractament per múltiples parelles. Coolidge & Anderson (2002) van trobar, des de la perspectiva categorial, que les dones amb relacions múltiples de maltractament presentaven més trastorns de la personalitat que les dones que només havien viscut una relació abusiva.

Aquest és el primer estudi en mostra clínica des del model dimensional, que confirma parcialment els resultats de Coolidge & Anderson (2002) a causa de la gran

quantitat de trets patològics en els quals trobem una grandària de l'efecte significatiu. Una possible explicació pot ser l'efecte de les característiques del maltractament en la nostra mostra. La mostra es va configurar sobre la base del nombre de relacions de maltractament que van informar les víctimes independentment del tipus de maltractament sofert. A diferència de Coolidge & Anderson (2002) els qui van assignar al grup única a aquelles dones que van informar, exclusivament d'una única relació de maltractament físic i al grup múltiple a dones que van informar, d'una relació amb maltractament físic i almenys una altra relació amb maltractament físic o emocional. Un estudi anterior sobre la victimització en violència de gènere va trobar que les dones maltractades física i psicològicament van obtenir puntuacions més altes en determinades escales de personalitat respecte a la mostra control, diferents a les que van obtenir les dones que van sofrir exclusivament maltractament psicològic. No es van trobar diferències en les puntuacions de les escales de personalitat entre els dos grups. Aquest resultat recolza l'opinió que la violència psicològica pot associar-se a la psicopatologia tant com el maltractament físic. Finalment, la nostra mostra va tenir taxes més altes de significació clínica en les dimensions i trets patològics de personalitat en el grup única en comparació amb la mostra de Coolidge & Anderson (2002).

Els resultats obtinguts suggereixen una tendència a la significació amb una grandària de l'efecte petit en la dimensió Afecte negatiu i Desinhibició i en els següents trets: Labilitat emocional, Perseveració i Desregulació perceptiva. A diferència de Coolidge & Anderson (2002) el nostre estudi revela que les víctimes d'una única relació de maltractament van presentar puntuacions majors respecte a aquestes dimensions i trets de personalitat patològica. Amb una grandària de l'efecte mitjà, en el tret Creences i experiències inusuals i una grandària de l'efecte petit en les dimensions Desagafo i Antagonisme i en els trets Depressió, Evitació a la intimitat, Suspició, Falsedat, Grandiositat, Cerca d'atenció i Distrabilitat, les dones víctimes de més d'una relació de maltractament van presentar majors puntuacions en comparació amb el grup d'una única relació de maltractament.

Encara que la conclusió d'un possible perfil de trets patològics de personalitat és prematura, aquest estudi sí que proporciona evidència sobre la relació entre els dominis i facetes de personalitat patològica del DSM-5 i la revictimització per múltiples parelles. A més, les troballes trobades podrien suggerir l'existència de determinats trets de personalitat patològics com a factors protectors de la revictimització per múltiples

parelles. L' **hipòtesi 3** que la revictimització per múltiples parelles s'associaria a puntuacions majors en els trets patològics de la personalitat, inclòs el trauma en la infància va ser parcialment confirmada. Els resultats van indicar que el trauma total, l'abús total, la negligència total, i de manera específica l'abús emocional i sexual, i la negligència física i emocional predeien significativament majors puntuacions en determinats trets i dimensions de personalitat. A més, el grup (única o múltiple) va ser l'únic predictor d'algun de les dimensions i trets patològics de personalitat. Pertànyer al grup única relació de maltractament va predir puntuacions majors en la dimensió Desinhibició i en els trets Perseveració i Perfeccionisme rígid. Els nostres resultats parcialment contradueixen els resultats anteriors sobre la contribució de la violència de gènere i les experiències de maltractament en la variància de les puntuacions en les escales de personalitat MCMI-II. Maria A. Pico-Alfonso et al. (2008) van trobar que després de controlar el maltractament durant la infància, els diferents tipus de violència de gènere van resultar ser els predictors més forts de la majoria de les escales MCMI-II. No obstant això, van trobar evidències de la contribució tant del maltractament infantil, com de la violència de gènere en les variacions de personalitat esquizoide i antisocial. A més, el maltractament infantil va ser l'únic predictor de l'escala de personalitat histriònica, narcisista i compulsiva. No obstant això, malgrat l'escàs efecte del grup (única vs. múltiple) en la predicció de la personalitat, trobem que aquesta variable era rellevant en interacció amb el maltractament infantil. Un major nombre d'experiències moderades/severes de trauma total predeien majors puntuacions en la dimensió desapego i menors puntuacions en el tret Perseveració exclusivament en les dones que van informar d'una única relació. Un major nombre d'experiències moderades i/o severes de negligència total predeien menors puntuacions en el tret retraïment mentre que experiències moderades i/o severes d'abús sexual i de negligència física i emocional predeien puntuacions majors en el tret Suspició i Impulsivitat, respectivament, exclusivament en les dones que van informar de múltiples relacions de maltractament. A més, es va trobar que el trauma total i la negligència emocional predeien al revés el tret Retraïment en funció del grup de víctimes. Mentre que puntuacions majors en el trauma total i en la negligència emocional predeien puntuacions majors per al grup d'única relació, predeien puntuacions menors per al grup múltiple. Els nostres resultats confirmen que un factor que diferencia a les dones víctimes de violència de gènere és si tenen o no un historial de maltractament previ a la relació de maltractament actual Bogat et al., (2003). A més, aquests resultats apunten

al fet que les dones víctimes d'un únic episodi de violència de gènere es diferenciarien quantitativament i qualitativament de les dones víctimes de múltiples episodis, entre altres coses, en com els afecten de manera diferent els tipus de maltractament viscuts durant la infància. Així, es necessitarien més estudis com el present per a aprofundir més en aquestes relacions.

Igual que les anteriors, l' **hipòtesi 4** que mencionava que el maltractament durant la infància i la personalitat patològica s'associarien amb la revictimització per múltiples agressors es va confirmar parcialment. La troballa més sorprenent va ser que les dones que havien patit experiències moderades i/o severes de negligència durant la infància tenien un risc gairebé 9 vegades més gran de revictimització per múltiples agressors. A més, en concret, les dones que havien estat sotmeses a abús emocional i negligència emocional durant la infància van presentar un risc 158 i 20 vegades més gran, respectivament, de revictimització per múltiples agressors. Les nostres troballes sobre això recolzaven parcialment les evidències obtingudes per anteriors investigacions sobre el major risc de revictimització que presentaven les dones amb antecedents de maltractament infantil (Alexander, 2009; Vatnar & Bjørkly, 2008). Vatnar & Bjørkly, (2008) van trobar una associació jeràrquica entre la victimització sexual, física i psicològica durant la infància i la revictimització per múltiples agressors. Van concloure que només l'abús sexual infantil augmentava el risc de ser víctimes de més d'una relació de maltractament (OR = 24.990, CI = 2.048–304.997, p = 0.004). Investigacions prèvies van trobar que l'abús sexual infantil no només augmenta el risc d'exposició a violència de gènere en l'edat adulta (Maria A. Pico-Alfonso et al., 2008; Thompson et al., 2006) sinó que també augmenta el risc de revictimització per múltiples agressors (Alexander, 2009; Stein et al., 2019). No obstant això, altres tipus de maltractament durant la infància, com l'abús emocional o la negligència van rebre menys atenció. Els nostres resultats suggereixen que experiències moderades i/o severes d'abús emocional són el predictor més fort de la revictimització per múltiples parelles. Les troballes sobre el paper de l' abús emocional i la negligència, de forma específica l' emocional, posaven de manifest la importància d' avaluar aquests tipus de maltractament durant la infància com a factors de risc de la revictimització per múltiples parelles en l' edat adulta.

Finalment, referent als trets de personalitat patològica de l'**hipòtesi 4**, no van ser predictors de la revictimització per múltiples agressors, a excepció de la dimensió Desinhibició. Puntuacions elevades en la dimensió Desinhibició va disminuir en 1,8

vegades el risc de revictimització. En la mateixa línia, Alexander, (2009) van trobar una associació entre múltiples formes de trauma infantil amb un major risc de revictimització per múltiples agressors. Per contra, la desregulació afectiva (trets de dissociació i límits) no va predir la participació en múltiples relacions abusives per sobre i més enllà dels efectes del trauma infantil.

Així, tenint en compte tots els resultats exposats, semblava que per a la revictimització per múltiples agressors era més important el tipus de trauma experimentat en la infància que la personalitat patològica. Tanmateix, a causa de la mida de la mostra no es van dur a terme les anàlisis controlant els trets patològics de la personalitat.

Limitacions

Cal esmentar com a limitacions que es va trobar una mostra baixa i un reclutament d'aquesta en serveis d'atenció a la víctima del delictes. El principal criteri d'inclusió va ser que les víctimes tinguessin una sentència ferma, cosa que va poder limitar la generalització de les evidències trobades. És probable que la mostra no fos representativa, i que correspongués a una submostra específica de dones víctimes de violència de gènere. Una altra limitació va ser la informació poc precisa sobre la cronologia de les relacions de parella ja que així ens hagués permès explorar si el tipus de violència de gènere, la freqüència i la gravetat eren factors de risc de la revictimització per múltiples parelles.

D'altra banda, tant el maltractament durant la infància com les experiències de violència de gènere es van avaluar de forma retrospectiva. Això podria suposar un biaix en el record. A més, la victimització en l'edat adulta podia condicionar el record dels episodis de victimització durant la infància (Herrero, Torres, & Rodríguez, 2018).

Finalment donat la naturalesa transversal de l'estudi no es va poder extraure conclusions sobre si els resultats dels trets i dimensions de la personalitat patològica avaluats reflecteixen canvis en la personalitat preexistent o estan relacionats amb la vivència de la violència. Tot i que es va observar associacions no es pot extreure una relació causal entre maltractament a infància, personalitat patològica i revictimització.

Les futures investigacions sobre els factors protectors i de risc per a la revictimització per múltiples parelles s' enriquirien d' un disseny longitudinal. També seria interessant augmentar la mostra i afegir el grup control amb la finalitat de poder generalitzar els resultats. Finalment, les troballes trobades suggerien la importància de l' estudi de la personalitat des d' una perspectiva dimensional amb la finalitat d' identificar possibles trets protectors de personalitat.

Implicacions clíniques

Malgrat les limitacions esmentades anteriorment, aquest estudi era d' importància clínica per als professionals de la salut. La identificació de factors psicosocials podia ajudar professionals de diferents àmbits a guiar les víctimes en la presa de decisions i la planificació de seguretat (Cattaneo & Goodman, 2005). Això garantia que aquest grup de dones vulnerables rebés una intervenció òptima i adequada basada en l'evidència científica (Iverson et al., 2013; Ørke et al., 2018). Era important identificar i comprendre els factors de risc i de vulnerabilitat per a la revictimització de la violència de gènere. Particularment aquells factors en què la víctima pogués reduir el risc de revictimització per múltiples agressors (Kuijpers et al., 2011)

Específicament, aquesta investigació va suggerir que les intervencions haurien d'abordar l'història infantil. Existia una àmplia evidència científica sobre l'impacte psicosocial en l'edat adulta del maltractament durant la infància (Stein et al., 2019). Una prova va ser l'elevada implicació que trobem dels tipus d'abús i negligència en la infància relacionats amb els trets patològics de la personalitat.

D'altra banda, l'evidència trobada subratlla la importància d'avaluar els trets i dimensions patològiques de la personalitat per delinear la intervenció psicològica amb víctimes de violència de gènere.

Finalment, destacar la importància de prevenció i intervenció des de la infància.

Conclusions

L'elevada prevalença de revictimització per múltiples persones confirmava que no es tracta d'un fenomen aïllat. Les diferències trobades entre les víctimes d'una única relació de parella i les víctimes de múltiples relacions de maltractament, suggerien que la intervenció psicològica amb víctimes de violència de gènere s'hauria d'enfocar tenint en compte l'historial de relacions de maltractament en la parella. Comprendre els factors a nivell social i individual que poden augmentar el risc d'una dona, d'involucrar-se en múltiples parelles violentes permetria dur a terme intervencions basades en l'evidència científica que abordaran de manera eficaç la revictimització per múltiples agressors.

5. DISCUSSIÓ GENERAL

5.1 Discussió general

La investigació adequada en poblacions específiques requeria disposar de variables que relacionessin els esdeveniments vitals estressants o traumàtics, sobretot els tipus de maltractament amb la possibilitat de desenvolupar experiències psicòtiques o dones víctimes de violència de gènere i observar com aquest son modulats per la personalitat i els estils d'afrontament.

Amb *l'estudi 1: Rol de mediació dels esdeveniments vitals estressants i estils d'afrontament en la relació entre trauma infantil i experiències psicòtiques en població no clínica*, es va poder complir *l'objectiu de l'estudi 1* que consistia a estudiar de manera conjunta les interaccions entre el trauma, estils d'afrontament i esdeveniment vitals estressants (variables independents) amb les experiències psicòtiques (variable dependent). Analitzant també l'impacte del trauma general, abús total i negligència total i l'impacte de cada trauma per separat.

El propòsit perseguit en la investigació realitzada *en l'estudi 1*, va ser el de copsar quins esdeveniments estressants o traumàtics havien experimentat en la vida els joves universitaris. L'anàlisi de les respostes dels joves es van poder recollir a través d'un qüestionari online. Es va confirmar *l'hipòtesis de l'estudi 1* que afirmava que l'efecte de les experiències traumàtiques sobre les experiències psicòtiques serà mediat tant pels esdeveniments vitals estressants (Ayesa-Arriola et al., 2020b; Gibson et al., 2018; J. Williams et al., 2018), com pels estils d'afrontament no adaptatius (Ered et al., 2017; McMahon et al., 2020; Mongan et al., 2019a; Powers et al., 2016).

En dos de les tres anàlisis vam trobar una relació directa (no mediada), entre el trauma total i la negligència física i, específicament, l'experiència psicòtica d'anormalitat perceptiva (Kraan et al., 2018). Així, diferents experiències psicòtiques es veuran influïdes de forma diferencial per les experiències de maltractament, els esdeveniments vitals estressants i els estils d'afrontament.

Quant a l'efecte indirecte de les experiències traumàtiques sobre les experiències psicòtiques, l'anàlisi de vies indica que aquest és dut a terme per dos mecanismes:

- La primera via correspon als esdeveniments vitals estressants dependents tan interpersonals com no-interpersonals, ja sigui de caràcter negatiu o positiu (Ayesa-Arriola et al., 2020b; Bhavsar, Boydell, McGuire, Harris,

Hotopf, Hatch, MacCabe, et al., 2019; Ered et al., 2017; Goldstone et al., 2011; J. Williams et al., 2018). En aquest cas, les experiències de maltractament afectarien a les experiències de tipus psicòtic per via dels esdeveniments vitals estressants.

- La segona via per la qual el trauma prediu a les experiències psicòtiques és a través dels estils d'afrontament (Gruhn & Compas, 2020). En el present estudi, els models establerts mostren com els estils d'afrontament que impacten de manera significativa a les experiències psicòtiques són els de caràcter negatiu o no adaptatius. A diferència d'altres estudis (Gruhn & Compas, 2020), s'ha trobat que l'evitació es relaciona significativament però de manera negativa amb el trauma i amb les experiències psicòtiques.

En *l'estudi 2: Maltractament en la infància i trets patològics de personalitat en relació amb la revictimització per violència de gènere*. Es va poder aconseguir *l'objectiu* perseguit per la investigació: investigar les relacions que hi pot haver entre l'abús i la negligència en la infància i la personalitat patològica en dones víctimes de violència de gènere, en concret en dues cohorts (dones víctimes d'una única relació de maltractament i dones víctimes de múltiples relacions de maltractament).

El propòsit de la investigació feta en *l'estudi 2*, va ser el de copsar les experiències de maltractament en la infància i perfils de personalitat en dones víctimes de violència de gènere. L'anàlisi dels discursos de les dones es van poder recollir a través d'una entrevista i diferents qüestionaris. Es va confirmar parcialment *la hipòtesi I* que consistia en el fet que les dones víctimes de múltiples parelles mostrarien significativament més puntuacions i percentatges de maltractament infantil, respecte a les dones víctimes d'una única relació. Així dones víctimes de múltiples parelles van presentar majors puntuacions en trauma total, negligència total, com deia Tilltentschert, (2017), i l'abús i negligència emocional com mencionava Cole et al., (2008). Tanmateix, no es va trobar relació amb l'abús sexual, al contrari del que indicaven altres estudis (Alexander, 2009; J. Cole et al., 2008; Stein et al., 2019).

També es **confirma parcialment la 2a hipòtesi de l'estudi 2**: que les dones víctimes de múltiples relacions de maltractament exhibirien puntuacions significativament superiors en les dimensions i els trets patològics de personalitat en comparació amb les dones víctimes d'una única relació i en relació. La mateixa tendència vam trobar a la **3a hipòtesi de l'estudi 2**: que ser una dona víctima de més d'una relació de violència de gènere prediu puntuacions més grans en les dimensions i els trets patològics de la personalitat, a més del trauma a la infància, en comparació a les dones víctimes d'una única relació de violència de gènere. Ja que els trets i dimensions de personalitat patològica no van ser predictors de la revictimització per múltiples agressors, a excepció de la dimensió Desinhibició. Puntuacions elevades en la dimensió Desinhibició va disminuir en 1,8 vegades el risc de revictimització.

