



La huella del trauma infantil en las relaciones de pareja  
adultas: estudio del papel moderador de la intervención  
terapéutica

Vanesa Martín Díaz

## Índice

Introducción .....	3
Objetivos e hipótesis .....	11
Método.....	13
Participantes .....	13
Instrumentos .....	14
Diseño del estudio .....	16
Procedimiento .....	17
Análisis de datos .....	18
Resultados .....	19
Estadísticos descriptivos .....	19
Análisis correlacionales .....	24
Comparaciones según experiencia terapéutica .....	25
Análisis de mediación .....	27
Discusión .....	29
Limitaciones y futuros estudios .....	35
Referencias .....	38
Apéndice A. Consentimiento informado.....	43
Apéndice B. Cuestionarios administrados .....	44
Apéndice C. Declaración Uso de Herramientas de Inteligencia Artificial Generativa .....	63

## **La huella del trauma infantil en las relaciones de pareja adultas: estudio del papel moderador de la intervención terapéutica**

En las últimas décadas, las transformaciones socioculturales propias de la modernidad contemporánea han modificado profundamente la forma en que se configuran los vínculos afectivos. Según Bauman, las relaciones interpersonales se desarrollan en un contexto caracterizado por la inestabilidad y la fluidez de los lazos sociales, donde el compromiso tiende a percibirse como potencialmente restrictivo y los vínculos se vuelven más frágiles y fácilmente reversibles. En este escenario, las relaciones de pareja pueden verse atravesadas por una tensión constante entre el deseo de cercanía emocional y la necesidad de preservar la autonomía individual, lo que favorece la aparición de vínculos más frágiles y menos duraderos (Bauman, 2006).

En este contexto, el desarrollo de las tecnologías digitales ha transformado las formas de interacción entre las personas, permitiendo una comunicación constante y la creación de nuevos espacios virtuales de encuentro que influyen directamente en la manera en que se establecen y mantienen las relaciones afectivas. Si bien estos recursos tecnológicos pueden facilitar el contacto y la interacción entre las parejas, diversos estudios señalan que su uso intensivo también puede generar conflictos asociados a la desconfianza, los celos o la dependencia emocional, afectando negativamente a la calidad de la relación (Minaya Barrientos, 2021).

Estos cambios relacionales también pueden comprenderse en el marco de las transformaciones más amplias que caracterizan a la denominada modernidad líquida. En este contexto social, los vínculos tienden a adquirir un carácter más flexible y provisional, de modo que las relaciones pueden establecerse con mayor facilidad, pero también disolverse con rapidez. Bauman describe este fenómeno a través del concepto de amor líquido, con el que hace referencia a formas de relación marcadas por la fragilidad, la incertidumbre y el temor al

compromiso duradero, en un escenario donde las personas buscan simultáneamente cercanía afectiva y autonomía personal (Bauman, 2012). Desde esta perspectiva, las relaciones contemporáneas se configuran con frecuencia más como conexiones que como vínculos estables, lo que contribuye a explicar la creciente ambivalencia entre el deseo de intimidad y la dificultad para sostener relaciones comprometidas en el tiempo (Bauman, 2012). Diversos autores han señalado que las relaciones de pareja actuales presentan diferencias relevantes respecto a los modelos tradicionales de generaciones anteriores. Mientras que antiguamente las relaciones tendían a construirse sobre vínculos más estables, centrados en el compromiso duradero, la convivencia y el proyecto familiar; en la actualidad parecen desarrollarse en un contexto marcado por una mayor búsqueda de autonomía individual, gratificación inmediata y flexibilidad relacional. En este sentido, algunos trabajos plantean que las relaciones contemporáneas han pasado de configurarse como vínculos sólidos y permanentes a establecerse como conexiones más frágiles y fácilmente reversibles, donde el compromiso tiende a mantenerse “mientras dure el amor” (Pedroza Flores, 2015).

Esto pone de manifiesto la necesidad de explorar no solo los factores contemporáneos que influyen en la satisfacción de pareja, sino también las huellas profundas que provienen del pasado, especialmente las experiencias emocionales tempranas que pueden condicionar las relaciones adultas. El trauma infantil, entendido como experiencias de abuso, negligencia u otros contextos tempranos de adversidad, ha mostrado tener un impacto significativo y duradero en el desarrollo emocional y en la configuración del apego a lo largo del ciclo vital. Estas vivencias se han asociado con dificultades en la regulación afectiva y con la formación de modelos internos de relación caracterizados por inseguridad. En esta línea, diversos estudios han señalado que diferentes formas de trauma infantil se relacionan con una disminución del apego seguro y un aumento de estilos de apego inseguros en la adultez (Erozkan, 2016). Asimismo, la evidencia empírica indica que quienes han sufrido trauma infantil tienden a

reportar menores niveles de satisfacción en sus relaciones de pareja, tanto de forma directa como a través del estilo de apego, que puede actuar como variable mediadora en esta relación (Quan et al., 2025)

El funcionamiento de la relación de pareja suele conceptualizarse a través del constructo de ajuste diádico, entendido como el grado en que los miembros de la pareja logran adaptarse mutuamente y mantener un vínculo satisfactorio y estable. Este concepto refleja la calidad global de la relación y se considera un indicador relevante del bienestar de la pareja y del funcionamiento familiar. Tradicionalmente, el ajuste diádico se ha evaluado mediante la Escala de Ajuste Diádico (Dyadic Adjustment Scale; DAS), desarrollada por Spanier (1976), que propone varias dimensiones del funcionamiento relacional. Entre ellas se encuentran el consenso, que hace referencia al grado de acuerdo entre los miembros de la pareja en distintos aspectos de la vida cotidiana; la satisfacción, relacionada con la estabilidad de la relación y la baja frecuencia de conflictos o pensamientos de separación; la cohesión, que alude al nivel de implicación de la pareja en actividades compartidas; y la expresión afectiva, vinculada a la satisfacción con las manifestaciones de cariño y la intimidad dentro de la relación (Spanier, 1976).

En este sentido, con el fin de comprender con mayor profundidad los mecanismos a través de los cuales las experiencias traumáticas tempranas pueden influir en el funcionamiento de las relaciones de pareja en la adultez, resulta necesario analizar su impacto en diferentes dimensiones del ajuste relacional. Desde dicho marco teórico, este trabajo se centrará en explorar cómo el trauma infantil puede relacionarse con distintas variables que reflejan la calidad y el funcionamiento de la relación de pareja. En concreto, se estudiará su posible influencia en el apego adulto, así como en las diversas dimensiones del ajuste diádico. En primer lugar, resulta relevante abordar la relación entre el trauma infantil y la variable de apego

adulto. Diversos estudios, tales como los trabajos de Shahab et al. (2021) y Quan et al. (2025), entre otros, han señalado que las experiencias adversas durante la infancia pueden influir de manera significativa en el desarrollo de los modelos relacionales que guían las relaciones interpersonales en la vida adulta. Desde la teoría del apego, las primeras interacciones con las figuras cuidadoras constituyen la base sobre la que se construyen los modelos internos de funcionamiento que orientan la forma en que las personas perciben y gestionan sus vínculos afectivos. Cuando estas experiencias tempranas están marcadas por situaciones de abuso o negligencia, pueden dificultar el desarrollo de un sentido de seguridad en las relaciones, favoreciendo la aparición de patrones de apego inseguros y mayores dificultades en la regulación emocional. En este sentido, se ha observado que las personas con antecedentes de trauma infantil pueden experimentar mayores dificultades para confiar en los demás y un mayor miedo a la intimidad, lo que puede interferir en el establecimiento de vínculos afectivos estables y favorecer el desarrollo de estilos de apego evitativo o ansioso. Así, la evidencia empírica indica que el trauma infantil puede afectar a la forma de vincular en los adultos y, a su vez, influir en la calidad de las relaciones de pareja, actuando el apego como un mecanismo a través del cual las experiencias tempranas adversas repercuten en el funcionamiento relacional en la adultez (Quan et al., 2025).

Diversos trabajos han señalado que las experiencias de abuso emocional durante la infancia pueden tener un impacto significativo en el desarrollo del sistema de apego y, en consecuencia, en la forma en que las personas se relacionan con sus parejas en la vida adulta. Las interacciones tempranas caracterizadas por rechazo, hostilidad o invalidación emocional pueden alterar el desarrollo de los modelos internos de relación que guían las expectativas y comportamientos en los vínculos íntimos, es decir, el apego adulto. Como resultado, las personas que han experimentado este tipo de experiencias adversas pueden mostrar mayores dificultades para establecer relaciones afectivas seguras y satisfactorias en la adultez, ya que

estas vivencias tempranas influyen en la manera en que interpretan la cercanía emocional, gestionan los conflictos y regulan sus respuestas afectivas dentro de la relación. Desde esta perspectiva, el trauma infantil puede contribuir al desarrollo de patrones de apego inseguros que, a su vez, se asocian con un funcionamiento relacional más vulnerable y con mayores dificultades para mantener relaciones de pareja estables y satisfactorias (Riggs, 2010).

Las experiencias traumáticas en la infancia no solo se han asociado con alteraciones en el desarrollo emocional, sino también con dificultades en el ámbito social y relacional a lo largo del ciclo vital. En esta línea, el trauma infantil se ha relacionado con distintos indicadores de exclusión social en la adultez, como mayores niveles de soledad y un incremento de los síntomas de malestar psicológico. Asimismo, las experiencias adversas tempranas se asocian con peores resultados psicosociales en la vida adulta, lo que sugiere que el impacto del trauma infantil puede extenderse más allá del ámbito individual y afectar a la capacidad de establecer y mantener vínculos sociales satisfactorios (Allen et al., 2023).

Asimismo, la literatura ha señalado que las experiencias adversas en la infancia constituyen un factor de riesgo relevante para la aparición de dinámicas de violencia en las relaciones de pareja en la edad adulta. Las experiencias adversas en la infancia (ACEs) se asocian de manera significativa tanto con la perpetración como con la victimización en contextos de violencia de pareja (Zhu et al., 2024). Estos hallazgos ponen de relieve que el trauma infantil puede influir en la forma en que las personas se involucran en relaciones íntimas en la adultez, aumentando el riesgo de dinámicas relacionales disfuncionales y potencialmente violentas. Además, este tipo de situaciones pueden derivar en consecuencias especialmente graves, como daños físicos y psicológicos severos, síntomas de ansiedad y depresión, intentos de suicidio, problemas crónicos de salud e incluso consecuencias irreparables como homicidios o situaciones de violencia extrema dentro de la pareja (Zhu et al., 2024)

Las investigaciones sobre experiencias adversas en la infancia han puesto de manifiesto el impacto significativo que estas vivencias pueden tener en el bienestar psicológico durante la vida adulta. El Estudio de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE) evidenció una relación clara entre la exposición a distintos tipos de trauma infantil, como abuso físico, emocional o sexual, así como contextos familiares disfuncionales, y un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental en etapas posteriores de la vida. En concreto, los resultados muestran que, a medida que aumenta el número de experiencias adversas vividas durante la infancia, también se incrementa la probabilidad de presentar dificultades psicológicas en la vida adulta. Así, las personas que han estado expuestas a un mayor número de experiencias traumáticas durante la infancia presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar síntomas depresivos e incluso de realizar intentos de suicidio en comparación con aquellas que no reportan este tipo de experiencias. Asimismo, estas experiencias tempranas se han relacionado con una mayor probabilidad de desarrollar distintas conductas de riesgo y problemas de salud mental en la vida adulta, entre ellos el consumo abusivo de alcohol y drogas, la depresión o los intentos de suicidio. En esta línea, Felitti et al. (1998) plantean que muchas de estas conductas pueden entenderse como intentos de aliviar o manejar el malestar emocional derivado de las experiencias traumáticas vividas durante la infancia, pese a sus consecuencias perjudiciales a largo plazo. Además, la exposición acumulativa a experiencias adversas tempranas también se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas y problemas de salud física en la adultez. En conjunto, estos hallazgos ponen de relieve el profundo impacto que el trauma infantil puede tener sobre la salud física y psicológica a lo largo del ciclo vital.

