



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

**MASTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA
GENERAL SANITARIA**



Trabajo Fin de Máster

“Maltrato y negligencia en la infancia y adolescencia:
repercusión en quejas subjetivas de memoria y
síntomatología prefrontal”

Autor/a: Iris María Cremades Riquelme

Tutor/a: Olga Pellicer Porcar

Convocatoria: Junio 2021

Índice

Resumen	1
Abstract	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. Aspectos conceptuales de las Experiencias adversas en la infancia y adolescencia.	3
1.2. Aspectos conceptuales de las quejas subjetivas de memoria.....	6
1.3. Aspectos conceptuales de la sintomatología prefrontal.....	8
1.4. Objetivos e hipótesis.....	10
1.4.1. Planteamiento del problema.....	10
1.4.2. Objetivos.....	10
1.4.3. Hipótesis.....	12
2. MÉTODO.....	13
2.1. Participantes.....	13
2.2. Variables e instrumentos.....	13
2.2.1. Medida de los eventos adversos en la infancia y adolescencia.....	14
2.2.2. Medida de la sintomatología prefrontal.....	16
2.2.3. Medida de las quejas subjetivas de memoria.....	16
2.3. Procedimiento.....	17
2.4. Diseño.....	18
2.5. Análisis de datos.....	18

3. RESULTADOS.....	19
3.1. Análisis de la variable Quejas Subjetivas de Memoria.....	19
3.2. Análisis de la variable Sintomatología prefrontal.....	24
4. DISCUSIÓN.....	29
5. REFERENCIAS.	34
6. APÉNDICES.....	42
6.1. Apéndice A: CEII favorable.	42



Resumen

El objetivo del presente estudio fue determinar la influencia del maltrato y la negligencia en la infancia y/o adolescencia en las variables cognitivas Quejas Subjetivas de Memoria (QSM) y Sintomatología Prefrontal (SP) en una muestra de población general de 254 sujetos, entre 18 y 35 años. La medida de los eventos traumáticos se hizo a través del cuestionario CTQ-SF. Para la evaluación de las QSM se utilizó el MFE-30 y, la medida de la SP, se realizó mediante el ISP-20. Para el análisis de los datos se realizó un ANCOVA para cada uno de los factores que componen el CTQ-SF. Las puntuaciones para cada factor, se distribuyeron en dos grupos, teniendo como referencia el percentil 50. Los resultados confirmaron la influencia del abuso emocional y la negligencia emocional en las QSM y la SP, sin embargo, no se hallaron asociaciones entre estas variables y el abuso físico y sexual. La negligencia física mostró un efecto débil, pero significativo sobre ambas variables. Las limitaciones del estudio se comentan en la discusión. Este trabajo pretende aportar luz en el marco de las consecuencias de los eventos traumáticos en la infancia con el fin de ampliar los objetivos de intervención en los casos de abuso y negligencia infantil.

Palabras clave: Maltrato infantil, Trauma, Eventos adversos tempranos, Quejas subjetivas de memoria, Sintomatología prefrontal.

Abstract

The objective of this study was to determine the influence of childhood and/or adolescence abuse and neglect on the cognitive variables Subjective Memory Complaints (SMC) and Prefrontal Symptomatology (PS) in general population sample of 254 subjects among 18 and 35 years. The measurement of traumatic events was done thorough the CTQ-SF questionnaire. For the evaluation of the SMC, the MFE-30 was used and the measurement of SP was performed by ISP-20. For data analysis, an ANCOVA had been made for each of the factors that compose the CTQ-SF. The scores for each factor were distributed in two groups, taking the 50th percentile as a reference. The results confirmed the influence of emotional abuse and neglect in the SMC and PS, however, no associations were found between these variables and physical and sexual abuse. Physical neglect showed a weak but significant effect on both variables. The limitations of the study are discussed in the Discussion. This work aims to shed light on the consequences of traumatic events in childhood in order to broaden the objectives of intervention cases of child abuse and neglect.

Keywords: Child abuse, Trauma, Early adverse events, Subjective memory complaints, Prefrontal symptoms.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Aspectos conceptuales de las Experiencias adversas en la infancia y adolescencia.

Las experiencias adversas en la infancia, cuyo término anglosajón es *Adverse Childhood Experiences* (ACEs, en adelante), fueron descritas por primera vez en el *Adverse Childhood Experiences Study* realizado por Kaiser Permanente, una organización sin ánimo de lucro, en colaboración con el Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos entre 1995 y 1997 (Felliti et al., 1998). El objetivo de este macroestudio fue evaluar la relación entre el maltrato y la negligencia infantil con los resultados de salud y la calidad de vida posterior. En él, se concluyó que las experiencias adversas durante las primeras etapas del desarrollo y la adolescencia representan un riesgo potencial para la salud de los individuos. Por esta razón, la definición de ACE se refiere a todo evento potencialmente traumático o generador de altos niveles de estrés ocurridos durante la infancia y/o adolescencia (entre los primeros meses de edad y los 18 años) que pueden comprometer el sentido de seguridad, estabilidad y vinculación y provocar alteraciones psicológicas, fisiológicas y/o emocionales en el individuo a posteriori (Felliti et al., 1998). Algunos de los eventos englobados en esta definición son los distintos tipos de maltrato infantil, como el abuso emocional, físico o sexual y la negligencia parental, tanto física como emocional. Son en este tipo de eventos en los que se centra la presente investigación y los cuales se procede a definir a continuación.

Considerando las definiciones propuestas por el estudio ACE antes mencionado, el abuso emocional hace referencia a insultos, menosprecios y amenazas hacia un menor por parte de un padre/madre, padrastro/madrastra o adulto con el que convive. En el caso de que este abuso sea físico, se incluyen empujones, agarres violentos, arrojar objetos o golpes que impliquen marcas y lesiones hacia el niño o el adolescente. Otro tipo de maltrato infantil es el abuso sexual, el cual se define como aquel en el que un adulto, pariente, amigo de la familia o extraño que era al menos 5 años mayor que el niño o adolescente y sin consentimiento previo, hizo tocamientos de índole sexual u obligó a la víctima a hacerlos y/o intentó mantener cualquier tipo de relaciones sexuales. Por otro lado, la negligencia emocional se refiere a la falta de actuación o de atención hacia las necesidades emocionales y de apego del menor. En esta misma línea se encuentra la negligencia física, que es aquella en la que el/los responsables del menor no atienden las necesidades básicas de protección, de higiene y de cuidado de la salud. Respecto a las consecuencias neurobiológicas de este tipo de eventos traumáticos que se producen tempranamente, existe una creciente evidencia de cómo las respuestas de estrés, que conllevan un correlato biológico bien definido, alteran el funcionamiento normativo del organismo con una alta probabilidad de causar daños permanentes al cerebro en desarrollo.

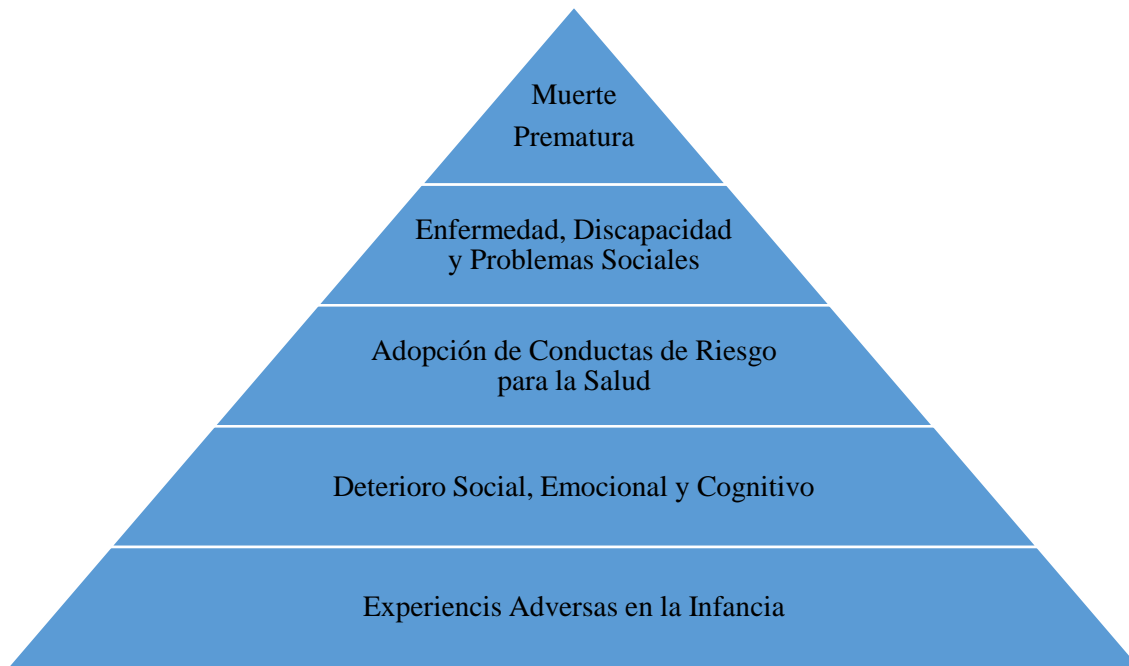
Gracias a los avances en neuroimagen durante los últimos años, la comunidad científica ha encontrado numerosas evidencias sobre el impacto del maltrato durante la infancia en la estructura y función cerebral (Marusak et al., 2016; Teicher y Samson, 2016). Este impacto, se debe, en gran parte, a la liberación de altos niveles de cortisol, hormona que se genera ante un estresor, la exposición repetida a niveles elevados puede producir efectos negativos en el cerebro, especialmente si ocurre durante el desarrollo del mismo