Per últim, es confirma la **4a hipòtesi de l'estudi 2**: El maltractament durant la infància i les dimensions i els trets de personalitat patològica predeien la revictimització. Les dones que van experimentar experiències moderades i/o severes de negligència durant la infància mostraven un risc gairebé 9 vegades més gran de revictimització per múltiples agressors. A més, en concret, les dones que havien estat sotmeses a abús emocional i negligència emocional durant la infància van presentar un risc 158 i 20 vegades més gran, respectivament, de revictimització per múltiples agressors resultats avalats per estudis com el de Alexander, 2009; Vatnar & Bjørkly, (2008). I com s'ha mencionat anteriorment la desinhibició és un factor de personalitat relacionat amb la revictimització

Com s'ha pogut observar en la literatura científica, el trauma és un factor de risc que presenta afectacions en molts àmbits de la persona. Algunes de les afectacions fisiològiques són: el somni, creixement físic i densitat òssia, al·lèrgia/asma, malalties infeccioses i vulnerabilitat al càncer (Danese, 2014; Shirtcliff et al., 2009). Un altre àmbit que està especialment afectat és la salut psicològica ja que, com diuen diferents autors com Anda et al., (2006) l'acumulació de 4 experiències traumàtiques/estressants incrementava significativament la probabilitat d'experimentar trastorns d'ansietat i pànic, trastorns cognitius (psicosi, etc.), trastorns per abús de substàncies, trastorns sexuals, a banda de trastorns associats a l'estrès posttraumàtic i un increment molt elevat de la comorbiditat. Morelato, (2011) afirma que les conseqüències que genera el maltractament infantil en el desenvolupament dels menors que ho han patit poden ser baixa autoconfiança, episodis de depressió, baix rendiment acadèmic, manca de control

propi i regulació emocional, comportaments agressius, etc. També es poden veure afectats amb trastorns com ansietat, depressió i problemes de comportament com poden ser delinqüència, conductes antisocials i alcoholisme, a més de problemes escolars (Frías & Gaxiola, 2008). Per últim també es va trobar en la literatura altres àrees cognitives afectades com les funcions executives (Friedman & Miyake, 2017; Miyake et al., 2000; Snyder, Miyake, & Hankin, 2015) a causa de les alteracions cerebrals produïdes pel trauma durant el desenvolupament (Teicher et al., 2003). Per tant, es pot concloure que el trauma és una variable que s'ha de tenir en compte en qualsevol avaluació, per poder fer una bona detecció i posterior intervenció, ja que afecta a nivell global en l'individu que la pateix.

Com s'ha pogut observar, en la present tesi doctoral trobem resultats en la mateixa línia que la bibliografia trobada, remarcant que el maltractament en la infància, sent aquest un estressor vital per la salut i podent arribar a ser una experiència traumàtica per la persona que el rep, és un predictor de la revictimització per violència de gènere i de les experiències psicòtiques en població no clínica. Sembla d'especial importància el trauma acumulatiu i el tipus de trauma corresponent a la negligència física (Gil et al., 2009; Mongan et al., 2019b). En la mateixa línia les dones que han experimentat experiències moderades i/o severes de negligència durant la infància presentaven un risc gairebé 9 vegades més gran de revictimització per múltiples agressors. A més, en concret, les dones que havien estat sotmeses a abús emocional i negligència emocional durant la infància van presentar un risc 158 i 20 vegades més gran, respectivament, de revictimització per múltiples agressors resultats avalats per estudis com el de Alexander, 2009; Vatnar & Bjørkly, (2008). El fet de patir més maltractament infantil correlacionava amb la revictimització, ja que els resultats indicaven majors puntuacions en trauma total, negligència total com deia Till-tentschert, (2017) i l'abús i negligència emocional com mencionava Cole et al., (2008). Per tant, com s'observa el trauma total i la negligència influeix en desenvolupar conductes psicòtiques o en patir violència de gènere, com s'observa el tipus de negligència que més afecta varia segons l'estudi. Aquests factors són mediats pels esdeveniments vitals estressants (Ayesa-Arriola et al., 2020b; Gibson et al., 2018; J. Williams et al., 2018), i pels estils d'afrontament no adaptatius (Ered et al., 2017; McMahon et al., 2020; Mongan et al., 2019a; Powers et al., 2016), D'aquí la importància de realitzar plans de prevenció des de ben petits. Aquests aspectes també són mediats pels factors de

personalitat tot i que en el nostre estudi només ha sortit diferència en dimensió Desinhibició, ja que puntuacions elevades d'aquesta va disminuir en 1,8 vegades el risc de revictimització. A pesar dels resultats i a més factors de personalitat i de maltractament que poden influir en les patologies tal com s'esmenta en la literatura.

McTavish, Chandra, Stewart, Herrman, & MacMillan, (2022) plantegen com es podrien atendre els casos de maltractament en un centre sanitari, ja que hi ha poques directrius al respecte. En el cas del maltractament, el reconeixement primerenc implica ser conscient de la àmplia gamma de signes i símptomes d'un possible maltractament, així com dels factors de risc, als professionals els hi resulta molt més fàcil reconeixen els signes físics del maltractament (Mctavish et al., 2017). Tant pel maltractament infantil com per la violència de gènere no hi ha evidències de què la detecció millori els resultats del pacient o redueixi la seva experiència de violència familiar, per el que no es recomana la detecció (McTavish et al., 2020). Es reconeix cada vegada més com els procediments estandarditzats de detecció o derivació que pretenen ser útils poden agreujar el trauma intergeneracional, el que porta un augment de les expulsions d'infants i una participació més gran en el benestar infantil (Chamberlain et al., 2022). En lloc de fer proves de detecció, en el context d'una avaluació de salut mental, l'ideal és que el proveïdor inclou una pregunta formulada apropiadament sobre la violència familiar, quan sigui segur de fer-ho, com a part de l'anamnesi habitual en una trobada clínica. El proveïdor ha de preguntar l'infant/adult sobre possibles casos de violència familiar d'una manera que s'adapta a la seva presentació. Abans de fer-ho, el proveïdor ha de prendre una sèrie de mesures per millorar la seguretat de l'infant/adult, incloent-hi (1) rebre capacitat sobre com preguntar i respondre de manera segura davant la violència familiar; (2) assegurar un espai privat a l'entorn; (3) desenvolupar un enfocament per fer referències dins o fora de l'organització, en cas de violència familiar o altres factors ambientals presents; i (4) si cal, utilitzar intèrprets professionals i no familiars o amics per parlar amb el pacient (McMaster, 2020a). En casos potencials de maltractament, és important discutir les limitacions de la confidencialitat amb els infants d'una manera apropiada per al seu desenvolupament (McMaster, 2020b). Les investigacions han demostrat que els infants i els adults prefereixen un enfocament de recerca per fases (N. Lewis et al., 2018) o un enfocament que primer aborda la preocupació actual del pacient (p. ex., tos, blaus, ansietat), després aborda el benestar

general del pacient (p. ex., com van les coses a l'escola/treball?), després abordi la seguretat a la llar (p. ex., com es porten tots a casa?).

Es recomanable aplicar els aspectes de l'enfocament LIVES (escoltar, preguntar sobre necessitats i inquietuds, validar, millorar la seguretat i donar suport) per a respostes segures. Una resposta inicial segura implica una avaluació de la seguretat immediata del pacient (McMaster, 2020b). En els casos de perpetració de violència, és important avaluar el risc d'homicidi, incloent-hi (si escau) la freqüència, la intensitat, el pla actual, el grau de letalitat, els mitjans disponibles, així com qualsevol element dissuasiu de la violència i el suport social. La violència de parella entre adults no es pot denunciar a la policia tret que un professional estigui preocupat per un risc imminent greu per al pacient o per a una altra persona. Al contrari que els infants, la notificació és obligatòria en algunes jurisdiccions quan un infant està exposat a violència de parella entre cuidadors i la responsabilitat d'una bona orientació (Stewart, MacMillan, & Kimber, 2021). Actualment, s'han desenvolupat una sèrie de recursos per donar suport als proveïdors amb pacients/clients que pateixen violència familiar. Per poder ajudar els professionals a reconèixer i respondre de manera segura a la violència familiar, el Projecte VEGA ha creat recursos educatius per a proveïdors anomenats VEGA Family Violence Education Resources (McMaster, 2015). Aquests recursos educatius en línia es van desenvolupar a consulta amb 22 organitzacions nacionals, amb finançament de l'Agència de Salut Pública del Canadà. Tot i que es deriven del Canadà, l'evidència i les respostes per reconèixer i respondre de manera segura tenen una àmplia aplicabilitat.

Tal com apunten també altres investigacions, les intervencions dirigides a reduir l'estrès i millorar els mecanismes d'afrontament afavoreixen la disminució del risc per a la psicosi i altres patologies (Dolphin et al., 2015). En la literatura trobem models d'intervenció, un d'ells proposa 5 nivells d'atenció, en què s'expliciten objectius, beneficiaris, tasques específiques, executors, lloc físic i criteris de derivació al nivell següent. Els nivells són: 1) Difusió, que consisteix a posar en coneixement de la comunitat afectada la disposició del servei d'atenció psicològica; 2) Suport social, l'objectiu del qual és la identificació de les persones que estan en risc de desenvolupar alguna psicopatologia i remetre'ls a la unitat mèdica psiquiàtrica; 3) Maneig mèdic general, en què s'estabilitzen els símptomes psicològics invalidants, es fa el diagnòstic psiquiàtric i es remet a psiquiatria si és pertinent; 4) Maneig psiquiàtric general, en aquest nivell s'aprofundeix en la intervenció psiquiàtrica i es realitza a mans d'experts i

5) Maneig psiquiàtric per experts, aquest nivell inclou l'administració de fàrmacs inhibidors del tipus monoaminoxidasa (Figuerola, Marín, & González, 2010).

L'actuació primerenca inclou el “debriefing” psicològic que consisteix en una breu intervenció immediata que s'ofereix a les persones que han estat exposades a un esdeveniment traumàtic, habitualment al mateix lloc dels fets, i que té com a objectiu prevenir alteracions psicopatològiques posteriors, especialment el trastorn per estrès posttraumàtic (Mitchell & Everly, 2001). La característica principal d'aquesta intervenció, que té lloc sovint en un entorn grupal de persones que han patit el mateix succés, és facilitar la ventilació de les emocions de les víctimes i analitzar-ne els pensaments, els sentiments i les conductes amb un professional format, que, a l'hora, ofereix psicoeducació sobre les respostes normals a un succés traumàtic i fa veure el caràcter no patològic d'aquestes reaccions en una situació crítica anormal (Echeburúa & Corral, 2007).

En la lliteratura també trobem altres intervencions posteriors pel trauma, entre les més conegudes avalades pels corresponents estudis trobem les següents: els infants que han patit abús sexual o exposició a violència de parella i que tenen símptomes d'estrès posttraumàtic poden beneficiar-se de la teràpia cognitiva-conductual amb un enfocament al trauma (Trautmann et al., 2017). Els infants que han experimentat abús físic o negligència i que tenen problemes d'externalització es poden beneficiar de la teràpia d'interacció entre pares i fills (Cooley, Veldorale-Griffin, Petren, & Mullis, 2014).

La teràpia de dessensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR) és una tècnica de tractament psicològic a través de la qual es realitza una Dessensibilització i Reprocessament per mitjà de moviments oculars o estimulació bilateral (Carletto et al., 2018) o amb el brainspotting que és similar a l'anterior, però aquesta busca una posició específica de l'ull, vinculada amb l'activació d'un circuit neuronal en el cervell, que és l'encarregat d'emmagatzemar la informació sobre la nostra vida (Hildebrand, Grand, & Stemmler, 2017) o altres tècniques com el Mindfulness (Shiyko, Hallinan, & Naito, 2017) per treballar la consciència plena en el trauma, la teràpia d'exposició perllongada (Norman et al., 2019) per exposar-se a les pors progressivament o la teràpia dialèctica conductual que treballa directament sobre la percepció i regulació de les emocions (Lang, Edwards, Mittler, & Bonavitacola, 2018).

5.2 Limitacions

És important que per la interpretació dels resultats aconseguits i la planificació de futurs estudis es tingui en compte les limitacions trobades.

Referent a la mostra dels estudis, en **l'estudi 1** la mostra no era clínica, impedit així la generalització dels resultats a la població de pacient amb trastorn psicòtic, ja que aquest és probable que tinguin menys factors de resiliència o possiblement més factors de trauma. D' igual manera passa amb la desigualtat de la mostra, ja que no s'ha pogut extrapol·lar en els dos sexes. Referent a **l'estudi 2** la major limitació és que tenim una mostra molt reduïda del servei d'atenció a la víctima del delictes, per tat la mostra no és representativa.

Les limitacions trobades en la metodologia de **l'estudi 1** és que s'utilitza un autoinforme via online, i no es pot estar present en el moment de l'avaluació. I en **l'estudi 2** la limitació va ser la informació poc precisa sobre la cronologia de les relacions de parella, ja que així ens hagués permès explorar si el tipus de violència de gènere, la freqüència i la gravetat eren factors de risc de la revictimització per múltiples parelles.

Per últim, cal destacar sobre els qüestionaris utilitzats en **l'estudi 1** que s'han emprat versions reduïdes dels qüestionaris d'avaluació tant per al trauma com per les experiències psicòtiques i aquest aporten menors detalls. I en **l'estudi 2**, la victimització en l'edat adulta podia condicionar el record dels episodis de victimització durant la infància (Herrero, Torres, et al., 2018).

5.3 Implicacions clíniques

Malgrat les limitacions esmentades anteriorment, aquests estudis tenen importància clínica per als professionals de la salut. En ells s'ha realitzat la identificació de factors psicosocials que poden ajudar professionals de diferents àmbits a guiar les víctimes de violència de gènere en la presa de decisions i la planificació de seguretat (Cattaneo & Goodman, 2005), per poder rebre una intervenció òptima i adequada basada en l'evidència científica (Iverson et al., 2013; Ørke et al., 2018), front la identificació de risc i de vulnerabilitat per a la revictimització de la violència de

gènere. Particularment aquells factors en què la víctima pogués reduir el risc de revictimització per múltiples agressors (Kuijpers et al., 2011). En la mateixa línia s'ha identificat quin tipus d'esdeveniments traumàtics i estils d'afrontament de la població general poden influir en l'aparició d'experiències psicòtiques i així crear plans de prevenció i intervenció ràpida enfront el trauma per evitar-ho.

5.4 Investigacions futures

En investigacions futures es tindran en compte les limitacions trobades en els estudis, es proposa la cerca d'una eina de detecció eficaç en els centres hospitalaris, que pugui predir el risc de les experiències traumàtiques viscudes com a pressió i així, realitzar plans d'intervenció adequada per evitar les seves possibles conseqüències. També se proposa fer estudis longitudinals en població tant en la població general, com en la clínica, per afirmar una causalitat en el risc de les experiències psicòtiques i en la violència de gènere. Finalment, les troballes trobades suggerien la importància de l'estudi de la personalitat des d'una perspectiva dimensional, amb la finalitat d'identificar possibles trets protectors de personalitat.

6. CONCLUSIÓ FINAL

Per concloure, es pot afirmar la importància que tenen els esdeveniments traumàtics, especialment les experiències de maltractament en la infància, en les persones. El **primer estudi** ha contribuït en la clarificació del mecanisme pel qual les experiències traumàtiques impacten a les experiències de tipus psicòtic en població no clínica. Els resultats indiquen que l'efecte sobre les experiències psicòtiques es dona tant directament com indirectament. L'efecte indirecte és dut a terme per la via dels esdeveniments vitals estressants recents i per la dels estils d'afrontament no adaptatius. En el **segon estudi** s'observa que l'elevada prevalença de revictimització per múltiples persones confirmava que no es tracta d'un fenomen aïllat i que està relacionat amb les experiències traumàtiques. Les diferències trobades entre les víctimes d'una única relació de parella i les víctimes de múltiples relacions de maltractament, suggerien que la intervenció psicològica amb víctimes de violència de gènere s'hauria d'enfocar tenint en compte l'història de relacions de maltractament en la parella.

Per tant, comprendre els factors a nivell social i individual que poden augmentar el risc d'una dona d'involucrar-se en múltiples parelles violentes o en tindre experiències psicòtiques, permetria dur a terme intervencions basades en l'evidència científica que abordaran de manera eficaç les anteriors qüestions. Aquestes dades suggereixen que treballar les estratègies per reduir l'estrès i millorar els mecanismes d'afrontament poden ser crucials, tant per la prevenció com pel tractament. Són necessaris estudis longitudinals en població general i clínica per estudiar causalitat en el risc.