Por otro lado, la psicoterapia se considera un factor clínico relevante en la modulación de estos patrones. La evidencia acumulada muestra que la intervención terapéutica se asocia con descensos significativos en la evitación y la ansiedad de apego, así como con

transformaciones en los modelos internos de relación. Además, se ha documentado que la presencia de apegos inseguros al inicio del tratamiento psicológico puede influir en la evolución terapéutica (Levy et al., 2018). En sintonía con ello, estudios clínicos han mostrado que pacientes con apego inseguro pueden experimentar mejoras en sus esquemas vinculares a lo largo de la terapia, sugiriendo que dichos esquemas son susceptibles al cambio mediante la intervención psicológica (Reiner et al., 2016). Otras investigaciones han centrado su atención en intervenciones dirigidas a fortalecer un estilo de apego más seguro, como los programas de activación de la seguridad del apego, los cuales han mostrado incrementos en el afecto positivo, mejoras en la regulación emocional y un aumento en la percepción de seguridad relacional (Rowe et al., 2014). En esta misma línea, distintas investigaciones sugieren que las mejoras en la seguridad del apego a lo largo del proceso terapéutico no solo se relacionan con cambios en el funcionamiento interpersonal, sino también con una disminución de diversas conductas de riesgo y síntomas psicopatológicos. En el ámbito del consumo de sustancias, se ha planteado que los trastornos por uso de sustancias pueden entenderse, en parte, como intentos desadaptativos de regulación emocional vinculados a modelos de apego inseguros. En este sentido, una alianza terapéutica sólida y el fortalecimiento de patrones de apego más seguros se han asociado con una disminución de la ansiedad, una mayor motivación hacia el cambio y una mejor evolución clínica durante el tratamiento (Rübig et al., 2021). Del mismo modo, en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, la mejora de las funciones de apego se ha relacionado con una reducción de la sintomatología alimentaria, así como con menores niveles de depresión, perfeccionismo clínico, insatisfacción corporal y dificultades en la regulación emocional (Szalai, 2019). Asimismo, se ha observado que el aumento de la seguridad del apego durante la psicoterapia puede producirse de forma paralela a una disminución significativa de los síntomas depresivos, favoreciendo además una mayor capacidad para afrontar experiencias relacionales dolorosas y reduciendo el riesgo de recaídas futuras (Reiner et al., 2016). Sin

embargo, además de la propia intervención psicológica, la literatura destaca la importancia de la alianza terapéutica como uno de los factores fundamentales para favorecer el cambio clínico. La alianza terapéutica hace referencia a la relación de colaboración establecida entre terapeuta y paciente, sustentada en el vínculo emocional entre ambos, así como en el acuerdo compartido sobre los objetivos y las tareas del tratamiento (Rübig et al., 2021). En este sentido, diferentes investigaciones han señalado que una alianza terapéutica sólida constituye uno de los predictores más consistentes del éxito en psicoterapia, independientemente del enfoque terapéutico utilizado o de las características específicas del terapeuta o del contexto clínico (Reiner et al., 2016; Rübig et al., 2021). Asimismo, se ha observado que las personas con estilos de apego más seguros tienden a establecer alianzas terapéuticas más sólidas, mientras que en pacientes con antecedentes de trauma infantil o apego inseguro puede resultar más complejo construir este vínculo terapéutico, haciendo especialmente relevante que el terapeuta pueda constituirse como una base segura dentro del proceso de intervención (Rübig et al., 2021).

En el ámbito de la pareja, algunas terapias integrativas basadas en el apego, como los procedimientos de activación de la seguridad del apego, han mostrado mejoras relevantes en la satisfacción relacional, manteniéndose estos avances de forma relativamente estable a medio plazo (Christensen et al., 2017). Más recientemente se ha observado que, en parejas con antecedentes de trauma infantil, la terapia de pareja integrativa puede favorecer mejoras especialmente notables en la satisfacción relacional, lo que apunta a un posible efecto reparador de la intervención sobre el impacto de las experiencias traumáticas tempranas (Stahl et al., 2025).

A pesar de estos avances, existe una laguna en la literatura, son pocos los trabajos que analizan conjuntamente el trauma infantil, la satisfacción en la relación de pareja y el posible papel modulador de la intervención terapéutica, integrando estos elementos dentro de un marco empírico sólido. Por eso resulta necesario realizar un estudio que examine si el proceso

terapéutico actúa como variable moderadora del impacto del trauma infantil en la satisfacción relacional adulta. Desde una perspectiva tanto científica como clínica, este estudio tiene un valor añadido: aporta conocimientos sobre cómo las heridas tempranas pueden influir en la calidad de las relaciones adultas, y cómo la intervención terapéutica puede reducir esos efectos. Estos hallazgos podrían tener implicaciones relevantes para el desarrollo de programas preventivos, intervenciones psicológicas, psicoeducación y orientación terapéutica dirigidas a parejas con historia de trauma en su infancia, favoreciendo no solo una mejora en la calidad de vida y en la dinámica relacional de las personas, sino también un mejor funcionamiento en otros ámbitos como el social o laboral. Asimismo, una intervención temprana sobre estas dificultades podría contribuir a reducir distintas conductas de riesgo y a prevenir dinámicas relacionales disfuncionales o situaciones de violencia con consecuencias negativas a largo plazo.

### **Objetivos e hipótesis**

En este contexto, el objetivo del presente estudio es analizar la relación entre las experiencias de trauma infantil y el ajuste diádico en la relación de pareja adulta, así como examinar el papel del apego adulto como posible mecanismo explicativo de esta relación. Asimismo, se pretende explorar si la experiencia de intervención terapéutica puede actuar como un factor moderador del impacto del trauma infantil en el funcionamiento relacional adulto.

En base a la literatura revisada y al marco teórico planteado, el presente estudio pretende contrastar las siguientes hipótesis:

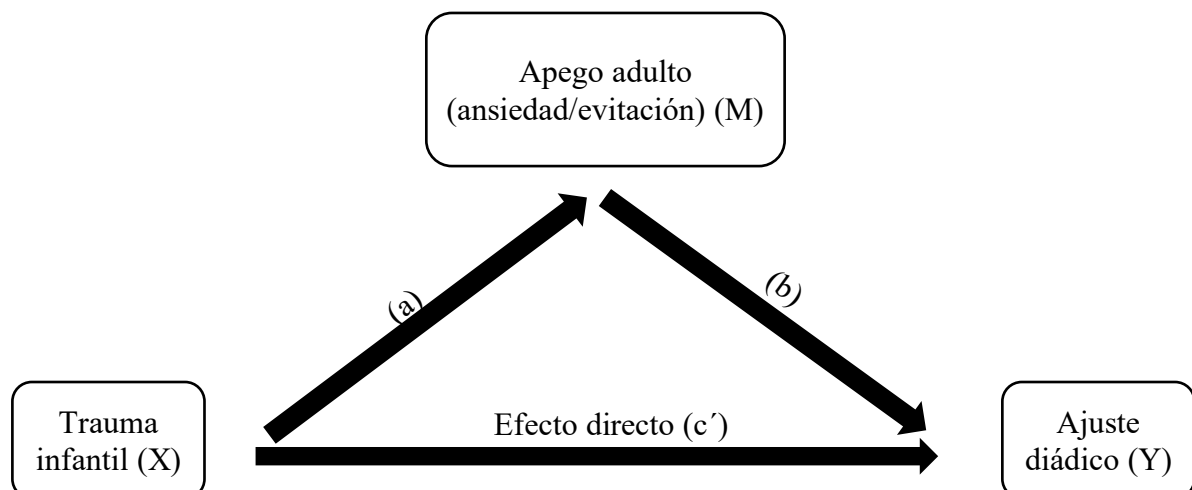
- H1. A mayor severidad de trauma infantil, menor será el ajuste diádico en la relación de pareja.
- H2. A mayor nivel de trauma infantil, mayor será la presencia de apego inseguro (evitativo y ansioso).
- H3. Mayores niveles de apego inseguro, se asociarán con un menor ajuste diádico.

- H4. Las personas que han realizado un proceso psicológico y presentan una mayor calidad de alianza terapéutica mostrarán un mayor ajuste diádico en comparación con aquellas que no han realizado terapia o que presentan una menor calidad de alianza terapéutica.
- H5. La terapia tiene un efecto moderador en la relación entre el trauma infantil y el ajuste diádico, por lo que el impacto negativo del trauma será menor en aquellas personas que hayan pasado por un proceso terapéutico.
- H6. El efecto del trauma sobre el ajuste diádico estará mediado por las dimensiones de ansiedad y evitación en el apego adulto.

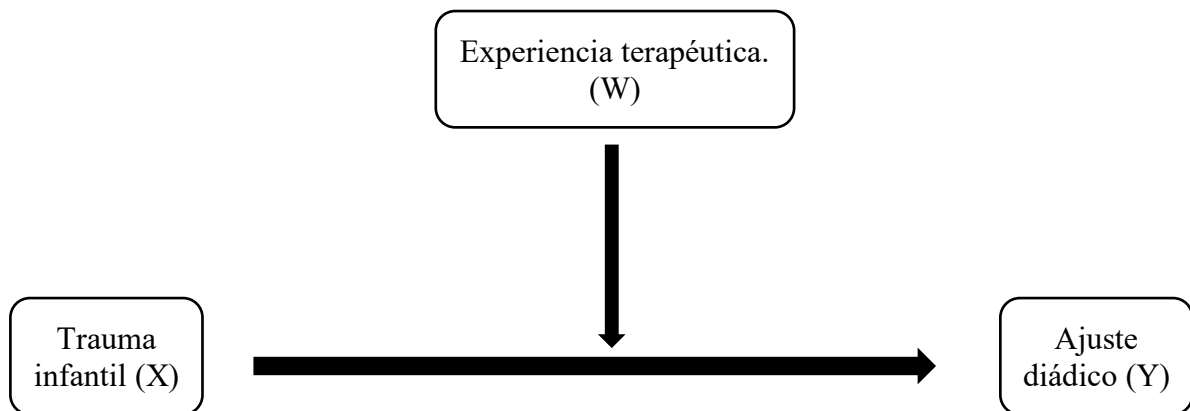
Con el objetivo de representar de forma visual las relaciones planteadas en el estudio, a continuación se presentan dos modelos teóricos. El primero integra el papel del apego adulto como variable mediadora en la relación entre el trauma infantil y el ajuste diádico (Figura 1), mientras que el segundo plantea el posible efecto moderador de la experiencia terapéutica sobre dicha relación (Figura 2).

### Figura 1.

*Modelo teórico de mediación del estudio*



*Nota.* X= variable independiente; M = variable mediadora; Y = variable dependiente.

**Figura 2.***Modelo teórico de moderación del estudio*

*Nota.* X= variable independiente; W = variable moderadora; Y = variable dependiente.

## Método

### Participantes

Para este estudio contamos con una muestra compuesta por un total de 40 participantes adultos (75% mujeres), con edades comprendidas entre los 22 y los 40 años ( $M= 31,7$ ;  $DT= 5,23$ ) y en su mayoría de nacionalidad española ( $n= 37, 92,5\%$ ) y con estudios superiores ( $n=23, 57,5\%$ ).

Los criterios de inclusión fueron: a) estar en una relación de pareja en el momento de la recogida de datos, con una duración mínima de seis meses, y b) tener entre 18 y 40 años. Se consideró únicamente personas en relación de pareja superior a seis meses con el objetivo de garantizar la existencia de un vínculo relacional suficientemente consolidado como para evaluar el ajuste diádico y de edades comprendidas entre 18 y 40 años para que su vida relacional se encontrara inmersa en las transformaciones socioculturales contemporáneas tales como el uso de redes sociales, aplicaciones de citas y nuevas dinámicas afectivas; factores que pueden influir en la construcción y mantenimiento de los vínculos íntimos.

Los criterios de exclusión fueron: a) tener una situación sentimental distinta tener una pareja con duración mayor a los 6 meses, b) cuya edad fuera inferior a 18 años o mayor de 40 y c) no haber cumplimentado el cuestionario en su totalidad.