y los periodos sensibles o críticos (Blakemore et al., 2010; Tyborowska et al., 2018). En consecuencia, se ha visto en niños maltratados una reducción significativa del volumen de la corteza prefrontal, de la amígdala y del hipocampo en comparación con personas que no habían sido maltratadas (Chaney et al., 2014; Paquola et al, 2016; Sheffield et al., 2013; Teicher et al., 2016).

Todos los cambios en el organismo que se han descrito se pueden explicar por el modelo piramidal de eventos adversos en la infancia, o “The ACE Pyramidal Model” (véase Figura 1) (Felliti et al., 1998) ampliamente estudiado en investigaciones que avalan cómo la exposición temprana a niveles de estrés altos conduce a alteraciones en el desarrollo relacionadas con el funcionamiento cognitivo, social, emocional y físico. Estos cambios significativos durante el proceso de maduración de los sistemas aumentan la probabilidad de aparición de conductas de riesgo para la salud, lo que contribuye a la aparición de enfermedades crónicas y el consiguiente riesgo de muerte prematura.

Figura 1

The ACE Pyramidal Model (Modelo piramidal de eventos adversos en la infancia).



El estudio de las consecuencias específicas que se producen a causa de la vivencia de experiencias adversas en la infancia y adolescencia es complejo ya que, por una parte, estas pueden depender de las características del estresor (la edad, la duración, el tipo o la frecuencia de la exposición) (Callaghan y Tottenham, 2016; Teicher y Samson, 2016), así como del contexto (en la familia, con los iguales o en la comunidad) y el número de eventos (Frazier et al., 2009) e impacto subjetivo de los mismos a causa de la intervención de diversos factores de protección, como las relaciones familiares positivas (Oliva et al., 2008) o el apoyo social (Cheong et al., 2017).

Teniendo estos conceptos en consideración, es necesario hacer hincapié en los datos, ya que en 2018 cerca de 38.000 menores de edad en España fueron víctimas de violencia según el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCB) (MSCB, 2019).

1.2. Aspectos conceptuales de las quejas subjetivas de memoria.

El concepto “Quejas Subjetivas de Memoria” (QSM, en adelante) hace referencia a la percepción de alteraciones de memoria que se manifiestan durante el transcurso y

las actividades de la vida diaria (Pellicer et al., 2014). Las QSM se pueden desglosar en tres aspectos fundamentales (Montenegro, 2015):

- La *queja*, que conlleva una creencia o juicio de valor de la persona. Se puede expresar a través de preguntas directas o mediante un cuestionario que identifique elementos relacionados con los fallos de memoria.
- La *subjetividad*, que implica metamemoria, es decir, el conocimiento que uno mismo tiene acerca de la propia memoria, su capacidad de control de la misma y la evaluación de su eficacia.
- La *memoria*, que engloba “los olvidos cotidianos”, y que ha sido definida comúnmente como la capacidad de registrar, retener y recordar información de distinta índole.

La expresión subjetiva de los olvidos cotidianos se ha asociado tradicionalmente al deterioro normativo de la memoria a causa del envejecimiento o como uno de los principales indicadores de demencia, y, por ende, se ha planteado como un fenómeno representativo de la población anciana (Coley et al., 2008) y alejado de otros rangos de edad. Sin embargo, algunos estudios señalan que el número de adultos jóvenes que asisten a consulta profesional debido a los olvidos cotidianos está creciendo (Menéndez et al., 2005). De hecho, Sanchs Ericsson y colaboradores (2008) encontraron en su investigación que el 13,4% de la población evaluada con edades comprendidas entre 18 y 34 años expresaron quejas de memoria frente al 17,1% en personas de 50 a 64 años.

Respecto a las causas que se vinculan con la aparición de QSM, a lo largo de los años se ha ido haciendo más evidente en la literatura científica la relación directa entre este fenómeno y el estrés. Diversos estudios han evidenciado que en situaciones de estrés las

personas manifiestan más problemas de memoria (Neupert, Almeida, Mroczek y Spiro, 2006; Potter, Hartman y Ward, 2009; Rickenbach, Almeida, Seeman y Lachman, 2014). En la misma línea, se encontró que, en jóvenes y adultos, las QSM estaban relacionadas con estados depresivos, de estrés elevado y con quejas psicósomáticas (Metternich et al., 2009), así como tensión y problemas emocionales (Blazer et al., 1997; Ponds et al., 1997).

No obstante, todavía no existen estudios que se hayan centrado en estudiar de forma retrospectiva la relación entre el estrés durante la infancia y las QSM en el joven adulto, más concretamente, los efectos del maltrato infantil sobre los olvidos cotidianos en la etapa de la adultez temprana.

1.3. Aspectos conceptuales de la sintomatología prefrontal.

Se ha considerado incluir en el presente estudio la sintomatología relacionada con los lóbulos prefrontales (Sintomatología Prefrontal –SP-, en adelante) por su estrecha relación con las quejas subjetivas de memoria evidenciada en estudios como el de Ruiz y colaboradores (2010), que concluyeron que las disfunciones atencionales y ejecutivas podían explicar las diferencias encontradas en el rendimiento de la memoria entre el grupo control y el grupo con quejas subjetivas de memoria.

Para comprender cuál es la naturaleza del constructo que se quiere evaluar, resulta necesario entender las múltiples y distintas funciones de la corteza prefrontal. En términos generales, la corteza prefrontal se encarga de coordinar y controlar la actividad humana basada en la cognición, emoción y la conducta (Ardila, 2008). Para optimizar su estudio y comprensión, se propuso dividir la corteza prefrontal en tres grandes áreas diferenciadas. A continuación, se describirán las principales funciones de cada una de ellas.

- Corteza prefrontal dorsolateral: comprende la atención, planificación y aspectos relacionados con los procesos de recuperación de la información almacenada o memoria demorada.
- Corteza prefrontal ventromedial: relacionada con aspectos emocionales y conductuales como la toma de decisiones, control de la conducta motora y disminución de motivación e iniciativa.
- Corteza prefrontal orbital: engloba aspectos funcionales de regulación de la emoción y la conducta como la desinhibición e impulsividad, labilidad y control emocional destacándose la agresividad y desorganización conductual, y teoría de la mente. Se puede decir que su alteración implica “la pérdida de la conducta social” (Alegri y Harris, 2001).

Teniendo en consideración todas las funciones que desempeñan cada una de las divisiones de la corteza prefrontal, no es de extrañar que los resultados hallados sobre las consecuencias de los eventos traumáticos sobre esta área sean heterogéneos y dispares. Además, es preciso enfatizar que el área prefrontal es una de las más vulnerables ante el estrés, y, especialmente, durante la niñez y/o adolescencia (Lupien et al., 2009). Es por ello que diversos estudios han evidenciado el impacto del maltrato y la negligencia en la infancia con déficits estructurales en la corteza prefrontal orbitofrontal y dorsolateral (Sheridan et al., 2010; Teicher et al., 2016). También se ha encontrado que la reducción del volumen de la corteza prefrontal está relacionada estrechamente con experimentar estrés en edades tempranas (Van Harmelen, Van Tol et al., 2010). Experimentar estrés crónico durante la infancia se ha asociado con afectaciones relacionadas con los dominios prefrontales como son las funciones ejecutivas (Desmarais et al., 2012; Hedges y Woon, 2011; Marin et al., 2011).