7. REFERENCIAS

- Acer, N., & Turgut, M. (2012). Anatomy of the cerebellum. *Cerebellar Mutism: From Definition to Treatment*, 2(9), 1–25.
- Ahmadabadi, Z., Najman, J. M., Williams, G. M., Clavarino, A. M., D’Abbs, P., & Tran, N. (2020). Intimate partner violence and subsequent depression and anxiety disorders. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01828-1>
- Alemaný, S., Arias, B., Fatjó-Vilas, M., Villa, H., Moya, J., Ibáñez, M. I., ... Fañanás, L. (2014). Psychosis-inducing effects of cannabis are related to both childhood abuse and COMT genotypes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(1), 54–62. <https://doi.org/10.1111/acps.12108>
- Alemaný, S., Moya, J., Ibáñez, M. I., Villa, H., Mezquita, L., Ortet, G., ... Arias, B. (2016). Childhood trauma and the rs1360780 SNP of FKBP5 gene in psychosis: a replication in two general population samples. *Psychological Medicine*, 46(1), 221–223. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001695>
- Alencar-rodrigues, R. De, Género, V. De, & Revisão, U. (2012). Violencia de Género en la Pareja: Una Revisión Teórica, 116–126.
- Alexander, P. C. (2009). Childhood Trauma, Attachment, and Abuse by Multiple Partners. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(1), 78–88. <https://doi.org/10.1037/a0015254>
- Allen, G., Buxton, R. B., Wong, E. C., & Courchesne, E. (1997). Attentional Activation of the Cerebellum Independent of Motor Involvement, 275(March), 1–4.
- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., ... Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Andreasen, N. C., Paradiso, S., & O’Leary, D. S. (1998). “Cognitive dysmetria” as an integrative theory of schizophrenia: A dysfunction in cortical-subcortical-cerebellar circuitry? *Schizophrenia Bulletin*, 24(2), 203–218. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033321>
- Antoni Ingles, A. I. (1995). Origen, proceso y algunos resultados del estudio sobre los malos tratos infantiles en Catalunya. *Infancia y Aprendizaje*, 18(71), 23–32. <https://doi.org/10.1174/02103709560575451>
- Aracena, M., Balladares, E., Román, F., & Weiss, C. (2002). Conceptualización de las pautas de crianza de buen trato y maltrato infantil , en familias del estrato socio-

- económico bajo : Una mirada Cualitativa A Framework for Child Treatment and Mistreatment in Poor Families : A Qualitative View . *Revista De Psicología De La Universidad De Chile*, 11(2), 39–53.
- Armando, M., Sandini, C., Chambaz, M., Schaer, M., Schneider, M., & Eliez, S. (2018). Coping Strategies Mediate the Effect of Stressful Life Events on Schizotypal Traits and Psychotic Symptoms in 22q11.2 Deletion Syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 44(2), S525–S533. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby025>
- Arruabarrena, I., & De Paúl, J. (1999). *Maltrato a los niños en la familia : evaluación y tratamiento*. Madrid: Piràmide.
- Asselmann, E., Stender, J., Grabe, H. J., König, J., Schmidt, C. O., & Hamm, A. O. (2017). Author ' s Accepted Manuscript. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.050>
- Asselmann, E., Stender, J., Grabe, H. J., König, J., Schmidt, C. O., Hamm, A. O., & Pané-Farré, C. A. (2018). Assessing the interplay of childhood adversities with more recent stressful life events and conditions in predicting panic pathology among adults from the general population. *Journal of Affective Disorders*, 225(April 2017), 715–722. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.050>
- Ayasa-Arriola, R., Setién-Suero, E., Marques-Feixa, L., Neergaard, K., Butjosa, A., Vázquez-Bourgon, J., ... Crespo-Facorro, B. (2020a). The synergetic effect of childhood trauma and recent stressful events in psychosis: associated neurocognitive dysfunction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 43–51. <https://doi.org/10.1111/acps.13114>
- Ayasa-Arriola, R., Setién-Suero, E., Marques-Feixa, L., Neergaard, K., Butjosa, A., Vázquez-Bourgon, J., ... Crespo-Facorro, B. (2020b). The synergetic effect of childhood trauma and recent stressful events in psychosis: associated neurocognitive dysfunction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 43–51. <https://doi.org/10.1111/acps.13114>
- Back, S. M., Post, R. D., & D'Arcy, G. (1982). A study of battered women in a psychiatric setting. *Women and Therapy*, 1(2), 13–26. https://doi.org/10.1300/J015V01N02_03
- Bailey, T., Alvarez-Jimenez, M., Garcia-Sanchez, A. M., Hulbert, C., Barlow, E., & Bendall, S. (2018). Childhood trauma is associated with severity of hallucinations and delusions in psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 44(5), 1111–1122. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbx161>

- Bak, M., Krabbendam, L., Janssen, I., De Graaf, R., Vollebergh, W., & Van Os, J. (2005). Early trauma may increase the risk for psychotic experiences by impacting on emotional response and perception of control. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *112*(5), 360–366. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00646.x>
- Bandura, A., & Walters, R. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall: acantilados de Englewood.
- Barnett, D., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (1993). Defining child maltreatment: the interface between policy and research. In Dante Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Child abuse, child development, and social policy*. Norwood, NJ: Ablex. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i3.159>
- Barrett, P. (2007). Structural equation modelling: Adjudging model fit. *Personality and Individual Differences*, *42*(5), 815–824. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.018>
- Beers, S. R., & De Bellis, M. D. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, *159*(3), 483–486. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.483>
- Begemann, M. J. H., Stotijn, E., Schutte, M. J. L., Heringa, S. M., & Sommer, I. E. C. (2017). Letter to the Editor: Beyond childhood trauma – stressful events early and later in life in relation to psychotic experiences. *Psychological Medicine*, *47*(15), 2731–2736. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000538>
- Bellis, M. D. De, Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M., ... Ryan, N. D. (1999). Developmental Traumatology Part II: Development, Brain.
- Bentler, P. M. (2006). *EQS 6 structural equations program manual*. Los Angeles: *BMDP Statistic Software*.
- Bernate, M., Paula, M., & Soto, F. (2009). Diferencias en los Procesos de Atención y Memoria en Niños con y sin Estrés Postraumático Differences in attention and memory processes between children with and without post traumatic stress disorder (PTSD), 104–115.
- Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., ... 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>
- Bhavsar, V., Boydell, J., McGuire, P., Harris, V., Hotopf, M., Hatch, S. L., ... Morgan, C. (2019). Childhood abuse and psychotic experiences - Evidence for mediation by

- adulthood adverse life events. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(3), 300–309. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000518>
- Bhavsar, V., Boydell, J., McGuire, P., Harris, V., Hotopf, M., Hatch, S. L., ... Morgan, C. (2019). Childhood abuse and psychotic experiences – evidence for mediation by adulthood adverse life events. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(03), 300–309. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000518>
- Black, D. S., Sussman, S., & Unger, J. B. (2010). A further look at the intergenerational transmission of violence: Witnessing interparental violence in emerging adulthood. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(6), 1022–1042. <https://doi.org/10.1177/0886260509340539>
- Blithikioti, C., Nuño, L., Guell, X., Pascual-Diaz, S., Gual, A., Balcells-Olivero, & Miquel, L. (2022). The cerebellum and psychological trauma: A systematic review of neuroimaging studies. *Neurobiology of Stress*, 17(September 2021). <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2022.100429>
- Bloomfield, M. A. P., Chang, T., Woodl, M. J., Lyons, L. M., Cheng, Z., Bauer-Staeb, C., ... Lewis, G. (2021). Psychological processes mediating the association between developmental trauma and specific psychotic symptoms in adults: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 20(1), 107–123. <https://doi.org/10.1002/wps.20841>
- Bogat, G. A., Levendosky, A. A., Theran, S., Von Eye, A., & Davidson, W. S. (2003). Predicting the Psychosocial Effects of Interpersonal Partner Violence (IPV): How Much Does a Woman’s History of IPV Matter? *Journal of Interpersonal Violence*, 18(11), 1271–1291. <https://doi.org/10.1177/0886260503256657>
- Bonoldi, I., Simeone, E., Rocchetti, M., Codjoe, L., Rossi, G., Gambi, F., ... Fusar-Poli, P. (2013). Prevalence of self-reported childhood abuse in psychosis: A meta-analysis of retrospective studies. *Psychiatry Research*, 210(1), 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.05.003>
- Bosch-Fiol, E., & Ferrer-Perez, V. A. (2019). The pyramid model: A feminist alternative for analysing violence against women. *Revista Estudos Feministas*, 27(2), 1–14. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2019V27N254189>
- Bremner, J. D., Randall, P., Vermetten, E., Staib, L., Bronen, R. A., Mazure, C., ... Charney, D. S. (1997). Magnetic Resonance Imaging-Based Measurement of Hippocampal Volume in Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Physical and Sexual Abuse-A Preliminary Report, *i*.

- Briere, J. (2002). The APSAC Handbook on child maltreatment. Edited by John N. Briere, Lucy Berliner, Josephine A. Bulkley, Carole Jenny and Theresa Reid. Sage Publications, London EC2A 4PU, March 1996, 464 pp. ISBN 0-8039-5196-X, ISBN 0-8039-5597-9. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 8(2), 159–160. <https://doi.org/10.1002/cbm.237>
- Briere, J., & Elliott, D. M. (1994). Immediate and Child Sexual Abuse. *The Future of Children*, 4(2), 54–69.
- Briere, J., & Runtz, M. (1988). Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. *Child Abuse and Neglect*, 12(3), 331–341. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(88\)90046-4](https://doi.org/10.1016/0145-2134(88)90046-4)
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Cambridge: Harvard university press.
- Cabrera, C., Torres, H., & Harcourt, S. (2020). The neurological and neuropsychological effects of child maltreatment. *Aggression and Violent Behavior*, 54(August 2019). <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101408>
- Caldji, C., Sc, B., Francis, D., Sc, B., Sharma, S., Sc, M., ... Ph, D. (1994). The Effects of Early Rearing Environment on the Development of GABA A and Central Benzodiazepine Receptor Levels and Novelty-Induced Fearfulness in the Rat, (99).
- Campbell, J., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Janet Schollenberger, M., Patricia O'Campo, ... Clifford Wynne, M. (2004). Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(11), 1296–1323. <https://doi.org/10.1177/0886260504269685>
- Cantón-Cortés, D., & Rosario Cortés, M. (2015). Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 31(2), 552–561. Retrieved from <http://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.31.2.180771/175601>
- Capra, C., Kavanagh, D. J., Hides, L., & Scott, J. G. (2017). Current CAPE-15: a measure of recent psychotic-like experiences and associated distress. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(5), 411–417. <https://doi.org/10.1111/eip.12245>
- Carletto, S., Oliva, F., Barnato, M., Antonelli, T., Cardia, A., Mazzaferro, P., ... Pagani, M. (2018). EMDR as Add-On Treatment for Psychiatric and Traumatic Symptoms in Patients with Substance Use Disorder, 8(January), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02333>
- Cattaneo, L. B., & Goodman, L. A. (2005). Risk Factors for Reabuse in Intimate Partner

- Violence: A Cross-Disciplinary Critical Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 6(2), 141–175. <https://doi.org/10.1177/1524838005275088>
- Cella, M., Cooper, A., Dymond, S. O., & Reed, P. (2008). The relationship between dysphoria and proneness to hallucination and delusions among young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 49(6), 544–550. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.02.011>
- Chamberlain, C., Gray, P., Bennet, D., Elliott, A., Jackomos, M., Krakouer, J., ... Langton, M. (2022). Supporting Aboriginal and Torres Strait Islander Families to Stay Together from the Start (SAFeST Start): Urgent call to action to address crisis in infant removals. *Australian Journal of Social Issues*, 57(2), 252–273. <https://doi.org/10.1002/ajs4.200>
- Choi, J. Y. (2017). Posttraumatic stress symptoms and dissociation between childhood trauma and two different types of psychosis-like experience. *Child Abuse and Neglect*, 72(January), 404–410. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.08.023>
- Chou, P. C., Chao, Y. M. Y., Yang, H. J., Yeh, G. L., & Lee, T. S. H. (2011). Relationships between stress, coping and depressive symptoms among overseas university preparatory Chinese students: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-352>
- Christozov, C., & Toteva, S. (1989). Abuse and neglect of children brought up in families with an alcoholic father in Bulgaria. *Child Abuse and Neglect*, 13(1), 153–155. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(89\)90039-2](https://doi.org/10.1016/0145-2134(89)90039-2)
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1995). A Developmental Psychopathology Perspective on Child Abuse and Neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(5), 541–565. <https://doi.org/10.1097/00004583-199505000-00008>
- Cicchetti D. (1990). A historical perspective on the discipline of developmental psychopathology. In Sw. J Rolf, A Masten, D Cicchetti, K Nuechterlein (Ed.), *In Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology* (pp. 2–28). New York: Cambridge Univ. Press.
- Cicchetti, D., & Sroufe, L. A. (2000). The past as prologue to the future: The times, they've been a-changin'. *Development and Psychopathology*, 12(3), 255–264. <https://doi.org/10.1017/S0954579400003011>
- Cicchetti, D., & Toth, S. (1995). A Developmental Psychopathology Perspective on Child Abuse and Neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(5), 541–565. <https://doi.org/10.1097/00004583-199505000-00008>

- Adolescent Psychiatry*, 34(5), 541–565. <https://doi.org/10.1097/00004583-199505000-00008>
- Cicchetti, Dante, & Lynch, M. (1995). Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment. In Dante Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology, Vol. 2. Risk, disorder, and adaptation* (pp. 32–71). John Wiley & Sons Inc.
- Cicchetti, Dante, & Rogosch, F. A. (1994). The Toll of Child Maltreatment on the Developing Child: Insights from Developmental Psychopathology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 3(4), 759–776. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(18\)30469-3](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(18)30469-3)
- Clark, C. A. C., Sheffield, T. D., Wiebe, S. A., & Espy, K. A. (2013). Longitudinal Associations Between Executive Control and Developing Mathematical Competence in Preschool Boys and Girls. *Child Development*, 84(2), 662–677. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01854.x>
- Cockerham, W. (2001). *Handbook of medical sociology*. Nueva York: Prentice-Hall.
- Cohen, Sheldon, Murphy, M. L. M., & Prather, A. A. (2019). Ten Surprising Facts About Stressful Life Events and Disease Risk. *Annual Review of Psychology*, 70(1), annurev-psych-010418-102857. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102857>
- Cole, C. L., Newman-Taylor, K., & Kennedy, F. (2016). Dissociation mediates the relationship between childhood maltreatment and subclinical psychosis. *Journal of Trauma and Dissociation*, 17(5), 577–592. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1172537>
- Cole, J., Logan, T. K., & Shannon, L. (2008). Women’s risk for revictimization by a new abusive partner: For what should we be looking? *Violence and Victims*, 23(3), 315–330. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.23.3.315>
- Collip, D., Myin-Germeys, I., & Van Os, J. (2008). Does the concept of “sensitization” provide a plausible mechanism for the putative link between the environment and schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, 34(2), 220–225. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm163>
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., ... Thigpen, J. C. (2017). *Psychological Bulletin*.
- Cooley, M., Veldorale-Griffin, A., Petren, R., & Mullis, A. (2014). Parent–Child Interaction Therapy: A Meta-Analysis of Child Behavior Outcomes and Parent

- Stress. *J. Fam. Soc. Work*, 17, 191–208.
- Coolidge, F. L., & Anderson, L. W. (2002). Personality profiles of women in multiple abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 17(2), 117–131. <https://doi.org/10.1023/A:1015005400141>
- Cristóbal-Narváez, P., Sheinbaum, T., Ballespí, S., Mitjavila, M., Myin-Germeys, I., Kwapil, T. R., & Barrantes-Vidal, N. (2016). Impact of Adverse Childhood Experiences on Psychotic-Like Symptoms and Stress Reactivity in Daily Life in Nonclinical Young Adults. *PloS One*, 11(4), e0153557. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153557>
- Croft, J., Heron, J., Teufel, C., Cannon, M., Wolke, D., Thompson, A., ... Zammit, S. (2019). Association of Trauma Type, Age of Exposure, and Frequency in Childhood and Adolescence with Psychotic Experiences in Early Adulthood. *JAMA Psychiatry*, 76(1), 79–86. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3155>
- Crombach, A. (2015). Intergenerational violence in Burundi: Experienced childhood maltreatment increases the risk of abusive child rearing and intimate partner violence. *J Fam Psychol*, 1, 1–7.
- Cummings, E., & Valentino, K. (2016). Psicopatología del desarrollo. In R. Lewis & W. Overton (Eds.), *Manual de psicología infantil y ciencia del desarrollo*. (7ª ed., pp. 566–606). Nueva Jersey: Wiley.
- Dackis, M. N., Rogosch, F. A., Oshri, A., & Cicchetti, D. (2012). The role of limbic system irritability in linking history of childhood maltreatment and psychiatric outcomes in low-income, high-risk women: Moderation by FK506 binding protein 5 haplotype. *Development and Psychopathology*, 24(4), 1237–1252. <https://doi.org/10.1017/S0954579412000673>
- Danese, A. (2014). Developmental psychoneuroimmunology: From bench to bedside. *Brain, Behavior, and Immunity*, 36, 27–28. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2013.11.001>
- Davins-Pujols, M., Pérez-Testor, C., Salamero-Baró, M., & Castillo-Garayoa, J. A. (2012). Personality Profiles in Abused Women Receiving Psychotherapy According to the Existence of Childhood Abuse. *Journal of Family Violence*, 27(2), 87–96. <https://doi.org/10.1007/s10896-011-9407-z>
- Davis, A. S., Moss, L. E., Nogin, M. M., & Webb, N. E. (2015). Neuropsychology of child maltreatment and implications for school psychologist. *Psychology in the Schools*, 52(1), 77–91. <https://doi.org/10.1002/pits.21806>