### **Instrumentos**

Para la recogida de información se empleó un conjunto de cuestionarios autoinformados, además de un bloque de preguntas sociodemográficas diseñados ad hoc para este estudio. Todas las preguntas administradas pueden encontrarse en el Apéndice B.

En primer lugar, se administró un cuestionario sociodemográfico ad hoc con el objetivo de recoger información relevante sobre la muestra, incluyendo edad, género, nivel de estudios, nacionalidad, orientación sexual, tipo de familia de origen, situación sentimental, duración de la relación de pareja actual y experiencia previa en psicoterapia. Estas variables permiten una adecuada caracterización de los participantes, así como el control de posibles factores sociodemográficos que puedan influir en las variables objeto de estudio.

El trauma infantil fue evaluado mediante el Childhood Trauma Questionnaire – Short Form (CTQ-SF) (Bernstein & Fink, 1998), un instrumento de 28 ítems que evalúa retrospectivamente experiencias de maltrato y negligencia durante la infancia. El cuestionario se estructura en cinco subescalas: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional y negligencia física, incluyendo además una escala de minimización/negación para detectar posibles respuestas defensivas. Las respuestas se registran en una escala tipo Likert que permite obtener puntuaciones tanto por subescala como una puntuación total, con rangos entre 5 y 25 en cada dimensión, donde valores más elevados indican mayor presencia de experiencias traumáticas. En este estudio se utilizó la adaptación española validada por Hernández et al. (2013), que presenta adecuadas propiedades psicométricas en población adulta.

El apego adulto en relaciones de pareja se evaluó mediante el Experiences in Close Relationships – Revised (ECR-R) (Fraley et al., 2000), en su versión reducida validada en población española (Fernández-Fuertes et al., 2011). Este instrumento mide dos dimensiones principales del apego: ansiedad ante el rechazo o el abandono y evitación ante la cercanía emocional y la intimidad. La versión empleada está compuesta por 18 ítems con formato Likert de 1 a 7, lo que permite obtener puntuaciones continuas en ambas dimensiones sin establecer categorías diagnósticas. Este cuestionario presenta una estructura factorial coherente con los modelos teóricos del apego y adecuados índices de fiabilidad y validez, siendo una herramienta adecuada para evaluar el papel del apego en el funcionamiento relacional adulto.

El ajuste diádico se evaluó mediante la Escala de Ajuste Diádico en su versión abreviada (EAD-13) (Santos-Iglesias et al., 2009), derivada de la escala original de Spanier (1976). Este instrumento consta de 13 ítems que se organizan en tres dimensiones principales: consenso, satisfacción y cohesión, evaluando distintos aspectos del funcionamiento de la relación de pareja. Las respuestas se recogen mediante escalas tipo Likert con distintos formatos en función del contenido del ítem, lo que permite obtener tanto puntuaciones por subescala como una puntuación total de ajuste diádico. En cuanto a su interpretación, se ha establecido un punto de corte de 44 en la puntuación total, de modo que valores superiores indican un buen ajuste en la relación, mientras que puntuaciones inferiores se asocian con un menor nivel de ajuste.

Por último, la alianza terapéutica fue evaluada mediante el Working Alliance Inventory – Short Revised (WAI-SR) (Horvath & Greenberg, 1989), basado en el modelo de Bordin (1981). Este instrumento evalúa tres componentes fundamentales de la alianza terapéutica: el vínculo emocional, el acuerdo en los objetivos y el acuerdo en las tareas. Se utilizó la adaptación española validada por Andrade-González y Fernández-Liria (2015), que presenta

excelentes propiedades psicométricas. El cuestionario utiliza una escala Likert de 1 a 7 y permite obtener tanto puntuaciones por subescala como una puntuación total, con un rango entre 36 y 252, donde valores más elevados reflejan una mayor calidad de la alianza terapéutica. Dado su carácter específico, este instrumento fue administrado únicamente a aquellos participantes que indicaron haber realizado un proceso psicoterapéutico previo, con el objetivo de evaluar no solo la presencia de terapia, sino la calidad de la relación terapéutica establecida.

### **Diseño del estudio**

Se ha llevado a cabo un estudio cuantitativo, de carácter no experimental, basado en un diseño *ex post facto* retrospectivo, con un enfoque transversal y correlacional, orientado a analizar la relación entre el trauma infantil, los estilos de apego adulto y el ajuste diádico en la relación de pareja, así como a examinar el posible papel moderador de la experiencia terapéutica en dicha relación. Este tipo de diseño es habitual en investigaciones previas que han explorado vínculos entre trauma temprano, apego y funcionamiento relacional en adultos (Erozkan, 2016; Quan et al., 2025; Khanna & Kumari, 2024).

En este estudio, la presencia de trauma infantil se considera la variable independiente, mientras que el ajuste diádico en la relación de la pareja actual corresponde a la variable dependiente. Por su parte, como variable mediadora nos encontramos con el estilo de apego adulto (ansioso y/o evitativo) y como variable moderadora se plantea la experiencia terapéutica. Esta organización de variables permite analizar no solo la relación directa entre trauma infantil y ajuste diádico, sino también posibles factores que pueden incidir en dicha relación.

El modelo teórico en el que se basa el estudio corresponde con el esquema presentado previamente (véase Figura 1), en el que se presenta la relación entre las variables principales del estudio, incluyendo el papel mediador del apego adulto. Como se observa en dicho modelo, el trauma infantil se relaciona de forma directa con el ajuste diádico, así como de forma indirecta a través del apego adulto, que actúa como variable mediadora.

En relación con la experiencia terapéutica, inicialmente se planteó un modelo teórico adicional (véase Figura 2) orientado a analizar el posible papel moderador de la alianza terapéutica sobre la relación entre el trauma infantil y el ajuste diádico. Sin embargo, este análisis finalmente no pudo llevarse a cabo debido al reducido tamaño muestral y a la escasa variabilidad observada en las puntuaciones obtenidas en el WAI-SR, lo que limitaba la posibilidad de realizar análisis estadísticos con suficiente consistencia. Por este motivo, las puntuaciones de dicha escala no fueron incluidas en los análisis finales del estudio.

### **Procedimiento**

La recogida de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario online diseñado específicamente para el presente estudio, implementado en la plataforma Microsoft Forms. El enlace al estudio se difundió a través de diferentes canales digitales, principalmente redes sociales como Facebook e Instagram, así como por grupos de WhatsApp, con el fin de favorecer la participación de adultos jóvenes que cumplieran los criterios de inclusión. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, basado en la accesibilidad de los participantes, así como la estrategia de difusión de bola de nieve, pues se fomentó que los propios participantes compartieran a su vez el cuestionario a través de sus redes de contacto.

La participación fue en todo momento voluntaria y completamente anónima. No se solicitó ningún dato que permitiera identificar a los participantes como nombre, apellidos o dirección de correo electrónico, ni se registraron direcciones IP así como ningún otro tipo de información que pudieran comprometer la confidencialidad.

Antes de acceder a los cuestionarios, los participantes visualizaron una hoja informativa en la que se explicaban los objetivos del estudio, las condiciones de anonimato, las garantías éticas y la posibilidad de abandonar la evaluación en cualquier momento sin necesidad de justificar su decisión. Solo tras aceptar el consentimiento informado pudieron continuar con la

cumplimentación de las escalas. Tanto la hoja informativa como el consentimiento informado pueden consultarse en el Apéndice A.

La duración estimada de la participación fue de entre 15 y 25 minutos. Al finalizar, les aparecía un mensaje de agradecimiento junto con información de contacto institucional y recursos psicológicos de apoyo en caso de que la realización del forms hubiera podido generar malestar emocional a alguno de los participantes.

### **Análisis de datos**

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante el programa estadístico *jamovi* (versión 2.6; The jamovi project, 2024). Para los análisis de mediación se utilizó el módulo adicional MedMod (Gallucci, 2020). En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos de las variables principales del estudio, incluyendo medidas de tendencia central y dispersión, con el fin de conocer a la muestra y explorar el comportamiento de las variables. Se utilizaron frecuencias y porcentajes (n y %) en el caso de las variables categóricas, y medianas y rangos intercuartil en el caso de las variables continuas.

En relación con los supuestos de normalidad, se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk. Aunque en algunas variables no se cumplía dicho supuesto, se decidió utilizar correlaciones de Pearson para el análisis de las relaciones entre las variables, asumiendo la validez de esta prueba en muestras superiores a 30 participantes, dado que en nuestro caso contamos con  $N=40$ .

Para dar respuesta a las hipótesis 1, 2 y 3, se realizó una matriz de correlaciones de Pearson con el fin de analizar la relación entre el trauma infantil, las dimensiones del apego adulto (ansiedad y evitación) y el ajuste diádico, tanto a nivel global como en sus distintas subescalas.

En cuanto a la hipótesis 4, relativa a las diferencias en el ajuste diádico en función de la presencia o no de experiencia terapéutica, se optó por emplear la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Esta decisión se tomó teniendo en cuenta el tamaño de la muestra como la distribución de los participantes en los grupos, lo que limitaba la posibilidad de aplicar análisis paramétricos con suficiente respaldo estadístico.

Respecto a la hipótesis 5, orientada a analizar el posible efecto moderador de la experiencia terapéutica, se decidió no llevar a cabo dicho análisis. Esto se debe a que el tamaño muestral y la distribución de la variable moderadora no permitían realizar un análisis de moderación con garantías metodológicas suficientes.

Finalmente, para poner a prueba la hipótesis 6, se llevaron a cabo análisis de mediación mediante modelos de regresión, utilizando estimación bootstrap con 1000 muestras, con el fin de examinar el papel mediador de las dimensiones del apego adulto (ansiedad y evitación) en la relación entre el trauma infantil y el ajuste diádico.

## **Resultados**

### **Estadísticos descriptivos**

Con el objetivo de describir las características sociodemográficas y relacionales de la muestra, se realizaron análisis descriptivos mediante frecuencias y porcentajes. Los resultados completos se presentan en la Tabla 1.

**Tabla 1***Características sociodemográficas y relacionales de la muestra*

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Género</b>		
Mujer	30	75.0
Varón	10	25.0
<b>Nacionalidad</b>		
Española	37	92.5
Argentina	1	2.5
Ecuatoriana	1	2.5
Mexicana	1	2.5
<b>Orientación sexual</b>		
Heterosexual	36	90.0
Homosexual	3	7.5
Bisexual	1	2.5
<b>Nivel de estudios</b>		
Educación secundaria	8	20.0
Formación profesional	9	22.5
Estudios universitarios (grado/licenciatura)	8	20.0
Estudios posgrado (máster/doctorado)	15	37.5
<b>Número de relaciones significativas</b>		
Ninguna	1	2.5
Una	10	25.0
Dos	13	32.5

---

Tres	12	30.0
Cuatro o más	4	10.0
<b>Situación sentimental</b>		
Casado/a	8	20.0
En relación de pareja sin convivencia	8	20.0
Pareja de hecho	2	5.0
Separado/a	1	2.5
En convivencia con la pareja actual	21	52.5
<b>Duración de la relación actual</b>		
Entre 6 meses y 1 año	5	12.5
Entre 1 y 3 años	8	20.0
Entre 3 y 5 años	6	15.0
Más de 5 años	9	22.5
Más de 10 años	12	30.0
<b>Tipo de familia de origen</b>		
Familia biparental conviviente	27	67.5
Familia biparental separada/divorciada	6	15.0
Familia reconstituida	3	7.5
Familia monoparental	4	10.0
<b>Momento de la terapia respecto a la relación actual</b>		
No ha realizado terapia	18	45.0
Antes de la relación actual	11	27.5
Durante o después de la relación actual	11	27.5
<b>Cómo conoció a su pareja actual</b>		

---

Entorno social (amigos, trabajo, estudios)	27	67.5
Aplicaciones de citas	5	12.5
Actividades o eventos	4	10.0
Otras vías	3	7.5
Redes sociales	1	2.5

*Nota.* N=40

De forma general, en relación con las variables sociodemográficas, predominó la participación de mujeres (n = 30, 75%), así como de personas de nacionalidad española (n = 37, 92.5%) y orientación heterosexual (n = 36, 90%). Respecto al nivel de estudios, destacó principalmente la presencia de participantes con estudios de posgrado (n = 15, 37,5%), seguida de formación profesional (n = 9, 22,5%).