1.4. Objetivos e hipótesis.

1.4.1. Planteamiento del problema.

Tal y como se ha podido comprobar en la revisión de la literatura, muchos estudios han encontrado evidencias de que el estrés generado a causa de eventos relacionados con el maltrato y la negligencia, en edades en las que el cerebro se encuentra en periodos críticos del desarrollo, tiene efectos nocivos sobre su estructura y funcionamiento. No obstante, la evidencia recogida hasta el momento respecto a los constructos que planteamos estudiar en el presente trabajo, QSM y SP, es aún escasa y, en ocasiones, con resultados contradictorios y, en el caso de las QSM, el estudio de este fenómeno en adultos jóvenes es infrecuente. Esto, sumado a las implicaciones que esta sintomatología tiene en el funcionamiento diario de las personas y la frecuencia con la que se dan este tipo de eventos en todo el mundo, plantea la necesidad de profundizar en las posibles consecuencias sobre su calidad de vida. La identificación y comprensión del impacto del maltrato infantil posibilitaría, desde la perspectiva clínica y, también, educativa, el diseño de pautas, métodos educativos e intervenciones centradas en la prevención.

1.4.2. Objetivos.

El principal objetivo del presente estudio fue estudiar el efecto de niveles altos o bajos en maltrato/negligencia en la infancia y/o adolescencia sobre las QSM y, la SP en adultos jóvenes.

Para su consecución se plantearon una serie de objetivos más concretos:

- 1) Estudiar el efecto del Abuso emocional sobre las Quejas subjetivas de memoria, mediante la comparación entre dos grupos, uno con puntuaciones por encima del

percentil 50 en Abuso emocional (Altos), otro con puntuaciones por debajo del percentil 50 en Abuso emocional (Bajos).

- 2) Estudiar el efecto del Abuso físico sobre las Quejas subjetivas de memoria, mediante la comparación de las puntuaciones entre Altos y Bajos en Abuso físico.
- 3) Estudiar el efecto del Abuso sexual sobre las Quejas subjetivas de memoria, mediante la comparación de las puntuaciones entre Altos y Bajos en Abuso sexual.
- 4) Estudiar el efecto de la Negligencia emocional sobre las Quejas subjetivas de memoria, mediante la comparación de las puntuaciones entre Altos y Bajos en Negligencia emocional.
- 5) Estudiar el efecto de la Negligencia física sobre las Quejas subjetivas de memoria, mediante la comparación de las puntuaciones entre Altos y Bajos en Negligencia física.
- 6) Estudiar el efecto del Abuso emocional sobre la Sintomatología prefrontal, mediante la comparación de las puntuaciones entre Altos y Bajos en Abuso emocional.
- 7) Estudiar el efecto del Abuso físico sobre la Sintomatología prefrontal, mediante la comparación de las puntuaciones entre Altos y Bajos en Abuso físico.
- 8) Estudiar el efecto del Abuso sexual sobre la Sintomatología prefrontal, mediante la comparación de las puntuaciones entre Altos y Bajos en Abuso sexual.
- 9) Estudiar el efecto de la Negligencia emocional sobre la Sintomatología prefrontal, mediante la comparación de las puntuaciones entre Altos y Bajos en Negligencia emocional.

10) Estudiar el efecto de la Negligencia física sobre la Sintomatología prefrontal, mediante la comparación de las puntuaciones entre Altos y Bajos en Negligencia física.

1.4.3. Hipótesis.

La hipótesis relacionada con el objetivo general del trabajo plantea que existen diferencias en las variables QSM y SP en individuos que han sufrido algún tipo de abuso o negligencia durante edades tempranas. A continuación, se exponen las hipótesis planteadas vinculadas a los objetivos propuestos anteriormente:

- Hipótesis 1: Los individuos del grupo “Alto” en Abuso emocional, puntuarán más alto en QSM que los individuos del grupo “Bajo”.
- Hipótesis 2: Los individuos del grupo “Alto” en Abuso físico, puntuarán más alto en QSM que los individuos del grupo “Bajo”.
- Hipótesis 3: Los individuos del grupo “Alto” en Abuso sexual, puntuarán más alto en QSM que los individuos del grupo “Bajo”.
- Hipótesis 4: Los individuos del grupo “Alto” en Negligencia emocional, puntuarán más alto en QSM que los individuos del grupo “Bajo”.
- Hipótesis 5: Los individuos del grupo “Alto” en Negligencia física, puntuarán más alto en QSM que los individuos del grupo “Bajo”.
- Hipótesis 6: Los individuos del grupo “Alto” en Abuso emocional, puntuarán más alto en SP que los individuos del grupo “Bajo”.
- Hipótesis 7: Los individuos del grupo “Alto” en Abuso físico, puntuarán más alto en SP que los individuos del grupo “Bajo”.
- Hipótesis 8: Los individuos del grupo “Alto” en Abuso sexual, puntuarán más alto en SP que los individuos del grupo “Bajo”.

- Hipótesis 9: Los individuos del grupo “Alto” en Negligencia emocional, puntuarán más alto en SP que los individuos del grupo “Bajo”.
- Hipótesis 10: Los individuos del grupo “Alto” en Negligencia física, puntuarán más alto en SP que los individuos del grupo “Bajo”.

2. MÉTODO.

2.1. Participantes.

La muestra incluyó 254 participantes, de los cuales el 76.8% fueron mujeres y el 23.2% varones. El rango de edad de la muestra osciló entre 18 y 35 años, concretamente el 36.6% de la muestra se encontraba entre los 18 y 25 años de edad y el 63.4% entre los 26 y 35 años.

El 46.9% de la muestra había estado o estaba actualmente recibiendo tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. Los motivos más frecuentes de consulta son la ansiedad para el 23.1% de la muestra, depresión para el 15.1% y el 14% por estrés. El 11.8% de los encuestados estaba en tratamiento con algún psicofármaco de la lista proporcionada, en la que se incluían antidepresivos (7.4% de la muestra), ansiolíticos (8.3%), antipsicóticos (0%), hipnóticos (1.2%), anticonvulsivos (0.8%) y estabilizadores del estado de ánimo (0.8%).

2.2. Variables e instrumentos.

Respecto a las variables dependientes, se han definido dos: las Quejas Subjetivas de Memoria y la Sintomatología Prefrontal. Se pretende determinar si estas variables se ven influidas por la variable independiente de nuestro estudio, el estrés traumático en la infancia y adolescencia, concretamente el maltrato y la negligencia infantil. De forma más específica, la investigación se compone de cinco variables independientes: abuso

emocional, físico y sexual y negligencia emocional y física. Todas ellas se describen más adelante.

El nivel de medida de las variables incluidas en el análisis es cuantitativo. La forma de creación de todas ellas es por medición, y el tipo de administración ha sido intrasujetos. De forma aclaratoria, destacar que se han añadido como variables covariadas el grupo de edad y el sexo con el fin de ajustar las puntuaciones de los sujetos y reducir el término de error que pueda producir el efecto de dichas variables sobre el modelo, ya que en la presente investigación los sujetos asignados a los diferentes grupos no están igualados respecto al sexo ni a la edad.

Los instrumentos empleados en el presente estudio se seleccionaron a razón de su brevedad de aplicación, constructos y variables evaluadas, su frecuente utilización en la literatura científica y por poseer adecuadas propiedades psicométricas, es decir, una consistencia interna superior a 0,8 (alfa de Cronbach).