- De Bellis, M. D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment, 10*(2), 150–172. <https://doi.org/10.1177/1077559505275116>
- De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Spencer, S., & Hall, J. (2000). N-acetylaspartate concentration in the anterior cingulate of maltreated children and adolescents with PTSD. *American Journal of Psychiatry, 157*(7), 1175–1177. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.7.1175>
- De Paul, J., Arruabarrena, M., Torres, B., & Munoz, R. (1995). Prevalence of child abuse in Gipuzkoa. *Infancia y Aprendizaje, 18*(71), 49–58. <https://doi.org/10.1174/02103709560575479>
- DeRosse, P., Nitzburg, G. C., Kompancaril, B., & Malhotra, A. K. (2014). The relation between childhood maltreatment and psychosis in patients with schizophrenia and non-psychiatric controls. *Schizophrenia Research, 155*(1–3), 66–71. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.03.009>
- Deutch, A., Tam, S., & Roth, R. (1985). Footshock and conditioned stress increase 3,4-dihydroxyphenylacetic acid (DOPAC) in the ventral tegmental area but not substantia nigra. *Brain Res, 333*(1), 6–146.
- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature. *International Journal of Family Medicine, 2013*, 1–15. <https://doi.org/10.1155/2013/313909>
- Diorio, D., Viau, V., & Meaney, M. J. (1993). The role of the medial prefrontal cortex (cingulate gyrus) in the regulation of hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Journal of Neuroscience, 13*(9), 3839–3847. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.13-09-03839.1993>
- Dohrenwend, B., Raphael, K., Schwartz, S., Stueve, A., & Skodol, A. (1993). *The structured event probe and narrative rating method for measuring stressful life events*. (E. L. G. y S. B. (eds.), Ed.). Nueva York: Free Press.
- Dolphin, L., Dooley, B., & Fitzgerald, A. (2015). Prevalence and correlates of psychotic like experiences in a nationally representative community sample of adolescents in Ireland. *Schizophrenia Research, 169*(1–3), 241–247. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.09.005>
- Dominguez, M. D. G., Wichers, M., Lieb, R., Wittchen, H. U., & Van Os, J. (2011). Evidence that onset of clinical psychosis is an outcome of progressively more persistent subclinical psychotic experiences: An 8-year cohort study.

- Schizophrenia Bulletin*, 37(1), 84–93. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp022>
- Drevets, W. C., Price, J. L., Bardgett, M. E., Reich, T., Todd, R. D., & Raichle, M. E. (2002). Glucose metabolism in the amygdala in depression: Relationship to diagnostic subtype and plasma cortisol levels. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 71(3), 431–447. [https://doi.org/10.1016/S0091-3057\(01\)00687-6](https://doi.org/10.1016/S0091-3057(01)00687-6)
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. España: Ediciones Pirámides.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué?, *15*(3), 373–387.
- Edalati, H., Krank, M. D., & Schütz, C. G. (2020). Childhood Maltreatment and Perceived Stress in Individuals with Concurrent Psychiatric Disorders. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 29(1), 22–37. <https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1595802>
- Ehrensaft, M. K., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H., & Johnson, J. G. (2003). Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 741–753. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.741>
- Eme, R. (2017). Developmental psychopathology: A primer for clinical pediatrics. *World Journal of Psychiatry*, 7(3), 159–162. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i3.159>
- Ered, A., Gibson, L. E., Maxwell, S. D., Cooper, S., & Ellman, L. M. (2017). Coping as a mediator of stress and psychotic-like experiences. *European Psychiatry*, 43, 9–13. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.327>
- European, F. R. A., & Agency, U. (2014). *Violence against women : an EU-wide survey*. <https://doi.org/10.2811/67959>
- Ferguson, S. A., & Holson, R. R. (1999). Neonatal Dexamethasone on Day 7 Causes Mild Hyperactivity and Cerebellar Stunting, *21*(1), 71–76.
- Figuroa, R. A., Marín, H., & González, M. (2010). Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Revista Médica de Chile*, 138(2), 143–151. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872010000200001>
- Fischler, B., D’Haenen, H., Cluydts, R., Michiels, V., Demets, K., Bossuyt, A., ... De Meirleir, K. (1996). . Comparison of 99m Tc HMPAO SPECT scan between chronic fatigue syndrome, major depression and healthy controls: an exploratory study of clinical correlates of regional cerebral blood flow. *Neuropsychobiology*,

4(34), 83–175.

- Flisher, A. J., Kramer, R. A., Hoven, C. W., Greenwald, S., Alegria, M., Bird, H. R., ... Moore, R. E. (1997). Psychosocial characteristics of physically abused children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(1), 123–131. <https://doi.org/10.1097/00004583-199701000-00026>
- Fonseca-Pedrero, E., Muñiz, J., Giráldez, S. L., García-Cueto, E., & Campillo-Álvarez, Á. (2007). Lateralidad manual, problemas emocionales y esquizotipia en adolescentes. *Psicothema*, 19(3), 467–472.
- Fonseca-pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2012). Validación de la Escala para la Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas-42 (CAPE-42) en universitarios y pacientes con psicosis. *Actas Españolas de Psiquiatría*.
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2012). Validación de la Escala para la Evaluación Comunitaria de las Experiencias Psíquicas-42 (CAPE-42) en universitarios y pacientes con psicosis. = Validation of the Community Assessment Psychic Experiences-42 (CAPE-42) in Spanish college students and patient. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(4), 169–176. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2012-25432-001&lang=es&site=ehost-live&scope=site%0Ahttp://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2012-25432-001&lang=es&site=ehost-live&scope=site%0Ahttp://content.ebscohost.co>
- Frías, M., & Gaxiola, R. (2008). Consecuencias de la violencia familiar experimentada directa e indirectamente en niños: depresión, ansiedad, conducta antisocial y ejecución académica. *Revista Mexicana de Psicología*, 25, 237–248.
- Friedman, N. P., & Miyake, A. (2017). Unity and diversity of executive functions: Individual differences as a window on cognitive structure. *Cortex*, 86, 186–204. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2016.04.023>
- Frodl, T., & O'Keane, V. (2013). How does the brain deal with cumulative stress? A review with focus on developmental stress, HPA axis function and hippocampal structure in humans. *Neurobiology of Disease*, 52, 24–37. <https://doi.org/10.1016/j.nbd.2012.03.012>
- Gawęda, Ł., Görnitz, A. S., & Moritz, S. (2018). Mediating role of aberrant salience and self-disturbances for the relationship between childhood trauma and psychotic-like

- experiences in the general population, (xxxx).
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.11.034>
- Gawęda, Ł., Göritz, A. S., & Moritz, S. (2019). Mediating role of aberrant salience and self-disturbances for the relationship between childhood trauma and psychotic-like experiences in the general population. *Schizophrenia Research*, 206, 149–156. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.11.034>
- Gerin, M. I., Viding, E., Pingault, J. B., Puetz, V. B., Knodt, A. R., Radtke, S. R., ... McCrory, E. J. (2019). Heightened amygdala reactivity and increased stress generation predict internalizing symptoms in adults following childhood maltreatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 60(7), 752–761. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13041>
- Gibson, L. E., Alloy, L. B., & Ellman, L. M. (2016). Trauma and the psychosis spectrum: A review of symptom specificity and explanatory mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 49, 92–105. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.08.003>
- Gibson, L. E., Reeves, L. E., Cooper, S., Olino, T. M., & Ellman, L. M. (2018). Traumatic life event exposure and psychotic-like experiences: A multiple mediation model of cognitive-based mechanisms. *Schizophrenia Research*. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.02.005>
- Giedd, J. N., Blumenthal, J., Jeffries, N. O., Rajapakse, J. C., Vaituzis, A. C., Liu, H., ... Castellanos, F. X. (1999). Development of the human corpus callosum during childhood and adolescence: A longitudinal MRI study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 23(4), 571–588. [https://doi.org/10.1016/S0278-5846\(99\)00017-2](https://doi.org/10.1016/S0278-5846(99)00017-2)
- Gil, A., Gama, C. S., de Jesus, D. R., Lobato, M. I., Zimmer, M., & Belmonte-de-Abreu, P. (2009). The association of child abuse and neglect with adult disability in schizophrenia and the prominent role of physical neglect. *Child Abuse and Neglect*, 33(9), 618–624. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.02.006>
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7)
- Gold, A. L., Sheridan, M. A., Peverill, M., Busso, D. S., Lambert, H. K., Alves, S., ... McLaughlin, K. A. (2016). Childhood abuse and reduced cortical thickness in brain regions involved in emotional processing. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(10), 1154–1164. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12630>

- Goldstone, E., Farhall, J., & Ong, B. (2011). Synergistic pathways to delusions: Enduring vulnerabilities, proximal life stressors and maladaptive psychological coping. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(2), 122–131. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00264.x>
- Goldstone, E., Farhall, J., & Ong, B. (2012). Modelling the emergence of hallucinations: Early acquired vulnerabilities, proximal life stressors and maladaptive psychological processes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(9), 1367–1380. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0446-9>
- Gould, E., & Tanapat, P. (1999). Stress and Hippocampal Neurogenesis.
- Gruhn, M. A., & Compas, B. E. (2020). Effects of maltreatment on coping and emotion regulation in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect*, 103(March). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104446>
- Gutiérrez, F., Aluja, A., Peri, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E., ... Krueger, R. F. (2017). Psychometric Properties of the Spanish PID-5 in a Clinical and a Community Sample. *Assessment*, 24(3), 326–336. <https://doi.org/10.1177/1073191115606518>
- Hankin, B. L., Stone, L., & Ann Wright, P. (2010). Corumination, interpersonal stress generation, and internalizing symptoms: Accumulating effects and transactional influences in a multiwave study of adolescents. *Development and Psychopathology*. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990368>
- Hardy, A. (2017). Pathways from trauma to psychotic experiences: A theoretically informed model of posttraumatic stress in psychosis. *Frontiers in Psychology*, 8(MAY), 1–20. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00697>
- Harlow, H., & Dodsworth, O. (1965). *Total social isolation in monkeys. Department of psychology primate laboratory and regional center, university of wisconsin.* <https://doi.org/10.1073/pnas.54.1.90>
- Heath, R. G. (1976). Brain function in epilepsy : midbrain , medullary , and cerebellar interaction with the rostral forebrain, (July), 1037–1051.
- Heise, I. L. (1998). Violence against women: Ecological framework. *Sage Publications*.
- Hemphill, J. F. (2003). Interpreting the magnitudes of correlation coefficients. *The American Psychologist*, 58(1), 78–79. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.78>
- Hernandez, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A. M., ... Gutiérrez-Zotes, J. A. (2013). Initial Validation of the Spanish Childhood Trauma Questionnaire-Short Form: Factor Structure, Reliability and Association

- With Parenting. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(7), 1498–1518.
<https://doi.org/10.1177/0886260512468240>
- Hernandez, E. M., Trout, Z. M., & Liu, R. T. (2016). Vulnerability-specific stress generation: Childhood emotional abuse and the mediating role of depressogenic interpersonal processes. *Child Abuse and Neglect*, 62, 132–141.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.10.019>
- Herrero, J., Torres, A., & Rodríguez, F. J. (2018). Child Abuse, Risk in Male Partner Selection, and Intimate Partner Violence Victimization of Women of the European Union. *Prevention Science*, 19(8), 1102–1112. <https://doi.org/10.1007/s11121-018-0911-8>
- Herrero, J., Vivas, P., Torres, A., & Rodríguez, F. J. (2018). When Violence Can Appear With Different Male Partners : Identification of Resilient and Non-resilient Women in the European Union. *Frontiers in Psychology*, 9, 877.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00877>
- Het, S., Schoofs, D., Rohleder, N., & Wolf, O. T. (2012). Stress-induced cortisol level elevations are associated with reduced negative affect after stress: Indications for a mood-buffering cortisol effect. *Psychosomatic Medicine*, 74(1), 23–32.
<https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31823a4a25>
- Hibbard, R., Barlow, J., MacMillan, H., Christian, C. W., Crawford-Jakubiak, J. E., Flaherty, E. G., ... Hurley, T. P. (2012). Psychological maltreatment. *Pediatrics*, 130(2), 372–378. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1552>
- Hildebrand, A., Grand, D., & Stemmler, M. (2017). Brainspotting – the efficacy of a new therapy approach for the treatment of Posttraumatic Stress Disorder in comparison to Eye Movement Desensitization and Reprocessing, 5, 1–17.
- Hines, D. A., & Saudino, K. J. (2002). Intergenerational Transmission of Intimate Partner Violence: A Behavioral Genetic Perspective. *Trauma, Violence, & Abuse*, 3(3), 210–225. <https://doi.org/10.1177/15248380020033004>
- Hirigoyen, M. (2001). *El acoso moral en el trabajo*. Barcelona: Paidós.
- Hollingshead, A. B. (1975). *Yale journal of sociology* (Vol. 8). New Haven.
- Hospital, D., & Sciences, B. (1998). Maternal care during infancy regulates the development of neural, 95(April), 5335–5340.
<https://doi.org/10.1073/pnas.95.9.5335>
- Howell, K. H., Thurston, I. B., Schwartz, L. E., Candidate, D., Jamison, L. E., Candidate, D., ... Candidate, D. (2018). Protective Factors associated with

- Resilience in Women Exposed to Intimate Partner Violence, 8(4), 438–447.
<https://doi.org/10.1037/vio0000147>. Protective
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Inmaculada, M., & Núñez, L. (2013). La construcción de la masculinidad y su relación con la violencia de género The development of masculinity and relationship to gender violence Abstrac :
- Iverson, K. M., Litwack, S. D., Pineles, Suzanne, L., Suvak, M. K., & Vaughn, R. A. (2013). Predictors of Intimate Partner Violence Revictimization: The Relative Impact of Distinct PTSD Symptoms, Dissociation, and Coping Strategies. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 102–110. <https://doi.org/10.1002/jts>.
- Jalbrzikowski, M., Sugar, C. A., Zinberg, J., Bachman, P., Cannon, T. D., & Bearden, C. E. (2014). Coping styles of individuals at clinical high risk for developing psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 8(1), 68–76. <https://doi.org/10.1111/eip.12005>
- Jedd, K., Hunt, R. H., Cicchetti, D., Hunt, E., Cowell, R. A., Rogosch, F. A., ... Thomas, K. M. (2015). Long-term consequences of childhood maltreatment: Altered amygdala functional connectivity. *Development and Psychopathology*, 27(4pt2), 1577–1589. <https://doi.org/10.1017/S0954579415000954>
- Johnson, C. F. (2006). Sexual abuse in children. *Pediatrics in Review*, 27(1), 17–27. <https://doi.org/10.1542/pir.27-1-17>
- Johnson, D., Miller, L., Iverson, S., Thomas, W., Franchino, B., Dole, K., ... Hostetter, M. (1992). The health of children adopted from Romania. *Journal of the American Medical Association*. *Journal of the American Medical Association*, 268(24), 3446–3451.
- Jud, A., Fegert, J. M., & Finkelhor, D. (2016). On the incidence and prevalence of child maltreatment: a research agenda. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s13034-016-0105-8>
- Juraska JM, K. J. (1988). Sex and environmental influences on the size and ultrastructure of the rat corpus callosum. *Brain Res*, 450(1–2), 1–8.
- Kalmuss, D. (1984). The intergenerational transmission of marital aggression. *Journal of Marriage and the Family*, 46(1), 11–19.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C., & Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two

- modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 1–39. <https://doi.org/10.1007/BF00844845>
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., & Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1214–1222. <https://doi.org/10.1097/00004583-199910000-00009>
- Kaymaz, N., Drukker, M., Lieb, R., Wittchen, H. U., Werbeloff, N., Weiser, M., ... Van Os, J. (2012). Do subthreshold psychotic experiences predict clinical outcomes in unselected non-help-seeking population-based samples? A systematic review and meta-analysis, enriched with new results. *Psychological Medicine*, 42(11), 2239–2253. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002911>
- Kelleher, I., Keeley, H., Corcoran, P., Ramsay, H., Wasserman, C., Carli, V., ... Cannon, M. (2013). Childhood trauma and psychosis in a prospective cohort study: Cause, effect, and directionality. *American Journal of Psychiatry*, 170(7), 734–741. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12091169>
- Kendler, K. S., & Baker, J. H. (2007). Genetic influences on measures of the environment: A systematic review. *Psychological Medicine*, 37(5), 615–626. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009524>
- Kirsch, D. E., Tretyak, V., Radpour, S., Weber, W. A., Nemeroff, C. B., Fromme, K., ... Lippard, E. T. C. (2021). Childhood maltreatment, prefrontal-paralimbic gray matter volume, and substance use in young adults and interactions with risk for bipolar disorder. *Scientific Reports*, 11(1), 1–12. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-80407-w>
- Koyanagi, A., Stickley, A., & Haro, J. M. (2015). Psychotic-like experiences and nonsuicidal self-injury in England: Results from a national survey. *PLoS ONE*, 10(12), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145533>
- Kraan, T. C., Velthorst, E., Themmen, M., Valmaggia, L., Kempton, M. J., McGuire, P., ... Krebs, M. O. (2018). Child Maltreatment and Clinical Outcome in Individuals at Ultra-High Risk for Psychosis in the EU-GEI High Risk Study. *Schizophrenia Bulletin*, 44(3), 584–592. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw162>
- Kraan, T., Velthorst, E., Smit, F., de Haan, L., & van der Gaag, M. (2015). Trauma and recent life events in individuals at ultra high risk for psychosis: Review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 161(2–3), 143–149.