En relación con la situación sentimental de los participantes, se observó un claro predominio de personas que mantenían una relación estable o de convivencia con su pareja actual (n = 31, 77,5%). Respecto a la duración de la relación sentimental, destacaron principalmente las relaciones de larga duración, especialmente aquellas superiores a 10 años (n = 12, 30%) y las de más de 5 años (n = 9, 22,5%). Asimismo, la mayoría de los participantes informó haber tenido entre dos y tres relaciones sentimentales significativas (n = 13, 32,5%; n = 12, 30%, respectivamente).

Por otro lado, en relación con el tipo de familia de origen, predominó la familia biparental conviviente (n = 27, 67,5%), seguida en menor medida por familias biparentales separadas o divorciadas (n = 6, 15%). Finalmente, en cuanto al modo en que los participantes conocieron a su pareja actual, destacó principalmente el entorno social cercano, como amigos, trabajo o estudios (n = 27, 67,5%).

Con el objetivo de describir las principales variables del estudio, se calcularon estadísticos descriptivos, incluyendo medidas de tendencia central y dispersión. Los resultados se presentan en la siguiente tabla.

**Tabla 2**

*Estadísticos descriptivos de las variables principales del estudio*

<b>Variable</b>	<b>Mediana</b>	<b>RIC</b>
CTQ-SF Abuso emocional	8.00	4.00
CTQ-SF Abuso físico	5.00	0.00
CTQ-SF Abuso sexual	5.50	2.00
CTQ-SF Negligencia emocional	8.00	4.00
CTQ-SF Negligencia física	5.00	1.00
CTQ-SF Total	32.5	9.25
ECR-R Ansiedad	2.39	1.69
ECR-R Evitación	1.56	1.03
EAD-13 Consenso	27.0	4.00
EAD-13 Satisfacción	25.0	4.00
EAD-13 Cohesión	13.0	5.00
EAD-13 Total	63.0	8.25

*Nota.* RIC = rango intercuartílico. Se presentan medianas debido a la ausencia de normalidad en la mayoría de las variables (prueba de Shapiro–Wilk,  $p < .05$ ).

Tras el análisis descriptivo de las variables principales del estudio, se observa que, en términos generales, los niveles de trauma infantil de la muestra se sitúan en rangos bajos a moderados. En concreto, las puntuaciones medianas obtenidas en las distintas subescalas del CTQ-SF se mantienen próximas a los valores mínimos posibles, lo que parece indicar una baja frecuencia de experiencias adversas durante la infancia en la mayoría de los participantes. Del mismo modo, las dimensiones de ansiedad y evitación del apego adulto presentan valores relativamente bajos, indicando una tendencia general hacia estilos de apego más seguros dentro de la muestra. Por otro lado, las puntuaciones obtenidas en las diferentes dimensiones del ajuste diádico (consenso, satisfacción y cohesión), así como en la puntuación

total, reflejan un buen nivel de funcionamiento en las relaciones de pareja actuales de los participantes. En conjunto, la muestra se caracteriza por bajos niveles de trauma infantil, bajos niveles de apego inseguro y un adecuado ajuste en la relación de pareja, lo que resulta coherente con las características de una población no clínica.

### Análisis correlacionales

A partir de estos resultados, y con el objetivo de profundizar en las relaciones entre las variables principales del estudio, se realizó una matriz de correlaciones para analizar la asociación entre el trauma infantil, las dimensiones del apego adulto inseguro (ansiedad y evitación) y el ajuste diádico en la relación de pareja. Este análisis permite explorar la relación entre dichas variables y contrastar las hipótesis 1,2 y 3 planteadas en el estudio.

**Tabla 3**

*Matriz de correlaciones entre las variables principales del estudio*

Variable	1	2	3	4
1. Trauma infantil (CTQ total)	—			
2. Ansiedad (ECR-R ansiedad)	.227	—		
3. Evitación (ECR-R evitación)	.102	.373*	—	
4. Ajuste diádico (EAD-13 total)	.053	-.373*	-.600***	—

*Nota.* N=40. R= coeficiente de correlación de Pearson. \*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001.

En relación con los análisis de correlación, los resultados reflejan que no existe una asociación estadísticamente significativa entre el trauma infantil y el ajuste diádico ( $r = .053$ ,  $p > .05$ ). En cuanto a la relación entre el trauma infantil y las dimensiones del apego adulto, tampoco se observan asociaciones significativas ni con la ansiedad ( $r = .227$ ,  $p > .05$ ) ni con la evitación ( $r = .102$ ,  $p > .05$ ).

Sin embargo, sí se encuentran asociaciones significativas entre las dimensiones del apego adulto y el ajuste diádico. En concreto con la ansiedad, donde hemos obtenido valores de  $r = -.373$  ( $p < .05$ ) y aún más con la evitación, con un valor de  $r = -.600$  ( $p < .001$ ); este resultado negativo refiere que mayores niveles de apego inseguro se asocian con un menor ajuste en la relación de pareja.

### Comparaciones según experiencia terapéutica

Con el fin de profundizar en estas relaciones, se realizó un análisis de correlaciones incluyendo las subescalas del ajuste diádico, con el objetivo de explorar de forma más detallada qué dimensiones específicas de la relación de pareja podían estar asociadas con el apego adulto. Los resultados se presentan en la siguiente tabla.

**Tabla 4**

*Correlaciones entre las dimensiones del apego adulto y las subescalas del ajuste diádico*

Variable	1	2	3	4	5
1. Ansiedad	—				
2. Evitación	.373*	—			
3. Consenso	-.381*	-.325*	—		
4. Satisfacción	-.122	-.527***	.350*	—	
5. Cohesión	-.341*	-.527***	.254	.529***	—

*Nota.* N=40. r= coeficiente de correlación de Pearson. \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

En relación con el análisis de correlaciones entre las dimensiones del apego adulto y las subescalas del ajuste diádico (consenso, satisfacción y cohesión), los resultados muestran que la ansiedad se asocia de forma negativa y significativa con el consenso ( $r = -.381$ ,  $p < .05$ ) y con la cohesión ( $r = -.341$ ,  $p < .05$ ), mientras que no se observa una relación significativa con la satisfacción ( $r = -.122$ ,  $p > .05$ ).

Por otra parte, la evitación presenta asociaciones negativas y estadísticamente significativas con el consenso ( $r = -.325$ ,  $p < .05$ ), la satisfacción ( $r = -.527$ ,  $p < .001$ ) y la cohesión ( $r = -.527$ ,  $p < .001$ ), siendo estas relaciones de mayor magnitud en comparación con las observadas para la ansiedad.

En relación con la comparación del ajuste diádico en función de la experiencia terapéutica, y dado que la hipótesis 4 no resultaba especialmente consistente con el tamaño y las características de la muestra, se optó por realizar un análisis exploratorio mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney con el fin de examinar posibles diferencias en el ajuste diádico entre quienes habían realizado terapia ( $n=22$ , 55%) y quienes no ( $n=18$ ; 45%), excluyendo la calidad de la alianza terapéutica del análisis.

**Tabla 5**

*Comparación del ajuste diádico en función de la experiencia terapéutica ( U de Mann-Whitney)*

Variable	No terapia Med (RIC)	Sí terapia Med (RIC)	U de Mann- Whitney	P
Ajuste diádico total	66.5 (9.25)	63.0 (5.75)	154	.231
Consenso	27.0 (2.50)	25.5 (4.50)	147	.166
Satisfacción	25.0 (3.75)	24.5 (2.75)	184	.700
Cohesión	13.5 (5.50)	12.0 (4.50)	161	.311

*Nota.* Med = mediana; RIC = rango intercuartílico.

Los resultados obtenidos muestran que no existen diferencias estadísticamente significativas ni en el ajuste diádico total ( $U = 154$ ,  $p = .231$ ) ni en sus subdimensiones: consenso ( $U = 147$ ,  $p = .166$ ), satisfacción ( $U = 184$ ,  $p = .700$ ) y cohesión ( $U = 161$ ,  $p = .311$ ),

en función de haber realizado o no un proceso terapéutico (Tabla 5). Estos resultados no permiten afirmar que la experiencia terapéutica se asocie a un mayor ajuste diádico.

### **Análisis de mediación**

Por último se ajustaron dos modelos de mediación en los que la variable independiente fue el trauma infantil, la dependiente ajuste diádico, y las dimensiones de ansiedad y evitación del apego las variables mediadoras. Los resultados obtenidos se presentan en la tabla 6 y 7.

**Tabla 6**

*Análisis de mediación del efecto del trauma infantil sobre el ajuste diádico a través de la ansiedad como apego inseguro*

Efecto	B	SE	IC 95% (LI, LS)	p
Efecto indirecto	-0.054	0.042	(-0.151, 0.016)	.201
Efecto Directo	0.085	0.070	(-0.051, 0.219)	.223
Efecto total	0.031	0.069	(-0.107, 0.161)	.653

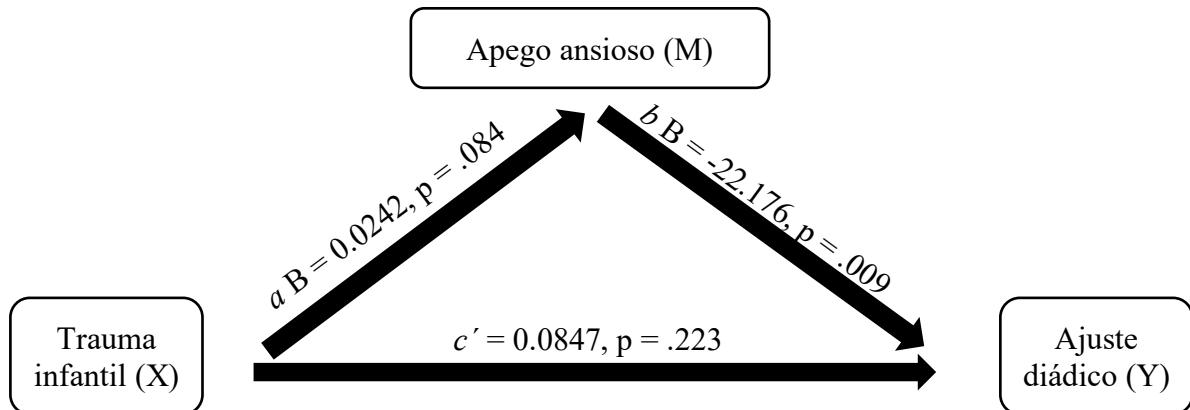
*Nota.* B = coeficiente no estandarizado; SE = error estándar; IC = intervalo de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior. Intervalos de confianza estimados mediante bootstrap (1000 muestras).

El modelo de mediación que incluye la ansiedad de apego como variable mediadora entre el trauma infantil y el ajuste diádico (Tabla 6), no mostró resultados estadísticamente significativos. En concreto los resultados indicaron que el efecto indirecto del trauma infantil sobre el ajuste diádico a través de la ansiedad de apego no resultó estadísticamente significativo ( $B = -0.054$ ,  $SE = 0.042$ ,  $p = .201$ ). Estos resultados indican, por tanto, la ausencia de un efecto de mediación. Del mismo modo, tampoco se observa un efecto directo significativo del trauma

infantil sobre el ajuste diádico ( $B = 0.085$ ,  $SE = 0.070$ ,  $p = .223$ ), ni un efecto total significativo ( $B = 0.031$ ,  $SE = 0.069$ ,  $p = .653$ ).

### Figura 3

*Modelo de mediación del apego ansioso entre trauma infantil y ajuste diádico.*



*Nota.* X= variable independiente; M = variable mediadora; Y = variable dependiente.