2.2.1. Medida de los eventos adversos en la infancia y adolescencia.

Para evaluar la ocurrencia de experiencias traumáticas en la infancia y adolescencia se utilizó el Cuestionario de Trauma Infantil, The Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF) (Bernstein et al., 2003; Hernández et al., 2013), que es una versión abreviada compuesta por 28 ítems y con formato de respuesta tipo Likert con escala de 5 puntos: “nunca”, “raramente”, “a veces”, “a menudo” y “muy a menudo”. Se requieren aproximadamente 5 minutos para cumplimentar el cuestionario. El objetivo de esta herramienta es hacer un cribado de 5 tipos de maltrato: abuso emocional, físico y sexual, y negligencia emocional y física (véase Tabla 1). En cada una de estas dimensiones se puede obtener una puntuación mínima de 5 y máxima de 25, interpretándose las puntuaciones más altas como un mayor grado de maltrato. Fue

adaptado y traducido al castellano por Hernández et al. (2012), ofreciendo adecuadas propiedades psicométricas (alfa de Cronbach entre 0,66 y 0,94) y una alta correlación entre factores, entre 0,29 y 0,50 (Ordóñez et al., 2016).

Tabla 1

Dimensiones evaluadas por el Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ-SF).

Dimensión CTQ-SF	Definición
<i>Abuso sexual</i>	“Contacto o conducta sexual entre un niño menor de 18 años y un adulto o persona mayor”
<i>Abuso físico</i>	“Agresiones corporales a un niño por parte de un adulto o persona mayor que representaba un riesgo de lesión o resultó en una lesión”
<i>Abuso emocional</i>	“Agresiones verbales al sentido de valor o bienestar de un niño o cualquier otro comportamiento humillante o degradante dirigido hacia un niño por un adulto o una persona mayor”
<i>Negligencia física</i>	“Incapacidad de los cuidadores para satisfacer las necesidades físicas básicas de un niño, incluidos alimentos, refugio, ropa, seguridad y atención médica”
<i>Negligencia emocional</i>	“Incapacidad de los cuidadores para satisfacer las necesidades emocionales y psicológicas básicas de los niños, incluido el amor, la pertenencia, la crianza y el apoyo”

Para el análisis de los resultados, se ha considerado el efecto de cada una de estas subcategorías clínicas sobre las variables dependientes, QSM y SP. En su versión original, no es posible obtener una medida global de todo el cuestionario puesto que el objetivo del mismo es medir por separado cada uno de los tipos de maltrato infantil.

2.2.2. Medida de la sintomatología prefrontal.

El Inventario de Síntomas Prefrontales versión abreviada (ISP-20) (Pedrero y Ruiz, 2019) es un cuestionario autoinformado que se compone de 20 ítems con estilo de respuesta tipo Likert de 5 opciones: 0 “nunca o casi nunca”, 1 “pocas veces”, 2 “a veces sí a veces no”, 3 “muchas veces” y 4 “siempre o casi siempre”. Esta versión, que puede cumplimentarse en aproximadamente 5 minutos, valora aspectos relacionados con alteraciones cognitivas, emocionales y comportamentales en las actividades de la vida diaria. En concreto, en el estudio factorial de la versión abreviada se hallaron un total de tres factores que se relacionaban con el funcionamiento de la corteza prefrontal y las áreas que la componen: problemas en el control comportamental, problemas en el control emocional y problemas en la conducta social (Ruiz et al., 2012; Pedrero y Ruiz, 2019). El ISP-20 posee adecuadas propiedades psicométricas ($0,89 > \alpha > 0,87$) y ha sido validado tanto con población general como con muestras clínicas de España y otros países de habla hispana (Pedrero y Ruiz, 2019).

2.2.3. Medida de las quejas subjetivas de memoria.

El instrumento utilizado para la medición de la variable “Quejas Subjetivas de Memoria” ha sido la versión modificada del Cuestionario de fallos de memoria de la vida cotidiana (MFE-30) (Lozoya et al., 2012) que se basa en el *Memory Failures Everyday* (MFE) (Sunderland et al., 1984). El MFE-30 mide específicamente el constructo “quejas de memoria”, objeto de esta investigación. Se compone de un total de 30 ítems con 5 opciones de respuesta tipo Likert: “nunca o casi nunca”, “pocas veces”, “a veces sí, a veces no”, “muchas veces” y “siempre o casi siempre”, respectivamente. Ha sido adaptado a población española obteniendo valores significativos de fiabilidad ($\alpha = 0,93$) (Lozoya et al., 2012).

2.3. Procedimiento.

El procedimiento seguido para la investigación se dividió en 3 fases. La *primera fase* tuvo como finalidad la construcción de la batería final en la que se incluyó la solicitud de participación, preguntas sociodemográficas y de cribado, los inventarios y cuestionarios mencionados anteriormente. Esta tarea se realizó mediante la plataforma en línea Google Forms, con el objetivo de facilitar su cumplimentación y difusión, especialmente ineludible a causa de las medidas sanitarias impuestas por el contexto de pandemia por COVID-19 en el que se desarrolló la presente investigación. En la primera parte de la batería final se destacó la voluntariedad de las pruebas y el anonimato de la respuesta, y se proporcionaron explicaciones oportunas sobre el objetivo del estudio e información de contacto en caso de dudas. No se proporcionó retribución alguna a los participantes. El orden de aplicación de los cuestionarios fue el siguiente: en primer lugar, se incluyó el cuestionario para la medida del maltrato en la infancia y adolescencia, en segundo lugar, se incorporó en inventario para la medida de la SP y, por último, para la medida de las QSM, se introdujo el cuestionario correspondiente.

La investigación fue aprobada por la Comisión de ética previa a la administración de la batería de cuestionarios. En concreto la fecha de aprobación fue el día 5 de marzo de 2021 y se puede leer el documento concreto en el Apéndice A del presente trabajo.

La *segunda fase* englobó la difusión del conjunto de cuestionarios, la cual se realizó a través de redes sociales con carácter público (Facebook, Instagram, Twitter) y canales privados de comunicación (Whatsapp, llamadas telefónicas), solicitando la participación voluntaria y redifusión de la petición. Esta fase tuvo la duración de un mes aproximadamente.

Finalmente, en la *tercera fase* se codificaron los datos y se procedió al análisis de los mismos.

2.4. Diseño.

El diseño del presente trabajo es de naturaleza observacional. El tipo de estudio se engloba dentro de un diseño de cohortes retrospectivo, puesto que los grupos se definen por circunstancias ocurridas en el pasado y de corte transversal para las variables dependientes. Además, se debe considerar también como un diseño con covariantes debido a la introducción de covariables en el modelo.

2.5. Análisis de datos.

El análisis de los datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS (versión 26.0.0.0). Mediante este programa se efectuaron todos los cálculos para el análisis descriptivo y de covarianza de un factor (ANCOVA) empleados en este trabajo. En un primer momento, se realizó un análisis descriptivo de los resultados, pues nos proporciona una idea de la forma de los datos, su posible distribución de probabilidad, así como los parámetros de centralización (Media) y de dispersión (Desviación estándar).

Posteriormente, para interpretar los resultados con más detalle y significación estadística, se llevó a cabo el *ANCOVA* para cada uno de los factores estudiados (QSM y SM), incluyendo las covariables Edad y Sexo. Debido a que la validación del cuestionario con población española se hizo utilizando muestra psiquiátrica (Hernández et al., 2012) y no población general, en este trabajo se ha optado por dividir a los participantes en Altos y Bajos mediante el uso del percentil 50 para facilitar la comparación de las muestras. A partir de este momento nos referiremos a los grupos como “Altos” ($>p50$) y “Bajos” ($<p50$), pero se ha de considerar que esta es una

comparación ipsativa de nuestra propia distribución. El análisis de los resultados se realizó mediante la interpretación de la *prueba F* de contraste de medias y Eta^2 , que nos indica la proporción de varianza explicada y el tamaño del efecto según los criterios propuestos por Cohen (1988).

3. RESULTADOS.

En este apartado se exponen los resultados obtenidos a través del análisis de datos recogidos en el presente estudio mediante los cuestionarios descritos. El objetivo de este análisis fue comprobar empíricamente si las hipótesis planteadas se cumplen de forma estadísticamente significativa para cada uno de los factores.

3.1. Análisis de la variable Quejas Subjetivas de Memoria.

A continuación, se hará una descripción de los resultados obtenidos para la variable dependiente QSM con cada una de las dimensiones medidas por el CTQ-SF. Destacar que las covariables Sexo y Edad no tienen un efecto significativo en ninguno de los análisis realizados, por lo que se deduce que no interfieren en los resultados de los modelos.