- <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.11.026>
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 10*, 477–501. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153732>
- Kuijpers, K. F., van der Knaap, L. M., & Lodewijks, I. A. J. (2011). Victims' Influence on intimate partner violence revictimization: A systematic review of prospective evidence. *Trauma, Violence, and Abuse, 12*(4), 198–219. <https://doi.org/10.1177/1524838011416378>
- Kuijpers, K. F., van der Knaap, L. M., & Winkel, F. W. (2012). Risk of Revictimization of Intimate Partner Violence: The Role of Attachment, Anger and Violent Behavior of the Victim. *Journal of Family Violence, 27*(1), 33–44. <https://doi.org/10.1007/s10896-011-9399-8>
- Lambert, H. K., Peverill, M., Sambrook, K. A., Rosen, M. L., Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2019). Altered development of hippocampus-dependent associative learning following early-life adversity. *Developmental Cognitive Neuroscience, 38*(November 2018), 100666. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2019.100666>
- Lang, C. M., Edwards, A. J., Mittler, M. A., & Bonavitacola, L. (2018). Dialectical Behavior Therapy With Prolonged Exposure for Adolescents: Rationale and Review of the Research. *Cognitive and Behavioral Practice. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.12.005*
- Lardinois, M., Lataster, T., Mengelers, R., Van Os, J., & Myin-Germeys, I. (2011). Childhood trauma and increased stress sensitivity in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 123*(1), 28–35. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01594.x>
- Lataster, J., Myin-Germeys, I., Lieb, R., Wittchen, H. U., & van Os, J. (2012). Adversity and psychosis: A 10-year prospective study investigating synergism between early and recent adversity in psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 125*(5), 388–399. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2011.01805.x>
- Lauder, J. (1983). Hormonal and humoral influences on brain development. *Psychoneuroendocrinology, 8*(2), 55–121.
- Lee, G. P., Ph, D., Bechara, A., Ph, D., Adolphs, R., Ph, D., ... Smith, J. R. (1998). Clinical and Physiological Effects of Stereotaxic Bilateral Amygdalotomy for Intractable Aggression, 413–420.

- Lewis, N., Feder, G. S., Howarth, E., Szilassy, E., McTavish, J. R., MacMillan, H. L., & Wathen, N. (2018). Identification and initial response to children's exposure to intimate partner violence: A qualitative synthesis of the perspectives of children, mothers and professionals. *BMJ Open*, *8*(4). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019761>
- Lin, A., Wigman, J. T. W., Nelson, B., Vollebergh, W. A. M., Van Os, J., Baksheev, G., ... Yung, A. R. (2011). The relationship between coping and subclinical psychotic experiences in adolescents from the general population—a longitudinal study. *Psychological Medicine*, *41*(12), 2535–2546. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000560>
- Lin, Bai, H., Sun, J., Guo, W., Zhang, H., & Cao, F. (2017). Asociación entre niño Maltrato y memoria prospectiva y retrospectiva en adolescentes: el efecto mediador del neuroticismo. *Abuso y Negligencia Infantil*, 58–65.
- Linscott, R. J., & Van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: On the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, *43*(6), 1133–1149. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001626>
- Lissau, I. & Sorensen, T. (1994). Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *Lancet*, *343*(8893), 324–327.
- Loman, M. M., & Gunnar, M. R. (2010). Early experience and the development of stress reactivity and regulation in children. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *34*(6), 867–876. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.05.007>
- Lorente-Acosta, M., Lorente-Martínez, M., & Lorente-Martínez, M. (2022). Impacto de la pandemia por COVID-19 y el confinamiento en los homicidios por violencia de género en España. *Revista Española de Medicina Legal*, *48*(1), 36–43. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2021.08.001>
- Lorente-Acosta, M., Luna del Castillo, J. D. D., Montero-Alonso, M. Á., & Badenes-Sastre, M. (2022). *Impacto de la pandemia covid-19 en la violencia de género en España*. Retrieved from <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-violencia-genero-tiempos-pandemia-confinamiento-S0377473220300250>
- Lu, D., Wang, W., Qiu, X., Qing, Z., Lin, X., Liu, F., ... Liu, X. (2020). The prevalence of confirmed childhood trauma and its' impact on psychotic-like experiences in a

- sample of Chinese adolescents. *Psychiatry Research*, 287(September 2019).
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112897>
- Lund, J. I., Toombs, E., Radford, A., Boles, K., & Mushquash, C. (2020). Adverse childhood experiences and executive function difficulties in children: A systematic review. *Child Abuse and Neglect*, 106(May), 104485.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104485>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience. *NIH Public Access*, 71(3), 543–562. Retrieved from
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1885202/pdf/nihms-21559.pdf>
- Lynch, K. S., & Widom, C. S. (2022). Childhood maltreatment and cognitive functioning in middle adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 132(July), 105791.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105791>
- Magill, J. C., Byl, M. F., Goldwaser, B., Instructor, M. P., Yates, B., Morency, J. R., ... Associate, M. J. T. (2010). Decreased Hippocampal N-Acetylaspartate in the Absence of Atrophy in Posttraumatic Stress Disorder Norbert, 3(1), 1–19.
- Main, M., & Goldwyn, R. (1998). *Adult Attachment Scoring and Classification System* (Unpublishe). Berkeley, CA: University of California at Berkeley.
- Manyema, M., Norris, S. A., & Richter, L. M. (2018). Stress begets stress: The association of adverse childhood experiences with psychological distress in the presence of adult life stress. *BMC Public Health*, 18(1), 1–12.
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5767-0>
- March-Llanes, J., Marqués-Feixa, L., Mezquita, L., Fañanás, L., & Moya-Higueras, J. (2017). Stressful life events during adolescence and risk for externalizing and internalizing psychopathology: a meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(12), 1409–1422. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0996-9>
- Marques-Feixa, L., Palma-Gudiel, H., Romero, S., Moya-Higueras, J., Rapado-Castro, M., Castro-Quintas, Á., ... Fañanás, L. (2021). Childhood maltreatment disrupts HPA-axis activity under basal and stress conditions in a dose–response relationship in children and adolescents. *Psychological Medicine*, 1–14.
<https://doi.org/10.1017/S003329172100249X>
- Martínez-Correa, A., & Reyes, G. A. (2003). Desarrollo y validación de una escala de sucesos vitales para estudiantes universitarios Development and validation of a life events scale aimed at university. *Clínica y Salud*, 14(3), 281–299.
- Massullo, C., De Rossi, E., Carbone, G. A., Impera-Tori, C., Ardito, R. B., Adenzato,

- M., & Farina, B. (2023). Child Maltreatment, Abuse, and Neglect: an Umbrella Review of Their Prevalence and Definitions. *Clinical Neuropsychiatry*, 20(2), 72–99. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20230201>
- Mayo, D., Corey, S., Kelly, L. H., Yohannes, S., Youngquist, A. L., Stuart, B. K., ... Loewy, R. L. (2017). The role of trauma and stressful life events among individuals at clinical high risk for psychosis: A review. *Frontiers in Psychiatry*, 8(APR). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00055>
- McCann, I., & Pearlman, L. (1990). *Psychological Trauma and the adult survivor. Theory, therapy and transformation*. New York: Brunner/Mazel.
- McGrath, J. J., Saha, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., ... Kessler, R. C. (2015). Psychotic experiences in the general population: A cross-national analysis based on 31 261 respondents from 18 countries. *JAMA Psychiatry*, 72(7), 697–705. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0575>
- McGrath, J. J., Saha, S., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Andrade, L. H., ... Wojtyniak, B. (2017). Trauma and psychotic experiences: Transnational data from the World Mental Health survey. *British Journal of Psychiatry*, 211(6), 373–380. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.205955>
- McMahon, E. M., Corcoran, P., Keeley, H., Clarke, M., Coughlan, H., Wasserman, D., ... Cannon, M. (2020). Risk and protective factors for psychotic experiences in adolescence: A population-based study. *Psychological Medicine*, (May). <https://doi.org/10.1017/S0033291719004136>
- McMaster. (2015). The VEGA Project: Project Overview.
- McMaster, U. (2020a). VEGA Family Violence Education Resources. Retrieved August 25, 2023, from <https://vegaproject.mcmaster.ca/McMasterUniversity>
- McMaster, U. (2020b). VEGA Family Violence Education Resources.
- McTavish, J. R., Chandra, P. S., Stewart, D. E., Herrman, H., & MacMillan, H. L. (2022). Child Maltreatment and Intimate Partner Violence in Mental Health Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23). <https://doi.org/10.3390/ijerph192315672>
- McTavish, J. R., Gonzalez, A., Santesso, N., MacGregor, J. C. D., McKee, C., & MacMillan, H. L. (2020). Identifying children exposed to maltreatment: A systematic review update. *BMC Pediatrics*, 20(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-2015-4>
- McTavish, J. R., Kimber, M., Devries, K., Colombini, M., Macgregor, J. C. D., Wathen,

- C. N., ... MacMillan, H. L. (2017). Mandated reporters' experiences with reporting child maltreatment: A meta-synthesis of qualitative studies. *BMJ Open*, *7*(10), 1–15. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013942>
- Mebarak, C., Roberto, M., Luz, M., Herrera, S., & Eduardo, J. (2010). Sintomatología del abuso sexual infantil, *25*, 128–154. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21315106007>
- Millan, M. J., Ricca, V., Oliver, D., Kingdon, J., Valmaggia, L., & McGuire, P. (2017). Deconstructing vulnerability for psychosis: Meta-analysis of environmental risk factors for psychosis in subjects at ultra high-risk. *European Psychiatry*, *40*, 65–75. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.09.003>
- Miller, T. R., Cohen, M. A., & Wiersema, B. (1996). *Victim Costs and Consequences: A New Look*.
- Misiak, B., Kreffft, M., Bielawski, T., Moustafa, A. A., Sasiadek, M. M., & Frydecka, D. (2017). Toward a unified theory of childhood trauma and psychosis: A comprehensive review of epidemiological, clinical, neuropsychological and biological findings. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *75*, 393–406. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.02.015>
- Mitchell, J., & Everly, G. (2001). *Critical incident stress management: An operations manual for CISD, defusing and other group crisis intervention services*. Ellicott City: Chevron Publishing Corporation.
- Miyake, a, Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, a H., Howerter, a, & Wager, T. D. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “Frontal Lobe” tasks: a latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, *41*(1), 49–100. <https://doi.org/10.1006/cogp.1999.0734>
- Mohapel, P., Dufresne, C., Kelly, M. E., & McIntyre, D. C. (1996). Differential sensitivity of various temporal lobe structures in the rat to kindling and status epilepticus induction. *Epilepsy Research*, *23*(3), 179–187. [https://doi.org/10.1016/0920-1211\(95\)00084-4](https://doi.org/10.1016/0920-1211(95)00084-4)
- Mongan, D., Shannon, C., Hanna, D., Boyd, A., & Mulholland, C. (2019a). The association between specific types of childhood adversity and attenuated psychotic symptoms in a community sample. *Early Intervention in Psychiatry*, *13*(2), 281–289. <https://doi.org/10.1111/eip.12478>
- Mongan, D., Shannon, C., Hanna, D., Boyd, A., & Mulholland, C. (2019b). The association between specific types of childhood adversity and attenuated psychotic

- symptoms in a community sample. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(2), 281–289. <https://doi.org/10.1111/eip.12478>
- Moreira, P. A. S., Pinto, M., Cloninger, C. R., Rodrigues, D., & Silva, C. F. Da. (2019). Understanding the experience of psychopathology after intimate partner violence: The role of personality. *PeerJ*, 2019(3). <https://doi.org/10.7717/peerj.6647>
- Morelato. (2011). Maltrato infantil y desarrollo : hacia una revisión de los factores de resiliencia 1. *Pensamiento Psicológico*, 9, 83–96.
- Moreno, M. C., Jesus Jimenez, J. J., Alfredo Oliva, A. O., & David Saldara, J. P. (1995). Deteccion y caracterizacion del maltrato infantil en la Comunidad Autonoma Andaluza. *Infancia y Aprendizaje*, 18(71), 33–47. <https://doi.org/10.1174/02103709560575460>
- Mostofsky, S., Reiss, A., Lockhart, P., & Denckla, M. (1998). Evaluation of cerebellar size in attention-deficit hyperactivity disorder. *J Child Neurol*, 13(9), 9–434.
- Mothes, L., Kristensen, C., Grassi-Oliveira, R., Fonseca, R., Lima Argimon, I., & Irigaray, T. (2015). Maltrato infantil y funciones ejecutivas en adolescentes. *Salud Mental de Niños y Adolescentes*, 20(1), 56–69.
- Moya-Higueras, J., Cuevas, A., Marques-Feixa, L., Mezquita, L., Mayoral, M., Fañanás, L., ... Ibáñez, M. I. (2020). Recent Stressful Life Events (SLE) and Adolescent Mental Health: Initial Validation of the LEIA, a New Checklist for SLE Assessment According to Their Severity, Interpersonal, and Dependent Nature. *Assessment*, 27(8), 1777–1795. <https://doi.org/10.1177/1073191118817648>
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse and Neglect*, 20(1), 7–21. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00112-3](https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00112-3)
- Musselman, L., MacRae, H., Reznick, R., & Lingard, L. (2005). “You learn better under the gun”: intimidation and harassment in surgical education. *Medical Education*, 39(9), 926–934. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2005.02247.x>
- Nanni, V., Uher, R., & Danase, A. (2012). Childhood Maltreatment. Predicts Unfavorable Course of Illness and Treatment Outcome in Depression: A Meta-Analysis. *BMC Psychiatry*, 169, 2141–2151. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0982-7>
- Nations, U. (1993). *Declaration on the elimination of violence against women*. (United Nations, Ed.). New York.

- Navalta, C. P., Polcari, A., Webster, D. M., Boghossian, A., & Teicher, M. H. (2006). Effects of Childhood Sexual Abuse on Neuropsychological and Cognitive Function in College Women. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, *18*(1), 45–53. <https://doi.org/10.1176/jnp.18.1.45>
- Negriff, S., Saxbe, D. E., & Trickett, P. K. (2015). Childhood maltreatment, pubertal development, HPA axis functioning, and psychosocial outcomes: An integrative biopsychosocial model. *Developmental Psychobiology*, *57*(8), 984–993. <https://doi.org/10.1002/dev.21340>
- Nelson, B., Fusar-Poli, P., & Yung, A. R. (2012). Can We Detect Psychotic-like Experiences in the General Population? *Current Pharmaceutical Design*, *18*(4), 376–385. <https://doi.org/10.2174/138161212799316136>
- Nelson, B., & Yung, A. R. (2009). Psychotic-like experiences as overdetermined phenomena: When do they increase risk for psychotic disorder? *Schizophrenia Research*, *108*(1–3), 303–304. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.10.006>
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, *9*(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Norman, S. B., Trim, R., Haller, M., Davis, B. C., Myers, U. S., Colvonen, P. J., ... Mayes, T. (2019). Efficacy of Integrated Exposure Therapy vs Integrated Coping Skills Therapy for Comorbid Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder A Randomized Clinical Trial, *92161*, 1–9. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0638>
- Obasaju, M. A., Palin, F. L., Anderson, P., & Kaslow, N. J. (2009). Won't You Be My Neighbor? Using an Ecological Approach on Revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, *24*(1), 38–53.
- Observatorio contra la violencia doméstica y de género. (2021). *Datos estadísticos*.
- Ohashi, K., Anderson, C. M., Khan, A., Rohan, M. L., Bolger, E. A., McGreenery, C. E., & Teicher, M. H. (2022). Sex and sensitive period differences in potential effects of maltreatment on axial versus radial diffusivity in the corpus callosum. *Neuropsychopharmacology*, *47*(4), 953–964. <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01260-7>
- OMS. (2012). Understanding and addressing violence against women Intimate partner violence, 1–12.