En el modelo que ajustamos con la evitación como variable mediadora (Tabla 7), los resultados obtenidos mostraron que el efecto indirecto del trauma infantil sobre el ajuste diádico a través de la evitación de apego tampoco resultó estadísticamente significativo ( $B = -0.036$ ,  $SE = 0.044$ ,  $p = .406$ ). Estos resultados indican por lo tanto la ausencia de un efecto de mediación. Del mismo modo, tampoco se observa un efecto directo significativo del trauma infantil sobre el ajuste diádico ( $B = 0.067$ ,  $SE = 0.055$ ,  $p = .219$ ), ni un efecto total significativo ( $B = 0.031$ ,  $SE = 0.068$ ,  $p = .649$ ).

**Tabla 7**

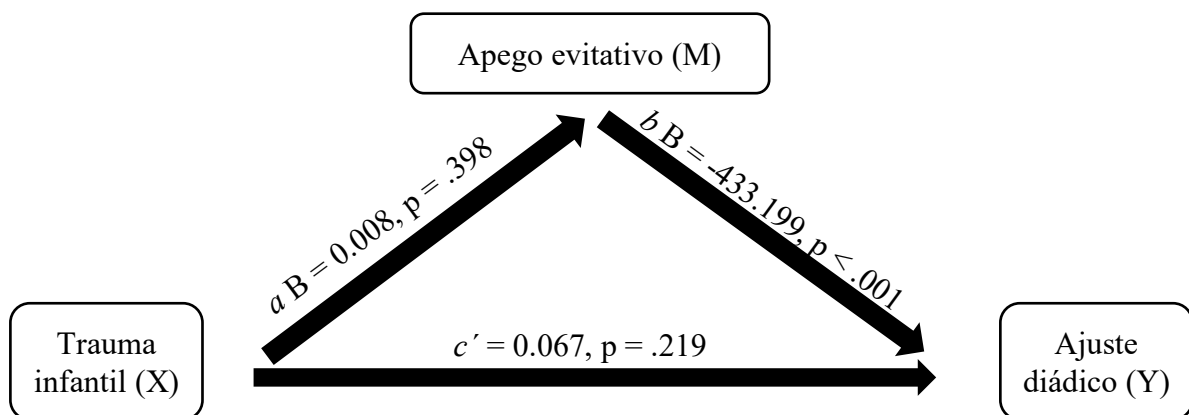
*Análisis de mediación del efecto del trauma infantil sobre el ajuste diádico a través de la evitación como apego inseguro*

Efecto	B	SE	IC 95% (LI, LS)	p
Efecto Indirecto	-0.036	0.044	(-0.130, 0.047)	.406
Efecto directo	0.067	0.055	(-0.035, 0.180)	.219
Efecto Total	0.031	0.068	(-0.104, 0.166)	.649

*Nota.* B = coeficiente no estandarizado; SE = error estándar; IC = intervalo de confianza; LI = límite inferior; LS = límite superior. Intervalos de confianza estimados mediante bootstrap (1000 muestras).

**Figura 4**

*Modelo de mediación del apego evitativo entre trauma infantil y ajuste diádico.*



*Nota.* X= variable independiente; M = variable mediadora; Y = variable dependiente.

### Discusión

Los resultados obtenidos en el presente estudio no permiten confirmar la existencia de una relación significativa entre el trauma infantil y el ajuste diádico en la relación de pareja adulta. Este hallazgo contrasta con lo señalado en investigaciones previas, donde sí se ha encontrado que las experiencias adversas en la infancia se asocian con un peor funcionamiento

relacional en la adultez, incluyendo menores niveles de satisfacción en la relación de pareja, mayores dificultades interpersonales y una mayor presencia de dinámicas relacionales disfuncionales (Shahab et al., 2021; Riggs, 2010; Erozkán, 2016; Quan et al., 2025; Allen et al., 2023; Zhu et al., 2024; Reiner et al., 2016; Zhang et al., 2024).

En concreto, el estudio de Quan et al. (2025) pone de manifiesto que el trauma infantil se relaciona con menores niveles de satisfacción en la relación de pareja, señalando además que este efecto puede explicarse, en parte, a través de variables intermedias como el apego y el apoyo social. En esta misma línea, Riggs (2010) plantea que el maltrato emocional en la infancia puede alterar de forma significativa el desarrollo del sistema de apego a lo largo del ciclo vital. Según este autor, los contextos de crianza caracterizados por abuso, hostilidad o invalidación emocional favorecen la construcción de modelos internos inseguros, dificultando tanto la regulación emocional como la configuración de una imagen positiva de uno mismo y de los demás. Estas alteraciones pueden asociarse posteriormente con distintas dificultades psicológicas y relacionales, repercutiendo a su vez, en la capacidad para establecer y mantener relaciones íntimas saludables en la adultez. Desde esta perspectiva, el impacto del trauma infantil no solo se limitaría al plano individual, sino que también podría manifestarse en la dinámica de las relaciones de pareja e incluso contribuir a la perpetuación de patrones relacionales disfuncionales a lo largo del tiempo

En este sentido, nuestros resultados no han podido replicar la relación directa esperada entre dichas variables. Una posible explicación a esta ausencia de relación puede encontrarse en las características de la muestra. En primer lugar, se trata de una muestra de tamaño limitado ( $N = 40$ ), lo que reduce la capacidad para detectar efectos significativos y puede dificultar la identificación de relaciones de pequeña o moderada magnitud. Además, la muestra presenta un perfil relativamente homogéneo y no clínico, con niveles de trauma infantil generalmente bajos

o moderados, lo que podría haber reducido la variabilidad necesaria para observar asociaciones significativas. En esta línea, no debe olvidarse que la mayoría de los participantes procedían de familias biparentales convivientes (67.5%), aspecto que podría estar relacionado con una menor presencia de experiencias traumáticas en la infancia dentro de la muestra. Del mismo modo, predominaban participantes con niveles educativos superiores, especialmente estudios de posgrado (37.5%), lo que también podría asociarse con determinados factores de protección o con un mayor acceso a recursos personales y sociales. Por tanto, es posible que el impacto del trauma infantil sobre el ajuste diádico resulte más evidente en muestras clínicas o con una mayor presencia de experiencias traumáticas severas, tal y como sugieren estudios previos revisados en este trabajo (Riggs, 2010; Quan et al., 2025).

Por otro lado, tampoco se encontraron relaciones significativas entre el trauma infantil y las dimensiones del apego adulto (ansiedad y evitación), lo que impide confirmar la hipótesis planteada en relación con esta asociación. Este resultado se aleja de lo descrito en la literatura, donde múltiples estudios han señalado que las experiencias adversas tempranas influyen en la configuración de estilos de apego inseguros en la adultez, asociándose con mayores niveles de apego ansioso y evitativo, dificultades en la regulación emocional y modelos internos negativos sobre uno mismo y los demás (Erozkan, 2016; Riggs, 2010; Shahab et al., 2021; Quan et al., 2025; Zhang et al., 2024; Szalai, 2019; Reiner et al., 2016). En este sentido, Erozkan (2016) encuentra que las distintas formas de maltrato infantil se asocian de manera consistente con estilos de apego inseguros (temeroso, preocupado y evitativo), así como con menores niveles de apego seguro, poniendo de manifiesto el impacto del trauma temprano en la organización de los vínculos afectivos en etapas posteriores. No obstante, al igual que ocurría con la relación entre trauma infantil y ajuste diádico, resulta probable que el bajo nivel de experiencias traumáticas presente en nuestra muestra, junto con su carácter relativamente homogéneo y no

clínico, haya limitado la posibilidad de observar asociaciones significativas entre estas variables.

Sin embargo, sí se ha encontrado una relación significativa entre el apego adulto y el ajuste diádico, tanto en su dimensión global como en sus distintas subescalas. En concreto, mayores niveles de ansiedad y, especialmente, de evitación en el apego se asocian con un peor ajuste en la relación de pareja. Este hallazgo se sitúa en la línea de investigaciones previas que señalan que los estilos de apego inseguros se relacionan con menores niveles de satisfacción relacional, mayor conflictividad y dificultades en la regulación emocional dentro de la pareja (Riggs, 2010; Quan et al., 2025; Shahab et al., 2021). En este sentido, el estudio de Shahab et al. (2021) aporta evidencia especialmente relevante al mostrar que el apego inseguro actúa como un mecanismo mediador entre el maltrato infantil y la calidad de las relaciones de pareja en la adultez, evaluada a través del ajuste diádico en dimensiones como el consenso, la satisfacción y la cohesión. Sus resultados indican que las experiencias adversas tempranas no afectan directamente al funcionamiento relacional, sino que lo hacen a través de la configuración de patrones de apego ansioso y evitativo, los cuales se asocian con un menor ajuste en la relación. En esta misma línea, Riggs (2010) señala que la inseguridad en el apego derivada del maltrato emocional infantil se vincula con mayores niveles de disfunción en la pareja, mientras que Quan et al. (2025) refuerzan esta idea al evidenciar que el apego media la relación entre el trauma infantil y la satisfacción relacional.

Desde esta perspectiva, los resultados obtenidos refuerzan la idea de que el apego adulto constituye una variable clave en la comprensión del funcionamiento relacional en la adultez, al estar más directamente vinculado con los patrones de interacción en la pareja que las experiencias tempranas en sí mismas. Esto podría explicar la relevancia del apego en la explicación del ajuste diádico dentro de la presente muestra.

En relación con la hipótesis de mediación (H6), los análisis realizados no evidencian que el apego adulto actúe como variable mediadora en la relación entre el trauma infantil y el ajuste diádico. Tanto en el caso de la ansiedad como de la evitación, los efectos indirectos no resultaron significativos. Este resultado puede interpretarse en coherencia con la ausencia de relación previa entre trauma y apego, condición necesaria para que se produzca dicho efecto de mediación. Por tanto, aunque el apego se relaciona con el ajuste diádico, en esta muestra concreta no parece estar funcionando como mecanismo explicativo de la relación entre el trauma infantil y el ajuste diádico. No obstante, estos hallazgos contrastan con la evidencia previa, donde diversos estudios sí han identificado el papel mediador del apego en la relación entre trauma infantil y funcionamiento relacional en la adultez. En concreto, Quan et al. (2025) muestran que el trauma infantil predice la satisfacción en la pareja tanto de forma directa como indirecta a través del apego, actuando este como variable mediadora. En la misma línea, Riggs (2010) propone un modelo teórico en el que el maltrato emocional temprano da lugar a la configuración de modelos operativos internos negativos que, a través de la inseguridad en el apego, interfieren en la capacidad de establecer vínculos íntimos saludables. Asimismo, Erozkán (2016) encuentra que las experiencias de abuso y negligencia predicen estilos de apego inseguros, los cuales se asocian con mayores dificultades en el funcionamiento interpersonal. En conjunto, estos estudios apoyan la idea de que el apego constituye un mecanismo explicativo clave en la relación entre trauma infantil y ajuste relacional, lo que sugiere que la ausencia de este efecto en el presente estudio podría estar relacionada con las características específicas de la muestra. De este modo, es posible que, al menos en poblaciones no clínicas, el peso del trauma se diluya o no se manifieste de forma directa en el funcionamiento relacional. Asimismo, el hecho de que gran parte de los participantes mantuviera relaciones de larga duración, especialmente superiores a 10 años (30%), y conviviera actualmente con su pareja (77.5%), podría estar reflejando una muestra caracterizada por una mayor estabilidad

relacional, lo que también podría haber influido en la ausencia de asociaciones significativas entre las variables estudiadas.

Respecto al papel de la experiencia terapéutica, los resultados no muestran diferencias significativas en el ajuste diádico entre las personas que han realizado terapia y aquellas que no. Por otro lado, aunque se recogieron datos relacionados con la alianza terapéutica mediante el WAI-SR, dichas puntuaciones finalmente no fueron incluidas en los análisis debido al reducido tamaño muestral y a la escasa variabilidad observada en las respuestas, lo que dificultaba realizar comparaciones consistentes entre los participantes. Del mismo modo, tampoco se ha podido analizar de forma consistente el posible papel moderador de la experiencia terapéutica en la relación entre trauma y ajuste diádico, debido a las limitaciones derivadas del tamaño muestral y de la distribución de los grupos.