En la Tabla 2 se muestran los estadísticos descriptivos divididos por puntuaciones altas y bajas en la dimensión Abuso emocional y la media de puntuación obtenida en la variable QSM. Respecto al grupo con puntuaciones bajas en Abuso emocional (N=131), se ha obtenido una media de 50.26, mientras que el grupo con puntuaciones altas en Abuso emocional (N=123) ha obtenido una media superior, de 63.37. El total de los sujetos (N=254) ha registrado una media de 56.61.

Tabla 2

Estadísticos descriptivos Abuso Emocional-MFE30.

ABUSO EMOCIONAL	Media MFE-30	Desviación Estándar	N
Bajos	50.26	15.214	131
Altos	63.37	21.243	123
Total	56.61	19.484	254

Consiguientemente, se interpretan los resultados de la *prueba F* del ANCOVA, realizado para comprobar si el efecto de la variable Abuso emocional sobre los resultados en la prueba que mide las QSM son estadísticamente significativos. En este caso, se puede decir que el Abuso emocional tiene un efecto significativo sobre los olvidos cotidianos [$F(1, 250) = 30.402, p < .000$]. En cuanto al tamaño del efecto, se ha obtenido un valor $\text{Eta}^2 = .108$, que indica que el haber experimentado en cierto grado abuso de tipo emocional durante la infancia y/o adolescencia explica un 10.8% de las puntuaciones obtenidas en QSM. Se deduce que, a mayor puntuación en Abuso emocional, mayor intensidad en la variable dependiente estudiada. En la Tabla 3 se pueden contemplar los resultados con más detalle.

Tabla 3.

ANCOVA variables Abuso emocional-MFE30.

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Edad	275.741	1	.815	.368	.003
Sexo	234.716	1	.694	.406	.003
ABUSO EMOCIONAL	10289.295	1	30.402	.000	.108

Para el factor Abuso físico (véase Tabla 4), la media obtenida para el grupo con puntuaciones bajas (N=132) ha sido de 54.05, mientras que para las puntuaciones altas (N=122) ha sido de 59.38.

Tabla 4.

Estadísticos descriptivos Abuso Físico-MFE30.

ABUSO FÍSICO	Media MFE-30	Desviación Estándar	N
Bajos	54.05	18.644	132
Altos	59.38	20.062	122
Total	56.61	19.484	254

En este caso, se puede observar en la Tabla 5 que la *prueba F* para el factor Abuso físico no resulta estadísticamente significativa [$F(1,250) = 4.854, p = .028$].

Tabla 5.

ANCOVA variables Abuso físico-MFE30.

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Edad	577.228	1	1.550	.214	.006
Sexo	511.526	1	1.374	.242	.005
ABUSO FÍSICO	1807.395	1	4.854	.028	.019

En el caso del factor Abuso sexual (véase Tabla 6), el grupo que ha registrado valores por debajo del percentil 50 en Abuso sexual (N=194), ha obtenido una media de 55.55 en la variable QSM y para el grupo que ha puntuado alto en Abuso sexual (N=60), la media ha sido de 60.02.

Tabla 6.*Estadísticos descriptivos Abuso Sexual-MFE30.*

ABUSO SEXUAL	Media MFE-30	Desviación Estándar	N
Bajos	55.55	19.523	194
Altos	60.02	19.119	60
Total	56.61	19.484	254

El análisis ANCOVA para el factor Abuso sexual y la variable dependiente QSM mostrado en la Tabla 7, no ha resultado ser estadísticamente significativo [$F(1, 250) = 2.195; p = .140$].

Tabla 7.*ANCOVA variables Abuso sexual-MFE30.*

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Edad	606.115	1	1.611	.206	.006
Sexo	387.935	1	1.031	.311	.004
ABUSO SEXUAL	825.831	1	2.195	.140	.009

Respecto al factor Negligencia emocional (véase Tabla 8), el grupo que ha puntuado bajo en este factor (N= 128) ha obtenido una media de 51.10 en QSM y el grupo de puntuaciones altas en Negligencia emocional (N=126), su media es de 62.20.

Tabla 8.*Estadísticos descriptivos Negligencia emocional-MFE30.*

NEGLIGENCIA EMOCIONAL	Media MFE-30	Desviación Estándar	N
Bajos	51.10	16.340	128
Altos	62.20	20.845	126
Total	56.61	19.484	254

El ANCOVA para el factor Negligencia emocional y las QSM (véase Tabla 9) [$F(1,250) = 22.650, p < .000$] señala que existe un efecto significativo de la variable Negligencia emocional sobre las QSM, aunque la proporción de varianza explicada no tiene suficiente relevancia práctica puesto que no supera el 10% ($\eta^2 = .083$).

Tabla 9.

ANCOVA variables Negligencia emocional-MFE30.

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Edad	338.264	1	.972	.325	.004
Sexo	809.851	1	2.327	.128	.009
NEGLIGENCIA EMOCIONAL	7883.639	1	22.650	.000	.083

En la Tabla 10, se puede observar que la media conseguida por el grupo con puntuaciones bajas en Negligencia física (N=130) es de 51.25. Asimismo, el grupo con puntuaciones altas en este factor (N=124), ha obtenido un valor medio de 62.22.

Tabla 10.

Estadísticos descriptivos Negligencia física-MFE30.

NEGLIGENCIA FÍSICA	Media MFE-30	Desviación Estándar	N
Bajos	51.25	16.331	130
Altos	62.22	20.954	124
Total	56.61	19.484	254

La interpretación de la *prueba F* para los factores Negligencia física y la variable QSM arroja resultados estadísticamente significativos [$F(1, 250) = 20.502, p < .000$] (véase Tabla 11). En cuanto al tamaño del efecto, se ha obtenido un valor $Eta^2 = .076$, lo que apunta a que la pertenencia al grupo de puntuaciones altas o bajas en Negligencia física tiene un efecto muy bajo (7.6%), pero significativo sobre las puntuaciones en QSM.

Tabla 11.

ANCOVA variables Negligencia física-MFE30.

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Edad	147.802	1	.421	.517	.002
Sexo	528.999	1	1.508	.221	.006
NEGLIGENCIA FÍSICA	7192.602	1	20.502	.000	.076

3.2. Análisis de la variable Sintomatología prefrontal.

Atendiendo a la variable dependiente “Sintomatología Prefrontal” medida a través del cuestionario ISP-20, se han obtenido los siguientes resultados, los cuales se han analizado diferenciando cada una de las dimensiones evaluadas en el CTQ-SF.

La Tabla 14 recoge los estadísticos descriptivos referentes a la Respecto a la relación entre Abuso emocional y la puntuación total en SP. La media del grupo que ha

puntuado bajo en Abuso emocional (N=131) es de 40.53, mientras que la media del que ha puntuado alto (N=123) es de 49.99. El total de la muestra ha obtenido una media de 45.11.

Tabla 14.

Estadísticos descriptivos Abuso emocional-ISP-20.

ABUSO EMOCIONAL	Media ISP-20	Desviación Estándar	N
Bajos	40.53	11.759	131
Altos	49.99	14.053	123
Total	45.11	13.739	254

En la Tabla 15 se muestran los resultados obtenidos del cálculo del ANCOVA para las puntuaciones obtenidas en el cuestionario ISP-20 en cada uno de los grupos (Altos y Bajos). La prueba F para el factor Abuso emocional es estadísticamente significativa [$F(1,250) = 32.510, p < .000$], por lo que existen diferencias entre estos grupos, explicando hasta el 11.5% de la varianza de las puntuaciones.

Tabla 15.

ANCOVA variables Abuso emocional-ISP-20.

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Edad	616.596	1	3.718	.055	.015
Sexo	.406	1	.002	.961	.000
ABUSO EMOCIONAL	5390.787	1	32.510	.000	.115

Si nos centramos en el Abuso físico (véase Tabla 16), la media en el cuestionario ISP-20 para el grupo de puntuaciones bajas (N=132) es de 46.43 y la media para el grupo de altas (N=122), ligeramente superior, es de 46.43.

Tabla 16.

Estadísticos descriptivos Abuso físico-ISP-20.

ABUSO FÍSICO	Media ISP-20	Desviación Estándar	N
Bajos	43.89	13.893	132
Altos	46.43	13.502	122
Total	45.11	13.739	254

En relación con el Abuso físico (véase Tabla 17), los resultados indican que no existe un efecto estadísticamente significativo sobre las puntuaciones en SP [$F(1, 250) = 2.369, p = .125$].

Tabla 17.

ANCOVA variables Abuso físico-ISP-20.

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Edad	896.423	1	4.829	.029	.019
Sexo	23.690	1	.128	.721	.001
ABUSO FÍSICO	439.781	1	2.369	.125	.009

En cuanto al factor Abuso sexual, tal y como se observa en la Tabla 18, en el grupo de puntuaciones bajas (N= 194) la media es de 44.22, mientras que la media en el grupo de puntuaciones altas (N=60) es de 47.98.

Tabla 18.*Estadísticos descriptivos Abuso sexual-ISP-20.*

ABUSO SEXUAL	Media ISP-20	Desviación Estándar	N
Bajos	44.22	13.613	194
Altos	47.98	13.864	60
Total	45.11	13.739	254

Del mismo modo que sucedió con Abuso físico, el factor Abuso sexual tampoco resulta estadísticamente significativo [$F(1,250) = 3.869, p = .050$] por lo que parece que, de forma aislada, no contribuye a aumentar el grado de SP, tal y como se puede observar en la Tabla 19.

Tabla 19.*ANCOVA variables Abuso sexual-ISP-20.*

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Edad	961.608	1	5.211	.055	.020
Sexo	3.259	1	.018	.961	.000
ABUSO SEXUAL	713.882	1	3.869	.050	.015

La Tabla 20 muestra las medias calculadas para los grupos de altos (N=126) y bajos (N=128) en el factor Negligencia emocional, obteniendo 50.25 y 40.05, respectivamente.

Tabla 20.*Estadísticos descriptivos Negligencia emocional-ISP-20.*

NEGLIGENCIA EMOCIONAL	Media ISP-20	Desviación Estándar	N
Bajos	40.05	12.039	128
Altos	50.25	13.492	126
Total	45.11	13.739	254

Para el factor Negligencia emocional (véase Tabla 21), se observa un efecto estadísticamente significativo [$F(1, 250) = 39.918, p < .000$]. El tamaño del efecto, en este caso, es del 13.8%, adquiriendo un valor bajo pero significativo.

Tabla 21.

ANCOVA variables Negligencia emocional-ISP-20.

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Edad	641.998	1	3.973	.047	.016
Sexo	94.213	1	.583	.446	.002
NEGLIGENCIA EMOCIONAL	6449.971	1	39.918	.000	.138

Por último, se presenta en la Tabla 22 los resultados descriptivos para SP y Negligencia física. La media ha sido de 40.75 para el grupo que puntúo bajo en el factor mencionado (N=130) y de 49.69 para el grupo con puntuaciones altas (N=124).

Tabla 22.

Estadísticos descriptivos Negligencia física-ISP-20.

NEGLIGENCIA FÍSICA	Media ISP-20	Desviación Estándar	N
Bajos	40.75	12.250	130

Altos	49.69	13.771	124
Total	45.11	13.739	254

Si se toma como referencia la Negligencia física, a pesar de que el valor obtenido en la prueba *F* resulta estadísticamente significativo [$F(1, 250) = 27.390, p < 000$] como se expone en la Tabla 23, los resultados indican que el efecto de la Negligencia física sobre los síntomas prefrontales es muy bajo, tan solo del 9.9%.

Tabla 23.

ANCOVA variables Negligencia física -ISP-20.

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Edad	429.229	1	2.542	.112	.010
Sexo	23.270	1	.138	.711	.001
NEGLIGENCIA FÍSICA	4625.626	1	27.390	.000	.099

4. DISCUSIÓN.

El propósito de este trabajo fue analizar en qué medida las situaciones de abuso y negligencia experimentadas durante la infancia y/o adolescencia influyen sobre aspectos cognitivos como las QSM o la sintomatología relacionada con la corteza prefrontal en adultos jóvenes. De forma general, los resultados obtenidos en la presente investigación confirmaron algunas de las hipótesis planteadas: existe un impacto significativo del abuso y la negligencia emocional en la infancia y/o adolescencia sobre las variables QSM y SP en adultos jóvenes, así como de la negligencia física, aunque en este último

caso el efecto fue más débil. No se halló un efecto significativo del abuso físico y sexual, sobre las QSM y la SP. A continuación, discutimos estos hallazgos.

En primer lugar, se explican los resultados hallados para la variable QSM. Puntuaciones por encima del percentil 50 en abuso emocional se asociaron con mayores puntuaciones en QSM. A pesar de que actualmente no se han encontrado investigaciones que hayan estudiado de forma específica estas variables, diversos estudios, que evalúan la memoria en adultos que han sufrido abuso emocional en la infancia, constatan alteraciones relacionadas con la memoria explícita e implícita (Grégoire, Gosselin y Blanchette, 2020) y con reducciones del hipocampo (Teicher et al., 2016), área que juega un papel importante en el almacenamiento y la recuperación de la memoria. Estos datos apoyan nuestra hipótesis sobre el impacto del abuso emocional en las QSM, aunque no se haya utilizado un instrumento específico para evaluarlas en estos estudios, la evaluación de la memoria constituye una medida directa y objetiva estrechamente relacionada con las QSM, que reflejan la percepción de la persona sobre la alteración de su memoria.

Por el contrario, se rechaza la hipótesis acerca de la influencia del abuso sexual y físico sobre las QSM. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Dunn et al. (2016) en un estudio en el que halló que estos tipos de abuso en la infancia no tenían un efecto significativo sobre la memoria a corto plazo en adultos jóvenes. En la misma línea, en una muestra con Trastorno de Estrés Posttraumático por abuso sexual en la infancia, se encontró que no existía un deterioro del funcionamiento de la memoria explícita (Stein et al., 1999). No obstante, otros estudios hallaron que las personas con historia de abuso sexual tuvieron una peor ejecución en memoria semántica y episódica que el grupo sin trauma (Bremner et al., 2004; Stokes et al., 2008). Esta discrepancia en los resultados puede deberse a diferencias metodológicas y de evaluación, tanto en lo referente al

abuso como a la valoración de la memoria. Respecto a nuestros resultados, al contrario que en los estudios anteriormente citados en los que la muestra se compone exclusivamente de sujetos que han sufrido este tipo de abuso, nuestra muestra se obtuvo de población general dividida en “Altos” y “Bajos” según el percentil 50. Esto implica una mayor puntuación en los ítems que recoge la variable Abuso sexual, que no solo incluye la consumación del acto per se sin consentimiento, sino también tocamientos sexuales y persuasión para observar actos de naturaleza sexual.

Por otra parte, respecto a la negligencia, se ha encontrado un efecto de esta variable sobre las QSM, en mayor medida en el caso de la negligencia emocional, tal y como fundamenta el estudio de Terock y colaboradores (2020), que sugieren que este tipo de maltrato es particularmente perjudicial para el funcionamiento de la memoria en la edad adulta. Del mismo modo, a falta de otros estudios más específicos, Geoffroy et al. (2016) destaca que todas las formas de negligencia infantil conllevan un deterioro en las funciones cognitivas, incluyendo la memoria, en los niños y, también, durante la edad adulta.

En cuanto a la sintomatología prefrontal, se ha observado un efecto del abuso emocional sobre las SP. Estos resultados se encuentran en consonancia con el estudio de Nikulina y Widom (2013) y con una investigación que sugiere que el abuso emocional, y la presencia de violencia familiar, han demostrado ser predictores de déficits en la memoria de trabajo, el recuerdo verbal y los procesos atencionales en la adultez (Dodaj et al., 2017), tanto la memoria de trabajo, como la atención implican procesos asociados estrechamente al funcionamiento del lóbulo prefrontal. Según la revisión elaborada por Giotakos (2020) el abuso emocional está vinculado a la disminución de la activación de corteza prefrontal dorsolateral. En referencia al abuso físico, Bernades et al. (2020)

corroborar los hallazgos encontrados en la presente investigación, indicando que no existieron asociaciones de relevancia entre el maltrato físico infantil y el rendimiento en las funciones ejecutivas, ubicadas en la corteza prefrontal esencialmente. Respecto al abuso sexual, el estudio de Tran y colaboradores (2017), afirma que la experiencia de abuso sexual se asocia con un peor rendimiento en la memoria de trabajo, contradiciendo nuestros resultados. Esta diferencia puede ser debida a variaciones en cuanto al diseño, planteamiento e instrumentos utilizados.

Atendiendo a las variables de negligencia, se ha observado un efecto, tanto de la negligencia física, como de la emocional, sobre la SP, siendo mayor el efecto de esta segunda. En la literatura científica, estos resultados se corresponden con los hallados por Tran et al. (2017), en el que la negligencia se asoció con una ejecución deficiente en tareas de memoria de trabajo, así como con un peor desempeño ejecutivo general en la adultez (Nikulina y Widom, 2013), siendo estos datos congruentes con los resultados de nuestra investigación.

Para interpretar los resultados obtenidos en el presente estudio, es necesario considerar las limitaciones que posee. Una de ellas es el contexto de pandemia por COVID-19 en el que se ha desarrollado el trabajo, puesto que puede haber influido en las puntuaciones de las variables estudiadas. Para ilustrar esta idea, la situación de pandemia y crisis económica derivada de la misma, ha supuesto un aumento considerable de los síntomas de ansiedad y depresión (Stanton et al., 2020), relacionados de forma significativa con las variables estudiadas en el presente trabajo, QSM (Montenegro, 2015) y SP (Llorente y García, 2019; Samara et al., 2017). A su vez, no se controló si los participantes habían sido infectados con el virus, pues, aunque aún es objeto de estudio, existe literatura científica que sugiere que COVID-19 puede afectar a áreas cerebrales relacionadas con

la memoria y la corteza prefrontal (Almería et al., 2020; Lahiri y Ardila, 2020; Rogers et al., 2020).

Por otro lado, pese a que no existe consenso respecto a la medición de los ACEs, y, a pesar de haber utilizado un cuestionario ampliamente reconocido en la literatura científica, muchos estudios hacen hincapié en que es importante considerar las características de las experiencias traumáticas, como la frecuencia de los sucesos experimentados, la edad y la duración de dichos eventos (Cowell et al., 2015).

Valorar el vínculo entre la sintomatología actual con variables personales y mediadoras, como la percepción subjetiva del evento traumático (Bados et al., 2013) o factores de protección como el apoyo social, personalidad (Evans et al., 2014) y el clima familiar positivo (Oliva et al., 2008; Cheong et al., 2017), es necesario para una correcta interpretación de los resultados por su influencia en los mismos. Sin embargo, no han sido incluidas en los análisis por la envergadura del trabajo y con el fin de disminuir el tiempo de aplicación de los cuestionarios y promover la participación de la población objetivo.

Por último, respecto al análisis de datos, es necesario interpretar los resultados con cautela ya que la variable independiente mide eventos lejanos en el tiempo que influyen en la cognición actual por lo que los criterios de Cohen (Cohen, 1988), que son generales, pueden minimizar en cierto grado el tamaño del efecto resultante no existiendo actualmente criterios específicos para los eventos traumáticos tempranos.

La presente investigación pretende aportar datos que arrojen un poco más de luz sobre los efectos del maltrato infantil en las QSM y en la SP. Investigar acerca de los efectos actuales que tienen los sucesos traumáticos pasados, específicamente el abuso y la negligencia en edades tempranas, tiene un indudable interés teórico, pero, sobre todo, un

interés práctico, puesto que aporta datos para el diseño de programas de prevención e intervención en el campo de las experiencias adversas en la infancia.

Para futuras investigaciones sería interesante seguir ampliando el conocimiento de los factores que pueden mediar en la relación estudiada, haciendo hincapié en los factores de protección y considerando las características específicas de cada evento evaluado, esto es, la edad en la que ocurrió, la duración del evento y el tipo de evento. El estrés experimentando en el momento de la evaluación también deber ser tomado en consideración para futuras replicas, así como contar con un tamaño muestral superior de personas con historia de abuso físico y sexual. La evaluación neuropsicológica de las variables dependientes proporcionaría información más esclarecedora y menos subjetiva de los resultados.



5. REFERENCIAS.

- Almeria, M., Cejudo, J. C., Sotoca, J., Deus, J., y Krupinski, J. (2020). Cognitive profile following COVID-19 infection: Clinical predictors leading to neuropsychological impairment. *Brain, Behavior and Immunity-Health*, 9, 100163. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100163>
- Bados, A., Greco, A. y Toribio, L. (2013). Eventos traumáticos en universitarios de psicología y sintomatología postraumática, de depresión, ansiedad y estrés en la actualidad. *Psicología Conductual*, 21(2), 303-319.
- Bernades, E. T., Manitto, A. M., Miguel, E. C., Pan, P. M., Batistuzzo, M., Rohde, L. A., y Polanczyk, G. V. (2020). Relationships between childhood maltreatment, impairment in executive functions and disruptive behavior disorders in a

community sample of children. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 969-978. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01408-3>

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., y Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27, 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)

Blakemore, S. J., Burnett, S., y Dahl, R. E. (2010). The role of puberty in the developing adolescent brain. *Human Brain Mapping*, 31(6), 926-933. <http://doi.org/10.1002/hbm.21052>

Blazer, D., Hays, J., Fillenbaum, G., y Gold, D. (1997). Memory complaint as a predictor of cognitive decline. *Journal of Aging and Health*, 9, 171-184. <https://doi.org/10.1177/089826439700900202>

Bremner, J. D., Vermetten, E., Afzal, N., Vythilingam, M. (2004). Deficits in verbal declarative memory function in women with childhood sexual abuse: related posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(10), 643-649.

Chaney, A., Carballedo, A., Amico, F., Fagan, A., Skokauskas, N., Meaney, J., y Frolid, T. (2014). Effect of childhood maltreatment on brain structure in adult patients with major depressive disorder and healthy participants. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 39(1), 50-59. <https://doi.org/10.1503/jpn.120208>.

Cheong, E. V., Sinnott, C., Dahly, D, y Kearney, P. M. (2017). Adverse childhood experiences (ACEs) and later-life depression: perceived social support as a

potential protective factor. *BMJ Open*, 7(9), e013228.

<https://doi.org/10.1136/bmjop-en-2016-013228>

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Segunda edición. Hillsdale.

Coley, N., Ousset, P. J., Andrieu, S., Mathiex-Fortunet, H., Vellas, B., y el grupo de estudio GuidAge. (2008). Memory complaints to the general practitioner: data from the GuidAge study. *The Journal of Nutrition, Health and Aging*, 12, 66-72.

<https://doi.org/10.1007/BF02982590>

Cowell, R. A., Cicchetti, D., Rogosch, F. A., y Toth, S. L. (2015). Childhood maltreatment and its effect on neurocognitive functioning: Timing and chronicity matter. *Development and Psychopathology*, 27(2), 521-533.

<https://doi.org/10.1017/S0954579415000139>

Dodaj, A., Krajina, M., Sesar, K., y Simic, N. (2017). The effects of maltreatment in childhood on working memory capacity in adulthood. *Europe's Journal of Psychology*, 13(4), 618-632. <https://doi.org/10.5964/ejop.v13i4.1373>

Dunn, E. C., Busso, D. S., Raffeld, M. R., Smoller, J. W., Nelson, C. A., Doyle, A. E., y Luk, G. (2016). Does developmental timing of exposure to child maltreatment predict memory performance in adulthood? Results from a large, population-based sample. *Child, Abuse and Neglect*, 51, 181-191.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.10.014>

Evans, S. E., Steel, A. L., Watkins, L. E., y DiLillo, D. (2014). Childhood exposure to family violence and adult trauma symptoms: The importance of social support

from a spouse. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 6, 527-536. <https://doi.org/10.1037/a0036940>

Felliti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. y 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. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

Frazier, P., Anders, S., Perera, S., Tomich, P., Tennen, H., Park, C., y Tashiro, T. (2009). Traumatic events among undergraduate students: prevalence and associated symptoms. *Journal of Counselling Psychology*, 56, 450-460. <https://doi.org/10.1037/a0016412>

Geoffroy, M. C., Pereira, S. P., Li, L., Power, C. (2016). Child neglect and maltreatment and childhood-to-adulthood cognition and mental health in a prospective birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(1), 33-40.