- Oram, S., Khalifeh, H., & Howard, L. M. (2017). Violence against women and mental health. *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 159–170. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30261-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9)
- Ørke, E. C., Vatnar, S. K. B., & Bjørkly, S. (2018). Risk for Revictimization of Intimate Partner Violence by Multiple Partners: a Systematic Review. *Journal of Family Violence*, 33(5), 325–339. <https://doi.org/10.1007/s10896-018-9952-9>
- Os, J. Van, Linscott, R. J., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2008). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum : evidence for a psychosis proneness – persistence – impairment model of psychotic disorder. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003814>
- Parker, J. G., & Herrera, C. (1996). Interpersonal processes in friendship: A comparison of abused and nonabused children’s experiences. *Developmental Psychology*, 32(6), 1025–1038. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.32.6.1025>
- Patel, P. D., Lopez, J. F., Lyons, D. M., Burke, S., Wallace, M., & Schatzberg, A. F. (2001). Glucocorticoid and mineralocorticoid receptor mRNA expression in squirrel monkey brain, 34(2000).
- Patró Hernández, R. M., Corbalán Berná, F. J., & Limiñana Gras, R. M. (2007). Depression in abused women: Relationships with personality styles, contextual and situational violence variables. *Anales de Psicología*, 23(1), 118–124. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2312622&info=resumen&idioma=ENG>
- Paykel, E., & Tanner, J. (1976). Life events, depressive relapse and maintenance treatment. *Psychological Medicine*, 6, 481–485.
- Pearce, J., Simpson, J., Berry, K., Bucci, S., Moskowitz, A., & Varese, F. (2017). Attachment and dissociation as mediators of the link between childhood trauma and psychotic experiences. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(6), 1304–1312. <https://doi.org/10.1002/cpp.2100>
- Peh, O. H., Rapisarda, A., & Lee, J. (2019). Childhood adversities in people at ultra-high risk (UHR) for psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(7), 1089–1101. <https://doi.org/10.1017/S003329171800394X>
- Pérez-Testor, C., Castillo, J. A., Davins, M., Salamero, M., & San-Martino, M. (2007). Personality profiles in a group of battered women: Clinical and care implications.

- Journal of Family Violence*, 22(2), 73–80. <https://doi.org/10.1007/s10896-006-9057-8>
- Pervanidou, P., & Chrousos, G. (2012). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: Neuroendocrine perspectives. *Science Signaling*, 5(245).
- Peterson, B., & Leckman, J. F. (1995). Functional significance of individual in callosal area variations, 33(6).
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., & Martinez, M. (2006). The Impact of Physical , Psychological , and Sexual. *Journal of Women 'S Health*, 15(5), 599–611.
- Pico-Alfonso, Maria A., Echeburúa, E., & Martinez, M. (2008). Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. *Journal of Family Violence*, 23(7), 577–588. <https://doi.org/10.1007/s10896-008-9180-9>
- Pinchus, J., & Tucker, G. (1978). *Behavioral neurology*. New York: Oxford.
- Pineda, D., Muris, P., Martínez-martínez, A., & Piqueras, J. A. (2023). The European Journal of Psychology Applied to Legal Context Prevalence of Child Sexual Abuse in Spain : A Survey Study, 15, 83–88.
- Pinto, C., Beltrán, N., & Chacón, F. (2017). Del Norte De Chile Y Su Salud Psicológica Y Sexual, 42(February), 94–100.
- Pionke, R., Gidzgie, P., Nelson, B., & Gawęda, Ł. (2020). Prevalence, dimensionality and clinical relevance of self-disturbances and psychotic-like experiences in Polish young adults: a latent class analysis approach. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 29(1), 1–11. <https://doi.org/10.1002/mpr.1809>
- Post, R., Rubinow, D., & Ballenger, J. (1984). Conditioning, sensitization and kindling: implications for the course of affective illness. *Neurobiology of Disorders*, 66–432.
- Powers, A., Fani, N., Cross, D., Ressler, K. J., & Bradley, B. (2016). Child Abuse & Neglect Childhood trauma , PTSD , and psychosis : Findings from a highly traumatized , minority sample &. *Child Abuse & Neglect*, 58, 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.06.015>
- Rauch, S. L., Whalen, P. J., Shin, L. M., Mcinerney, S. C., Macklin, M. L., Lasko, N. B., ... Pitman, R. K. (2000). Exaggerated Amygdala Response to Masked Facial Stimuli in Posttraumatic Stress Disorder : A Functional MRI Study.
- Riklan, M., Kabat, C., & Cooper, S. (1976). Psychological effects of short term cerebellar stimulation in epilepsy, 162(4), 90–282.
- Romens, S. E., & Pollak, S. D. (2012). Emotion regulation predicts attention bias in

- maltreated children at-risk for depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 53(2), 120–127. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02474.x>
- Rosenthal, A., Meyer, M. S., Mayo, D., Tully, L. M., Patel, P., Ashby, S., ... Niendam, T. A. (2020). Contributions of childhood trauma and atypical development to increased clinical symptoms and poor functioning in recent onset psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, (October 2018), 1–7. <https://doi.org/10.1111/eip.12931>
- Rössler, W., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Haker, H., & Müller, M. (2016). Childhood trauma as a risk factor for the onset of subclinical psychotic experiences: Exploring the mediating effect of stress sensitivity in a cross-sectional epidemiological community study. *Schizophrenia Research*, 172(1–3), 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.006>
- Rudolph, K. D., Hammen, C., Burge, D., Lindberg, N., Herzberg, D., & Daley, S. E. (2000). Toward an interpersonal life-stress model of depression: the developmental context of stress generation. *Development and Psychopathology*, 12(2), 215–234.
- Ruiz, I., & Pastor, G. (2021). Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. *Gaceta Sanitaria*, 35(4), 389–394. Retrieved from <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v35n4/0213-9111-gs-35-04-389.pdf>
- Ruttle, P. L., Shirtcliff, E. A., Armstrong, J. M., Klein, M. H., & Essex, M. J. (2015). Longitudinal Influence of Early Life Stress. *Dev Psychobiol.*, 57(6), 688–704. <https://doi.org/10.1002/dev.21138>. Neuroendocrine
- Saldaña, D., Jimenez, J., & Oliva, A. (1995). Child abuse in Spain: A study of child protection services' files. *Infancia y Aprendizaje*, 18(71), 59–68. <https://doi.org/10.1174/02103709560575488>
- Sameroff, A. J. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12(3), 297–312. <https://doi.org/10.1017/S0954579400003035>
- Sandín, B., & Chorot, Y. P. (2003). *Cuestionario de afrontamiento del estrés (cae): desarrollo y validación preliminar*.
- Santana, R., Sánchez, R., & Herrera, E. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública de México*, 40(1), 58–65. <https://doi.org/10.1590/s0036-36341998000100009>
- Santed, M. A., Sandín, B., Chorot, P., & Olmedo, M. (2013). Predicción de la sintomatología somática a partir del estrés diario: un estudio prospectivo

- controlando el efecto del neuroticismo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5(3). <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.5.num.3.2000.3896>
- Sapolsky, R. M., Krey, L. C., & McEwen, B. S. (1985). Prolonged glucocorticoid exposure reduces hippocampal neuron number: Implications for aging. *Journal of Neuroscience*, 5(5), 1222–1227. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.05-05-01222.1985>
- Sapolsky, Robert M, Uno, H., Rebert, S., & Finch, C. E. (1990). Hippocampal Damage Exposure in Primates Associated with Prolonged Glucocorticoid, (September), 2897–2902.
- Sarason, I., Johnson, J., & Siegel, J. (1978). Assessing the Impact of Life Changes: Development of the Life Experiences Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(5), 932–946. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.46.5.932>
- Schäfer, I., & Fisher, H. L. (2011). Childhood trauma and psychosis - what is the evidence? *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(3), 360–365.
- Seedat, S., Stein, M. B., & Forde, D. R. (2005). Association between physical partner violence, posttraumatic stress, childhood trauma, and suicide attempts in a community sample of women. *Violence and Victims*, 20(1), 87–98. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.2005.20.1.87>
- Seiler, N., Nguyen, T., Yung, A., & O'Donoghue, B. (2020). Terminology and assessment tools of psychosis: A systematic narrative review. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(4), 226–246. <https://doi.org/10.1111/pcn.12966>
- Shackman, J. E., & Pollak, S. D. (2014). Impact of physical maltreatment on the regulation of negative affect and aggression. *Development and Psychopathology*, 26(4), 1021–1033. <https://doi.org/10.1017/S0954579414000546>
- Shakoor, S., Zavos, H. M. S., Haworth, C. M. A., McGuire, P., Cardno, A. G., Freeman, D., & Ronald, A. (2016). Association between stressful life events and psychotic experiences in adolescence: Evidence for gene-environment correlations. *British Journal of Psychiatry*, 208(6), 532–538. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.159079>
- Sharifi, V., Bakhshaie, J., Hatmi, Z., Faghih-Nasiri, L., Sadeghianmehr, Z., Mirkia, S., ... Mirsharifa, S. M. (2012). Self-reported psychotic symptoms in the general population: Correlates in an Iranian Urban area. *Psychopathology*, 45(6), 374–380. <https://doi.org/10.1159/000337749>
- Shirtcliff, E. A., Coe, C. L., & Pollak, S. D. (2009). Early childhood stress is associated with elevated antibody levels to herpes simplex virus type 1. *Proceedings of the*

- National Academy of Sciences of the United States of America*, 106(8), 2963–2967.
<https://doi.org/10.1073/pnas.0806660106>
- Shiyko, M. P., Hallinan, S., & Naito, T. (2017). Effects of Mindfulness Training on Posttraumatic Growth: a Systematic Review and Meta-Analysis, 848–858.
<https://doi.org/10.1007/s12671-017-0684-3>
- Snyder, H. R., Miyake, A., & Hankin, B. L. (2015). Advancing understanding of executive function impairments and psychopathology: bridging the gap between clinical and cognitive approaches. *Frontiers in Psychology*, 6(MAR).
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00328>
- Spigelman, I., Li, Z., Banerjee, P. K., Mihalek, R. M., Homanics, G. E., & Olsen, R. W. (2002). Behavior and Physiology of Mice Lacking the GABA A -Receptor α Subunit, 43(11), 3–8.
- Stage, F. K., Carter, H. C., & Nora, A. (2004). Path Analysis: An Introduction and Analysis of a Decade of Research. *Journal of Educational Research*, 98(1), 5–13.
<https://doi.org/10.3200/JOER.98.1.5-13>
- Stein. (1997). Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. *Psychol Med*, 27(4), 9–951.
- Stein, S. F., Grogan-Kaylor, A. A., Galano, M. M., Clark, H. M., & Graham-Bermann, S. A. (2019). The Social and Individual Characteristics of Women Associated With Engagement With Multiple Intimate Violent Partners. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(21–22), 4572–4596. <https://doi.org/10.1177/0886260516676477>
- Stewart, D., MacMillan, H., & Kimber, M. (2021). Recognizing and Responding to Intimate Partner Violence: An Update. *Canadian Journal of Psychiatry*, 66(1), 71–106. <https://doi.org/10.1177/0706743720939676>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van IJzendoorn, M. H. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37–50.
<https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: A meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 345–355.
<https://doi.org/10.1007/s00127-012-0549-y>
- Stover, C. S., Tobon, A. L., McFaul, C., & Gorio, M. C. F. (2022). A conceptual understanding of intimate partner violence behaviors in men: Implications for

- research and intervention. *Aggression and Violent Behavior*, 65(December 2020), 101763. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2022.101763>
- Strathearn, L., Gray, P. H., O'Callaghan, M. J., & Wood, D. O. (2001). Childhood neglect and cognitive development in extremely low birth weight infants: A prospective study. *Pediatrics*, 108(1), 142–151. <https://doi.org/10.1542/peds.108.1.142>
- Sun, M., Hu, X., Zhang, W., Guo, R., Hu, A., Mwansisya, T. E., ... Liu, Z. (2015). Psychotic-like experiences and associated socio-demographic factors among adolescents in China. *Schizophrenia Research*, 166(1–3), 49–54. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.05.031>
- Tarullo, A. R., & Gunnar, M. R. (2006). Child maltreatment and the developing HPA axis. *Hormones and Behavior*, 50(4), 632–639. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2006.06.010>
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., & Kim, D. M. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27(1–2), 33–44. [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(03\)00007-1](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(03)00007-1)
- Teicher, M. H., Ito, Y., Glod, C. A., Andersen, S. L., Dumont, N., & Ackerman, E. (1997). Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children using EEG coherence and MRI. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 160–175. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb48277.x>
- Thompson, R. S., Bonomi, A. E., Anderson, M., Reid, R. J., Dimer, J. A., Carrell, D., & Rivara, F. P. (2006). Intimate Partner Violence. Prevalence, Types, and Chronicity in Adult Women. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 447–457. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.01.016>
- Till-tentschert, U. (2017). The Relation Between Violence Experienced in Childhood and Women ' s Exposure to Violence in Later Life : Evidence From Europe. <https://doi.org/10.1177/0886260517698952>
- Torres, A., Garcia-Esteve, L., Navarro, P., Tarragona, M. J., Imaz, M. L., Ascaso, C., ... Martín-Santos, R. (2013). Relationship Between Intimate Partner Violence, Depressive Symptomatology, and Personality Traits. *Journal of Family Violence*, 28(4), 369–379. <https://doi.org/10.1007/s10896-013-9502-4>
- Townsend, J., Westerfield, M., Leaver, E., Makeig, S., Jung, T. P., Pierce, K., &

- Courchesne, E. (2001). Event-related brain response abnormalities in autism: Evidence for impaired cerebello-frontal spatial attention networks. *Cognitive Brain Research*, *11*(1), 127–145. [https://doi.org/10.1016/S0926-6410\(00\)00072-0](https://doi.org/10.1016/S0926-6410(00)00072-0)
- Trautmann, S., Richter, J., Muehlhan, M., Höfler, M., Ulrich, H., Domschke, K., ... Reif, A. (2017). Does prior traumatization affect the treatment outcome of CBT for panic disorder? The potential role of the MAOA gene and depression symptoms. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, (0123456789). <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0823-9>
- Turner, R., & Wheaton, B. (1997). Checklist measurement of stressful life events. In S Cohen, R. Kessler, & L. Underwood (Eds.), *Measuring Stress: a guide for health and social scientists* (pp. 29–51). New York, NY: Oxford University Press.
- Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, *39*(2), 179–195. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003814>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., ... Bentall, R. P. (2012a). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, *38*(4), 661–671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., ... Bentall, R. P. (2012b). Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, *38*(4), 661–671. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs050>
- Vatnar, S. K. B., & Bjørkly, S. (2008). An interactional perspective of intimate partner violence: An in-depth semi-structured interview of a representative sample of help-seeking women. *Journal of Family Violence*, *23*(4), 265–279. <https://doi.org/10.1007/s10896-007-9150-7>
- Villareal, G. (2018). Brain imaging in posttraumatic stress disorder, (May). <https://doi.org/10.1053/scnp.2001.21840>
- Vissing, Y., & Murray, A. (1991). verbal aggression by parents and psychosocial problems of children. *Child Abuse & Neglect*, *15*, 223–238.
- Vita-Barrull, N., March-Llanes, J., Guzmán, N., Estrada-Plana, V., Mayoral, M., Moya-Higueras, J., ... Arias, S. (2022). The Cognitive Processes Behind Commercialized

- Board Games for Intervening in Mental Health and Education: A Committee of Experts. *Games for Health Journal*, 11(6), 414–424. <https://doi.org/10.1089/g4h.2022.0109>
- Volz, H. P., Gaser, C., & Sauer, H. (2000). Supporting evidence for the model of cognitive dysmetria in schizophrenia - A structural magnetic resonance imaging study using deformation-based morphometry. *Schizophrenia Research*, 46(1), 45–56. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00236-4](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00236-4)
- Wade, M., Zeanah, C. H., Fox, N. A., Tibu, F., Ciolan, L. E., & Nelson, C. A. (2019). Stress sensitization among severely neglected children and protection by social enrichment. *Nature Communications*, 10(1). <https://doi.org/10.1038/s41467-019-13622-3>
- Wang, Y., Chen, X., Zhou, K., & Zhang, H. (2022). A Meta-Analysis of the Effects of Childhood Maltreatment on Elderly Depression. *Trauma, Violence, & Abuse*, 24(3), 1593–1607. <https://doi.org/10.1177/15248380211073838>
- Widiger, T. A. (2005). Five factor model of personality disorder: Integrating science and practice. *Journal of Research in Personality*, 39(1 SPEC. ISS.), 67–83. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.09.010>
- Widiger, T. A., Simonsen, E., Krueger, R., Livesley, W. J., & Verheul, R. (2005). Personality disorder research agenda for the DSM-V. *Journal of Personality Disorders*, 19(3), 315–338. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.3.315>
- Wigman, J. T.W., Van Winkel, R., Raaijmakers, Q. A. W., Ormel, J., Verhulst, F. C., Reijneveld, S. A., ... Vollebergh, W. A. M. (2011). Evidence for a persistent, environment-dependent and deteriorating subtype of subclinical psychotic experiences: A 6-year longitudinal general population study. *Psychological Medicine*, 41(11), 2317–2329. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000304>
- Wigman, Johanna T.W., van Winkel, R., Jacobs, N., Wichers, M., Derom, C., Thiery, E., ... van Os, J. (2011). A twin study of genetic and environmental determinants of abnormal persistence of psychotic experiences in young adulthood. *American Journal of Medical Genetics, Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 156(5), 546–552. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.31193>
- Wilkinson., Gill., Fitzjoh., & Mulder. (2006). The impact on students of adverse experiences during medical school. *Med Teach*, 28(2), 35–129.
- Williams, J., Bucci, S., Berry, K., & Varese, F. (2018). Psychological mediators of the association between childhood adversities and psychosis: A systematic review.