Aunque la literatura sugiere que la intervención terapéutica puede favorecer cambios en los patrones de apego y mejorar el funcionamiento relacional, en este estudio no se ha podido confirmar empíricamente este efecto. En concreto, Riggs (2010) plantea que la relación terapéutica puede actuar como una “base segura” desde la que el individuo revise e integre modelos operativos internos previamente desorganizados, facilitando cambios en los patrones de apego y en la forma de vincularse. En esta misma línea, señala que los estilos de apego no son deterministas, sino que pueden modificarse a lo largo del tiempo en función de nuevas experiencias relacionales, como las que se producen en un proceso terapéutico. Por su parte, Jiménez-Picón et al. (2021) destacan que el reconocimiento de las dificultades relacionales y la búsqueda de ayuda profesional constituyen un primer paso clave para mejorar el ajuste de pareja, subrayando el papel de la terapia individual, familiar o de pareja en el abordaje de las secuelas del trauma.

No obstante, también es posible que algunos participantes que no habían realizado un proceso terapéutico hayan podido contar con otras experiencias relacionales reparadoras a lo largo de su vida que no han sido controladas en el presente estudio. En este sentido, determinados factores familiares, educativos, sociales, culturales y/o contextuales podrían haber actuado como elementos protectores frente al impacto del trauma temprano. Además, algunos estudios han señalado que las condiciones socioeconómicas también pueden influir de manera significativa en la configuración de los estilos de apego. En concreto, Sakman et al. (2022) encontraron que distintos indicadores de desventaja socioeconómica, como bajos ingresos, menor nivel educativo o contextos vitales caracterizados por un mayor estrés económico, se asociaban con mayores niveles de apego inseguro, especialmente ansiedad y evitación. Los autores plantean que los entornos marcados por la escasez de recursos pueden favorecer experiencias de crianza más inconsistentes o menos sensibles, dificultando el desarrollo de vínculos seguros. Asimismo, el estudio pone de manifiesto diferencias relevantes entre distintos contextos socioculturales, sugiriendo que variables económicas, educativas y culturales pueden influir de manera importante en la organización del apego adulto. En esta línea, el perfil relativamente homogéneo de nuestra muestra, caracterizado en gran medida por niveles educativos elevados y contextos vitales relativamente estables, podría haber favorecido la presencia de mayores recursos personales, familiares y sociales, influyendo tanto en la menor presencia de experiencias traumáticas como en la escasa variabilidad observada en la muestra.

### **Limitaciones y futuros estudios**

No obstante, la ausencia de resultados significativos en el presente estudio podría explicarse, en parte, por el diseño metodológico empleado. En concreto, la experiencia terapéutica ha sido evaluada de forma retrospectiva y dicotómica, sin contar con medidas pre y post intervención que permitan analizar de manera más precisa los posibles cambios derivados del proceso terapéutico. Asimismo, el grupo de participantes que no ha realizado

terapia podría no constituir una comparación equivalente, especialmente si no presenta niveles elevados de malestar, trauma y/o dificultades relacionales que requieran intervención. Del mismo modo, tampoco puede descartarse que algunos participantes hubieran contado previamente con experiencias relacionales reparadoras a lo largo de su vida que no han sido evaluadas en el presente estudio y que podrían haber actuado como factores protectores frente al impacto del trauma temprano. En este sentido, la ausencia de diferencias entre grupos podría estar reflejando más una limitación en la forma de medición y comparación que la inexistencia de un efecto real de la terapia sobre el ajuste diádico.

Entre las principales limitaciones del estudio, además del tamaño muestral reducido, cabe destacar la naturaleza transversal del diseño, que impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Asimismo, la ausencia de financiación para el desarrollo de la investigación limitó el acceso a muestras más amplias y diversas, especialmente a población clínica o a contextos con una mayor variabilidad en experiencias traumáticas. Del mismo modo, el uso de medidas de autoinforme puede introducir sesgos relacionados con la deseabilidad social y la memoria retrospectiva, especialmente en la evaluación del trauma infantil, lo que podría haber afectado a la precisión de los datos recogidos.

De cara a futuras investigaciones, sería recomendable contar con muestras más amplias y heterogéneas, incluyendo población clínica o con una mayor variabilidad en experiencias traumáticas, así como incorporar participantes pertenecientes a distintos contextos socioculturales y niveles socioeconómicos. Del mismo modo, resultaría especialmente relevante utilizar diseños longitudinales y medidas pre y post tratamiento que permitan analizar con mayor precisión la evolución de los patrones de apego, el funcionamiento relacional y el posible impacto de la intervención terapéutica a lo largo del tiempo. Asimismo, sería interesante profundizar en variables intermedias, como la regulación emocional, la

mentalización o los estilos de afrontamiento, que podrían contribuir a comprender mejor los mecanismos a través de los cuales las experiencias tempranas se vinculan con el funcionamiento relacional en la adultez.

Desde un punto de vista aplicado, estos hallazgos sugieren que las intervenciones psicológicas podrían beneficiarse de un enfoque centrado en el apego, priorizando el trabajo sobre la regulación emocional, la seguridad vincular y los modelos operativos internos, especialmente en aquellos casos en los que el motivo de consulta esté relacionado con dificultades interpersonales o con la relación de pareja. No obstante, incluso cuando estas dificultades no aparecen expresadas de forma explícita en la demanda inicial, resulta relevante explorar el funcionamiento vincular del paciente, dado que la capacidad para establecer y mantener relaciones seguras y adaptativas constituye un aspecto fundamental del bienestar psicológico y del funcionamiento interpersonal en la sociedad actual. En contextos clínicos, esto podría traducirse en la implementación de intervenciones basadas en el apego o terapias de pareja integrativas que faciliten la construcción de vínculos más seguros. Asimismo, aunque los resultados del presente estudio no permiten extraer conclusiones directas sobre el impacto del trauma en etapas tempranas, la evidencia revisada a lo largo del trabajo pone de manifiesto la relevancia de promover entornos relacionales seguros desde la infancia, así como de intervenir sobre patrones vinculares disfuncionales, dado su impacto a corto, medio y largo plazo en el desarrollo psicológico y en el funcionamiento relacional durante la adultez. Desde esta perspectiva, favorecer vínculos más seguros y adaptativos no solo podría contribuir a mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico de los propios individuos, sino también repercutir positivamente en sus relaciones familiares, sociales y de pareja, generando efectos beneficiosos que pueden extenderse progresivamente al entorno interpersonal y comunitario.

## Referencias

- Allen, S. F., Gilbody, S., Atkin, K., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2023). The associations among childhood trauma, loneliness, mental health symptoms, and indicators of social exclusion in adulthood: A UK Biobank study. *Brain and Behavior, 13*, e2959. <https://doi.org/10.1002/brb3.2959>
- Andrade-González, N., & Fernández-Liria, A. (2015). Spanish adaptation of the Working Alliance Inventory (WAI): Psychometric properties of the patient and therapist forms (WAI-P and WAI-T). *Anales de Psicología, 31*(2), 524–533. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.177961>
- Bauman, Z. (2012). *Amor líquido: Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Fondo de Cultura Económica.
- Bernstein, D. P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual*. Psychological Corporation.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). Guilford Press.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Yi, J., Baucom, D. H., & George, W. H. (2017). Integrative behavioral couple therapy (IBCT): A review of its empirical support, clinical application, and dissemination. *Family Process, 56*(2), 273–288. <https://doi.org/10.1111/famp.12268>
- Erozkan, A. (2016). The link between types of attachment and childhood trauma. *Universal Journal of Educational Research, 4*(2), 317–324.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household

- dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258.
- Fernández-Fuertes, A. A., Orgaz, B., Fuertes, A., Carcedo, R. J., & Lázaro-Visa, S. (2011). Adaptación y validación del Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R) en población española. *Anales de Psicología*, 27(3), 855–864.
- Fraley, R. C., Waller, N. G., & Brennan, K. A. (2000). An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 350–365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>
- Gallucci, M. (2020). *MedMod: Moderation and mediation analysis for jamovi* [jamovi module].
- Hernández, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A. M., Labad, A., Valero, J., & Gutiérrez-Zotes, J. A. (2013). Initial validation of the Spanish Childhood Trauma Questionnaire–Short Form: Factorial structure, reliability and association with parenting. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(7), 1498–1518.
- Horvath, A. O. (1981). *An exploratory study of the working alliance: Its measurement and relationship to therapy outcome* (Doctoral dissertation). University of British Columbia.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.36.2.223>
- Jiménez-Picón, N., Romero-Martín, M., Ramírez-Baena, L., Palomo-Lara, J. C., & Gómez-Salgado, J. (2021). Systematic review of the relationship between couple dyadic adjustment and family health. *Children*, 8(6), 491. <https://doi.org/10.3390/children8060491>

- Khanna, S., & Kumari, N. (2024). Analysing the relationship between adverse childhood experiences (ACEs), attachment styles and adult romantic satisfaction among young adults. *International Journal of Interdisciplinary Approaches in Psychology*, 2(4), 862–879.
- Levy, K. N., Kivity, Y., Johnson, B. N., & Gooch, C. V. (2018). Adult attachment as a predictor and moderator of psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1996–2013. <https://doi.org/10.1002/jclp.22685>
- Minaya Barrientos, M. A. (2021). El impacto de la tecnología digital en las relaciones de pareja. *Socialium*, 5(1), 163–179. <https://doi.org/10.26490/uncp.sl.2021.5.1.750>
- Pedroza Flores, R. (2015). *El amor y la pareja en la posmodernidad: un acercamiento desde la terapia familiar*. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP, 13(2), 218–241.
- Quan, L., Zhang, K., & Chen, H. (2025). The relationship between childhood trauma and romantic relationship satisfaction: The role of attachment and social support. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1519699. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1519699>
- R Core Team. (2024). *R: A language and environment for statistical computing* (Version 4.4) [Computer software]. <https://cran.r-project.org>
- Reiner, I., Spangler, G., & Bleich, A. (2016). Adult attachment representation moderates psychotherapy outcome in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 190, 318–324. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.017>
- Riggs, S. A. (2010). Childhood emotional abuse and the attachment system across the life cycle: What theory and research tell us. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(1), 5–51. <https://doi.org/10.1080/10926770903475968>

- Rowe, A. C., Gold, E., & MacDonald, G. (2014). The effectiveness of attachment security priming in enhancing positive affect and reducing negative affect. *Social and Personality Psychology Compass*, 8(7), 322–332. <https://doi.org/10.1111/spc3.12117>
- Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P., & Sierra, J. C. (2009). Propiedades psicométricas de una versión breve de la escala de ajuste diádico en muestras españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 501–517.
- Shahab, M. K., de Ridder, J. A., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., Mook-Kanamori, D. O., & Elzinga, B. M. (2021). *A tangled start: The link between childhood maltreatment, psychopathology, and relationships in adulthood*. *Child Abuse & Neglect*, 121, 105228. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105228>
- Sakman, E., Solak, N., & Sümer, N. (2022). *Socioeconomic disadvantage as a risk factor for attachment insecurity: The moderating role of gender*. *Journal of Family Issues*, 44(6), 1490–1511. <https://doi.org/10.1177/0192513X221105250>
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15–28. <https://doi.org/10.2307/350547>
- Stahl, B., et al. (2025). Childhood trauma may explain gains in relationship satisfaction following intensive couple therapy. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/15325024.2025.2481408>
- Szalai, T. D. (2019). *Review of attachment interventions in eating disorders: Implications for psychotherapy*. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 20(1), 78–102. <https://doi.org/10.1556/0406.20.2019.004>
- The jamovi project. (2024). *jamovi* (Version 2.6) [Computer software]. <https://www.jamovi.org>

Zhu, J., Exner-Cortens, D., Dobson, K., Wells, L., Noel, M., & Madigan, S. (2024). Adverse childhood experiences and intimate partner violence: A meta-analysis. *Development and Psychopathology*.

## **Apéndice A**

### **Consentimiento Informado**

Este cuestionario forma parte del Trabajo de Fin de Máster del Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad Pontificia de Comillas.

Investigadora responsable: Vanesa Martín Díaz, estudiante del Máster en Psicología General Sanitaria  
Correo electrónico: 202413561@alu.comillas.edu

Tutora del estudio: Mar Fernández Ollero, profesora del Máster en Psicología General Sanitaria  
Correo electrónico: marjfollero@gmail.com

El objetivo del estudio es analizar cómo las experiencias vividas durante la infancia, los estilos de apego en la adultez y la experiencia terapéutica, en aquellos casos en los que haya existido o se esté llevando a cabo en la actualidad, pueden influir en la satisfacción dentro de la relación de pareja.

La participación es totalmente VOLUNTARIA, ANÓNIMA Y CONFIDENCIAL. Los datos recogidos se emplearán exclusivamente con fines de investigación académica. Los participantes podrán abandonar el cuestionario en cualquier momento, sin necesidad de justificar su decisión y sin que ello conlleve ninguna consecuencia.

La duración estimada del cuestionario es de 15-20 minutos.

- Consentimiento para participar en el estudio. Recuerda que es completamente voluntario, anónimo y confidencial .

## **Apéndice B**

### **Cuestionarios Utilizados en el Estudio**

#### **Cuestionario sociodemográfico**

Le rogamos que responda con sinceridad a las siguientes preguntas. Este cuestionario es totalmente anónimo y no incluye ningún dato identificativo. La información recogida se empleará exclusivamente con fines de investigación.

**1. Edad.** Indique su edad en años: \_\_\_\_ años

**2. Género.** Seleccione la opción que mejor le represente:

- Mujer
  
- Varón
  
- No binario
  
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_

**3. Nacionalidad**

- Española
  
- Otra (especificar): \_\_\_\_\_

**4. Orientación sexual**

- Heterosexual
  
- Homosexual
  
- Bisexual

- Pansexual
- Otra (especificar): \_\_\_\_\_

### **5. Nivel de estudios alcanzado**

- Educación primaria
- Educación secundaria
- Formación profesional
- Estudios universitarios (grado/licenciatura)
- Estudios de posgrado (máster/doctorado)

### **6. Situación sentimental actual**

- Estoy en una relación de pareja actualmente
- No estoy en una relación. (Si marca esta opción, el cuestionario finaliza aquí.)

### **7. Estado civil actual**

- Soltero/a
- En relación de pareja (no convivencia)
- En convivencia con la pareja
- Casado/a
- Pareja de hecho
- Separado/a

- Divorciado/a
- Viudo/a

**8. Duración de la relación actual.** Responda solo si tiene pareja

- Menos de 6 meses. ( Si marca esta opción, el cuestionario acaba aquí).
- Entre 6 meses y 1 año
- Entre 1 y 3 años
- Entre 3 y 5 años
- Más de 5 años

**9. Tipo de familia de origen.** Seleccione la opción que mejor describa la estructura familiar en la que creció:

- Familia biparental
- Familia monoparental
- Familia reconstituida (padre/madre con nueva pareja)
- Adoptado/a
- Familia de acogida
- Huérfano/a total
- Huérfano/a parcial (fallecimiento de uno de los progenitores)
- Otro tipo de familia (especificar): \_\_\_\_\_

**10. ¿Ha participado alguna vez en un proceso de psicoterapia?**

- Sí, actualmente
- Sí, anteriormente
- No

**11. Modalidad de la terapia recibida.** Responda solo si ha marcado “sí” en la pregunta anterior.

- Individual
- De pareja
- Ambas

**12. Número aproximado de sesiones realizadas**

- Menos de 5 sesiones
- Entre 5 y 10 sesiones
- Entre 10 y 20 sesiones
- Entre 20 y 40 sesiones
- Más de 40 sesiones

**13. ¿Ha recibido algún diagnóstico psicológico o psiquiátrico?**

- Sí. ¿Cual? \_\_\_\_\_
- No

**14. ¿Cómo conoció a su pareja actual?**

- Entorno social (amigos, trabajo, estudios)
  
- Aplicaciones de citas
  
- Redes sociales
  
- Actividades o eventos
  
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_

**Cuestionario CTQ-SF**

A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre experiencias que algunas personas pueden haber vivido durante su infancia o adolescencia. Le pedimos que responda pensando en los primeros años de su vida. No hay respuestas correctas o incorrectas; simplemente seleccione la opción que mejor refleje su experiencia.

1. No tenía suficiente para comer
  - 1 (nunca)
  - 2 (pocas veces)
  - 3 (a veces)
  - 4 (muchas veces)
  - 5 (siempre)
  
2. Sabía que había alguien que me cuidara y protegiera
  - 1 (nunca)
  - 2 (pocas veces)
  - 3 (a veces)
  - 4 (muchas veces)

- 5 (siempre)
3. Mis familiares me decían cosas como estúpido(a), perezoso(a), o feo(a)
- 1 (nunca)
  - 2 (pocas veces)
  - 3 (a veces)
  - 4 (muchas veces)
  - 5 (siempre)
4. Mis padres estaban demasiado borrachos o consumían demasiado alcohol para cuidar a mi familia
- 1 (nunca)
  - 2 (pocas veces)
  - 3 (a veces)
  - 4 (muchas veces)
  - 5 (siempre)
5. Había alguien de mi familia que me hacía sentir especial e importante
- 1 (nunca)
  - 2 (pocas veces)
  - 3 (a veces)
  - 4 (muchas veces)
  - 5 (siempre)
6. Tuve que ponerme ropa sucia
- 1 (nunca)
  - 2 (pocas veces)
  - 3 (a veces)
  - 4 (muchas veces)

- 5 (siempre)

7. Me sentí amado(a)

- 1 (nunca)
- 2 (pocas veces)
- 3 (a veces)
- 4 (muchas veces)
- 5 (siempre)

8. Pensé que mis padres deseaban que yo nunca hubiera nacido

- 1 (nunca)
- 2 (pocas veces)
- 3 (a veces)
- 4 (muchas veces)
- 5 (siempre)

9. Alguien de mi familia me golpeo tan fuerte que tuve que ver un médico o ir al hospital

- 1 (nunca)
- 2 (pocas veces)
- 3 (a veces)
- 4 (muchas veces)
- 5 (siempre)

10. No había nada que hubiera querido cambiar de mi familia

- 1 (nunca)
- 2 (pocas veces)
- 3 (a veces)
- 4 (muchas veces)

- 5 (siempre)

11. Alguien en mi familia me golpeó tan fuerte que me dejó moretones o marcas

- 1 (nunca)
- 2 (pocas veces)
- 3 (a veces)
- 4 (muchas veces)
- 5 (siempre)

12. Me pegaban con un cinturón, palo, cuerda o alguna otro cosa que me hiciera daño

- 1 (nunca)
- 2 (pocas veces)
- 3 (a veces)
- 4 (muchas veces)
- 5 (siempre)

13. Las personas de mi familia nos cuidábamos unas a las otras

- 1 (nunca)
- 2 (pocas veces)
- 3 (a veces)
- 4 (muchas veces)
- 5 (siempre)

14. Personas en mi familia me decían cosas que me herían o me ofendían

- 1 (nunca)
- 2 (pocas veces)
- 3 (a veces)
- 4 (muchas veces)
- 5 (siempre)

15. Creo que fui abusado (a) físicamente

- 1 (nunca)
- 2 (pocas veces)
- 3 (a veces)
- 4 (muchas veces)
- 5 (siempre)

16. Tuve una gran infancia

- 1 (nunca)
- 2 (pocas veces)
- 3 (a veces)
- 4 (muchas veces)
- 5 (siempre)

17. Me golpeaban tan fuerte que un maestro, vecino o médico lo llegó a notar

- 1 (nunca)
- 2 (pocas veces)
- 3 (a veces)
- 4 (muchas veces)
- 5 (siempre)

18. Sentí que alguien de mi familia me odiaba

- 1 (nunca)
- 2 (pocas veces)
- 3 (a veces)
- 4 (muchas veces)
- 5 (siempre)

19. Las personas de mi familia se sentían unidas

- 1 (nunca)
- 2 (pocas veces)
- 3 (a veces)
- 4 (muchas veces)
- 5 (siempre)

20. Alguien trató de tocarme o trató que lo tocará de una manera sexual

- 1 (nunca)
- 2 (pocas veces)
- 3 (a veces)
- 4 (muchas veces)
- 5 (siempre)

21. Alguien me amenazó con hacerme daño o decir mentiras sobre mí, si no hacía algo sexual

- 1 (nunca)
- 2 (pocas veces)
- 3 (a veces)
- 4 (muchas veces)
- 5 (siempre)

22. Tuve la mejor familia del mundo

- 1 (nunca)
- 2 (pocas veces)
- 3 (a veces)
- 4 (muchas veces)
- 5 (siempre)

23. Alguien trató de obligarme a hacer cosas sexuales o ver cosas sexuales

- 1 (nunca)
- 2 (pocas veces)
- 3 (a veces)
- 4 (muchas veces)
- 5 (siempre)

24. Alguien me molestaba

- 1 (nunca)
- 2 (pocas veces)
- 3 (a veces)
- 4 (muchas veces)
- 5 (siempre)

25. Creo que fui abusado(a) emocionalmente

- 1 (nunca)
- 2 (pocas veces)
- 3 (a veces)
- 4 (muchas veces)
- 5 (siempre)

26. Había alguien que me llevara al médico sí lo necesitaba

- 1 (nunca)
- 2 (pocas veces)
- 3 (a veces)
- 4 (muchas veces)
- 5 (siempre)

27. Creo que fui abusado(a) sexualmente

- 1 (nunca)

- 2 (pocas veces)
- 3 (a veces)
- 4 (muchas veces)
- 5 (siempre)

28. Mi familia era una fuente de fuerza y apoyo

- 1 (nunca)
- 2 (pocas veces)
- 3 (a veces)
- 4 (muchas veces)
- 5 (siempre)

### **Cuestionario ECR-S**

A continuación pretendemos que describas las relaciones de pareja que hayas podido tener en los últimos 12 meses, NO SÓLO lo que estás experimentado con tu RELACIÓN ACTUAL, si es que actualmente tienes pareja. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con las diferentes frases, siendo 1 el MÁXIMO DESACUERDO (no te describe en absoluto) y 7 el MÁXIMO ACUERDO (te ves totalmente identificado), siempre según tus experiencias personales. Responde simplemente con SINCERIDAD (recuerda que el ANONIMATO está garantizado) y, por favor, no dejes preguntas en blanco. ¡GRACIAS!

1. Me siento incómodo/a cuando mi pareja busca demasiada proximidad o una implicación emocional muy intensa. 1 2 3 4 5 6 7
2. Mis relaciones afectivas suelen generarme bastante inquietud y preocupación. 1 2 3 4 5 6 7
3. Suelo dialogar abiertamente con mi pareja. 1 2 3 4 5 6 7

4. Cuando expreso mis sentimientos a un/a chico/a, temo que él/ella no los corresponda. 1 2 3  
4 5 6 7
5. Me preocupa que mi pareja no sienta por mí el mismo grado de interés o afecto que yo siento por él/ella. 1 2 3 4 5 6 7
6. Me resulta natural compartir con mi pareja mis pensamientos y emociones más personales.  
1 2 3 4 5 6 7
7. En situaciones de necesidad, me reconforta saber que puedo contar con mi pareja. 1 2 3 4 5  
6 7
8. Me asusta que, si alguien llega a conocerme a fondo, pueda no agradarle realmente cómo soy. 1 2 3 4 5 6 7
9. Me inquieta la posibilidad de no estar a la altura en la relación. 1 2 3 4 5 6 7
10. Comparto con mi pareja prácticamente todo lo que me ocurre. 1 2 3 4 5 6 7
11. Prefiero mantener cierta distancia emocional y evitar una intimidad excesiva con mi pareja. 1 2 3 4 5 6 7
12. Habitualmente converso con mi pareja sobre mis preocupaciones y dificultades. 1 2 3  
4 5 6 7
13. Siento que mi pareja comprende de forma auténtica quién soy y cuáles son mis necesidades. 1 2 3 4 5 6 7
14. Me resulta, por lo general, sencillo establecer una relación cercana y emocionalmente íntima con mi pareja. 1 2 3 4 5 6 7

15. A menudo me inquieta la idea de que mi pareja pueda no amarme realmente. 1 2 3 4 5  
6 7
16. Frecuentemente desearía que los sentimientos de mi pareja hacia mí fueran tan intensos como los míos hacia él/ella. 1 2 3 4 5 6 7
17. Cuando mi pareja no está cerca, me preocupa que pueda sentirse atraído/a por otra persona. 1 2 3 4 5 6 7
18. Con frecuencia me preocupa que mi pareja no quiera continuar la relación conmigo. 1  
2 3 4 5 6 7

## Cuestionario EAD-13

	Siempre en desacuerdo	Casi siempre en desacuerdo	A menudo en desacuerdo	A veces en desacuerdo	Casi siempre de acuerdo	Siempre de acuerdo
1. Manejo de finanzas familiares						
2. Demostraciones de cariño						
3. Amistades						
4. Relaciones con los familiares próximos						
5. Tareas domésticas						
	Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre	Siempre
6. ¿Con qué frecuencia han pensado en el divorcio o separación?						
7. ¿Lamenta haberse casado (o decidido vivir juntos)?						
8. ¿Con qué frecuencia discuten usted y su pareja?						
	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi todos los días	Todos los días	
9. ¿Besa a su pareja?						
	En ninguna	En casi ninguna	En algunas	En la mayoría	En casi todas	
10. ¿Participan juntos en actividades fuera de la pareja?						
	Nunca	Menos de 1 vez al mes	1-2 veces al mes	1-2 veces a la semana	1 vez al día	Más a menudo incluso
11. ¿Dialogan tranquilamente sobre cualquier cosa?						
12. ¿Colaboran juntos en un proyecto?						
13. De las frases que siguen, ¿cuál refleja mejor su forma de ver el futuro de su relación?						
0	Nuestra relación nunca podrá tener éxito y no hay nada más que yo pueda hacer para preservarla					
1	Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero me niego a hacer más de lo que ya hago					
2	Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que ya hago para que así sea					
3	Deseo mucho que nuestra relación tenga éxito y pondré de mi parte lo necesario para que así sea					
4	Deseo muchísimo que nuestra relación tenga éxito y haré todo lo que pueda para que así sea					
5	Deseo a toda costa que nuestra relación tenga éxito y haría lo imposible porque fuera así					

### Cuestionario WAI-SR

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con su experiencia en el proceso terapéutico. Por favor, indique hasta qué punto cada una refleja su experiencia real marcando un número entre **1 (nunca)** y **7 (siempre)**.

		1.Nunca	2. Casi nunca	3.Raramente	4.Algunas veces	5. A menudo	6. Casi siempre	7. Siempre
1	Me siento incomodo con mi terapeuta							
2	Mi terapeuta y yo estamos de acuerdo sobre lo que tengo que hacer en la terapia para mejorar mi situación.							
3	Tengo dudas sobre el resultado de estas sesiones.							
4	Lo que estoy haciendo en la terapia me proporciona nuevos puntos de vista sobre mi problema.							
5	Mi terapeuta y yo nos entendemos mutuamente.							
6	Mi terapeuta tiene claro cuáles son mis objetivos.							
7	No tengo claro qué es lo que estoy haciendo en la terapia.							
8	Creo que a mi terapeuta le caigo bien.							
9	Tengo que aclarar con mi terapeuta el							

	objetivo de nuestras sesiones.							
10	No estoy de acuerdo con mi terapeuta acerca de lo que tengo que conseguir en la terapia.							
11	Creo que mi terapeuta y yo no aprovechamos de una manera efectiva el tiempo que pasamos juntos.							
12	Mi terapeuta no entiende lo que estoy intentando conseguir en la terapia.							
13	Tengo claro cuáles son mis responsabilidades en la terapia.							
14	Los objetivos de estas sesiones son importantes para mí.							
15	Creo que lo que mi terapeuta y yo estamos haciendo en la terapia no tiene que ver con mis preocupaciones.							
16	Creo que lo que hago en la terapia me va a ayudar a conseguir los cambios que quiero.							
17	Creo que a mi terapeuta realmente le importa mi bienestar.							
18	Tengo claro lo que mi terapeuta quiere que haga en estas sesiones.							
19	Mi terapeuta y yo nos respetamos mutuamente.							
20	Creo que mi terapeuta no es totalmente							

	sincero acerca de lo que siento hacia mí.							
21	Confío en la capacidad de mi terapeuta para ayudarme.							
22	Mi terapeuta y yo estamos trabajando para conseguir los objetivos que hemos acordado.							
23	Creo que mi terapeuta me aprecia.							
24	Estamos de acuerdo sobre lo que es importante que yo trabaje.							
25	Gracias a estas sesiones tengo más claro cómo puedo cambiar.							
26	Mi terapeuta y yo confiamos el uno en el otro.							
27	Mi terapeuta y yo tenemos distintas ideas sobre cuáles son mis verdaderos problemas.							
28	La relación que tengo con mi terapeuta es muy importante para mí.							
29	Siento que si digo o hago algo equivocado, mi terapeuta dejará de trabajar conmigo.							
30	Mi terapeuta y yo hemos colaborado para establecer los objetivos de mi terapia.							

31	Me frustran las cosas que hago en la terapia.							
32	Mi terapeuta y yo entendemos qué tipo de cambios me vendrían bien.							
33	Las cosas que mi terapeuta me pide que haga en la terapia no tienen sentido.							
34	No sé qué esperar de mi terapia.							
35	Creo que estamos trabajando en mi problema de forma adecuada.							
36	Creo que a mi terapeuta le importo incluso cuando hago cosas que no le parecen bien.							

## Apéndice C

### Declaración Uso de Herramientas de Inteligencia Artificial Generativa

Título del trabajo: La huella del trauma infantil en las relaciones de pareja adultas: estudio del papel moderador de la intervención terapéutica

Autor/a: Vanesa Martín Díaz

DNI/Alumno/a: 03943303E

Nombre del Director/a de TFM: Mar Fernández Ollero

Nombre del Máster: Máster en Psicología General Sanitaria

Coordinador/a de TFM: Mar Fernández Ollero

Mediante la presente, declaro que en la elaboración del trabajo arriba indicado he utilizado herramientas de Inteligencia Artificial Generativa en las siguientes fases (**marcar y describir**):

●  Búsqueda y localización de bibliografía: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts]. He utilizado tanto ChatGPT como NotebookLM. Con ChatGPT le pedía artículos muy concretos en los que se relacionaran varias cosas. Le pedía como 10 artículos sobre lo que necesitaba y luego los metía en NotebookLM y le pedía un pequeño resumen de ellos para ver qué artículo/s encajaban más con lo que necesitaba y, a partir de ahí, trabajar sobre ellos. Además, NotebookLM me gusta mucho porque te dice de qué página de ese artículo saca la información, así que, una vez seleccionaba los artículos que consideraba, iba revisando si efectivamente la información de ese resumen era correcta o no.

●  Resumen/ayuda para comprensión de textos: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts]. Como he explicado en el punto anterior, con el objetivo de filtrar aquellos artículos que estuvieran más en la línea de lo que necesitaba, le pedía a NotebookLM un pequeño resumen de ellos para ver cuáles seleccionaba. Siempre comprobando posteriormente que la información que me proporcionaba efectivamente aparecía en las páginas que me indicaba. Además, en esta IA puedes meter varios artículos de golpe y hacerle preguntas únicamente sobre esos artículos (siempre contrastando y verificando la información que me proporcionaba). Esto también me ha ayudado mucho, sobre todo cuando ya tienes muchos artículos revisados y te acuerdas de algo que leíste en uno, pero no recuerdas en cuál era. Entonces le metía varios PDF y le decía que me indicara en qué artículo estaba esa información y que me hiciera un pequeño resumen de lo que decía sobre algo en concreto. Además, si aparecía esa misma idea en otros artículos de mi pequeña base de datos (que yo le había proporcionado), también me lo indicaba y luego lo verificaba.

En este punto también he utilizado ChatGPT, sobre todo para los análisis estadísticos, ya que era donde más perdida estaba, tanto para ir haciéndolos en Jamovi paso a paso ya que, aunque

es un programa muy intuitivo, sobre todo al inicio me ayudó mucho porque nunca lo había usado, como ante errores que me dio al principio Jamovi, como que en la primera fila debía aparecer directamente el nombre de los test (lo cual no lo tenía así), o para corregir algún error como que tenía espacios en algunas respuestas dentro de mi Excel final (lo cual me generaba errores). Además, también utilicé ChatGPT para entender los resultados de las tablas, pues aunque había cosas que sí sabía interpretar, otras no. Para ello le metí mis apuntes de la asignatura de primero del Máster de Diseño y Evaluación de Investigación y le dije que se basara únicamente en la información que había ahí para responder a mis dudas sobre ciertos datos obtenidos. Cuando me daba la información, le pedía que me indicara de qué tema había sacado esa explicación e iba a corroborar que efectivamente fuera así y que lo que me había dicho se ajustaba a lo que aparecía en mis apuntes.

● Organización/estructura del trabajo: [indicar herramienta(s) y breve descripción del uso y prompts]. En este punto lo he utilizado para ajustar mi TFM a las normas APA, no me llevo muy bien con la informática, además estoy acostumbrada a usar Pages ( del Mac) en lugar de Word, así que había ciertos ajustes que no sabía cómo encontrar en Word como lo de la sangría en la primera línea, o que los bordes de la página tuvieran una medida específica, o poner la numeración de la página arriba a la derecha, le metí un PDF con las normas APA actualizadas a ChatGPT y le fui diciendo que me ayudara a ajustar mi trabajo a dichas normas así como que me fuera indicando cómo realizar esos ajustes en Word.

● Revisión ortográfica/estilo: [indicar herramienta(s)]. En este último punto he utilizado ChatGPT, sobre todo a la hora de pulir mi estilo con un tono más académico. Ciertos párrafos que ya había escrito se los pasaba y le decía si me podría corregir ortografía y estilo, pero le especificaba que fuera fiel a mi forma de escribir. Aun así, luego lo revisaba y realizaba los ajustes que consideraba oportunos, porque en ocasiones me ampliaba ideas inventadas (a pesar de que también le especificaba que no incluyera nuevas ideas) o cambiaba ciertas palabras que modificaban mucho el significado de la frase, lo cual posteriormente revisaba y ajustaba nuevamente.

También lo he utilizado para encontrar sinónimos. Muchas veces, para no repetir ciertos nexos, sobre todo en la introducción y en la discusión, le decía: “dime un sinónimo de asimismo o de además”, o “dime un sinónimo de atribuir, pero que refleje un matiz más suave”, por ejemplo. De entre las opciones que me daba, escogía aquella palabra o palabras que más se ajustaban a lo que necesitaba en ese momento.

También se lo pasaba para corregir ortografía, no tanto faltas ortográficas (aunque alguna sí me ha corregido), sino para hacer un mejor uso de las comas y los puntos, ya que suelo tender a hacer frases muy largas y me ayudaba a poner más nexos entre ideas, más tildes o incluso puntos y seguido, porque había frases muy largas que no favorecían una lectura fluida del texto.

Generación de texto (fragmentos): [indicar herramienta(s) y especificar exactamente qué se generó y cómo fue editado por el autor del TFM].

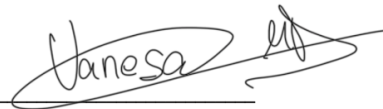
Otros (especificar): [\_\_\_\_\_]

*-Explica qué hiciste para comprobar y garantizar que la información proporcionada por la IA era correcta.*

Declaración de veracidad:

Firmo y certifico que la información procedente de herramientas de IA ha sido verificada por mí mediante consulta de fuentes académicas primarias y que el texto final incorpora un trabajo de redacción, síntesis y reflexión personal.

Firma del/a alumno/a:

A handwritten signature in black ink that reads "Vanessa" followed by a stylized flourish.

Fecha: 13/05/2026