Giotakos, O. (2020). Neurobiology of emotional trauma. *Psychiatriki*, 31(2), 162-171.

Grégoire, L., Gosselin, I., y Blanchette, I. (2017). The impact of trauma exposure on explicit and implicit memory. *Anxiety, Stress and Coping*, 33(1), 1-18. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1664477>

Hernández, A., Gallardo Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A. M., Labad, A., Valero, J., y Gutiérrez Pérez, J. A. (2012). Initial validation of the Spanish childhood trauma questionnaire-short form: factor structure, reliability

- and association with parenting. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(7), 1498-1518. <https://doi.org/10.1177/0886260512468240>
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., y Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), 356-366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Lozoya, P., Ruiz, J. M., y Pedrero, E. (2012). Validación de un cuestionario de quejas cognitivas para adultos jóvenes: relación entre las quejas subjetivas de memoria, la sintomatología prefrontal y el estrés percibido. *Revista de Neurología*, 54, 137-150. <https://doi.org/10.33588/rn.5403.2011283>
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., y Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 434-445. <https://doi.org/10.1038/nrn2639>
- Marusak, H. A., Thomason, M. E., Peters, C., Zundel, C., Elrahal, F., y Rabinak, C. A. (2016). You say ‘prefrontal cortex’ and I say ‘anterior cingulate’: meta-analysis of spatial overlap in amygdala-to-prefrontal connectivity and internalizing symptomology. *Translational Psychiatry*, 6, 1–10. <https://doi.org/10.1038/tp.2016.218>.
- Menéndez, M., García, C., Antón, C., Calatayud, M. T., González, S., y Blázquez, B. (2005). Pérdida de memoria como motivo de consulta. *Neurología*, 20, 390-394.
- Metternich, B., Schmidtke, K., y Hüll, M. (2009). How are memory complaints in functional memory disorder related to measures of affect, metamemory and

cognition? *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 435-444.

<https://doi.org/10.1016/j.ipsychores.2008.07.005>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019, 15 de noviembre). *Carcedo*:

“La violencia hacia la infancia es inaceptable para la dignidad de cada niño y cada niña” [Comunicado de prensa].

<https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4718>

Montenegro, M. (2015). *Quejas subjetivas de memoria en el envejecimiento y en*

adultos jóvenes: variables implicadas. [Tesis de doctorado, Universidad

Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/38872/1/T37666.pdf>

Nikulina, V., y Windom, C. S. (2013). Child maltreatment and executive functioning in

middle adulthood: A prospective examination. *Neuropsychology*, 27(4), 417-

427. <https://doi.org/10.1037/a0032811>

Ordóñez, N., Fonseca, E., Paino, M., García, L., Ruiz, J. P. y Lemos, S. (2016).

Evaluación de experiencias traumáticas tempranas en adultos. *Papeles del*

Psicólogo, 37(1), 36-44.

Paquola, C., Bennett, M. R., y Lagopoulos, J. (2016). Understanding heterogeneity in

grey matter research of adults with childhood maltreatment: a meta analysis and

review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 69, 299-312.

<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.08.011>

Pedrero, E. y Ruiz, J. (2019). Síntomas prefrontales en la vida diaria: normalización y

estandarización del inventario de síntomas prefrontales abreviado en población

española. *Revista de Neurología*, 68(11), 459-467.

<https://doi.org/10.33588/rn.6811.2018394>

- Pellicer, O., Mirete, M., Molina, S., y Soto, J. (2014). Quejas subjetivas de memoria en adultos jóvenes: influencia del estado emocional. *Revista de Neurología*, 59(12), 543. <https://doi.org/10.33588/rn.5912.2014457>
- Ponds, R. W., Commissaris, K. J., y Jolles, J. (1997). Prevalence and covariates of subjective forgetfulness in a normal population in the Netherlands. *The International Journal of Aging and Human Development*, 45, 207-221. <https://doi.org/10.2190/MVQ1-WB58-875H-Y4X0>
- Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., Zandi, M. S., Lewis, G., y David, A. S. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 7(7), 611-627. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)
- Ruiz, J. M., Pedrero, E. J., Lozoya, P., Llanero, M., Rojo, G y García, C. (2012). Inventario de síntomas prefrontales para la evaluación clínica de las adicciones en la vida diaria: proceso de creación y propiedades psicométricas. *Revista de Neurología*, 54(11), 649-663. <https://doi.org/10.33588/rn.5411.2012019>
- Sachs Ericsson, N., Joiner, T., y Blazer, D. G. (2008). The influence of lifetime depression on self-reported memory and cognitive problems: results from the National Comorbidity Survey-Replication. *Aging and Mental Health*, 12, 183-192. <https://doi.org/10.1080/13607860801951739>
- Sheffield, J. M., Williams, L. E., Woodward, N. D, y Heckers, S. (2013). Reduced gray matter volumen in psychotic disorder patients with history of childhood sexual

abuse. *Schizophrenia Research*, 143(1), 185-191.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.10.032>

Stein, M. B., Hanna, C., Vaerum, V., y Koverola, C. (1999). Memory functioning in adult women traumatized by childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 12(3), 527-534. <https://doi.org/10.1023/A:1024775222098>

Stokes, D. J., Dritschel, B. H., y Bekerian, D. A. (2008) Semantic and episodic autobiographical memory recall for memories not directly associated with childhood sexual abuse. *Journal of Family Violence*, 23(6), 429-435. <https://doi.org/10.1007/s10896-008-9168-5>

Sunderland A., Harris, J. E., y Gleave, S. (1984). Memory failures in everyday memory following severe head injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 6, 127-142. <https://doi.org/10.1080/01688638408401204>

Teicher, M. H., y Samson, J. A. (2016). Annual Research Review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 57(3), 241-266. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12507>.

Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., y Ohasi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*, 17, 652-666. <https://doi.org/10.1038/nrn.2016.111>

Terock, J., Van der Auwera, S., Janowitz, D., Wittfeld, K., Frenzel, S., Klinger-Köing, J., y Grabe, H. J. (2020). Childhood trauma and adult declarative memory performance in the general population: The mediating effect of alexithymia.

Child, Abuse and Neglect, 101, 104311.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104311>

Tran, N. K., Van Berkel, S. R., van Ijzendoorn, M. H., y Alink, L. R. A. (2017) The association between child maltreatment and emotional, cognitive and physical health functioning in Vietnam. *BMC Public Health*, 17(1), 332.

<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4258-z>

Tyborowska, A., Volman, I., Niermann, H., Pouwels, J., Smeekens, S., Cillessen, A, Toni, I., y Roelofs, K. (2018). Early-life and pubertal stress differentially modulate grey matter development in human adolescents. *Scientific Reports*, 8, 1-11. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-27439-5>

6. APÉNDICES.

6.1. Apéndice A: CEII favorable.

Dra. Dña. Olga Pellicer Porcar

Dpto. Psicología de la Salud

Elche, 5 de marzo

de 2021

Tutor/a	Olga Pellicer Porcar	
Estudiante	Iris María Cremades Riquelme	
Tipo de actividad	Otros	TFM
Título del proyecto	Estrés en la infancia y su relación con la sintomatología prefrontal y las quejas subjetivas de memoria en adultos jóvenes	
Códigos GIS estancias donde se desarrolla la	Área personal	

actividad	
Evaluación riesgos laborales	Conforme (Autodeclaración)
Evaluación ética uso muestras biológicas humanas	No solicitado
Evaluación ética humanos	Favorable
Evaluación ética animales	No solicitado
Registro	201027123802
Referencia	TFM.MPG.OPP.IMCR.201027
Caducidad	5 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.


No se ha evaluado el uso de muestras biológicas humanas porque no se ha solicitado, ni se ha considerado necesario en base a la información aportada.

No se ha evaluado el uso de animales en un proyecto de investigación porque no se ha solicitado, ni se ha considerado necesario en base a la información aportada.

La evaluación de la participación de voluntarios humanos en un proyecto de investigación, desde el punto de vista ético y de riesgos laborales, es favorable.

Por todo lo anterior, el dictamen del CEII es **favorable**.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos

Secretario CEII

Vicerrectorado Investigación

Domingo Orozco Beltrán

Presidente CEII

Vicerrectorado

Investigación