- Clinical Psychology Review*, 65(January), 175–196.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.05.009>
- Williams, R. (1988). The Control Of Neuron Number. *Annual Review of Neuroscience*, 11(1), 423–453. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.11.1.423>
- Wilson., & Widom, C. (2010). The Role of Youth Problem Behaviors in the Path From Child Abuse and Neglect to Prostitution: A Prospective Examination. *Journal of Research on Adolescence*, 20(1), 210–236. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2009.00624.x>
- Wilson, K. R., Hansen, D. J., & Li, M. (2011). The traumatic stress response in child maltreatment and resultant neuropsychological effects. *Aggression and Violent Behavior*, 16(2), 87–97. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2010.12.007>
- Woon, F. L., & Hedges, D. W. (2008). Hippocampal and amygdala volumes in children and adults with childhood maltreatment-related posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Hippocampus*, 18(8), 729–736. <https://doi.org/10.1002/hipo.20437>
- World Health Organisation, (WHO). (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Geneva (Switzerland): World Health Organisation. Retrieved from www.who.int/reproductivehealth
- World Health Organisation, (WHO). (2021). Violence against women. Retrieved February 13, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Yung, A. R., Buckby, J. A., Cotton, S. M., Cosgrave, E. M., Killackey, E. J., Stanford, C., ... McGorry, P. D. (2006). Psychotic-like experiences in nonpsychotic help-seekers: Associations with distress, depression, and disability. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 352–359. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj018>
- Yung, A. R., Nelson, B., Baker, K., Buckby, J. A., Baksheev, G., & Cosgrave, E. M. (2009). Psychotic-like experiences in a community sample of adolescents: Implications for the continuum model of psychosis and prediction of schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(2), 118–128. <https://doi.org/10.1080/00048670802607188>

8. ANNEXOS

Annex 1. Consentiment informat

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PARTICIPANTES EN EL PROYECTO

Yo

.....
..... con DNI....., domiciliado en.....
.....

he hablado con el investigador Sr/Sra

.....,
he leído la información sobre el estudio, se me ha explicado con claridad y he podido realizar preguntas para comprender este consentimiento informado.

- Comprendo que la participación es voluntaria y puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin ninguna repercusión negativa.

Sí No

- Acepto participar en el proyecto dirigido por la Dr. Jorge Moya Higuera de la Universidad de Lleida

Sí No

- Acepto que los datos de los tests, sean conservados en los Centros de Investigación y puedan ser utilizados en futuros proyectos de investigación nacionales e internacionales destinados a ampliar conocimiento científico.

Sí No

- Autorizo ser contactado en un futuro en caso de que se estime oportuno añadir nuevos datos a los recogidos en la actualidad por lo que facilito teléfono y correo de contacto.

Si

Sí No

teléfono..... y email.:
.....

*Si tiene cualquier duda, no dude en ponerse en contacto con el investigador principal
(973 706509 / jmoya@pip.udl.cat).*

Firma del participante

Nombre y firma
del investigador

Código:

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS 1

MUESTRA EXPERIMENTAL MUJERES

A) Datos personales y sociodemográficos:

En primer lugar vamos a pedirle algunos datos sobre vd. y sus características.

- Sexo: (1) Varón (2) Mujer
- Edad:
- Altura (en cm):
- Peso (en kg):
- ¿Cuál es su estado civil actual?
 - (1) Soltero/a
 - (2) Casado/a
 - (3) Viviendo en pareja
 - (4) Separado/a
 - (5) Divorciado/a
 - (6) Viudo/a
 - (7) En trámites de separación
- Indique el número de hijos que tiene:
- Indique la edad y sexo de todos sus hijos:
- Indique el número de personas que viven en su casa:
- Indique la edad, sexo y parentesco de las personas que viven en su casa:
- Indique su situación familiar:
 - (1) Vive con su pareja y con sus hijos/as
 - (2) Vive con su pareja, con sus hijos/as y con otros familiares
 - (3) Vive solo/a con su pareja
 - (4) Vive solo/a con su pareja y con otros familiares
 - (5) Está separado/a o divorciado/a y vive sola/a (sin hijos)
 - (6) Está separado/a o divorciado/a y vive con otros familiares

- (7) Está separado/a o divorciado/a y vive solo con sus hijos
- (8) Está separado/a o divorciado/a y vive con sus hijos y con otros familiares
- (9) Es viudo/a, vive solo/a
- (10) Es viudo/a y vive con otros familiares
- (11) Es viudo/a y vive únicamente con sus hijos/as
- (12) Es viudo/a y vive con sus hijos/as y con otros familiares
- (13) Es soltero/a, vive solo/a
- (14) Es soltero/a y vive con sus hijos/as
- (15) Es soltero/a y vive con otros familiares
- (16) Es soltero/a y vive con sus hijos/as y con otros familiares
- (17) Es soltero/a y vive con sus hijos y con su pareja
- (18) Vive solo/a (sin hijos)
- (19) Vive solo/a con sus hijos/as
- (20) Es soltero/a y vive con compañeros/as de piso
- ¿Cuál es el nivel máximo de estudios que ha superado?
 - (1) EGB/ESO incompletos
 - (2) EGB/ESO completos
 - (3) Estudios primarios/E.G.B.
 - (4) B.U.P./Bachillerato/F.P./Módulos de ciclos formativos incompletos
 - (5) B.U.P./Bachillerato/F.P./Módulos de ciclos formativos completos
 - (6) Estudios universitarios incompletos
 - (7) Diplomatura
 - (8) Licenciatura o Grado
- ¿Cuál es su situación laboral actual?
 - (1) Ama/o de casa
 - (2) Parado/a
 - (3) Ocupado/a
 - (4) Pensionista
 - (5) Jubilado/a
 - (6) Baja laboral
 - (7) Estudiante
 - (8) Otros (especificar):
- Indique su ocupación (si corresponde):

- (1) Agricultores no propietarios, estudiantes, trabajo doméstico, amas de casa, sin trabajo regular.
- (2) Trabajo no especializado
- (3) Trabajo semiespecializado u operador de máquinas
- (4) Trabajos especializados o propietarios de negocios más pequeños (negocio valorado en menos de 25.000€)
- (5) Funcionarios, administrativos, vendedores o propietarios de negocio o granja pequeños (negocio valorado en 25.000-50.000€)
- (6) Técnicos, trabajadores semi-profesionales o propietarios de negocios pequeños (negocio valorado en 50.000-70.000€)
- (7) Propietarios de pequeñas empresas, propietarios de granjas, profesionales menores
- (8) Administradores/gerentes o propietarios de empresas medianas
- (9) Altos ejecutivos o propietarios de grandes empresas
- ¿Cuál considera que es su nivel socioeconómico actual?
 - (1) Bajo
 - (2) Medio – bajo
 - (3) Medio
 - (4) Medio – alto
 - (5) Alto
- ¿Dónde reside?
 - (1) Ciudad
 - (1) Centro histórico
 - (2) Cappont
 - (3) La Bordeta
 - (4) Magraners
 - (5) Pardiñas
 - (6) Balafia
 - (7) Secà de Sant Pere
 - (8) Zona Alta-Campo de deportes-Fleming
 - (9) La Mariola
 - (10) Ciudad Jardín
 - (11) Llivia
 - (12) Rufeà

- (2) Pueblo
 - ¿Cuál?
- ¿Dónde nació?
- Si es fuera de España, ¿cuánto tiempo hace que reside en España?
- ¿Está en tratamiento psiquiátrico en la actualidad?
 - (1) Si
 - **Tiempo que lleva:**
 - **Indique su percepción de mejora (escala de 0, completamente insatisfecho/a, a 10, completamente satisfecho/a):**
 - (2) No
 - (3) Lo estuve
 - **Tiempo que estuvo:**
 - **Indique su percepción de mejora (escala de 0, completamente insatisfecho/a, a 10, completamente satisfecho/a):**
 - **¿Cuánto tiempo hace que lo dejó?**
 - **Motivos por los que la abandonó (si procede):**
- ¿Toma medicación psiquiátrica?
 - (1) Si
 - **Indique cual:**
 - **¿Cuánto tiempo lleva tomándola?:**
 - (2) No
 - (3) En el pasado sí
 - **Indique cual:**
 - **¿Durante cuánto tiempo la tomó?**
 - **¿Cuánto tiempo hace que la dejó?**
- ¿Está en tratamiento psicológico en la actualidad?
 - (1) Si
 - **Tiempo que lleva:**
 - **Indique su percepción de mejora (escala de 0, completamente insatisfecho/a, a 10, completamente satisfecho/a):**
 - (2) No
 - (3) Lo estuve
 - **Tiempo que estuvo:**

- *Indique su percepción de mejora (escala de 0, completamente insatisfecho/a, a 10, completamente satisfecho/a):*
- *¿Cuánto tiempo hace que lo dejó?*
- *Motivos por los que la abandonó (si procede):*

B) Historia de las relaciones de pareja: Ahora vamos a repasar algunos aspectos sobre las relaciones de pareja que ha mantenido hasta ahora.

- ¿Cuántas relaciones de pareja ha mantenido hasta ahora? (incluyendo la actual, si la tiene)
 - Relaciones sin convivencia (SC):
 - Relaciones con convivencia (CC):
 - Relaciones con convivencia esporádica (CE) (sólo fines de semana, vacaciones, fiestas, etc.):

Respecto a su relación de **pareja actual**:

- ¿Tiene pareja en este momento?
 - (1) Sí
 - (2) No
- Sólo si actualmente tiene pareja:
 - Duración total de la relación actual:
 - ¿Convive con su pareja?
 - (1) Sí
 - (2) No
 - (3) Esporádicamente (fines de semana, vacaciones, ...)
 - Indicar duración de la convivencia, en su caso:
 - Valore la satisfacción con su relación de pareja actual (valorando en una escala de 0, completamente insatisfecho/a, a 10, completamente satisfecho/a):
 - ¿Ha vivido episodios de malos tratos?
 - (1) No
 - (2) A veces
 - (3) En alguna ocasión
 - (4) Habitualmente
 - Tipo de maltrato:
 - (1) Físico
 - (2) Psicológico

- (3) Sexual
- (4) Económico
- Denuncia
 - (1) Si
 - (2) No
- Vuelve a convivir o a tener relaciones después de la denuncia
 - (1) Si
 - (2) No
- N° de veces que denuncia:
- N° de veces que vuelve a convivir con el agresor:

ENTREVISTA DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE RELACIÓN DE PAREJA

Sala-Galindo, A y Moya-Higueras, J (2017) (Adaptado de Bosch Fiol et al., 2007).

Respecto a sus relaciones de pareja (**anteriores a la actual**), indique lo siguiente:

| Nº Relación | Tipo convivencia (SC / CC / CE) | Duración | Valore su satisfacción (escala de 0, completamente insatisfecho/a, a 10, completamente satisfecho/a) | ¿Ha vivido episodios de malos tratos? (1) No (2) A veces (3) En alguna ocasión (4) Habitualmente | Tipo de maltrato (1) Físico (2) Psicológico (3) Sexual (4) Económico | Denuncia (1) Si (2) No | Vuelve a convivir o a tener relaciones después de la denuncia (1) Si (2) No | Nº veces que denuncia Nº veces que vuelve a convivir |
|-------------|------------------------------------|----------|---|--|--|------------------------------|---|---|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| ... | | | | | | | | |

Instrucciones

Esta es una lista de cosas que las distintas personas podrían decir de sí mismas. Nos interesa saber de qué manera se describe usted a sí mismo. No hay respuestas correctas e incorrectas. Por consiguiente, puede describirse con toda la honestidad posible: nosotros mantendremos la confidencialidad de sus respuestas. Nos gustaría que se tomara tiempo para leer cada frase con atención y elegir la respuesta que le describa mejor.

| | | Totalmente falso o a | A veces o en cierto | A veces o en cierto | Muy cierto o a | Puntuación |
|-----|---|----------------------|---------------------|---------------------|----------------|------------|
| 1. | No disfruto de las cosas tanto como aparentan los demás | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 2. | Muchas personas me persiguen | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 3. | La gente me describiría como imprudente | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 4. | Creo que actúo totalmente por impulso | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 5. | Suelo tener ideas demasiado inusuales como para explicarlas a nadie | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 6. | Me pierdo en las conversaciones porque hay otras cosas que atraen mi atención | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 7. | Evito las situaciones de riesgo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 8. | En lo tocante a mis emociones, me dicen que soy «frío como un pez» | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 9. | Cambio lo que hago dependiendo de lo que quieran los demás | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 10. | Prefiero no intimar demasiado con la gente | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 11. | A menudo me meto en peleas físicas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 12. | Me aterra estar sin alguien que me ame | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 13. | Ser grosero y poco amistoso forma simplemente parte de mí mismo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 14. | Hago cosas para asegurarme de que la gente me vea | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 15. | Normalmente hago lo que los demás creen que debo hacer | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 16. | Normalmente actúo por impulso, sin pensar en las posibles consecuencias | 0 | 1 | 2 | 3 | |

| | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|--|
| 17. | Aunque sé que está mal, no puedo dejar de tomar decisiones impulsivas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 18. | Mis emociones a veces cambian sin motivo alguno | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 19. | No me importa nada hacer sufrir a los demás | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 20. | Soy reservado | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 21. | A menudo digo cosas que los demás consideran raras o extrañas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 22. | Siempre hago cosas sin pensar | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 23. | Nada parece interesarme mucho | 0 | 1 | 2 | 3 | |

Por favor, revise que no se ha dejado ninguna pregunta sin contestar.

Muchas gracias por su colaboración.

| | | Totalmente falso o a | A veces o en cierto | A veces o en cierto | Muy cierto o a | Puntuación |
|-----|--|----------------------|---------------------|---------------------|----------------|------------|
| 24. | Otras personas parecen pensar que mi conducta es rara | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 25. | Me han dicho que pienso las cosas de forma muy rara | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 26. | Casi nunca disfruto de la vida | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 27. | A menudo creo que nada de lo que hago importa de verdad | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 28. | Le ladro a la gente cuando hacen cosas nimias que me irritan | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 29. | No puedo concentrarme en nada | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 30. | Soy una persona muy activa | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 31. | Otros me consideran irresponsable | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 32. | Puedo ser malo cuando es necesario | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 33. | Mis pensamientos van a menudo por caminos raros o inusuales | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 34. | Me han dicho que paso demasiado tiempo cerciorándome de que las cosas estén exactamente en su sitio | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 35. | Evito los deportes y actividades de riesgo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 36. | Me puede resultar difícil distinguir los sueños de la vigilia | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 37. | A veces tengo la rara sensación de que hay partes de mi cuerpo que parecen muertas o que no son realmente mías | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 38. | Me enfado fácilmente | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 39. | Tratándose de hacer cosas peligrosas, no tengo límites | 0 | 1 | 2 | 3 | |

| | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|--|
| 40. | Honestamente, yo soy más importante que otras personas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 41. | Me invento historias de cosas que me han pasado y que son totalmente falsas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 42. | Suelen decir que hago cosas que no recuerdo en absoluto | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 43. | Hago cosas para que la gente no tenga más remedio que admirarme | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 44. | Es extraño pero, a veces, hay objetos corrientes que parecen tener una forma distinta de la normal | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 45. | Mis reacciones emotivas ante las cosas no duran mucho | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 46. | Me resulta difícil dejar una actividad aunque sea hora de hacerlo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 47. | No se me da bien planificar con antelación | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 48. | Hago muchas cosas que los demás consideran arriesgadas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 49. | La gente me dice que me centro demasiado en detalles de poca importancia | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 50. | Me preocupa mucho la idea de estar solo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 51. | Me he perdido cosas por estar ocupado tratando de hacer totalmente bien lo que estuviera haciendo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 52. | Mis ideas no suelen tener sentido para otras personas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 53. | A menudo invento cosas sobre mí mismo para lograr lo que quiero | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 54. | La verdad, no me molesta ver dañar a otras personas | 0 | 1 | 2 | 3 | |

Por favor, revise que no se ha dejado ninguna pregunta sin contestar.

Muchas gracias por su colaboración.

| | | Totalmente falso o a | A veces o en cierto | A veces o en cierto | Muy cierto o a | Puntuación |
|-----|--|----------------------|---------------------|---------------------|----------------|------------|
| 55. | La gente me mira a veces como si hubiera dicho algo muy raro | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 56. | La gente no se da cuenta de que les adulo para lograr algo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 57. | Preferiría una mala relación antes que estar solo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 58. | Normalmente pienso antes de actuar | 0 | 1 | 2 | 3 | |

| | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|--|
| 59. | Suelo ver imágenes oníricas muy vívidas cuando me estoy durmiendo o me estoy despertando | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 60. | Sigo abordando las cosas del mismo modo, incluso si no funciona | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 61. | Estoy muy poco satisfecho conmigo mismo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 62. | Mis reacciones emotivas son mucho más fuertes que las de casi todo el mundo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 63. | Hago lo que otros me dicen que haga | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 64. | No soporto que me dejen solo, ni siquiera unas horas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 65. | Tengo cualidades excepcionales que muy pocos poseen | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 66. | Mi futuro parece carente de toda esperanza | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 67. | Me gusta correr riesgos | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 68. | No puedo alcanzar metas porque otras cosas atraen mi atención | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 69. | Si quiero hacer algo, no van a detenerme los posibles riesgos | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 70. | Otros parecen pensar que soy bastante raro o poco corriente | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 71. | Mis pensamientos son extraños e impredecibles | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 72. | No me importan los sentimientos de los demás | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 73. | Hay que pisar a algunos para lograr lo que se quiere en la vida | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 74. | Me encanta llamar la atención de otras personas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 75. | Me tomo muchas molestias para evitar todo tipo de actividad en grupo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 76. | Puedo ser poco claro si me ayuda a lograr lo que quiero | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 77. | A veces, al mirar un objeto conocido, es como si lo viera de algún modo por primera vez | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 78. | Me cuesta pasar de una actividad a otra | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 79. | Me preocupa mucho que puedan ocurrir cosas terribles | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 80. | Me resulta difícil cambiar la forma de hacer algo aunque lo que esté haciendo no esté resultando bien | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 81. | El mundo estaría mejor si yo estuviera muerto | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 82. | Guardo las distancias con la gente | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 83. | A menudo no puedo controlar lo que pienso | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 84. | Yo no me emociono | 0 | 1 | 2 | 3 | |

| | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|--|
| 85. | Me molesta que me digan lo que tengo que hacer, incluso los jefes | 0 | 1 | 2 | 3 | |
|-----|---|---|---|---|---|--|

Por favor, revise que no se ha dejado ninguna pregunta sin contestar.

Muchas gracias por su colaboración.

| | | Totalmente falso o a | A veces o en cierto | A veces o en cierto | Muy cierto o a | Puntuación |
|------|--|----------------------|---------------------|---------------------|----------------|------------|
| 86. | Me avergüenza mucho haber desilusionado a la gente de tantas maneras | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 87. | Evito todo lo que pueda ser incluso muy poco peligroso | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 88. | Me cuesta perseguir metas concretas incluso durante periodos breves | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 89. | Prefiero dejar el romance fuera de mi vida | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 90. | Nunca haría daño a otra persona | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 91. | No muestro claramente mis emociones | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 92. | Tengo muy mal pronto | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 93. | A menudo me preocupa que vaya a pasar algo malo debido a los errores que cometi en el pasado | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 94. | Tengo algunas capacidades poco usuales, como saber exactamente algunas veces lo que otra persona está pensando | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 95. | Me pongo muy nervioso cuando pienso en el futuro | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 96. | Rara vez me preocupo por algo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 97. | Me encanta estar enamorado | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 98. | Prefiero ir sobre seguro y no correr riesgos innecesarios | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 99. | A veces he oído cosas que otros no podían oír | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 100. | Me obsesiono con ciertas cosas y no puedo parar | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 101. | La gente me dice que es difícil saber lo que siento | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 102. | Soy una persona muy emotiva | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 103. | Los demás se aprovecharían de mí si pudieran | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 104. | A menudo me siento fracasado | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 105. | Si algo de lo que hago no es totalmente perfecto, | 0 | 1 | 2 | 3 | |

| | sencillamente es inaceptable | | | | | |
|------|--|---|---|---|---|--|
| 106. | Suelo tener experiencias fuera de lo común, como sentir la presencia de alguien que en realidad no está allí | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 107. | Se me da bien hacer que los demás hagan lo que yo quiero | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 108. | Rompo mis relaciones si empiezan a hacerse íntimas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 109. | Siempre estoy preocupado por algo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 110. | Me preocupó por casi todo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 111. | Me gusta sobresalir entre los demás | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 112. | No me importa algún riesgo de vez en cuando | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 113. | Mi conducta suele ser atrevida y llama la atención de la gente | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 114. | Soy mejor que casi todo el mundo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 115. | La gente se queja de que necesite tenerlo todo ordenado | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 116. | Siempre me aseguro de devolvérsela a quien me hace alguna | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 117. | Siempre estoy en guardia por si alguien trata de engañarme o dañarme | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 118. | Me cuesta mantener la mente centrada en lo que hay que hacer | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 119. | Hablo mucho del suicidio | 0 | 1 | 2 | 3 | |

Por favor, revise que no se ha dejado ninguna pregunta sin contestar.

Muchas gracias por su colaboración.

| | | Totalmente falso o a | A veces o en cierto | A veces o en cierto | Muy cierto o a | Puntuación |
|------|---|----------------------|---------------------|---------------------|----------------|------------|
| 120. | No estoy muy interesado en mantener relaciones sexuales | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 121. | Me atasco mucho con las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 122. | Me emociono fácilmente, a menudo por razones nimias | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 123. | Aunque enloquezca a otras personas, insisto en lograr la perfección absoluta en cuanto hago | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 124. | Casi nunca estoy contento con mis actividades del día a día | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 125. | Engatusar a los demás me ayuda a conseguir lo que quiero | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 126. | A veces tienes que exagerar para salir adelante | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 127. | Me asusta estar solo en la vida más que cualquier otra cosa | 0 | 1 | 2 | 3 | |

| | | | | | | |
|------|--|---|---|---|---|--|
| 128. | Me empeño en hacer las cosas de cierta forma, aunque esté claro que no va a funcionar | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 129. | Suelo ser bastante descuidado con mis cosas y las cosas de los demás | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 130. | Soy una persona muy ansiosa | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 131. | En general se puede confiar en la gente | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 132. | Me distraigo fácilmente | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 133. | Parece que los demás me tratan siempre injustamente | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 134. | No dudo en hacer trampas si con ello salgo adelante | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 135. | Compruebo las cosas varias veces para asegurarme de que estén perfectas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 136. | No me gusta pasar tiempo con otras personas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 137. | Me siento obligado a seguir con las cosas aunque hacerlo carezca de sentido | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 138. | Nunca sé adónde irán mis emociones de un momento a otro | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 139. | He visto cosas que realmente no estaban allí | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 140. | Para mí es importante que las cosas se hagan de cierta forma | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 141. | Siempre espero que ocurra lo peor | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 142. | Intento decir la verdad aunque sea difícil | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 143. | Creo que algunas personas pueden mover cosas con la mente | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 144. | No me puedo concentrar en las cosas durante mucho tiempo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 145. | Me mantengo alejado de las relaciones románticas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 146. | No me interesa hacer amistades | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 147. | Hablo lo menos posible al tratar con gente | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 148. | Como persona soy un inútil | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 149. | Haré casi cualquier cosa para impedir que alguien me abandone | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 150. | A veces puedo influir en otras personas simplemente enviándolas mis pensamientos | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 151. | La vida me parece muy deprimente | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 152. | Pienso en las cosas de una forma extraña que carece de sentido para la mayoría de la gente | 0 | 1 | 2 | 3 | |

Por favor, revise que no se ha dejado ninguna pregunta sin contestar.

Muchas gracias por su colaboración.

| | | Totalmente falso o a | A veces o en cierto | A veces o en cierto | Muy cierto o a | Puntuación |
|------|--|----------------------|---------------------|---------------------|----------------|------------|
| 153. | No me importa si mis actos dañan a otras personas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 154. | A veces me siento «controlado» por pensamientos que pertenecen a otra persona | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 155. | Yo sí que vivo la vida plenamente | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 156. | Hago promesas que no tengo intención de cumplir | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 157. | No hay nada que me haga sentir bien | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 158. | Me irrito fácilmente con toda suerte de cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 159. | Hago lo que quiero por muy arriesgado que sea | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 160. | A menudo me olvido de pagar las facturas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 161. | No me gusta intimar demasiado con las personas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 162. | Se me da bien timar a la gente | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 163. | Para mí todo carece de sentido | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 164. | Nunca asumo riesgos | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 165. | Me emociono por cualquier cosilla | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 166. | Me trae sin cuidado herir los sentimientos de otras personas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 167. | Nunca muestro a los demás mis emociones | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 168. | A menudo me siento sencillamente abatido | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 169. | Carezco de valor como persona | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 170. | Suelo ser bastante hostil | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 171. | He desaparecido para evitar responsabilidades | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 172. | Más de una vez me han dicho que tengo varias rarezas o hábitos extraños | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 173. | Me gusta ser una persona que llama la atención | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 174. | Siempre tengo miedo o estoy nervioso por si ocurren cosas malas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 175. | Nunca quiero estar solo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 176. | Sigo tratando de hacer las cosas perfectas, incluso si ya están todo lo bien que probablemente puedan llegar a estar | 0 | 1 | 2 | 3 | |

| | | | | | | |
|------|--|---|---|---|---|--|
| 177. | Rara vez pienso que la gente que conozco trata de aprovecharse de mí | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 178. | Sé que antes o después me suicidaré | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 179. | He conseguido mucho más que casi todos los que conozco | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 180. | Claro que puedo ponerme encantador para salirme con la mía | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 181. | Mis emociones son impredecibles | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 182. | No trato con gente a menos que sea necesario | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 183. | No me importan los problemas de los demás | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 184. | No reacciono mucho a cosas que parecen emocionar a otros | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 185. | Tengo varios hábitos que los demás consideran excéntricos o raros | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 186. | Evito los eventos sociales | 0 | 1 | 2 | 3 | |

Por favor, revise que no se ha dejado ninguna pregunta sin contestar.

Muchas gracias por su colaboración.

| | | Totalmente falso o | A veces o en cierto | A veces o en cierto | Muy cierto o a | Puntuación |
|------|---|--------------------|---------------------|---------------------|----------------|------------|
| 187. | Me merezco un tratamiento especial | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 188. | Me enfado mucho si me insultan, aunque sea levemente | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 189. | Rara vez me entusiasmo por nada | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 190. | Sospecho que incluso mis supuestos «amigos» me traicionan muchas veces | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 191. | Ansío que me presten atención | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 192. | A veces pienso que hay alguien que me quita pensamientos de la cabeza | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 193. | Paso temporadas en que me siento desconectado del mundo o de mí mismo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 194. | A menudo veo entre las cosas conexiones raras que la mayoría pasan por alto | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 195. | No pienso que me haré daño cuando hago cosas que podrían ser peligrosas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 196. | Sencillamente, no tolero que haya cosas fuera de su sitio | 0 | 1 | 2 | 3 | |

| | | | | | | |
|------|--|---|---|---|---|--|
| 197. | A menudo he de tratar con personas menos importantes que yo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 198. | A veces agredo a otros para recordarles quién manda | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 199. | Me distraen de lo que hago incluso cosas nimias | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 200. | Disfruto dejando en ridículo a los que mandan | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 201. | Me salto citas y reuniones si no estoy de humor | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 202. | Trato de hacer lo que los demás quieren que haga | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 203. | Prefiero estar solo a tener pareja | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 204. | Soy muy impulsivo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 205. | Suelo tener ideas que para mí tienen sentido pero que los demás dicen que son raras | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 206. | Utilizo a las personas para lograr lo que quiero | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 207. | No veo de qué sirve sentirse culpable por las cosas que he hecho y han dañado a otras personas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 208. | La mayoría de las veces no veo de qué sirve ser amable | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 209. | He tenido algunas experiencias muy raras que son muy difíciles de explicar | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 210. | Cumplo lo que me he comprometido a hacer | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 211. | Me gusta llamar la atención | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 212. | Me siento culpable muchas veces | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 213. | A menudo me quedo «ausente» y de repente vuelvo en mí y veo que ha pasado mucho tiempo | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 214. | Mentir me resulta fácil | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 215. | Odio correr riesgos | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 216. | Soy desagradable y seco con cualquiera que se lo merezca | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 217. | Las cosas que me rodean a menudo parecen irreales o más reales de lo normal | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 218. | Amañaré la verdad si me conviene | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 219. | Me resulta fácil aprovecharme de otras personas | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| 220. | Tengo una forma estricta de hacer las cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | |

AUTOINFORME: **SÍ** **NO**

CTQ-SF

Versión española validada por Hernández et al. (2013)

Instrucciones

Este cuestionario pregunta sobre experiencias que usted puede haber vivido durante su infancia y/o adolescencia. A pesar de ser preguntas muy personales, por favor intente contestarlas con total sinceridad. En cada pregunta ponga una X en la opción que mejor describa cómo se siente. Si desea cambiar su respuesta, ponga un círculo sobre la X, y vuelva a poner una X en la nueva respuesta.

Ejemplo de respuesta correcta:

Respuesta original: ha sido “Nunca”

| | | | | |
|-------|-----------|---------|-----------------|---------------------|
| Nunca | Raramente | A veces | A men udo | Muy a men udo |
| X | • | • | • | • |

Cambio de respuesta: Ahora la respuesta correcta es “Raramente”

| | | | | |
|-------|-----------|---------|-----------------|---------------------|
| Nunca | Raramente | A veces | A men udo | Muy a men udo |
| X ○ | X | • | • | • |

Es muy importante destacar la **absoluta confidencialidad** de toda la información que usted nos confía. Estos datos serán utilizados de forma **totalmente anónima** a través de un código que se le asignará al introducir sus datos para el análisis estadístico. Nadie externo al presente proyecto de investigación tendrá acceso a esta información.

Le pedimos la máxima **sinceridad** a la hora de contestar estas preguntas. La veracidad de esta información permitirá que obtengamos datos válidos que permitan progresar en el conocimiento y tratamiento de esta enfermedad devastadora.

CTQ-SF

Versión española validada por Hernández et al. (2013)

| | A lo largo de mi infancia y/o adolescencia... | Nunca | Raramente | A veces | A menudo | Muy a menudo |
|-----|--|-------|-----------|---------|----------|--------------|
| 1. | Me faltaba comida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. | Sabía que había alguien que cuidaba de mí y me protegía | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Personas de mi familia me decían cosas como “estúpido/a”, “vago/a” o “feo/a” | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Mis padres estaban demasiado bebidos o “colocados” como para cuidar de la familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Había alguien en mi familia que me ayudó a sentirme importante o especial | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Tuve que llevar ropa sucia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Me sentí querido/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Pensé que mis padres deseaban que yo no hubiese nacido | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. | Alguien de mi familia me pegó tan fuerte que tuve que ir al médico o al hospital | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. | No había nada que quisiera cambiar de mi familia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. | Personas de mi familia me pegaron tan fuerte que me hicieron morados o marcas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. | Me castigaban con un cinturón, una tabla, una cuerda, o algún otro objeto duro | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. | Las personas de mi familia se preocupaban unas de las otras | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. | Personas de mi familia me insultaban o me herían | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. | Creo que me maltrataron físicamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. | Tuve una infancia perfecta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. | Me pegaron o golpearon tan fuerte que se dio cuenta alguien (como un maestro, vecino o médico) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. | Sentía que alguien de mi familia me odiaba | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | Las personas de mi familia se sentían próximas unas con las | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | otras | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|
| 20. | Alguien intentó tocarme de una forma sexual o intentó que yo le tocara | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. | Alguien me amenazó con hacerme daño o decir mentiras sobre mí si no hacía alguna actividad sexual con él/ella. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | | | | | |
| 22. | Tuve la mejor familia del mundo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. | Alguien intentó que hiciera actos sexuales o que presenciara actos sexuales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. | Alguien abusó de mí | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. | Creo que fui maltratado emocionalmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. | Había alguien para llevarme al médico cuando lo necesitaba | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. | Creo que abusaron de mí sexualmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. | Mi familia fue una fuente de fuerza y ayuda | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. | Creo que mi padre me trató mal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. | Creo que mi madre me trató mal | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Por favor, revise que no se ha dejado ninguna pregunta sin contestar.

Muchas gracias por su colaboración.

AUTOINFORME: **SÍ** **NO**

DIFICULTADES: