

**EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA INFANCIA Y SU
INFLUENCIA SOBRE EL DESARROLLO AFECTIVO-
SOCIAL Y LA MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA EN
ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS.
COMPARACIÓN CON UN GRUPO DE CONTROL.**



TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Dña. María Verónica Jimeno Jiménez

Dirigida por:

Dr. José Miguel Latorre Postigo

Dra. María José Cantero López

Albacete, Noviembre 2015



FACULTAD DE MEDICINA DE ALBACETE
Departamento de Psicología



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
Departamento de Psicología Evolutiva y de la
Educación

**EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS EN LA INFANCIA Y SU INFLUENCIA SOBRE
EL DESARROLLO AFECTIVO-SOCIAL Y LA MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA EN
ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS. COMPARACIÓN CON UN GRUPO
DE CONTROL.**

TESIS DOCTORAL PRESENTADA AL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
DE LA UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA PARA LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE DOCTOR

María Verónica Jimeno Jiménez

Facultad de Medicina

Ctra. Almansa 14

02006 ALBACETE

DIRIGIDA POR

Dr. José Miguel Latorre Postigo.

Dra. María José Cantero López.

Universidad de Castilla la Mancha.

Universitat de València.

Albacete, Noviembre de 2015

A mi padre, que allá donde esté sé que estará orgulloso.

AGRADECIMIENTOS

Mi primer agradecimiento es para mis directores José Miguel Latorre Postigo y María José Cantero López. José Miguel, quiero agradecerte el haberme dado la oportunidad de poder hacer esta tesis, gracias por tu interés, apoyo, asesoramiento y sensibilidad. María José, quiero darte las gracias por tu ayuda, gracias por haberme contagiado tu pasión por la investigación y por haber compartido conmigo la emoción y el esfuerzo puesto en esta tesis. Gracias por la amistad surgida, fruto de este trabajo.

Gracias al servicio de protección de menores de Albacete, a la ONG Accem y a todas y cada una de las entidades que gestionan los Hogares Tutelados para menores en situación de protección en Albacete y Cuenca, gracias por la confianza depositada en mí y por abrirme las puertas de vuestros hogares.

Gracias al IES Andrés de Vandelvira de Albacete y muy especialmente a su orientadora María Dolores Artigao y a su equipo directivo, por permitirme y facilitarme el trabajo con sus alumnos.

Gracias a mi madre y hermanos por vuestro amor y por vuestro apoyo incondicional. Mamá gracias por transmitirme tu espíritu de lucha

Gracias a Stefano y a mis hijos Francesca y Luca, nadie mejor que vosotros sabe lo que ha supuesto para mí esta tesis, gracias por ayudarme a no perderme durante este largo camino. Sin vosotros no hubiese sido posible.

Y por último y muy especialmente gracias a todos y cada uno de los menores que han participado en este estudio, gracias por haberme abierto vuestro corazón, pero principalmente os tengo que dar las gracias, no solo por ayudarme a entender el significado de palabras como maltrato, sufrimiento, dolor, angustia y desesperación, sino por haberme ayudado a entender y valorar el verdadero significado de las palabras familia, amor, esperanza, esfuerzo, lucha, y felicidad.

“Para hacer que crezca la mente del niño, alimenta el corazón del bebé”

Organización Cero a Tres

ÍNDICE GENERAL

JUSTIFICACIÓN.....	20
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	28
CAPÍTULO 1. SISTEMA DE PROTECCIÓN. EL ACOGIMIENTO RESIDENCIAL	30
1.1 Introducción al sistema de protección de Castilla La Mancha.....	32
1.2 Definición y modalidades de Acogimiento Residencial.....	35
1.3 Finalidad y Objetivos.....	38
1.4 Población destinataria.....	39
CAPÍTULO 2 EL MALTRATO INFANTIL Y SUS CONSECUENCIAS EN EL DESARROLLO	42
2.1 Necesidades de la infancia.....	45
2.2 Conceptos y tipos de maltrato.....	47
2.3 Consecuencias del maltrato infantil.....	56
2.3.1 Consecuencias específicas relacionadas con las diferentes formas de maltrato.....	58
2.3.2 Consecuencias sobre la adaptación social.....	62
CAPÍTULO 3 TEORÍA DEL APEGO, TRAUMA Y MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA	68
3.1 El vínculo de apego: aspectos generales general	71
3.2 Consecuencias del trauma infantil.....	77
3.2.1 Los traumas infantiles.....	77
3.2.2 Las consecuencias de los procesos traumáticos:.....	78
3.2.3 La precisión de la memoria y las consecuencias del trauma.....	83
3.2.4 La resiliencia: rasgo de personalidad o proceso dinámico.....	84
3.3 La Memoria: memoria de trabajo y memoria autobiográfica	89
3.3.1 La Memoria y su clasificación en base a las secuencias de desarrollo infantil: alteraciones y fases de la memoria.....	90
3.3.2 El desarrollo de la memoria autobiográfica en las relaciones interpersonales: la importancia del lenguaje. 95	
3.3.3 Memoria autobiográfica, emoción y cognición.....	97
3.3.4 Memoria autobiográfica y depresión.....	101
3.4 Apego, experiencias traumáticas y memoria autobiográfica.....	104
3.4.1 Teoría del apego y trauma.....	104

3.4.2	Emoción y relaciones de apego.....	107
3.4.3	El maltrato y la desorganización del apego.....	108
3.4.4	La estructuración de la personalidad en los casos de maltrato y la influencia del apego.....	111
3.4.5	Las consecuencias del maltrato sobre el desarrollo cognitivo.	114
ESTUDIO EMPÍRICO		120
CAPÍTULO 4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....		122
CAPÍTULO 5. MÉTODO		128
5.1	Participantes.	130
5.2	Instrumentos y variables.	132
5.2.1	Instrumentos que evalúan variables relativas al desarrollo afectivo y social.	132
5.2.2	Cuestionario de datos demográficos.	132
5.2.3	Instrumentos que evalúan variables relativas a la memoria.	138
5.3	Procedimiento.....	142
5.4	Diseño de investigación: análisis estadísticos.	143
CAPÍTULO 6. RESULTADOS.....		148
6.1	Resultados del estudio 1. Análisis comparativos entre adolescentes institucionalizados en Hogares Tutelados y un grupo control de adolescentes que conviven con su familia.	150
6.1.1	Análisis de las diferencias en afecto y control materno percibido en la infancia y en seguridad actual.	153
6.1.2	Análisis de las diferencias en resiliencia.....	156
6.1.3	Análisis de las diferencias en adaptación personal y social y calidad de vida.	156
6.1.4	Análisis de las diferencias en depresión.	160
6.1.5	Análisis de las diferencias en memoria de trabajo y en la capacidad de acceder a recuerdos de tipo autobiográfico.....	161
6.1.6	Análisis de las relaciones causales entre variables. Resultados del path análisis.....	166
6.2	Estudio 2. Estudio de las características de los menores institucionalizados.....	170
6.2.1	Estudio de la relación entre variables	170
6.2.2	Estudio comparativo entre adolescentes institucionalizados en función de la situación o maltrato que provocó la medida de protección del menor durante la infancia.....	178
CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN		186
7.1	Estudio 1. Menores institucionalizados en Hogares Tutelados en situación de protección en comparación con un grupo de menores no institucionalizados que vivían con su familia biológica en el momento del estudio.	189

7.2	Estudio 2. Características de los menores institucionalizados	198
CAPÍTULO 8.	CONCLUSIONES.....	204
CAPÍTULO 9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	216
ANEXO.....	242

A.1. TABLAS DE RESULTADOS

Tabla 1: <i>Clasificación de las necesidades infantiles en tres dimensiones</i>	46
Tabla 2: <i>Estudios sobre las consecuencias del maltrato infantil.</i>	65
Tabla 3: <i>Características básicas de los tres tipos tradicionales de apego infantil en función de la conducta del niño hacia la madre, hacia la extraña y su conducta de juego en la Situación Extraña</i>	75
Tabla 4: <i>Tipos y características de la memoria</i>	91
Tabla 5: <i>Principales variables evaluadas</i>	140
Tabla 6: <i>Puntuaciones promedio de las variables afectivo-sociales en función del sexo</i>	151
Tabla 7: <i>Resultados promedio en las variables de memoria en función del sexo</i>	152
Tabla 8: <i>Diferencias de medias en las variables afecto y control materno en función del grupo</i>	153
Tabla 9: <i>Diferencias en calidad de apego hacia la madre en función del grupo</i>	155
Tabla 10: <i>Diferencias de medias en la variable seguridad materna percibida en función del grupo</i>	155
Tabla 11: <i>Diferencias de medias en la variable resiliencia en función del grupo</i>	156
Tabla 12: <i>Diferencias de medias en la variable adaptación personal y social global en función del grupo</i>	157
Tabla 13: <i>Diferencias de medias en inadaptación social en función del grupo</i>	158
Tabla 14: <i>Diferencias de medias en la variable calidad de vida total percibida en función del grupo</i>	158
Tabla 15: <i>Diferencias de medias en las variables de calidad de vida percibida en función del grupo</i>	159
Tabla 16: <i>Diferencias de medias en la variable depresión en función del grupo</i>	160
Tabla 17: <i>Diferencias de medias en las variables autoestima negativa y depresión en función del grupo</i>	161
Tabla 18: <i>Diferencias de medias en las variables memoria de trabajo en función del grupo</i>	161
Tabla 19: <i>Diferencias de medias en tipo de recuerdo medido por la prueba AMT en función del grupo</i>	163
Tabla 20: <i>Diferencias de medias en tipo de recuerdo medido por la prueba SCEPT en función del grupo</i>	164
Tabla 21: <i>Correlaciones entre las variables latentes en el modelo de medida.</i>	168
Tabla 22: <i>Correlaciones de Pearson entre las variables de apego y la variable resiliencia</i>	171
Tabla 23: <i>Correlaciones de Pearson entre las variables de apego, resiliencia y tiempo de convivencia con la familia biológica</i>	172
Tabla 24: <i>Correlaciones parciales entre las variables de apego y la variable resiliencia controlando el efecto del tiempo de convivencia con la familia biológica</i>	172
Tabla 25: <i>Tabla de contingencia entre calidad del apego en la infancia y calidad del apego actual</i>	175
Tabla 26: <i>Tabla de contingencia entre calidad del apego en la infancia y situación que provocó la medida de protección</i>	177

Tabla 27. <i>Diferencias de medias en inadaptación social en función de la naturaleza de la experiencia traumática</i>	179
Tabla 28. <i>Diferencias de medias en inadaptación social en función de la naturaleza de la experiencia traumática</i>	180
Tabla 29. <i>Comparaciones por pares de las variables autoestima, amigos y calidad de vida total en función de la naturaleza de la experiencia traumática</i>	181
Tabla 30. <i>Diferencias de medias en depresión en función en función de la naturaleza de la experiencia traumática</i>	182
Tabla 31. <i>Comparaciones por pares de las variables depresión, autoestima negativa y depresión total en función de la naturaleza de la experiencia traumática.</i>	182
Tabla 32. <i>Diferencias de medias en memoria de trabajo en función del tipo de maltrato</i>	183
Tabla 33. <i>Diferencias de medias en acceso a recuerdos específicos en función del tipo de maltrato</i>	184

A.2. GRÁFICOS

Gráfico 1. <i>Distribución de Centros de Menores España de titularidad pública o privada</i>	34
Gráfico 2. <i>Distribucion de Menores en Castilla la Mancha de titularidad pública o privada</i>	34
Gráfico 3. <i>Distribución según el tipo de acogimiento; familiar o residencial, en España.</i>	38
Gráfico 4. <i>Distribución según tipo de acogimiento; familiar o residencial, en CLM.</i>	38
Gráfico 5. <i>Distribución de los participantes por tipología de maltrato</i>	131
Gráfico 6. <i>Reagrupación de la muestra en base a la naturaleza del maltrato</i>	131
Gráfico 7. <i>Modelo causal inicial</i>	167
Gráfico 8. <i>Modelo causal final</i>	168
Gráfico 9. <i>Distribución porcentual de los participantes en las tipologías de apego hacia la madre biológica en la infancia</i>	173
Gráfico 10. <i>Distribución porcentual de los participantes en SEGUROS/INSEGUROS hacia la madre en la actualidad</i>	174

JUSTIFICACIÓN

El maltrato infantil ha llegado a ser un problema que se incrementa a un ritmo acelerado y su presencia es cada vez más evidente. Son necesarias investigaciones que se orienten tanto en la detección y prevención del maltrato, como en el fomento de contextos para un óptimo desarrollo de los menores víctimas de experiencias traumáticas. Se considera que el sistema de protección, puede aportar al menor víctima de maltrato, un contexto compensador y promotor de apegos seguros. Pero es necesario una intervención conjunta con otros ámbitos: psicológico, sanitario, comunitario, servicios sociales y en ocasiones, dependiendo del tipo de experiencia traumática vivida, las propias familia. Esta intervención multidisciplinar es necesaria no solo para la detección y prevención del maltrato sino para la atención individualizada del mismo, favoreciendo la elaboración de tratamientos psicoterapéuticos especializados y efectivos según el tipo del maltrato, que sean capaces de abordar sus efectos en las estrategias de apego infantil, la adaptación personal y social y los sistemas de memoria. El acogimiento residencial es una medida constituida por un conjunto de recursos de convivencia educativa, de muy variada tipología y centrados en las necesidades de los niños (Bravo y Del Valle, 2009). Dentro del sistema de protección de menores, la medida de acogimiento residencial en hogares tutelados en régimen abierto es considerada un contexto óptimo de desarrollo para los menores mayores de seis años, que han sufrido situaciones traumáticas en su infancia. En este sentido, esta tesis doctoral estudia aspectos del desarrollo afectivo social y cognitivo de adolescentes institucionalizados en hogares tutelados de Castilla La Mancha.

El objetivo de este trabajo es analizar cómo las experiencias traumáticas vividas durante la infancia tienen consecuencias en el desarrollo afectivo social y en la memoria autobiográfica y de trabajo en adolescentes institucionalizados en hogares tutelados en situación de protección en Castilla La Mancha, comparándolo con un grupo de control. Se ha tratado de observar si los adolescentes institucionalizados que sufrieron vivencias traumáticas durante la infancia, en comparación con un grupo de control e independientemente del tipo de maltrato sufrido, son más inseguros, tienen mayores dificultades para adaptarse a nivel personal y social, mayores problemas en su calidad de vida relacionada con la salud, menor capacidad resiliente, son más depresivos y/o si tienen mayor dificultad para acceder a recuerdos específicos. Por otro lado, se ha observado las diferencias en el desarrollo afectivo-social, memoria de trabajo y memoria autobiográfica entre los menores institucionalizados teniendo en cuenta la naturaleza de la experiencia traumática vivida durante la infancia y que provocó la adopción de la medida de protección en acogimiento residencial. En el análisis de estas diferencias reside la principal aportación de esta tesis doctoral. Se reflexionará sobre el

papel decisivo que juegan las necesidades relacionadas con el desarrollo de apegos seguros en los procesos característicos de la regulación emocional, social y el acceso a la memoria autobiográfica (Main, 1995).

El clima social familiar juega un papel fundamental en el desarrollo de vinculaciones afectivas y en la adaptación personal y social de los adolescentes. Según la investigación de Pichardo, Fernández de Haro y Amezcua, (2002), los adolescentes cuyo clima familiar es percibido como elevado en cohesión, expresividad, organización y afecto, así como niveles bajos en conflicto, evidencian una mayor adaptación general que sus iguales cuyas percepciones sobre la familia van en la línea inversa.

La capacidad temprana para el acceso a los recuerdos autobiográficos específicos también se ha asociado con las relaciones de apego. La teoría del apego puede constituir un marco para un examen más detallado del vínculo entre la relación niño/a progenitor y el desarrollo de la memoria autobiográfica. Partiendo del concepto de los modelos operativos internos, definidos por Main como reglas que guían no solo los sentimientos y comportamientos si no también la atención (Main, Kaplan y Cassidy, 1985), la memoria y la cognición. Se especula que la naturaleza de la memoria autobiográfica, por una parte pueda ser diferente en función de los modelos operativos que reflejan la relación de apego, por otra sea un agente activo en la construcción de tales modelos. Los bebés que desarrollan apego seguro construyen modelos coherentes, organizados y que facilitan la emergencia del sentido del yo, beneficiándose de mayor accesibilidad a los recuerdos autobiográficos (Chae, Ogle y Goodman, 2009). Complementariamente, la falta de especificidad ha sido asociada con las relaciones de apego inseguro (Dykas y Cassidy, 2011; Valentino, 2011). Bowlby (1980) y Main (1990) plantearon la hipótesis de que los individuos desarrollan estrategias de evitación defensiva si son frecuentemente expuestos a experiencias de rechazo y falta de apoyo. Por tanto, los individuos con apego inseguro tendrían menos recuerdos específicos como estrategia defensiva para evitar las emociones negativas asociadas a los procesos de apego disfuncionales.

Según la teoría del desarrollo sociocultural de Fivush y Nelson (2004), tanto el lenguaje como la cultura desempeñan un papel primordial en la aparición de la memoria autobiográfica. El lenguaje porque los niños lo usan para hablar de sus recuerdos, y la cultura porque, por ejemplo, los niños al relacionarse con su madre usan el lenguaje para hablar de los hechos y de sus recuerdos. Las experiencias traumáticas vividas durante la infancia causan sufrimiento para los niños y las propias familias, y pueden tener consecuencias a largo plazo. Causan estrés y se asocian a trastornos del desarrollo cerebral temprano, los casos extremos

de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. En consecuencia los adolescentes que han sufrido experiencias traumáticas en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas afectivos, conductuales, físicos y mentales.

Este estudio realiza una interesante e importante aportación al campo de la investigación, aportando información detallada del perfil de una muestra de muy difícil acceso como son los menores acogidos en hogares tutelados en situación de protección, los cuales han vivido durante su infancia experiencias traumáticas que han marcado su posterior desarrollo afectivo-social, memoria de trabajo y memoria autobiográfica. Hemos tratado de conocer la relación existente entre la calidad del apego percibido durante la infancia, la seguridad actual con la madre, la inadaptación personal y social, la depresión y la capacidad de acceso a recuerdos autobiográficos en menores institucionalizados en comparación con un grupo de control. Por ello, todo el trabajo realizado se estructura en dos grandes partes; en primer lugar el *marco teórico* que conforman tres capítulos los cuales proporcionan un completo marco conceptual, que nos permite fundamentar el objeto y método de investigación, así como interpretar los resultados obtenidos. En segundo lugar, un *marco empírico*, formado por cuatro capítulos en los que se detallan de forma minuciosa los dos grandes estudios realizados en esta tesis doctoral.

A continuación se detallan los cuatro capítulos del *marco teórico*. El *primer capítulo* explica brevemente el sistema de protección en Castilla La Mancha, concretamente el acogimiento residencial como medida de protección para menores, contexto donde se ha desarrollado la mayor parte de nuestra investigación. El *capítulo dos*, define el concepto de maltrato infantil así como sus diferentes modalidades existentes en la literatura. Además se explican las consecuencias específicas relacionadas con las diferentes formas de maltrato y las consecuencias sobre la adaptación social. Todo ello nos ayudará a comprender la situación actual de los adolescentes institucionalizados y a compararlos con un grupo de control de adolescentes no institucionalizados que en el momento del estudio vivían con sus familias biológicas. Con el objetivo de abordar la relación entre tres grandes constructos como son el apego, el trauma y la memoria autobiográfica, el *tercer capítulo* se ha dividido en cuatro grandes bloques: en primer lugar, hemos definido los aspectos generales del apego infantil, en segundo lugar, se han analizado las consecuencias del trauma infantil: consecuencias de los procesos traumáticos, precisión de la memoria y trauma y la capacidad resiliente. En tercer lugar, se ha definido la memoria de trabajo y la memoria autobiográfica centrándonos en la importancia que para el desarrollo de la misma tienen el lenguaje, los procesos narrativos, la emoción, la cognición y el estado de ánimo depresivo. En cuarto lugar, se analiza la relación

entre el apego, las experiencias traumáticas vividas durante la infancia y la memoria autobiográfica.

Con respecto a la segunda parte, el marco empírico, en primer lugar, el *cuarto capítulo* describe los objetivos que persigue ésta Tesis Doctoral. Se describen las hipótesis objeto de estudio que guiaran el trabajo posterior, en segundo lugar, el *quinto capítulo*, analiza de forma minuciosa los participantes, las variables e instrumentos de recogida de datos, el tipo de diseño utilizado y el procedimiento seguido. En tercer lugar, el *capítulo sexto* se presentan los resultados del análisis comparativos entre adolescentes institucionalizados en Hogares Tutelados y un grupo control de adolescentes que convivían con su familia biológica y el estudio de las características del grupo de menores institucionalizado. El *séptimo capítulo* contiene la discusión de los resultados, y en él se describen y analizan los resultados extraídos a partir de su tratamiento estadístico. Por último, se concluye este trabajo de investigación con el *capítulo ocho* en el que, sobre la base de los descubrimientos realizados, se analizan minuciosamente las aportaciones de esta investigación y su prospectiva de futuro. En estos dos últimos capítulos, se analiza el grado de consecución de los objetivos generales y específicos, a la vez que se establece la conexión entre los resultados y los planteamientos teóricos previos encontrados, recopilando, en cierta forma, los aspectos más relevantes de esta tesis doctoral, así como algunas de las limitaciones, aportaciones y líneas de investigación que podrían resultar interesantes en un futuro próximo.

En cierto modo, el objetivo de esta tesis doctoral es fruto de mis propias reflexiones, a la vez que recoge mi experiencia profesional en el campo de la intervención educativa y psicológica con los menores institucionalizados en hogares tutelados en situación de protección. Después de tantos años trabajados con menores que han sufrido experiencias traumáticas en la infancia era muy interesante analizar como esas experiencias traumáticas les han afectado en su desarrollo posterior. Es fundamental detectar a tiempo una situación de riesgo, ayudar a restablecer el equilibrio roto mediante las actuaciones adecuadas antes de que sea tarde, o evitar que un niño o una niña sufra durante un período de tiempo tan prolongado que le produzca un daño físico o emocional irreparable, así como, analizar las diferencias en el desarrollo a pesar de haber sufrido similares historias de maltrato. Por todo esto, se espera que esta investigación sobre las *experiencias traumáticas vividas en la infancia y su influencia sobre el desarrollo afectivo-social y la memoria autobiográfica en menores institucionalizados en hogares tuteladas en comparación con un grupo de control* proporcione información útil y valiosa no solo en el campo de investigación de las posibles consecuencias del maltrato infantil sino también en el campo de los servicios sociales, de los

profesionales que trabajan con estos menores y con sus familias biológicas, ayudándoles a prevenir situaciones de maltrato y a reducir el daño provocado por el mismo. En este sentido, esta investigación puede ayudar a concienciar a la sociedad sobre la necesidad de detectar a tiempo los casos de maltrato infantil así como la necesidad de la existencia de los hogares tutelados y de la figura del educador social para ayudar al menor en su desarrollo posterior, asegurando un acogimiento residencial de mejor calidad, con mejores programaciones y actuaciones profesionales; un acogimiento residencial muy centrado en las necesidades de los niños y niñas que por él pasan, que deben constituir la preocupación central de todos los que en él tienen algún protagonismo y alguna responsabilidad.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO 1.

**SISTEMA DE PROTECCIÓN. EL ACOGIMIENTO
RESIDENCIAL**

Dentro del sistema de protección de menores, el acogimiento residencial es la medida menos estudiada y por tanto la más desconocida. El acogimiento residencial es una medida importante, por un lado, para dar respuesta a las necesidades infantiles derivadas de la situación de maltrato y separación familiar en que se encuentran los afectados y, por otro, por el destino posterior a que se les vaya a encaminar. (Del Valle y Fuertes, 2000). La deseabilidad actual, para los menores que han sufrido maltrato, es el acogimiento familiar, principalmente para los menores de seis años, pero la realidad es muy diferente ya que se necesitan aumentar los acogimientos familiares que evitasen la institucionalización de algunos menores y redujese los tiempos de estancia de muchos otros. Por ello el acogimiento residencial se convierte, en la mayoría de los casos, en la única medida de protección que puede dar una atención de calidad a los menores que han sufrido experiencias traumáticas. En este capítulo se hace una breve introducción del sistema de protección de menores en la comunidad de Castilla La Mancha. Dentro del sistema de protección se define las diferentes modalidades de acogimiento residencial, sus objetivos, finalidades y destinatarios.

1.1 Introducción al sistema de protección de Castilla La Mancha

Según Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha, la protección del menor comprende el conjunto de medidas, actuaciones y recursos destinados a prevenir e intervenir en situaciones de *riesgo*, *desamparo* y *conducta inadaptada* en que el mismo puede verse involucrado, que tiendan a garantizar su desarrollo integral y a promover una vida familiar normalizada, primando en todo caso, el interés superior del menor.

Por tanto, la existencia de una situación de desprotección es el supuesto de hecho o la causa para que entre en funcionamiento el sistema público de protección de menores de edad. Atendiendo a la gravedad de la situación de desprotección social en la que se pueda encontrar un menor, la legislación actual distingue entre situación de riesgo, situación de desamparo y situación de menores con conducta inadaptada. En los tres casos, si llega a conocimiento de un ciudadano o de profesionales de la salud, de los servicios sociales y de la educación que un menor o adolescente se halla en una situación de riesgo, desamparo o conducta inadaptada, existe el deber de comunicarlo a la Comisión Provincial de Tutela y Guarda de Menores, con la menor dilación posible. La legislación española (Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor), distingue dos situaciones de desprotección: riesgo y desamparo:

1. *Situaciones de riesgo* son aquellas que, como consecuencia de circunstancias de carácter personal, familiar o de su entorno, perjudican el desarrollo personal o social del menor y en las que los padres, tutores o guardadores de los menores no asumen o puedan no asumir completamente sus responsabilidades para mitigarlas, sin que dichas situaciones requieran la asunción de la tutela por ministerio de la Ley. Las situaciones de riesgo, se caracterizan por la existencia de un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del núcleo familiar. (Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor)
2. *Situación de desamparo* la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material. La asunción de la tutela atribuida a la entidad pública lleva consigo la suspensión de la patria potestad o de la tutela ordinaria. No obstante, serán válidos los actos de contenido patrimonial que realicen los padres o tutores en representación del menor y que sean beneficiosos para él. (Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor)

Es importante detectar a tiempo una situación de riesgo, ayudar a restablecer el equilibrio roto mediante las actuaciones adecuadas antes de que sea tarde, o evitar que un niño o una niña sufra durante un período de tiempo tan prolongado que le produzca un daño físico o emocional irreparable. La Administración de la Comunidad Autónoma asume por ministerio de la ley la tutela de los menores en situación de desamparo y la ejerce en los términos establecidos en la legislación vigente (Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha).

La *tutela* de los menores declarados en situación de desamparo la ejerce la *Comisión Provincial de Tutela y Guarda de Menores de los Servicios Periféricos de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales*, y de este modo dicho órgano colegiado pasa a ser la representación legal del menor tutelado, asume su guarda y está obligado a:

- a) Velar por él, alimentarlo, educarlo y procurarle una formación integral.
- b) Administrar los bienes del menor tutelado con la diligencia de un buen padre de familia.

COMISIONES PROVINCIALES DE TUTELA Y GUARDA DE MENORES (Título II, Capítulo II, artículos del 29 al 33 de la Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha). La propia Ley crea estas comisiones como órgano colegiado adscrito a los Servicios Periféricos de la Consejería

competente en materia de protección de menores. Las Comisiones Provinciales de Tutela y Guarda de Menores se crean para el ejercicio de las acciones de protección de los menores de Castilla-La Mancha.

En total, en España, según el último informe de Estadística Básica de Medidas de Protección a la Infancia (EBMPI) del 2013, se cuenta con 2.557 Centros de Menores dedicados al Acogimiento Residencial, la mayoría de ellos (el 62,5%) de Colaboradores. Solo el 37,5% de los Centros son de titularidad de la entidad pública. Y en la Comunidad de Castilla La Mancha se cuenta con 63 Centros de Menores dedicados al Acogimiento Residencial, la mayoría de ellos de colaboradores, concretamente 62. Solo 1 de los Centros es de titularidad de la entidad pública En el Gráfico 1 se muestra la distribución de centros de menores a nivel nacional y en el Gráfico 2 la distribución en Castilla la Mancha.

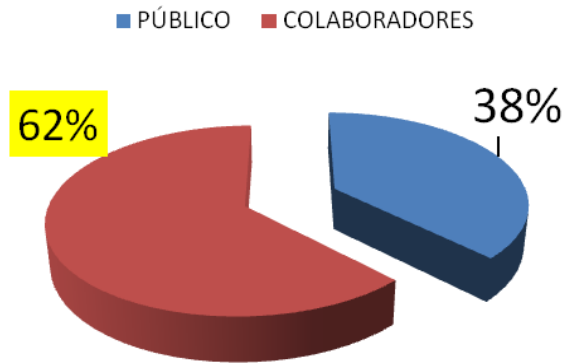


Gráfico 1. Distribución de Centros de Menores España de titularidad pública o privada.

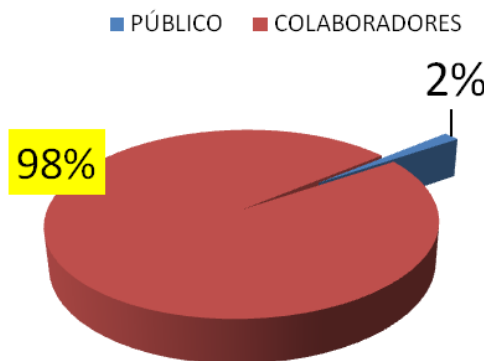


Gráfico 2. Distribución de Menores en Castilla la Mancha de titularidad pública o privada.

1.2 Definición y modalidades de Acogimiento Residencial.

El acogimiento residencial es una medida de protección destinada a aquellos menores que, al no poder permanecer en sus hogares, se les proporciona temporalmente un lugar de residencia y convivencia que cumpla con el cometido de una adecuada satisfacción de las necesidades de protección, educación y desarrollo. Esta medida se fundamenta en dos características esenciales: (La Ley 3/1999, de 31 de marzo, del Menor de Castilla-La Mancha, en el art. 21).

1. Su carácter *instrumental*, ya que está al servicio de un plan de caso de protección que contempla una finalidad estable y normalizada; y
2. La *temporalidad*; teniendo en cuenta que cuando los menores requieran un hogar de sustitución por tiempo indefinido o muy larga estancia, deberían orientarse hacia el acogimiento familiar.

Así pues, los hogares y residencias de acogida, en sus diferentes modalidades, configuran un tipo de recurso social indicado para aquellos menores que precisan de un contexto de convivencia sustitutivo de la familia, siguiendo el principio básico de normalización, por lo que tratarán de reproducir, dentro de sus posibilidades, un ambiente de convivencia similar al familiar, respetando los patrones sociales normativos de distribución de espacios, actividades, reglas y relaciones personales. En el mismo sentido, se deberán utilizar los recursos sociales comunitarios para la cobertura de las necesidades de los menores atendidos, tanto en el aspecto escolar, como en el sanitario, ocio y tiempo libre, etc., evitando la utilización de servicios o actividades dentro de los hogares que puedan obstaculizar la integración social.

El modelo de atención que se propone para el acogimiento residencial, atendiendo a los cambios producidos en los últimos años en la población atendida, así como en el perfil de los profesionales, es el de una *intervención intensa e individualizada*, capaz de llevar a cabo estrategias rehabilitadoras de ciertos retrasos del desarrollo o problemas de comportamiento, que tan frecuentes son en áreas como las habilidades sociales, cognitivas o de autonomía personal. Se debe superar el concepto de hogar o centro como mera estancia protectora para proponer un modelo de contexto educativo donde los profesionales lleven a cabo variedad de estrategias y de recursos para potenciar al máximo el desarrollo de los menores bajo su cuidado.

En nuestra legislación, la ley 1/1996 en el artículo 21, respecto al acogimiento residencial, recoge que cuando la entidad pública acuerde la acogida residencial de un menor, teniendo en

cuenta que es necesario que tenga una experiencia de vida familiar, principalmente en la primera infancia, se procurará que el menor permanezca internado durante el menor tiempo posible, salvo que convenga al interés del menor. La Ley 3/1999, de 31 de marzo, del Menor de Castilla-La Mancha, en el art. 49 define el acogimiento residencial como una medida de protección del menor por la que éste se integra en un centro, correspondiendo su guarda al director o responsable del mismo, bajo la supervisión de la Administración Autonómica y del Ministerio Fiscal.

La Ley 3/1999 del Menor en Castilla-La Mancha, en su artículo 53, establece los recursos de acogimiento residencial, distinguiendo dos tipos de centros:

- a) Centros de carácter abierto (cuyas actividades se realizan fuera del mismo, haciendo uso de los recursos normalizados).
- b) Centros especializados: estos centros están destinados a menores que precisan de un programa de asistencia terapéutica y educativa más controlado e intensivo, por lo que las actividades se realizan en el interior del centro. En la medida de lo posible, la tendencia es que el menor salga fuera del hogar, pero, en ciertos momentos y hasta que se consiguen ciertos objetivos básicos, algunas actividades se realizan dentro del mismo.

En la práctica, en Castilla-La Mancha los recursos residenciales de protección con los que contamos son los siguientes:

- *Hogares de primera acogida y valoración:* son hogares que acogen a menores para prestarles la atención que requieran de una forma inmediata y evaluar el caso. En la práctica se estima que el tiempo máximo de permanencia sea de 6 meses.
- *Hogar residencial de menores:* son hogares que acogen a menores durante estancia temporales cuya duración será variable dependiendo de la finalidad de cada caso, previo paso por los hogares de primera acogida y valoración; se ubican en entornos normalizados y vecinales, de tipo familiar.
- *Centros de atención especializada:* son servicios específicos destinados a menores con graves trastornos de conducta (del comportamiento) que imposibilitan su convivencia en otros hogares, con los que se lleva a cabo una atención socio-sanitaria y educativa en un ambiente de convivencia cotidiana. La estancia máxima de los menores en este recurso residencial será de un año, aunque, en la práctica, si pasado este año no se han logrado los objetivos propuestos, el menor no pasará directamente a otros recursos residenciales, sino que se hará una nueva valoración del caso, de sus necesidades y

objetivos. Este recurso puede pertenecer a la red de atención especializada, sin incluirse específicamente en la red residencial del sistema de protección.

- *Hogar residencial Especializado*: hogar especializado de atención a menores en conflicto social, dirigido a menores de edad que presentan conductas inadaptadas y disruptivas que hacen inviable su atención en su unidad básica de convivencia y que necesitan de una intervención socializadora específica de cara a modificar actitudes y problemas de adaptación, con carácter temporal, con el objetivo de su incorporación a su hogar de procedencia.
- *Pisos de Autonomía*: se trata de recursos destinados a adolescentes o jóvenes que están o han estado bajo medida de protección o judicial. La edad de los menores a partir de la cual se puede hacer uso de este recurso es de 16 años excepcionalmente, en aquellos casos en los que previa valoración se vea como más conveniente esta medida, aunque este recurso se llevará a cabo preferentemente a partir de la mayoría de edad, hasta máximo los 24 años, siempre teniendo en cuenta las características del caso concreto. Para el ingreso en el piso de autonomía es imprescindible que el joven esté incluido dentro del Programa de Autonomía Personal, tenga voluntariedad, motivación y una mínima capacidad de autonomía para el recurso.

En total, en España, según el último informe de Estadística Básica de Medidas de Protección a la Infancia (EBMPI) del 2013, se cuenta con 21.644 acogimientos familiares (AF) y 13.401 acogimientos de tipo residencial (AR). Y en la Comunidad de Castilla La Mancha se cuenta con 632 acogimientos familiares (AF) y 438 acogimientos de tipo residencial (AR) En el Gráfico 3 se muestra la distribución según el tipo de acogimiento, familiar o residencial, a nivel nacional y en el Gráfico 4 la distribución según tipo de acogimiento, familiar o residencial, en Castilla la Mancha.

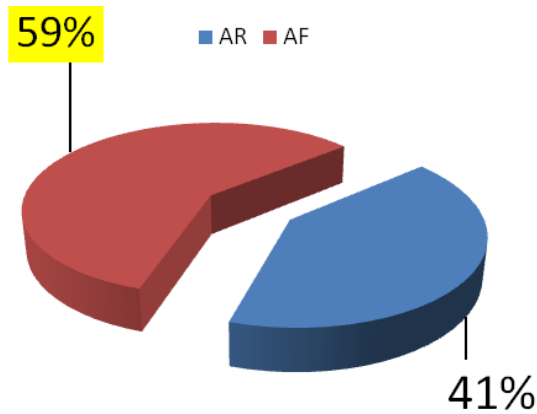


Gráfico 3. Distribución según el tipo de acogimiento; familiar o residencial, en España.

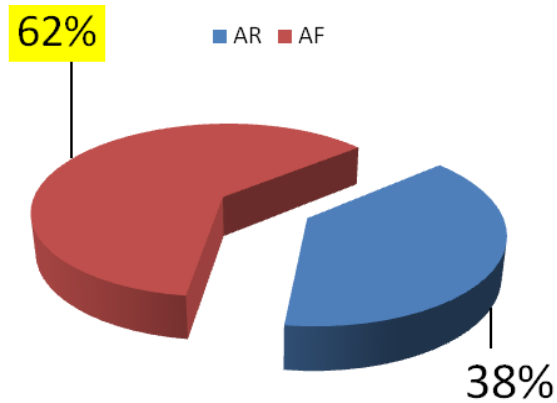


Gráfico 4. Distribución según el tipo de acogimiento; residencial o familiar, en CLM.

1.3 Finalidad y Objetivos.

El acogimiento residencial, tiene como finalidad general proporcionar al menor, cuya tutela y/o guarda ostente la Administración, un marco de convivencia adecuado en un hogar o centro que se adapte a sus necesidades (art. 31.1 del Decreto 4/2010 de 26/01/2010, de protección social y jurídica de los menores en Castilla-La Mancha). De forma específica, los recursos residenciales tienen como finalidad esencial el ejercicio de la acción educativa y socializadora que todo menor tiene derecho a recibir y que normativamente se desarrolla en un contexto familiar.

Entre los objetivos generales que se pretenden conseguir con el acogimiento residencial podemos destacar los siguientes:

1. Constituir un entorno de seguridad y protección para los menores donde puedan generarse experiencias de aprendizaje basadas en adecuados modelos educativos de responsabilidad y relación positiva.
2. Potenciar el máximo desarrollo y crecimiento personal en las principales dimensiones intelectual, afectiva, social y de salud, de forma que la permanencia en un hogar no solamente evite el deterioro propio de una inadecuada situación familiar, sino que contribuya a superar los posibles trastornos o retrasos que el menor pueda presentar.
3. Integrar a los menores en los principales contextos de socialización de la comunidad, intensificando la utilización de los recursos sociales normalizados.
4. Preparar al menor para conocer y asumir su proyecto de vida e implicarse en el logro de los objetivos establecidos.
5. Intervención con la familia en beneficio del menor. Teniendo en cuenta estos objetivos generales, se establecerán los objetivos específicos, que serán distintos dependiendo de las características de cada caso concreto.

1.4 Población destinataria.

En general, se puede decir que la población a la que se destina el acogimiento residencial es la comprendida por todos los menores con una edad inferior a 18 años que se encuentren en situación de desamparo o en grave riesgo de cualquier forma de maltrato, o cuyas familias no pueden atender sus necesidades básicas de forma temporal. De forma específica, el acogimiento residencial se podrá aplicar a aquellos menores en los que se valora la necesidad de separación de su familia biológica y para los cuales la medida de acogimiento familiar no es posible o es desaconsejable. El acogimiento residencial parece ser más adecuado a medida que el niño/a es mayor. No obstante, se adoptará una medida de acogimiento residencial cuando se produzcan algunos de los siguientes casos:

- Menores adolescentes que presentan problemas especiales (emocionales, conducta de fuga, necesidades sanitarias, etc) que requieren una intervención especializada y un contexto estructurado y organizado.
- Niños y adolescentes que necesiten ser acogidos con carácter urgente en un contexto de protección, siempre y cuando no haya una familia acogedora.
- Grupos de hermanos, cuando se estime conveniente que continúen viviendo juntos y no sea posible mediante un acogimiento familiar.

- Niños y adolescentes que tengan problemas en su relación con iguales, y/o con adultos, y que no se haya podido llevar a cabo mediante un acogimiento familiar, ya que el acogimiento residencial proporciona experiencias de interacción social.
- Niños que hayan experimentado situaciones graves de maltrato o repetidas experiencias de separación de su familia, o experiencias de fracaso en acogimiento familiar.
- Niños o adolescentes que no estén recibiendo la atención adecuada en su familia porque ésta se encuentre en una situación de crisis o de estrés que no puede manejar con sus propios recursos. La separación temporal y los apoyos proporcionados por el acogimiento residencial pueden permitir al grupo familiar reorganizarse y hacer frente a la situación de crisis.
- Situaciones en que, habiéndose valorado necesaria una separación temporal, se prevé que el acogimiento familiar puede entorpecer la aceptación de esa separación por parte del menor o de sus padres, o la reunificación.
- Niños o adolescentes cuyas circunstancias personales y/o familiares hagan prever el fracaso de un acogimiento familiar.
- Situaciones en las que, habiéndose valorado como necesaria la separación, el menor y/o la familia necesitan un tiempo de preparación para aceptar un acogimiento familiar.
- Adolescentes que no puedan continuar con su familia, o que, procedentes de otros recursos de protección, no puedan reintegrarse a su familia y necesiten un periodo de preparación para la vida independiente.

Como conclusión a este capítulo, se resalta que el acogimiento residencial, en muchas ocasiones es la opción más adecuada y la más beneficiosa para el menor. Es un programa que busca garantizar la estabilidad, seguridad y la satisfacción de las necesidades fundamentales de los niños y niñas que han sufrido o están sufriendo una experiencia traumática.

.

CAPÍTULO 2

EL MALTRATO INFANTIL Y SUS CONSECUENCIAS EN EL DESARROLLO

Son varias las definiciones del maltrato infantil según la perspectiva adoptada; legal, médica, psicológica o de los servicios sociales. Este concepto pertenece a todas estas categorías y cada una de ellas tiene sus propias funciones y diversas interpretaciones de dicho concepto. Una de las primeras definiciones del maltrato la podemos encontrar en la IV Encuentro Criminológico de Estrasburgo del Consejo de Europa (Council of Europe, 1981), según el cual por abuso debe entenderse conjunto de actos y carencias que perturban gravemente al niño atentando a su integridad corporal y a su desarrollo físico, afectivo, intelectual y moral, cuyas manifestaciones son: el descuido y/o lesiones de orden físico y/o físico y/o psíquico y/o sexual por parte de un familiar o de otros cuidadores del menor. En el 2001 en el artículo sobre maltratamiento y abuso a la infancia, Fellitti introdujo el concepto de *Experiencias Desfavorables Infantiles*, en referencia a el conjunto de eventos y circunstancias de riesgo, más o menos crónicas, experimentadas en la infancia y que condicionan significativamente los procesos de apego y de desarrollo, modificando el proceso evolutivo ideal tanto en el plano personal como relacional. En el 2002 en el encuentro mundial sobre violencia y salud, la OMS (Organización Mundial de la Salud) se definió el maltrato y el abuso como todas las formas de mala salud física y emocional, abuso sexual, abandono, negligencia o explotación infantil o cualquier otro que suponga un perjuicio real o potencial para la salud del niño, para su supervivencia, para su desarrollo o para su dignidad, en el ámbito de una relación caracterizada por la responsabilidad, confianza y poder.

En este capítulo, se hace una definición del maltrato entendiéndolo como cualquier acción, omisión o trato negligente no accidental, que priva al menor de sus derechos y su bienestar y/o interfiere su ordenado desarrollo físico o social; quienes lo infligen pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad. Es un problema social grave que, como fenómeno complejo, es atravesado por diversas áreas que involucran aspectos sociales, culturales, históricos, económicos y de salud, tanto de naturaleza física como psicológica. El maltrato que se infiere en los primeros cinco años de vida, puede ser especialmente dañino, debido a la vulnerabilidad de estos pequeños y al hecho de que los primeros años de vida se caracterizan por un crecimiento neurobiológico y psicológico más rápido que en los años siguientes (Siegel, 1995). Es indudable que sus consecuencias afectan considerablemente al desarrollo del niño, el adolescente y el adulto, quienes presentan dificultades en casi todas las dimensiones evolutivas (Cicchetti y Lynch, 1993; Cicchetti y Rogosch, 1997; Lessinger, Haag y Dalbosco, 2006). No obstante, en la experiencia de atención y seguimiento de casos relacionados con esta problemática es posible observar

diferencias en el modo en que cada uno de los niños y niñas puede enfrentar las diversas situaciones de riesgo en sus distintos niveles de gravedad y cronicidad. Muchos menores manifiestan trastornos severos una vez que se los preserva del peligro inminente. Sin embargo, otros desarrollan resiliencia, mostrando buena adaptación a los diferentes contextos interpersonales, así como afrontando con éxito y con buenas perspectivas de evolución las situaciones estresantes (Cicchetti, 2001; Cicchetti, Rogosch, Lynch y Holt, 1993; Morelato, 2009). Para poder abordar todas estas cuestiones, en este capítulo se hace, por un lado, una definición de las necesidades de la infancia, y por otro, se hace un análisis conceptual de los tipos de maltrato infantil así como sus consecuencias asociadas.

2.1 Necesidades de la infancia.

Las necesidades relacionadas con el desarrollo, no se deben satisfacer del mismo modo a diferentes edades, aunque deben ser entendidas como universales. Las necesidades de los menores cambian en la medida en que los niños y las niñas crecen (Hidalgo y Sánchez, 2008). De hecho, las necesidades de los bebés con meses no son las mismas, o no deben cubrirse del mismo modo, que las necesidades de los niños y niñas de 4-5 años.

En el ámbito de la psicología evolutiva actual, tanto López (1995, 2008) como Amorós y Palacios (2004) coinciden en ofrecer agrupaciones de las necesidades infantiles atendiendo a los distintos ámbitos del desarrollo. Siguiendo las propuestas realizadas por estos autores, podemos clasificar las necesidades infantiles en tres tipos como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1: *Clasificación de las necesidades infantiles en tres dimensiones*

Necesidades relacionadas con la seguridad	Son necesidades de carácter físico-biológico se refieren a las condiciones que deben cumplirse para garantizar la subsistencia y un desarrollo físico saludable.
Necesidades relacionadas con el desarrollo cognitivo y lingüístico	Hacen referencia a las condiciones que deben darse para que las personas puedan conocer y estructurar las experiencias del mundo que les rodea.
Necesidades relacionadas con el desarrollo emocional y social	Se refieren a las condiciones que deben cumplirse para que los sujetos presenten un desarrollo afectivo adecuado y saludable y a los elementos necesarios para la adquisición de estrategias de expresión de sentimientos y conductas de interacción con los demás

Nota: López (1995, 2008), Amorós y Palacios (2004) agrupaciones de las necesidades infantiles atendiendo a los distintos ámbitos del desarrollo

Papel fundamental de las necesidades relacionadas con el desarrollo socio-afectivo.

Como describió Bowlby, el establecimiento de un apego seguro en los primeros años constituye el pilar básico sobre el que se asienta el desarrollo socio-personal a lo largo de todo el ciclo vital. Los estudios relativos al apego han revelado que el diseño u organización de las relaciones de apego durante la infancia se asocia con los procesos característicos de la regulación emocional, las relaciones sociales, el acceso a la memoria autobiográfica y el desarrollo de la auto-reflexión y la narración (Fox, Calkins y Bell, 1994; Main, 1995; Main et al., 1985). Las relaciones de apego son cruciales para organizar no sólo la experiencia continua, sino también para el crecimiento neuronal del cerebro en desarrollo. En otras palabras, estas relaciones emocionales incipientes tienen un efecto directo sobre el desarrollo de los dominios de funcionamiento mental que sirven como nuestros puntos de andamiaje conceptual: la memoria, la narración, la emoción, las representaciones y los estados mentales. De este modo, las relaciones de apego pueden servir para crear la base central a partir de la cual se desarrollará la mente. Las experiencias a lo largo de la vida modelan el funcionamiento de la mente. Las que suceden durante los

primeros años de vida pueden establecer la plataforma para las continuadas transacciones mentales. La investigación longitudinal sobre el apego sugiere que ciertas experiencias relacionales tempranas promueven el bienestar emocional, la competencia social, el funcionamiento cognitivo y la resiliencia ante la adversidad (Cicchetti y Rogosch 1997, Ogawa, Sroufe, Weinfeld, Carlson, y Egeland, 1997). El maltrato infantil y la falta de vinculaciones seguras con una figura referente en la familia afectan al desarrollo posterior del niño, ya que no se produce una respuesta adecuada por parte de la figura paterna y/o materna a las necesidades evolutivas del menor.

2.2 Conceptos y tipos de maltrato.

Hay que tener en cuenta que el maltrato infantil es un fenómeno multicausa, que involucra diversos factores biopsicosociales (Lazenbat, 2010). En España son necesarias investigaciones sobre maltrato a la infancia, que ayuden a aumentar la conciencia social, divulgando, instruyendo y educando a la población, ya que, a pesar de que los/as profesionales de los servicios sociales perciben la gravedad y la frecuencia más que preocupante de la situación del maltrato infantil, no existe conciencia suficiente de que sea un problema social (Fernández-Del Valle y Bravo, 2002). Es importante diferenciar entre los conceptos de maltrato infantil y desprotección:

- *Maltrato infantil*: se define como maltrato infantil cualquier acción, omisión o trato negligente no accidental, que priva al menor de sus derechos y su bienestar y/o interfiere su ordenado desarrollo físico o social; quienes lo infligen pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad (Arruabarrena y de Paúl, 1999).
- *Desprotección*: se define una situación como desprotección cuando la insatisfacción de las necesidades básicas del niño/a, joven o adolescente, genera un daño o riesgo que dificulta o impide su desarrollo integral. Dentro del sistema de Protección podemos entender como maltrato: Acción u omisión, no accidental, consecuencia del comportamiento del padre, la madre o de los responsables legales, que amenaza la seguridad o impide la adecuada satisfacción de las necesidades básicas del menor (Arruabarrena y de Paúl, 1999).

Tipos de Maltrato

En la clasificación de los tipos de maltrato infantil que se va a desarrollar se diferencian dos ejes (Arruabarrena y de Paúl, 1999):

1. La clase de maltrato: activo y pasivo.
2. El daño que ocasiona: emocional y físico.

Maltrato físico.

Cualquier acción no accidental por parte de los padres o responsables legales que provoque daño físico severo (grave) o enfermedad en el niño, niña o adolescente o le coloque en grave riesgo de padecerlo. Sobre la base de la gravedad de las lesiones, se distingue: el grado leve, cuando no es necesaria una hospitalización, el grado moderado, cuando se necesita una hospitalización y cuidado específico (fracturas, traumas craneoencefálicos) el grado severo: cuando el niño se recupera en reanimación con graves secuelas neurológicas, incluso la muerte (Di Blasio, 2000).

Indicadores del maltrato físico:

A. Indicadores físicos en el niño:

- Magulladuras, hematomas: en diferentes fases de cicatrización o con formas no normales, agrupadas o con formas o marcas del objeto con el que ha sido producida la agresión.
- Quemaduras: con formas definidas de objetos concretos o cigarrillos.
- Fracturas: de nariz o mandíbula.
- Heridas o raspaduras: en la boca, labios, encías y ojos o en la parte posterior de los
- Brazos, piernas o torso.
- Lesiones abdominales
- Mordeduras humanas
- Cortes o pinchazos
- Lesiones internas
- Asfixia o ahogamiento
- Envenenamiento
- Síntomas de ingestión o consumo de drogas o alcohol

B. Indicadores comportamentales del maltrato físico en el niño:

- Cauteloso con respecto al contacto físico con adultos.
- Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran.
- Muestra conductas extremas (Ej. Agresividad o rechazo extremos)

- Parece tener miedo de sus padres, de ir a casa, o llora al terminar las clases.
- Ha sido objeto de maltrato en su infancia.
- Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad y problema de conducta del niño.
- No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño, o estas son ilógicas, no convincentes, o contradictorias.
- Percibe al niño de manera significativamente negativa.
- Abusa del alcohol u otras drogas.
- Intenta ocultar la lesión del niño o proteger la identidad de la persona responsable de ésta.

Maltrato emocional.

Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

Indicadores del maltrato emocional.

A. Indicadores *físicos* en el niño:

- Enanismo psicosocial: talla baja y miembros inferiores cortos, cráneo y cara mayores en relación a la edad, delgadez, cabello frágil con placas de alopecia.
- Retraso en el desarrollo.
- Perturbaciones en el desarrollo físico.

B. Indicadores *comportamentales* en el niño:

- Excesiva ansiedad o rechazo a las relaciones psico-afectivas.
- Perturbaciones en el sueño.
- Asustadizos, tímidos o pasivos.
- Comportamientos agresivos o pasivos.
- Retraso en el desarrollo emocional e intelectual.
- Ausencia de respuestas a estímulos emocionales.
- Fracaso escolar.
- Problemas en el control de esfínteres.
- Conductas autolesivas.

C. Conducta y características del *cuidador*:

- Culpa o desprecia al niño.

- Es frío con el menor.
- Insulta o desaprueba constantemente al niño.
- Niega amor.
- Trata de manera desigual a los hermanos.
- Parece no preocuparse por los problemas del niño.
- Tolerancia absolutamente todos los comportamientos del niño sin poner límite alguno.
- Utiliza al menor para hacer daño a su pareja.

Negligencia física.

Se produce cuando las necesidades físicas y cognitivas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, cuidados médicos, educación, estimulación cognitiva) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño/a.

Indicadores de negligencia física.

A. Indicadores *físicos* en el niño:

- El menor está constantemente sucio, con escasa higiene corporal.
- Está hambriento (no se le proporciona la alimentación adecuada).
- Va vestido de forma inadecuada al tiempo atmosférico.
- Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej. heridas sin curar, etc) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios.
- Falta de supervisión y vigilancia por parte de un adulto, lo que provoca repetidos accidentes domésticos.
- No asiste o falta frecuentemente, y sin justificar, a la escuela. Ausencia de apoyo y/o interés de los adultos responsables del niño/a en su proceso de adaptación, aprendizaje, evolución y/o aprovechamiento escolar.
- Las condiciones del hogar son peligrosas para la salud y seguridad del niño.
- Ausencia de estimulación cognitiva. Presenta el “Síndrome de retraso en el desarrollo”, caracterizado porque el peso, altura y desarrollo motor de un niño se encuentra significativamente por debajo del promedio normal de los niños del mismo sexo y edad.

B. Indicadores *comportamentales* en el niño:

- Participa en acciones delictivas (ej. vandalismo, prostitución, drogas y alcohol, etc.)
- Pide o roba comida.
- Raras veces asiste a la escuela.

- Dice que no hay nadie que le cuide.
- El niño realiza conductas o actividades peligrosas.

C. Conducta y características del *cuidador*:

- Abuso de drogas o alcohol.
- La vida en el hogar es caótica. Muestra evidencias de apatía o inutilidad.
- Está mentalmente enfermo o tiene un bajo nivel intelectual.
- Tiene una enfermedad crónica que le impide atender las necesidades básicas del menor.

Negligencia emocional.

Falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño/a, y falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable.

Indicadores de negligencia emocional

A. Indicadores en el niño:

- Desconfianza hacia el adulto, en sus promesas o actitudes positivas.
- Inhibición del juego.
- Paradójica reacción de adaptación a personas desconocidas.
- Excesivamente complaciente, pasivo o no exigente.
- Extremadamente agresivo.

B. Conducta del *cuidador*:

- Renuncia a su rol parental.
- No disponibilidad de los padres para el niño.
- Padres inaccesibles.
- Incapacidad de responder a cualquier conducta de los niños.
- No responden a las conductas sociales del niño.
- Ignoran los intentos y necesidades del niño de interacción con las figuras parentales (ausencia de expresión de afecto, cuidado y amor) y no reflejar ninguna emoción en esas interacciones.
- No participan en las actividades diarias del niño.
- Rechazo de atención psicológica por parte de los padres a iniciar un tratamiento de algún problema emocional o conductual del niño.

- La negligencia emocional no tiene niveles de gravedad. Cuando se califique la existencia de abandono emocional, se entenderá que su gravedad es siempre elevada.

Abuso sexual.

Cualquier clase de contacto e interacción sexual entre un adulto y un niño/a o adolescente, en la que el adulto (que por definición posee una posición de poder o autoridad) usa a éste para su propia estimulación sexual. El abuso sexual también puede ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando ésta es significativamente mayor que el menor-víctima, o cuando está en una posición de poder o control sobre el menor.

Tipos de abusos sexuales:

- 1. Abuso sexual intrafamiliar o incesto:** Interacciones de carácter sexual (con contacto físico o sin él) de una persona adulta con un niño/a o adolescente con quien mantiene una relación de parentesco. También se incluye aquellos casos en que el adulto esté cubriendo de manera estable el rol parental (ej. madres y padres adoptivos, padrastro/ madrastra, madre /padre convivencial). Para calificar una situación como incesto, han de cumplirse los siguientes puntos en relación al abusador:
 - a. Fue un participante activo en el abuso.
 - b. Estimuló activamente u organizó que el abuso ocurriese, y/o
 - c. Tuvo conocimiento de la ocurrencia o de la posibilidad de ocurrencia del abuso, y no tomó ninguna medida para prevenirlo y proteger al menor, siempre que se verifique que estaba plenamente capacitado para hacerlo.
- 2. Abuso sexual extrafamiliar.** La persona abusadora no forma parte de la familia del niño/a.

Tipos de conductas sexuales:

- *Abuso sexual sin contacto físico.* Seducción verbal, exposición de los órganos sexuales del adulto con objeto de obtener gratificación o excitación sexual, masturbación o realización intencionada del acto sexual en presencia del menor.
- *Abuso sexual con contacto físico.* Tocamiento intencionado de zonas erógenas del menor o forzar al menor a que toque las zonas erógenas del adulto, penetración digital, penetración con un objeto, contacto genital oral, penetración vaginal o anal con el órgano sexual masculino.

Niveles de gravedad:

- *Leve.* Abuso sexual sin contacto físico, protagonizado por una persona ajena a la familia del menor, que ha tenido lugar en una sola ocasión, y donde el menor dispone de apoyo de su madre, padre o responsables legales.
- *Moderado:* Abuso sexual sin contacto físico, protagonizado por una persona ajena a la familia del menor, que ha tenido lugar en varias ocasiones, y donde el menor dispone de apoyo de su madre, padre o responsables legales.
- *Severo:* casos de incesto y abuso sexual extrafamiliar con contacto físico.

Con carácter general se califican como gravedad severa todas las situaciones de incesto, haya o no contacto físico, y las situaciones de abuso sexual extrafamiliar en las que los padres o responsables legales se muestran incapaces de proteger al menor.

Indicadores del abuso sexual:

A. Indicadores *físicos* del niño:

- Dificultad para andar y sentarse.
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
- Se queja de dolor o picor en la zona genital.
- Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal.
- Tiene la cérvix o la vulva hinchada o roja.
- Tiene semen en la boca, genitales o en la ropa.
- Embarazo, especialmente al inicio de la adolescencia.

B. Indicadores *comportamentales* en el niño:

- Parece reservado, rechazante o con fantasías o conductas infantiles, e incluso puede parecer retrasado.
- Tiene escasas relaciones con sus compañeros
- Comete acciones delictivas o se fuga.
- Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales.
- Dice que ha sido atacado por un padre/cuidador.

C. Conducta del *abusador*:

- Extremadamente protector o celoso del niño.

- Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador.
- Sufrió abuso sexual en su infancia.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Está frecuentemente ausente del hogar.

Violencia asistida.

Participación del menor como testigo de actos violentos sobre figuras de referencia para él /ella afectivamente significativas. Todas estas formas de maltrato tienen en común la capacidad de producir una gran gama de resultados patológicos a breve, medio y largo plazo sobre el proceso de crecimiento, constituyendo siempre un apego desestabilizante en la personalidad del menor. El concepto “abuso a menores” (traducción del concepto inglés child abuse) comprende todas estas formas de maltrato. Difícilmente estas se presentan de manera aislada. Son experiencias capaces de agotar los recursos naturales de “resiliencia” del individuo y resistencia al estrés, el ansia y el sufrimiento, superando su capacidad de adaptación y de flexibilidad (Luthar, 2003). Respecto a las características individuales y familiares típicas de las situaciones de abuso y maltrato, Margo y Daly (2008) evidencian como la estructura familiar y la edad de la víctima influye sobre la posibilidad de sufrir abuso o negligencia. Analizados 87.789 casos de niños y adolescentes abusados o víctimas de negligencia, de edad comprendida entre 0 y 17 años, se ha podido comprobar cómo la presencia de solo el padre se asocia con un mayor riesgo de abuso que de negligencia; mientras que la presencia solo de la madre provoca una mayor incidencia de negligencia.

Otros tipos de maltrato:

Explotación sexual.

Durante el primer Congreso Mundial contra la Explotación Sexual de los Niños en 1996 en Estocolmo, se formuló la siguiente definición sobre explotación infantil: un explotador sexual es alguien “que se beneficia injustamente de cierto desequilibrio de poder entre él mismo y una persona menor de 18 de años, con la intención de explotar sexualmente a esa persona, ya sea para sacar provecho o por placer personal”. Se utilizó también en el Segundo Congreso Mundial realizado en Yokohama, cinco años después, en 2001. La utilización del niño por sus padres o tutores o por terceras personas con el consentimiento de aquellos, en la prostitución o en la realización de material o espectáculos de pornografía

con el fin de obtener un beneficio, sea económico o de otra índole. Es sin duda una práctica criminal y de sufrimiento para el niño/a.

Explotación laboral.

La explotación laboral infantil es la utilización, con carácter obligatorio y para fines económicos o de otra índole, de menores de edad por parte de adultos: sus padres o tutores legales, afectando con ello el desarrollo personal y emocional de los menores y el disfrute de sus derechos. Trabajos además con carácter obligatorio y de forma temporal o continua, siendo trabajos de tipo doméstico o de otra índole, que suelen exceder los límites de lo habitual y deberían ser realizados por adultos, interfiriendo de manera clara en actividades y necesidades sociales y escolares del menor.

Síndrome de Munchausen por poderes.

Se produce cuando los cuidadores simulan enfermedades en el niño de forma persistente y secreta (se miente o se engaña acerca de ella). El niño es llevado en forma reiterada para recibir ayuda y cuidado médico, lo someten a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por la persona adulta, por ejemplo, mediante la administración de sustancias al menor. La definición excluye al abuso físico en forma individual, y los problemas no orgánicos del desarrollo que sólo son el resultado de privaciones emocionales y alimenticias.

Maltrato institucional.

Se entiende este tipo de maltrato como inadecuadas o insuficientes prácticas llevadas a cabo por los siguientes sectores: ámbito sanitario, justicia, educación, servicios sociales, asociaciones para la prevención del maltrato infantil y ONGs. Incluye tanto las formas más conocidas de malos tratos llevadas a cabo extra-familiarmente -físico, negligencia, emocional, sexual- como de los programas -educación, salud, nutrición- y de los sistemas políticos, públicos y/o sociales inadecuados. Las diferencias con respecto a otros tipos de maltrato radican en que en el caso de maltrato institucional no es necesario el contacto directo con el menor.

Mendicidad.

Es la situación donde los niños o niñas se ven obligados por parte de los adultos a la realización continuamente de actividades o acciones consistente en demandas o pedido de dinero en la vía pública. En muchas ocasiones las madres utilizan sus bebés para pedir limosna con el objetivo de provocar un mayor impacto emocional a la gente. Este tipo de maltrato suele estar relacionado con la explotación laboral.

Inducción a la delincuencia.

Incitación o facilitación por parte de los padres o cuidadores a desarrollar pautas de conducta antisocial o la utilización del niño en la realización de acciones delictivas, reforzando en muchas ocasiones pautas de conducta antisocial o desviada (agresividad, sexualidad y drogas) que impiden el normal desarrollo e integración social del menor. También incluye situaciones en las que la madre, padre o responsables legales utilizan al menor para la realización de acciones delictivas (transporte de drogas, hurtos).

2.3 Consecuencias del maltrato infantil.

El impacto del maltrato es devastador para los niños y las niñas que lo sufren y no siempre es evidente de forma directa (Toth y Cicchetti, 2010). La adversidad o los traumas de los primeros años pueden llevar a una serie de problemas, incluyendo la depresión, la agresión, el uso de sustancias, los problemas de salud y a una infelicidad general, años después de que el maltrato haya concluido. Al llegar a la edad adulta, las víctimas de maltrato muestran altas tasas de ansiedad y desórdenes de estrés post traumático, siendo más proclives a involucrarse en conductas criminales. El maltrato durante la infancia puede conducir a un apego inseguro con los cuidadores, que se transfiere a las futuras relaciones.

Bronfenbrenner (1979) es el principal exponente de la teoría ecológica, según la cual el individuo en fase de desarrollo no es visto como “tabula rasa” que puede ser esculpida solo por la experiencia y plasmada por el ambiente (Locke, 1690), sino como una entidad dinámica que crece y se mueve en su estructura, en interacción recíproca y bidimensional con el ambiente. La teoría ecológica ofrece un modelo de análisis del desarrollo del niño en diversos contextos de la vida, de los más inmediatos, los que afectan directamente sobre él, como la familia, y otros como las condiciones sociales y económicas, ambientes y personas que tienen diferentes roles y entran en relación entre ellos, ejercitando una influencia indirecta sobre el crecimiento del niño (Schaffer, 1998).

Los niños que son testigos de violencia doméstica corren el riesgo de sufrir problemas psicológicos, emocionales, conductuales y académicos. Exhiben problemas similares a los de pequeños que han sido víctimas de maltrato físico en carne propia. Los niños de familias abusivas están expuestos a formas mal adaptadas de comunicación y conducta emocional y tienen frente a sí pobres modelos de autorregulación adaptativa. Como apunta Villanueva, Górriz y Cuervo (2009), es complicado delimitar cuáles son las consecuencias del maltrato infantil debido a las dificultades que presenta la definición de este fenómeno. Cuando lo que queremos es describir los efectos que tienen varios de victimización en los/as menores, el problema se incrementa exponencialmente.

Los mecanismos precisos que vinculan a la experiencia de maltrato con el desarrollo de estos problemas, son en su mayoría desconocidos. Los niños pueden ser más sensibles a ciertas emociones (por ejemplo la ira), en relación a otras emociones. Las investigaciones sobre los efectos del maltrato enfrentan un sin número de desafíos. Los investigadores no coinciden en cuanto a la mejor forma para definir y medir el maltrato. También es difícil distinguir entre los efectos de diferentes formas de maltrato (a menudo propinado a los mismos niños) y entre los efectos del maltrato y los efectos de la pobreza asociada o bien otros factores medioambientales adversos asociados y los factores cotidianos de la vida. La predisposición genética puede ayudar a explicar por qué algunos niños/as son más resilientes al maltrato infantil que otros. Durante los primeros años de vida surge la capacidad de regulación emocional, existe una fuerte identificación de los/as menores con sus figuras de apego, requiriendo ciertas condiciones externas de estabilidad y protección, y dependiendo en gran medida tanto a nivel emocional, económico y social, de los adultos y las instituciones (Lopez-Soler, 2008; Pinheiro, 2006).

Los niños/as que han sufrido maltrato como negligencia, maltrato físico, maltrato emocional y/o abuso sexual tienen mayor probabilidad de presentar alteraciones en algunas o en todas las áreas de su desarrollo: emocional, conductual, social, académico y/o salud física, que los niños/as que no han estado expuestos a violencia (Colmenares, Martínez y Quiles, 2007; Holt, Buckley y Whelan, 2008; Overlien, 2010). Podemos preguntarnos si es posible distinguir entre las consecuencias dañinas y específicas formas de maltrato infantil. Una de las secuelas a largo plazo del abuso infantil que ha sido más estudiada es la conducta criminal violenta. La relación entre el maltrato y delincuencia fue puesta de relevancia en la comunidad por diversos autores. El primero en hacerlo fue Widom (1989) quien considera existe una relación entre los arrestos por delincuencia violenta en adultos que habían sido víctimas de abuso y negligencia cuando eran

menores de edad. Entre los factores comúnmente estudiados que se encuentran en el riesgo de conductas delictivas de menores destacan factores individuales, factores relacionados con la escuela, factores relacionados con malas compañías, y factores relacionados con el ámbito familiar. En esta línea, los investigadores Lipsey y Derzon (1992) analizan este factor como una variable más a tener en cuenta en su meta-análisis sobre factores predictores de delincuencia grave o violenta en menores infractores (Lipsey y Derzon, 1992), y en este último grupo de factores se enmarca el estudio del maltrato infantil. Otros autores que defienden esta relación son Zingraff, Leiter, Myers y Jhonson (1993), al encontrar evidencias de que existía riesgo de encarcelación en la población víctima de maltrato infantil. Los resultados retrospectivos y prospectivos apoyan la existencia de un fuerte vínculo entre el maltrato físico durante la infancia y el comportamiento agresivo adolescente.

2.3.1 *Consecuencias específicas relacionadas con las diferentes formas de maltrato.*

La experiencia de maltrato en edad precoz conlleva una serie de relevantes consecuencias sea a corto o a largo plazo, a su vez en conexión con los diversos tipos de maltrato. Con respecto a los *menores testigos de violencia*, ser repetidamente expuestos a violencia y agresividad sobre el genitor o vivir repetidamente experiencias de malestar por parte de los adultos conduce en el menor a estructurarse de un estilo atributivo negativo, hacia los demás y hacia sí mismo, en ocasiones incluso sucede que un hijo pequeño se culpe por cada episodio que le sucede a su figura de referencia. Esto puede hacer que en el menor crezcan sentimientos de ineficacia, impotencia más o menos estables que puedan obstaculizar la exploración o traducirse en estados depresivos (Di Blasio, 2000), fobias, comportamientos opositivos o ansiedad ante la separación (McCloskey y Walker, 2000). En estos casos existe una mayor tendencia a desarrollar un vínculo de apego desorganizado (Zeanah et al. 1999).

En los casos de menores que han sufrido *negligencia física y emocional* hablamos de una de las formas de violencia crónica más peligrosas y dañinas, en cuanto provocan efectos acumulativos difícilmente identificables ya que no se caracteriza de daños externos aparentes como los provocados por la violencia física (Webb et al., 2009) y por tanto no se les presta tanta atención, a priori. En realidad, en los casos más graves de negligencia, podemos estar hablando de muerte física o muerte psicológica causada por la indiferencia emocional o por la falta de relación con los demás (di Blasio, 2000). De hecho es

fundamental la relación interaccional con un adulto de referencia para evitar instaurar una modalidad relacional disfuncional, en conexión a sucesivas dificultades sociales (Hildyard y Wolfe, 2002). La irresponsabilidad, la continua inaccesibilidad y la inestabilidad de la figura de referimiento continuamente experimentada por el menor, le lleva a desarrollar representaciones internas negativas de sí mismo y de los demás (Shields, Ryan y Cicchetti, 2001). Los menores que han sufrido negligencia en la infancia tienen mayor predisposición a desarrollar problemas en los legames afectivos, en los vínculos de apego (Crittenden y Ainsworth, 1989). Un estudio de García, Lila y Musitu (2005) en el cual evaluaron a 444 menores que habían sufrido Negligencia física y emocional demostraron que dichos menores presentaban mayores problemas tanto internalizantes (ansiedad, depresión, aislamiento y retraimiento social) como externalizantes (hiperactividad, agresividad, delincuencia)

Sufrir esta forma de violencia en la infancia está relacionada con una menor cantidad de interacciones sociales respecto a los niños que han sufrido otras formas de maltrato; incapacidad para relacionarse con el grupo de iguales y un intenso aislamiento social (Crittenden, 1992; Erickson y Engeland, 1996); mayor presencia de comportamientos agresivos y de no cooperación (Crittenden, 1992) y las dificultades más graves en el desarrollo. En numerosas investigaciones se ha observado como las experiencias traumáticas acumulativas y crónicas, dañan el desarrollo de la habilidad cognitiva emocional fundamental para la inteligencia, la atención, la percepción y la memoria, con consecuencias negativas en el rendimiento escolar, dificultad en la resolución de problemas (Van Ijzendoorn y Juffer, 2005). Estos efectos se pueden observar desde los primeros momentos de la vida e incluso persisten durante la adolescencia. Muchos estudios han demostrado como individuos que en la infancia han sufrido negligencia, tienden en la edad adulta a huir de casa (Kaufman y Widom, 1999), a ser más propensos a la prostitución y a desarrollar comportamientos antisociales (Cohen, Brown y Smailes, 2001), delincuentes, criminales y en muchas ocasiones violentos (Widom, 2001), por no hablar del tremendo riesgo a desarrollar desordenes de personalidad, depresión y ansia (Chapman et al., 2004).

En los menores que han sufrido *maltrato psicológico* se puede observar como esta forma de violencia está siempre presente y se concreta en la repetición de estilos de comportamiento o modelos relacionales que crean en el menor la idea de valer poco, de ser poco amable y no deseado (di Blasio, 2000). Según la teoría de atribuciones causales (Ambrmson, Seligman y Teasdale, 1978), cada individuo tiene un estilo atributivo característico. Con los cuales si desarrolla un estilo de atribución de tipo externo, estable y

global, negativo, se percibirá como privado de control respecto a los eventos de su propia vida, mientras los que tienden a hacer atribuciones internas, inestables y específicas, positivas, afrontaran la vida con más optimismo. Ser víctima de episodios de maltrato podría inicialmente provocar en el/la menor la generalización de un estilo que atribuye la causa de lo que le sucede a un factor externo, inestable y específico, o sea el genitor maltratador, manteniendo así una buena imagen de el mismo y de los demás. A menudo, en particular en la forma de violencia crónica, el menor tiende a salvaguarda la imagen de su figura de referimiento y a crear una representación de sí mismo como no digno de amor y de cuidado y por tanto meritor de violencia.

Los menores que han sufrido maltrato psicológico terminan por hacer propia la percepción negativa que los demás tienen de él/ella, generando un sentido de sí mismo y una autoestima gravemente dañadas (Montecchi, 2002). De este modo, es probable que desarrolle dos diversos estilos de comportamiento: uno de tipo pasivo, en el cual se conforma con la imposibilidad de creer en sí mismo, y se adecua a la definición negativa que los demás hacen de él, se aísla y se inhibe (estilo en conexión con sintomatología depresiva); otro tipo reactivo, donde se niega y se opone activamente a una definición negativa manifestando rabia y agresividad (con el riesgo de desarrollar alteraciones de la conducta e impulsividad) (Montecchi, 2002). El maltrato psicológico, principalmente si sucede en la infancia y dura en el tiempo, genera una incapacidad para confiar en el próximo, miedo y temor constante de obtener rechazo por parte del otro (Malacrea y Lorenzini, 2002). Todo esto tiene efectos también sobre el plano relacional, en cuanto la carencia de competencia social y la ausencia de sistemas emocionales equilibrados no permiten al individuo adquirir sentimientos de confianza y de tranquilidad fundamentales para construir vínculos seguros y duraderos. Tienden a sufrir apego de tipo inseguro (Cicchetti, 1989). Un estudio de López-Soler (2008) que evaluaron a 44 menores que habían sufrido maltrato psicológico observaron que estos menores tenían una mayor probabilidad de sufrir trastorno por estrés postraumático en su edad adulta.

Con respecto a los menores víctimas de *maltrato físico* podemos decir que la peculiaridad es la señal física que deja en el cuerpo de la víctima, la cual provocara siempre un recuerdo de lo sucedido, pero sirve también de prueba para el reconocimiento y confirma del mismo, lo que a su vez no sucede en el abuso sexual. De todos modos, muchas consecuencias relacionadas con el maltrato físico coinciden también con el abuso sexual (di Blasio 2000). Esta forma de violencia sobre el menor genera un intenso estrés y un efecto somático de notable relevancia. En particular, el estrés crónico puede

transformarse en traumático para el individuo a nivel de salud y bienestar, convirtiéndolo impotente ante el peligro, dada la imposibilidad de anticiparse y controlar los eventos (Carrion, Weems y Allan, 2007). Otras consecuencias de este tipo de maltrato las encontramos a nivel cognitivo y social. Camras, Sachs-Alter y Ribordy (1996), han puesto en evidencia como menores maltratados y víctimas de negligencia tienen mayor dificultad en reconocer las emociones faciales y menor capacidad para utilizar las informaciones provenientes del contexto para explicar las incongruencias entre causa de las emociones y expresiones emotivas discrepantes, respecto a menores del grupo de control. A estas dificultades en la elaboración de estímulos emotivos se asocian también consecuencias negativas en el plano social. La tendencia a interpretar negativamente el comportamiento de los demás, y el ansia asociada a las expectativas negativas sobre las relaciones, activan más fácilmente reacciones de rabia y de hostilidad (di Blasio, 2000). Las interacciones con el grupo de iguales de los sujetos maltratados psicológicamente son caracterizadas por un mayor nivel de agresividad, menor empatía y mayor impulsividad en diferencia de los menores víctimas de negligencia los cuales muestran mayor retiro social.

Kinard (2004) ha demostrado como el maltrato físico y fuertemente legado a un bajo nivel de comportamiento cooperativo tiene una sintomatología como ansia, rabia, agresividad, depresión, disociación y trastorno post traumático. Las víctimas que han sufrido maltrato físico precozmente, tienden, de hecho, a interiorizar estas experiencias en sus Modelos Operativos Internos, desarrollando modelos representacionales negativos de sí mismo, de las figuras de apego y en relación con los referentes significativos (Crittenden y Ainsworth, 1989). Y por último hacemos referencia a menores víctimas de *Abuso sexual*, entendiendo este tipo de violencia como la más peligrosa porque no se presenta nunca sola sino asociada a otra/s (Dong et al., 2004). Al abuso sexual se le conocen graves consecuencias a medio y largo tiempo, debido a gran parte al secretismo que le acompaña por lo que lo vuelve difícilmente individuable. El/la abusador/ar utiliza estrategias intimidatorias y culpabilizadoras para hacer que el abusado no revele ningún episodio de lo sucedido, manteniendo así su posición de predominio (Malacrea, 1997).

El abuso sexual es seguramente un importante factor de riesgo para el trastorno mental y para los disturbios de la conducta social y relacional (Kindar 2004). Las consecuencias más alarmantes se encuentran en la esfera psicopatológica, donde el trastorno post traumático de estrés es el más estudiado y el más documentado y asociado tales experiencias, en cuanto consecuencia de la presencia de graves o persistentes factores estresantes que interfieren con los mecanismos de defensa y generan respuestas

inadecuadas las cuales comprometen el funcionamiento social del individuo. Otra característica frecuentemente observada en las víctimas de abuso sexual es un fuerte sentido de culpa y de vergüenza (Deblinger y Runyon, 2000). La escasa capacidad para diferenciar los propios estados mentales y los de los demás, típico en las víctimas de abuso sexual, limita sus capacidades cognitivas y relacionales, fundamentalmente para la comprensión de las reglas sociales y para la adquisición de la noción de transgresión, y está conectada con el resurgimiento de comportamientos desviados en la adolescencia y en la edad adulta (di Blasio, 2000).

2.3.2 Consecuencias sobre la adaptación social.

La adaptación social es el proceso mediante el cual una persona o un grupo de personas tienden a cambiar su comportamiento para ajustarse a las reglas o normas presentes en su medio social más inmediato. Podemos considerar que la infancia en situación de riesgo social es aquella que establece, de forma procesal y dinámica, una interacción ideográfica e inadecuada con sus entornos, los cuales no cubren sus derechos inalienables, poniendo en peligro su correcto desarrollo y dando lugar a un posible inicio del proceso de inadaptación social. Muchas personas víctimas de experiencias desfavorables durante la infancia, aunque no presentando graves síntomas psicopatológicos, experimentan igualmente dificultad en diversas áreas sociales e interpersonales las cuales, siendo menos visibles al mundo externo, la mayoría de las veces vienen infravaloradas y no se les presta la atención necesaria o simplemente no se las considera (Gentile, 2005). No solo en los pequeños grupos patológicos, sino también en áreas menos estudiadas, sería importante buscar correlaciones entre fracasos y sufrimiento y las experiencias desfavorables infantiles.

El efecto destructivo, que la relación temprana con un adulto maltratador tienen sobre todas las sucesivas interacciones sociales, puede llevar a un aumento del riesgo de asilamiento y de rechazo social en el niño/a y en el/la adulto. En estos sujetos faltaría la competencia social y un sistema emocional equilibrado que, en situaciones normales, consienta de experimentar sentimientos de confianza, confianza y tranquilidad que a su vez, permitan construir vínculos seguros y duraderos no solo en lo que se refiere a relaciones íntimas, sino también en todas las otras relaciones sociales, particularmente en el ámbito académico y profesional. En particular, cuando las experiencias desfavorables han sido continuas y frecuentes en el curso de los primeros años de vida, en el proceso de crecimiento del niño/a se registra una gran dificultad a confiar en las personas, es

particularmente sensible al rechazo y tiende a reaccionar de manera descontrolada a las valoraciones negativas, lo que puede provocar rechazo relacional y aislamiento del individuo. Estas graves consecuencias, que se evidencian a una edad muy temprana, perduran, la mayoría de las veces, durante todo el ciclo vital provocando enormes carencias en la capacidad de adaptación e interacción social del sujeto adulto. Estos/as niños/as en su proceso de crecimiento experimentan frecuentes fracasos a nivel escolar y relacional y se encuentran después, en el mundo adulto, carentes de competencias cognitivas, sociales y relacionales que son fundamentales para afrontar la dificultad de la vida y poder adaptarse.

Numerosos estudios demuestran que los sujetos maltratados obtienen resultados académicos peores que los no maltratados; en particular son descritos por profesores y padres como carentes de motivaciones intrínsecas, poco motivados a aprender e incapaces de valorar adecuadamente sus propias capacidades. Por ejemplo, Leiter y Johnsen (1994) analizaron los efectos del abuso y negligencia sobre rendimiento académico y demostraron un sustancial déficit entre los/ niños/as maltratados/as en una amplia gama de resultados académicos: test estandarizados, media de resultados, probabilidad de abandono escolar, problemas de aprendizaje. Un interesante estudio de Shonk y Cicchetti (2001) sugiere que la influencia negativa ejercida por el maltrato sobre el desarrollo de competencias individuales provoca elevados niveles de fracaso escolar y de problemas de comportamiento entre menores maltratados; sucesivamente, esta desadaptación escolar y comportamental aumenta el riesgo de abandono académico y de fracaso social y profesional a largo plazo. Un estudio de Salzinger, Feldman, Hammer y Rosario (1993), ha puesto en evidencia que experiencias infantiles desfavorables están fuertemente asociadas a una mayor probabilidad de rechazo por parte del grupo de iguales. Al interno de la clase, los menores maltratados obtienen a menudo una baja reputación social, su comportamiento es percibido por el grupo de iguales como negativo. También Bolger, Patterson y Kupersmidt (1995), han demostrado la relación entre maltrato y rechazo por parte de los iguales, es más a mayor duración del maltrato a lo largo de los años, más alto es el porcentaje de rechazo por parte del grupo de iguales. Es interesante resaltar un dato que emerge de algunas investigaciones que encontraron que los menores que habían sufrido un trato negligente por parte de sus cuidadores son, por lo general, caracterizados por un bajo número de interacciones sociales respecto a menores que han sufrido otro tipo de maltrato.

Consecuencias considerando la variable género, por ejemplo Bolger et al., (1995) encontraron que los efectos del maltrato sobre comportamientos agresivos son mucho más

evidentes en niños lo que seguramente supone un hándicap en la integración de estos niños en el ambiente escolar o recreativo. Podríamos decir que los niños maltratados suelen tener más problemas de conducta externalizantes, mientras que las niñas tienden a sufrir más problemas de conducta internalizantes. Bronsard, Botbol y Tordjman (2011), en un estudio con menores institucionalizados hallaron que son las chicas las que presentan problemas de tipo internalizante y los chicos de tipo externalizante.

Las investigaciones principalmente focalizadas sobre las consecuencias sobre la adaptación social en edad adolescente y adulta son todavía pocas, pero estudios recientes han demostrado que los sujetos adultos que han sobrevivido a abusos y/o maltrato frecuentemente presentan grandes dificultades en esta área, tienen relaciones de baja calidad, sufren disfunciones en las relaciones íntimas y presentan un concepto de sí mismo muy distorsionado, sobre todo en lo que riguarda a la estima de sí mismos. Drapeau y Perry (2004) sugieren que importantes aspectos de traumas infantiles vienen a menudo internalizados afectando deseos, afectos y comportamientos de los adultos y puede, por tanto, desempeñar un rol crucial durante largo tiempo. Otro factor a tener en cuenta y que determina una baja adaptación personal es la depresión. Los síntomas depresivos, en los adolescentes, se han asociado con elementos del clima familiar (Ostrander, Weinfurt y Nay, 1998). Entre los factores del clima familiar que se han destacado como más determinantes en la aparición de síntomas depresivos esta la cohesión familiar. En esta línea de investigación y gracias a un estudio realizado sobre preadolescente y adolescentes por Ostrander et al., (1998), encontraron que durante la transición a la adolescencia las cogniciones negativas sobre sí mismos de los preadolescentes se convertían en un efecto directo de la falta de apoyo familiar. Es más, las cogniciones erróneas junto con la inexistencia de un clima familiar de apoyo incrementaban los síntomas de depresión de los hijos durante la adolescencia.

Otro aspecto de adaptación personal ampliamente estudiado en relación con el clima social familiar ha sido la autonomía emocional (Fuhrman y Holmbeck, 1995). Todas las variables del clima familiar y en particular, la expresión de amor y la intensidad de los conflictos entre adolescentes y padres, son los que influyen de forma significativa en la adaptación personal y la autonomía emocional de los hijos.

A continuación se presenta una tabla resumen con los estudios más destacados sobre las consecuencias de los diferentes tipos de maltrato; por omisión (negligencia física y psíquica) y por comisión (maltrato físico, psíquico, abuso sexual). Ver Tabla 2.

Tabla 2. Estudios sobre las consecuencias del maltrato infantil.

Autores	Muestra	Tipo de Maltrato	Resultados
Pereda, N., Abad, J., Guilera, G y Arch, M. (2015).	N = 1484 adolescentes	Abuso sexual	Consecuencias neurológicas Mayor probabilidad de sufrir TDM (trastorno depresivo mayor) durante la edad adulta
Edmiston et al., (2011)	N = 42 adolescentes	Abuso y Negligencia	Consecuencias neurológicas (menor materia gris)
López-Soler (2008)	N = 44 niños	Maltrato físico Maltrato Psíquico	Mayor probabilidad de sufrir TEPT (trastorno por estrés postraumático)
Kaplow y Widom (2007)	N = 496 niños	Maltrato físico Maltrato psíquico	Problemas internalizantes (ansiedad, depresión, aislamiento y retraimiento social) Problemas externalizantes (hiperactividad, agresividad, delincuencia) Mayor índices de ansiedad y depresión
Nolin y Ethier (2007)	N = 79 adolescentes	Violencia doméstica	Pero rendimiento académico
Widom, Dumont y Cjaza (2007)	N = 908 niños	Maltrato físico Abuso sexual Negligencia	Mayor probabilidad de sufrir TDM (trastorno depresivo mayor) durante la edad adulta
García, Lila y Musitu (2005)	N = 444 niños	Negligencia	Problemas internalizantes (ansiedad, depresión, aislamiento y retraimiento social) Problemas externalizantes (hiperactividad, agresividad, delincuencia)
Etheir et al., (2004)	N = 49 adolescentes	Maltrato físico y psíquico crónico	Problemas emocionales Ansiedad Depresión
Ison (2004)	N = 60 niños	Maltrato	Peor funcionamiento social Dificultad para resolver conflictos
Bremner et al., (2003)	N = 23 niños GC = 18	Abuso Negligencia	Consecuencias neurológicas
Bolger y Patterson (2001)	N = 107 niños Control= 107	Maltrato	Comportamiento agresivo Baja autoestima Problemas para comportarse Conductas disruptivas
Carrasco et al., (1999)	N = 47 niños	Negligencia Maltrato físico	Ansiedad Conducta antisocial
Widom (1999)	N = 1996	Abandono Abuso sexual	Mayor riesgo de sufrir trastorno por estrés postraumático

Autores	Muestra	Tipo de Maltrato	Resultados
Janus et al (1995)	<i>N</i> = 187 adolescentes	Abuso físico	Problemas emocionales, ansiedad, depresión
Prino y Peyrot (1994)	<i>N</i> = 68 niños	Maltrato físico Abandono físico	Conducta agresiva Retraimiento social
Erikson, Egeland y Pianta (1989)	<i>N</i> = 267 niños y adolescentes	Maltrato físico Abandono físico Abuso Sexual	Conductas agresivas y comportamiento antisocial Bajo rendimiento cognitivo, problemas de atención Impulsividad, ansiedad, falta de control, agresividad
Cavaiola y Schiff (1988)	<i>N</i> = 500 adolescentes	Abuso físico y sexual	Consumidores de drogas a edades tempranas
Reid, Kavanagh y Baldwin (1987)	<i>N</i> = 121 niños y adolescentes	Abuso físico y psicológico	Conductas agresivas y delictivas

En este capítulo se ha definido el maltrato como un problema social grave en la actualidad. Ha quedado reflejada la gravedad que las experiencias traumáticas tienen sobre el menor de cinco años, es indudable que sus consecuencias afectan considerablemente al desarrollo del niño. Muchos menores manifiestan trastornos severos una vez que se los preserva del peligro inminente. Sin embargo, otros desarrollan resiliencia, mostrando buena adaptación a los diferentes contextos interpersonales, así como afrontando con éxito y con buenas perspectivas de evolución las situaciones estresantes. En este capítulo se han abordado todas estas cuestiones, definiendo las necesidades de la infancia, y analizando los tipos de maltrato infantil así como sus consecuencias asociadas.

CAPÍTULO 3

**TEORÍA DEL APEGO, TRAUMA Y MEMORIA
AUTOBIOGRÁFICA**

Las relaciones de apego se han asociado con la capacidad temprana de los niños y niñas para acceder a los recuerdos autobiográficos. Los bebés construyen los modelos operativos internos a partir de las representaciones que surgen de las relaciones emocionales establecidas con sus cuidadores (Bowlby, 1969). A partir de estas representaciones, se regulan las propias respuestas y se interpretan las conductas e intenciones de los demás. Los bebés que desarrollan apego seguro construyen modelos coherentes, organizados y que facilitan la emergencia del sentido del yo, beneficiándose de mayor accesibilidad a los recuerdos autobiográficos (Chae, Ogle y Goodman, 2009). Complementariamente, la falta de especificidad ha sido asociada con las relaciones de apego inseguro (Dykas y Cassidy, 2011; Valentino, 2011). Si los individuos son víctimas frecuentes de maltrato tienden a desarrollar estrategias de evitación defensiva (Bowlby, 1980; Main, 1990). Por este motivo los adolescentes con apego inseguro tendrían menos recuerdos específicos como estrategia defensiva para evitar las emociones negativas asociadas a los procesos de apego disfuncionales. El desarrollo de una adecuada comunicación entre madre e hijo está en función de las relaciones de un apego seguro (Newcombe y Reese, 2004). Una calidad del apego seguro influye en el desarrollo de la memoria autobiográfica (Fivush, 2006). Los padres que proporcionan apoyo y ofrecen la oportunidad de debatir sobre una experiencia estresante, facilitan el acceso a los recuerdos autobiográficos en sus hijos, de tipo positivos y vívidos (Wang y Conway, 2006).

Los mecanismos mediadores entre las relaciones de apego y la memoria autobiográfica se han convertido en un foco de interés para las investigaciones actuales. En este capítulo abordamos la relación entre el apego, el maltrato infantil y la capacidad de acceso a recuerdos autobiográficos, prestando especial atención a factores que pueden mediar en esta relación y para ello hemos dividido este capítulo en cuatro grandes bloques: en el primer bloque se describe de manera general el apego infantil, en el segundo bloque se describen las consecuencias del trauma infantil y de los procesos traumáticos presentado especial atención al impacto del trauma sobre la memoria y a la capacidad resiliente del menor, en el tercer bloque se hace una descripción de las funciones ejecutivas, de la memoria de trabajo y de la memoria autobiográfica atendiendo a el estado de ánimo depresivo y al lenguaje, y por último lugar, en el cuarto bloque se analiza la relación entre el apego, la experiencia traumática y la memoria autobiográfica.

3.1 El vínculo de apego: aspectos generales general

El apego, conocido también como “vínculo” o “vínculo de apego” es un sistema innato del cerebro que evoluciona de formas que incluyen y organizan los procesos motivacionales, emocionales y mnésicos con respecto a las figuras protectoras significativas (Bowlby, 1969). El sistema del apego incita al bebé a buscar la cercanía de sus progenitores (y otros cuidadores primarios) y a comunicarse con ellos. A nivel mental, el apego establece una relación interpersonal que ayuda al cerebro inmaduro a usar las funciones maduras del cerebro de sus progenitores para organizar sus propios procesos (Hofer, 1994). Los cambios emocionales del apego seguro implican por parte de los progenitores respuestas emocionalmente sensibles a las señales del niño Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978), que pueden servir para ampliar los estados emocionales positivos del niño y para modular los negativos. Concretamente, el apoyo y ayuda de los progenitores en la reducción de las emociones incómodas, como el miedo, la ansiedad o la tristeza, permite al niño calmarse y, a su vez, le facilita un refugio seguro ante el malestar (Bowlby, 1998). Las vivencias repetidas se codifican en la memoria implícita como expectativas y seguidamente como modelos mentales o esquemas de apego, que sirven para ayudar al niño a crear una sensación interna que John Bowlby denominó una “base segura” en el mundo (Bowlby, 1988). Las investigaciones sobre el apego han demostrado que el diseño u organización de las relaciones de apego durante la infancia se relacionan con los procesos característicos de la regulación emocional, las relaciones sociales, el acceso a la memoria autobiográfica y el desarrollo de la autorreflexión y la narración (Fox, Calkins y Bell, 1994; Main, 1995). En 1995, Mary Main sintetizó los siguientes principios (Main, 1996):

- 1.** Los primeros apegos suelen estar establecidos hacia los siete meses de edad.
- 2.** Casi todos los bebés establecen apegos.
- 3.** Los apegos sólo se establecen con unas pocas personas.
- 4.** Estos “apegos selectivos” parecen estar derivados de las interacciones sociales con las figuras de apego.
- 5.** Conducen a cambios organizativos específicos en la conducta del bebé y en la función del cerebro.

Los apegos se perciben como “seguros” o “inseguros”, con una gran variedad de descripciones de cada una de estas categorías. Las relaciones de apego pueden servir para proporcionar la base central a partir de la cual se desarrollará la mente. El apego inseguro puede llegar a ser un factor de riesgo significativo en el desarrollo de la psicopatología

(Atkinson y Zucker, 1997; Jones, Main y Del Carman, 1996). El apego seguro por el contrario, facilita una forma de resiliencia emocional (Rutter, 1987,1997).

John Bowlby (1958) apoya la perspectiva darwiniana referida a que cada característica anatómica, fisiológica y conductual contribuye a la supervivencia. Bowlby define la conducta de apego como “una forma de conducta que tiene como consecuencia la obtención o mantenimiento de la cercanía con otro sujeto claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentar el mundo...La función biológica que se le adjudica es la de protección. La separación de esta figura de referencia produce ansiedad. El apego es el vínculo que se establece entre el niño y sus progenitores a través de un proceso relacional siendo para el bebe principalmente sensorial durante la vida intrauterina (reconocimiento del olor, la voz y el tacto de los progenitores) pero que desde el momento en el que nace, queda marcado según la reacción afectiva del adulto, convirtiéndose en positiva o negativa en base a los contextos y las experiencias de vida-sobre todo infantiles-de la madre y del padre. El vínculo afectivo es lo que produce los lazos invisibles de familiaridad, caracterizada esta por los sentimientos de pertenencia a un sistema familiar determinado. A partir del primer año de vida se puede considerar si las diferentes formas del proceso de apego han permitido o no una vinculación selectiva con las figuras parentales y le han asegurado, un punto de partida para el desarrollo paulatino de la confianza en él mismo y su entorno. Si esto no ocurre existirán siempre lagunas en el ámbito de sus comportamientos sociales que podrán perjudicar sus capacidades para los aprendizajes así como para vincularse positivamente con los demás. El apego emocional es fundamental para permanecer juntos y esta vinculación emocional es el resultado de lo que los etólogos llaman proceso de impregnación (cuando un ser vivo incorpora un elemento del medio a su modo relacional). El fracaso en este proceso conlleva perturbaciones en el apego, lo que provocara consecuencias negativas como el maltrato, la negligencia, el abandono de los niños. Estas experiencias se originan a menudo por otros tipos de violencia, en una perspectiva transgeneracional. Durante el proceso de impregnación se construye el vínculo de familiaridad con los objetos de apego. La existencia de una relación de apego se puede distinguir por dos mecanismos: la “persecución” del objeto maternante para procurarse una proximidad física y sensorial, y la identificación de éste por sus características distintivas.

En el niño los vínculos afectivos se organizan a partir de tres componentes: las conductas de apego, los sentimientos que la acompañan y la representación mental del apego. En el niño, el apego se consigue y desarrolla gracias una serie de comportamientos como sonrisas, urlos, agitación motora, etc., comportamientos de llamada, tales como aferrarse, y/o actos de alerta,

así como por el seguimiento visual y auditivo de las figuras de apego. Las experiencias vividas por el sujeto son la base del modelo mental de las relaciones de apego. Las vivencias percibidas como negativas, incoherentes o inconsistentes traerán deficiencias o graves patologías a nivel de la capacidad para establecer lazos afectivos sanos. En ocasiones, aunque las experiencias de apego han sido negativas, la representación de la relación no corresponde a lo vivido, representándose como positiva. Esto se explica por la dependencia biopsicosocial del niño hacia la figura afectiva de referencia y por el estado de confusión creado por esta vulnerabilidad, lo que ocasiona una distorsión de la representación con la negación de la vivencia angustiante y una idealización de la relación. La fijación sobre una experiencia todopoderosa de la relación materna, que se llama intoxicación maternante, puede ser otro fallo en la representación. En este caso el niño permanece prisionero de las figuras primarias de apego y no puede evolucionar en su representación, presentando graves perturbaciones a nivel de la diferenciación de su yo y del establecimiento de una relación objetual sana. Los padres que golpean y/o abusan sexualmente de sus hijos, a partir de una problemática psicótica y/o narcisista, suelen presentar los problemas que se han definido anteriormente. Los niños que suelen salir al mundo a explorar y a relacionarse con otras personas son los que han desarrollado vínculos afectivos seguros con sus figuras de apego de referencia (Ainsworth et al., 1978; Dunn, 1996). Los niños/as, conforme van creciendo, internalizan sus relaciones con las figuras de apego, lo que les garantiza la habilidad para desarrollar un esquema o modelo mental de seguridad denominado una “base segura”.

John Bowlby, trató de estudiar la conducta animal a fin de enriquecer los puntos de vista analíticos tradicionales sobre el desarrollo infantil (Bowlby, 1969; Bretherton, 1992). Bowlby escribió sobre el apego, sobre la separación y sobre la pérdida que sus conclusiones incluyeron poderosamente en las prácticas y el funcionamiento de los centros de orfandad y los hospitales pediátricos. Su idea era simple y poderosa. La naturaleza del apego de un bebé hacia el progenitor (u otro cuidador primario) se internalizará como un modelo de apego en activo. Si este modelo representa seguridad, el bebé será capaz de explorar el mundo y de separarse y de madurar de un modo sano. Si la relación de apego es problemática, el modelo de apego en activo no proporcionara al bebe la sensación de una base segura, y el desarrollo de conductas normales (como el juego, la exploración y las interacciones sociales) se verá perjudicado. La calidad del apego que un niño o niña establece con su madre (o padre) es un indicador del tipo de cuidado que se le proporciona. El desarrollo de un vínculo seguro refleja una experiencia de interacción positiva y adaptada a las necesidades del niño/a, mientras que

el desarrollo de un vínculo inseguro nos alerta sobre la posibilidad de alteraciones relacionales que están afectando negativamente al menor (Cantero y Cerezo, 2001).

Cantero (2003), destaca dos puntos importantes en lo referente al apego: 1) a pesar de la capacidad innata de los niños para establecer los primeros vínculos afectivos, no se da un vínculo inmediato en el momento de nacer. Podríamos empezar a hablar de un vínculo realmente establecido a partir de los 6 meses, ya que el niño empieza a mostrar una preferencia clara por algunas figuras y a rechazar a los extraños. 2) El apego se va formando por las interacciones entre el niño y las personas de su entorno. El tipo de interacción determinará la calidad del apego. Si el adulto es sensible a las señales del niño, se desarrollará un apego seguro. Si no responde a esas señales o lo hace de forma inconsistente, se sentirá ineficaz para lograr la respuesta del adulto y le verá como incapaz de proporcionarle la respuesta adecuada, por lo que se sentirá inseguro y desconfiado con respecto a la relación. Esto va a provocar que sus conductas sean inadaptadas.

A continuación, en la Tabla 3, se describen las características básicas de los tres tipos tradicionales de apego infantil en función de la conducta del niño hacia la madre, hacia la extraña y su conducta de juego en la Situación Extraña.

Tabla 3: *Características básicas de los tres tipos tradicionales de apego infantil en función de la conducta del niño hacia la madre, hacia la extraña y su conducta de juego en la Situación Extraña*

Niños seguros		
TIPO B		
<i>Conducta respecto a la madre</i>	<i>Conducta respecto a la extraña</i>	<i>Conducta exploratoria</i>
<p>Los niños seguros muestran una interacción positiva y afectiva con ella mientras juegan durante la pre-separación. Ante su ausencia pueden o no afligirse, pero todos tienen conductas de búsqueda de la madre en mayor o menor grado. En los episodios de reunión se observa siempre un buen recibimiento (se alegran de verla) y pueden variar en el grado de búsqueda de proximidad y deseo de contacto con ella. Si están afligidos se consuelan con facilidad al verla y suelen reanudar el juego. No se observa evitación ni resistencia hacia la madre.</p>	<p>Los niños seguros o la rechazan abiertamente o pueden interactuar con ella con cierta cautela. Pueden llegar a ser consolados por el extraño, pero la madre lo consigue con mayor facilidad.</p>	<p>Es alta si está la madre y desciende cuando se va.</p>
Niños inseguros huidizos		
TIPO A		
<i>Conducta respecto a la madre</i>	<i>Conducta respecto a la extraña</i>	<i>Conducta exploratoria</i>
<p>Los niños inseguros huidizos o evitativos se muestran indiferentes hacia la madre y suelen evitar o ignorar los intentos maternos por lograr contacto o interacción. Durante las separaciones, aparentemente, no la echan de menos y no tienen conductas de búsqueda de su madre. Si lloran durante la separación únicamente lo hacen cuando son dejados solos y la causa del llanto es la soledad y no la ausencia de su figura de apego. En la reunión, no buscan proximidad, interacción o contacto con su madre y sí se observa una notable evitación de interacción.</p>	<p>Los niños inseguros huidizos tienden a tratar a la extraña más que a la madre, le muestra menos evitación. Pueden incluso buscar activamente proximidad e interacción con ella. Si se afligen, al quedarse solos en el episodio 6, se dejan consolar fácilmente por la extraña.</p>	<p>Estos niños tienen una conducta de juego alta a lo largo de todo el procedimiento. Puede descender únicamente cuando se quedan completamente solos en el caso de que lloren.</p>

Niños inseguros resistentes/ambivalente TIPO C		
<i>Conducta respecto a la madre</i>	<i>Conducta respecto a la extraña</i>	<i>Conducta exploratoria</i>
<p>Estos niños apenas se atreven a despegarse de ella. Se afligen extraordinariamente cuando se va y en los episodios de reunión, buscan consuelo en ella, pero al mismo tiempo se resisten a ser consolados, y es muy difícil lograrlo. Su conducta es de clara ambivalencia hacia su madre: quieren ser cogidos pero a la vez lloran y/o patalean en su intento por mostrarle su enfado por haberse marchado.</p>	<p>Los niños inseguros resistentes ambivalentes rechazan abiertamente a la extraña, muestra un gran recelo hacia ella y no se dejan consolar.</p>	<p>Estos niños suelen jugar poco y el juego no se recupera después de la primera separación.</p>

Nota: Cantero (2010). Descripción de las características básicas de los tres tipos tradicionales de apego infantil sintetizadas de Ainsworth et al., (1978) en función de la conducta del niño hacia la madre, hacia la extraña y su conducta de juego en la Situación Extraña.

Main y Solomon (1986) validaron y desarrollaron un nuevo patrón de apego: el tipo D, o modelo desorganizado/desorientado, que se caracteriza por la total ausencia de estrategias que le ayuden a organizar una respuesta ante la necesidad de confort y seguridad que produce encontrarse en la situación extraña y estresante. Los criterios diagnósticos del apego desorganizado son:

1. Presenta conductas extrañas en presencia de su madre: tics, acercarse hacia ella con la cabeza hacia abajo, tirarse al suelo, quedarse inmóvil, balanceos, golpearse la cabeza, posturas de abatimiento, etc.
2. Muestra en un mismo episodio y de forma simultánea pautas de conducta contradictoria: aproximación seguida de evitación, evitación y llanto, evitación y resistencia, etc.
3. Muestra índices de temor o recelo hacia su madre.
4. Se muestra desorientado en los episodios de reunión
5. Presenta una secuencia conductual incongruente según los criterios de clasificación tradicional del apego infantil (clasificación ABC).

3.2 Consecuencias del trauma infantil.

Para poder llegar a entender la naturaleza del daño psíquico de todo niño que ha sufrido maltrato debemos tener en cuenta el momento del desarrollo evolutivo del niño en que tuvieron lugar tales hechos y el concepto de trauma. Un trauma psíquico ocurre cuando un golpe emocional intenso e inesperado o una serie de golpes asaltan a la persona desde afuera. Aunque el trauma viene desde afuera se incorpora en la mente. La persona probablemente no se sienta traumatizada hasta tanto no lo viva desde una postura de indefensión. La *indefensión* es un importante factor del trauma, dado que los niños pequeños son incapaces de responder tanto a la actitud impredecible de los padres como al caos prolongado, estas cuestiones escapan al control de ellos. También es importante la frecuencia del suceso traumático. Hay dos tipos de víctimas, aquellas que lo sufrieron una sola vez y las que fueron victimizadas crónicamente. En el primer caso el hecho los toma de sorpresa, y los niños tienen una visión más clara del evento. En el segundo caso el niño difícilmente recuerde el trauma con claridad porque al haber sido una situación anticipada y temida se movilizan en él los mecanismos defensivos de la disociación.

3.2.1 *Los traumas infantiles.*

Al hablar de trauma psíquico infantil nos referimos a las consecuencias de una agresión exógena que provoca una sensación intensa de estrés, sufrimiento o dolor, y a la que al mismo tiempo, por su contenido, es difícil encontrarle un sentido o una explicación (sobre todo por el carácter de doble vínculo de los malos tratos). Las experiencias son psíquicamente traumáticas porque es muy difícil simbolizarlas después de haberles encontrado un sentido, es decir, comprenderlas. Sin entender lo que pasó es casi imposible recuperar los sentimientos de control sobre su entorno y de protección frente a nuevas agresiones. Desde el punto de vista del contenido de las agresiones se distinguen:

- Los eventos traumáticos para señalar cualquier hecho o acontecimiento que produce dolor y estrés (dolor físico, dolor psíquico o una experiencia de amenaza vital) y que sobrepasa los recursos naturales del individuo y de sus apoyos sociales para calmar el dolor y encontrarle un sentido a lo sucedido. Esto como consecuencia de su contenido, intensidad o duración.
- Los procesos traumáticos para nombrar el conjunto de eventos dolorosos y/o estresantes que emerge de relaciones interpersonales significativas y cuyo contenido, su duración e intensidad agotan los recursos naturales del niño, así como el de sus

fuentes de apoyo social. La consecuencia de esto es que el conjunto de acontecimientos perturba una parte o la totalidad de la vida afectiva, cognitiva, conductual y relacional del niño. Los malos tratos infantiles se corresponden con procesos traumáticos.

3.2.2 *Las consecuencias de los procesos traumáticos:*

Cuando el trauma se produce, provoca un impacto en las diferentes áreas de la personalidad del niño. Las consecuencias pueden ser *trastornos o mecanismos adaptativos*. Esto último corresponde a los mecanismos de defensa que el niño desarrolla para hacer frente al dolor y al estrés (Benyakar, 2003):

A) Consecuencias en el área afectiva:

- trastornos de la empatía.
- trastornos emocionales.
- trastornos de la autoestima.

B) Consecuencias en el área cognitiva:

- trastornos cognitivos
- trastornos disociativos
- trastornos de la identidad

C) Consecuencias en el área conductual:

- conductas autodestructivas
- violencia hacia los demás

D) Consecuencias en el área relacional:

- trastornos del apego o de la vinculación

E) Trastornos en la capacidad de reflexión ética:

- el hecho de que sean los adultos los que provocan daño, hacen que el modelo ético que recibe y aprende esté condicionado por esa experiencia.

La culpa está presente en algún grado. La mayoría de los niños no lo manifiesta verbalmente, pero muchos lo hacen a través de sus conductas. El niño se siente responsable de lo que le ha pasado. Para llegar a esta conclusión, ha procesado cognitivamente lo siguiente:

1. Clasifica a las personas en buenas y malas.
2. No puede permitirse considerar a sus padres como personas malas.
3. Por tanto, la falta de sentido o explicación lógica a la situación de abuso le lleva a creer que es abusado porque es malo, porque se lo merece.

4. Él o ella es responsable de lo ocurrido, pues si no debería haber sido capaz de detener la situación abusiva (seudo capacidad de control).

Se considera un *trauma psíquico* a aquel o a aquellos acontecimientos –que pueden ser sucesivos, acumulativos, o diferidos en el tiempo, y articulados por una significación personal y/o simbólica de los mismos-, que desbordan la capacidad del sujeto para poder procesarlos psicológicamente. Un individuo afectado no puede representar psicológicamente aquellos estímulos que han irrumpido en le psiquismo. Esto significa que no encuentra las palabras adecuadas para verbalizar lo sucedido, que no puede recordar determinados fragmentos del acontecimiento perturbador, o que su mente dispara cantidades de recuerdos fragmentados ya sea en forma de imágenes o sensaciones que no pueden ser articuladas en una narrativa bien armada o del todo inteligible, que no puede darle figurabilidad psíquica a sensaciones y reacciones somáticas que surgen al recordar el o los acontecimientos que a posteriori devinieron traumáticos. Lo traumático no se caracteriza necesariamente por el evento en sí mismo, sino por la combinatoria entre la potencia traumatogénica del mismo por su cualidad violenta, y la imposibilidad del individuo de procesarlo, asimilarlo e integrarlo en su psiquismo. Las consecuencias clínicas de las vivencias del trauma se expresan de dos formas: en la aparición de síntomas específicos, y en modificaciones de la personalidad.

En cuanto a los síntomas es frecuente observar la siguiente tríada sintomática, que se puede dar en forma conjunta, o uno de los síntomas por separado: re-experimentación (recuerdos, sueños a repetición sobre sensaciones, imágenes o recuerdos fragmentados y mezclados), evitación de aquellos estímulos que recuerden el acontecimiento perturbador (pensamientos, lugares, personas) y alteraciones del funcionamiento psicofisiológico (trastorno del sueño, irritabilidad, hipervigilancia, síntomas de ansiedad). Con respecto a la personalidad se pueden observar cambios notorios como la desconfianza ante los desconocidos, el embotamiento emocional, tener una visión pesimista del mundo y de las relaciones humanas, etc.). Dentro de los aportes recientes, Benyakar (2003) plantea que las situaciones disruptivas son aquellas situaciones fácticas que irrumpen en el psiquismo provocando vivencias de estrés o vivencias traumáticas. Conceptualmente no sería apropiado hablar de “situación traumática” cuando nos referimos a un hecho sorpresivo y perturbador de estas características. Las situaciones disruptivas pueden ser traumatogénicas o estresogénicas, Ej. Catástrofes, guerras, etc. nos enfrentamos con situaciones amenazantes que pueden ser disruptivas o no, y ellas pueden ser estresogénicas o traumatogénicas, dependiendo de la forma que el psiquismo de un individuo determinado la vivencie. Este autor diferencia

conceptual y psicopatológicamente interesante entre vivencias de estrés y vivencias traumáticas. También alude al concepto de vivenciar traumático para referirse a los entornos disruptivos en los cuales una persona puede sufrir déficit de provisión afectiva, de cuidados sensibles:

- *Vivencia traumática*: Se caracteriza por la articulación entre el afecto con la representación. Entonces las vivencias serán traumáticas cuando el afecto emerja sin representación. Esta vivencia será circunscripta en el tiempo y el espacio. Pueden aflorar al tener que enfrentar repentinamente situaciones disruptivas extremas, pero también pueden desencadenarse en eventos triviales de la vida cotidiana. Se trata de una vivencia que persiste en su carácter de no estructurada.
- *Vivenciar traumático*: Es un modo por el cual el psiquismo establece su relación con el mundo externo en los primeros estadios de vida. A consecuencia de un déficit en el entorno, o sea una disfunción maternante con un holding deficiente, se va gestando una relación mundo interno mundo externo en forma tal que el afecto comienza a ser escindido de la representación, desarrollándose así fenómenos alexitímicos, etc. Estos serían la base para el desarrollo de los desórdenes de personalidad como el borderline o el narcisista, enfermedades psicósomáticas.
- *Vivencia de estrés*: Es la consecuencia de la aparición ya sea real o fantaseada de una situación disruptiva. El psiquismo al detectar la amenaza comienza a producir defensas no adecuadas que emergen en forma de síntomas. Al hablar de vivencia traumática nos referimos a un psiquismo desvalido y sin defensa, mientras que al hablar de la vivencia de estrés nos hallamos frente a un psiquismo cuyas defensas emergerán en síntomas. La defensa principal de la vivencia traumática es la disociación mientras que en las situaciones de estrés es característica la negación o la desmentida del nivel de sobrecarga emocional y tensional.
- *Vivenciar de estrés*: Al igual que en el vivenciar traumático, en los primeros días de vida a consecuencia de un déficit en el entorno, se va gestando una relación mundo interno mundo externo que a diferencia del vivenciar traumático dominado por el desvalimiento, desarrolla defensas inadecuadas estableciendo estados de ansiedad y angustia que emergerán como los desórdenes de ansiedad en sus diferentes formas (Benyakar, 2003).

Cia (2001) plantea dos tipos de situaciones traumatogénicas: Los traumas de tipo I son aquellos eventos cortos e inesperados mientras que los traumas de tipo II son aquellas

situaciones de tipos prolongados e ininterrumpidos, suelen ser perturbadores y disruptivos, o traumas de tipo interpersonal. Características:

Traumas de Tipo I:

1. Eventos repentinos, peligrosos y abrumadores.
2. Experiencias traumáticas aisladas, por lo general, poco frecuente.
3. De duración limitada.
4. Eventos que son recordados en detalle y crean recuerdos más vívidos y completos que los del Tipo II.
5. Por lo general, conducen a síntomas típicos del TEPT, como son las ideas intrusivas, la evitación y la hiperactivación.
6. Tienden a ser reexperimentados.
7. La persona puede recuperarse, aunque en ocasiones la sintomatología puede cronificarse.
8. Ejemplos, ser víctimas de violación, catástrofes naturales, accidentes automovilísticos, asaltos a mano armada.

Traumas de Tipo II:

1. Traumas variables, múltiples, crónicos, y de larga duración, repetidos y anticipados.
2. Por lo general, son causados intencionalmente por el hombre.
3. La víctima suele sentirse sola, atrapada e incapaz de defenderse.
4. Los recuerdos son, por lo general, confusos, borrosos, aislados y disgregados, esto último, debido al mecanismo de disociación. A medida que pasa el tiempo la disociación se puede volver una forma de manejar la situación para que no sea tan dolorosa y abrumadora.
5. Pueden conducir a una visión equivocada de sí mismo y del mundo. Además, las personas damnificadas pueden tener sentimientos de culpa, vergüenza y desvalorización.
6. Generalmente conducen a problemas de carácter, modificaciones en la personalidad y trastornos de identidad de larga duración, las cuales se manifiestan a través de dificultades en las relaciones interpersonales, alejamiento de los demás, desconfianza en los vínculos afectivos cercanos, disminución de la capacidad afectiva y de la reactividad emocional.

7. Los intentos de autodefensa pueden involucrar el uso de respuestas disociativas, negación e insensibilidad o anestesia afectiva, el aislamiento, el abandono de uno mismo, y el consumo de drogas.
8. Ejemplos de esta clase de situaciones serían el abuso sexual o físico continuo, malos tratos reiterados, torturas o secuestros con reclusiones prolongadas.

Las experiencias estresantes adoptan la forma de acontecimientos altamente emocionales o, cuando nos superan, de experiencias visiblemente traumatizantes. Los niveles elevados de estrés no sólo bloquean transitoriamente el funcionamiento del hipocampo, la exposición excesiva y crónica a las hormonas del estrés puede conducir a la muerte neuronal en esta región, generando posiblemente la disminución del volumen del hipocampo, tal y como se ha encontrado en pacientes con trastorno por estrés postraumático crónico (Atkinson y Zucker, 1997). Los sucesos altamente emocionales pueden conllevar cierto grado de respuesta de estrés. Las cascadas particulares de reacciones fisiológicas y cognitivas pueden reforzar los efectos del estrés sobre la memoria (Ogawa et al., 1997).

Bajo algunas condiciones, la memoria explícita puede verse impedida para la codificación en el momento preciso en que ocurre la experiencia. Una de estas situaciones puede ser el trauma. Varios factores pueden contribuir a la inhibición del funcionamiento necesario del hipocampo para que se produzca la memoria explícita en el momento de un trauma severo (Lyons-Ruth, Repacholi, McLeod y Silva, 1991). Durante el trauma, la víctima puede focalizar su atención en un aspecto no traumático del contexto o en su imaginación como recurso de escape parcial. Los estudios sobre atención dividida sugieren que esta situación conducirá a la codificación implícita pero no explícita de algunos elementos de la experiencia traumática. Además, la liberación de grandes cantidades de hormonas del estrés y la descarga excesiva de la actividad de la amígdala, en respuesta a la amenaza, puede deteriorar el funcionamiento del hipocampo. El resultado para la víctima que disocia el procesamiento explícito y el implícito es el deterioro de la memoria autobiográfica, como mínimo, para algunos aspectos del trauma. Por ejemplo, el maltrato infantil a edades tempranas, además de dañar el hipocampo, puede afectar directamente sobre circuitos que vinculan la respuesta corporal con la función cerebral: el sistema nervioso autónomo, el eje HPA y el proceso neuroinmune (Kraemer, 1992; Sigman y Siegel 1992). Las experiencias traumáticas no resueltas pueden generar un deterioro en el proceso de consolidación cortical, lo que dejaría los recuerdos de estos hechos fuera de la memoria permanente.

Los modelos mentales implícitos nos permiten modelar la organización de la memoria autobiográfica explícita. Las memorias traumáticas que no están resueltas no alcanzan este punto de consolidación dentro de un marco mayor de memoria narrativa implícita-explícita consolidada. Puede considerarse, por ello, que éstas permanecen en un estado inestable de activaciones implícitas potenciales que tienden a entrometerse en las experiencias internas y en las relaciones interpersonales del superviviente.

3.2.3 La precisión de la memoria y las consecuencias del trauma.

Son muchos los profesionales que comparten su preocupación sobre las respuestas a las preguntas relativas al recuerdo y al olvido, especialmente en los casos de alegaciones de abuso infantil. Los individuos pueden experimentar acontecimientos traumáticos y ser incapaces de recordarlos explícitamente con posterioridad (Fonagy, 1998). Los hechos acaecidos pueden ser olvidados y los “recuerdos” no experimentados pueden ser percibidos como memorias verdaderas.

En el extremo de las emociones nos encontramos con las memorias traumáticas sobre sucesos que generan intenso miedo e incluso terror, en las que la persona puede llegar a ver peligrar su integridad física. Algunos estudios muestran que las memorias traumáticas tienen características diferentes a las memorias sobre otros hechos autobiográficos. Por un lado, se ha establecido que estas memorias se caracterizan por su poca exactitud para los detalles irrelevantes y una memoria clara y exacta para los detalles centrales del suceso (Christianson, 1992; Loftus, Loftus y Messo, 1987). En contra, algunos autores afirman que los recuerdos traumáticos se presentan fragmentados, asociados a sensaciones intensas (olorosas, auditivas, táctiles...), y muy visuales, aunque suelen resultar difíciles de expresar de forma narrativa (Van der Kolk, 1989). Algunas investigaciones afirman que las memorias traumáticas no son muy diferentes de las no traumáticas (Shobe y Kihlstrom), otros estudios afirman que las memorias traumáticas se recuerdan mejor que las memorias normales, más vivida y coherentemente (Terr, 1983; Wagenaar y Groeneweg, 1990; Yuille y Cutshall, 1986).

La violencia de nuestra sociedad tiene múltiples causas (Field, 1995). El impacto de la violencia sobre los niños puede verse complicado cuando sus modelos mentales inherentes del mundo como lugar seguro se ven directamente contrariados al atestiguar la violencia en la comunidad. Siguiendo a Lynch y Cicchetti (1993) los niños expuestos a situaciones continuas de estrés o trauma, como el asociado a la exposición de violencia comunitaria, pueden desarrollar esquemas del mundo como lugar hostil y experimentar un cambio de actitudes hacia las

personas, la vida y el futuro. Las figuras significativas como los responsables de los niños pueden llegar a ser vistas como incapaces de proporcionar la seguridad ante los peligros presentes de su contexto. Del mismo modo, los niños pueden sentir que no son merecedores de ser protegidos. Cuando tales creencias persisten, pueden contribuir al desarrollo de relaciones inseguras con sus cuidadores en niños que viven en contextos amenazadores y violentos (Fonagy y Target, 1997; Lynch y Cichetti, 1998).

Estas experiencias de aprendizaje en la comunidad pueden tener un efecto directo sobre los modelos de apego de los niños hacia sus protectores. Como hemos visto anteriormente, estos modelos influyen directamente sobre una amplia gama de procesos mentales, desde la memoria hasta la regulación de la emoción. Las relaciones de apego que ofrecen a los niños experiencias de conexión emocional y seguridad, tanto en el hogar como en la comunidad, pueden ser capaces de conferir resiliencia y modos más flexibles de adaptación ante la adversidad. El impacto del trauma está mediado también por los efectos tóxicos directos de estrés crónico sobre el cerebro. Como manifiestan Bremner y Narayan: dada la importancia del hipocampo para el aprendizaje y la memoria, los niños victimizados pueden sufrir en términos de logro académico. Este déficit en el logro académico puede afectarlos durante todo el resto de sus vidas. Se requiere un mayor énfasis para dirigir los recursos y la atención necesarios a la prevención y al tratamiento de la victimización infantil así como del estrés en otras fases de la vida. Estudios relativos al apego han revelado que el diseño u organización de las relaciones de apego durante la infancia se asocia con los procesos característicos de la regulación emocional, las relaciones sociales, el acceso a la memoria autobiográfica y el desarrollo de la auto reflexión y la narración.

3.2.4 La resiliencia: rasgo de personalidad o proceso dinámico.

La formación del apego ejerce una influencia fundamental para la salud mental y el desarrollo emocional del niño, y tiene un alto impacto en la organización y regulación cerebral. Además tendrá una incidencia determinante en la forma en la que esa persona en la edad adulta se relacionará y comportará con otras personas. De cómo se vincule el niño a sus cuidadores dependerá el estado de seguridad o inseguridad, ansiedad / temor o estabilidad emocional que desarrollará como adulto. El apego o vinculación afectiva puede ser un predictor de cómo el individuo se comportará de adulto al relacionarse con sus iguales, parejas e hijos. El estilo de apego, pues, comporta un factor de resiliencia psicológica o un factor de riesgo, en cuanto al potencial que tiene para fomentar la salud y bienestar emocional,

y el adecuado funcionamiento cognitivo; o por el contrario, por ser la fuente de problemas psicológicos. La literatura sobre la resiliencia desde los primeros trabajos pioneros de Emmy Werner ha buscado con éxito individuar que caracteriza a los seres humanos resilientes, cuales son los factores protectivos y los caminos que permiten activar los procesos positivos cuando se encuentran condiciones de vida excepcionalmente críticas o se encuentran de frente a problemas difíciles de la vida cotidiana. Recientemente y todavía de un modo parcial se ha prestado atención a los procesos psicológicos que sostienen la resolución positiva frente a un evento crítico (Tugade y Fredrikson, 2004). Desde hace mucho tiempo, la humanidad ha observado que algunos seres humanos logran superar condiciones severamente adversas y que, inclusive, logran transformarlas en una ventaja o un estímulo para su desarrollo bio-psico-social. En las distintas esferas de las ciencias humanas, la tendencia fue de dar el mayor énfasis a los estados patológicos. Por ese motivo, las investigaciones se centraron en la descripción exhaustiva de las enfermedades y en el intento de descubrir causas o factores que pudiesen explicar resultados negativos, o no deseados, tanto en lo biológico como en lo mental. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados con ese método, muchas interrogantes quedaron sin respuesta. A menudo, las predicciones de resultados negativos hechas en función de factores de riesgo que indicaban una alta probabilidad de daño, no se cumplían. Es decir, la gran mayoría de los modelos teóricos resultaron insuficientes para explicar los fenómenos de la supervivencia humana y del desarrollo psico-social. La aplicación del enfoque de riesgo, ampliamente difundido en los programas de salud y en diversas investigaciones basadas en ese modelo, mostró la existencia de numerosos casos que se desarrollaban en forma normal a pesar de constelaciones de factores que, en otros individuos, determinaban patologías severas.

Un hito lo marcó Werner y Smith, 1992, quien estudió a un grupo de personas desde el nacimiento hasta los 40 años. La investigadora notó que algunos niños que estaban aparentemente condenados a presentar problemas en el futuro— de considerarse todos los factores de riesgo que presentaban— llegaron a ser exitosos en la vida, a constituir familias estables y a contribuir positivamente con la sociedad. Algunos de ellos procedían de los estratos más pobres, de madres solteras adolescentes y de grupos étnicos postergados, además de tener el antecedente de haber sido de bajo peso al nacer. La observación de estos casos condujo a la autora, en una primera etapa, al concepto de "niños invulnerables" (Werner y Smith 1992). Se entendió el término "invulnerabilidad" como el desarrollo de personas sanas en circunstancias ambientales insanas. Posteriormente se vio que el concepto de invulnerabilidad era un tanto extremo y que podía cargarse de connotaciones biologicistas,

con énfasis en lo genético. Se buscó, entonces, un concepto menos rígido y más global que reflejase la posibilidad de enfrentar efectivamente eventos estresantes, severos y acumulativos; se encontró el de “capacidad de afrontar”.

Desde el decenio de los años ochenta ha existido un interés creciente por tener información acerca de aquellas personas que desarrollan competencias a pesar de haber sido criados en condiciones adversas, o en circunstancias que aumentan las posibilidades de presentar patologías mentales o sociales. Se concluyó que el adjetivo resiliente, tomado del inglés *resilient*, expresaba las características mencionadas anteriormente y que el sustantivo “resiliencia” expresaba esa condición. En español y en francés (*résilience*) se emplea en metalurgia e ingeniería civil para describir la capacidad de algunos materiales de recobra su forma original después de ser sometidos a una presión deformadora. Así, el término fue adoptado por las ciencias sociales para caracterizar a aquellos sujetos que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y socialmente exitosos.

Bartlett (1994) considera que la resiliencia es “un rasgo psicológico, que es visto como un componente del self que capacita para el éxito en condiciones de adversidad, y que puede ser desgastado o, paradójicamente, reforzado por la adversidad”. Richardson, Neieger, Jensen y Kumpfer (1990) definen la resiliencia como “el proceso de afrontamiento con eventos vitales desgarradores, estresantes o desafiantes de un modo que proporciona al individuo protección adicional y habilidades de afrontamiento nuevas, adicionales a las que tenía previamente a la ruptura resultante del evento” (p.34).

La definición más aceptada de resiliencia es la de Garmezy (1991) que la define como la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al iniciarse un evento estresante. Considera que en una situación vital estresante hay tres factores principales en relación con los individuos. El primero sería el temperamento y los atributos de personalidad del individuo, donde incluye el nivel de actividad, la capacidad reflexiva cuando afronta nuevas situaciones, las habilidades cognitivas y la responsividad positiva hacia otros. El segundo se encuentran en las familias, especialmente en las más pobres, como cariño, cohesión y presencia de algún cuidado de un adulto, como un abuelo o abuela que sume un rol parental en ausencia de padres responsivos o cuando hay problemas maritales entre los padres. Y, el tercero, la disponibilidad de apoyo social en sus múltiples formas, como una madre sustituta, un profesor interesado, una agencia que le ayuda, una institución que proporciona cuidados o los servicios de una iglesia, etc.

La resiliencia como rasgo ha sido definida por Wagnild y Young como una característica personal que modera los efectos negativos del estrés y promueve la adaptación. Según Miller la resiliencia puede ser considerada como una combinación de características fisiológicas y de factores de personalidad. Los estudios que siguen esta dirección se han focalizado sobre la identificación de las características físicas y psicologías que permiten al individuo superar la adversidad.

Un primer estudio cualitativo de Wagnild y Young (1993), identificó un conjunto de rasgos de personalidad que parecen ser de ayuda en la adaptación después de una pérdida. Entre estas características estaban: una visión equilibrada de la vida, perseverancia, confianza en uno mismo, sentido de unidad, atribución de significado a la vida. Las características de los individuos resilientes, son según Bernard (1991), relativas a la autonomía, a la capacidad de resolver problemas, a las habilidades sociales y perspectivas de futuro.

Cramer (2000) ha dado, sin embargo, relevancia a una buena inteligencia, creatividad, imaginación y en el caso de los niños/as placer por el juego. Oliverio Ferraris (2003) considera dos actitudes, una retroactiva y otra proactiva. La actitud retroactiva caracteriza a quien considera a las personas y al ambiente como hostil, atribuyéndole la culpa de los eventos a los demás, sintiéndose impotente y no recogiendo las señales que provienen del contexto y por tanto no se preparan para superarlos. Por tanto no es una actitud resiliente. La actitud proactiva es, sin embargo, propia de los resilientes y permite considerar la realidad con sus potencialidades y sus obstáculos. El resiliente sabe que todo no puede ir como quisiera, pero aun así utilizara estrategias para supera del mejor modo los eventos difíciles.

El individuo surge como resiliente, positivo, cuando se adapta a los acontecimientos y extrae aprendizajes de los mismos. El individuo resiliente posee aún la capacidad de poner en práctica mecanismos de protección; la capacidad de enfrentarse positivamente a las adversidades y los factores inductores de estrés; la capacidad de generar un proceso evolutivo en cualquier fase del ciclo vital. La Resiliencia viene estudiada como la capacidad humana de tratar, superar y aprender, de los momentos menos favorables de la vida, teniendo cada individuo la plasticidad necesaria para transformarse, evolucionar y crecer en el dominio de sus capacidades. Finalmente ser resiliente es desarrollar una cualificación proactiva y social de gestión emocional y del stress adecuada. La Resiliencia, permite dos modos de actuación, uno a corto y otro a largo plazo, primero hay una tendencia a no descolocarse y enseguida emerge la capacidad de superar el choque y de adaptarse positivamente (Cyrułnik, 2001). Todas esas capacidades dependen de una gestión eficaz de los recursos socio-relacionales, que promueve la adaptación y el bienestar, aún ante situaciones traumáticas. Para sintetizar u

organizar las numerosas cualidades resilientes individualizadas en el curso de los años por los diferentes investigadores Burns (1996), ha individualizado cuatro macro áreas relativas a la autonomía, capacidad de resolución de problemas, habilidades sociales, y perspectiva de futuro.

Entre los elementos que componen el proceso de resiliencia Newman y Blackburn (2002) han distinguido tres niveles: individuales, comunidad próxima y comunidad social. En el nivel individual se coloca la persona en lo que respecta a las características distintivas de tipo cognitivo, afectivo, expresivo y las experiencias de vida. La comunidad próxima es el nivel de la familia y la escuela, es el nivel en el cual suceden importantes procesos relacionales, tanto en el ámbito de la socialización primaria y secundaria, como en lo que se refiere a la asunción de roles y su valoración. La comunidad social más amplia corresponde al ecosistema del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979). A este nivel pertenecen las variables macroeconómicas y sociológicas que pueden provocar un importante impacto en el sentido de promover u obstaculizar las condiciones que favorezcan los procesos de crecimiento. En el proceso de resiliencia, la familia, entendida como “comunidad próxima” desarrolla un papel fundamental y en particular juega un rol fundamental sobre el plano del sentido de seguridad, de las emociones y en la creación de una relación de apego seguro.

La teoría del apego de Bowlby aporta una clave de lectura que consiente de leer a través del comportamiento del niño, también el conjunto de sus complejas reacciones emotivas. Bowlby sostiene que el comportamiento y el tipo de relación afectiva que los progenitores establecen con sus hijos tendrán repercusiones no solo en el modo en el que se organiza el vínculo genitor hijo inmediato, sino también en la posibilidad de experimentar un futuro apego seguro. La teoría del apego hipotiza la continuidad del vínculo más allá del periodo de la formación, gracias a la constitución de modelos complejos sea de la figura afectiva sea del mismo niño/a. Estas representaciones constituyen los modelos operativos internos que tienen la función de ayudar al individuo en la interpretación de las informaciones que provienen del mundo externo e de guiar sus comportamientos en las nuevas situaciones. Bowlby postula la existencia de tres estilos de apego (seguro, inseguro/evitante e inseguro/ambivalente) completado más tarde por un cuarto estilo (atípico: desorganizado/desorientado). Es importante señalar la importancia de experimentar un apego seguro para el desarrollo de una personalidad resilientes. En la relación de apego seguro, los modelos operativos se constituyen a partir de la representación de la figura de apego, como disponible a responder positivamente y coherentemente a la demanda de ayuda y conforto. Esto hace que lo niño/as se sientan autorizados a expresar las propias emociones y a aprenden a hacerlo de modo

adecuado. Los/as adolescentes resilientes que proceden de familias difíciles, han demostrado una especial capacidad para buscar y obtener a través de comportamientos activos, buenas relaciones con individuos influyentes en su ámbito social, con los cuales son capaces de desarrollar especiales formas de apego. Se demostraban además capaces de aprender a elegir sus relaciones de manera adecuada y a seleccionar a compañeros provenientes de familias sanas. En la misma dirección van los estudios de sobre familias resilientes. También estos estudios han puesto en evidencia la importancia para un desarrollo resilientes en la presencia de calor, afectividad, soporte emotivo así como una estructura familiar de buen funcionamiento y la presencia de límites razonables y bien definidos. Las variables de algún parámetro de base que caracterizan la resiliencia familiar; se trata de patrones de relaciones que prevén la cohesión, la flexibilidad, la comunicación abierta, la capacidad de resolución de problemas y de sostener el propio sistema de convicciones.

3.3 La Memoria: memoria de trabajo y memoria autobiográfica

Existen dos grandes mecanismos de memoria: la memoria a corto plazo, caracterizada por una capacidad de almacenamiento limitada y un olvido rápido y la memoria a largo plazo, cuya capacidad es infinita y cuyo olvido es progresivo, prolongándose incluso a veces varios años. La teoría multi-almacén de la memoria de Atkinson y Shiffrin (1968), postulaba específicamente una secuencia de “almacenes de memoria”, organizados de acuerdo con la duración de la información, y que la retenían en intervalos progresivamente más largos, describiendo tres sistemas de memoria inter-relacionados entre sí:

- Memoria sensorial (MS), permite reconocer las características físicas de los estímulos.
- Memoria a corto plazo (MCP), guarda o activa y manipula la información que necesitamos en el momento presente.
- Memoria a largo Plazo (MLP), guarda la información para su utilización posterior.

Estos tres tipos de memoria no son compartimentos cerrados, sino etapas sucesivas por las que pasa la información hasta llegar a la memoria a largo plazo.

La memoria de trabajo es un tipo de memoria de corto plazo en la que interviene la corteza prefrontal, sede de las funciones ejecutivas. Nos ayuda a integrar percepciones instantáneas producidas en períodos cortos y compagnarla con el recuerdo de experiencias pasadas (Kandel, 2007), con lo que es fundamental en tareas diarias como mantener una conversación, sumar números o leer una frase. La memoria de trabajo nos facilita el almacenamiento temporal y manipulación de la información necesaria para tareas cognitivas complejas, como

la comprensión del lenguaje, el aprendizaje y el razonamiento (Gathercole, Alloway, Willis y Adam, 2006)

La memoria de trabajo es responsable de las siguientes funciones:

- Integrar dos o más cosas que han tenido lugar en estrecha proximidad temporal.
- Asociar un conocimiento nuevo con información de la memoria de largo plazo.
- Mantener en la mente algún tipo de información mientras se pone atención en otra cosa.

La memoria autobiográfica se define como un tipo de memoria de episodios específicos del pasado del individuo, que aparece como una revivencia de acciones, acontecimientos, hechos y situaciones del sujeto que recuerda. Generalmente, esta memoria contiene información sobre lugares, acciones, personas, objetos pensamientos y afectos, expresándose como una imagen mental. Además está acompañada por la creencia de que el episodio recordado ha sido experimentado personalmente y juega un papel central en la identidad de uno mismo (el “self”), en la experiencia emocional y en todos aquellos atributos que definen a una persona (Latorre et al., 2003).

3.3.1 *La Memoria y su clasificación en base a las secuencias de desarrollo infantil: alteraciones y fases de la memoria.*

La memoria la podemos definir como el acto de registrar, retener y evocar la representación mental de un objeto, de un acontecimiento o de un concepto, es el sistema por el cual se retiene, se recupera o se elimina la información, es una condición indispensable para lo que se denomina “experiencia”. La experiencia es aparentemente reconstruida en forma paralela por dos tipos de pensamientos, el narrativo y el analítico, éste último imprescindible para ubicar el sentido. Para memorizar es imprescindible atender, así como estar consciente. Existe una memoria de hechos y otra de habilidades, con vías neuroanatomías diferentes. El lugar cerebral crucial para la memoria es el hipocampo. Existen tres sistemas básicos de memoria que son: de Procedimiento, Semántica y Episódica.

Después de los 18 meses se desarrolla la conducta de autorreferencia, que permite la continuidad del Yo a lo largo del tiempo. La memoria de comportamiento es la primera en aparecer. Se trata de la *memoria implícita* (se adquiere sin conciencia), desprovista de la experiencia subjetiva; incluye la memoria perceptual, la emocional y la somatosensorial.

Después de los 2 años surge la *memoria explícita* (pueden hablar de algunas cosas que pasaron), dependiente del contexto y paralela a la maduración del lóbulo temporal medio,

incluyendo el hipocampo y la corteza orbito frontal. Es una forma de la memoria que requiere de la conciencia para poder codificar y captar el sentido subjetivo de estar recolectando información.

Se puede diferenciar: la memoria semántica o factual, basada en hechos y la episódica o autobiográfica (son implícitas); para su funcionamiento es necesaria una buena capacidad de atención. La memoria semántica permite las representaciones, símbolos de procesos externos e internos que se pueden expresar verbalmente o por escrito y que pueden ser codificados como verdaderos o falsos; la memoria autobiográfica, es almacenada y recordada luego usando los aspectos de ubicación en tiempo y espacio. Entre los 3 y 4 años, cuando recuerdan y relatan, pueden enriquecer el hecho con la imaginación. Entre los 4 y 5 años, muestran reconocimiento mnémico, aunque no puedan realizar un juicio adecuado al respecto, aparece la adquisición de estrategias para memorizar. A los 6 años, pueden relatar correctamente una historia escuchada pero sin los contenidos abstractos. Entre los 7 y los 10 años, logran la organización semántica. Los adolescentes son capaces de analizar los recuerdos y juzgar sus logros. La memoria explícita, incluye a la memoria de corto plazo y la memoria de trabajo, se ubican en la zona prefrontal. La memoria a largo plazo, se produce a través de la repetición de los estímulos. A continuación se muestra una tabla con los tipos y características de la memoria. Ver Tabla 4.

Tabla 4. *Tipos y características de la memoria*

Memoria implícita	Memoria explícita
Desprovista de la experiencia interna subjetiva del “recuerdo”, del self o del tiempo.	Requiere que el sujeto sea consciente para codificar y disponer de la sensación subjetiva del recuerdo.
Conlleva modelos mentales y “aprestos”.	Es autobiográfica, de si mismo y del tiempo.
Incluye memoria conductual, emocional, perceptual y, quizá, somatosensorial.	Incluye memoria semántica (de hechos) y episódica (autobiográfica).
No requiere una atención focal para su codificación.	Requiere atención focal para la codificación.
Mediada por los circuitos cerebrales implicados en la codificación inicia e independientes del lóbulo temporal medial/hipocampo	Requiere atención focal para la codificación. Se necesita el procesamiento hipocampal para su almacenamiento.

Fases temporales de la memoria

- Almacenamiento sensorial o memoria iconográfica de los niños. Refiere información sensorial no procesada, durante un tiempo mínimo. Contiene la activación neural inicial del sistema perceptual.
- Memoria de corto plazo o reciente primaria; es una forma de memoria de trabajo, provee los significados para registrar y retener información fácilmente accesible; no es solo por corto plazo, es activada en parte por el almacén sensorial
- Memoria de mediano plazo, en circunstancias transitorias.
- Memoria de largo plazo o secundaria, o explícita, un proceso en el cual algunos ítems son almacenados por períodos prolongados en la memoria de trabajo. Actividad en el hipocampo.
- Memoria permanente, más estable.

Las alteraciones de la memoria

Como en los adultos puede ser cuantitativas o cualitativas.

- Hipermnnesia: aumento de la capacidad de retener o evocar. Ej. en estados afectivos de mucha intensidad, en casos de peligro de vida.
- Hipomnesia: o disminución de la atención, en sus aspecto de fijación y de evocación, con memoria de conservación indemne. Ej., en el estrés, depresión
- Amnesia: o incapacidad parcial o total de registrar, retener o evocar información; es rara en niños a excepción de su frecuencia en el maltrato y abuso sexual infantil (como amnesia psicógena). La memoria que se pierde en las amnesias es sobre todo cognitiva. La amnesia infantil es una disociación entre la memoria implícita (que está intacta) y la explícita, se presenta de manera normal con respecto a los primeros 4 años de vida (amnesia del desarrollo). Los científicos que estudian el desarrollo, sugieren que es debida a la inmadurez de algunos campos, que incluyen además el sentido de sí mismo y del tiempo, la habilidad verbal aún no totalmente adquirida, la escasa capacidad narrativa, los que podrían ser los factores limitantes entre los 3 y 4 años. Los neurobiólogos ubican en la falta de desarrollo del hipocampo, en el lóbulo temporal y en las regiones prefrontales inmaduros en los primeros años de vida, la causa de la amnesia.

- La amnesia disociativa: (pérdida de la memoria autobiográfica), sin lesión de las estructuras cerebrales, aparece en los Trastornos Disociativos de la Personalidad, con pérdidas y cambios importantes en la identidad.

La memoria no es unitaria o monolítica, sino que está formada por múltiples sistemas de memoria, entre otros, tenemos la memoria autobiográfica (MA). El recuerdo de un suceso vivido en primera persona hace referencia a la memoria autobiográfica. Su desarrollo se debe a las múltiples interacciones que mantenemos dentro de nuestro contexto social permitiendo la maduración y conectividad neuronal de las áreas cerebrales que participan en ella (Welzar y Markowitsch, 2005). La actividad consciente nos permite recuperar los eventos personales que vienen configurando el contenido de la MA, hablamos de la *autonoetic consciousness*, como:

“la capacidad que permite al ser humano adulto representar mentalmente y llegar a ser consciente de su existencia prolongada, a través del tiempo subjetivo. Esto es, cuando una persona es consciente autonéticamente puede focalizar su atención sobre su propia experiencia subjetiva (...) la conciencia autonoética permite a las personas la posibilidad de aprehender de sus experiencias subjetivas todo el tiempo y percibir el momento actual como una continuación de su pasado y como preludio de su futuro” (Wheeler, Stuss y Tulving, 1997, p.302).

Con ello, comprendemos la MA como “una determinada habilidad compleja y múltiple, formada por componentes neurológicos, sociales, cognitivos y lingüísticos” (Reese, 2002, p.124) que tiene como elementos configuradores el lenguaje, la estructura narrativa y la afectividad favoreciendo el recuerdo consciente de experiencias del pasado personal y la proyección mental de esos eventos hacia el futuro subjetivo de uno mismo (Tulving, 2002). La mayoría de los autores consideran que las memorias autobiográficas forman parte de la memoria episódica (Conway, Rubin, Spinner y Wagenaar, 1992), que se define por el contexto espacial y temporal que la acompaña, y se diferencia de la memoria semántica o de conocimientos que carece de este contexto (Tulving, 1983). Según Brewer (1986) la principal característica que define las memorias autobiográficas es el contexto personal que las acompaña y distingue entre:

1. *memorias personales* que consisten en una representación de un hecho único e irrepetible basado en imágenes.
2. *hechos autobiográficos* que son formalmente idénticos a las memorias personales pero que no se basan en imágenes.

3. *memorias personales genéricas* que difieren de las anteriores en que representan de forma más abstracta hechos repetitivos o series de hechos parecidos.

En la MA se distinguen tres tipos de funciones (Bluck, Alea, Habermas y Rubin, 2005). La *función directiva*, donde las experiencias pasadas pueden orientar la conducta y el pensamiento hacia el futuro. La *función para el self* que posibilita la coherencia y la continuidad en el transcurso del tiempo. Y la *función social* trata de ofrecer información sobre cómo realizar las interacciones sociales, contribuyendo a la generación, mantenimiento y potenciación de los lazos sociales. Así, cuando a una persona le pedimos que nos relate que le sucedió en un momento y un lugar determinado, para cumplir la tarea deberá acceder a sus recuerdos autobiográficos.

Hacia el segundo año de vida, los niños han desarrollado nuevas capacidades para hablar sobre sus recuerdos de los acontecimientos del día y para recordar experiencias más distantes del pasado. Estas habilidades reflejan la maduración del lóbulo temporal medial del cerebro (que incluye una parte llamada hipocampo) y el córtex orbitofrontal; este proceso de maduración les permite disponer de memoria “explícita” (Ainsworth et al., 1978). Es esta memoria a lo que la mayoría de las personas se refieren con la idea genérica de memoria. Cuando se recuperan los recuerdos explícitos, las personas tienen la sensación interna de “estoy recordando”. Las dos formas de memoria explícita son la “semántica” (factual) y la episódica (autobiográfica o uno mismo en un episodio temporal). El desarrollo de los aspectos únicos de la memoria explícita conlleva diversos dominios de la experiencia del niño o niña. Durante el segundo año de vida se desarrolla una sensación de secuenciación, la cual se atribuye a una función del hipocampo como “creador de mapas cognitivos” (Main y Solomon, 1986). La memoria explícita desempeña un rol fundamental en la creación del sentido del espacio y del tiempo, permitiendo a las personas recordar dónde están las cosas y cuándo estuvieron allí.

La fase evolutiva del segundo año sugiere que el niño o niña está desarrollando un sentido del mundo físico, del tiempo y de la secuencia, y de sí mismo, todos los cuales constituyen las bases de la memoria autobiográfica explícita. Las experiencias de apego, es decir, la comunicación con los progenitores y otros cuidadores, puede fomentar directamente la capacidad para la conciencia auto-noética del niño/a ya que la riqueza del autoconocimiento y de las narraciones autobiográficas parece estar mediada por los diálogos interpersonales en los que los cuidadores coconstruyen las narraciones sobre los acontecimientos externos y sobre las experiencias internas, subjetivas de los personajes (Ainsworth et al., 1978).

Destacamos la importancia de la memoria de trabajo, la cual ha sido denominada “pizarra de la mente”. Equivale al proceso mental al que nos referimos cuando decimos que estamos “pensando en algo”: nos permite reflexionar sobre los elementos percibidos en el presente y los recuperados del pasado (Ainsworth et al., 1978). En algunos individuos con trastornos de atención, la memoria de trabajo parece ser incapaz de manejar la misma cantidad de elementos que la memoria de trabajo de los sujetos “normales” (Main y Solomon, 1986).

Los recuerdos explícitos requieren atención consciente y focal y son procesados a través de las fases iniciales de codificación en la memoria de trabajo y después en la memoria a largo plazo de camino hacia la consolidación cortical. Sin la atención focal, los elementos no están explícitamente codificados. La memoria implícita está intacta, pero la memoria explícita puede estar deteriorada por un estímulo o acontecimiento (George, Kaplan y Main, 1996).

3.3.2 El desarrollo de la memoria autobiográfica en las relaciones interpersonales: la importancia del lenguaje.

Los conocimientos implícitos son no verbales, no simbólicos, procesuales e inconscientes en cuanto objeto de reflexiones conscientes. La comunicación verbal se desarrolla en torno a los 18 meses de vida, construye sus raíces sobre la conciencia implícita que se organiza en las interacciones con la figura de referencia. El desarrollo de la capacidad verbal, inevitablemente, está interconectado y relacionado con la experiencia interpersonal social y afectiva precedente y registrada a un nivel implícito. La independencia entre los sistemas mnémicos ha llevado, de hecho, a hipotizar que con el desarrollo del lenguaje no hay un transferimiento de la experiencia implícita a explícita, gran parte del conocimiento que la persona ha adquirido sobre cómo comportarse con los demás reside a un nivel implícito y permanecerá igual durante el desarrollo posterior. Investigaciones en el ámbito sea desde la perspectiva del apego sea desde los estudios sobre la memoria han indagado sobre el desarrollo del lenguaje interno de la alianza niño/a-educador/a.

Por lo que se refiere al desarrollo de la memoria autobiográfica, varios autores hipotizan que se produzca durante la infancia a través de un proceso de “colaboración social” entre los adultos y el niño/a; en particular, a través de “discusiones colaborativas” el/la niño/a internaliza la estructura narrativa de las conversaciones y las utilizaría para guiar la recuperación de experiencias significativas precedentes. Dichas conversaciones entre el/la niño/a y progenitores son consideradas cruciales para el proceso de desarrollo de la memoria autobiográfica, conversaciones llamadas “memory talk” (Farrar, Fasig y Wekch-Ross, 1997).

La teoría del apego puede constituir un marco para un examen más detallado del vínculo entre la relación niño/a progenitor y el desarrollo de la memoria autobiográfica. Partiendo del concepto de los modelos operativos internos, definidos por Main como reglas que guían no solo los sentimientos y comportamientos si no también la atención (Main et al., 1985), la memoria y la cognición, se hipotetiza que la naturaleza de la memoria autobiográfica por una parte pueda ser diferente en función de los modelos operativos que reflejan la relación de apego, por otra sea un agente activo en la construcción de tales modelos. Los bebés que desarrollan apego seguro construyen modelos coherentes, organizados y que facilitan la emergencia del sentido del yo, beneficiándose de mayor accesibilidad a los recuerdos autobiográficos (Chae, Ogle, y Goodman, 2009). Complementariamente, la falta de especificidad ha sido asociada con las relaciones de apego inseguro. Diversos estudios plantearon la hipótesis de que los individuos desarrollan estrategias de evitación defensiva si son frecuentemente expuestos a experiencias de rechazo y falta de apoyo. Por tanto, los individuos con apego inseguro tendrían menos recuerdos específicos como estrategia defensiva para evitar las emociones negativas asociadas a los procesos de apego disfuncionales (Bowlby, 1980; Dykas y Cassidy, 2011; Main, 1990; Valentino, 2011).

La comunicación entre el niño/a y el progenitor desarrolla un papel fundamental no solo en el intercambio de informaciones y de mantenimiento de la relación, sino también en la creación de una realidad compartida. El niño/a que utiliza el lenguaje, además, es activo también en las relaciones interpersonales participando en la construcción de evento interpersonales específicos. En este sentido, las relaciones entre apego y memoria autobiográfica sería bidireccional. Mientras el apego influye en el tipo de conversaciones que los progenitores y los/as niños/as tienen respecto al pasado, estas conversaciones pueden a su vez contribuir a estabilizar las relaciones de apego (Farrar, Fasig y Welch-Ross, 1997)

La memoria autobiográfica se exprime a través de las conversaciones (Hirst y Manier, 1995) por ello es importante estudiarla no solo desde pura perspectiva cuantitativa si no también cualitativa de las narraciones producidas. Cuanto mayor es el tiempo entre la ocurrencia y codificación de un acontecimiento y su recuperación posterior, el recuerdo será peor y se producirá mayor cantidad de olvido. En pruebas de memoria autobiográfica, con pruebas de recuerdo libre, se observa que los recuerdos personales no se distribuyen de manera homogénea a lo largo de los distintos periodos de vida de un individuo. Ocurre lo que se conoce como: amnesia infantil, la cual hemos descrito anteriormente.

Algunos niños al final del segundo año son capaces de recordar fragmentos de sus recuerdos personales; eso depende de la posibilidad de usar o no el lenguaje para comunicar

estos recuerdos. Dos teorías para explicar la amnesia infantil y el desarrollo de la memoria autobiográfica:

1. *Howe y Courage (1997)*. Los niños sólo pueden construir su memoria autobiográfica, cuando se ha desarrollado su “yo cognitivo”, ya que solo así se pueden organizar los acontecimientos que les suceden y sentimiento se desarrolla a final del segundo año de vida. Se sabe que se ha desarrollado porque el niño se reconoce en el espejo.
2. *Fivush y Nelson (2004)*. Teoría del desarrollo sociocultural. Según esta, tanto el lenguaje como la cultura desempeñan un papel primordial en la aparición de la memoria autobiográfica. El lenguaje porque los niños lo usan para hablar de sus recuerdos, y la cultura porque, por ejemplo los niños al relacionarse con su madre usan el lenguaje para hablar de los hechos y de sus recuerdos.

Tanto la aparición del lenguaje como el ambiente socio-cultural y el auto-reconocimiento influyen en la aparición de la memoria autobiográfica, pero hay que tener en cuenta que el hecho de que exista una asociación entre estos factores y el nacimiento de la memoria del niño, no significa que una cosa sea causa de la otra. La memoria autobiográfica varía en los distintos momentos de la vida. Los recuerdos autobiográficos aumentan entre los 20 y 30 años, a partir de esa edad desciende, de forma que a los 40 vuelve a ser igual que cuando se tiene 10 años. Los recuerdos autobiográficos más abundantes se producen cuando las personas rememoran hechos felices que cuando rememoran hechos tristes.

3.3.3 *Memoria autobiográfica, emoción y cognición.*

La emoción es la clave para comprender la motivación y la adaptabilidad de los seres humanos. Las emociones que primero surgen son las básicas, ya que otras necesitan que los elementos cognitivos estén preparados para su procesamiento. Hay una neurobiología del aprendizaje emocional que lo vincularon los niveles de cognición, el aprendizaje del lenguaje y las posibilidades de la memoria. Damasio A. distingue entre estado, expresión y experiencia emocional. El estado emocional tiene cambios internos en la actividad somática o fisiológica; la expresión emocional es la aparición de modificaciones observables en la cara, en el cuerpo, en la voz; la experiencia emocional comprende las consecuencias del valor que se otorga al sentimiento, como la interpretación individual que se da a los estados emocionales y a las expresiones de este. Las experiencias emocionales requieren la adquisición de por lo menos el

rudimento del sentido de uno mismo así como la capacidad de discriminar, recordar, asociar y comparar.

Las emociones en los niños son diferentes a las de los adultos y en los más pequeños pueden expresarse de otras maneras, con movimientos corporales, gritos, batir de palmas, saltos, esconderse. En la adolescencia pueden expresarse por posturas, con expresiones faciales, gestos o tono de voz. Las emociones básicas se separan en:

- a) Emociones primarias o universales: alegría, tristeza, angustia, miedo, ira, sorpresa. Responden a la memoria de la especie y a la autobiográfica (que es bio-psico-social-histórica). Aquí se mencionan los miedos denominados universales o arcaicos, que tendrían localizaciones anatómicas específicas.
- b) Emociones secundarias o sociales: vergüenza, celos, culpa, orgullo.
- c) Emociones de fondo: bienestar- malestar, calma- tensión.

Mientras el *sentimiento* es una respuesta emocional individual, el *afecto* (patrón observable que expresa sentimientos experimentados subjetivamente y basados en una emoción; desencadenados por patrones fisiológicos) describe emociones complejas, es la expresión de la emoción, indica sentimientos específicos, agrupados, diferenciados y que se perciben en relación a personas u objetos, se describe un patrón observable de conductas, que expresa subjetivamente estado de sentimientos. Interviene la regulación psíquica. El afecto es variable, responde a cambios; en cambio el humor es generalizado y sostenido.

La emoción juega un papel muy importante en la memoria en general y en la memoria autobiográfica en particular. Barclay y Smith (1992) han propuesto un modelo de memoria autobiográfica en el que consideran que el afecto y la emoción son las características más importantes de este tipo de memorias que constituyen la cultura personal del sujeto como una relación de la persona con su entorno social. En relación con la emoción se han señalado varios aspectos que estarían influyendo en los recuerdos autobiográficos: el autoconcepto del sujeto, factores motivacionales y la perspectiva con que son recordados (Alonso-Quecuty, 1992). Según Talarico, LaBar y Rubin (2004), no es tan importante la valencia emocional (agradable/desagradable) como la intensidad (alta/baja), la que define las características de las memorias autobiográficas. Por regla general, los hechos autobiográficos con una implicación emocional importante se recuerdan más detalladamente que los hechos rutinarios con baja implicación emocional. Las emociones influyen en la MA, ya sea en la codificación de los estímulos, en su consolidación o en la formación del recuerdo. Al respecto, la amígdala desempeña un rol crucial:

“principalmente, la amígdala gestiona los procesos de memoria emocional, sin los cuales los efectos de las emociones sobre la memoria no ocurrirían; la amígdala puede afectar a la memoria explícita modulando o permitiendo la actividad de otras regiones cerebrales implicadas en la memoria; la activación emocional puede afectar a la memoria explícita, por medio de la liberación de hormonas de estrés que interactúan con la amígdala; la influencia moduladora de la activación emocional, a través de la amígdala actúa especialmente en los procesos de consolidación de otras áreas del cerebro, tales como el hipocampo” (Hamann, 2001, p. 395).

A partir de estos sustratos neurológicos se despliega toda una fenomenología emocional que va configurando la identidad personal. Hablar de emociones es referirse a la inteligencia emocional, en síntesis la comprendemos como un ámbito de la inteligencia social que incluye la capacidad para procesar información emocional con exactitud y eficacia; acceder y generar emociones y sentimientos que asistan y faciliten el pensamiento; conocer y comprender las emociones propias y ajenas; regular las emociones favoreciendo un crecimiento emocional e intelectual y expresar las emociones de forma adecuada (Mayer y Cobb 2000; Mayer y Salovey 1993; Salovey y Mayer 1990;).

La inteligencia y la educación emocional se incluyen progresivamente como ámbito de estudio. El control del estrés, las conductas prosociales, las conductas disruptivas, el ajuste psicológico o el *mobbing* han sido aspectos vinculados con la inteligencia emocional (Palomera, Gil-Olarte y Brackett, 2006). En este sentido, la educación emocional favorecería la construcción equilibrada de la dimensión afectiva del sujeto propiciando la configuración positiva de la identidad del menor (André y Lelord, 2002). La formación de la inteligencia emocional se estructuraría en tres ámbitos: conocimiento emocional propio y ajeno, autorregulación emocional y expresión emocional. Una adecuada educación emocional en estos ámbitos nos orientaría hacia un autoconocimiento emocional mediante procesos de autorreferencia de los contenidos afectivos que se encuentran en los recuerdos de eventos personales posibilitando, en buena medida, la formación de una “sabiduría emocional” (Baltes y Staudinger, 2000). Ésta posibilitaría el conocimiento, regulación y expresión de los estados emocionales del sujeto evitando así quedar secuestrado o paralizado por las emociones, y dando la posibilidad de transferir ese conocimiento o sabiduría emocional a cualquier contexto donde se encuentre la persona.

Regulación de las emociones.

La regulación de las emociones es un proceso por el cual la activación producida por una respuesta, sirve para modular la respuesta en otro caso. Además depende del medio ambiente y está muy vinculada a la comprensión de lo social. No está presente al nacer y se adquiere en los primeros años de vida. Al principio es provista por los padres pero poco a poco y gracias a distintas actividades, se asocian y condicionan volviéndose voluntarias; con la maduración y el desarrollo cognitivo como con la atención selectiva, la discriminación y el planeamiento, estas actividades y otras se usan para regular emociones.

Los distintos niveles de las emociones:

- Nivel 1 Neurofisiológico o bioquímico (cambios producidos por la emoción), participa el SNA, hay una activación neuroendocrina.
- Nivel 2 Expresión motora o conductual, posibilidad de respuestas.
- Nivel 3 Subjetivo, experiencial, posibilidad de respuestas verbales de estados de sentimientos.

Las emociones tienen relaciones particularmente importantes con la memoria ya que pueden facilitar el recuerdo de acontecimientos que ocurrieron en un estado similar, como ocurre en el TEPT. Las cosas que ocurrieron en situaciones que despiertan emociones muy intensas, parecen guardarse en la memoria con especial precisión y claridad. La relación entre emoción y memoria, es un facilitador para el establecimiento de la memoria. No hay una emoción o una cognición primaria, lo que si hay es la interacción, mientras se desarrollan todas las funciones, es continua, cada una sirve de meta y conduce a la otra a través del desarrollo. En el aprendizaje se crean emociones y las emociones organizan el aprendizaje. (Benitez de Natale, 2009).

El establecimiento del *sentido de ser uno mismo* es esencial para el surgimiento de las emociones. Según Stern (1991) desde el nacimiento va emergiendo un sentido rudimentario de sí mismo. Por “sí mismo” entiende un patrón constante de percatación que aparece solo con las acciones o procesos mentales del infante. Es una forma de organización, que una vez emergida continúan presentes desarrollándose durante toda la vida. Es la experiencia subjetiva organizadora de todo lo que más tarde será designado verbalmente como el “sí mismo”.

- Del nacimiento a los 2 meses: se desarrolla el *sentido del sí mismo emergente*. (Implica el sentido de autoorganización en proceso de formación). Es experiencial no verbal. Aparece la percepción amodal; la percepción fisionomónica (percepción

afectiva en función de la cualidad de los afectos que percibe según su activación-alto bajo- y tono hedónico-positivo negativo-).

- Entre los 2 y 6 meses: se desarrolla el *sentido del sí mismo nuclear*. (Comienza a sentirse un todo coherente, físicamente separado de la madre, agente diferente de ella, con afectividad propia e historias separadas). Aparece el RING (registro de interacciones generalizadas) que surgen de las invariantes de la experiencia prototípicas promedio.
- Entre los 7 y 15 meses: se desarrolla el *sentido del sí mismo subjetivo*. (Descubre estados mentales subjetivos que subyacen a las conductas). Se dan diferentes tipos de interacción: entonamiento, imitación, empatía, sintonía, afinación, desentonamiento verdadero y no entonamiento, sobreentonamiento, entonamientos selectivos. Y también se producen las integraciones (del sí mismo, mundo, otros).
- Entre los 15 y 18 meses: se desarrolla el *sentido del sí mismo verbal*. (Empiezan a negociarse los significados con los adultos). Visión objetiva de sí mismo; aparecen sus actos empáticos; la capacidad para el juego simbólico. Capacidad de autorreflexión, de comprender y producir lenguaje.
- A los 4 años se puede pensar en la aparición de un *sí mismo narrativo*., en el que se comparten las narraciones con otros. Se entra en el mundo de las historias. (Barudy y Dantgnan, 2006)

3.3.4 Memoria autobiográfica y depresión.

La depresión se incluye dentro de los trastornos del estado de ánimo y se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (APA, 2002). Los trastornos del ánimo se dividen en trastornos bipolares (episodios maniacos), depresivos y dos trastornos según su etiología: debido a enfermedad médica o inducido por alguna sustancia.

Son numerosos los estudios que evidencian la mayor probabilidad que tienen los depresivos de haber sufrido episodios amenazantes y dificultades (Brown y Harris, 1978), y que hayan experimentado infancias caracterizadas por experiencias adversas (Brewin, Andrews y Gotlib, 1993). Otra característica de los estados depresivos es el cambio en el

funcionamiento de la memoria, como la tendencia a recordar acontecimientos estresantes (Brewin, Hunter, Carroll y Tata, 1996) y dificultades en la capacidad de acceder y recuperar recuerdos autobiográficos específicos ante palabras clave (Williams, 1992a). Por norma general, los depresivos tienen mayor dificultad para recordar recuerdos positivos y una dificultad menor cuando se trata de recuerdos negativos (Dalglish y Watts, 1990). Todavía se desconoce si estos cambios en el funcionamiento de la memoria es debido a la depresión que padecen, o causa de la misma. Lo que sí conocemos es que el funcionamiento cognitivo en la depresión centra su atención en los estímulos negativos. Diferentes estudios han demostrado como los sujetos depresivos prestan atención, recuerdan e interpretan la información emocional de una forma diferente a los sujetos no deprimidos, y este procesamiento emocional sesgado es central en el inicio y mantenimiento de la depresión (Siegle, Granhokm, Ingram y Matt, 2001). Las principales características del recuerdo autobiográfico en los adultos deprimidos son:

1. Efecto de congruencia con el estado de ánimo.
2. Sobregeneralización.

1. Efecto de congruencia con el estado de ánimo.

Los estados de ánimo depresivos tienden a alimentarse de sí mismos, en el sentido de que cuando se está triste es más fácil tener pensamientos negativos y recordar experiencias dolorosas. A este hecho se le denomina reminiscencia condicionada por el humor: los pacientes deprimidos no solo adquieren información negativa más fácilmente que si es positiva, sino que además, recuerdan con más facilidad sus experiencias negativas que las positivas (Jong-Meyer y Barnhofer, 2002).

La codificación de los eventos por parte de las personas depresivas se realiza de forma más esquemática (menos distintiva en cuanto a detalles), lo que hace que luego sea difícil que las personas proporcionen recuerdos de tipo específico, ya que el efecto del humor en la memoria es más pronunciado en el nivel de conocimiento relacionado con eventos específicos, y menos en los niveles más altos de la jerarquía, como eventos generales y periodos de vida.

Se puede afirmar que la presencia de un procesamiento mantenido durante cierto tiempo tras la aparición de un estímulo donde se lleva a cabo una interpretación o elaboración de la información de forma negativa, es una de las características de la depresión. El procesamiento de la información en los individuos depresivos no sucede inmediatamente después de que la información sea presentada, sino que puede continuar incluso después de que la información haya desaparecido.

2. Memoria sobregeneralizada.

Este tipo de memoria se refiere a la capacidad de ciertos sujetos para la recuperación de recuerdos procedentes del nivel de eventos generales, mientras muestran graves dificultades para recordar eventos específicos del pasado. Esta dificultad se ha encontrada frecuentemente en sujetos depresivos y suicidas, siendo además una de las características de la memoria en la depresión (Williams y Scott, 1986). El estilo de memoria generalizada ocurre de forma natural durante el desarrollo cognitivo. Las investigaciones sugieren que antes de los tres-cuatro años, los niños tienden a recuperar eventos de modo genérico (Williams, 1996). Los niños no poseen representaciones de eventos específicos; sí que tienen, pero necesitan la presencia de señales concretas que posibiliten su recuperación. La recuperación de este tipo de representaciones después del rango de edad tres-cuatro años, es usada como una estrategia de regulación del afecto.

El estrés crónico en la infancia puede afectar la habilidad de aprender cómo controlar estos procesos de memoria. Algunos estudios señalan que la sobregeneralizada también puede estar presente en los trastornos emocionales que presentan intrusivas. Un trabajo de Kuyken y Brewin (1995) muestra que la memoria sobregeneralizada es particularmente severa en mujeres deprimidas que han sufrido abusos sexuales y físicos, y que está relacionada con los esfuerzos por evitar dichos recuerdos. Parece ser que los depresivos consiguen alcanzar el nivel de eventos generales, pero no descienden al nivel más específico, y eso es la causa de las respuestas sobregeneralizadas (Williams y Drischel, 1988).

Los modelos jerarquizados sobre la memoria sugieren que el acceso a recuerdos específicos de tipo autobiográfico supone una búsqueda descendente a través de los diferentes niveles de la jerarquía, lo que supone que se aumenta la especificidad del recuerdo conforme se vaya pasando de una fase a otra. En muchas ocasiones se encuentran con recuerdos bloqueados (Williams, 1996), como por ejemplo en el caso de los depresivos los cuales no consiguen pasar de los eventos generales y no descienden al nivel más específico y eso es la causa de las respuestas sobregeneralizada. Además este proceso es aún más complicado para los que tienen una posible falta de recursos cognitivos, especialmente un déficit en la memoria de trabajo, dicha memoria es fundamental para recuperar recuerdos autobiográficos en el nivel de los recuerdos específicos. La experiencia de recordar se puede ver afectada por una baja capacidad de memoria de trabajo. Holland (1992) sugiere los déficits cognitivos existentes en la depresión pueden mediar en la relación entre generalidad de los recuerdos y depresión.

3.4 Apego, experiencias traumáticas y memoria autobiográfica.

En este trabajo se pretende analizar cómo las experiencias traumáticas vividas durante la infancia tienen consecuencias en el desarrollo afectivo social y en la memoria autobiográfica. Se ha observado como las relaciones de apego seguro interfieren en la capacidad de acceso a recuerdos específicos de tipo autobiográfico. En este último apartado de este capítulo, se reflexionará sobre el papel decisivo que juegan las necesidades relacionadas con el desarrollo de apegos seguros en los procesos característicos de la regulación emocional, social, acceso a la memoria autobiográfica. Con este propósito, se analiza: en primer lugar, la relación entre la teoría del apego y el trauma, en segundo lugar, las emociones y las relaciones de apego, en tercer lugar, la desorganización del apego como consecuencia del maltrato, en cuarto lugar se analizará la influencia del apego en la estructuración de la personalidad en los casos de maltrato y por quinto y último lugar se analizarán las consecuencias del maltrato en el desarrollo cognitivo.

3.4.1 Teoría del apego y trauma.

La investigación y la teoría del apego ofrecen un provechoso punto de partida para comprender el impacto del trauma. El trauma activa el sistema de apego. Como lo señalara John Bowlby (1969), el trauma inhibe la exploración y activa los lazos afectivos. Queremos que nos abracen cuando nos sentimos angustiados. La teoría clásica de apego y algunas teorías de relaciones objétales clásicas sostienen que los patrones relacionales se establecen en la infancia y son actuados en el desarrollo posterior (Crittenden, Claussen y Sugarman, 1994). Un menor con una historia de conflictos entre sus padres, cuyos apegos han sido desorganizados y su sentido de seguridad, perforado, probablemente con frecuencia espera ser rechazado. Bowlby no estaba de acuerdo en que el origen de los vínculos emocionales con el cuidador primario fuera una pulsión secundaria basada en la gratificación de las necesidades orales. Consideraba que el niño/a llega al mundo predispuesto/a a participar en la interacción social, y que necesita un temprano apego ininterrumpido (seguro) con la madre. Enfatiza el valor de supervivencia del apego ya que aumenta la seguridad debido a la proximidad del cuidador. Si es un sistema conductual, implica una motivación innata, no pudiendo reducirse a una pulsión. De ahí la controversia con el psicoanálisis.

Durante la infancia temprana, el apego se identifica con:

- Un interés insistente en mantener proximidad con una o con unas pocas personas seleccionadas (normalmente familiares biológicos);
- La tendencia a usar a estas personas como base segura desde la cual explorar los entornos desconocidos;
- Huida hacia la figura de apego como refugio de seguridad en momentos de alarma (Mary Main, 2000).

La meta que regula el sistema es la proximidad del cuidador, física al inicio, más psicológica después. La respuesta del cuidador influirá de forma determinante en el sistema de apego. Este se combina con el sistema de exploración y el de miedo. Pero la moderna teoría del apego identifica importantes funciones del desarrollo que cumple el apego, más allá de la protección física del niño (Belsky, 1993). La regulación del estrés y los afectos y el desarrollo de capacidades de mentalización probablemente sean las más importantes. La perturbación de los lazos afectivos tempranos no solamente instaaura patrones de apego desadaptativos sino también debilita una gama de potencialidades vitales para el desarrollo social normal, incluyendo la mentalización.

El apego inseguro no equivale a un trastorno mental, pero crea un riesgo añadido de disfunción psicología y social (Atkinson y Zucker, 1997). Por ejemplo, la competencia social de las personas con apegos evitativos suele verse muy comprometida. Se ha observado que los niños que se vinculan de forma evitativa suelen ser considerado como controladores por sus compañeros y consecuentemente suelen ser rechazados (Carlson, 1998; Ogawa et al., 1997). Los apegos desorganizados/desorientados se asocian algunas veces con sintomatología disociativa, que, si en el futuro tales individuos se exponen a experiencias sobrecargantes, esto puede convertirlos en más propensos a desarrollar trastornos por estrés postraumático. Las personas de este grupo presentan también déficit de atención y de regulación de la emoción y de los impulsos conductuales (Lyons-Ruth, Repacholi, McLeod y Silva, 1991). Los estudios de intervención que ofrecen a niños jóvenes la oportunidad de desarrollar apegos seguros con sus cuidadores han producido resultados positivos en términos de desarrollo emocional, social y competencia cognitiva (Lieberman, 1991).

Se ha descubierto que la privación materna se asocia con problemas de conducta social, que se ven mitigados mediante medicaciones de serotonina (Post y Weiss, 1997). Estos hallazgos defienden la idea de que las experiencias de apego temprano afectan directamente sobre el desarrollo cerebral (Kraemer, 1992; Sigman y Siegel, 1992). Un ejemplo del riesgo de trastornos emocionales se aprecia en la experiencia de niños que sufren traumas a edades tempranas (Perry 1997). Las historias tempranas de ausencia de cualquier experiencia de

apego (como en los casos de abandono grave) o de experiencias de trauma grave (como los casos de abusos físicos, sexuales o emocionales) pueden alterar tanto la estructura neurobiológica del cerebro que su reparación es difícil o imposible (Perry, 1997).

La investigación actual sobre la relación del apego con la psicopatología sugiere diversas pautas (Atkinson y Zucker, 1997) un meta-análisis de estudios EVA dirigido por IJzendoorn y Bakermans-Kranenburg indica que el apego inseguro parece estar asociado con una mayor incidencia de trastornos psiquiátricos, incluida la ansiedad y los trastornos de los estados anímicos. La presencia de una pérdida no resuelta de un progenitor que presenta un estado mental primario inseguro con respecto al apego conduce a un resultado menos óptimo que la presencia de una pérdida no resuelta de un progenitor que tiene un estatus primario seguro. Por lo tanto, la seguridad del apego adulto parece transmitir una forma de resiliencia –como mínimo para los descendientes- incluso ante el trauma o la pérdida.

La clasificación de apego adulto o infantil no es sinónimo de patología, pero debería considerarse como componente organizativo de la mente que aporta flexibilidad y adaptabilidad con la seguridad, por el contrario, rigidez, incertidumbre o desorganización y desorientación con la inseguridad. Los estudios sobre el apego sugieren que la falta de recuerdo se asocia más con los patrones relacionales de rechazo, abandono y desconexión emocional observados en algunos apegos evitativos, que con alguna forma de bloqueo inducido por trauma como los que pueden observarse en los casos de abusos físicos o sexuales (Main, 1995).

Los individuos con el mayor riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos significativos son quienes disponen de apegos desorganizados/desorientados y traumas o penas no resueltas. Posiblemente, estos apegos conllevan los trastornos más profundos en lo que respecta a cómo el self organiza la información y como modela la energía de los estados mentales. El deterioro se revela en la inestabilidad emocional, la disfunción social, las respuestas pobres al estrés y la desorganización y desorientación cognitivas que caracterizan tanto a los niños como a los adultos de este agrupamiento del apego. Los niños con apego desorganizado tienden a ser controladores en sus conductas con los demás y a mostrarse hostiles y agresivos con sus compañeros. Diversos autores han propuesto que el apego desorganizado en los niños y el apego no resuelto/desorientado en los adultos predispone a estos individuos a la conducta violenta (Lyons-Ruth y Jacobwitz, 1999).

Los estudios sobre el trauma y abandono infantil revelan que la estructura neural y la función cerebral puede verse gravemente afectadas y con amplios efectos a largo plazo sobre la capacidad de la mente para adaptarse al estrés (Post y Weiss, 1997). Parece obvio que

ciertas experiencias tempranas crean un deterioro fundamental en la auto-organización. En un extremo se encuentran los apegos evitativos o de rechazo, que revelan procesos excesivamente restrictivos. En el otro se encuentran los apegos preocupados y ambivalentes, que presentan intrusiones de elementos pasados en el presente. En los apegos no resueltos o desorganizados, existe una dificultad primaria para organizar el self, lo que conduce tanto a la inundación interna como a las interrupciones en las relaciones interpersonales.

3.4.2 *Emoción y relaciones de apego*

La emoción es una parte fundamental de las relaciones de apego durante los primeros años de vida y a lo largo de todo el proceso vital. El modelo de apego del progenitor puede influir directamente sobre la naturaleza de su sintonización emocional, reforzando selectivamente la actividad de ciertas emociones y, mediante la resintonización, pasando por alto otras (Hesse, 1999; Ijzendoorn, 1995). Las primeras formas de comunicación se refieren a los estados emocionales primarios. Este hecho de compartir la valoración básica y los procesos de activación establece el modo fundamental para que una persona se vincule con otra en las relaciones emocionales. También se podría sugerir que la colaboración recíproca en tales comunicaciones contingentes facilita el desarrollo de procesos paralelos prefrontalmente mediados y la flexibilidad de respuesta. La comunicación humana e íntima puede activar directamente los circuitos neurales responsables de dar sentido, integrar la capacidad para las respuestas flexibles y compartir la experiencia subjetiva de vivir una vida emocionalmente vibrante.

Los estudios sobre el apego de Fonagy y sus colaboradores defienden que las experiencias interpersonales en las relaciones tempranas entre niño/a y cuidador pueden facilitar; o deteriorar, el desarrollo de la capacidad reflexiva (Ijzendoorn y Bakermans-Krannebur, 1996; Waters et al., 1996). Por tanto el ingrediente fundamental de las experiencias de apego seguro es el patrón de comunicación emocional entre el niño y su cuidador. Este hallazgo nos conduce a plantear la cuestión relativa a por qué la emoción es tan importante para la identidad en proceso de evolución y para el funcionamiento de un niño/a, así como para el establecimiento de las relaciones adultas.

El modo en que la mente establece sentido, el modo en que atribuye valor o significado a una experiencia, está estrechamente vinculado con las interacciones sociales. Esta conexión entre el sentido y la experiencia interpersonal se produce porque estos dos procesos parecen estar mediados a través de los mismos circuitos neuronales responsables de iniciar los

procesos emocionales. La investigación relativa a la naturaleza de la emoción sirve como base de marco sintético para comprender su rol central en la creación de nuestras experiencias subjetivas e interpersonales. Las emociones constituyen un sistema innato mediante el cual las funciones de atención, finalidad y aprendizaje se coordinan entre los sujetos (Hesse, 1999).

La emoción puede considerarse como el proceso fundamental de la mente que vincula los estados de activación con la valoración de la importancia o del sentido de sus propios procesos representacionales. Algunos autores sugieren que las relaciones emocionales tempranas constituyen los bloques de construcción para el desarrollo de otros procesos representacionales (Hesse, 1999). De este modo, la creación de las representaciones por parte de la mente nos proporciona cierto insight sobre el modo en que la emoción y los procesos interpersonales modelan la realidad. La emoción puede ser considerada como un proceso integrador que vincula los mundos interno e interpersonal de la mente humana.

Desde el comienzo de la vida, el cerebro presenta una asimetría en su sistema de circuitos, lo que conduce a la especialización de las funciones de cada lado del cerebro. Esta lateralización de la función modela el modo en que la mente crea las representaciones de la experiencia. La capacidad para percibir las emociones de otra persona a través de las expresiones faciales y el tono de voz está mediada predominantemente por el lado derecho del cerebro. En algunos patrones de apego inseguros, la comunicación entre el progenitor y el niño/a puede carecer de estos aspectos emocionales y experienciales. Por contraste, los apegos seguros parecen conllevar que ambos lados del cerebro comparten una amplia gama de procesos representativos. En esencia, tal comunicación interpersonal equilibrada permite que la actividad de una mente perciba y responda a la actividad de la otra (Main, 1996).

Las relaciones emocionales que fomentan el desarrollo de cada hemisferio y su integración no restrictiva con la actividad del otro puede fomentar el desarrollo del bienestar psicológico. La resiliencia del apego seguro se basa, en parte, en la integración bilateral que favorecen estas relaciones (Siegel, 1995).

3.4.3 El maltrato y la desorganización del apego.

Investigaciones de carácter retrospectivo han detectado como el apego puede ser estable a largo de tres generaciones: desde la abuela, a la madre, al hijo (Beinot y Parker, 1994). Las investigaciones sugieren que esto puede mantenerse estable en el curso de la infancia, hasta la preadolescencia. Sin embargo, otros estudios destacan que la inestabilidad es bastante más frecuente de lo que nos imaginamos y previsible en muchas ocasiones (Egeland y Farber,

1994). Los cambios existentes en los cuidados parentales, los cuales se ven afectados a su vez por factores de riesgo, ecológicos y maternos, pueden provocar cambios en los patrones de apego. Episodios individuales, familiares y comunitarios pueden influir sobre los cambios del apego, ejercitando un rol crucial sobre la cualidad de los cuidados maternos en las relaciones entre progenitores y niños y en el desarrollo de estos. Un estudio de Vondra, Hommerding y Shaw (1999), investigó el poder que los factores individuales y ecológicos, como las características mentales y comportamentales maternas, el soporte social percibido y las características infantiles tienen en el señalar trayectorias y la estabilidad del apego en una muestra socioeconómica desfavorable. En este estudio, de muestra formada por 90 parejas madre-hijo, el apego seguro se encuentra entre el 12º y 18º meses de edad, para el 60% de los bebés, prevalentemente en ausencia de riesgo.

Investigaciones como las de Nachmias, Gunnar, Mangelsdorf, Parritz y Buss, (1996), han puesto en evidencia como entre la población desfavorable, de alto riesgo o que ha sufrido maltrato, existe una inestabilidad del apego seguro que procede de un apego de tipo desorganizado o atípico. Además estos indican también una consistente correlación entre el apego inseguro, especie de tipo evitante, observado a los 18 meses y la afectividad negativa materna, caracterizada por la indisponibilidad psicológica y comportamientos hostiles o controladores. La reactividad psicológica al estrés resulta similar en todos los tipos de apego en el curso de la “situación extraña”, en lo que se refiere a términos de características infantiles.

Un apego inseguro o desorganizado, por tanto, es característico de población desfavorable o que ha sufrido maltrato. En este sentido, la teoría del apego ofrece un marco teórico válido dentro del cual se comprende mejor los fenómenos legados a historias infantiles de graves abusos y negligencia, relacionadas con el desarrollo de un amplio espectro de trastornos de la personalidad, síntomas disociativos, trastornos del ansia, depresión y abuso de sustancias alcohólicas y estupefacientes. La cualidad de la relación de apego, además de la naturaleza de los intercambios entre la madre y el bebé, también está influenciada por la experiencia infantil de apego de los mismos progenitores.

Algunas modalidades de cuidado de los hijos, pueden provocar efectos negativos sobre la experiencia de apego de los niños, así como algunas características de los hijos pueden influir en los comportamientos de los progenitores, en algunos casos incitándolos. Crocker (1981) ha sido de los primeros en mostrar como un temperamento difícil, asociado a un estilo parental poco sensible y a un bajo nivel de competencia social, puede llevar a la instauración de un apego inseguro: al contrario, el mismo estilo temperamental, asociado a un

comportamiento genitorial sensible o a un alto nivel de competencia social, conlleva a un apego seguro.

Diferentes investigaciones sea con grupo de control sea con grupo de alto riesgo han relacionado el apego desorganizado con el maltrato infantil (Carlson, Cicchetti, Barnett y Braunwald, 1989). Hesse y Main (2006) han definido el comportamiento de apego desorganizado como fruto de la relación con una figura de apego espantosa. Esta relación hace que tanto el niño como la figura de apego se representen como escasos de recursos, amenazadores y fuera de control (Bretherton, 1990). En particular, en los casos de abuso, se desarrolla un apego desorganizado a causa del modelo impuesto por los progenitores abusantes, los cuales por un lado son potencialmente la fuente primaria de conforto para sus hijos, pero al mismo tiempo los atemorizan con sus conductas abusivas e imprevisibles representando en sí mismos, por tanto, fuentes de dolor. En este sentido, los niños temen a la figura de referencia a la cual necesitan acercarse en las situaciones de miedo y estrés para recibir conforto y protección. Estas situaciones provocan en estos niños un estado de miedo sin salida (Main, 1995), porque el sistema motivacional del apego tienen una base biológica y esto le impide una total desactivación defensiva. De este modo se configura un trastorno motivacional, de conflicto incurable entre deseo de alejamiento/fuga y la necesidad de acercamiento (Liotti y Monticelli, 2008). El elemento común a los casos de apego desorganizado es la ausencia de una estrategia organizada para afrontar el estrés o cuando sirve saber controlar las propias emociones y la dificultad primaria a la que se enfrentan estos niños no parece ser el maltrato en sí, más bien lo impredecible del ambiente que les rodea, el hecho de que su figura de referencia sea a veces y para ciertos comportamientos, sensible y otras sean ásperas, no sensibles.

En la relación de apego desorganizado, el menor y el cuidador podrían compartir, además de la experiencia de miedo, también un estado alterado de consciencia, de tipo disociativo (Liotti, 2005). En la desorganización, las experiencias de apego se estructuran en Modelos Operativos Internos emotivamente “dramáticos”, fragmentados e incompatibles con el trabajo de integración y síntesis característico de la conciencia (Liotti, 2005). Estas representaciones constituyen un obstáculo en el desarrollo o en el ejercicio de la metacognición (Fonagy et al., 2003) y también en la regulación de las emociones (Schore, 2003), haciendo al individuo más vulnerable a la psicopatología.

Los sujetos maltratados muestran un apego desorganizado en porcentuales que varían entre el 45% (Lyons-Ruth, Connell y Zoll, 1989) y el 80% de los casos (Carlson et al., 1989). El apego desorganizado representa un factor de riesgo psicopatológico, ya que induce a

reaccionar con la disociación a cada tipo de trauma y estrés (Liotti, 2005). Si además, los episodios traumáticos son realizados por un genitor maltratante, al cual el menor esta precedentemente legado por un estilo de apego desorganizado, se refuerza con gran intensidad la hipótesis de estar forzado a utilizar la disociación para protegerse de su misma fuente de peligro. Un trabajo de Carlson, Cicchetti, Barnett y Braunwald, (1989) confirma la asociación entre la cualidad del apego y los trastornos de la personalidad en personas con una historia de abuso con efectos a largo plazo. Son numeroso los estudios que han confirmado como el maltrato y el apego desorganizado y los modelos operativos internos conectados a ellos, se estructuran de manera más o menos significativa, dependiendo de los factores de resiliencia, el desarrollo de la capacidad relacional así como el desarrollo de una personalidad equilibrada y no problemática. De hecho es probable que estas representaciones sean precursoras de problemas comportamentales que pueden llegar a prediseñar evoluciones psicopatológicas en los casos más graves (Lemieux y Sicoli, 2001).

3.4.4 La estructuración de la personalidad en los casos de maltrato y la influencia del apego.

Las consecuencias directas de las experiencias tempranas de apego en la personalidad son atribuibles al efecto de los Modelos Operativos Internos (Meyer y Pilkonis, 2006). En este sentido, cabe destacar que, aunque la unión probablemente no afecta a la personalidad del adulto en un sentido absoluto, ya que es apropiado considerar el peso de otras variables, tales como el temperamento (Rutter y Rutter, 1995), es cierto que actúa como un factor protector para el desarrollo, en la medida en que permite al niño, seguro de la presencia del cuidador en caso de necesidad, dedicarse a la exploración, la esfera relacional y a los otros aspectos de su vida (Crittenden, 1994). Diferentes autores como Weinfeld, Sroufe, Egeland y Carlson, (1999) sostienen que los individuos con un apego seguro y representaciones positivas de uno mismo y de los otros tienden a estar más preparados para responder de manera adecuada y con sensibilidad a las señales emocionales, a tener una conducta empática, para hacer amistades leales y son considerado líder más competente por otros. El estilo de apego inseguro y / o desorganizado está, en cambio, más estrechamente relacionados con la aparición de problemas de personalidad más o menos relevantes. Es importante considerar el aumento del riesgo de psicopatología en la medida en que el sujeto está predispuesto al desarrollo de síntomas de naturaleza internalización (amplificación estrategias), refiriéndose a

la parte más emocional, o de exteriorización (minimizadores defensas), conductas destructivas explícitas (Achenbach y Edelbrock, 1978; Dozier, Stovall Chase y Albus, 2002).

Entre los síntomas de internalización podemos encontrar sentimientos como: la ansiedad y el miedo y la tristeza, fuertemente asociados con el desarrollo de miedos, fobias y depresión (Rutter y Rutter, 1995; Ollendick, Yule y Ollier, 1991). Los síntomas que incluyen la externalización son: la expresión de la ira y la agresión y desórdenes crónicos disfuncionales y conducta de oposición (Rutter y Rutter, 1995).

En concreto, los niños con apego ambivalente, habiendo experimentado figuras parentales impredecibles y poco fiables corren un mayor riesgo de desarrollar problemas de internalización relacionados con la ansiedad, la frustración, o el desarrollo de un tipo de personalidad "preocupado" o "miedoso", llegando en casos extremo de presentar trastornos de personalidad (Weinfield, Sroufe, Egeland y Carlson, 1999). Las estructuras de la personalidad más orientadas con apego inseguro ambivalente son: la personalidad adictiva (Brennan y Shaver, 1998), que se caracteriza por la presentación como un medio para establecer relaciones viables y representaciones negativas del yo y el otro positivo trastorno obsesivo-compulsivo en el que hay una tendencia a un control constante mental e interpersonal, la frontera, caracterizada por niveles excesivos de ansiedad, tendencia hacia una más estrecha, estado de ánimo y representaciones sensibles, inestables de tendencia negativa de sí mismo y otro; histriónico, caracterizado por emotividad excesiva y atención de la investigación, la sensibilidad al rechazo y las representaciones que combinan cualidades positivas y negativas (ICD-10, DSM-IV-TR), y por último está la anulación de la personalidad, marcada por el deseo de contacto por un lado y la convicción de su propia insuficiencia, por otro, lo que conduce a desarrollar un apego de miedo generalizado a todas las personas y la prevención de situaciones potencialmente embarazosas (Weinfield, Sroufe, Egeland y Carlson, 1999).

Las personas que desarrollan un apego inseguro evitativo tienden a separarse de los demás, les falta empatía, son propensos a sentir ira y agresión debido a la experimentación repetida de rechazo, tienen un mayor riesgo de desarrollar personalidad de tipo antisocial como lo demuestra un estudio Rosenstein y Horowitz, 1996. Este tipo de personalidad se caracteriza por la indiferencia respecto a la satisfacción de sus beneficios, el incumplimiento de las normas sociales y los sentimientos de los demás, impulsividad, irritabilidad, falta de planificación, la incapacidad de sentir empatía, culpa, las relaciones que mantienen, trastorno de conducta y grandiosas representaciones del yo y negativas del otro (ICD-10, DSM-IV-TR).

Los datos muestran que, de hecho, las personas que han sufrido abuso o maltrato tienen una probabilidad cuatro veces mayor de recibir un diagnóstico de trastorno de la personalidad

que las personas sin una historia de malos tratos (Johnson, Cohen, Brown y Smailes Bernstein, 1999). El apego desorganizado, que distingue a los niños que son víctimas de abuso, es uno de los mejores predictores de la aparición de la mezcla de problemas de naturaleza externalizantes e internalizantes, que parecen ser la respuesta adaptativa más común de trauma, que a su vez puede conducir la aparición de verdaderos trastornos psicopatológicos (Liotti, 1993). Se han encontrado varias consecuencias que pueden generar las diferentes configuraciones de abuso como: los sentimientos intensos de miedo, impotencia, síntomas parciales de trastorno de estrés post-traumático en el caso de abuso físico y el abuso sexual y el déficit en la construcción de la imagen y la auto-estima en el caso de maltrato psicológico. Pero lo que parece predecir significativamente a todas las categorías son los trastornos de internalización y externalización, trastornos en la naturaleza. En concreto, Ammaniti et al., (2007) señalan un mayor riesgo en los varones en desarrollar conductas externalizantes y al contrario los trastornos internalizantes, como por ejemplo la depresión, se desarrollan más frecuentemente en las féminas.

En general, es posible mostrar cómo un apego inseguro en situaciones de maltrato promueve el desarrollo de emociones negativas, bajo sentido del humor, pesimismo, sobre todo en situaciones de abandono (Erickson, Egeland y Pianta, 1983). El apego desorganizado, en concreto, se cree que aumentan el riesgo de desarrollar trastornos de tipo límite o esquizoide (Weinfield et al., 1999), es decir, que se caracterizan por trastornos sociales y emocionales, falta de confianza en los demás, actividades sin propósitos y problemas antisociales (Lyddon y Sherry, 2001), probablemente debido a las dificultades que los niños maltratados tienen para interiorizar los conceptos que se consideran correctos y los que no lo son, probablemente debido al hecho de que los contextos, dentro de los cuales se han colocado, son impredecibles y sin regulaciones normativas (di Blasio, 2000).

Más allá de la ira y la agresión, otros factores que determinan la aparición de la conducta antisocial característica de los niños víctimas de abusos, parecen ser: la falta de empatía (di Blasio, 2000), la falta de desarrollo moral, la incapacidad para aprender de la experiencia (Eynsenck, 1977), la falta de control de impulsos, hiperactividad, falta de atención (Cicchetti y Toth, 1991) y, finalmente, por la falta de habilidades sociales y la capacidad de establecer relaciones interpersonales (Perlmutter, 1986; Parker y Asher, 1987).

Otras características y problemas relacionados con el maltrato y el apego de inseguridad y / o desorganizado, que se desarrollan en la edad adulta son: la adicción al alcohol y las drogas, el desempleo, la falta de amigos, dificultades matrimoniales y los síntomas depresivos, que en un sentido se ha demostrado que se asocia con trastorno de la conducta en la infancia

(Robins y Rutter, 1990). Se destacaron también las correlaciones entre el maltrato infantil y la menor capacidad de resolución de problemas (Egeland, Sroufe y Erickson, 1983), pensamientos suicidas y episodios de automutilación (Lipschitz et al., 1999) o incluso el inicio algunas psicosis (Montague, 2005).

3.4.5 Las consecuencias del maltrato sobre el desarrollo cognitivo.

La importancia de la seguridad emotiva y de la comprensión metalingüística se subraya también en la literatura que estudia el rol de los factores que median en el impacto del conflicto genitorial sobre la adaptación de sus hijos. Los dos principales modelos teóricos sobre la relación entre conflicto conyugal y procesos de adaptación, basado en el concepto de “seguridad emotiva” (Cummings, Goeke-Morey y Papp, 2004; Davies y Cummings, 1994, 2002) y en el concepto “cognitivo-contextual” (Grych, Harold y Miles, 2003), son complementarios y subrayan como la reacción y la interpretación que los niños dan del conflicto en sí, tiene una influencia determinante, a veces superior a la ejercida por dicho conflicto.

Jenkins e Buccioni (2000) y di Blasio y Camisasca (2006), subrayan el rol de la competencia metalingüística en la elaboración del conflicto y revelan como los niños más pequeños son más vulnerables, respecto a los más grandes, ante las situaciones conflictivas entre los progenitores. En particular los niños en edad preescolar, precisamente a causa de su reducida competencia metalingüística, tienden en ocasiones a atribuirse la causa del conflicto entre sus progenitores y otras a posicionarse del lado de un genitor en contra del otro, dando lugar a la considerada “triangulación” (Jenkins y Buccioni, 2000), fenómeno descrito desde hace tiempo en el ámbito clínico y terapéutico. En relación a la diferencia de edad surge, además, como los niños más pequeños (seis-siete años) respecto a los más grandes (ocho-nueve años), tienden a asumir el punto de vista de un solo genitor y a involucrarse directamente en el conflicto, ejercitando el rol de mediador (di Blasio y Camisasca, 2006). Estos niños, de hecho, no parecen estar en grado de utilizar, como estrategia, aquella basada sobre la petición de posteriores informaciones, que impliquen competencia cognitivas más desarrolladas, mientras que los niños más grandes están más protegidos de los efectos negativos del conflicto, no solo porque posean más habilidades de lectura y comprensión de lo que les rodea, sino también porque tienen más consolidado el sentido de eficacia y seguridad personal que les conduce a adoptar estrategias activas como la percepción de poder negociar y explicar (di Blasio y Camisasca, 2006).

Diversos estudios han focalizado su atención sobre la relación existente entre las experiencias tempranas de estrés y el desarrollo del cerebro. De hecho, las investigaciones han puesto en evidencia como valores elevados de cortisol estarían relacionados con bajos niveles de atención y de autocontrol en menores en edad escolar (Gunnar, Tout, Haan, Pierce y Stansbury, 1997) y al uso de estrategias de apego de tipo evitante o desorganizado durante la infancia (Spangler y Grossmann, 1993). Otras investigaciones han confirmado el efecto de condiciones de vida desfavorables y otros factores asociados a dichas condiciones, por ejemplo los estresores ambientales, como la baja estimulación ambiental, cuidados parentales negligentes (Pianta y Egeland, 1990), la exposición repetida a la violencia (Aber, 1994) respecto a su impacto directo sobre el desarrollo cerebral.

El desarrollo y la maduración se fundamentan sobre dos dimensiones: la estabilidad y la plasticidad, de hecho, una excesiva plasticidad podría obstaculizar un aprendizaje a largo tiempo, así como una estabilidad demasiado alta podría ser negativa para el normal funcionamiento del organismo, especialmente en las condiciones de riesgo (Ammaniti, 2010)- El desarrollo cognitivo se fundamenta sobre los mismos principios organizativos, constitutivos y complementarios que regulan la evolución biológica de los organismos vivientes, es decir la asimilación y la acomodación, mediante los cuales las estructuras internas se modifican cada vez que deben hacer frente a nuevas necesidades, permitiendo la adaptación. El primer proceso incorpora en sus propios esquemas los datos de la experiencia y tiende por tanto, a la conservación: mientras el segundo principio los esquemas actuales son modificados para adaptarlos a los nuevos datos y a la novedad (Piaget, 1964).

Durante la infancia se verifica un aprendizaje evolutivo, determinado de algunos periodos críticos y sensibles en el curso de los cuales la experiencia tiene una influencia notable y duradera en el tiempo. Un periodo sensible puede definirse como una fase del desarrollo en el cual el cerebro esta *experience expectant*, es decir mayormente dispuesto a modificarse mediante la experiencia y esto es lo que lo diferencia de los periodos críticos, en los cuales las experiencias son esenciales para el normal desarrollo mental en estos momentos (*experience dependet*) y sin los cuales los sistemas cognitivo y neuronal no madurarían adecuadamente. Existiría una predisposición genética hacia ciertos tipos de experiencia que se realiza en los periodos sensibles en los cuales las neuronas, gracias a una hiperproducción sináptica, están más activas y preparadas para recibir algunos estímulos. El cambio que se obtienen en los periodos críticos, es irreversible, diversamente de los periodos sensibles, durante los cuales está presente una mayor plasticidad y reversibilidad.

La inteligencia es la mayor forma de adaptación en la cual la asimilación y el acomodamiento, *experience expectant* y *experience dependent*, alcanzan el mayor equilibrio. Desarrollo cerebral y experiencia se influyen recíprocamente (Kandel, 1998). Como la expresión genética condiciona el comportamiento, las experiencias sociales influyen en la funcionalidad cerebral, su estructura y su organización (Edelman, 2004). El cerebro se desarrolla activando una serie de circuitos, que se activan en base a la experiencia, sobre todo en los primeros años de vida. Existen evidencias siempre más consistentes que confirman el efecto del ambiente sobre la expresión génica (Rutter, 2006) incluso a nivel intrauterino (Edelman, 2004; Feldman, 2008). Por ejemplo, en los casos de traumas precoces se pueden determinar consecuencias profundas sobre el desarrollo de estructuras cerebrales implicadas en la regulación de los mecanismos de base y en el sistema de respuesta al estrés, como está demostrado de la alteración del cortisol en los pequeños víctimas de abusos. Y así, mientras la expresión génica determina la síntesis proteica que estimula el crecimiento neuronal y la formación de nuevas sinapsis, las experiencias activando circuitos cerebrales específicos influyen en la creación, el mantenimiento y el reforzamiento de las conexiones cerebrales. El primer año de vida del/a menor está caracterizado por un intenso crecimiento de formaciones sinápticas y dendríticas. La continua activación de nuevas sinapsis se debe fundamentalmente a las experiencias vividas durante el curso de estos primeros años de vida, pero estas pueden también conducir a una retención selectiva, en la cual tanto la densidad como la estructura sináptica se alteran y/o reducen. En particular, ya desde la primera infancia, las relaciones interpersonales constituyen la fuente primaria de las experiencias que modulan la expresión génica a nivel cerebral y condiciona el ritmo y la modalidad de maduración (Siegel, 1999). Feldman (2008) afirma que desde el momento de la concepción, y probablemente también antes, el ambiente inicia a intervenir sobre el cerebro en vías de desarrollo. Tal idea ha estado recientemente confirmada por el estudio de Kaminsky, Reinhart y Végh, 2004, según el cual los mecanismos moleculares de la herencia genética pueden no ser limitados solo a las secuencias de DNA. Los autores sostienen que los cambios químicos, también los leves, producidos por la madre durante el embarazo, pueden tener un notable efecto también sobre las características temperamentales del niño/a al nacer, así como en sus comportamientos sucesivos. Las condiciones de vida desfavorables han estado asociadas también al desarrollo de malformaciones congénitas. Por ejemplo, Wasserman, Miller, Pinner y Jaramillo, (1996) han considerado que un conjunto de variables demográficas de riesgo, el estatus socioeconómico, el nivel escolar de los progenitores y las condiciones ambientales, incrementan la posibilidad de que el feto desarrolle anomalías durante el embarazo.

Las relaciones que se establecen con los demás, por tanto, desde el nacimiento, si no antes, tienen una influencia fundamental sobre el cerebro, como sostiene Siegel (1999), la mente emerge de la actividad del cerebro, su organización y sus funciones son directamente condicionadas por las experiencias interpersonales. Wechsler (1958) define la inteligencia como la capacidad de producir un comportamiento adaptativo y funcional para alcanzar un fin: un comportamiento, que afronte con éxito los obstáculos que el ambiente propone y que consienta la realización de los objetivos prefijados, y la importancia del rol de las interacciones sociales en el desarrollo cognitivo en términos genéticos está confirmada también por los estudios de Vygotskij (1934) y de Bruner (1968).

Según Vygotskij (1934), el individuo desde el primero momento de vida es protagonista activo de las relaciones sociales y la función principal del lenguaje es fundamentalmente de tipo social y comunicativa. El autor se interesa no solo por las competencias en el momento actual del menor, sino sobre todo por lo que será capaz de hacer en base a nuevas experiencias sociales y culturales. Tales condiciones son definidas por “*la zona de desarrollo próximo*”, entendida como la capacidad de valorar la diferencia entre lo que el menor es capaz de hacer solo y lo que es capaz de hacer con la ayuda y orientación de un individuo más competente.

Para explicar las causas del desarrollo, Bruner (1968) hace referencia al punto de vista de Vygotskij, sosteniendo que los procesos mentales tienen un fundamento social y que la cognición humana está influenciada por la cultura. La influencia de esta última se explica mediante las relaciones sociales que el niño establece precozmente con la figura de referencia, cuyo papel se define como *scaffoldin* (estructura). La estructura proporcionada por el adulto sirve para compensar las todavía limitadas capacidades del menor, consintiéndole avanzar hacia niveles más avanzados del desarrollo.

La incapacidad de los padres de ser disponibles emocionalmente y atentos a las necesidades de sus hijos caracteriza las experiencias de negligencia y maltrato, en las cuales la carencia de cuidados cualitativos adecuados favorece el surgimiento de déficits en el desarrollo cognitivo y motor, ya que los menores no encuentran, en el ámbito del contexto familiar, un soporte adecuado al desarrollo de sus propias capacidades (Pierrehumbert et. al., 2002). La actividad del niño y su desarrollo pueden ser considerados también en función del modo en el cual los comportamientos de apego, de exploración y prudencia, interaccionan. De hecho, como surgió de los estudios de Vondra et al., (1999) los comportamientos maternos problemáticos inciden en el posterior desarrollo de inseguridad del apego infantil. Durante la infancia, de hecho, se verifica un gradual alejamiento del menor con respecto a las figuras de apego y una mayor tendencia a explorar el ambiente que le rodea, se observa, por tanto un

contemporáneo aumento de la tolerancia a la separación. El cuidador continúa siempre a representar una fuente de seguridad para el pequeño, pero este no advierte la necesidad constante de pasar gran parte del tiempo cercano a él, gracias también a la emergente capacidad cognitiva de crearse una representación del mismo, también si no está presente. La curiosidad de conocer el mundo externo a la vez se convierte en una motivación siempre creciente y es solo en presencia de peligro cuando el niño vuelve a la madre (Schaffer, 1998). Cuando el menor desarrolla un apego inseguro, el adecuado equilibrio entre necesidad de apego y exploración está comprometido, con una consecuente inhibición de la exploración. En particular, Mary Main (1995) reveló la asociación entre la cualidad del apego del niño, medido por la situación del extraño, y su desarrollo cognitivo, motor y comportamental, valuado con la escala Bayley (1993), demostrando como los niños seguros presentan puntuaciones mejores respecto a los inseguros. Además, los seguros resultan también más cooperativos y disponibles al aprendizaje en el curso de la interacción con los adultos.

Las situaciones de maltrato continuado conllevan, por tanto, graves consecuencias a nivel cognitivo y socio-emotivo. Los daños en el desarrollo cognitivo se encuentran precozmente, en los menores víctimas de violencia, manifestando en muchas ocasiones, también a largo plazo, serios retrasos en el desarrollo de la inteligencia (Van Ijzendoorn y Juffer, 2006), consecuencias de un ambiente maltratante, en el cual los niños no son estimulados y a los cuales se les prohíbe, mediante castigos por parte de los progenitores, de explorar su ambiente así como de adquirir las relativas competencias cognitivas, lo que conlleva consecuencias a nivel comportamental, en el rendimiento académico y también sobre las representaciones del yo y el desarrollo de la autoestima.

A modo de conclusión destacar que las relaciones de apego que ofrecen a los niños experiencias de conexión emocional y seguridad, tanto en el hogar como en la comunidad, pueden ser capaces de conferir resiliencia y modos más flexibles de adaptación ante la adversidad. El impacto del trauma está mediado también por los efectos tóxicos directos de estrés crónico sobre el cerebro. Los niveles elevados de estrés no sólo bloquean transitoriamente el funcionamiento del hipocampo, la exposición excesiva y crónica a las hormonas del estrés puede conducir a la muerte neuronal en esta región, generando posiblemente la disminución del volumen del hipocampo, tal y como se ha encontrado en pacientes con trastorno por estrés crónico (Bremner y Narayan, 1998).

Durante el trauma, la víctima puede focalizar su atención en un aspecto no traumático del contexto o en su imaginación como recurso de escape parcial. Los estudios sobre atención dividida sugieren que esta situación conducirá a la codificación implícita pero no explícita de

algunos elementos de la experiencia traumática. Además, la liberación de grandes cantidades de hormonas del estrés y la descarga excesiva de la actividad de la amígdala, en respuesta a la amenaza, puede deteriorar el funcionamiento del hipocampo. Dada la importancia del hipocampo para el aprendizaje y la memoria, los niños victimizados pueden sufrir en términos de logros académicos. Este déficit en el logro académico puede afectarlos durante todo el resto de sus vidas. Se requiere un mayor énfasis para dirigir los recursos y la atención necesarios a la prevención y al tratamiento de la victimización infantil así como del estrés en otras fases de la vida (Bremner y Narayan, 1998)

El resultado para la víctima que disocia el procesamiento explícito y el implícito es el deterioro de la memoria autobiográfica, como mínimo, para algunos aspectos del trauma. Bajo algunas condiciones, la memoria explícita puede estar impedida para la codificación en el momento preciso en que ocurre la experiencia. El trauma puede ser una de estas situaciones. Varios factores pueden contribuir a la inhibición del funcionamiento necesario del hipocampo para que se produzca la memoria explícita en el momento de un trauma severo (Siegel, 1995).

“Los niños seguros atienden a la información interpersonal de un modo más flexible, generando un mayor éxito relacional. Si los niños que han estado traumatizados pueden desarrollar y mantener modelos representacionales que son abiertos y seguros, entonces aumenta la probabilidad de que experimenten relaciones interpersonales satisfactorias y una adaptación general más positiva. Los niños traumatizados con modelos representacionales inseguros suelen ser más propensos a experimentar reacciones traumáticas estresantes, en parte porque pueden ser menos capaces de mantener relaciones interpersonales satisfactorias y compasivas" (Lynch y Cicchetti, 1998; p.759-757).

Los adolescentes con apego inseguro tendrían menos recuerdos específicos como estrategia defensiva para evitar las emociones negativas asociadas a los procesos de apego disfuncionales. El desarrollo de una adecuada comunicación entre madre e hijo está en función de las relaciones de un apego seguro (Newcombe y Reese, 2004). Una calidad del apego seguro influye en el desarrollo de la memoria autobiográfica (Fivush, 2006). Los padres que proporcionan apoyo y ofrecen la oportunidad de debatir sobre una experiencia estresante, facilitan el acceso a los recuerdos autobiográficos en sus hijos, de tipo positivos y vívidos (Wang y Conway, 2006).

ESTUDIO EMPÍRICO

CAPÍTULO 4.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El recorrido conceptual, metodológico y empírico que se ha llevado a cabo en la revisión realizada hasta ahora refleja la relevancia del estudio del apego y la memoria autobiográfica y de trabajo en el contexto de la protección de menores y nos permite enmarcar el campo en el que se sitúa este trabajo de investigación. La literatura revisada constata que el desarrollo afectivo, la adaptación social, la memoria autobiográfica y de trabajo pueden verse afectadas por las experiencias traumáticas vividas durante la infancia. Por ello esta tesis pretende, en primer lugar, analizar las diferencias en estas variables en dos grupos de menores con diferentes historias de vida: menores con experiencias traumáticas previas que han provocado la adopción de una medida de protección (acogimiento residencial) y menores que viven con sus familias biológicas. En segundo lugar, hacer un análisis de las consecuencias de las experiencias traumáticas vividas por menores institucionalizados en Hogares Tutelados comparados con un grupo control. En este sentido los objetivos generales de este trabajo son los siguientes:

- **Primer Objetivo:** Analizar las consecuencias que las experiencias traumáticas sufridas en la infancia han tenido en el posterior desarrollo afectivo, social, memoria autobiográfica y de trabajo en adolescentes institucionalizados en comparación con un grupo de control.
- **Segundo Objetivo:** Analizar el desarrollo afectivo, social, memoria autobiográfica y de trabajo en adolescentes institucionalizados atendiendo a la experiencia traumática vividas

A continuación, se presentan los objetivos específicos y las hipótesis que guiaron el desarrollo de la presente investigación. En este sentido, los objetivos específicos y las hipótesis del **primer objetivo** se concretan en los siguientes:

1. Analizar las diferencias en el apego con la madre biológica en la infancia y en el momento actual entre el grupo de adolescentes institucionalizados y un grupo control de adolescentes que conviven con su familia biológica.

H_{1.1}. Dada la oportunidad única que un adecuado contexto familiar representa para el desarrollo de relaciones de vinculación seguras en comparación con los contextos institucionales, los menores con un contexto familiar adecuado habrán desarrollado relaciones de vinculación más seguras con la madre que los menores institucionalizados en Hogares tutelados.

H_{1.2}. Existirán diferencias significativas entre el afecto y el control materno percibido en la infancia entre los adolescentes institucionalizados y el grupo control.

2. Analizar las diferencias en resiliencia entre adolescentes institucionalizados en Hogares Tutelados de Albacete y Cuenca y un grupo control de adolescentes que conviven con su familia.

H_{2.1}. Los menores con un contexto familiar adecuado habrán desarrollado mayor capacidad resiliente que los menores institucionalizados en Hogares tutelados

3. Analizar las diferencias en inadaptación personal y social y calidad de vida en relación a la salud, entre adolescentes institucionalizados en Hogares Tutelados de Albacete y Cuenca y un grupo control de adolescentes que conviven con su familia.

H_{3.1}. Los menores institucionalizados estarán peor adaptados a nivel personal y social que los menores no institucionalizados.

H_{3.2}. Los menores institucionalizados tendrán una peor percepción de su calidad de vida relacionada con su salud que los menores no institucionalizados.

H_{3.3}. Existirán diferencias significativas por género con respecto a la adaptación personal y social independientemente de la situación o no de institucionalización.

H_{3.4}. Existirán diferencias significativas por género con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud independientemente de la situación o no de institucionalización.

4. Analizar las diferencias en depresión entre adolescentes institucionalizados y un grupo control.

H_{4.1}. Los menores institucionalizados mostraran mayor estado depresivo que los menores no institucionalizados

5. Analizar las diferencias en la capacidad de acceder a recuerdos autobiográficos y en la memoria de trabajo entre adolescentes institucionalizados y un grupo control.

H_{5.1}. Existirán diferencias en la capacidad de acceder a recuerdos de tipo autobiográfico entre el grupo de adolescentes institucionalizados y el no institucionalizado.

H_{5.2}. Existirán diferencias en la memoria de trabajo y en el estado de ánimo depresivo entre ambos grupos de menores

H_{5.3}. Las diferencias entre los dos grupos de menores en su capacidad para acceder a recuerdos autobiográficos de tipo específico serán debidas a sus puntuaciones en memoria de trabajo y a su estado de ánimo depresivo.

6. Evaluar un modelo de relaciones causales entre variables de apego hacia la madre, inadaptación social, depresión, memoria de trabajo y capacidad para acceder a recuerdos específicos de tipo autobiográfico.

H_{6.1}. Los adolescentes de la muestra que peores puntuaciones hayan obtenido en calidad de apego hacia la madre en la infancia y en seguridad materna percibida hacia la madre en la actualidad, serán menores más inadaptados a nivel personal y social, serán más depresivos, obtendrán peor puntuación en memoria autobiográfica y por tanto tendrán menor capacidad de acceso a recuerdos específicos de tipo autobiográfico.

A su vez, los objetivos específicos y las hipótesis del *segundo objetivo* se concretan en los siguientes:

7. Analizar la relación entre las variables de apego, la resiliencia y la experiencia traumática vivida durante la adolescencia que provoco la medida de protección.

H_{7.1}. Existirá relación entre las variables de apego y resiliencia en menores institucionalizados.

H_{7.2}. Existirá relación entre la calidad de apego con la madre durante la infancia y la percepción actual de seguridad o inseguridad materna percibida.

H_{7.3}. Existirá relación entre el tipo de maltrato que provocó la medida de protección y la capacidad resiliente.

8. Análisis de las diferencias en inadaptación personal y social y la calidad de vida en relación a la salud.

H_{8.1}. Existirán diferencias en inadaptación personal y social y en calidad de vida relacionada con la salud entre los menores institucionalizados teniendo en cuenta la naturaleza de las experiencias traumáticas vividas durante la infancia.

H_{8.2}. Existirán diferencias en calidad de vida relacionada con la salud entre los menores institucionalizados teniendo en cuenta la naturaleza de las experiencias traumáticas vividas durante la infancia.

9. Analizar las diferencias en depresión, memoria de trabajo y la capacidad de acceder a recuerdos específicos entre adolescentes que viven en Hogares Tutelados de Albacete y Cuenca diferenciando la naturaleza de la experiencia traumática vivida.

H_{9.1}. Los menores que han sufrido maltrato por comisión o maltrato por omisión obtendrán peor puntuación en memoria de trabajo, estarán más deprimidos y tendrán peor capacidad de acceder a recuerdos específicos que los menores que están acogidos por problemas conductuales propios (absentismo, vandalismo, delincuencia).

CAPÍTULO 5.

MÉTODO

5.1 Participantes.

Los participantes fueron un total de 122 adolescentes con edades comprendidas entre los 11 y los 17 años ($M = 14.7$, $DT = 1.7$). El 45.9% fueron chicos ($n = 56$) y el 54.1% chicas ($n = 66$). El 7.4% ($n = 9$) cursaba educación primaria, el 61.5% ($n = 75$) Educación secundaria Obligatoria (ESO), el 4.1% ($n = 5$) ESO de diversificación, el 23.8% ($n = 29$) bachiller y el 3.3% ($n = 4$) estudios de cualificación profesional. Los participantes se dividieron en dos grupos: un primer grupo formado por 61 adolescentes del sistema de protección de menores institucionalizados en Hogares Tutelados en régimen abierto. Un segundo grupo, considerado grupo control, formado por 61 adolescentes que vivían con sus familias biológicas.

Características de los menores institucionalizados.

Los 61 menores de este grupo pertenecían al sistema de protección de la Junta de Castilla La Mancha y estaban institucionalizados en Hogares Tutelados en régimen abierto. Los centros donde residían los menores fueron: Accem ($n = 21$, 17.2%), Bayco ($n = 10$, 8.2%), Colabora ($n = 4$, 3.3%), Pavonianos ($n = 5$, 4.1%), Mensajeros de la Paz ($n = 5$, 4.1%) en la ciudad de Albacete, y Aldeas Infantiles ($n = 16$, 13.1%) en la ciudad de Cuenca. En el momento de la evaluación, estos menores tenían una edad promedio de 14.7 años con una desviación típica de 1.7, un mínimo de 11 y un máximo de 17 años. El 36.1% ($n = 22$) eran chicos y el 63.9% ($n = 39$) chicas. El 14.8% ($n = 9$) cursaba educación primaria, el 62.3% ($n = 38$) Educación secundaria Obligatoria (ESO), el 8.2% ($n = 5$) ESO de diversificación, el 8.2% ($n = 5$) bachiller y el 6.6% ($n = 4$) estudios de cualificación profesional. El tiempo promedio de institucionalización en el hogar tutelado actual fue de 40.5 meses ($DT = 36.05$) con un mínimo de un 1 mes y un máximo de 144 meses.

Respecto a su historia de vida previa, todos los menores antes de la adopción de la medida de protección convivieron con sus familias biológicas. El tiempo promedio de convivencia fue de 129.9 meses con una desviación típica de 38.4, un mínimo de 36 meses y un máximo de 192. Todos los menores habían sufrido una historia previa de maltrato lo que había llevado a los servicios sociales a aplicar la medida de protección del acogimiento residencial en Hogares Tutelados. La situación que provocó la medida de protección fue: el 9.8% ($n = 6$) maltrato físico y/o psíquico, el 29.5% ($n = 18$) abandono o negligencia, el 26.2% ($n = 16$) abuso sexual, el 13.1% ($n = 8$) adicciones de los padres, el 16.4% ($n = 10$) problemas conductuales propios y el 4.9% ($n = 3$) menores extranjeros no acompañados (ver Gráfico 5).

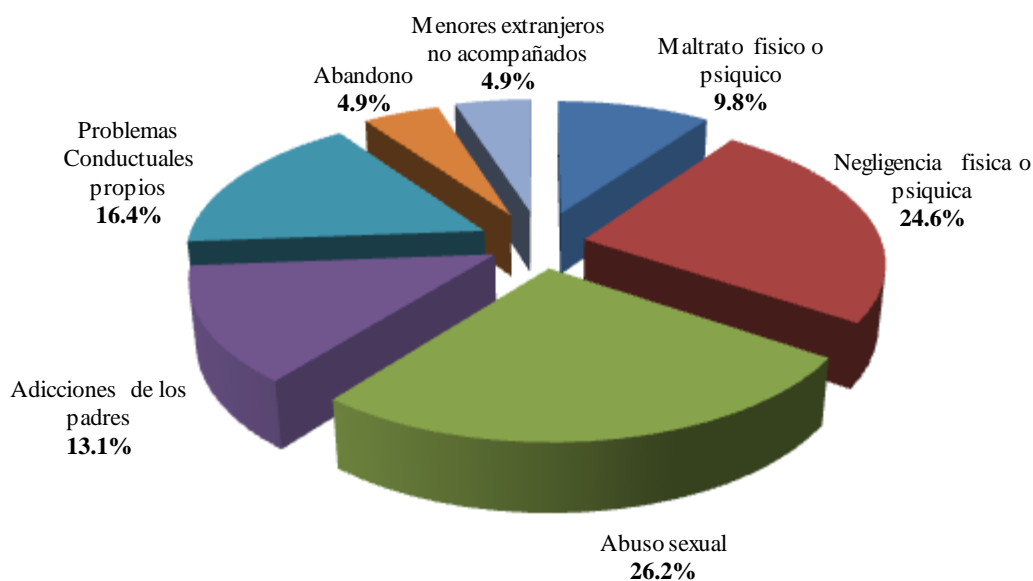
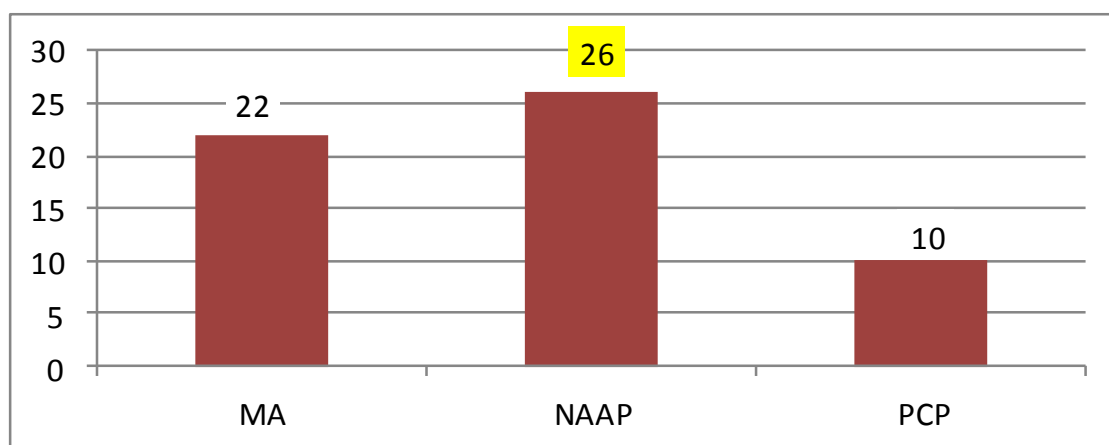


Gráfico 5. Distribución de los participantes por tipología de maltrato

Para profundizar en la diferencias entre los menores institucionalizados en base al tipo de maltrato sufrido hemos hecho una reagrupación de la muestra en base a la naturaleza del maltrato: **MA**: Maltrato físico y/o psíquico y Abuso sexual (maltrato por comisión), **NAAP**: Negligencia, abandono y adicciones de los padres (maltrato por omisión), **PCP**: Problemas conductuales propios de los adolescentes (ver Gráfico 6).



Nota. MA: maltrato físico y/o psíquico y abuso sexual, NAAP: negligencia, abandono y adicciones de los padres, PCP: problemas conductuales propios de los adolescentes.

Gráfico 6. Reagrupación de la muestra en base a la naturaleza del maltrato

Características de los menores del grupo de control.

El grupo normativo o control está formado por 61 menores que vivían con sus familias biológicas o con algún familiar directo en el momento de la evaluación. Ni ellos ni sus familias habían tenido nunca relación con el sistema de protección de menores. Su edad promedio fue de 14.7 años con una desviación típica de 1.8, un mínimo de 12 y un máximo de 17 años. El 55.7% ($n = 34$) eran chicos y el 44.3% ($n = 27$) eran chicas. Todos los participantes del grupo de control estudiaban en el Instituto de Educación Secundaria Andrés de Vandelvira de Albacete, el 60.7% ($n = 37$) ESO y el 39.3 ($n = 24$) bachiller.

5.2 Instrumentos y variables.

Los instrumentos utilizados en esta investigación evalúan, por un lado, variables relativas al desarrollo afectivo social (apego, resiliencia, adaptación social, calidad de vida relacionada con la salud y depresión), y por otro lado, variables de memoria autobiográfica y de memoria trabajo.

5.2.1 Instrumentos que evalúan variables relativas al desarrollo afectivo y social.

5.2.2 Cuestionario de datos sociodemográficos.

Para la realización de esta investigación se diseñó un cuestionario de datos sociodemográficos para recoger información de aquellos aspectos relativos a la muestra que consideramos relevantes para nuestro estudio. En estos cuestionarios, se preguntaba por cuestiones que ayudaron a perfilar la muestra y que permitieron realizar clasificaciones según el sexo, la titulación, el curso, hogar tutelado, tipología de maltrato y características de los padres, de los educadores y del resto de menores que conviven en el hogar (ver Anexo).

5.2.2.1 Cuestionario de vinculo parental (PBI, Parker, Tupling y Brown, 1979)

El cuestionario de vinculo parental (*Parental Bonding Instrument*, PBI) es un cuestionario de autoinforme desarrollado por Parker et al. (1979) en la Universidad de New South Wales, Australia. El P.B.I. mide la percepción de la conducta y la actitud de los padres en relación con el sujeto en su infancia y adolescencia; evalúa, por tanto, el tipo de vínculo de apego establecido con cada uno de los progenitores. En esta investigación se

utilizó la versión para la madre y se preguntó al adolescente por el recuerdo que tenía de la relación con su madre durante la infancia. El instrumento está formado por 25 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 4 alternativas (3 siempre; 0 nunca). El cuestionario se compone de dos escalas: afecto/cuidado versus rechazo (12 ítems) y sobreprotección/control versus estimulación de la autonomía (13 ítems). La dimensión afecto/cuidado mide, por un lado, aspectos relativos a muestras de calidez emocional, afecto, empatía, ayuda, cercanía física y cuidado y, por otro lado, frialdad afectiva, indiferencia y negligencia. La dimensión sobreprotección/control evalúa control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infrautilización y prevención de la conducta autónoma mientras que en el otro extremo evalúa independencia y autonomía. Los coeficientes α de Cronbach para la madre son .76 para la dimensión afecto/cuidado y .70 para la dimensión sobreprotección (Parker et al., 1979). Los índices de consistencia interna (α de Cronbach) en nuestros datos fueron de .83 para la dimensión de afecto/cuidado y de .74 para la dimensión de sobreprotección. Estos índices señalaron, para las dos escalas, una adecuada consistencia interna en nuestra muestra de adolescentes.

Combinando estas dos dimensiones es posible operacionalizar la variable apego en la infancia en 4 niveles o tipologías: 1) vínculo seguro u óptimo (baja sobreprotección y alto afecto), 2) carencia de vínculo (baja sobreprotección y bajo afecto), 3) vínculo constreñido (alta sobreprotección y alto afecto) y 4) control frío (alta sobreprotección y bajo afecto). Cada escala puede ser utilizada de manera independiente obteniendo así una evaluación dimensional del apego hacia la madre (una para afecto/cuidado y otra para sobreprotección) o pueden utilizarse combinadas permitiendo un diagnóstico categorial del apego en la infancia. Para esta última operacionalización se recodificaron las variables afecto y control evaluadas con el P.B.I considerando como puntos de corte las puntuaciones informadas por Oliva y Sanchez-Queija (2003) para adolescentes. Las puntuaciones de corte para la madre fueron de 27 en afecto y de 13.5 en control. Teniendo en cuenta esta nueva operacionalización de las variables afecto y control se procedió a emitir un diagnóstico de calidad del apego hacia la madre en la infancia (carencia de vínculo, control frío, vínculo seguro y vínculo constreñido).

5.2.2.2 Escala de Seguridad (ES, Kerns, Keplac y Cole, 1996)

La Escala de Seguridad de Apego (Kerns et al., 1996) es una escala de autoevaluación para niños y preadolescentes que evalúa la percepción de seguridad que el sujeto percibe de la relación con una figura de apego específica. En este trabajo se evaluó la percepción de seguridad que el adolescente tiene con su madre en la actualidad. La escala incluye 15 preguntas de autoevaluación, donde el sujeto primero tiene que elegir con qué parte de la frase se identifica más y si esa parte es “muy parecido a mí” o “algo parecido a mí”. Las dos declaraciones se presentan como un elemento en un formato de elección forzosa desarrollada por Harter (1982) para minimizar el sesgo de respuesta debido a las percepciones de deseabilidad social (por ejemplo, "a algunos niños les resulta fácil confiar en su madre pero otros niños no están seguros de sí que pueden confiar en su madre"). Los adolescentes tienen que hacer una elección forzosa entre ambas partes de la frase según se sientan más identificados. Cada ítem se puntúa de 1 a 4, la puntuación máxima que puede obtenerse en un 4, de tal forma que a mayor puntuación mayor percepción de seguridad. Esta escala evalúa la percepción de seguridad con la madre. Los coeficientes de α de Cronbach para una muestra de adolescentes con una media de edad de 12.08 años es de .76 para la madre (Kerns, Aspelmeier, Gentzler y Grabill, 2001). Se realizó un análisis de consistencia interna del instrumento en nuestra muestra y se obtuvo un α de Cronbach para la madre de .80.

Las puntuaciones obtenidas por los participantes en la variable seguridad materna actual fueron asignadas a las categorías alta y baja. Para ello se consideró como puntuación de corte la puntuación promedio en adolescentes entre 14 y 17 años ($M = 3.15$) informada por Van Ryzin y Leve (2012). Una puntuación baja es considerada indicador de inseguridad y una puntuación alta de seguridad.

5.2.2.3 Escala de Resiliencia (RS, Wagnild y Young ,1993)

La variable resiliencia fue medida con la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) en su adaptación breve de 10 ítems. La escala inicial consta de 25 ítems a calificar del 1 al 7, el grado de acuerdo o desacuerdo con afirmaciones de dos factores; competencia personal (autoconfianza, poderío, ingenio y perseverancia) y aceptación de uno mismo y de la vida (adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable. El alfa de Cronbach para medir consistencia, fue de .94 para toda la escala (Wagnild y Young, 1993). Para la competencia personal y la aceptación del yo y de la vida, el alfa de Cronbach fue de .91 y .81 respectivamente (Wagnild y Young, 1993). El análisis factorial realizado sobre la

versión de 10 ítems evidenció una estructura monofactorial (Wagnild, 1993). Un estudio conducido por Wagnild (1993) demostró que no había ninguna diferencia sustancial entre el uso de la versión de 10 ítems y la versión de 25 ítems. El alfa de Cronbach en la muestra de adolescentes de este estudio fue de .81.

5.2.2.4 Cuestionario de Adaptación Social para Adolescentes. (Bell, 1973)

Elaborado por Bell (1973) consta de 140 ítems donde el adolescente debe elegir entre dos alternativas de respuesta (si o no). Este cuestionario en verdad mide inadaptación y por tanto los sujetos con mayores niveles de adaptación son aquellos con puntuaciones más bajas en el cuestionario, por tanto, evalúa el grado de inadaptación de jóvenes y localiza las dificultades adaptativas en las cuatro dimensiones que mide. A mayor puntuación mayor dificultad, es decir, menor adaptación. Además de una puntuación global de adaptación, permite la obtención de cuatro medidas distintas de adaptación personal y social: adaptación familiar, a la salud, social y emocional. Estas variables se describen de la forma siguiente:

- a. Adaptación emocional: relacionada fundamentalmente con el grado de estabilidad emocional del sujeto.
- b. Adaptación familiar: referida especialmente al grado de armonía y satisfacción con respecto a los miembros del grupo.
- c. Adaptación a la salud: hace referencia a la percepción de la propia salud en los últimos años.
- d. Adaptación social: grado en que el sujeto realiza comportamientos que se pueden considerar habilidosos o adecuados ante situaciones de interacción social.
- e. Adaptación total: adaptación personal y social del sujeto, obtenida mediante la suma de las dimensiones anteriores

La consistencia interna de cada una de las subescalas, obtenidas a través de la fórmula de Spearman-Brown fueron las siguientes: adaptación familiar .89; adaptación a la salud .80; adaptación social .89; adaptación emocional .85 y adaptación total .93 (Bell, 1973).

5.2.2.5 Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la salud en población infantil y adolescente. El cuestionario ha sido diseñado en Alemania a partir de la conceptualización de salud de la OMS y teniendo en cuenta la opinión de expertos en cuanto a las dimensiones más importantes a medir en niños y adolescentes con enfermedades crónicas (Ravens-Sieberer, 1998) Su desarrollo inicial fue dirigido a grupos de niños/as y adolescentes con problemas crónicos de salud, aunque luego ha sido administrado en niños sanos.

El Kindl contiene 24 preguntas distribuidas en seis dimensiones: bienestar físico, bienestar emocional, autoestima, familia, amigos y colegio, mediante una puntuación Likert de 5 puntos. Estas variables se describen de la forma siguiente:

- a. Bienestar físico: interroga acerca de la actividad y estado físico y energía
- b. Bienestar psicológico: examina las emociones positivas y la satisfacción con la vida
- c. Autoestima: explora cómo perciben su apariencia física e imagen corporal, y la satisfacción relacionada con ellas
- d. Familia: explora la relación con los padres y la vida familiar, la atmósfera familiar. En el caso de los menores del grupo institucionalizado se hacía referencia a su grupo de educadores y el ambiente en el Hogar Tutelado.
- e. Amigos: examina el tipo de ración con los/las compañeros/as.
- f. Colegio: explora las percepciones acerca de la propia capacidad cognitiva y de concentración, además de las sensaciones acerca de la escuela-

Las preguntas se refieren a la semana anterior al pase del cuestionario y los resultados finales obtenidos a partir de las medidas de cada dimensión se transforman en una escala de 0 a 100 puntos, donde una mayor puntuación representa mejor calidad de vida relacionado con la salud. Es posible obtener una puntuación por cada dimensión y una única puntuación total o índice global de calidad de vida relacionada con la salud a partir de las medias de las seis dimensiones. Este instrumento presenta diferentes versiones para cada grupo de edad: los menores de 4-7 años (Kiddy-Kindl), de 8-12 años (Kid-Kindl), y de 13-16 años (Kiddo-Kindl). En este estudio se han utilizado las versiones de 8-12 y de 13-18 años. Se obtuvieron adecuados índices de consistencia interna ($\alpha = .87$) y de fiabilidad test retest ($CCI = .80$) en la adaptación española (Rajmil, Estrada, Herdman, Serra-Sutton y Alonso, 2001).

5.2.2.6 Inventario de Depresión para Niños (CDI, Kovacs, 1983).

El autoinforme CDI (Children's Depression Inventory) fue desarrollado por Kovacs, 1983. Este instrumento ha sido utilizado en diversos estudios epidemiológicos y en el ámbito clínico en España. El CDI es el autoinforme más usado para la evaluación de la depresión infantil en niños y adolescentes de 7 a 17 años. Esta escala se creó a partir del Beck Depression Inventory (Beck, 1967), para ser aplicado a niños y adolescentes en edad escolar. En el año 2004, aparece la versión española del instrumento (Del Barrio y Carrasco, 2004) publicada por TEA, en la que se incluyen revisiones de estudios y resultados del CDI en nuestro contexto. El CDI consta de 27 ítems que miden sintomatología depresiva. Entre los síntomas que recoge incluye: el estado de ánimo deprimido, problemas interpersonales, sentimientos de incapacidad, anhedonia y autoestima baja o negativa. De los diversos instrumentos existentes que miden depresión o sintomatología depresiva es el que requiere un nivel más bajo de comprensión lectora. La escala discrimina entre jóvenes con diagnóstico de depresión mayor o distimia, otros trastornos psiquiátricos y muestra comunitaria. Además es una prueba sensible a los cambios de la sintomatología depresiva a través del tiempo, lo que le hace adecuado para el uso en estas edades por su fácil administración y puntuación y además lo convierte en un procedimiento adecuado para el screening. A pesar de que el CDI no es un instrumento diagnóstico, sus ítems se corresponden con los síntomas que aparecen en el DSM-IV (APA, 1995) y en el DSM-IV-TR (APA, 2000).

La edad recomendada para su aplicación es de 7 a 17 años, y el punto de corte (centil = 90) establecido por la autora, según baremos americanos, está en la actualidad en una puntuación directa de 20 (la misma autora ha utilizado el punto de corte 19 en numerosos trabajos). En otros estudios realizados con niños y adolescentes el punto de corte se ha reducido a 19 y en algunos estudios a 17 como cita en su revisión Figueras (2006). Kovacs (1992) hizo una revisión de estudios que analizaban la fiabilidad del CDI, tanto su consistencia interna, como la fiabilidad test-retest o la fiabilidad a dos mitades. En la mayoría de estudios se obtuvieron coeficientes α que oscilaron entre .71 y .94, una fiabilidad test-retest entre .38 y .87 y una fiabilidad a dos mitades entre .57 y .84. En la adaptación española del CDI (Del Barrio y Carrasco, 2004) se obtuvo un α de Cronbach de .79, una fiabilidad test-retest de .38 y una fiabilidad de las dos mitades de .77.

5.2.3 Instrumentos que evalúan variables relativas a la memoria.

5.2.3.1 Test de Memoria Autobiográfica. (AMT, Williams, 2005)

Esta prueba se utiliza para medir la capacidad de recordar recuerdos específicos ante la presencia de palabras clave. El procedimiento se toma de Williams (1992) y las palabras clave utilizadas son la traducción y adaptación al español de la prueba original de Williams y Broadbent (1986) (seis palabras clave positivas y seis negativas). Se presenta a los sujetos las diferentes palabras clave alternando la valencia positiva y negativa y se les pide que ofrezcan un recuerdo específico (algo que ocurriera en un momento determinado cuya duración sea inferior a un día). Previamente se les ha explicado en qué consiste un recuerdo específico y uno general (categórico y/o extendido) mediante ejemplos de cada uno y se les ofrece una palabra clave de prueba (bicicleta) para asegurar su comprensión. Los sujetos tienen un minuto de tiempo tras cada palabra clave para que ofrezcan un recuerdo. Una vez finalizado ese periodo, si no hay recuerdo, se pasa a la siguiente palabra clave. Así, se establecieron diez categorías en función del tipo de recuerdo y del tipo de palabra clave positiva o negativa: recuerdos categóricos positivos (MCat+), recuerdos extendidos positivos (MExt+), recuerdos específicos positivos (MSp+), recuerdos categóricos negativos (MCat-), recuerdos extendidos negativos (MExt-), recuerdos específicos negativos (MSp-), total recuerdos categóricos (MCat), total recuerdos extendidos (MExt), total recuerdos específicos (MSp) y “no respuesta”. Los recuerdos fueron codificados por el propio investigador, después de una formación previa. La fiabilidad inter-jueces del tipo de recuerdo en respuesta a palabras clave positivas y negativas fue en ambos casos el 88%.

5.2.3.2 Finalización de frases de eventos del pasado (SCEPT, Raes, Hermans, Williams y Eelen, 2007).

La tarea ha sido desarrollada por Raes et al., (2007). Estos autores consideran que la fiabilidad de la prueba AMT disminuye en población no clínica ya que produce mayor número de recuerdos específicos de lo que sería esperable (aunque este hecho todavía no está científicamente demostrado). Por este motivo elaboraron la prueba SCEPT para su aplicación en población no clínica. Esta prueba consiste en 11 inicios de frases relacionadas con el pasado que el participante debe completar (por ejemplo, “El año pasado...”). Cuando se han completado todas las frases el participante debe codificar sus propias respuestas con asociaciones semánticas, recuerdos categóricos, extendidos y/o específicos (el investigador le explica cómo hacerlo y se le proporcionan ejemplos).

Posteriormente el propio investigador codifica también las respuestas. Las variables obtenidas son el número de asociaciones semántica (SCEPTas), el número de recuerdos extendidos (SCEPText), el número de recuerdos categóricos (SCEPTcat), el número de recuerdos específicos (SCEPTesp) y el número de no respuestas (SCEPTno).

5.2.3.3 Escala de Inteligencia de Wechsler para niños. (WISC-R, Wechsler, 1974)

La memoria de trabajo fue evaluada para cada participante mediante la utilización de las subescalas de dígitos y números, y la prueba de aritmética del Test de Inteligencia para niños WISC-R (Wechsler, 1974). Con dichas subescalas se analiza la capacidad de retención y almacenamiento de información, de operar mentalmente con esta información, transformarla y generar nueva información. Concretamente se utilizaron las pruebas de dígitos (Span de Dígitos hacia Delante (SDD) y Span de Dígitos hacia Atrás (SDA)) para analizar la memoria inmediata y memoria de trabajo, indicando habilidades de secuenciación, planificación, alerta y flexibilidad cognitiva.. Ambas son tareas de lápiz y papel y se administran de forma separada. En la prueba SDD, el experimentador lee una secuencia de números de longitud creciente y tras cada secuencia se pide a los sujetos que la repita de memoria en el mismo orden. La longitud de las secuencias varía entre tres y ocho dígitos y se presentan dos series distintas de números para cada longitud. La tarea finaliza cuando el sujeto no es capaz de recordar de forma correcta ninguna de las dos secuencias de la misma longitud. En la tarea SDA, el proceso es el mismo pero el sujeto debe repetir la serie de dígitos de forma inversa a la que se ha presentado. En este caso, la longitud de las series oscila entre dos y siete números y también se presentan dos secuencias distintas para cada longitud. Al igual que en la prueba anterior, la tarea finaliza cuando el sujeto no es capaz de recordar de forma correcta ninguna de las dos secuencias de la misma longitud. Para cada tarea, la puntuación final es la suma del número de secuencias recordadas correctamente. Con respecto a la prueba de Aritmética analiza habilidades de razonamiento numérico, agilidad en el manejo y reorganización de la información, atención y memoria a corto término. Es un ejercicio que se realiza mentalmente y hubo un control del tiempo.

Para tener una visión global y simplificada de todas las variables utilizadas en este trabajo, la Tabla 5 muestra un resumen de dichas variables junto con una breve descripción de cada una de ellas.

Tabla 5. Principales variables evaluadas

<i>Variables</i>	<i>Descripción</i>
Afecto percibido hacia la madre	Evalúa aspectos relativos a muestras de calidez emocional, afecto, empatía, ayuda, cercanía física y cuidado y, por otro lado, frialdad afectiva, indiferencia y negligencia
Control percibido hacia la madre	Evalúa control, sobreprotección, intrusión, contacto excesivo, infrautilización y prevención de la conducta autónoma mientras que en el otro extremo evalúa independencia y autonomía
Seguridad materna percibida	Percepción de seguridad que el sujeto percibe de la relación con la madre en la actualidad
Resiliencia	Evalúa aspectos de competencia personal como de aceptación de uno mismo y de la vida
Adaptación familiar	Grado de satisfacción y armonía con respecto a los miembros de la familia.
Adaptación social	Grado en que el sujeto realiza comportamientos que se pueden considerar adecuados ante situaciones de interacción.
Adaptación salud	Grado de percepción de la propia salud en los últimos años.
Adaptación emocional	Grado de estabilidad emocional del sujeto.
Adaptación total	Grado de adaptación personal y social del sujeto, obtenida mediante la suma de las dimensiones anteriores.
Bienestar físico	Explora el nivel de actividad y estado físico y energía.
Bienestar psicológico	Explora las emociones positivas y satisfacción con la vida.
Autoestima	Grado de percepción y satisfacción con la apariencia física y personal.
Familia	Explora la relación con los padres y la vida familiar, la atmósfera familiar.
Colegio	Explora la percepción acerca de la propia capacidad cognitiva, de concentración y de las sensaciones acerca de la escuela
Amigos	Examina el tipo de relación con los compañeros/as
Calidad de vida total	Grado de calidad de vida relacionada con la salud, obtenida mediante la suma de las dimensiones anteriores
Sintomatología depresiva	Examina estado de ánimo deprimido, problemas interpersonales, sentimientos de incapacidad
Autoestima negativa	Autoestima baja o deprimida

<i>Variables</i>	<i>Descripción</i>
Memoria autobiográfica AMT	
RSpec+	Número de recuerdos específicos ante palabras clave positivas.
RSpec-	Número de recuerdos específicos ante palabras clave negativos.
RSpecn	Número de recuerdos específicos ante palabras clave neutros.
RSpec	Número de recuerdos específicos ante palabras clave totales.
RCat+	Número de recuerdos categóricos ante palabras clave positivas.
RCat-	Número de recuerdos categóricos ante palabras clave negativas
RCatn	Número de recuerdos categóricos ante palabras clave neutras
RCat	Número de recuerdos categóricos ante palabras clave totales.
RAso+	Número de recuerdos asociativos ante palabras clave positivas
RAso-	Número de recuerdos asociativos ante palabras clave negativos.
RAson	Número de recuerdos asociativos ante palabras clave neutros.
RAso	Número de recuerdos asociativos ante palabras clave totales
RExt+	Número de recuerdos extendidos ante palabras clave positivas.
RExt-	Número de recuerdos extendidos ante palabras clave negativos.
RExtn	Número de recuerdos extendidos ante palabras clave neutros
RExt	Número de recuerdos extendidos ante palabras clave totales.
NoR	No respuesta
Memoria autobiográfica SCEPT	
RSpec+	Número de recuerdos específicos positivos.
RSpec-	Número de recuerdos específicos negativos.
RSpecn	Número de recuerdos específicos neutros.
RSpec	Número de recuerdos específicos totales.
RCat+	Número de recuerdos categóricos positivos.
RCat-	Número de recuerdos categóricos negativas
RCatn	Número de recuerdos categóricos neutras
RCat	Número de recuerdos categóricos totales.
RAso+	Número de recuerdos asociativos positivos
RAso-	Número de recuerdos asociativos negativos.
RAson	Número de recuerdos asociativos neutros.
RAso	Número de recuerdos asociativos totales
RExt+	Número de recuerdos extendidos positivos.
RExt-	Número de recuerdos extendidos negativos.
RExtn	Número de recuerdos extendidos neutros
RExt	Número de recuerdos extendidos totales.
NoR	No respuesta
Memoria de Trabajo	
SDD	Dígitos hacia delante
SDA	Dígitos hacia atrás
Aritmética	Explora habilidades de razonamiento numérico, agilidad en el manejo y reorganización de la información, atención y memoria a corto término.

5.3 Procedimiento.

Esta investigación se desarrolló en el marco de los Hogares Tutelados de carácter abierto de la Comunidad Autónoma de La Ley 3/1999 del Menor en Castilla-La Mancha, en su artículo 53. El acogimiento residencial tiene como finalidad general proporcionar al menor, cuya tutela y/o guarda ostente la Administración, un marco de convivencia adecuado en un hogar o centro que se adapte a sus necesidades (art. 31.1 del Decreto 4/2010 de 26/01/2010, de protección social y jurídica de los menores en Castilla-La Mancha). Esta investigación se realizó en los recursos residenciales de protección de las ciudades de Albacete y Cuenca, conocidos como Hogares Tutelados en situación de protección de carácter abierto para menores de edades comprendidas entre los 6 y los 18 años.

El primer paso fue la elaboración de un informe donde se recogían los objetivos de esta investigación así como las necesidades. Dicho informe se presentó a la jefa de servicio de menores de Albacete y fue ella la que lo tramitó a la dirección general. Una vez obtuvimos los permisos necesarios para poder trabajar con los menores del sistema de protección se mantuvo una reunión previa con cada uno de los coordinadores de los pisos de cada entidad en Albacete y posteriormente nos desplazamos a Cuenca. En estos primeros encuentros se les explicó cuáles eran los objetivos que nos planteábamos y se concretaron los menores que podrían participar en dicho estudio, facilitándonos información de cada uno de ellos. En todo momento se informó que era un trabajo totalmente voluntario, los menores no estaban obligados a participar si no querían. Se acordó con los responsables de cada Hogar el día y la hora en la que podríamos trabajar con cada menor. En todo momento hubo un compromiso de respeto de los principios de confidencialidad con respecto a los menores que iban a participar en esta investigación (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de protección de datos de carácter personal). El dossier de instrumentos fue administrado de manera individual y en situación de entrevista a los menores residentes en los hogares tutelados durante el curso académico 2012/2013.

Debido a la amplia muestra de menores de hogares tutelados ($n = 61$) necesitamos todo un curso académico para poder evaluar a todos ellos, ya que en todo momento respetamos sus horas de autonomía y nos adaptamos a los horarios que se nos transmitieron desde sus hogares. Empezamos en Albacete y con la entidad Accem, la cual gestiona tres Hogares Tutelados. El total de participantes fueron de 21 menores. A todos ellos se les preguntaba individualmente su deseo de participar de manera voluntaria. Cada sesión duraba un total de máximo tres horas, dependiendo de la edad y grado de colaboración del menor. Con

esta entidad estuvimos trabajando durante tres meses. Las entrevistas se hacía a lo largo de la semana y siempre por la tarde. Seguidamente entrevistamos a los menores de los hogares tutelados de Bayco, esta entidad también tiene tres hogares en Albacete y los menores que participaron fueron 10. Estuvimos con ellos cerca de mes y medio. Seguidamente trabajamos con Colabora (Atreo) ellos solo tienen un Hogar Tutelado y entrevistamos a 4 menores, para lo que tardamos tres semanas. Después Pavonianos, ellos tienen dos hogares tutelados y entrevistamos a cinco menores (estuvimos dos semanas) y por último en Albacete colaboró mensajeros de la paz con cinco menores (dos semanas). Una vez terminadas las entrevistas en Albacete nos desplazamos a Cuenca, a Aldeas Infantiles, allí entrevistamos a dieciséis menores en un periodo de dos meses.

Con respecto al grupo de control, menores no institucionalizados, elaboramos otro informe donde se explicaba la investigación y la necesidad e importancia de poder entrevistar a un grupo de menores no institucionalizados. Nos pusimos en contacto con la orientadora del Instituto de Educación Secundaria Andrés de Vandelvira en Albacete, nos presentamos, presentamos nuestra investigación y les explicamos nuestras necesidades. Ella lo transmitió al resto del equipo educativo y al equipo directivo. Accedieron muy amablemente a participar en dicha investigación. Nos tuvimos que adaptar a los horarios de los menores participantes y sobre todo a las horas de tutoría para poder hacer las entrevistas. Por este motivo el proceso de recogida de datos se alargó todo un curso escolar. Cuando obtuvimos el sí por parte del centro educativo elaboramos unas cartas informativas para los padres de los alumnos, para informarles de la investigación, de la confidencialidad de los resultados y para pedir su permiso.

5.4 Diseño de investigación: análisis estadísticos.

Para la consecución de los dos objetivos principales de esta tesis doctoral, se llevaron a cabo dos estudios, *Estudio 1* y *Estudio 2*. En este apartado se detallan los dos diseños de investigación realizados para la consecución de los objetivos de cada uno de los dos estudios de esta tesis doctoral, así como los análisis estadísticos efectuados en cada uno de ellos, los cuales dependen de la naturaleza de los datos y del objetivo del análisis.

Estudio 1

Este primer estudio tenía como objetivo el análisis de las consecuencias que las experiencias traumáticas sufridas en la infancia han tenido en el posterior desarrollo afectivo, social, memoria autobiográfica y de trabajo en adolescentes institucionalizados en comparación

con un grupo de control (objetivo general 1). El diseño de la investigación fue un diseño transversal simple donde se evaluó a menores institucionalizados en hogares tutelados en situación de protección y a menores que vivían con su familia biológica, en las variables de apego, resiliencia, inadaptación social, calidad de vida relacionada con la salud, estado de ánimo, memoria de trabajo y capacidad de acceso a recuerdos específicos. Previo a la realización de estos análisis se consideró oportuno analizar con carácter exploratorio la existencia de diferencias entre chicos y chicas en las puntuaciones promedio de las variables objeto de estudio mediante pruebas t para grupos independientes. Estos análisis previos permitieron decidir la incorporación o no de la variable sexo en los análisis comparativos posteriores. A su vez, los análisis estadísticos que se realizaron para la consecución de este primer objetivo fueron los siguientes:

- En primer lugar, para el análisis de las diferencias en afecto y control materno percibido en la infancia y en seguridad actual entre los dos grupos de adolescentes se realizó un análisis multivariado de varianza (MANOVA), con las variables dimensionales de apego como variables dependientes y la variable grupo, como factor fijo. Los contrastes univariados se evaluaron además con la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney al resultar significativa la prueba de Levene.
- En segundo lugar se realizaron tablas de contingencia (estadístico χ^2) para analizar si la distribución porcentual en los 4 estilos de apego (variable previamente dicotomizada) en la infancia difería entre los dos grupos de adolescentes.
- En tercer lugar, se realizó una prueba t para grupos independientes tomando como variable dependiente la seguridad materna percibida en la actualidad y como variable agrupadora el grupo (institucionalizados o no institucionalizados).
- En cuarto lugar, analizar las diferencias en la variable resiliencia entre los adolescentes institucionalizados y los no institucionalizados se utilizó la prueba U de Mann-Whitney dado el incumplimiento del supuesto de homocedasticidad.
- En quinto lugar, para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en la adaptación personal y social total entre los dos grupos de adolescentes se realizó un análisis de varianza 2x2 tomando como variable dependiente la puntuación total en adaptación y como variables agrupadoras el grupo y el sexo.

- En sexto lugar, se realizó un análisis multivariado de varianza (MANOVA). con las variables de adaptación (familiar, salud, social y emocional) como variables dependientes y las variables grupo y sexo, como factor fijo.
- En séptimo lugar, para analizar las diferencias en depresión entre el grupo de adolescentes institucionalizado y el no institucionalizado se realizó la prueba U de Mann-Whitney dado el incumplimiento del supuesto de homocedasticidad.
- En octavo lugar, para profundizar en las diferencias en depresión total entre los dos grupos de adolescentes se realizó un análisis multivariado de varianza (MANOVA), con las variables de estado de ánimo (depresión y autoestima negativa) como variables dependientes y las variables grupo y sexo, como factor fijo.
- En noveno lugar, para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en las tres variables de memoria de trabajo entre el grupo de adolescentes institucionalizados y el no institucionalizados se realizaron pruebas t para grupos independientes.
- En décimo lugar y para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en la capacidad de acceder a recuerdos de tipo autobiográfico entre el grupo de adolescentes institucionalizado y el no institucionalizado se realizaron pruebas t para grupos independientes tomando como variables dependientes la capacidad de acceder a recuerdos de tipo autobiográfico y como variable agrupadora el grupo (institucionalizados o no institucionalizados).
- En undécimo lugar se realizó un análisis mediacional para analizar en profundidad las diferencias entre los dos grupos de menores en su capacidad para acceder a recuerdos autobiográficos de tipo específico realizando un ANOVA 2x2 de medidas repetidas con los resultados de la prueba SCEPT, tomando como VD el número de recuerdos específicos, y como variable independiente el grupo (Cr vs. It) y como variable independiente de medidas repetidas el tipo de recuerdo (positivo vs. negativo) análisis desarrollada por Preacher y Hayes (2008), mediante una macro para SPSS. Se tomaron como variable independiente el grupo, como variable dependiente el número de recuerdos específicos en el SCEPT, y como variables mediadoras la puntuación en depresión del CDI y la puntuación en la tarea de dígitos inversos del WISC-R.

- En último lugar y con el objetivo de probar las relaciones causales entre el apego, la inadaptación social, la depresión y la memoria se realizó un path análisis mediante el método de estimación de máxima verosimilitud (ML).

Estudio 2

Este segundo estudio tenía como objetivo analizar el desarrollo afectivo, social, memoria autobiográfica y de trabajo en adolescentes institucionalizados atendiendo a la experiencia traumática vividas para ello se describe el perfil de los menores institucionalizados teniendo en cuenta la experiencia traumática vivida durante su infancia, el tiempo de convivencia con la familia biológica, variables afectivo sociales, memoria de trabajo y recuerdos autobiográficos de tipo específico. Por un lado, se exploró, en este grupo de menores, la relación entre variables de apego y capacidad resiliente y la relación entre el tipo de experiencia traumática y la capacidad resiliente. Por otro lado, se analizó las diferencias entre distintos grupos de menores agrupados en función de la experiencia que provocó la medida de protección (maltrato por comisión, maltrato por omisión y problemas conductuales propios del adolescente) en las variables: inadaptación social, calidad de vida relacionada con la salud, depresión, memoria de trabajo y capacidad de acceso a recuerdos autobiográficos de tipo específico. A su vez, los análisis estadísticos que se realizaron para la consecución de este primer objetivo fueron los siguientes:

- En primer lugar, se realizaron análisis correlacionales para examinar la relación entre el afecto y el control materno percibido por el adolescente durante la infancia y la seguridad materna percibida actual, y la relación entre el tiempo de convivencia con la familia biológica y las variables afecto, control, seguridad materna percibida y resiliencia.
- En segundo lugar, se realizaron análisis correlacionales (correlación de Pearson) analizar la relación entre el tiempo de convivencia con la familia biológica y las variables afecto, control, seguridad materna percibida y resiliencia
- En tercer lugar, se realizó una tabla de contingencia (estadístico χ^2) con el objetivo de analizar relación entre la calidad del apego en la infancia y en el momento actual.
- En cuarto lugar, con el objetivo de analizar la relación entre la situación que provocó la adopción de la medida de protección y la calidad del apego con la madre en la actualidad se realizó una tabla de contingencia (estadístico χ^2)

- En quinto lugar, se realizaron pruebas no paramétricas de Kruskal- Wallis comparativo entre adolescentes institucionalizados en función de la situación o maltrato que provocó la medida de protección del menor durante la infancia

Esta tesis doctoral es un estudio empírico de carácter exploratorio donde se lleva a cabo una investigación descriptivo correlacional. El diseño de recogida de datos ha sido transversal. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 19.

CAPÍTULO 6.

RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos a partir de los análisis estadísticos efectuados, acordes con los objetivos e hipótesis planteadas en este trabajo de investigación. En ese sentido, y con la finalidad de presentar los datos de forma clara y ordenada, este apartado se divide en dos grandes bloques, uno por objetivo: *Estudio 1* y *Estudio 2*.

6.1 Resultados del estudio 1. Análisis comparativos entre adolescentes institucionalizados en Hogares Tutelados y un grupo control de adolescentes que conviven con su familia.

En este apartado se presentan los resultados del análisis de las consecuencias que experiencias traumáticas sufridas en la infancia han tenido en el posterior desarrollo afectivo, social, memoria autobiográfica y de trabajo en adolescentes institucionalizados en comparación con un grupo de control (objetivo general 1). En primer lugar, se muestran los resultados relativos al análisis de las diferencias en afecto y control materno percibido durante la infancia y la seguridad materna percibida en la actualidad; en segundo lugar, los resultados relativos a la variable resiliencia; en tercer lugar, los resultados relativos a la adaptación personal y social y la calidad de vida relacionada con la salud; en cuarto lugar, los resultados relativos a la depresión infantil; y por último, los resultados relativos a la memoria de trabajo y memoria autobiográfica. Por último, se evaluó un modelo teórico de relaciones causales entre las variables apego hacia la madre, inadaptación personal y social, depresión, memoria de trabajo y capacidad para acceder a recuerdos específicos.

Previo a la realización de estos análisis se consideró oportuno analizar con carácter exploratorio la existencia de diferencias entre chicos y chicas en las puntuaciones promedio de las variables objeto de estudio mediante pruebas t para grupos independientes. Estos análisis previos permitieron decidir la incorporación o no de la variable sexo en los análisis comparativos posteriores. La Tabla 6 resume los resultados de la comparación entre sexos en las variables afectivo-sociales.

Tabla 6. Puntuaciones promedio de las variables afectivo-sociales en función del sexo

	Chicos (n = 56)		Chicas. (n = 66)		Significación	d Cohen
	M	DT	M	DT		
APEGO						
Afecto en la infancia	26.65	7.1	26.12	7.1	$t(120) = 0.49$ $p = .63$	0.08
Control en la infancia	17.18	6.76	16.18	6.9	$t(120) = 0.81$ $p = .42$	0.14
Seguridad en actualidad	3.04	0.56	2.96	0.58	$t(120) = 0.74$ $p = .46$	0.14
RESILIENCIA						
Competencia/aceptación	55.69	7.61	53.01	9.52	$t(120) = 1.7$ $p = .09$	0.31
ADAPTACIÓN SOCIAL						
Adaptación familiar	12.32	7.17	13.12	6.71	$t(120) = 0.63$ $p = .52$	-0.11
Adaptación salud	9.21	4.22	10.40	3.96	$t(120) = 1.6$ $p = .11$	-0.29
Adaptación social	13.33	4.92	15.63	5.53	$t(120) = 2.4$ $p = .02$	-0.43
Adaptación emocional	13.80	6.51	17.13	5.67	$t(120) = 3.0$ $p = .00$	-0.53
Adaptación total	48.67	17.44	56.30	16.0	$t(120) = -2.5$ $p = .01$	-0.45
CALIDAD DE VIDA						
Bienestar físico	71.42	16.24	59.75	19.11	$t(120) = 3.59$ $p = .00$	0.65
Bienestar psicológico	80.02	17.97	72.15	21.57	$t(120) = 2.16$ $p = .03$	0.40
Autoestima	72.99	21.68	63.25	24.33	$t(120) = 2.31$ $p = .02$	0.42
Familia	74.77	23.86	73.57	21.08	$t(120) = 0.29$ $p = .76$	0.05
Amigos	81.91	17.34	78.75	18.51	$t(120) = 0.96$ $p = .33$	0.18
Colegio	49.33	16.02	47.72	16.21	$t(120) = 0.54$ $p = .58$	0.09
Calidad de vida total	71.74	12.41	65.76	12.25	$t(120) = 2.65$ $p = .01$	0.49
CDI						
Autoestima	6.77	3.84	7.06	4.74	$t(120) = -0.59$ $p = .55$	-0.10
Depresión	4.63	5.46	5.59	5.73	$t(120) = -0.37$ $p = .71$	-0.05
Total	11.4	8.40	12.3	9.51	$t(120) = -0.94$ $p = .34$	-0.17

Se obtuvieron diferencias entre chicos y chicas en adaptación emocional y social siendo las chicas las que mayores puntuaciones han obtenido y por tanto las más inadaptadas en estas dos dimensiones de adaptación. Con respecto a la variable calidad de vida en relación a la salud se han obtenido diferencias significativas con respecto al sexo, siendo los chicos los que mayores puntuaciones han obtenido en las dimensiones bienestar físico, psicológico, autoestima y amistad. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el resto de variables.

Tabla 7. Resultados promedio en las variables de memoria en función del sexo

	Chicos (n = 56)		Chicas. (n = 66)		Significación	d Cohen
	M	DT	M	DT		
MEMORIA						
AUTOBIOGRAFICA (AMT)						
Recuerdos categoricos						
MCat+	1.18	1.44	1.39	1.43	$t(120) = -.825 p = .41$	-0.14
MCat-	0.75	0.97	0.98	1.22	$t(120) = -1.16 p = .25$	-0.20
MCatn	0.00	0.00	0.06	0.30	$t(120) = -1.52 p = .13$	-0.28
MCat	1.93	2.12	2.45	2.34	$t(120) = -1.29 p = .19$	-0.23
Recuerdos extendidos						
MExt+	0.59	0.78	0.76	1.09	$t(120) = -.960 p = .34$	-0.17
MExt-	0.96	1.02	1.03	1.21	$t(120) = -.321 p = .75$	-0.06
MExtn	0.04	0.26	0.08	0.32	$t(120) = -.743 p = .46$	-0.13
MExt	1.59	1.53	1.86	2.00	$t(120) = -.836 p = .40$	-0.15
Recuerdos específicos						
MSp+	2.86	1.44	2.33	1.50	$t(120) = 1.95 p = .53$	0.47
MSp-	2.82	1.30	2.44	1.50	$t(120) = 1.48 p = .14$	0.43
MSpn	0.09	0.43	0.14	0.68	$t(120) = -0.44 p = .66$	0.37
MSp	5.77	2.24	4.91	2.55	$t(120) = -1.7 p = .07$	0.35
Recuerdos asociativos						
MAs+	0.00	0.00	0.08	0.32	$t(120) = -1.77 p = .78$	-0.35
MAs-	0.00	0.00	0.03	0.17	$t(120) = -1.31 p = .19$	0.21
MAsn	0.00	0.00	0.02	0.12	$t(120) = 3.50 p = .64$	-0.23
MAs	0.00	0.00	0.12	0.45	$t(120) = -2.02 p = .04$	-0.37
No recuerdo						
MNr	0.61	1.64	0.62	1.48	$t(120) = -0.50 p = .96$	-0.01
MEMORIA						
AUTOBIOGRAFICA(SCEPT)						
Recuerdos asociativos						
SCEPTas+	0.11	0.31	0.18	0.60	$t(120) = -0.83 p = .40$	-0.14
SCEPTas-	0.11	0.37	0.17	0.57	$t(120) = -0.67 p = .50$	-0.12
SCEPTasn	0.50	0.79	0.50	0.79	$t(120) = 0.00 p = 1.0$	0
SCEPTas	0.71	0.87	0.85	1.06	$t(120) = 0.05 p = .45$	-0.14
Recuerdos extendidos						
SCEPText+	2.52	2.14	2.32	1.84	$t(120) = 0.55 p = .58$	0.14
SCEPText-	1.30	1.60	1.48	1.57	$t(120) = -0.6 p = .53$	-0.11
SCEPTextn	0.86	1.55	1.12	1.91	$t(120) = -0.8 p = .41$	-0.15
SCEPText	4.68	2.99	4.92	2.86	$t(120) = 0.68 p = .64$	-0.08
Recuerdos categóricos						
SCEPTcat+	0.57	0.91	0.18	0.49	$t(120) = 2.99 p = .03$	0.53
SCEPTcat-	0.30	0.60	0.17	0.45	$t(120) = 1.43 p = .15$	0.24
SCEPTcatn	0.09	0.29	0.14	0.46	$t(120) = -0.66 p = .51$	-0.13
SCEPTcat	0.96	1.25	0.48	0.85	$t(120) = 2.5 p = .01$	0.44
Recuerdos específicos						
SCEPTesp+	2.14	2.00	1.85	2.25	$t(120) = 0.75 p = .45$	0.13
SCEPTesp-	0.82	1.28	0.73	1.00	$t(120) = 0.45 p = .65$	-0.07
SCEPTespn	0.21	0.59	0.44	0.84	$t(120) = -1.6 p = .09$	-0.40
SCEPTesp	3.16	2.59	3.00	2.46	$t(120) = 0.35 p = .72$	-0.06
No respuesta						
SCEPTno	1.45	2.35	1.68	2.63	$t(120) = -0.51 p = .60$	-0.09
MEMORIA DE TRABAJO						
DGdirectos	3.70	1.36	3.29	1.18	$t(120) = 1.77 p = .07$	0.32
DGindirectos	2.75	1.55	2.27	1.13	$t(120) = 1.96 p = .52$	0.35
DGTotales	6.36	2.62	5.56	1.95	$t(120) = 1.91 p = .58$	0.34
Aritmética	4.86	1.60	4.09	2.05	$t(120) = 2.27 p = .02$	0.41

La Tabla 7 resume los resultados obtenidos en las variables de memoria autobiográfica y de trabajo. Con respecto a la memoria de trabajo son los chicos los que mayores puntuaciones han obtenido en todas las subescalas, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en Aritmética. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas en la mayoría de las variables de memoria autobiográfica analizadas con las dos pruebas utilizadas (SCEPT y ATM).

6.1.1 *Análisis de las diferencias en afecto y control materno percibido en la infancia y en seguridad actual.*

Diferencias en afecto y control en la infancia.

Para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en las variables afecto y control percibido en la infancia entre los dos grupos de adolescentes se realizó un análisis multivariado de varianza (MANOVA), con las variables dimensionales de apego como variables dependientes y la variable grupo, como factor fijo. Los resultados de los contrastes multivariados revelaron efectos significativos entre ambos grupos (λ de Wilks = .91 $F(2, 119) = 6.20, p = .003, \eta^2 = .09$). Los contrastes univariados se evaluaron además con la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney al resultar significativa la prueba de Levene ($Levene = .010$ para afecto y $Levene = .015$ para control) de homogeneidad de varianzas en ambas variables. (ver Tabla 8)

Tabla 8. *Diferencias de medias en las variables afecto y control materno en función del grupo*

	Institucionalizados (n = 61)		NO institucionalizados (n = 61)		Significación	d de Cohen
	M	DT	M	DT		
Afecto materno percibido	24.32	7.78	28.49	5.69	$F=(1,120) = 11.38 p < .001$ $U = 12711 p = .002$	-0.6
Control materno percibido	16.83	7.70	16.44	5.84	$F = (1,120) = .101 p = .75$ $U = 1822.5 p = .85$	0.06

El contraste univariado resultó estadísticamente significativo para la variable afecto materno percibido en la actualidad. Los menores institucionalizados en Hogares Tutelados obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en afecto percibido hacia la madre que los menores del grupo control con un tamaño del efecto moderado (d de Cohen = -0.6). No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la variable sobreprotección/control.

Con el objetivo de analizar la calidad del apego con la madre durante la infancia en los dos grupos de menores se procedió a la dicotomización de las variables afecto y control considerando como puntos de corte las puntuaciones promedio informadas por Oliva y Sanchez-Queija (2003) en su muestra de 513 adolescentes entre 13 y 19 años. Las puntuaciones de corte para la madre fueron de 27 en afecto y de 13,5 en control. El 45.9% ($n = 66$) de los menores obtuvieron una puntuación baja en afecto materno (puntuación igual o inferior a 27) y el 54.1% ($n = 66$) una puntuación alta (superior a 27). Con respecto al control materno percibido, el 33.6% ($n = 41$) obtuvieron puntuaciones bajas (puntuación igual o inferior a 13.5) y el 66.4% ($n = 81$) altas (superior a 13.5).

Teniendo en cuenta esta nueva operacionalización de las variables afecto y control se procedió a emitir un diagnóstico de calidad del apego hacia la madre en la infancia. El 13.1% ($n = 16$) de los menores fueron diagnosticados con carencia de vínculo, el 32.8% ($n = 40$) con control frío, el 20.5 % ($n = 25$) con un vínculo seguro y el 33.6 % ($n = 41$) con vínculo constreñido. Se realizó una tabla de contingencia 2 x 4 para analizar si la distribución porcentual en los 4 estilos de apego en la infancia difería entre los dos grupos de adolescentes. El estadístico chi cuadrado asociado a la tabla de contingencia alcanzó significación estadística ($\chi^2(3, N = 122) = 10.13, p = .018$). El coeficiente de contingencia *V de Cramer* indicó que la intensidad era baja ($V \text{ Cramer} = .29, p \text{ aprox} = .018$). Atendiendo a los residuos tipificados corregidos que permiten interpretar de forma más precisa la relación existente entre variables, se obtuvo una proporción significativamente superior de adolescentes institucionalizados con vínculo frío (bajo afecto y alto control) y de adolescentes no institucionalizados con vínculo constreñido (alto afecto y alto control). Cabe señalar, que no se obtuvieron diferencias entre ambos grupos en la proporción de adolescentes con vínculo seguro. Los resultados se muestran en la siguiente tabla (ver Tabla 9).

Tabla 9. *Diferencias en calidad de apego hacia la madre en función del grupo*

		Apego infancia				Total
		carencia vinculo	Control frio	Vinculo seguro.	Constreñido	
Control	N	6	14	13	28	61
	% dentro grupo	9.8%	23.0%	21.3%	45.9%	100%
	z	-1.1	-2.3	.2	2.9	
Experimental	N	10	26	12	13	61
	% dentro grupo	16.4%	42.6%	19.%	21.3%	100%
	z	1.1	2.3	-.2	-2.9	
Total		16	40	25	41	61
	% del total	13.1%	42,6%	20.5%	33.6%	100,0%

z^a = los residuos tipificados corregidos son puntuaciones z .

Diferencias en seguridad materna percibida actual.

Para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en la seguridad materna percibida en la actualidad entre el grupo de adolescentes institucionalizado y el no institucionalizado se realizó una prueba t para grupos independientes tomando como variable dependiente la seguridad materna percibida en la actualidad y como variable agrupadora el grupo (institucionalizados o no institucionalizados). La prueba de Levene para la igualdad de varianzas fue de $F = .343$ $p = .559$.

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en seguridad materna percibida en la actualidad entre ambos grupos $t(120) = 3.174$, $p = .002$). El grupo de adolescentes no institucionalizados puntuó significativamente más alto en seguridad materna percibida en la actualidad ($M = 3.16$, $DT = .53$) que el grupo de menores institucionalizados ($M = 2.84$, $DT = .57$). La d de Cohen (-0.58) informó de un tamaño del efecto medio. (ver Tabla 10)

Tabla 10. *Diferencias de medias en la variable seguridad materna percibida en función del grupo*

Variable	NO				Significación	d de Cohen
	Instucional.		institucional.			
	$(n = 61)$		$(n = 61)$			
	M	DT	M	DT		
Seguridad materna percibida	2.84	.57	3.16	.53	$t(120) = 3.174, p = .002$	-0.58

6.1.2 Análisis de las diferencias en resiliencia.

La evaluación de la resiliencia se hizo a través la escala de resiliencia reducida elaborada por Wagnild y Young en 1993 cuyos ítems evalúan aspectos tanto de competencia personal como de aceptación de uno mismo y de la vida. Para analizar las diferencias en la variable resiliencia entre los adolescentes institucionalizados y los no institucionalizados se utilizó la prueba U de Mann-Whitney dado el incumplimiento del supuesto de homocedasticidad (Levene $F = 5.522$ $p = .020$). No se obtuvieron diferencias significativas en resiliencia entre los adolescentes institucionalizados y los no institucionalizados (ver Tabla 11).

Tabla 11. Diferencias de medias en la variable resiliencia en función del grupo

Variable	NO				Significación	d de Cohen
	Instucional. ($n = 61$)		Institucional. ($n = 61$)			
	M	DT	M	DT		
Resiliencia	53.83	9.98	54.65	7.42	$U = 1.860, p = .998$	-0.09

6.1.3 Análisis de las diferencias en adaptación personal y social y calidad de vida.

Diferencias en adaptación personal y social.

Para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en la adaptación personal y social total entre los dos grupos de adolescentes se realizó un análisis de varianza 2x2 tomando como variable dependiente la puntuación total en adaptación y como variables agrupadoras el grupo y el sexo. Al haberse obtenido diferencias entre chicos y chicas en adaptación total, se introdujo la variable sexo como factor fijo para explorar la interacción entre las variables sexo y grupo. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de menores (Levene $F = 0.943$, $p = .334$, $F(1,118) = 13.25$, $p < .001$, $\eta^2 = .10$). El grupo de adolescente institucionalizados puntuó significativamente más alto en adaptación total ($M = 58.77$, $DT = 15.40$) que el grupo no institucionalizados ($M = 46.83$, $DT = 16.61$) con un tamaño del efecto moderado/alto (d de Cohen = 0.74). (ver tabla 12). Recordemos que este cuestionario evalúa inadaptación y que por tanto los sujetos con mayores niveles de adaptación son aquellos con puntuaciones más bajas en el cuestionario. De este modo, el grupo de adolescentes institucionalizados tiene mayores dificultades en su adaptación personal y social, ya que han obtenido puntuaciones más

altas. Este hecho puede interpretarse como indicador de mayor inadaptación comparados con el grupo de control.

No se obtuvieron diferencias en función del sexo ($F(1,118) = 3.5$, $p = .064$, $\eta^2 = .03$) ni en la interacción entre ambas variables ($F(1,118) = 0.22$, $p = .64$, $\eta^2 = .002$)

Tabla 12. *Diferencias de medias en la variable adaptación personal y social global en función del grupo*

Variable	NO				F/p	d de Cohen
	Instucional. (n = 61)		Institucional. (n = 61)			
	M	DT	M	DT		
Inadaptacion personal y social global	58.77	15.40	46.83	16.61	$F(1,118) = 13.25$, $p < .001$	0.74

Para profundizar en estas diferencias se realizó un análisis multivariado de varianza (MANOVA) con las variables de adaptación (familiar, salud, social y emocional) como variables dependientes y las variables grupo y sexo, como factor fijo. Se introdujo la variable sexo como factor fijo al haberse obtenido diferencias significativas en los análisis exploratorios previos. Los resultados de los contrastes multivariados revelaron diferencias significativas entre menores institucionalizados y no institucionalizados (λ de Wilks = .83, $F(4,115) = 5.74$, $p = .00$, $\eta^2 = .17$) y entre chicos y chicas (λ de Wilks = .92, $F(4,115) = 2.6$, $p = .04$, $\eta^2 = .08$). No se obtuvieron diferencias significativas en la interacción entre sexo y grupo (λ de Wilks = .98, $F(4,117) = .74$, $p = .57$, $\eta^2 = .025$). Los contrastes univariados indicaron diferencias estadísticamente significativas en adaptación familiar, emocional y en salud entre los grupos de menores. El grupo de menores institucionalizados puntuó significativamente más alto en dichas variables que el grupo control indicando con ello mayores dificultades en la adaptación familiar (definida como el grado de armonía y satisfacción), emocional (relacionada fundamentalmente con el grado de estabilidad emocional del sujeto) y salud (hace referencia a la percepción de la propia salud en los últimos años). La tabla 13 ilustra los resultados.

Tabla 13. *Diferencias de medias en inadaptación social en función del grupo*

Inadaptación personal y social	Institucionalizados (n = 61)		No Institucionalizados (n = 61)		Significación	d Cohen
	M	DT	M	DT		
	Familiar	15.24	6.36	10.26		
Salud	11.38	3.94	8.34	3.73	F(1,118) = 17.1, p < .001	-0.78
Adaptación social	15.01	5.27	14.14	5.47	F(1,118) = 0.18, p = .67	-0.16
Adaptación emocional	17.13	5.53	14.08	6.63	F(1,118) = 4.9, p = .03	-0.5

Respecto a la diferencias por género, e independientemente de su situación de institucionalización o no, las chicas tienen más dificultades en su adaptación emocional y social que los chicos, están más inadaptadas en estas dos dimensiones.

Diferencias en calidad de vida relacionada con la salud.

Se realizó un análisis de varianza 2x2 para analizar las diferencias en la calidad de vida relacionada con la salud entre los grupos de menores. Se consideraron como variables agrupadoras el grupo y sexo. Se obtuvieron diferencias entre chicos y chicas ($F(1,117) = 6.11$, $p = .015$, $\eta^2 = .05$), los chicos puntuaron significativamente más alto en calidad de vida total ($M = 71.74$, $DT = 12.41$) que las chicas ($M = 65.76$, $DT = 12.25$) con un tamaño del efecto moderado (d de Cohen = 0.49) No se encontraron diferencias significativas entre el grupo de menores institucionalizados y no institucionalizados (ver Tabla 14), ni en la interacción entre grupo y sexo ($F(1,117) = 0.169$, $p = .68$, $\eta^2 = .001$).

Tabla 14. *Diferencias de medias en la variable calidad de vida total percibida en función del grupo*

Variable	Institucionalizados (n = 61)		NO institucionalizados (n = 61)		Significación	d de Cohen
	M	DT	M	DT		
	Calidad de vida total percibida	67.28	13.08	69.80		

Para profundizar en estas diferencias se realizó un análisis multivariado de varianza (MANOVA) con las variables de calidad de vida relacionada con la salud (bienestar físico, bienestar psicológico, autoestima, familia, amigos y colegio) como variables dependientes y las variables grupo y sexo, como factores fijos. Se introdujo la variable sexo como factor

fijo al haberse obtenido diferencias significativas en los análisis exploratorios previos. Los resultados de los contrastes multivariados revelaron diferencias significativas entre menores institucionalizados y no institucionalizados (λ de Wilks = .88, $F(6,112) = 2.50$, $p = .026$, $\eta^2 = .011$) y entre chicos y chicas (λ de Wilks = .84, $F(6,112) = 3.46$, $p = .004$, $\eta^2 = .15$). No se obtuvieron diferencias significativas en la interacción entre sexo y grupo (λ de Wilks = .97, $F(6,111) = .40$, $p = .87$, $\eta^2 = .021$). Los contrastes univariados para la variable grupo se muestran en la Tabla 15. Se utilizó también la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney de dos muestras independientes para analizar las diferencias en las variables bienestar psicológico y autoestima al no cumplirse el supuesto de homocedasticidad en ambas variables.

Tabla 15. *Diferencias de medias en las variables de calidad de vida percibida en función del grupo*

Calidad de vida percibida	Institucional. (n = 61)		NO Institucional. (n = 61)		Significación	d Cohen
	M	DT	M	DT		
Bienestar físico	63.21	20.09	66.87	17.31	$F(1,117) = 0.15, p = .70$	-0.19
Bienestar psicológico	73.25	24.18	78.22	15.41	$F(1,117) = 0.76, p = .38$ $U = 1755, p = .59$	-0.24
Autoestima	71.20	25.87	64.47	20.72	$F(1,117) = 4.86, p = .03/$ $U = 1484.5, p = .057$	0.28
Familia	69.05	23.36	78.95	20.22	$F(1,117) = 6.24, p = .01$	-.045
Amigos	80.22	20.54	80.20	15.09	$F(1,117) = 0.07, p = .89$	0.00
Colegio	46.72	17.13	50.10	14.98	$F(1,117) = 1.07, p = .30$	-0.21

Los adolescentes no institucionalizados puntuaron significativamente más alto en la variable familia indicando una mejor adaptación familiar que los adolescentes institucionalizados. Por otro lado, para la variable autoestima los adolescentes institucionalizados puntuaron más alto que los no institucionalizados con un tamaño del efecto bajo. La prueba no paramétrica dio resultados distintos a la paramétrica alcanzando una diferencia marginalmente significativa. Por tanto las diferencias entre ambos grupos en la variable autoestima pueden considerarse debidas al azar.

Los contrastes univariados para la variable sexo indicaron diferencias en bienestar físico (interroga acerca de la actividad y estado físico y energía), bienestar psicológico (examina las emociones positivas y la satisfacción con la vida) y autoestima (explora cómo perciben

su apariencia física e imagen corporal, y la satisfacción relacionada con ellas) Los chicos puntuaron significativamente más alto que las chicas en estas tres dimensiones.

6.1.4 Análisis de las diferencias en depresión.

Para analizar las diferencias en depresión entre el grupo de adolescentes institucionalizado y el no institucionalizado se realizó la prueba U de Mann-Whitney dado el incumplimiento del supuesto de homocedasticidad ($Levene F = 20.97, p < 001$). No se obtuvieron diferencias significativas en depresión entre los adolescentes institucionalizados y los no institucionalizados (ver Tabla 16).

Tabla 16. Diferencias de medias en la variable depresión en función del grupo

Variable	Institucionalizados ($n = 61$)		NO Institucionalizados ($n = 61$)		Significacion	d de Cohen
	M	DT	M	DT		
	Depresión (CDI total)	13.43	11.08	10.44		

Para profundizar en las diferencias en depresión total entre los dos grupos de adolescentes se realizó un análisis multivariado de varianza (MANOVA), con las variables de estado de ánimo (depresión y autoestima negativa) como variables dependientes y las variables grupo y sexo, como factor fijo. Los resultados de los contrastes multivariados revelaron efectos significativos (λ de Wilks = .734, $F(2,119) = 21,60$ $p < .001$, $\eta^2 = .27$). Los contrastes univariados indicaron que el grupo de adolescentes institucionalizados puntuó significativamente más alto en depresión ($M = 7.00$, $DT = 6.73$) que el grupo no institucionalizado ($M = 3.30$, $DT = 3.35$). No se obtuvieron diferencias entre los grupos en autoestima negativa. Al no cumplirse el supuesto de homocedasticidad en ambas variables, se realizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney de dos muestras independientes obteniéndose el mismo resultado (ver Tabla 17)

Tabla 17. *Diferencias de medias en las variables autoestima negativa y depresión en función del grupo*

CDI	Institucional. (n = 61)		NO Institucional (n = 61)		Significación	d de Cohen
	M	DT	M	DT		
	Autoestima negativa	6.57	5.01	7.28		
Depresión	7.00	6.73	3.30	3.35	$F(1,120) = 0.14, p = .00/$ $U = 1319, p = .005$	0.69

6.1.5 Análisis de las diferencias en memoria de trabajo y en la capacidad de acceder a recuerdos de tipo autobiográfico.

Diferencias en memoria de trabajo.

La memoria de trabajo fue evaluada mediante la utilización de las dos subescalas de dígitos y la escala de aritmética del Test de Inteligencia para niños WISC-R (Wechsler, 1974). En concreto, se utilizaron las tareas de Dígitos hacia Delante (SDD), de Dígitos hacia Atrás (SDA) y aritmética. Para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en las tres variables de memoria de trabajo entre el grupo de adolescentes institucionalizados y el no institucionalizados se realizaron pruebas t para grupos independientes. La tabla 18 ilustra estos resultados.

Tabla 18. *Diferencias de medias en las variables memoria de trabajo en función del grupo*

Memoria de Trabajo	Institucion. (n = 61)		No Institucio. (n = 61)		Significación	d Cohen
	M	DT	M	DT		
Dígitos hacia delante	3.10	1.26	3.85	1.19	$t(120) = 3.39 p = .001$	0.61
Dígitos hacia atrás	2.20	1.38	2.79	1.26	$t(120) = 2.45 p = .016$	0.44
Aritmética	3.62	1.86	5.26	1.53	$t(120) = 5.3 p < .001$	0.96

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las puntuaciones de las tres escalas de memoria de trabajo siendo los menores del grupo de control los que obtuvieron puntuaciones significativamente más altas. El mayor tamaño del efecto se dio en la variable aritmética. Al haberse obtenido diferencias significativas en aritmética entre chicos y chicas, se realizó un análisis de varianza con la variable aritmética como variable dependiente y las variables grupo y sexo, como factores fijos. Se obtuvieron

diferencias entre los grupos en la variable aritmética confirmándose el resultado anterior ($F(1,118) = 23.1$, $p < .001$, $\eta^2 = .16$). No se obtuvieron diferencias significativas en la variable sexo ($F(1,118) = 2.26$, $p = .135$, $\eta^2 = .019$), ni en la interacción entre sexo y grupo ($F(1,118) = 1.63$, $p = .21$, $\eta^2 = .014$).

Diferencias en la capacidad de acceder a recuerdos de tipo autobiográfico.

Para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en la capacidad de acceder a recuerdos de tipo autobiográfico entre el grupo de adolescentes institucionalizado y el no institucionalizado se realizaron pruebas *t* para grupos independientes tomando como variables dependientes la capacidad de acceder a recuerdos de tipo autobiográfico y como variable agrupadora el grupo (institucionalizados o no institucionalizados). No se ha tenido en cuenta la variable sexo al no haberse encontrado diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de los análisis estadísticos previos.

Seguidamente se presenta la tabla con las diferencias de medias en el tipo de recuerdo medido con la prueba AMT en función del grupo. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de adolescentes institucionalizados y el grupo de adolescentes no institucionalizados en la capacidad de acceder a recuerdos de tipo autobiográfico medido con la prueba de memoria autobiográfica AMT. Solo se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en los recuerdos de tipo autobiográfico extendidos neutros ($t(120) = -2.17$ $p = .03$), siendo los menores institucionalizados los que mayor capacidad de acceso tienen a estos tipos de recuerdos y en los no recuerdos también a favor del grupo institucionalizado ($t(120) = -2.4$ $p = .02$).

Tabla 19. *Diferencias de medias en tipo de recuerdo medido por la prueba AMT en función del grupo*

Variable	Institucional. (n = 61)		NO Institucional. (n = 6)		Significación	d de Cohen
	M	DT	M	DT		
(AMT)						
Recuerdos categóricos						
MCat+	1.16	1.42	1.43	1.44	$t(120) = 1.01 p = .31$	-0.18
MCat-	0.77	1.10	0.98	1.13	$t(120) = 1.05 p = .29$	-0.59
MCatn	0.02	0.13	0.05	0.28	$t(120) = 0.82 p = .41$	-0.13
MCat	1.97	2.11	2.46	2.37	$t(120) = 1.21 p = .23$	-0.21
Recuerdos extendidos						
MExt+	0.59	0.90	0.77	1.02	$t(120) = 1.03 p = .30$	-0.18
MExt-	0.97	1.26	1.03	0.98	$t(120) = 0.32 p = .75$	-0.05
MExtn	0.11	0.41	0.00	0.00	$t(120) = -2.17 p = .03$	0.37
MExt	1.67	1.96	1.80	1.64	$t(120) = 0.40 p = .69$	-0.07
Recuerdos específicos						
MSp+	2.51	1.60	2.64	1.38	$t(120) = 0.48 p = .63$	-0.08
MSp-	2.57	1.62	2.66	1.20	$t(120) = 0.31 p = .75$	-0.06
MSpn	0.20	0.79	0.03	0.18	$t(120) = -1.6 p = .11$	0.29
MSp total	5.28	2.79	5.33	2.08	$t(120) = 0.11 p = .91$	-0.02
Recuerdos asociativos						
MAs+	0.07	0.31	0.02	0.13	$t(120) = -1.15 p = .25$	0.21
MAs-	0.02	0.13	0.02	0.13	$t(120) = 0.00 p = 1.0$	0.00
MAsn	0.02	0.13	0.00	0.00	$t(120) = -1.0 p = .32$	0.21
MAs	0.10	0.40	0.03	0.26	$t(120) = -1.08 p = .18$	0.20
No respuesta						
MNr	0.95	0.4	0.28	0.66	$t(120) = -2.4 p = .02$	0.44

A continuación se muestra la tabla de diferencias de medias en tipo de recuerdo medido por la prueba SCEPT en función del grupo

Tabla 20. Diferencias de medias en tipo de recuerdo medido por la prueba SCEPT en función del grupo

Variable	Institucional. (n = 61)		NO Institucional. (n =61)		Significación	d de Cohen
	M	DT	M	DT		
	Memoria autobiográfica(SCEPT)					
Recuerdos asociativos						
SCEPTas+	0.26	0.63	0.03	0.25	$t(120) = 44.2 p = .00$	0.47
SCEPTas-	0.25	0.62	0.03	0.25	$t(120) = 55.6 p = .00$	0.46
SCEPTasn	0.51	0.76	0.49	0.80	$t(120) = 3.52 p = .06$	0.02
SCEPTas	1.02	1.04	0.56	0.84	$t(120) = 26.9 p = .00$	0.48
Recuerdos extendidos						
SCEPText+	2.48	2.03	2.34	1.94	$t(120) = -0.36 p = .72$	0.07
SCEPText-	1.95	1.78	0.85	1.10	$t(120) = -4.1 p = .00$	0.74
SCEPTextn	1.59	2.14	0.41	0.97	$t(120) = -3.9 p = .00$	0.71
SCEPText	6.02	2.89	3.61	2.39	$t(120) = -5.0 p = .00$	1.02
Recuerdos categoricos						
SCEPTcat+	0.11	0.37	0.61	0.91	$t(120) = 3.89 p = .00$	-0.72
SCEPTcat-	0.07	0.30	0.39	0.64	$t(120) = 3.60 p = .00$	-0.64
SCEPTcatn	0.08	0.27	0.15	0.47	$t(120) = 0.93 p = .35$	-0.18
SCEPTcat	0.26	0.54	1.15	1.27	$t(120) = 4.99 p = .00$	-0.91
Recuerdos especificos						
SCEPTesp+	0.84	1.30	3.13	2.20	$t(120) = 7.00 p = .00$	-1.26
SCEPTesp-	0.51	0.80	1.03	1.34	$t(120) = 2.61 p = .10$	-0.47
SCEPTespn	0.36	0.70	0.31	0.78	$t(120) = -0.36 p = .71$	0.06
SCEPTesp	1.70	1.88	4.44	2.32	$t(120) = 7.16 p = .00$	1.29
No respuesta						
SCEPTno	1.97	2.91	1.18	1.95	$t(120) = -1.7 p = .82$	0.31

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en recuerdos de tipo autobiográfico asociativos positivos ($t(120) = 44.2 p = .00$), negativos ($t(120) = 55.6 p = .00$) y totales ($t(120) = 26.9 p = .00$), siendo los menores del grupo institucionalizados quienes mayor capacidad de acceso tienen a este tipo de recuerdos. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el acceso a recuerdos extendidos de tipo negativo ($t(120) = -4.1 p = .00$) neutro ($t(120) = -3.9 p = .00$) y totales ($t(120) = -5.0 p = .00$) siendo los menores del grupo institucionalizado quienes mayor capacidad de acceso tienen a este tipo de recuerdos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en recuerdos de tipo autobiográfico categórico positivo ($t(120) = 3.89 p =$

.00), negativo ($t(120) = 3.60$ $p = .00$) y total ($t(120) = 4.99$ $p = .00$), siendo el grupo de menores no institucionalizado quien mayor capacidad de acceder a este tipo de recuerdo ha tenido. Con respecto al tipo de recuerdo específico positivo ($t(120) = 7.00$ $p = .00$) negativo ($t(120) = 2.61$ $p = .10$) y total ($t(120) = 7.16$ $p = .00$) se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo institucionalizado.

Es el grupo de menores no institucionalizados los que tienen mayor capacidad de acceso a recuerdos específicos de tipo autobiográfico en comparación con un grupo de adolescentes institucionalizados en Hogares tutelados en situación de protección.

6.1.5.1 Análisis comparativo en el acceso a recuerdos específicos: estudio mediacional.

En este apartado se analiza en profundidad las diferencias entre los dos grupos de menores en su capacidad para acceder a recuerdos específicos. Los recuerdos específicos hacen referencia a los acontecimientos vividos en primera persona por lo que pueden ser los más afectados como consecuencia de las experiencias traumáticas vividas.

Como se ha visto en el apartado precedente, no existen diferencias significativas en los resultados del AMT. El número de recuerdos específicos fue prácticamente el mismo en ambos grupos. No obstante, se realizó un ANOVA 2x2 de medidas repetidas, tomando como VD el número de recuerdos específicos, y como variable independiente el grupo (Cr vs It) y como variable independiente intrasujetos el tipo de palabra-clave (positiva vs. negativa). No se encontraron diferencias ni en el tipo de clave, ni en el grupo, ni de interacción. En resumen, podemos concluir que, con el AMT, no se encontraron diferencias en cuanto a la ejecución en esta prueba, entre los dos grupos.

Sin embargo, en la ejecución del SCEPT se encontraron diferencias entre los participantes de ambos grupos. El número total de recuerdos específicos fue mayor [$t(120) = 7.16$, $p < .001$, $IC\ 95\% \ 1.98-3.49$, $d = 1.30$, tamaño efecto $r = 0.54$] en el grupo Cr ($M = 4.44$, $SD = 2.32$) que en el It ($M = 1.70$, $SD = 1.88$). Realizando un ANOVA 2x2 de medidas repetidas, tomando como VD el número de recuerdos específicos, y como variable independiente el grupo (Cr vs. It) y como variable independiente de medidas repetidas el tipo de recuerdo (positivo vs. negativo). Así, se puede ver que existen diferencias en el tipo de recuerdo [$F(1,120) = 39.83$, $p < .001$, $\eta^2 = .25$], entre los grupos [$F(1,120) = 53.87$, $p < .001$, $\eta^2 = .31$] y la interacción grupo por tipo de recuerdo [$F(1,120) = 21.21$, $p < .001$, $\eta^2 = .15$]. Estos resultados mostraron que los participantes institucionalizados recordaron menos acontecimientos específicos, sobre todo en lo que a

recuerdos positivos se refiere ($M = 3.13$, $SD = 2.20$ para el control y $M = 0.84$, $SD = 1.30$ para los institucionalizados), aunque también hay diferencias en los negativos ($M = 1.03$, $SD = 1.34$, para los controles y $M = 0.51$, $SD = 0.80$, para los institucionalizados).

Las dificultades para acceder a recuerdos específicos se han venido relacionando consistentemente como la sintomatología depresiva y con un menor rendimiento en tareas relativas a las funciones ejecutivas, especialmente la capacidad de la memoria de trabajo. En este apartado analizamos la importancia relativa de estas variables, a la hora de explicar las diferencias entre los participantes, en lo que se refiere al acceso a los recuerdos específicos, medido mediante el SCEPT. Para ello se empleó la técnica de análisis desarrollada por Preacher y Hayes (2008), mediante una macro para SPSS. Se tomaron como variable independiente el grupo, como variable dependiente el número de recuerdos específicos en el SCEPT, y como variables mediadoras la puntuación en depresión del CDI y la puntuación en la tarea de dígitos inversos del WISC-R. A nivel global, el modelo explicó un 34% de la varianza [$R^2 = .34$, $F(3,118) = 20.25$, $p < .001$]. De manera directa, el grupo se relacionó con la puntuación en la prueba de dígitos hacia atrás ($-.59$, $t = -2.45$, $p = .01$) y con la puntuación en depresión. Las dos variables mediadoras, dígitos hacia atrás ($-.29$, $t = -2.06$, $p = .04$) y depresión ($-.07$, $t = -1.93$, $p = .05$), se relacionaron con la variable dependiente (número de recuerdos específicos). También se encontró un efecto directo de la de VI sobre la VD (-2.66 , $t = -6.59$, $p < .001$). Finalmente, realizando el cálculo mediante bootstrapping (resamples = 1000), encontramos un efecto mediador de ambas variables, tanto los dígitos hacia atrás (.17, IC 95% .004 - .525) como la puntuación en depresión (-.26, IC 95% -.583 - -.013).

6.1.6 *Análisis de las relaciones causales entre variables. Resultados del path análisis.*

El principal objetivo de este estudio ha sido probar un modelo de relaciones causales entre las variables de apego hacia la madre, inadaptación personal/social, depresión, memoria de trabajo y capacidad para acceder a recuerdos específicos de tipo autobiográfico. El modelo causal inicial se ilustra en el Gráfico 7.

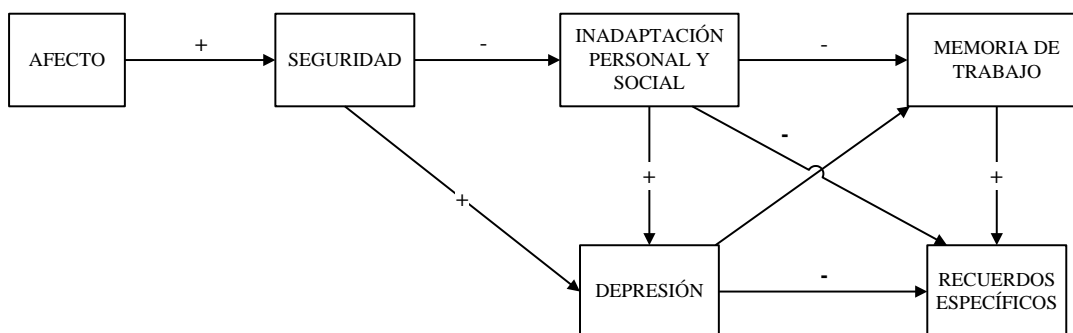


Gráfico 7. Modelo causal inicial

Tal y como ilustra la figura, se plantea que a) la variable afecto percibido hacia la madre durante la infancia tiene un efecto directo positivo sobre la seguridad con la madre percibida en la actualidad; b) la variable seguridad materna percibida hacia la madre en la actualidad tienen un efecto directo negativo sobre la inadaptación personal y social y sobre la depresión; c) la inadaptación personal y social tiene un efecto directo negativo sobre la depresión en la infancia, un efecto directo negativo sobre la memoria de trabajo y un efecto directo negativo sobre la capacidad de acceder a recuerdos específicos de tipo autobiográfico, d) La depresión tienen un efecto directo negativo con la memoria de trabajo y un efecto directo negativo con la capacidad de acceder a recuerdos específicos de tipo autobiográfico e) La memoria de trabajo tiene un efecto directo sobre los recuerdos específicos de tipo autobiográfico sean positivos o negativos.

En la Tabla 21 se muestran las correlaciones de Pearson entre las variables observables. La variable afecto percibido materno hacia la madre correlacionó significativa y positivamente con la seguridad materna percibida en el momento actual ($r = .43, p < .01$) y significativa y negativamente con la inadaptación personal y social ($r = -.36, p < .01$). No hubo relación significativa entre las variables de apego consideradas y las variables de memoria y depresión. Por otro lado, la inadaptación personal y social se asoció significativa y negativamente con la memoria de trabajo ($r = -.28, p < .01$) y con el acceso a recuerdos autobiográficos de tipo específico ($r = -.24, p < .01$) y positivamente con depresión ($r = .25, p < .01$). La relación entre memoria de trabajo y acceso a recuerdos específicos no alcanzó significación estadística. Por último la variable depresión correlacionó significativa y negativamente con el acceso a recuerdos autobiográficos de tipo específico ($r = -.25, p < .01$).

Tabla 21. *Correlaciones de Pearson entre las variables observables*

Variables	1	2	3	4	5	6
1 Afecto	1	.43**	-.36**	.16	-.14	.13
2 Seguridad		1	-.44**	.088	-.11	.10
3 Inadaptación			1	-.28**	.25**	-.24**
4 Memoria de trabajo				1	-.24**	.15
5 Depresión					1	-.25**
6 Rec.Específicos						1

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Se realizó un path análisis con el programa EQS 6.1 siguiendo el método de máxima verosimilitud (Bentler, 1995, 2006). Los datos evidenciaron una distribución normal (Coeficiente normalizado estimado de Mardia = .042) por lo que no fue necesario recurrir a procedimientos robustos en el cálculo de los estadísticos. Los índices de bondad de ajuste señalaron un adecuado ajuste a los datos ($\chi^2 = 73.85$, $df = 6$; $p = .29$; $SRMR = .052$; $RMSEA = .044$ [.000-.131]; $CFI = .984$; $IFI = .985$; $GFI = .980$). Ver Gráfico 8 (las flechas en color rojo del gráfico 8 representan los efectos directos significativos).

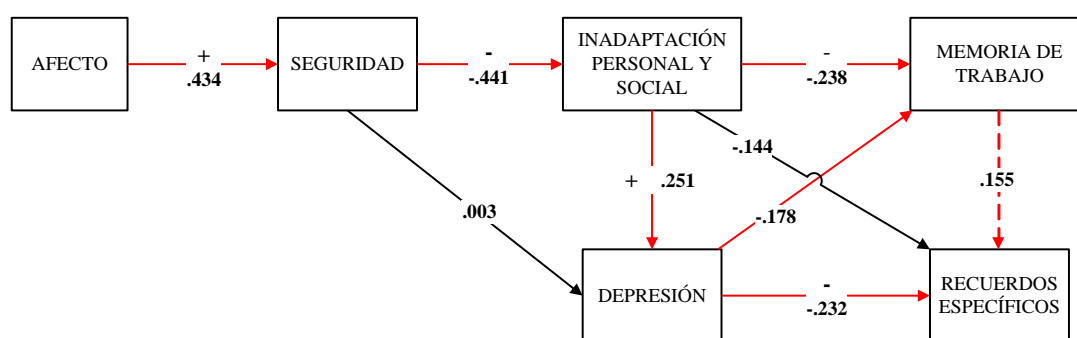


Gráfico 8 Modelo causal final

Con respecto a la variable afecto percibido con la madre durante la infancia se comprobó que tiene un efecto significativo directo positivo sobre la seguridad materna percibida en la actualidad ($\beta = .434$; $t = 5.295$), estos resultados los podemos interpretar como que una mejor vinculación afectivo con la madre durante la infancia puede ser predictora de una mejor seguridad percibida hacia la madre en la actualidad. Se encontró un efecto significativo directo negativo de la seguridad percibida hacia la madre en la actualidad sobre la inadaptación personal y social ($\beta = -.441$; $t = -5.409$), por lo tanto a menor seguridad materna percibida hacia la madre en la actualidad mayor inadaptación personal y social. No se encontró ningún efecto directo entre la seguridad materna percibida hacia la madre en la actualidad con la depresión ($\beta = .003$; $t = .270$). La inadaptación personal y social tuvo un efecto significativo directo positivo sobre la depresión ($\beta = .251$; $t = 2.555$), lo que podemos interpretar como que una mayor inadaptación personal y social de los menores objeto de estudio aumenta la probabilidad de sufrir depresión. La inadaptación personal y social tiene un efecto significativo directo negativo sobre la memoria de trabajo ($\beta = -.238$; $t = -2.686$), por lo que cuanto mayor sea el grado de inadaptación más se ve afectado esta función ejecutiva en nuestra muestra, sin embargo, no existe ningún efecto directo entre la inadaptación personal y social y la capacidad de acceso a recuerdos específicos de tipo autobiográfico ($\beta = -.144$; $t = -1.606$). Con respecto a la depresión hemos podido demostrar como el hecho de estar deprimido empeora no solo la funciones ejecutivas si no también la capacidad de acceder a recuerdos específicos de tipo autobiográfico ya que hemos observado un efecto significativo directo negativo de la depresión sobre la memoria de trabajo ($\beta = -.178$; $t = -2.012$), y un efecto significativo directo negativo sobre la capacidad de acceso a recuerdos específicos de tipo autobiográfico ($\beta = -.232$; $t = -2.624$). Por último no se encontraron efectos directos significativos de la memoria de trabajo sobre la capacidad de acceso a recuerdos específicos de tipo autobiográfico ($\beta = .155$; $t = 1.740$). La significación de este último efecto puede considerarse marginalmente significativa.

Con respecto a los efectos indirectos se ha observado que la variable afecto percibido con la madre durante la infancia tiene un efecto significativo indirecto negativo sobre la variable inadaptación personal y social ($\beta = -.191$; $t = -3.78$), un efecto indirecto significativo positivo sobre la memoria de trabajo ($\beta = .054$; $t = 2.364$) y un efecto significativo indirecto positivo sobre los recuerdos específicos ($\beta = .047$; $t = 2.054$). La

seguridad materna percibida en la actualidad tiene un efecto significativo indirecto positivo sobre la memoria de trabajo ($\beta = .124$; $t = 2.642$) y un efecto significativo indirecto positivo sobre los recuerdos específicos ($\beta = .108$; $t = 2.228$). Estos efectos indirectos indican que las variables de apego inciden positivamente sobre las variables de memoria vía su influencia sobre la adaptación personal y social del adolescente. La seguridad materna percibida en la actualidad tiene un efecto significativo indirecto negativo sobre la depresión vía su efecto sobre la inadaptación personal y social ($\beta = -.111$; $t = -2.311$). Por último, la inadaptación personal y social tiene un efecto indirecto significativo negativo sobre el acceso a recuerdos autobiográficos de tipo específico ($\beta = -.102$; $t = -2.437$). La variable inadaptación no mostró un efecto directo sobre el acceso a recuerdos específicos como ya se comentó anteriormente, su influencia sobre la memoria autobiográfica es indirecta vía su efecto negativo sobre la memoria de trabajo y la depresión.

6.2 Estudio 2. Estudio de las características de los menores institucionalizados.

En este apartado se describe el perfil de los menores institucionalizados teniendo en cuenta la experiencia traumática vivida durante su infancia, el tiempo de convivencia con la familia biológica, variables afectivo sociales, memoria de trabajo y recuerdos autobiográficos de tipo específico. Por un lado, se exploró, en este grupo de menores, la relación entre variables de apego y capacidad resiliente y la relación entre el tipo de experiencia traumática y la capacidad resiliente. Por otro lado, se analizó las diferencias entre distintos grupos de menores agrupados en función de la experiencia que provocó la medida de protección (maltrato por comisión, maltrato por omisión y problemas conductuales propios del adolescente) en las variables: inadaptación social, calidad de vida relacionada con la salud, depresión, memoria de trabajo y capacidad de acceso a recuerdos autobiográficos de tipo específico.

6.2.1 Estudio de la relación entre variables

6.2.1.1 . Relación entre las variables de apego y resiliencia en menores institucionalizados.

Para examinar la relación entre el afecto y el control materno percibido por el adolescente durante la infancia y la seguridad materna percibida en la actualidad se realizaron análisis correlacionales. Se obtuvo una correlación de Pearson significativa y negativa entre afecto y control materno percibido durante la infancia ($r = -.39$ $p < .01$). A

mayor afecto materno percibido menor sobreprotección. Por otro lado, la seguridad materna percibida en la actualidad correlacionó positivamente con el afecto percibido durante la infancia ($r = 0.27$ $p < .05$) y negativamente con la sobreprotección ($r = -.40$, $p < .001$). A mayor afecto y menor control materno durante la infancia mayor seguridad materna en la relación actual. Los análisis correlacionales realizados para analizar la relación entre resiliencia y las tres variables afectivas maternas (seguridad actual, afecto y control durante la infancia) no alcanzaron significación estadística. La tabla 22 resume estos resultados:

Tabla 22. *Correlaciones de Pearson entre las variables de apego y la variable resiliencia*

Variables	1	2	3	4
1. Afecto materno percibido en la infancia	-			
2. Control materno percibido en la infancia	-.39**	-		
3. Seguridad materna actual	.27*	-.40**	-	
4. Resiliencia	.04	-.11	.14	-

* $p < .05$, ** $p < .01$

Con la finalidad de analizar la relación entre el tiempo de convivencia con la familia biológica y las variables afecto, control, seguridad materna percibida y resiliencia se realizaron nuevos análisis correlacionales (ver Tabla 23). El tiempo de permanencia en la familia biológica únicamente correlacionó significativa y positivamente con una de las variables de apego evaluadas en este estudio, el control materno percibido durante la infancia ($r = .28$, $p < .05$), no alcanzándose una relación significativa ni con la variable afecto durante la infancia ($r = -.12$, $p > .05$), ni con la variable seguridad materna actual ($r = .07$, $p < .05$). Según estos datos, a mayor tiempo de convivencia con la familia biológica mayor percepción de control materno. Por otro lado, un resultado a destacar fue la correlación significativa y positiva entre el tiempo de convivencia con la familia biológica y la capacidad resiliente ($r = .253$, $p < .05$). Nuestros datos indican que a mayor tiempo de convivencia con la familia biológica mayor capacidad resiliente de los menores institucionalizados.

Tabla 23. *Correlaciones de Pearson entre las variables de apego, resiliencia y tiempo de convivencia con la familia biológica*

	Tiempo de convivencia familia biológica
Afecto materno percibido en la infancia	-.12
Control materno percibido en la infancia	.28*
Seguridad materna actual	.07
Resiliencia	.25*

* $p < .05$

Teniendo en cuenta este último resultado y con la finalidad de profundizar en las relaciones entre las variables de apego y la capacidad resiliente se decidió controlar el efecto de la variable tiempo de convivencia con la familia biológica antes de la medida de protección. Se realizaron correlaciones parciales controlando el efecto de esta variable sobre las relaciones bivariadas planteadas.

Tabla 24: *Correlaciones parciales entre las variables de apego y la variable resiliencia controlando el efecto del tiempo de convivencia con la familia biológica*

Variabes	1	2	3	4
1. Afecto materno percibido en la infancia	-			
2. Control materno percibido en la infancia	-.37**	-		
3. Seguridad materna actual	.28*	-.44**	-	
4. Resiliencia	.07	-.19	.12	-

* $p < .05$, ** $p < .01$

Tal y como se observa en la tabla 24 los resultados fueron similares a los obtenidos con los coeficientes de correlación de Pearson (ver Tabla 22). Según estos datos, la capacidad resiliente de los menores institucionalizados no se relacionó con las tres variables de apego hacia la madre evaluadas en este estudio.

6.2.1.2 Relación entre la calidad del apego con la madre durante la infancia y la percepción actual de seguridad o inseguridad materna del adolescente.

Con el objetivo de analizar la relación entre la calidad del apego con la madre durante la infancia y la calidad del apego materno actual se procedió a la dicotomización de las tres variables de apego evaluadas. En primer lugar, se recodificaron las variables afecto y control evaluadas con el P.B.I considerando como puntos de corte las puntuaciones informadas por Oliva y Sanchez-Queija (2003) para adolescentes. Las puntuaciones de corte para la madre fueron de 27 en afecto y de 13.5 en control. El 59% ($n = 36$) de los

menores obtuvieron una puntuación baja en afecto materno y el 41% ($n = 25$) una puntuación alta. Con respecto al control materno percibido, el 36.1% ($n = 22$) obtuvieron puntuaciones bajas y el 63.9% ($n = 39$) altas. Teniendo en cuenta esta nueva operacionalización de las variables afecto y control se procedió a emitir un diagnóstico de calidad del apego hacia la madre en la infancia. El 16.4% ($n = 10$) de los menores institucionalizados fueron diagnosticados con carencia de vínculo, el 42.6% ($n = 26$) con control frío, el 19.7% ($n = 12$) con un vínculo seguro y el 21.3% ($n = 13$) con vínculo constreñido.

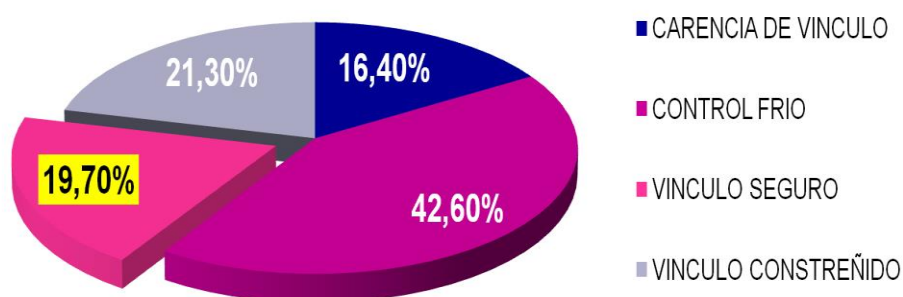


Gráfico 9. Distribución porcentual de los participantes en las tipologías de apego hacia la madre biológica en la infancia

Queremos destacar que el 19.7% de los adolescentes informaron de un vínculo óptimo con la madre durante la convivencia en la familia. Por tanto, según la percepción y el relato retrospectivo del menor existía una adecuada vinculación afectiva con la madre con anterioridad a la medida de protección.

En segundo lugar, las puntuaciones obtenidas por los participantes en la variable seguridad materna actual fueron asignadas a las categorías alta y baja. Para ello se consideró como puntuación de corte la puntuación promedio en adolescentes entre 14 y 17 años ($M = 3.15$) informada por Van Ryzin y Leve (2012). Una puntuación baja es considerada indicador de inseguridad y una puntuación alta de seguridad. El 75.4% ($n = 46$) de los participantes fueron diagnosticados como inseguros y el 24.6% ($n = 15$) como seguros en su relación actual con la madre.

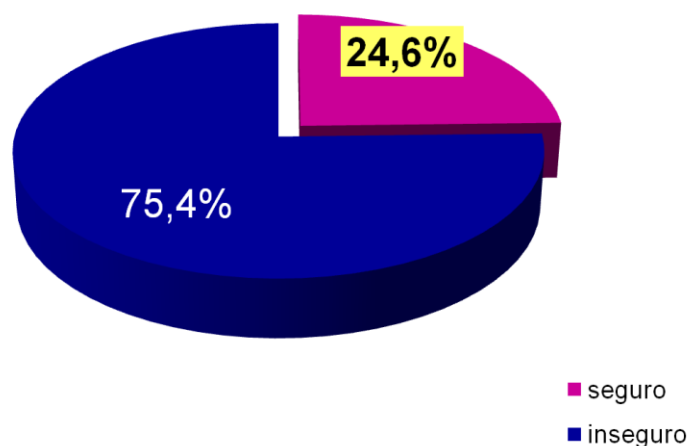


Gráfico 10. Distribución porcentual de los participantes en SEGUROS/INSEGUROS hacia la madre en la actualidad

En tercer lugar, se realizó una tabla de contingencia 4x2 con el objetivo de analizar relación entre la calidad del apego en la infancia y en el momento actual. El estadístico chi cuadrado asociado a la tabla de contingencia alcanzó significación estadística ($\chi^2(3, N = 61) = 8,4, p = .04$). El coeficiente de contingencia V de Cramer (.37, $p = .038$) indicó una relación significativa entre ambas variables. Los residuos tipificados de Haberman mostraron la existencia de diferencias entre los 4 grupos de apego en la infancia en la seguridad actual. En el grupo de control frío en la infancia hubo más niños con inseguridad en el momento actual; mientras que en el grupo de apego seguro en la infancia hubo más niños seguros en la actualidad. Además, la tabla de contingencia señaló que del total de participantes con apego seguro hacia la madre en la actualidad (24,6% del total, $n = 15$), el 50% ($n = 6$) informaron de un vínculo óptimo durante la infancia, frente a un 26,7% ($n = 4$) con carencia de vínculo, un 20% ($n = 3$) con control frío y un 13,3% ($n = 2$) con vínculo constreñido.

Observamos, por tanto, como un dato a destacar, que de los adolescentes institucionalizados que presentan un apego seguro con sus madres en la actualidad, un porcentaje significativo informaron de un vínculo óptimo en la infancia. Se observa, por tanto, una continuidad de vinculación óptima con la madre en el 9,8% del total ($n = 6$) de los adolescentes institucionalizados.

Tabla 25. Tabla de contingencia entre calidad del apego en la infancia y calidad del apego actual

		Apego infancia				
		carencia vínculo	Control frío	Vínculo seguro.	Constreñido	Total
Inseguro	Recuento	6	23	6	11	46
	% apego actual	13.0%	50.0%	13.0%	23.9%	100.0%
	% apego infancia	60.0%	88.5%	50.0%	84.6%	75.4%
	% del total	9.8%	37.7%	9.8%	18.0%	75.4%
	z	-1.2	2.0	-2.3	.9	
Apego actual Seguro	Recuento	4	3	6	2	15
	% apego actual	26.7%	20.0%	40.0%	13.3%	100.0%
	% apego infancia	40.0%	11.5%	50.0%	15.4%	24.6%
	% del total	6.6%	4.9%	9.8%	3.3%	24.6%
	z	1.2	-2.0	2.3	-.9	
Total	Recuento	10	26	12	13	61
	% apego actual	16.4%	42.6%	19.7%	21.3%	100.0%
	% apego infancia	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% del total	16.4%	42.6%	19.7%	21.3%	100.0%

z^n = los residuos tipificados corregidos son puntuaciones z .

Por otro lado, del total de participantes con apego inseguro hacia la madre en la actualidad (75.4% del total, $n = 46$), tan sólo un 13% ($n = 6$) informaron de un vínculo óptimo en la infancia, frente a un 50% ($n = 23$) de control frío, un 23.9% ($n = 11$) de vínculo constreñido y un 13% ($n = 6$) de ausencia de vínculo.

Considerando al conjunto de adolescentes evaluados, observamos que se ha producido un cambio negativo en la calidad del apego hacia la madre como consecuencia de la medida de protección en el 9,8% ($n = 6$) del total de participantes y un cambio positivo (de vínculo no óptimo en la infancia a vínculo seguro en la actualidad) en el 14.7% ($n = 9$) de los casos. La tabla 25 ilustra estos resultados.

6.2.1.3 .Relación entre la situación o tipo de maltrato que provocó la medida de protección del menor durante la infancia, el apego con la madre y la capacidad resiliente del menor institucionalizado.

Con el objetivo de analizar la relación entre la situación que provocó la adopción de la medida de protección y la calidad del apego con la madre en la actualidad se realizó una tabla de contingencia 6x2. La situación que provocó la medida de protección se operacionalizó en seis niveles: maltrato, abandono, abuso sexual, adicciones de los padres,

problemas conductuales propias y menores extranjeros no acompañados y la variable apego con la madre en la actualidad en dos: apego seguro y apego inseguro. El estadístico *chi* cuadrado asociado a la tabla de contingencia no alcanzó significación estadística (χ^2 (5, $n = 61$) = 4.47, $p > .05$). Según este resultado ambas variables no se relacionaron significativamente.

Paralelamente, respecto a la relación entre la situación que provocó la adopción de la medida de protección y la calidad del apego con la madre en la infancia (4 niveles: vínculo seguro u óptimo, carencia de vínculo, vínculo constreñido y control frío) se realizó una tabla de contingencia 6x4. El estadístico *chi* cuadrado asociado a la tabla de contingencia alcanzó significación estadística (χ^2 (15, $n = 61$) = 28.1, $p = .02$). La tabla de contingencia señaló que del total de participantes con vínculo óptimo ($n = 12$), el 41.7% había sufrido abandono o negligencia ($n = 5$), el 8.3% maltrato ($n = 1$) y el 16.7% abusos sexuales. En el restante 33.3% ($n = 4$) de los adolescentes que informaron de un vínculo óptimo en la infancia, se aplicó la medida de protección por problemas de adicciones en los padres (Véase Tabla 26). Teniendo en cuenta las categorías de maltrato se comenta a continuación el tipo de vínculo en la infancia predominante.

Tal y como se observa en la tabla, el 66.7% de los adolescentes maltratados ($n = 6$) y el 44.4% ($n = 8$) de los adolescentes en situación de abandono informaron mayoritariamente de un vínculo inseguro del tipo control frío. Sin embargo, el tipo de vínculo materno en la infancia predominante en los casos de abuso sexual fue el apego inseguro del tipo constreñido 50%, ($n = 8$). En el caso de adicciones de los padres el 50% de los adolescentes de este grupo ($n = 4$) informaron de un vínculo óptimo y el 80% de los adolescentes con problemas de conducta ($n = 8$) de un vínculo de control frío.

Tabla 26. *Tabla de contingencia entre calidad del apego en la infancia y situación que provocó la medida de protección*

		Apego infancia				Total	
		carencia vinculo	Control frio	Vinculo seguro.	Constreñido		
Tipo de maltrato o situación de medida protección	Maltrato	Recuento	0	4	1	1	6
		% tipo maltrato	0%	66.7%	6.7%	16.7%	100.0%
		% apego infancia	0%	15.4%	8.3%	7.7%	9.8%
		% del total	0%	6.6%	1.6%	1.6%	9.8%
	Abandono	Recuento	2	8	5	3	18
		% tipo maltrato	11.1%	44.4%	27.8%	16.7%	100.0%
		% apego infancia	20.0%	30.8%	41.7%	23.1%	29.5%
		% del total	3.3%	13.1%	8.2%	4.9%	29.5%
	Abuso sexual	Recuento	4	2	2	8	16
		% tipo maltrato	25.0%	12.5%	12.5%	50.0%	100.0%
		% apego infancia	40.0%	7.7%	16.7%	61.5%	26.2%
		% del total	6.6%	3.3%	3.3%	13.1%	26.2%
	Adic. Padres	Recuento	1	3	4	0	10
		% tipo maltrato	12.5%	37.5%	50.0%	0%	100.0%
		% apego infancia	10.0%	11.5%	33.3%	0%	13.1%
		% del total	1.6%	4.9%	6.6%	0%	13.1%
	Pr. Conducta	Recuento	2	8	0	0	10
		% tipo maltrato	20.0%	80.0%	0%	0%	100.0%
		% apego infancia	20.0%	30.8%	0%	0%	16.4%
		% del total	3.3%	13.1%	0%	0%	16.4%
MENA	Recuento	1	1	0	1	3	
	% tipo maltrato	33.3%	33.3%	0%	33.3%	100.0%	
	% apego infancia	10.0%	3.8%	0%	7.7%	4.9%	
	% del total	1.6%	1.6%	0%	1.6%	4.9%	
Total	Recuento	10	26	12	13	61	
	% tipo maltrato	16.4%	42.6%	19.7%	21.3%	100.0%	
	% apego infancia	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
	% del total	16.4%	42.6%	19.7%	21.3%	100.0%	

Por último respecto a la relación entre la situación que propició la medida de protección y la capacidad resiliente del menor se realizó un anova unifactorial tomando como variable agrupadora el tipo de maltrato o situación que propició la medida de protección y como variable dependiente la capacidad de resiliencia. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en resiliencia entre los 6 grupos de adolescentes considerados ($F(5,55) = 1,38$ $p = .25$; $\eta^2 = .11$).

6.2.2 Estudio comparativo entre adolescentes institucionalizados en función de la situación o maltrato que provocó la medida de protección del menor durante la infancia

Con el objetivo de analizar las diferencias entre menores tutelados en función de la situación o tipo de maltrato que provocó la medida de protección del menor, se procedió a la reagrupación de los participantes en base a la naturaleza del trauma vivido: **MA**: Maltrato físico y/o psíquico y Abuso sexual (maltrato por comisión), **NAAP**: Negligencia, abandono y adicciones de los padres (maltrato por omisión), **PCP**: Problemas conductuales propios de los adolescentes (adicciones, predelinuencia, absentismo escolar extremo). En estos análisis se eliminaron el grupo de menores extranjeros no acompañados dada su baja frecuencia ($n = 3$).

Dado el pequeño tamaño muestral de los grupos de comparación ($n < 30$), se realizó la comprobación del supuesto de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilks¹ para poder llevar a cabo la comparación entre los grupos utilizando la prueba más acorde en función de la naturaleza de la variable. Se utilizó esta prueba por ser la más potente en todos los tipos de distribución y tamaño de las muestras (Razali y Wah, 2011). La distribución de las variables no se ajustó en su mayoría a la normalidad, por lo tanto, se utilizó la prueba no paramétrica² H de Kruskal-Wallis comparándose las medianas de los grupos de pertenencia en todas las comparaciones efectuadas.

6.2.2.1 Análisis de las diferencias en inadaptación personal y social y la calidad de vida en relación a la salud

Diferencias en inadaptación personal y social.

Se realizaron 5 pruebas no paramétricas de Kruskal-Wallis considerando como variables dependiente las 4 variables de inadaptación y la puntuación total. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en ninguna de las variables consideradas. La Tabla 27 ilustra los resultados. Los menores institucionalizados

¹ La prueba de Shapiro-Wilks está considerada como la prueba más potente para la comprobación del supuesto de normalidad para muestra inferiores a 30 casos.

² La prueba de Kruskal-Wallis es equivalente al test ANOVA pero para muestras no normales. Seguidamente se usa la realizaríamos un test U de Mann-Whitney dos a dos para determinar cuáles son significativamente diferentes.

no difirieron en sus puntuaciones en inadaptación familiar, salud, social y emocional ni en la puntuación total en inadaptación.

Tabla 27. *Diferencias de medias en inadaptación social en función de la naturaleza de la experiencia traumática*

Inadaptación personal y social	Maltrato por comisión (n = 22)		Maltrato por omisión (n = 26)		Conductas propias del adolescente (n = 10)		Significación
	M	DT	M	DT	M	DT	
Familiar	15.04	5.56	14.57	6.46	18.40	6.30	$H(2) = 2.14, p = .34$
Salud	11.72	3.32	10.65	3.59	13.00	4.98	$H(2) = 2.37, p = .31$
Social	14.95	4.80	15.23	5.92	14.90	5.44	$H(2) = .064, p = .97$
Emocional	16.59	4.75	16.50	5.41	21.00	6.61	$H(2) = 3.43, p = .18$
Total	58.31	12.33	56.96	15.61	67.30	17.83	$H(2) = 4.21, p = .12$

Nota: **H** = valor estadístico de la prueba de Kruskal-Wallis

Diferencias en calidad de vida relacionado con la salud.

Se realizaron 7 pruebas no paramétricas de Kruskal- Wallis considerando como variables dependiente las 6 variables de calidad de vida relacionada con la salud y la puntuación total. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en tres de las variables consideradas: autoestima, amigos y puntuación total en calidad de vida. La Tabla 28 ilustra los resultados. Los menores institucionalizados difirieron en sus puntuaciones en autoestima, amigos y calidad de vida total.

Tabla 28. *Diferencias de medias en inadaptación social en función de la naturaleza de la experiencia traumática*

Calidad de vida relacionada con la salud	Maltrato por comisión (<i>n</i> = 22)		Maltrato por omisión (<i>n</i> = 26)		Conductas propias del adolescente (<i>n</i> = 10)		Significación
	M	DT	M	DT	M	DT	
Bienestar físico	65.34	22.96	60.09	16.49	61.25	22.20	$H(2) = .760, p = .68$
Bienestar Psicológico	80.68	81.69	69.95	22.22	63.12	36.73	$H(2) = 2.98, p = .23$
Autoestima	80.96	21.43	60.07	26.93	76.87	23.39	$H(2) = 8.06, p = .02$
Familia	72.44	24.45	66.10	22.58	67.50	26.97	$H(2) = 1.35, p = .51$
Amigos	88.63	14.26	70.91	24.10	83.12	13.83	$H(2) = 9.04, p = .01$
Colegio	49.14	16.74	46.63	18.69	43.12	15.99	$H(2) = .50, p = .88$
Total	72.87	8.44	62.30	13.63	65.83	15.85	$H(2) = 7.67, p = 0.2$

Nota: **H** = valor estadístico de la prueba de Kruskal-Wallis

Con el objetivo de profundizar más en estos resultados, se procedió a calcular las comparaciones dos a dos en aquellas variables donde se obtuvo significación estadística (autoestima, amigos y calidad de vida total), con la prueba *U* de Mann-Whitney. Los resultados de las comparaciones por pares se muestran en la Tabla 29. En ella se informa del estadístico *U* de Mann Whitney, el valor *z* y el tamaño del efecto no paramétrico de Rosenthal (*r*).

Los resultados de las comparaciones por pares muestran que en las tres variables estudiadas; autoestima, amigos y calidad de vida total relacionada con la salud es significativa la comparación entre el grupo de menores que han sufrido maltrato por comisión y el grupo de menores que ha sufrido maltrato por omisión. Los adolescentes que sufrieron maltrato por omisión fueron los que más bajas puntuaciones obtuvieron en calidad de vida total, y especialmente en las dimensiones de autoestima y relación con los iguales.

Tabla 29. Comparaciones por pares de las variables autoestima, amigos y calidad de vida total en función de la naturaleza de la experiencia traumática

	(I) grupo	(J) grupo	U de Mann-Whitney	z	Sig.	r
Autoestima	Maltrato por comisión	Maltrato por omisión	156.50	-2.79	0.07	-0.36
		Problemas conductuales	103.00	-.29	.772	-0.03
	Maltrato por omisión	Problemas de conducta	0.78	-.176	-1.76	-0.02
Amigos	Maltrato por comisión	Maltrato por omisión	145.00	-2.70	.003	-0.35
		Problemas conductuales	85.50	-1.04	.230	-0.13
	Maltrato por omisión	Problemas de conducta	92.00	-1.35	.180	-0.17
Calidad total	Maltrato por comisión	Maltrato por omisión	150.50	-2.80	.005	-0.36
		Problemas conductuales	75.00	-1.42	.154	-0.23
	Maltrato por omisión	Problemas de conducta	122.50	-.265	.80	-0.03

Nota. z = puntuación z asociada al estadístico U, r = tamaño del efecto no paramétrico de Rosenthal

6.2.2.2 Análisis de las diferencias en depresión, memoria de trabajo y la capacidad de acceder a recuerdos

Diferencias en depresión.

Se realizaron 3 pruebas no paramétricas de Kruskal- Wallis considerando como variables dependiente las 2 variables de depresión y la puntuación total. Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en tres de las variables consideradas; autoestima negativa, depresión y puntuación total. La Tabla 30 ilustra los resultados. Los menores institucionalizados difirieron en sus puntuaciones en autoestima negativa, depresión y puntuación total.

Tabla 30. Diferencias de medias en depresión en función de la naturaleza de la experiencia traumática

Estado de ánimo	Maltrato por comisión (n = 22)		Maltrato por omisión (n = 26)		Conductas propias del adolescente (n = 10)		Significación
	M	DT	M	DT	M	DT	
Autoestima (-)	5.41	4.98	5.92	4.05	11.90	4.80	H(2) = 11.86, p = .003
Depresión	5.36	6.38	6.54	6.37	13.20	5.95	H(2) = 9.49, p = .009
Depresión total	10.77	11.04	12.08	9.08	25.10	10.42	H(2) = 11.54, p = .003

Nota: **H** = valor estadístico de la prueba de Kruskal-Wallis

Con el objetivo de profundizar más en estos resultados, se procedió a calcular las relaciones significativas de las distribuciones, con la prueba *U* de Mann-Whitney, como se muestra en la Tabla 31.

Tabla 31. Comparaciones por pares de las variables depresión, autoestima negativa y depresión total en función de la naturaleza de la experiencia traumática.

	(I) grupo	(J) grupo	U de Mann-Whitney	z	Sig	r
Autoestima(-)	Maltrato por comisión	Maltrato por omisión	2.40	-0.96	.34	-0.12
		Problemas conductuales	36.00	-3.01	.003	-0.39
	Maltrato por omisión	Problemas de conducta	41.50	-3.13	.002	-0.41
Depresión	Maltrato por comisión	Maltrato por omisión	258.00	-5.84	.56	-0.76
		Problemas conductuales	35.50	-3.04	.002	-0.39
	Maltrato por omisión	Problemas de conducta	58.50	-2.53	.011	-0.33
Depresión total	Maltrato por comisión	Maltrato por omisión	239.50	-9.63	.33	-0.12
		Problemas conductuales	37.50	-2.95	.003	-0.38
	Maltrato por omisión	Problemas de conducta	42.00	-3.11	.002	-0.40

Nota. z = puntuación z asociada al estadístico U, r = tamaño del efecto no paramétrico de Rosenthal

Los resultados de las comparaciones por pares muestran que en las tres variables estudiadas: autoestima negativa, depresión y depresión total es significativa la comparación entre los grupos de menores que han sufrido maltrato por comisión y menores con problemas conductuales propios y entre los menores que han sufrido maltrato por omisión y problemas conductuales propios. Los menores con peor autoestima y mayores niveles de depresión fueron los adolescentes con problemas de conductas comparados con los otros dos grupos de adolescentes. Los dos grupos de adolescentes maltratados no difirieron en sus puntuaciones en estas variables.

Diferencias en memoria de trabajo.

Se realizaron 4 pruebas no paramétricas de Kruskal- Wallis considerando como variables dependiente las 3 variables de memoria de trabajo y la puntuación total. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en las variables consideradas. La Tabla 32 ilustra los resultados. Los menores institucionalizados no difirieron en sus puntuaciones en las tareas de dígitos hacia delante, dígitos hacia atrás, dígitos total y aritmética. La experiencia traumática no afecta diferencialmente a la memoria de trabajo de los adolescentes del grupo institucionalizado.

Tabla 32. *Diferencias de medias en memoria de trabajo en función del tipo de maltrato*

	Maltrato por comisión (n = 22)		Maltrato por omisión (n = 26)		Conductas propias del adolescente (n = 10)		Significación
	M	DT	M	DT	M	DT	
Memoria de trabajo							
Dígitos directos	2.82	1.00	3.27	1.43	2.90	1.10	$H(2) = 1.90, p = .39$
Dígitos inversos	2.14	1.20	2.19	1.41	1.80	1.03	$H(2) = .81, p = .67$
Aritmética	3.68	1.94	3.81	1.79	2.70	1.63	$H(2) = 1.25, p = .54$
Puntuación total	4.95	1.68	5.46	2.50	4.70	1.63	$H(2) = 2.57, p = .28$

Nota: **H** = valor estadístico de la prueba de Kruskal-Wallis

Diferencias en capacidad de acceder a recuerdos específicos.

Se realizaron 4 pruebas no paramétricas de Kruskal- Wallis considerando como variables dependiente las 3 variables de tipo de recuerdo específico y la puntuación total.

No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre variables consideradas. La Tabla 33 ilustra los resultados. Los menores institucionalizados no difirieron en sus puntuaciones en recuerdos específicos positivos, recuerdos específicos negativos, recuerdos específicos neutros y recuerdos específicos totales.

Tabla 33. *Diferencias de medias en acceso a recuerdos específicos en función del tipo de maltrato*

Recuerdos específicos	Maltrato por comisión (n = 22)		Maltrato por omisión (n = 26)		Conductas propias del adolescente (n = 10)		Significación
	M	DT	M	DT	M	DT	
Positivos	.95	1.59	.69	1.12	.90	1.10	$H(2) = .51, p = .77$
Negativos	.59	.80	.54	.95	.40	.52	$H(2) = .30, p = .86$
Neutros	.50	.74	.31	.74	.30	.67	$H(2) = 1.80, p = .41$
Total	2.05	1.99	1.54	2.00	1.60	1.43	$H(2) = 1.62, p = .44$

Nota: **H** = valor estadístico de la prueba de Kruskal-Wallis

Los resultados indicaron que la experiencia traumática no afecta diferencialmente a la capacidad de acceder a recuerdos autobiográficos de tipo específico al igual que ocurría con la memoria de trabajo. Los adolescentes institucionalizados no difieren en sus puntuaciones en memoria de trabajo y en capacidad de acceso a recuerdos específicos. El tipo de trauma no produce diferencias en los niveles de memoria considerados en este trabajo.

CAPÍTULO 7.

DISCUSIÓN

El acogimiento residencial es una medida de protección de menores que ha estado presente en la asistencia a niños abandonados y desprotegidos durante muchos siglos en España. El maltrato infantil es un problema que afecta a toda la sociedad, que provoca un impacto negativo devastador en los niños, no solo durante su infancia, sino para el resto de sus vidas. Los estudios sobre maltrato infantil en menores acogidos en hogares tutelados en situación de protección en nuestro país son escasos, tal vez debido a la dificultad para acceder a dicha muestra o tal vez debido a la insuficiente conciencia social existente sobre las consecuencias del maltrato, no solo para la infancia en el momento en el que se produce, sino para toda la sociedad. El maltrato físico es más fácil de detectar, pero son necesarias investigaciones centradas en el daño emocional que en casi todas las ocasiones acompaña a los actos abusivos o negligentes, ya que los efectos negativos y dañinos que provoca dicho tipo de maltrato son más significativos y a más largo plazo (Echeburúa y de Corral, 2006). Como hemos podido ver en el recorrido conceptual y metodológico de esta investigación, el maltrato que se infiere en los primeros cinco años de vida, puede ser especialmente dañino, debido a la vulnerabilidad de estos pequeños y al hecho de que los primeros años de vida se caracterizan por un crecimiento neurobiológico y psicológico más rápido que en los años siguientes (Siegel, 1995). En este trabajo se ha realizado un análisis de las consecuencias de las experiencias traumáticas vividas por menores institucionalizados en Hogares Tutelados, dividiendo el estudio en dos partes; en primer lugar, analizando las consecuencias que las experiencias traumáticas vividas en la infancia han tenido en el posterior desarrollo afectivo, social, memoria autobiográfica y de trabajo en adolescentes institucionalizados en comparación con un grupo de control que vivía con su familia biológica en el momento del estudio. En segundo lugar analizando las diferencias en el desarrollo de los adolescentes institucionalizados en función de la naturaleza de las experiencias traumáticas vividas (maltrato por comisión, maltrato por omisión y conductas propias del adolescente).

Este capítulo se discuten en primer lugar, los resultados hallados al comparar los menores institucionalizados con los no institucionalizados y en segundo lugar, al comparar los menores institucionalizados teniendo en cuenta el tipo de maltrato sufrido. A continuación, y con la finalidad de organizar cada una de las hipótesis y sus conclusiones, se indican los dos objetivos principales de esta tesis doctoral, así como los objetivos específicos de cada uno de ellos con sus respectivas hipótesis para demostrar su aceptación o rechazo. Por tanto, se discuten los resultados obtenidos en función de los objetivos e hipótesis planteadas.

- **Primer Objetivo:** Analizar las consecuencias que las experiencias traumáticas sufridas en la infancia han tenido en el posterior desarrollo afectivo, social, memoria autobiográfica y de trabajo en adolescentes institucionalizados en comparación con un grupo de control.
- **Segundo Objetivo:** Analizar el desarrollo afectivo, social, memoria autobiográfica y de trabajo en adolescentes institucionalizados atendiendo a la experiencia traumática vividas.

7.1 Estudio 1. Menores institucionalizados en Hogares Tutelados en situación de protección en comparación con un grupo de menores no institucionalizados que vivían con su familia biológica en el momento del estudio.

El **primer objetivo general** que guió esta parte del estudio fue: analizar las consecuencias que las experiencias traumáticas sufridas en la infancia han tenido en el posterior desarrollo afectivo, social, memoria autobiográfica y de trabajo en adolescentes institucionalizados en comparación con un grupo de control. Para dar respuesta al **primer objetivo general**, se presentan los objetivos específicos con sus respectivas hipótesis que guiaron el primer estudio de la presente investigación.

Desarrollo afectivo y social

Con respecto al *primer objetivo específico*; analizar las diferencias en el apego con la madre biológica en la infancia y en el momento actual entre el grupo de adolescentes institucionalizados y un grupo control de adolescentes que conviven con su familia biológica, podemos afirmar parcialmente la hipótesis $H_{1.1}$: *Dada la oportunidad única que un adecuado contexto familiar representa para el desarrollo de relaciones de vinculación seguras en comparación con los contextos institucionales, los menores con un contexto familiar adecuado habrán desarrollado relaciones de vinculación más seguras con la madre que los menores institucionalizados en Hogares tutelados los*, ya que aunque no se obtuvieron diferencias entre ambos grupos en la proporción de adolescentes con vínculo seguro sí que se puede confirmar que el grupo de menores no institucionalizados tienen una mayor percepción de seguridad hacia la madre en la actualidad que el grupo de adolescentes institucionalizados. Investigaciones como las de Nachmias et al. (1996) han puesto en evidencia como entre la población desfavorable, de alto riesgo o que ha sufrido

maltrato, existe una inestabilidad del apego seguro que procede de un apego de tipo desorganizado o atípico. Un apego inseguro o desorganizado, por tanto, es característico de población desfavorable o que ha sufrido maltrato. Las revisiones realizadas por Crittenden y Ainsworth (1989) y por Spieker y Booth (1988) de los estudios empíricos sobre los tipos de apego desarrollados por los niños maltratados han confirmado, sin lugar a dudas, la relación existente entre la *insensibilidad de los cuidadores* y el desarrollo de un apego inseguro. De este modo frente al 30% de apegos inseguros presente en poblaciones normales, los estudios realizados con niños maltratados sitúan la tasa de apegos inseguros entre el 70 y el 100% (Cicchetti, 1987; Crittenden, 1985). Nuestros resultados coinciden con los hallados en otras investigaciones realizadas donde se demuestra que los padres con cierto nivel socio-cultural, tienden a cuidar la independencia y la autonomía de los hijos dándoles protagonismo y usando el diálogo y la expresión emocional abierta y clara. Todo esto favorece el desarrollo de un apego seguro y de una mayor competencia social en el niño (Palacios, Moreno y Hidalgo, 1998). Queda demostrado que un inadecuado contexto familiar influye en el desarrollo posterior de los menores, como en los trabajos que demuestran la asociación entre malos tratos y prácticas de crianza inadecuadas (Cerezo y D'Ocon, 1995; GershaterMolko, Lutzker y Sherman, 2002; Kapitanoff, Lutzker y Bigelow, 2000; Trickett y Susman, 1988). Diferentes investigaciones han hallado una relación entre los malos tratos y la incapacidad de los padres para expresar y reconocer emociones de sus hijos y por tener expectativas inadecuadas en cuanto a las capacidades de sus hijos, al esperar conductas maduras absolutamente inapropiadas para su edad (Belsky, 1993; Black, Heyman y Smith, 2001; Britner y Reppucci, 1977; Oliva, Moreno, Palacios y Saldaña, 1995; Pelcovitz y Cols. 2000).

El tipo de vínculo percibido con la madre durante la infancia los resultados muestran que los menores institucionalizados tienen una menor percepción de afecto hacia la madre que los menores no institucionalizados. Para profundizar en la calidad del apego con la madre durante la infancia en los dos grupos de menores se procedió a la dicotomización de las variables afecto y control considerando como puntos de corte las puntuaciones promedio informadas por Oliva y Sanchez-Queija (2003) en su muestra de 513 adolescentes entre 13 y 19 años. Teniendo en cuenta esta nueva operacionalización de las variables afecto y control se procedió a emitir un diagnóstico de calidad del apego hacia la madre en la infancia. El 13.1% de los menores fueron diagnosticados con carencia de vínculo, el 32.8% con control frío, el 20.5 % ($n = 25$) con un vínculo seguro y el 33.6 % con vínculo constreñido. Por lo tanto se ha observado que la mayoría de la muestra

analizada había establecido un vínculo afectivo con la madre de tipo constreñido, seguido muy de cerca por los que habían establecido un vínculo afectivo frío, en tercer lugar el vínculo seguro y por último los que habían mostrado una carencia de vínculo. Se obtuvo una proporción significativamente superior de adolescentes institucionalizados con vínculo frío (bajo afecto y alto control) y de adolescentes no institucionalizados con vínculo constreñido (alto afecto y alto control), confirmándose así la *hipótesis H_{1.2}: existen diferencias significativas entre el afecto y el control materno percibido en los adolescentes institucionalizados y el grupo de control*. No se encontraron investigaciones sobre población de menores institucionalizados que hayan llevado a cabo este tipo de análisis. La literatura parece mostrar que la pauta educativa más perjudicial para los menores es, precisamente, la inconsistencia a la hora de marcar normas y de proporcionar afecto. Actúa principalmente de dos formas: dificulta el establecimiento de un apego seguro y facilita la aparición de problemas de conducta en los menores.

Queremos destacar la importancia que en el desarrollo posterior de los jóvenes tiene su percepción sobre la relación con su madre durante la infancia. Los chicos y chicas que perciben más afecto en sus padres, y se comunican mejor con ellos, muestran un mejor desarrollo psicosocial, un mayor bienestar emocional y un mejor ajuste conductual (Collins y Laursen, 2004; Galambos, Barker y Almeida, 2003; Gray y Steinberg, 1999; Parra, Oliva y Sánchez-Queija, 2004). Más controversia existe con respecto a la importancia del control para el desarrollo y ajuste adolescente. A pesar de los datos que apoyan la importancia del control parental para la prevención de los problemas de conducta (Barber, 1996; Fletcher, Steinberg y Williams-Wheeler, 2004; Jacobson y Crockett, 2000).

Con respecto al *segundo objetivo específico*: analizar las diferencias en resiliencia entre adolescentes institucionalizados en Hogares Tutelados de Albacete y Cuenca y un grupo control de adolescentes que conviven con su familia, no se obtuvieron diferencias en resiliencia entre los menores institucionalizados y los no institucionalizados por lo que no podemos confirmar la *hipótesis H_{2.1}: Los menores con un contexto familiar adecuado habrán desarrollado mayor capacidad resiliente que los menores institucionalizados en Hogares tutelados*. No se encontraron investigaciones sobre población de menores institucionalizados que hayan llevado a cabo este tipo de análisis. Recientemente se han empezado a estudiar los procesos de resiliencia en adolescentes con medidas residenciales (Daining y DePanfilis, 2007; Drapeau et al., 2007). A ello se suma la falta de identificación exhaustiva de las diferentes formas de maltrato que pueden haber sufrido las víctimas (Haskett, Smith, y Sabourin, 2004) lo que puede afectar de manera diferente a

cada menor. Cicchetti, Rogosch, Lynch y Holt (1993) sostienen que no todos los niños son afectados del mismo modo por las experiencias de maltrato infantil, pues éstas dependen de la edad y período de desarrollo que viva el/la niño/a, así como a los contextos y formas de maltrato que reciba. En esta línea, Luthar et al. (2003) plantean que pueden existir variaciones en el funcionamiento de los individuos expuestos al alto riesgo, quienes pueden manifestar competencia en algunas áreas y exhibir algunas dificultades en otras. En la revisión de la literatura se ha observado que es muy difícil poder construir una sola definición de resiliencia en el maltrato infantil, ya que ésta depende de muchos y diversos factores como: cuáles eran las competencias del niño previas al maltrato, cómo fue el tipo de maltrato, qué grado de severidad y cronicidad y qué otros factores estaban asociados, los cuales no siempre son conocidos. Cicchetti y Rogosch (1997) observaron un impacto diferencial del tipo maltrato (físico, emocional y sexual) en el funcionamiento de los niños, observando que estas tipologías causaban mayor deterioro que el maltrato por negligencia u abandono. Estos autores suponen que las acciones más activas de maltrato podrían ejercer mayor deterioro que las omisiones de atención o la falta de necesidades básicas, a pesar de no encontrar relaciones directas con los subtipos de maltrato. Esto indicaría que la naturaleza de la adversidad es muy variable.

En referencia *al tercer objetivo específico*; analizar las diferencias en inadaptación personal y social y calidad de vida en relación a la salud, entre adolescentes institucionalizados en Hogares Tutelados de Albacete y Cuenca y un grupo control de adolescentes que conviven con su familia, se ha observado que el grupo de adolescentes institucionalizados muestran mayores dificultades en su adaptación personal y social y por tanto son más inadaptados en comparación con el grupo de control, concretamente el grupo de menores institucionalizados mostraron mayores dificultades en la adaptación familiar (definida como el grado de armonía y satisfacción), emocional (relacionada fundamentalmente con el grado de estabilidad emocional del sujeto) y salud (hace referencia a la percepción de la propia salud en los últimos años) en comparación con el grupo de adolescentes no institucionalizados que residían con sus familias biológicas en el momento del estudio. *Se confirma así la hipótesis H_{3.1}: los menores institucionalizados estarán peor adaptados que los menores no institucionalizados.* Nuestros resultados coinciden con los hallados en otras investigaciones donde queda comprobado que el clima social familiar influye directamente sobre la adaptación personal y social de los adolescentes y que los adolescentes que perciben cohesión en su ambiente familiar tienen mayores niveles de adaptación en general (Harold y Conger, 1997; Rosenberg, 1965; Shek,

1997; Shonk y Cicchetti, 2001; Gentile, 2005; Pichardo et al., 2002). Los adolescentes que pertenecen a familias con alta cohesión tienen niveles elevados de estabilidad personal o adaptación emocional y salud percibida tanto física como psíquica, son chicos que tienen un nivel más elevado de adaptación total que sus compañeros que viven dentro de hogares poco cohesivos (Ostrander, Weinfurt y Nay, 1998). Los menores institucionalizados proceden de familias con altos niveles de conflicto, lo que puede afectar a su adaptación personal y social, estos resultados coinciden con los hallados en investigaciones realizadas sobre el tema donde se concluye que las familias con altos niveles de conflicto tanto entre los padres como entre los padres e hijos, pueden dar lugar a problemas de inadaptación en los adolescentes que se pueden manifestar a través de depresión, baja autoestima, insatisfacción con la vida, ansiedad (Holland, 1992; Watkins, 1976; Shek, 1997; Rosenberg, 1965).

Podemos afirmar parcialmente la *hipótesis H_{3.3}: existirán diferencias significativas por género respecto a la adaptación*, ya que no se han encontrado diferencias por género con respecto a la adaptación total pero si se han encontrado diferencias por género en dos dimensiones de la adaptación personal y social: las chicas son más inadaptadas a nivel emocional y social frente a los chicos independientemente de su situación de institucionalización o no. En el análisis comparativo entre los menores institucionalizados y los no institucionalizados se ha hallado diferencias entre chicos y chicas en adaptación emocional y social siendo las chicas en su conjunto las que mayores puntuaciones han obtenido y por tanto las más inadaptadas en estas dos dimensiones. No se ha encontrado un efecto significativo de la interacción entre las variables sexo y grupo, por lo que la experiencia traumática en el caso de las chicas no supone un plus añadido a los niveles de mayor inadaptación emocional y social. Según nuestros resultados, es la variable sexo la que modula estas diferencias. Por tanto, son las chicas con independencia del grupo de pertenencia las que menores niveles de adaptación emocional y social muestran. Estos resultados coinciden con los encontrados por otros autores (Bolger et al., 2001; Bronsard et al., 2011) donde afirman que las niñas tienen más problemas de tipo internalizantes como ansiedad, depresión, aislamiento y retraimiento social, frente a los niños los cuales tiene mayores problemas de tipo externalizantes como hiperactividad, agresividad y delincuencia. Ammaniti et al. (2007) en sus estudios con menores maltratados, señala un mayor riesgo en los varones en desarrollar conductas externalizantes y al contrario los trastornos internalizantes, como por ejemplo la depresión, se desarrollan más frecuentemente en las féminas

No hemos encontrado diferencias significativas entre el grupo institucionalizado y el grupo de adolescentes no institucionalizado en calidad de vida relacionada con la salud entendida en su totalidad. Pero al analizar las diferentes dimensiones que engloban dicho concepto de calidad de vida relacionada con la salud hemos encontrado diferencias significativas entre ambos grupos, concretamente el grupo de menores institucionalizados han obtenido mejores puntuaciones en autoestima que los menores no institucionalizados y los menores no institucionalizados han obtenido mejores puntuaciones en la dimensión familia que los menores institucionalizados. Con estos resultados queda confirmada parcialmente la hipótesis $H_{3,2}$: *los menores institucionalizados tendrán peor percepción de su calidad de vida que los menores no institucionalizados*. Como hemos comentado anteriormente los adolescentes que perciben cohesión en su ambiente familiar tienen mayores niveles de adaptación en general (Pichardo et al., 2002). Con respecto al género en relación a la calidad de vida relacionada con la salud no hemos observado diferencias a nivel general entre chicos y chicas, pero si en dos de sus dimensiones. Se han obtenido diferencias significativas con respecto al sexo, siendo los chicos los que mayores puntuaciones han obtenido en las dimensiones bienestar físico, psicológico, autoestima y amistad. Al igual que se obtuvo en la variable adaptación, la no existencia de diferencias significativas en la interacción sexo grupo en estas variables no nos permiten concluir que la situación de institucionalización agrave estas diferencias. Podemos afirmar parcialmente la hipótesis $H_{3,4}$: *existirán diferencias significativas por género respecto a la calidad de vida relacionada con la salud entre los menores institucionalizados y no institucionalizados*. No se encontraron investigaciones sobre población de menores institucionalizados que hayan llevado a cabo este tipo de análisis, pero si con menores no institucionalizados. Los resultados encontrados en el presente estudio muestran diferencias significativas y favorables a los chicos en tres de los componentes de CVRS. Esos hallazgos coinciden con evidencias observadas en estudios anteriores (Bisegger et al., 2005) con todo, hasta el momento, las diferencias en cuanto a la CVRS entre adolescentes de ambos sexos han sido poco estudiadas. Sin embargo, se especula que en la adolescencia las chicas puedan estar en una posición menos favorable en comparación con los chicos cuando se relacionan indicadores seleccionados de salud subjetiva y calidad de vida. Patton et al., (2007) afirman que el organismo femenino sufre un desequilibrio hormonal que puede llegar a reducir las oportunidades que las chicas tienen de afrontar positivamente los acontecimientos estresantes que ocurren en este periodo de la vida, lo

que puede provocar una menor percepción de bienestar tanto físico como psicológico así como acarrear consecuencias en ellas de tipo psicológico.

Estado de ánimo, memoria de trabajo y memoria autobiográfica.

Para el análisis comparativo entre los menores institucionalizados y los no institucionalizados y con carácter exploratorio se ha comprobado la existencia de diferencias entre chicos y chicas en las puntuaciones promedio de las variables de estudio y se obtuvieron diferencias entre chicos y chicas. Con respecto a la memoria de trabajo son los chicos los que mayores puntuaciones han obtenido en todas las subescalas, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en Aritmética. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas en memoria autobiográfica con ninguna de las dos pruebas utilizadas (SCEPT y ATM).

Con respecto al *cuarto objetivo específico*: analizar las diferencias en depresión entre adolescentes institucionalizados y un grupo control, se confirma la *hipótesis H_{4.1} Los menores institucionalizados estarán más depresivos que los menores no institucionalizados*, En nuestra investigación se ha podido observar que el grupo de adolescentes institucionalizados independientemente del tipo de maltrato sufrido, han obtenido mayor puntuación en estado de ánimo depresivo frente al grupo de control. No se ha encontrado diferencias significativas en cuanto a autoestima negativa. Nuestros resultados coinciden con estudios previos sobre descripciones clínicas de los niños víctimas de maltrato que sugieren que la depresión puede ser una consecuencia de la experiencia abusiva, como por ejemplo los estudios de Kazdin et al. (1985) donde se comprobó la relación de los malos tratos con los trastornos de la afectividad. Cerezo y Frias (1994) analizaron las diferencias existentes entre niños víctimas de maltrato y un grupo de control formado por niños no maltratados en síntomas depresivos, concretamente fueron 19 niños de edades comprendidas entre los 8 y 13 años con un historial de maltratos físicos y emocionales y un grupo de control compuesto por 26 niños no maltratados. Encontraron que los niños maltratados eran más depresivos que los no maltratados. También los resultados de Sternberg et al. (1993) en su estudio llevada a cabo con tres grupos experimentales (víctimas, testigos y víctimas/testigos) y un grupo de control, obtuvieron puntuaciones superiores en depresión en los tres grupos experimentales en comparación con el grupo de control.

En cuanto al *quinto objetivo específico*; analizar las diferencias en la capacidad de acceder a recuerdos autobiográficos y en la memoria de trabajo entre adolescentes institucionalizados y adolescentes no institucionalizados, queda confirmada la *hipótesis H_{5.1}*; *existirán diferencias en la capacidad de acceso a recuerdos de tipo autobiográfico entre el grupo de adolescentes institucionalizados y el no institucionalizado*, ya que son los menores no institucionalizados los que han demostrado una mayor capacidad de acceso a recuerdos específicos de tipo autobiográfico.

Se confirma la *hipótesis H_{5.2}*; *existirán diferencias en la memoria de trabajo y en estado de ánimo depresivo entre ambos grupos de menores, se han encontrado diferencias entre el grupo de menores institucionalizados y no institucionalizados*, ya que los menores no institucionalizados han obtenido mejor capacidades en memoria de trabajo, concretamente en las dimensiones de dígitos hacia delante, total y aritmética. Con respecto al estado de ánimo medido en su totalidad no se han encontrado diferencias significativas entre el grupo de menores institucionalizado y el grupo no institucionalizado, pero si se han hallado diferencias en sus dimensiones, siendo el grupo de menores institucionalizados los que mayores puntuaciones han obtenido en depresión.

Se confirma la *hipótesis H_{5.3}*; *las diferencias entre los dos grupos de menores en su capacidad para acceder a recuerdos autobiográficos de tipo específico serán debidas a sus puntuaciones en memoria de trabajo y a su estado de ánimo depresivo*, ya que las diferencias encontradas entre los niños institucionalizados y los controles, en cuanto al acceso a los recuerdos específicos, se pueden explicar, en parte, por las diferencias en depresión y memoria de trabajo. En definitiva, que el hecho de que en el grupo de niños institucionalizados se concentren más casos con puntuaciones altas de depresión y bajas en memoria de trabajos, conlleva también una menor capacidad de acceso a los recuerdos específicos. Aunque no se encontraron investigaciones sobre población de menores institucionalizados que hayan llevado a cabo este tipo de análisis, estos resultados concuerdan con los diversos trabajos que han mostrado una menor capacidad de acceso a recuerdos específicos en personas con depresión y con una menor capacidad de memoria de trabajo. Como los trabajos de Brown y Harris (1978), donde se demostró que era más probable que los sujetos depresivos hubiesen sufrido algún tipo de evento amenazante o los estudios de Brewin, Andrews y Gotlib (1993), donde se afirmaba que es más probable que los depresivos hubiesen tenido infancias caracterizadas por experiencias adversas.

En cuanto a la capacidad de acceder y recuperar recuerdos autobiográficos en el nivel de recuerdos específicos es necesario una gran capacidad de memoria de trabajo, por lo tanto

una baja capacidad de memoria de trabajo puede influir en la capacidad de recordar. Holland (1992), sugiere que los déficits cognitivos existentes en la depresión mediatizan la relación entre la generalidad de los recuerdos y la depresión.

En relación al *sexto objetivo específico*; evaluar un modelo de relaciones causales entre variables de apego hacia la madre, inadaptación social, depresión, memoria de trabajo y capacidad para acceder a recuerdos específicos de tipo autobiográfico, podemos afirmar la hipótesis $H_{6.1}$: *los adolescentes de la muestra que peores puntuaciones hayan obtenido en calidad de apego hacia la madre en la infancia y en seguridad materna percibida hacia la madre en la actualidad, serán menores más inadaptados a nivel personal y social, serán más depresivos, obtendrán peor puntuación en memoria autobiográfica y por tanto tendrán menor capacidad de acceso a recuerdos específicos de tipo autobiográfico.* Analizando nuestro modelo de relaciones causales se ha observado que independientemente de la situación de los menores (institucionalizados o no institucionalizados) los que menor afecto han percibido de sus madres durante su infancia perciben como más insegura su relación actual con ella, y esto tiene un efecto directo sobre la adaptación, ya que son menores más inadaptados a nivel personal y social y se ha comprobado que todo ello influye sobre el estado de ánimo depresivo, ya que también son más depresivo. Todo ello influye directamente sobre la memoria de trabajo y la capacidad de acceder a recuerdos específicos ya que los menores que son más inadaptados y son más depresivos obtuvieron menores puntuaciones en memoria de trabajo y mostraron menor capacidad para acceder a recuerdos específicos. En lo único que no se ha podido observar una relación directa significativa aunque si marginal ha sido en las puntuaciones obtenidas en memoria de trabajo y la capacidad de acceder a recuerdos específicos. Por tanto se ha observado una relación directa entre el apego y la dificultad de acceder a recuerdos específicos como ya observo en sus estudios Main (1995) en sus estudios sobre el apego donde sugirió que la falta de recuerdo se asocia más con los patrones relacionales de rechazo, abandono y desconexión emocional observados en algunos apegos evitativos, que con alguna forma de bloqueo inducido por el trauma vivido, además son diversos los estudios relativos al apego que han revelado que el diseño u organización de las relaciones de apego durante la infancia se asocia con los procesos característicos de la regulación emocional, las relaciones sociales, el acceso a la memoria autobiográfica y el desarrollo de la auto-reflexión y la narración (Fox et al., 1994; Main, 1995; Main et al., 1985; Oppenheim y Waters, 1995). Otros estudios sobre las consecuencias de los trastornos del vínculo afectivo (Carlson, 1998; Ogawa et al., 1997) observaron que los niños con apego

desorganizado/desorientado son quienes más dificultades presentan en etapas posteriores de la vida con deterioros emocionales, sociales y cognitivos, además presentan mayor probabilidad de padecer dificultades clínicas en el futuro, incluidos los problemas de regulación del afecto, las dificultades sociales, los problemas atencionales y la sintomatología disociativa.

7.2 Estudio 2. Características de los menores institucionalizados

En este estudio 2 de la tesis doctoral se describió el perfil de los menores institucionalizados teniendo en cuenta la experiencia traumática vivida durante su infancia, el tiempo de convivencia con la familia biológica, variables afectivo sociales, memoria de trabajo y recuerdos autobiográficos de tipo específico. Por un lado, se exploró, en este grupo de menores, la relación entre variables de apego y capacidad resiliente y la relación entre el tipo de experiencia traumática y la capacidad resiliente. Por otro lado, se analizó las diferencias entre distintos grupos de menores agrupados en función de la experiencia que provocó la medida de protección (maltrato por comisión, maltrato por omisión y problemas conductuales propios del adolescente) en las variables: inadaptación social, calidad de vida relacionada con la salud, depresión, memoria de trabajo y capacidad de acceso a recuerdos autobiográficos de tipo específico.

El **segundo objetivo general** que guió esta parte del estudio fue: analizar el desarrollo afectivo, social, memoria autobiográfica y de trabajo en adolescentes institucionalizados atendiendo a la experiencia traumática vividas. Para dar respuesta al *segundo objetivo general*, se presentan los objetivos específicos con sus respectivas hipótesis que guiaron el segundo estudio de la presente investigación.

Estudio de la relación entre variables

Con respecto al *séptimo objetivo específico*; analizar la relación entre las variables de apego, la resiliencia y la experiencia traumática vivida durante la adolescencia que provocó la medida de protección. Según los resultados obtenidos se puede afirmar parcialmente la hipótesis *H_{7.1}*: *Existirá relación entre las variables de apego y resiliencia en menores institucionalizados*, ya que al analizar la relación entre las variables de apego se ha observado que a mayor afecto y menor control materno durante la infancia mayor seguridad materna percibida pero que estas tres variables no correlacionaban con la resiliencia. Pero para seguir profundizando en esta correlación tuvimos en cuenta otras variables recogidas en el cuestionario de datos demográficos e historia de vida que se pasó

individualmente a cada uno de los participantes en esta investigación, como el tiempo vivido con la familia biológica, y se obtuvieron resultados muy interesantes ya que según estos datos, a mayor tiempo de convivencia con la familia biológica mayor percepción de control materno. Por otro lado, un resultado a destacar fue la correlación significativa y positiva entre el tiempo de convivencia con la familia biológica y la capacidad resiliente ($r = .253, p < .05$). Nuestros datos indican que a mayor tiempo de convivencia con la familia biológica mayor capacidad resiliente de los menores institucionalizados. Podemos afirmar la hipótesis $H_{7.2}$: *Existirá relación entre la calidad de apego con la madre durante la infancia y la percepción actual de seguridad o inseguridad materna percibida* y además es importante destacar que en nuestros resultados se ha observado que los adolescentes institucionalizados que presentan un apego seguro con sus madres en la actualidad, un porcentaje significativo informaron de un vínculo óptimo en la infancia. Se observa, por tanto, una continuidad de vinculación óptima con la madre en el 9.8% del total ($n = 6$) de los adolescentes institucionalizados. Considerando al conjunto de adolescentes evaluados, observamos que se ha producido un cambio negativo en la calidad del apego hacia la madre como consecuencia de la medida de protección en el 9.8% ($n = 6$) del total de participantes y un cambio positivo (de vínculo no óptimo en la infancia a vínculo seguro en la actualidad) en el 14.7% ($n = 9$) de los casos. Para poder dar respuesta a la siguiente hipótesis $H_{(7.3)}$: *existirá relación entre el tipo de maltrato que provocó la medida de protección, el apego con la madre y la capacidad resiliente*, se tuvo en cuenta las seis tipologías de maltrato recogidas en esta investigación (maltrato, abandono, abuso sexual, adicciones de los padres, problemas conductuales propias y menores extranjeros no acompañados). Podemos afirmar parcialmente la hipótesis $H_{7.3}$, ya que no se ha obtenido relación entre el tipo de maltrato que provocó la medida de protección y el tipo de apego percibido hacia la madre en la actualidad (seguro o inseguro) pero sí se ha observado una relación entre el tipo de maltrato que provocó la medida de protección y la calidad del apego percibido hacia la madre durante la infancia (vínculo seguro u óptimo, carencia de vínculo, vínculo constreñido y control frío): del total de participantes con vínculo óptimo ($n = 12$), el 41.7% había sufrido abandono o negligencia ($n = 5$), el 8.3% maltrato ($n = 1$) y el 16.7% abusos sexuales. En el restante 33.3% ($n = 4$) de los adolescentes que informaron de un vínculo óptimo en la infancia, se aplicó la medida de protección por problemas de adicciones en los padres. Teniendo en cuenta las categorías de maltrato se comenta a continuación el tipo de vínculo en la infancia predominante. El 66.7% de los adolescentes maltratados ($n = 6$) y el 44.4% ($n = 8$) de los adolescentes en situación de abandono

informaron mayoritariamente de un vínculo inseguro del tipo control frío. Sin embargo, el tipo de vínculo materno en la infancia predominante en los casos de abuso sexual fue el apego inseguro del tipo constreñido 50%, ($n = 8$). En el caso de adicciones de los padres el 50% de los adolescentes de este grupo ($n = 4$) informaron de un vínculo óptimo y el 80% de los adolescentes con problemas de conducta ($n = 8$) de un vínculo de control frío. No se han encontrado diferencias entre el tipo de maltrato que provocó la medida de protección y la capacidad resiliente.

Recordemos que Bowlby (1986) planteó que los cuidados sustitutos son una manera de intentar disminuir los daños causados en los niños institucionalizados por la privación de amor de sus padres, los niños que tienen dificultades para formar relaciones cercanas y mentales eran debidos a la carencia que habían tenido, de un fuerte apego con sus madres en los primeros momentos de la infancia. Salinas (2013), plantea que los niños pueden establecer vínculos de apego con diferentes cuidadores, e incluso establecer un vínculo de apego seguro que le permita organizar su ambiente. Después de observar a niños institucionalizados, Howes y Segal (1993), hallaron que un 47% de los niños llegaron a establecer relaciones de apego seguras con sus cuidadores alternativos si éstos permanecían estables. Ijzendoorn, Sagi y Lambermon (1992) establecen la relación entre las relaciones múltiples de apego y su funcionamiento adaptativo futuro y su transmisión. En la actualidad y aunque se habla mucho de resiliencia, son pocas las revisiones que se han hecho en nuestro país sobre el significado real de este término y, lo que es más importante, cuales sus componentes y que podemos hacer como profesionales para ayudar a un niño a superar las consecuencias que puede tener crecer después de haber vivido una experiencia traumática. No debemos olvidar que una misma circunstancia puede actuar como factor de riesgo o factor de protección dependiendo del individuo y de su trayectoria. (Echeburúa, 2004). Con nuestra investigación se ha observado como la variable tiempo vivido con la familia biológica influye en la capacidad resiliente del menores, tal vez por el apoyo que puede llegar a ejercer la familia sobre el menor víctima de malos tratos y esto coincide con los resultados de Spaccarelli y Kim (1995) los cuales observaron que aquellas víctimas de abuso sexual infantil resilientes son las que presentan un mayor nivel de apoyo parental, así como un menor nivel de variables de riesgo relacionadas con el abuso (más de un agresor, coerción durante abuso) y con los hechos posteriores al abuso (conflictos parentales, múltiples entrevistas con profesionales diferentes, entre otros). La percepción de apoyo por parte de las figuras parentales aparece como una variable importante a tener en cuenta, considerándose indispensable para un correcto ajuste tanto a

corto como a largo plazo en la vida adulta del niño víctima (Edwards y Alexander, 1992). Resiliente no se nace, se hace, y sin duda alguna, es un factor multicausal por lo que no podemos centrarnos solo en el tipo de maltrato o cuando sucedió, sino que hay otros muchos factores protectores que ayudan al menor a ser cada vez más resiliente como son; el temperamento del menor, la positividad, la ayuda recibida durante todo el proceso traumático, la estigmatización y las connotaciones negativas asociadas a determinados sucesos traumáticos y el apoyo social.

Estudio comparativo entre adolescentes institucionalizados en función de la situación o maltrato que provocó la medida de protección del menor durante la infancia

Con el objetivo de analizar las diferencias entre menores tutelados en función de la situación o tipo de maltrato que provocó la medida de protección del menor, se procedió a la reagrupación de los participantes en base a la naturaleza del trauma vivido; MA: Maltrato físico y/o psíquico y Abuso sexual (maltrato por comisión), NAAP: Negligencia, abandono y adicciones de los padres (maltrato por omisión), PCP: Problemas conductuales propios de los adolescentes (adicciones, pre-delinuencia, absentismo escolar extremo). En estos análisis se eliminaron el grupo de menores extranjeros no acompañados dada su baja frecuencia (n = 3).

Con respecto al *octavo objetivo específico*; análisis de las diferencias en inadaptación personal y social y la calidad de vida en relación a la salud. No podemos afirmar la *hipótesis H_{8.1}*: *existirán diferencias en inadaptación personal y social entre los menores institucionalizados teniendo en cuenta la naturaleza de las experiencias traumáticas vividas durante la infancia*, ya que no se han encontrado diferencias significativas entre los diferentes grupos de maltrato (por comisión, por omisión, por conductas propias del adolescentes) y la inadaptación personal y social. Con respecto a la segunda *hipótesis H_{8.2}*: *existirán diferencias en calidad de vida relacionada con la salud entre los menores institucionalizados teniendo en cuenta la naturaleza de las experiencias traumáticas vividas durante la infancia*, podemos solo afirmarla parcialmente ya que solo se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en tres de sus dimensiones ; autoestima, amigos y calidad de vida total. La comparación es significativa entre el grupo de maltrato por comisión y el grupo de maltrato por omisión. Estos resultados han demostrado que no existe relación entre la naturaleza del maltrato vivido y la inadaptación personal y social y la calidad de vida relacionada con la salud, hay que recordar que el maltrato es un fenómeno multicausal y no podemos centrarnos solo en su naturaleza sino también en otros

factores, como hemos comentado en los párrafos preferentes: apoyo de la familia biológica, clima social y familiar, apoyo social, etc. Nuestros resultados no coinciden con los resultados obtenidos por Egeland y sus colaboradores (Egeland y Erikson, 1987; Erikson, Egeland y Pianta, 1989) los cuales realizaron un estudio longitudinal sobre las consecuencias de los distintos tipos de maltratos, el Minnesota Mother-Child Interaction Project que se inició en 1975 con una muestra integrada por 267 hijos de madres primerizas, identificadas como de alto riesgo de problemas de crianza por su pobreza, juventud, falta de apoyo, bajo nivel educativo y circunstancias vitales inestables en general. Evaluaron la calidad de los cuidados que recibieron los niños a los 2 años de edad y luego a los 4-6. Encontraron que los niños maltratados físicamente se caracterizaban por una conducta agresiva y comportamiento antisocial, las víctimas de abandono físico fueron los que mostraron problemas más graves: se mostraban ansiosos, problemas de atención, agresivos, no cooperaban con los adultos, bajo rendimiento académico. Los niños víctimas de abusos sexuales se mostraron impulsivos, ansiosos y con una alta dependencia de los adultos. Con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud no se encontraron investigaciones sobre población de menores institucionalizados que hayan llevado a cabo este tipo de análisis.

En relación al *noveno y último objetivo específico* de esta investigación: analizar las diferencias en depresión, memoria de trabajo y la capacidad de acceder a recuerdos específicos entre adolescentes que viven en Hogares Tutelados de Albacete y Cuenca diferenciando la naturaleza de la experiencia traumática vivida. Solo podemos confirmar parcialmente la *hipótesis H_{9.1}*; *los menores que han sufrido maltrato por comisión o maltrato por omisión obtendrán peor puntuación en memoria de trabajo, estarán más deprimidos y tendrán peor capacidad de acceder a recuerdos específicos que los menores que están acogidos por problemas conductuales propios (absentismo, vandalismo, delincuencia)*, ya que se han encontrado diferencias significativas en la comparación de los grupos por naturaleza del maltrato y la depresión, resultando significativa la comparación entre los grupos de menores que han sufrido maltrato por comisión y menores con problemas conductuales propios y entre los menores que han sufrido maltrato por omisión y problemas conductuales propios. No se ha encontrado ninguna relación entre la naturaleza de la experiencia traumática vivida durante la infancia y la memoria de trabajo y la capacidad de acceder a recuerdos específicos. En el estudio 1 se pudo observar cómo había una relación entre el estado depresivo, la memoria de trabajo y la capacidad de

acceder a recuerdos específicos, pues bien el tipo de maltrato sufrido no relaciona con estas tres variables.

Hay dos tipos de víctimas, aquellas que lo sufrieron una sola vez y las que fueron victimizadas crónicamente. En el primer caso el hecho los toma de sorpresa, y los niños tienen una visión más clara del evento. En el segundo caso el niño difícilmente recuerde el trauma con claridad porque al haber sido una situación anticipada y temida se movilizan en él los mecanismos defensivos de la disociación (Siegel, 1995). Siguiendo esta afirmación de Siegel hemos encontrado que los menores de nuestra muestra que han sufrido negligencia ya sea física o psíquica y/o abandono sea físico o psíquico han obtenido puntuaciones más bajas en la capacidad para acceder a recuerdos específicos frente a los que han sufrido maltrato y abuso sexual cuya puntuación ha sido más alta. Estas diferencias no han alcanzado significación

Crane et al. (2014) en un estudio longitudinal, llevado a cabo en el Reino Unido, sobre la relación entre eventos traumáticos vividos en la infancia y la capacidad de acceder a recuerdos específicos en la adolescencia encontraron una modesta asociación entre la exposición a eventos traumáticos y la memoria autobiográfica, aunque observaron que en la mayoría de adolescentes que habían sufrido eventos traumáticos graves aumentaba la probabilidad de no recordar eventos específicos.

CAPÍTULO 8.

CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo ha sido analizar cómo las experiencias traumáticas vividas durante la infancia tienen consecuencias en el desarrollo afectivo social y en la memoria autobiográfica y de trabajo en adolescentes institucionalizados en hogares tutelados en situación de protección en Castilla La Mancha, comparándolo con un grupo de control. Se ha tratado de observar si los adolescentes institucionalizados que sufrieron vivencias traumáticas durante la infancia, en comparación con un grupo de control e independientemente del tipo de maltrato sufrido, son más inseguros, tienen mayores dificultades para adaptarse a nivel personal y social, mayores problemas en su calidad de vida relacionada con la salud, menor capacidad resiliente, son más depresivos y/o si tienen mayor dificultad para acceder a recuerdos específicos. Por otro lado, hemos observado las diferencias en el desarrollo afectivo-social, memoria de trabajo y la memoria autobiográfica entre los menores institucionalizados teniendo en cuenta la naturaleza de la experiencia traumática vivida durante la infancia y que provocó la adopción de la medida de protección en acogimiento residencial. Este trabajo pretende profundizar en como las relaciones de apego en niños institucionalizados durante la infancia y en la actualidad con respecto a la madre, han tenido una importante influencia sobre su inadaptación personal y social, la depresión, la memoria de trabajo y la capacidad de acceder a recuerdos específicos de tipo autobiográfico

La muestra de este trabajo ha estado formada: por un lado, un grupo experimental formado por menores víctimas de experiencias traumáticas durante la infancia que provocaron su institucionalización en hogares tutelados en situación de protección en Castilla la Mancha, y por otro lado, un grupo de control formado por menores que vivían con sus familias biológicas cuando se llevó a cabo el estudio. Es importante tener en cuenta las características de la institucionalización, contexto muy específico en el que se ha llevado a cabo parte de nuestra investigación. Como se ha observado a lo largo de esta tesis doctoral, en España, es significativo el número de niños que hay en acogimiento residencial, la institucionalización de niños y niñas es una realidad en nuestro país, como respuesta a una demanda social, una demanda que en ocasiones es realizada por los propios padres los cuales, por diversos motivos, son incapaces de cubrir las necesidades básicas de sus hijos y en otras ocasiones es la propia sociedad a través de las escuelas, centro de salud o diversos contextos los que dan la voz de alarma. Para el niño, la institucionalización implica un proceso de reorganización y re-adaptación a su nuevo ambiente. Los efectos de la institucionalización son variados y hay que tener en cuenta múltiples factores, como los hechos traumáticos en la vida del niño antes de la institucionalización, la capacidad de

resiliencia del menor, la cantidad y calidad del cuidado de las educadores, la edad que tenía el menor cuando ingreso en el hogar tutelado, el tiempo que lleva institucionalizado, la posibilidad o no de regreso con la familia biológica, entre otras. Para dar respuesta al objetivo principal de esta tesis, se han realizado dos estudios; en el primero, se compara los menores institucionalizados con los no institucionalizados y en el segundo se ha analizado las diferencias entre los menores institucionalizados, atendiendo a la naturaleza de la experiencia traumática vivida. Las variables objeto de estudio han sido las mismas en ambos estudios: apego percibido hacia la madre durante la infancia, seguridad materna percibida en la actualidad, inadaptación personal y social, depresión, memoria de trabajo y memoria autobiográfica.

Con respecto a la variable apego (afecto y control percibido en la infancia hacia la madre y seguridad materna percibida hacia la madre en la actualidad), se ha observado que: los menores institucionalizados en Hogares Tutelados obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas en afecto percibido hacia la madre que los menores del grupo control. No se han obtenido diferencias estadísticamente significativas en la variable sobreprotección/control. Con respecto a la seguridad materna percibida en la actualidad el grupo de adolescentes no institucionalizados puntuó significativamente más alto en seguridad materna percibida en la actualidad que el grupo de menores institucionalizados. Cuando se ha realizado el segundo estudio comparando el grupo de menores institucionalizado teniendo en cuenta la naturaleza de la experiencia traumática vivida se obtuvieron resultados similares ya que se observó que a mayor afecto percibido durante la infancia menor control materno percibido y mayor seguridad materna percibida en la actualidad. En la revisión literaria que se ha hecho en esta investigación se ha observado que un inadecuado contexto familiar influye en el desarrollo posterior de los menores. Fonagy (2004) hablaba de la importancia de la relación del menor con la madre en el desarrollo de una vinculación afectiva positiva, la creación de esta vinculación afectiva positiva e intensa, influirá directamente en el desarrollo posterior del menor.

En relación a la variable resiliencia, cuando se ha comparado el grupo de menores institucionalizados con el grupo de menores no institucionalizados, no se obtuvieron diferencias significativas en resiliencia entre ambos grupos. Cuando se ha realizado el segundo estudio comparando el grupo de menores institucionalizado teniendo en cuenta la naturaleza de la experiencia traumática vivida se obtuvieron resultados similares, los análisis correlacionales realizados para analizar la relación entre resiliencia y las tres variables afectivas maternas (seguridad actual, afecto y control durante la infancia) no

alcanzaron significación estadística. Solo se han encontrado diferencias en la variable resiliencia cuando se ha tenido en cuenta el tiempo de convivencia con la familia biológica, nuestros datos indican que a mayor tiempo de convivencia con la familia biológica mayor capacidad resiliente de los menores institucionalizados. Como se ha observado en la revisión de la literatura, la resiliencia se entiende como un proceso que surge en el momento en que cada persona se enfrenta a una adversidad y en el que influyen muchos factores, entre ellos la familia.

Con respecto a la variable inadaptación personal y social cuando se ha comparado el grupo de menores institucionalizados con el grupo de menores no institucionalizados se observó que el grupo de menores institucionalizados en hogares tutelados en situación de protección obtuvo peores puntuaciones en adaptación personal y social y por tanto estaban más inadaptados. En algunas investigaciones se ha comprobado que el apoyo y ayuda de la familia los hijos, especialmente cuando pasan por una etapa tan especial como es la adolescencia, favorece que éstos afronten mejor los problemas de la vida cotidiana, facilitando de esta forma una adecuada adaptación personal ya que los factores estresantes no inciden de forma directa sobre ellos (Harold y Conger, 1997; Ostrander, Weinfurt y Nay, 1998). La familia se convierte, de este modo, en un evidente factor de protección. Según la investigación de Pichardo et al. (2002) el conflicto entre los miembros de la familia es, junto con la organización, la dimensión del clima social familiar que más incidencia tiene sobre la adaptación general y, por lo tanto, personal y social de los adolescentes. Según nuestros datos, los menores institucionalizados que normalmente proceden de un ambiente familiar conflictivo, tienen peor adaptación, especialmente, de tipo personal.

Cuando se hizo un análisis más profundo entre los dos grupos (institucionalizado y no institucionalizado) teniendo en cuenta las variables de adaptación (familiar, salud, social y emocional) y el sexo se observaron diferencias significativas interesantes, ya que, el grupo de menores institucionalizados puntuó significativamente más alto en dichas variables que el grupo control indicando con ello mayores dificultades en la adaptación familiar (definida como el grado de armonía y satisfacción), emocional (relacionada fundamentalmente con el grado de estabilidad emocional del sujeto) y salud (hace referencia a la percepción de la propia salud en los últimos años). Respecto a las diferencias por género, e independientemente de su situación de institucionalización o no, las chicas tienen más dificultades en su adaptación emocional y social que los chicos, están más inadaptadas en estas dos dimensiones. Como se ha observado en la revisión de la literatura,

en estudios con menores maltratados, se observa un mayor riesgo en los varones en desarrollar conductas externalizantes y al contrario los trastornos internalizantes, como por ejemplo la depresión, se desarrollan más frecuentemente en las féminas (Bronstad et al, 2011, Bolger et al, 2001, Ammaniti et al., 2007).

Con respecto a la variable de inadaptación personal y social en el segundo estudio, donde se ha comparado los menores institucionalizados entre sí teniendo en cuenta la naturaleza de la experiencia traumática vivida, no se encontraron diferencias significativas entre los diferentes grupos de maltrato (por comisión, por omisión, por conductas propias del adolescentes) y la inadaptación personal y social, por lo que se concluye que el haber sufrido un tipo de maltrato u otro no influye en la inadaptación personal y social. Es interesante tener en cuenta, en este punto, el concepto de comorbilidad del maltrato infantil, muchos niños y niñas experimentan más de un tipo de maltrato (Arrubarrena y de Paul, 1999; Cichetti y Rizley, 1981; Dong et al., 2004), por lo que se hace muy difícil poder relacionar un tipo de maltrato concreto con la inadaptación personal y social.

En referencia a la variable calidad de vida relacionada con la salud cuando se ha comparado el grupo de menores institucionalizados con el grupo de menores no institucionalizados no se han encontrado diferencias significativas entre el grupo institucionalizado y el grupo de adolescentes no institucionalizado en calidad de vida relacionada con la salud entendida en su totalidad. Pero al analizar las diferentes dimensiones que engloban dicho concepto de calidad de vida relacionada con la salud se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos, concretamente el grupo de menores institucionalizados han obtenido mejores puntuaciones en autoestima que los menores no institucionalizados y los menores no institucionalizados han obtenido mejores puntuaciones en la dimensión familia que los menores institucionalizados. No se encontraron investigaciones sobre población de menores institucionalizados que hayan llevado a cabo este tipo de análisis. El resultado que se ha obtenido en la variable familia era el esperado, es normal que los menores no institucionalizados hayan obtenido mejor puntuación en calidad de vida relacionada a la salud en el concepto familia, son menores que por norma general no proceden de contextos conflictivos y que tienen un buen clima socio-familiar. Tal vez ha sido un poco más inesperado el resultado de que los menores institucionalizados hayan obtenido mejor puntuación en autoestima, recordemos que la adolescencia es el periodo evolutivo donde las opiniones que percibimos de los que son significativos para nosotros se constituyen en la base sobre la que construimos nuestro autoconcepto y autoestima (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001). Durante la adolescencia,

además, suelen surgir conflictos familiares entre el adolescente y los progenitores , conflictos que seguramente serán resueltos de modo diferente a los surgidos entre el adolescente que se encuentra en un hogar tutelado y que se le presenta un conflicto similar con el educador, porque la carga emocional es diferente, no es lo mismo la relación que un menor pueda llegar a establecer con un educador que la pueda establecer con los padres, tal vez el menor institucionalizado se sienta más apoyado o entendido por sus educadores y esto le ayude a reforzar su autoconcepto y autoestima.

Con respecto al género en relación a la calidad de vida relacionada con la salud no se ha observado diferencias a nivel general entre chicos y chicas, pero si en dos de sus dimensiones. Se han obtenido diferencias significativas con respecto al sexo, siendo los chicos los que mayores puntuaciones han obtenido en las dimensiones bienestar físico, psicológico, autoestima y amistad. No se han encontrado investigaciones sobre población de menores institucionalizados que hayan llevado a cabo este tipo de análisis, pero si con menores no institucionalizados. Los resultados encontrados en el presente estudio muestran diferencias significativas y favorables a los chicos en tres de los componentes de CVRS. En la revisión de la literatura se ha observado que las diferencias en cuanto a la CVRS entre adolescentes de ambos sexos han sido poco estudiadas, aunque es cierto que se especula que en la adolescencia las chicas puedan estar en una posición menos favorable en comparación con los chicos cuando se relacionan indicadores seleccionados de salud subjetiva y calidad de vida. El organismo femenino sufre un desajuste hormonal que puede provocar una reducción de las oportunidades que las chicas tienen de afrontar positivamente las situaciones estresantes que ocurren en este periodo de la vida, lo que puede provocar una menor percepción de bienestar tanto físico como psicológico así como acarrear consecuencias en ellas de tipo psicológico (Bisegger et al., 2005; Patton et al., 2007).

Cuando se ha analizado la variable calidad de vida relacionada con la salud entre los menores institucionalizados teniendo en cuenta la naturaleza del maltrato vivido solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en tres de sus dimensiones; autoestima, amigos y calidad de vida total. La comparación es significativa entre el grupo de maltrato por comisión y el grupo de maltrato por omisión. Con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud no se encontraron investigaciones sobre población de menores institucionalizados que hayan llevado a cabo este tipo de análisis.

Con respecto a la variable depresión cuando se ha comparado el grupo de menores institucionalizados con el grupo de menores no institucionalizados, se ha comprobado que

los menores que han sufrido maltrato son más depresivos que los menores que no han sufrido maltrato, resultado que coinciden con otras investigaciones (Cerezo y Frias, 1994; Kazdin et al., 1985; Sternberg et al., 1993). Cuando se ha analizado la variable depresión en el grupo de menores institucionalizados teniendo en cuenta la naturaleza del maltrato vivido, se han encontrado diferencias significativas en la comparación de los grupos por naturaleza del maltrato vivido, resultando significativa la comparación entre los grupos de menores que han sufrido maltrato por comisión y menores con problemas conductuales propios y entre los menores que han sufrido maltrato por omisión y problemas conductuales propios. Han sido los menores con problemas conductuales propios los que mayores puntuaciones han obtenido en depresión. En el grupo de menores con problemas conductuales propios la medida de protección se toma porque en la mayoría de los casos son menores que están empezando a mostrar conductas violentas, a cometer pequeños delitos y a introducirse en el mundo de las drogas, unas conductas que sin duda alguna pueden tener una connotación depresiva que en muchas ocasiones es la causa y en otras la consecuencia de sus conductas disruptivas.

Con respecto a la variable de memoria de trabajo cuando se ha comparado el grupo de menores institucionalizados con el grupo de menores no institucionalizados, se ha observado que los menores no institucionalizados han obtenido mejores puntuaciones en memoria de trabajo, concretamente en las dimensiones de dígitos hacia delante, total y aritmética. Con respecto a la misma variable de memoria de trabajo pero la comparación entre los menores del grupo institucionalizado y teniendo en cuenta la naturaleza de la experiencia traumática vivida, no se ha encontrado ninguna relación entre la naturaleza de la experiencia traumática vivida durante la infancia y las puntuaciones en memoria de trabajo.

Y para finalizar, con respecto a la última variable analizada en esta investigación, la memoria autobiográfica y más concretamente la capacidad de acceder a recuerdos específicos, cuando se ha realizado el análisis entre el grupo de menores institucionalizados y el de no institucionalizados, se ha observado que son los menores no institucionalizados los que han demostrado una mayor capacidad de acceso a recuerdos específicos de tipo autobiográfico. Cuando se ha analizado esta variable de capacidad de acceder a recuerdos específicos entre los menores institucionalizados teniendo en cuenta la naturaleza del maltrato vivido, no se ha observado ninguna relación entre la naturaleza de la experiencia traumática vivida durante la infancia y la capacidad de acceder a recuerdos específicos.

Para poder profundizar en los resultados obtenidos en depresión, memoria de trabajo y capacidad de acceder a recuerdos específicos entre los menores institucionalizados y los no institucionalizados independientemente de la naturaleza de las experiencias traumáticas vividas, se realizó un estudio mediacional a partir de los resultados obtenidos en la prueba SCEPT de memoria autobiográfica, los resultados mostraron que los participantes institucionalizados recordaron menos acontecimientos específicos, sobre todo en lo que a recuerdos positivos se refiere. Estos resultados muestran que las diferencias encontradas entre los niños institucionalizados y los controles, en cuanto al acceso a los recuerdos específicos, se pueden explicar, en parte, por las diferencias en depresión y memoria de trabajo. En definitiva, que el hecho de que en el grupo de niños institucionalizados se concentren más casos con puntuaciones altas de depresión y bajas en memoria de trabajos, conlleva también una menor capacidad de acceso a los recuerdos específicos. Aunque no se encontraron investigaciones sobre población de menores institucionalizados que hayan llevado a cabo este tipo de análisis, estos resultados concuerdan con los diversos trabajos que han mostrado una menor capacidad de acceso a recuerdos específicos en personas con depresión y con una menor capacidad de memoria de trabajo. Como los trabajos de Brown y Harris (1978) donde se demostró que era más probable que los sujetos depresivos hubiesen sufrido algún tipo de evento amenazante o los estudios de Brewin, Andrews y Gotlib (1993) donde se afirmaba que es más probable que los depresivos hubiesen tenido infancias caracterizadas por experiencias adversas. En cuanto a la capacidad de acceder y recuperar recuerdos autobiográficos en el nivel de recuerdos específicos es necesario una gran capacidad de memoria de trabajo, por lo tanto una baja capacidad de memoria de trabajo puede influir en la capacidad de recordar. Holland (1992) sugiere que los déficits cognitivos existentes en la depresión mediatizan la relación entre la generalidad de los recuerdos y la depresión.

Y para concluir, queremos retomar el objetivo de esta investigación que ha sido el de analizar cómo las experiencias traumáticas vividas durante la infancia tienen consecuencias en el desarrollo afectivo social y en la memoria autobiográfica y de trabajo en adolescentes institucionalizados en hogares tutelados en situación de protección en Castilla La Mancha, comparándolo con un grupo de control. Se ha tratado de analizar la relación existente entre la calidad del apego percibido durante la infancia, la seguridad materna actual con la madre, la inadaptación personal y social, la depresión y la capacidad de acceso a recuerdos autobiográficos en menores institucionalizados en comparación con un grupo de control. En el análisis de estas diferencias reside la principal

aportación de esta tesis doctoral. Se reflexionó sobre el papel decisivo que juegan las necesidades relacionadas con el desarrollo de apegos seguros en los procesos característicos de la regulación emocional, social y el acceso a la memoria autobiográfica (Main, 1995). Y por todo ello, una vez analizadas las variables una por una entre los grupos de menores a nivel general (institucionalizados y no institucionalizados) y entre los menores del grupo institucionalizado teniendo en cuenta la naturaleza de las experiencias traumáticas vividas, se realizó un modelo de relaciones causales que permitió observar, independientemente de la situación de los menores (institucionalizados o no institucionalizados) que los menores que peores vínculos afectivos han establecido con la madre durante su infancia perciben como más insegura su relación actual con la madre y esto tiene un efecto directo sobre la adaptación ya que son menores más inadaptados a nivel personal y social y se ha comprobado que todo ello influye sobre el estado de ánimo depresivo, ya que también son más depresivos. Todo ello influye directamente sobre la memoria de trabajo y la capacidad de acceder a recuerdos específicos ya que los menores que son más inadaptados y son más depresivos obtuvieron menores puntuaciones en memoria de trabajo y mostraron menor capacidad para acceder a recuerdos específicos. En lo único que no hemos podido observar una relación directa significativa aunque si marginal ha sido en las puntuaciones obtenidas en memoria de trabajo y la capacidad de acceder a recuerdos específicos. Por tanto se ha observado una relación directa entre el apego y la dificultad de acceder a recuerdos específicos como ya observó en sus estudios Main (1995) en sus estudios sobre el apego donde sugirió que la falta de recuerdo se asocia más con los patrones relacionales de rechazo, abandono y desconexión emocional observados en algunos apegos evitativos, que con alguna forma de bloqueo inducido por el trauma vivido, además son diversos los estudios relativos al apego que han revelado que el diseño u organización de las relaciones de apego durante la infancia se asocia con los procesos característicos de la regulación emocional, las relaciones sociales y el acceso a la memoria autobiográfica (Fox et al., 1994; Main, 1995; Main et al., 1985; Oppenheim y Waters, 1995).

Este estudio realiza una interesante aportación al mundo de la investigación, proporcionando información sobre las consecuencias de las experiencias traumáticas infantiles en una muestra muy específica como son los menores institucionalizados en Hogares tutelados y en comparación con un grupo de control de la misma edad, que en el momento de la recogida de datos vivían con sus familias biológicas. Unos resultados que también pueden ser muy útiles para todos los profesionales de los servicios sociales y

educadores sociales que trabajen con menores en situación de protección en acogimiento residencial. Ha quedado reflejada la importancia de establecer vínculos afectivos positivos para un adecuado desarrollo afectivo y social, memoria de trabajo y memoria autobiográfica. En muchas ocasiones los Hogares tutelados no solo satisfacen las necesidades básicas de los menores, sino que tienen una labor educativa y psicológica fundamental sobre estos menores, sería interesante elaborar programas educativos y terapéuticos que reforzasen y ayudasen a restablecer los vínculos afectivos de los menores que han sufrido maltrato, para garantizarles un desarrollo posterior óptimo.

Limitaciones del trabajo

Es evidente que el tamaño de la muestra es reducido, aunque hay que tener en cuenta que es una muestra muy específica y de muy difícil acceso.

Otra limitación importante ha sido la dificultad para recabar la información de los menores, ya que dicha información ha sido proporcionada en la mayoría por los propios menores y por los educadores responsables de los Hogares tutelados, y en algunas ocasiones hemos sido conscientes de la falta de consenso.

Propuestas para investigaciones futuras

Sería interesante poder hacer estudios longitudinales desde que los menores entran en los hogares tutelados para poder observar los cambios que se producen en el proceso de institucionalización.

Otra línea de investigación interesante sería la de poder analizar los factores de riesgo en población institucionalizada que empieza a delinquir para poder plantear programas preventivos desde la propia institucionalización, que evitasen el internamiento de estos menores en centros cerrados.

CAPÍTULO 9.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. y Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alexander, P. C., Anderson, C. L., Brand, B., Schaeffer, C. M., Grelling, B. y Kretz, L. (1998). Adult attachment and longterm effects in survivors of incest. *Child Abuse & Neglect*, 22, 45–61.
- Alonso-Quecuty, M. L. (1992). Emoción, motivación y memoria. En J. Mayor y M. de Vega (Comps.), *Memoria y Representación* (pp 45.53).Madrid: Alhambra.
- Ammaniti M., Cimino S. y Petrocchi M. (2007). Indagine sull'impatto di situazioni traumatiche in adolescenza: Screening dei problemi emotivo-comportamentali, dei vissuti dissociativi e delle strategie difensive. *Abuso e Maltrattamento all'Infanzia* 9(2) 98-110.
- Amorós, P. y Palacios, J. (2004). *Acogimiento familiar*. Madrid: Alianza.
- André, C. y Lelord, F. (2002). *La fuerza de las emociones*. Barcelona: Kairós.
- Arruabarrena, I. y de Paul, J. (1999). *Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Atkinson, R. C. y Shiffrin, R. M. (1968). Human memory: A proposed system and its control processes. En K. W. Spence y J. T. Spence (Eds.), *The Psychology of Learning and Motivation: Advances in Research and Theory* (Vol. 2, pp. 89-195). New York: Academic Press.
- Atkinson, L. y Zucker, K. J. (Eds). (1997). *Attachment and psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Baltes, P. B. y Staudinger, U. M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence, *American Psychologist*, 55, 122-136.
- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67, 3296–3319. doi:10.1111/j.1467-8624.1996.
- Barclay, C. R. y Smith, T. S. (1992). Autobiographical remembering: Creating personal culture. En M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnler y W. Wagenaar (Eds.),

- Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp 75-98). The Netherlands: Kluwer.
- Barlett, D. W. (1994). One resilience: Questions of validity. En M. C. Wang y E. W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America* (pp. 97-108). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2006). *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, Apego y Resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Bayley, N. (1993). *Bayley scales of infant development Second edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Benoit, D. y Parker, K. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444-1457.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413-434.
- Benard, B. (1991). *Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school and community*. Portland (OR): Western Center for Drug-Free Schools and Communities.
- Benitez de Natale, B. (2009). Semiología Psiquiátrica infante juvenil. *Boletín pediátrico*, 49, 146-156.
- Bentler, P. M. (1995). *EQS Structural Equations Program Manual*. Encino, CA: Multivariate Software, Inc.
- Benyakar, M. (2003). *Lo Disruptivo. Amenazas individuales y colectivas. El psiquismo ante guerras, terrorismo y catástrofes sociales*. Buenos Aires: Biblos.
- Bisegger, C., Cloetta, B., Von Rueden, U., Abel T. y Ravens-Sieberer, U. (2005). Health-related quality of life: Gender differences in children and adolescence. *Soz Präventivmed*, 50(5), 281–291.
- Black, D. A., Heyman, R. E. y Smith, A. M. (2001). Risk factors for child physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6(2-3), 121-188.
- Bluck, S., Alea, N., Habermas, T. y Rubin, D. C. (2005). A TALE of three functions: The self-reported uses of autobiographical memory, *Social Cognition*, 23(1), 91-117.
- Bolger, K. E. y Patterson, C. J. (2001). Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child Development*. 72(2), 549-568.

- Bolger , K. E., Patterson, C. J. y Kupersmidt, J. B. (1995). Psychosocial adjustment among children experiencing persistent and intermittent family economic hardship. *Child Development*, 88, 1107-1129.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Sadness and Depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London: Routledge.
- Bravo, A. y Del Valle, J. F. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial: su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 42-52.
- Bremner, J. D. y Narayan M. (1998). The effects of stress on memory and the hippocampus throughout the life cycle: Implications for childhood development and aging. *Develop Psychopath*, 10, 871-886.
- Bremner, J. D., Vythilingham, M., Vermetten, E., Southwick, S. M., McGlashan, T., Nazeer, A., Khan, S., Vaccarino, L. V., Soufer, R., Garg, P. K., Ng, C. K., Staib, L. H., Duncan, J. S. y D. S. Charney, D. S. (2003). MRI and PET study deficits in hippocampal structure and function in women with childhood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 924–932.
- Brennan, K. A., Clark, C. L. y Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult romantic attachment: An integrative overview. En J. A. Simpson y W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford Press.
- Bretherton, I. (1990). Communication patterns, internal working models and the intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11, 237-251.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 159-775.
- Brewin, C. R., Andrews, B. y Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experience: A reappraisal of retrospective reports. *Psychological Bulletin*, 113, 82-98.
- Britner, P. A. y Reppucci, N. D. (1997). Prevention of child maltreatment: evaluation of a parent education program for teen mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 6(2), 165-167.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronsard, G., Botbol, M. y Tordjman, S. (2011). *Aggression in low functioning children and adolescents with autistic disorder*. PLoS One, 21(5), 143- 158. doi: 10.1371/annotation/45b0fa0e-071e-409e-be56-1004fcea0278
- Brown, G. W. y Harris, T. O. (1978). *Social Origins of Depression*. London: Free Press
- Bolger, K. E. y Patterson, C. J. (2001). Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child Development*, 72, 549-568.
- Buckley, H., Whelan, S. y Holt, S. (2006). *Listen to me! Children's experiences of domestic violence*. Trinity College Dublin: Children's Research Centre.
- Camras, L. A., Sachs-Alter, E. y Ribordy, S. C. (1996). Emotion Understanding in Maltreated Children: Recognition of Facial Expression and Integration with Other Emotion Cues. En M. Lewis y M. W. Sullivan, *Emotional Development in Atypical Children*. New York, Lawrence Erlbaum.
- Cantero, M. J. (2003). Intervención Temprana en el Desarrollo Afectivo. En A. Gómez, P. Viguier y M.J. Cantero (Coords), *Intervención Temprana. Desarrollo Óptimo de 0 a 6 Años*, (pp. 175-203). Madrid. Editorial Pirámide.
- Cantero, M. J. y Lafuente, M. J. (2010) *Vinculaciones afectivas: apego, amistad y amor (pp. 127-165)*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Cantero, M. J. y Cerezo, M. A. (2001). Interacción madre-hijo como predictora de conductas de apego: evaluación de dos modelos causales. *Infancia y Aprendizaje*, 93 (5), 113-132.
- Carlson, E. y Sroufe, L. A. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. En D. Cicchetti y D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 1. Theory and methods* (pp. 581-617). New York: Wiley.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. y Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.
- Carrasco, M. A., Rodríguez-Testal, J. F. y Hesse, B. (2001). Problemas de conducta de una muestra de menores institucionalizados con antecedentes de maltrato. *Child Abuse and Neglect*, 25(6), 819-838.
- Carrión, V. G., Weems C. F. y Reiss A. L. (2007). Estrés predice cambios cerebrales en los niños: un estudio longitudinal piloto sobre el estrés juventud, el trastorno de estrés postraumático y el hipocampo. *Pediatría*, 119, 509-516.

- Caviola, A. y Schiff, M. (1988). Behavioral sequelae of physical and/or sexual abuse in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 12, 181-188.
- Cerezo, M. A. y Frias, D., (1994). Ajuste Cognitivo y emocional en niños maltrados. *Child abuse and neglect*, 18(11), 923-932.
- Cerezo, M. A. y D'Ocon, A. (1995). Maternal inconsistent socialization: an interactional pattern in maltreated children. *Child Abuse Review*, 4, 14-31.
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J. y Anda, R. F. (2014). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82, 217–225.
- Cohen, P., Brown, J. y Smailes, E., (2001). Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Development and Psychopathology*, 13, 981–999.
- Cicchetti, D. (1989). How research on Child Maltreatment Has Informed the Study of Child Development: Perspective from Developmental Psychopathology. En D. Cicchetti, y V. Carlson. *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect*. New York, Cambridge University Press.
- Cicchetti, D. (2001). The impact of social experience on neurobiological: Illustration from a constructivist view of child maltreatment. *Cognitive Development*, 17(3-4), 1407-1428.
- Cicchetti, D. y Rogosch, E. A. (Eds.), (1977). Self-organization. *Development and Psychopathology*, 9 (4).595-929
- Cicchetti, D., Rogosch, F., Lynch, M. y Holt, K. (1993). Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcome. *Development and Psychopathology*, 5, 629-647.
- Cohen, P., Brown, J. y Smailes, E. (2001). Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Development and Psychopathology*, 13, 981–999.
- Colmenares, S. C., Martínez, U. y Quiles, I. (2007). *Perfil psicológico de quince niños hijos de víctimas de maltrato doméstico*. 8º Congreso virtual de psiquiatría Interpsiquis.
- Collins, W. A. y Laursen, B. (2004). Changing relationships, changing youth: Interpersonal contexts of adolescent development. *Journal of Early Adolescence*, 24, 55–62

- Conway, M. A. y Rubin, D. C. (1993). The structure of autobiographical memory. En A. E. Collins, S. E. Gathercole, M. A. Conway, y P. E. M. Morris (Eds.), *Theories of memory* (pp. 103-137). Hove, UK: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Cramer, B. (2000). *Cosa diventeranno i nostri bambini?* Milano: Raffaello Cortina.
- Christianson, S. A. (1992). Emotional stress and eyewitness memory: a critical review. *Psychological Bulletin*, *112*, 284–309.
- Crittenden, P. M. y Ainsworth, M. D. S. (1989). Child maltreatment and attachment theory. En Cicchetti, D. y Carlson, V (Eds.), *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 432–464). New York: Cambridge University Press.
- Crittenden, P. M. (1992) .Calidad de apego en los años preescolares. *Desarrollo y Psicopatología*, *4*, 209-241.
- Crittenden, P. M., Claussen, A. H. y Sugarman, D. B. (1994). Physical and psychological maltreatment in middle childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, *6*, 145-164.
- Cummings, E. M., Goeke-Morey, M. C. y Papp, L. M. (2004). Everyday marital conflict and child aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *32*, 191-202. doi: 10.1037/0893-3200.20.2.217
- Cyrulnik, B. (2001). *I brutti anatroccoli*. Milano: Frassinelli.
- Daining, C. y DePanfilis, D. (2007). Resilience of youth in transition from out-of-home care to adulthood. *Children and Youth Services Review*, *29*, 1158-1178.
- Dalglish, T. y Watts, F. N. (1990). Biases of attention and memory in disorders of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, *10*(5), 589–604.
- Davies, P. T. y Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, *116*, 387-411. Extracted for TESP Project (The Tampere Corpus of English for Specific Purposes). doi: <http://dx.doi.org/10.1037//0033-2909.116.3.387>
- Deblinger, E. y Punyon, R. A. (2000). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreatment*, *6*, 332–343.
- Del Valle, J. y Fuertes, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Pirámide.

- Drapeau, V., King, N., Hetherington, M., Doucet, E., Blundell, J. E. y Tremblay, A. (2007). Appetite sensations and satiety quotient: Predictors of energy intake and weight loss. *Appetite*, 48, 159–166.
- Di Blasio, P. (2000). *Psicologia del bambino maltrattato*. Il Mulino, Bologna.
- Di Blasio, P. y Rossi, G. (2004). *Trascuratezza, maltrattamento e abuso in danno dell'infanzia: Servizi e Centri presenti in Regione Lombardia*. Università Cattolica, Milano.
- Drapeau, M. y Perry, J. C. (2004). Childhood trauma and adult interpersonal functioning: A study using the Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT). *Child Abuse & Neglect*, 28, 1049-1066.
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, C. M. y Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 28, 771-784.
- Dozier, M., Stovall, K. C., Albus, K. y Bates, B. (2001). Attachment for infants in foster care: The role of caregiver state of mind. *Child Development*, 72, 1467–1477.
- Dunn, J. (1996). The Emanuel Miller Memorial Lecture 1995. Childrens relationships: Bridging the divide between cognitive and social development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 508-518.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Pirámide. Madrid.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12, 75-82.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia, víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Ariel. Barcelona.
- Edelman, G. (1992). *Sulla materia della mente*. Milano: Adelphi.
- Edmiston, E. E., Wang F., Mazure, C. M., Guiney, J., Sinha, R., Mayes, L. C. y Blumberg, H.P. (2011). Corticostriatal-limbic gray matter morphology in adolescents with self-reported exposure to childhood maltreatment. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 165, 1069–1077.
- Egeland, B. y Farber, E. A. (1984). Infant-mother attachment: Factors related to its development and changes over time. *Child Development*, 55, 753-171.
- Egeland, B., Sroufe, A. y Erickson, M. (1983). The developmental consequences of different patterns of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 7, 459-469.

- Erickson, M. F., Egeland, B. y Pianta, R. (1989). The effects of maltreatment on the development of young children. En D. Cicchetti y V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 647-684). Cambridge University Press.
- Éthier, L. S., Lemelin, J. P. y Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse & Neglect*, 28, 1265-1278.
- Eysenck, H. J. (1967). Intelligence assessment: A theoretical and experimental approach. *British Journal of Educational Psychology*, 37, 81-98.
- Farrar, M. J, Fasig, L. G. y Welch-Ross, M. K. (1997). Attachment and Emotion in Autobiographical Memory Development. *Journal of Experimental Child Psychology*, 67, 389-408.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. y Marks, J. S. (2001). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. En K. Franey, R. Geffner y R. Falconer (Eds.), *The cost of child maltreatment: who pays? We all do* (pp. 121-138). San Diego, CA, Family Violence and Sexual Assault Institute.
- Fernández-Ballesteros, R. (2003). Light and dark in the psychology of human strengths: The example of psychogerontology. En L. G. Aspinwall y U. M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths. Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (pp. 131-147). Washington, DC: American Psychological Association.
- Fernández del Valle, J. y Bravo, A. (2002). Maltrato infantil: situación actual y respuestas sociales. *Psicothema*, 14, 118-123.
- Field, T. (1985). Attachment as psychobiological attunement: Being on the same wavelength. En M. Reite y T. Field (Eds.), *The psychobiology of attachment and separation* (pp 415-454). Orlando, FL: Academic Press.
- Field, T. (1995). Infants of depressed mother. *Infant Behavior and Development*, 18, 1-13.
- Fletcher, A. C., Steinberg, L. y Williams-Wheeler, M.(2004). Parental influences on adolescent problem behavior: A response to Stattin and Kerr. *Child Development*, 75, 781-796.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S. y Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12, 201-221

- Fonagy, P. y Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G. y Bateman, A. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 412-459.
- Fox, N. A., Calkins, S. D. y Bell, M. A. (1994). Neural plasticity and development in the first two years of life: Evidence from cognitive and socioemotional domains of research. *Development and Psychopathology*, 6, 677-696.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300-319.
- Furhman, T. y Holmbeck, G. N. (1995). A Contextual-Moderator Analysis of Emotional Autonomy and Adjustments in Adolescence. *Child Development*, 66, 793-811.
- Galambos, N. L., Barker, E. T. y Almeida, D. M. (2003). Parents do matter: Trajectories of change in externalizing and internalizing problems in early adolescence. *Child Development*, 74, 578-594.
- García, J., Canal, R., Bernal, A. y Martín, A.V. (2006). La defeción en el sistema emocional: el territorio de la anormalidad y la patología emocional. En J. Asensio, J. García Carrasco, L. Núñez Cubero y J. Larrosa (Coords.), *La vida emocional. Las emociones y la formación de la identidad humana* (pp. 127-167). Barcelona: Ariel.
- Garnezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20, 416-430.
- Gathercole, S. E., Alloway, T. P., Willis, C. S. y Adams, A.M. (2006). La memoria de trabajo en niños con discapacidades de lectura. *Journal of Experimental Child Psychology*, 93, 265-281.
- Gentile, G. (2005) *Abuso-maltrattamento all'infanzia e disagio sociale: proposta di intervento con ragazzi adolescenti*, tesi universitaria non pubblicata. En www.progettotiama.it.
- Gershater-Molko, R. M., Lutzker, J. R. y Sherman, J. A. (2002). Intervention in child neglect: an applied behavioral perspective. *Aggression and Violent Behavior*, 7(2), 103-124.
- George, C., Kaplan, N. y Main, M. (1996). *An Adult Attachment Interview: Interview protocol* (3rd ed.). Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.

- Gracia, E., Lila, M. y Musitu, G. (2005). Rechazo parental y ajuste psicológico y social de los hijos parental. *Salud Mental*, 28, 73-81.
- Gray, M. R. y Steinberg, L. (1999). Unpacking authoritative parenting: Reassessing a multidimensional construct. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 574 – 587.
- Grych, J. H., Harold, G. T. y Miles, C. J. (2003). A prospective investigation of appraisals as mediators of the link between interparental conflict and child adjustment. *Child Development*, 74, 1176–1193.
- Gunnar, M. R., Tout, K., de Haan, M., Pierce, S. y Stansbury, K. (1997). Temperament, social competence, and adrenocortical activity in preschoolers. *Developmental Psychobiology*, 31, 65– 85. doi:10.1002/(SICI)1098-2302(199707)31:1 65::AID-DEV6 3.0.CO;2-S
- Hamman, S. (2001). Cognitive and neural mechanisms of emotional memory, *Trend in Cognitive Sciences*, 5, 9, 394-400.
- Hansen, D. J., Conaway, L. P. y Christopher, J. S. (1990). Victims of child physical abuse. En R. T. Ammerman y M. Hersen (Eds.), *Treat ment of family violence: A sourcebook* (pp. 17–49). New York: Wiley.
- Harold, G. T. y Conger, R. D. (1997). Marital conflict and adolescent distress: The role of adolescent awareness. *Child Development*, 68, 333-350.
- Haskett, M. E., Smith Scott, S. y Sabourin Ward, C. (2004). Subgroups of physically abusive parents based on cluster analysis of parenting behavior and affect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74, 436–447.
- Hesse, E. (1999). The adult attachment interview: Historical and current perspectives. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinicar applications* (pp. 395-433). New York: Guilford Press.
- Hesse, E. y Main, M. (2006). Frightened, Threatening, and dissociative parental behaviour in low risk samples: Descriptions, discussion, and interpretation. *Development and Psychopathology*, 18, 309-343.
- Hidalgo Garcia, M. V. y Sánchez Hidalgo, J. (2008). *La tarea de ser madre y padre de niñas y niños pequeños: dificultades y necesidades de apoyo*. Ponencia presentada en la jornada Innovación en la atención a la primera infancia. Observatorio de la Infancia. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, 28 de mayo de 2008.
- Hildryard, K. L. y Wolfe, D. A., (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26, 679-695.

- Hirst, W. y Manier, D. (1995). Remembering as communication: a family recounts its past. In DC Rubin (ed.), *Remembering Our Past*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hofer, M. A. (1994). Hidden regulators in attachment, separation, and loss. En N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2-3), 192-207.
- Holland, C.A. (1992). The wider importance of autobiographical memory research. En M.A. Conway, D. Rubin, H. Spinnler Y W. Wagenaar (eds.), *Theoretical Perspectives on Autobiographical memory*. The Netherlands: Kluwer.
- Holt, F., Buckley, H. y Whelan, S. (2008) The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child Abuse & Neglect*, 32 (8), 797-810.
- Howe, M. L. (1997). Children's memory for traumatic experiences. *Learning and Individual Differences*, 9, 153-174.
- Ison, R.L., (2008). Systems thinking and practice for action research, En Reason, P., Bradbury, H. (Eds.), *The Sage Handbook of Action Research Participative Inquiry and Practice* (2nd ed.), London, *Sage Publications*, 139-158.
- Jacobson, K. C. y Crockett, L. J. (2000). Parental monitoring and adolescent adjustment: An ecological approach. *Journal of Research on Adolescence*, 10, 65-97.
- Janus, M. D., Archambault, F. X., Brown, S. W. y Welsh, L. A. (1995). Physical abuse in Canadian runaway adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 19(4), 433-447.
- Jenkins, J. M. y Buccioni, J. M. (2000). Children's understanding of marital conflict and the marital relationship. *Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines*, 41(2), 161-166.
- Jong-Meyer, R. y Barnhofer, T. (2002). Overgenerality of autobiographical memory in depression. A phenomenon, possible causes, and some consequences. *Psychologische Rundschau* 53(1), 23-33.
- Johnson, J. G., Smailes, E. M., Cohen, P., Brown, J. y Bernstein, D. P. (2000). Associations between four types of childhood neglect and personality disorder symptoms during adolescence and early adulthood: findings of a community-based longitudinal study. *Journal of Personality Disorders*, 14, 171-187.

- Jones, E. Main, M. y Del Carman, R. (Eds.). (1996). Attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 36-59.
- Kaminsky, G. L., Reinhart, C. M. y Végh, C.A. (2004). When it rains, it pours: procyclical capital flows and macroeconomic policies. *NBER Macroeconomics Annual*, 19, 11-82.
- Kaminsky, G. L., Lyons, R. K. y Schmukler, S. L. (2004). Managers, investors, and crises: mutual fund strategies in emerging markets. *Journal of International Economics*, 64 (1), 113-134.
- Kandel, E. R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155,457-469.
- Kandel, E. R. (2007). En busca de la memoria. El nacimiento de una nueva ciencia de la mente. Buenos Aries: Katz.
- Kapitanoff, S. H., Lutzker, J. R. y Bigelow, K. M. (2000). Cultural issues in the relation between child disabilities and child abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 5(3), 227-244.
- Kaplow, J. B. y Widom, C. S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 176-187.
- Kaufman, J. G. y Widom, C. S. (1999). Childhood victimization, running away, and delinquency. *Journal of Research in Crime & Delinquency*, 36, 347-370.
- Kazdin, A. E. (1985). *Treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Kerns, K. A., Aspelmeier, J. E., Gentzler, A. L. y Grabill, C. M. (2001). Parent-child attachment and monitoring in middle childhood. *Journal of Family Psychology*, 15, 69-81.
- Kinard, E. M. (2004). Methodological Issues in Assessing the Effects of Maltreatment Characteristics on Behavioural Adjustment in Maltreated Children. *Journal of Family Violence*, 19, 5, 303-318.
- Kraemer, G. W. (1992). A psychobiological theory of attachmen. *Behavioral and Brain Sicences*, 15, 493-541.
- Kuyken W. y Brewin C. R. (1995). Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 585-591.
- Latorre, J. M., Montañes, J., Serrano, J. P., Hernández, J. V., Sancho, M. J., Alarcón, H. y Ros, L. (2003). Memoria autobiográfica y depresión en la vejez: entrenamiento en el recuerdo de acontecimientos positivos en ancianos con sintomatología

- depresiva. Recuperado de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudiosidi-13.pdf>.
- Lazenbatt, A. (2010). *The impact of abuse and neglect on the health and mental of children and young people*. NSPCC. Cruelty to children must stop: full stop. www.nspcc.org.uk/inform.
- Leiter, L. y Johsen, C. M. (1994). Child maltratment and school performance. *American Journal of Education*, 102, (2), 154-189.
- Lemieux, K. E. y Sicoli, L.A. (2001). Attachment and Psychopathology among formerly maltreated adults. *Journal of Family Violence*, 16(2), 151-168.
- Lessinger Borges, J., Haag Kristensen, C. y Dalbosco Dell'Aglio, D. (2006). Neuroplasticidade e resiliencia em crianças e adolescentes vitimas de maus-tratos. En D. Dalbosco Dell'Aglio, S. Koller y M. A. Matter Yunes (Eds.), *Resiliencia e psicologia positiva: Interfaces do risco à protecao* (pp 120-138). Sao Paulo: Casa do Psicologo.
- LEY ORGANICA 1/1996, de 15 de enero; de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, Boletín Oficial del Estado, núm. 15, pp.1225-1238.
- LEY ORGÁNICA 3/1999, de 31 de marzo, del Menor de Castilla-La Mancha. Boletín Oficial del Estado, núm.124, pp. 19587-19604.
- LEY ORGÁNICA 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha, Diario oficial de Castilla la Mancha, núm. 201, pp. 31818-31852.
- Lieberman, P. (1991) . On the evolutionary biology of speech and syntax. In Jan Wind and Bernard H.Bichakjian and Alberto Nocentini and Brunetto Chiarelli, editors, *Language Origin: A Multidisciplinary Approach*, (pp 409—429). Dordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- Liotti, G. (1993): *Le discontinuità della coscienza*. Franco Angeli, Milano 2000.
- Liotti G. (2005). *La Dimensione Interpersonale della Coscienza*. Nis, Roma.
- Liotti, G. Y Monticelli F. (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico. Il manuale*. AIMIT.Milano:CortinaEditore.
- Lipschitz, D., Winegar, R., Hartnich, E., Foote, B. y Southwick, S., (1999). PTSD is hospitalized adolescents: Diagnostic comorbidity and clinical correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 385-392.
- Locke, J. (1690). *Saggio sull'Intelletto Umano*. Bompiani, Milano, 2004.

- Loftus, E. F., Loftus, G. R. y Messo, J. (1987). Some facts about weapon focus. *Law and Human Behavior*, 11, 55-62.
- López, F. (1995). *Necesidades de la infancia y protección infantil. Fundamentación teóricas, clasificación y criterios educativos*. Madrid: Ministerio de asuntos sociales.
- López, F. (2008). *Necesidades en la infancia y en la adolescencia: respuesta familiar, escolar y social*. Madrid: Pirámide.
- López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 [3], 159-174.
- Luthar, S. S., (2003). *Resilience and vulnerabilità*. Cambridge University Press, New York.
- Luthar, S. y Zelazo, L. (2003). Research on resilience: An integrative review. En S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 510–549). NY: Cambridge University Press.
- Lyddon, W.J. y Sherry, A. (2001). Developmental personality styles: An attachment theory conceptualization of personality disorders, *Journal counseling development*, 79(4), 405-414.
- Lynch, M. y Cicchetti, D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among maltreatment, community violence, and childrens symptomatology. *Development and Psychopathology*, 10, 739-760.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D. y Zoll, D. (1989). *Patterns of maternal behaviour among infants at risk for abuse: Relations with infant attachment behaviour and infant developmental at 12 months of age*. New York: Cambridge University Press.
- Lyons- Ruth, K. y Jacobwitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. En J. Cassidy y P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applicatons* (pp.520-554). New York: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., Repacholi, B., McLeod, S. y Silva, E. (1991). Disorganized attachment behavior in infancy: Short-term stability, maternal and infant correlates, and risk-related subtypes. *Development and Psychopathology*, 3, 397-412.
- Main, M. (1991). Metacognitive Knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) versus multiple (incoherent) models of attachment: Findings and

- directions for future research. En C. M. Parkes, J. Stenson-Hinde, y P. Marris (Eds.) *Attachment across the life cycle* (pp. 127-159). London: Routledge.
- Main, M. (1995). Attachment: Overview, with implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds), *Attachment theory: Social, Developmental, and clinical perspectives* (pp. 407-474). Hillsdale, NJ: Anaytic Press.
- Main, M. (1996). Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 237-243.
- Main, M., Kaplan, N. y Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representations. En I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (2-3), 66-104
- Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. En T. B. Brazelton y M. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.
- McCloskey, L. A. y Walker, M. (2000). Posttraumatic stress in children exposed to family violence and single-event trauma. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(1), 108-115.
- Malacrea, M. (1997). L'intervento psicoogico nell'abuso sessuale all'infanzia. En Luberti, R. y Bianchi, D. (Eds.), *E poi disse che avevano sognato* (pp 35-48). Edizioni Cultura per la pace, Firenze.
- Malacrea, M. y Lorenzini, S. (2002). *Bambini abusati: line guida nel dibattito internazionale*. Raffaello Cortina, Milano.
- Margo, I. W. y Daly, M. (2008). *Household Composition And The Risk Of Child Abuse And Neglect*. California, Usa.
- Mathe, H. H. (2002). Early life stress changes concentrations of neuropeptide y and corticotropin-releasing hormone in adult rat brain; lithium treatment modifies these changes. *Neuropsychopharmacology*, 27, 756-764.
- Mayer, J.D. y Cobb, C.D. (2000). Educational policy on emotional intelligence: Does it make sense?, *Educational Psychology Review*, 12, 163-183.
- Meyer, B. y Pilkonis, P. A., (2006). Modelli di attaccamento nei disturbi di personalità. En M. F. Lenzenweger y J. F. Clarkin (Eds.), *I disturbi di personalità. Le principali teorie*, Raffaello Cortina, Milano.

- Miller, T. W. (1988). Advances in understanding the impact of stressful life events on health. *Hospital and Community Psychiatry*, 39(6), 615-622.
- Morelato, G. (2009). *Evaluación de la resiliencia en niños víctimas de maltrato familiar* (Tesis doctoral inédita). Universidad Nacional de San Luis, Argentina.
- Montague, S.E. (2005). *Physiology for Nursing Practice*. Amsterdam: Elsevier.
- Montecchi, F. (2002). *Abuso sui bambini: intervento a scuola*. FrancoAngeli, Milano.
- Montecchi, F. (2005). *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*. FrancoAngeli, Milano.
- Moreno, M. C., Jiménez, J., Oliva, A., Palacios, J. y Saldaña, D. (1995). Detección y caracterización del maltrato infantil en la Comunidad Autónoma Andaluza. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 33-47.
- Musitu, G. Buelga, S., Lila, M.S. y Cava, M.J. (2001). *Familia y adolescencia: Un modelo de análisis e intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis
- Nachmias, M., Gunnar, M. R., Mangelsdorf, S., Parritz, R. y Buss, K. (1996). "Behavioral inhibition and stress reactivity: Moderating role of attachment security". *Child Development*, 67, 508-522.
- Newman, T. y Blackburn, S. (2002), *Transitions in the Lives of Children and Young People; Resilience Factors, Interchange* 78, Scottish Executive Education and Department, accessed December 2009 at <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/46997/0024005.pdf>.
- Nolin, P. y Ethier, L. (2007). Using neuropsychological profiles to classify neglected children with or without physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 31(6), 631-643.
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfeld, N. S., Carlson, E. A. y Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 885-880.
- Oliverio Ferraris, A. (2003). *La forza d'animo*. Milano: Rizzoli.
- Ollendick, T. H., King, N. J. y Frary, R. B. (1991). Fears in children and adolescents: Reliability and generalizability across gender, age and nationality. *Behavior Research and Therapy*, 27, 19-26.
- Ostrander, R., Weinfurt, K. P. y Nay, W. R. (1998). The Role of Age, Family Support, and Negative Cognitions in the Prediction of Depressive Symptoms. *School Psychology*, 27, 121-137.

- Overlien C. (2010). Children Exposed to Domestic Violence. Conclusions from the Literature and Challenges Ahead. *Journal of Social Work, 10* (1), 80-97.
- Palacios, J., Moreno, M. C. y Hidalgo, M. V. (1998). Ideologías familiares sobre el desarrollo y la educación infantil. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (Eds.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 181-200). Madrid: Alianza Editorial.
- Palomera Martín, R., Gil-Olarte Márquez, P. y Brackett, M. A. (2006). ¿Se perciben con inteligencia emocional los docentes? Posibles consecuencias sobre la calidad educativa, *Revista de Educación, 341*, 687-703.
- Parker, J. G. y Asher, S. R. (1989). Peer relations and social adjustment: Are friendship and group acceptance distinct domains? En W. M. Bukowski, *Properties, processes, and effects of friendship relations during childhood and adolescence*. Symposium conducted at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Kansas City, MO.
- Parra, A., Oliva, A. y Sánchez-Queija, I. (2004). Evolución y determinantes de la autoestima durante los años adolescentes. *Anuario de Psicología, 35*, 331-346.
- Patton, G. C. y Viner, R. (2007). Puberal transitions in health. *Lancet, 36*, 1130-1139.
- Pelcovitz, D., Van der Kolk, B. A., Roth, S. H., Mandel, F. S., Kaplan, S. J. y Resick, P. A. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress, 10*, 3-16.
- Pereda, N., Abad, J., Guilera, G y Arch, M. (2015). Victimización sexual autorreportada en adolescentes españoles comunitarios y en colectivos de riesgo. *Gaceta Sanitaria, 29*(5), 328-334.
- Perlmutter, M. (1986). A life-span view of memory. En P. B. Baltes, D. L. Featherman, y R. M. Learner, *life-span development and behavior* (pp. 123-145). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Perry, B. D. (1997). Incubated in terror: Neurodevelopmental factors in the cycle of violence. En J. Osofsky (Ed.), *Children in a violent society* (pp. 124-149). New York: Guilford Press.
- Pichardo, M. C., Fernández, E. y Amezcua, J. A. (2002). Importancia del clima social familiar en la adaptación personal y social de los adolescentes. *Psicología General y Aplicada, 55*(4), 575-589.
- Pierrehumbert, B., Bader, M., Miljkovitch, R., Mazet, P., Amar, M. y Halfon, O. (2002). Strategies de regulación emocional en los adolescentes y adultos jóvenes con

- dependencia de sustancias o trastornos de la alimentación. *Clinic. Psychol. . Psychother* 9, 384-394. doi: 10.1002 / cpp.339.
- Pinheiro, P. S. (2006). *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y las niñas. Estudio del secretario general de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños*. New York. Publicación de las Naciones Unidas.
- Post, R. M. y Weiss, S. .R. (1997). Emergent properties of neural systems; How focal molecular neurobiological alterations can affect behavior, *Development and Psychopathology*, 9, 907-930.
- Prino, C. T. y Peyrot, M. (1994). The effect of child physical abuse and neglect on aggressive, withdrawn, and prosocial behavior. *Child Abuse and Neglect*, 18, 871-884.
- Putton, A. y Fortugno, M. (2008). *Affrontare la vita. Che cos'è la resilienza e come svilupparla*. Roma: Carocci Faber.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G. y Eelen, P. (2007). A sentence completion procedure as an alternative to the autobiographical memory test for assessing overgeneral memory in non-clinical populations. *Memory*, 15, 495-507.
- Rajmil, L., Estrada, M., Herdman, M., Serra-Sutton, V. y Alonso, J., (2001). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. *Gaceta Sanitaria*, 15(4), 34-43.
- Razali, N. M. y Wah, Y. B. (2011). Power Comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling Tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*, 2, 21-33.
- REAL DECRETO 4/2010 de 26/01/2010, de protección social y jurídica de los menores en Castilla-La Mancha, Diario Oficial de Castilla la Mancha, 29 de enero de 2010, núm. 19, pp. 3293-3311.
- Reese, E. (2002). Social factors in development of autobiographical memory: the state of the art. *Social Development*, 11(1), 124-142.
- Reid, J. B., Kavanagh, K. y Baldwin, V. (1987). Abusive Parent's perceptions of child problem behaviors: an example of parent bials. *Journal of abnormal child psychology*, 15(3), 457-466.
- Richardson, G. E., Neiger, B., Jensen, S. y Kumpfer, K. (1990). The resiliency model. *Health Education*, 21, 33-39.

- Robins, L. y Rutter, M. (1990). *Straight and Devious Pathways from Childhood to Adulthood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenstein, D. S. y Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244–253
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Rutter, M. (1995). Clinical implications of attachment concepts: retrospect and prospect. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 36(4), 549-71.
- Rutter, M. (1997). Clinical implications of attachment concepts: Retrospect and prospect. En Atkinson y K. J. Zucher (Eds.), *Attachment and psychopathology* (pp.17-46). New York: Guilford Press.
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence, *Imagination, Cognition y Personality*, 9, 185-211.
- Salzinger, S. y Feldman, R. S. (1993). The effects of physical abuse on children's social relationships. *Child Development*, 64, 169-187.
- Schaffer, H. R. (1998). *Lo sviluppo sociale del bambino*. Raffaello Cortina, Milano.
- Schore, A.N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: W.W. Norton.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Shek, D. (1997). The relation of parent– adolescent conflict to adolescent psychological well-being, school adjustment, and problem behavior. *Social Behavior and Personality*, 25, 277–290.
- Shields, A., Ryan, R. M. y Cicchetti, D. (2001). Narrative representations of caregivers and emotion dysregulation as predictors of maltreated children's rejection by peers. *Developmental Psychology*, 37, 321-337.
- Shobe, K. K. y Kihlstrom, J. F. (1997). Is traumatic memory special? *Current Directions in Psychological Science*, 6(3), 70-74.
- Shonk, S. M. y Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competeng deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Development psychology*, 37 (1),3-17.

- Siegel, D. J. (1995). Memory, trauma, and psychotherapy: A cognitive science view. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 4, 93-122.
- Siegle, G. J., Granholm, E., Ingram, R. E. y Matt, G. E. (2001). Pupillary response and reaction time measures of sustained processing of negative information in depression. *Biological Psychiatry*, 49, 624-636.
- Sigman, M. y Siegel, D. J. (1992). The interface between the psychobiological and cognitive models of attachment. *Behavioral and Brain Sciences*, 15, 523-533.
- Spangler, G. y Grossmann, K. E. (1993). Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, 64, 1439-1450.
- Spieker, S. J. y Booth, C. L. (1988). Maternal antecedents of attachment quality. En J. Belsky y T. Nezworsky (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 89-123) Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stern, D. (1991). El mundo interpersonal del infante. Buenos Aires: *Padios*.
- Talarico, J. M., LaBar, K. S. y Rubin, D. C. (2004). Emotional intensity predicts autobiographical memory experience. *Memory and Cognition*, 32, 1118-1132.
- Terr, L. (1983). Chowchilla revisited: The effects of psychic trauma four years after a schollbus kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1543-1550.
- Trickett, P. K. y Susman, E. J. (1988). Parental perceptions of child-rearing practices in physically abusive and nonabusive families. *Developmental Psychology*, 24, 270-276.
- Toth, S. L. y Cichetti, D. (2010). *El maltrato infantil y su impacto en el desarrollo psicosocial del niño*. Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia. Centre of Excellence for Early Childhood Development.
- Tugade, M. M. y Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotion to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333.
- Tulving, E. (2002). Episodic Memory: From Mind to Brain, *Annual Review Psychologist*, 53, 1-25.
- Van der Kolk, B. A. y van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American journal os Psychiatry*, 146, 1530-1540.
- Van Ijzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.

- Van Ijzendoorn, M. H. y Juffer, F. (2005). Adoption is a successful natural intervention enhancing adopted children's IQ and school performance. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 326-330.
- Van Ijzendoorn, M. H. y Juffer, F. (2006). *The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development* Centre for Child and Family Study. Leiden University, The Netherlands.
- Van Ijzendoorn, M. H. y Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 8-21.
- Van Ryzin, M. J., & Leve, L. D. (2012). Validity evidence for the Security Scale as a measure of perceived attachment security in adolescence. *Journal of Adolescence*, 35, 425-431.
- Villanueva, L., Górriz, A. B. y Cuervo, K. (2009). Cuando el menor es víctima de violencia. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 12, 32-33.
- Vondra, J. I., Hommerding, K. D. y Shaw, D. S. (1999). Stability and change in infant attachment style in a low-income behavioral regulation from infancy to preschool age. *Development and Psychopathology*, 13, 13-33.
- Wagenaar, W. A. y Groeneweg, J. (1990). The memory of concentration camp survivors. *Applied Cognitive Psychology*, 4, 77-87.
- Wagnild, G. M. y Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.
- Wasserman, G. A., Miller, L., Pinner, E. y Jaramillo, B. S. (1996). Parenting predictors of early conduct problems in urban, high-risk boys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35, 1227-1236.
- Waters, E., Crowell, J., Treboux, D., O'Connor, E., Posada, G. y Golby, B. (1996). Discriminant validity of the Adult Attachment Interview. *Child Development*, 67, 2584-2599.
- Webb, E., Janson, S., Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K. y Fergusson, D. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68-81.
- Wechsler, D. (1958). *The measurement and appraisal of adult intelligence*. Baltimore, MD: Williams and Wilkins.

- Wechsler, D. (1974). *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised*. New York: The Psychological Corporation.
- Weinfeld, N. S., Sroufe, L. A., Egeland, B. y Carlson, E.A.(1999). The nature of individual differences in infant-caregiver attachment. En J. Cassidy. Y P.R. Shaver, Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (102-134)* New York, Guilford Press, pp. 68–88.
- Welzar, H. y Markowitsch, H.J. (2005). Towards a bio-psycho-social model of autobiographical memory, *Memory 13*, (1), 63-78.
- Werner, E. (2000). *Through the eyes of innocents: Children witness World War II*. Boulder, CO: Westview Press
- Werner, E.E. y Smith, E.E. (1992). *Overcoming the odds: High-risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Wheeler, M. A., Stuss, D. T. y Tulving, E. (1997). Toward a Theory of Episodic Memory: The Frontal Lobes and Autonoetic Consciousness, *Psychological Bulletin*, 121, 3, 331- 354.
- Widom, C. (1989). Child abuse neglect and adult behavior: research desing and findings on criminality, violence and child abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59,355-367.
- Widom, C. (2001). Child abuse and neglect. En S. O. White (Eds.), *Handbook of youth and justice* (pp. 31-47). New York: Plenum.
- Williams J. M. G. (1988). General and specific autobiographical memory and emotional disturbance. En M. M. Gruneberg, P. E. Morris y R. W. Sykes (Eds.), *Practical aspects of memory: Current research and issues* (pp. 295–300). Chichester, England: Wiley.
- Williams J. M. G. (1992). Autobiographical memory and emotional disorders. En A. Christianson (Ed.), *Handbook of emotion and memory* (pp. 451-477). Hillsdale, NJ: Erliba.
- Williams J. M. G. (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. En D. C. Rubin (Ed.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 244–267). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Williams J. M. G. y Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144-148. Doi:10.1037/0033-2909.133.1.122
- Williams J. M. G. y Dritschel B. H. (1988). Emotional disturbance and the specificity of autobiographical memory. *Cognition and Emotion*, 2, 221–234.

- Williams J. M. G. y Dritschel B. (1992). Categorical and extended autobiographical memories. En M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnler y W. A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp. 391-410). Dordrecht, the Netherlands: Kluwer Academic.
- Yuille, J. C. y Cutshall, J.L. (1986). A case study of eyewitness memory of a crime. *Journal of Applied Psychology*, 71, 291-301.
- Zeanah, C. H., Danis, B., Hirshberg, L., Benoit, D., Miller, D. y Heller, S. S. (1999). Disorganized attachment associated with partner violence: A research note. *Infant Mental Health Journal*, 20, 77-86.
- Zingraff, M. T., Leiter, J., Myers, K. A. y Johnson, M. C. (1993). Child maltreatment and youthful problem behavior. *Criminology*, 31, 539-634.

ANEXO.

CUESTIONARIO DE DATOS DE VIDA Y SUCESOS MÁS SIGNIFICATIVOS

Siglas identificativas:

Centro:

Información general

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Curso escolar:

Situación en el Hogar Tutelado

1. ¿Por qué estás en el centro?
2. ¿Cómo estas en el centro?
3. ¿Cuánto tiempo llevas viendo aquí?
4. ¿Tienes problemas en el centro? ¿Con quién te gustaría vivir?
5. ¿Quiénes son tus educadores? Di sus nombres
6. ¿Cuáles te gustan más y cuales menos y por qué?
7. ¿Hay algún educador/a que sea especial para ti? ¿Por qué?
8. ¿Cuánto tiempo lo/a conoces?
9. ¿Hay más niños/as en el centro? ¿Con cuales te llevas bien? ¿Por qué?

Relaciones familiares

1. ¿Con quién vivías antes de entrar en este Hogar Tutelado?

A) En otro hogar tutelado. EDAD _____ Tiempo que estuviste _____

B) Con mi familia biológica EDAD _____ Tiempo que estuviste _____

C) Arcoiris (centro de primera acogida) EDAD _____ Tiempo que estuviste _____

D) Otro familiar EDAD _____ Tiempo que estuviste _____

2. ¿Qué fue lo que paso en tu casa?

3. Cuéntame cómo eran tus padres contigo:

- Madre:
- Padre:

4. ¿Eran cariños contigo?

5. ¿Te reñían o pegaban cuando no te comportabas bien?

- ¿Ante qué tipo de situaciones?
- ¿Qué fue lo que paso?
- ¿Quién estaba allí?
- ¿Qué hizo?

6. ¿Qué hacías cuando esto ocurría?

7. ¿En quién confiabas?

8. ¿Quién era cariñoso contigo?

9. Y ahora

- ¿En quién confías?
- ¿a quién le cuentas lo que sientes?
- ¿quién es cariñoso contigo?

10. ¿Tu padre trabajaba? ¿Dónde?

11. ¿Y tu madre trabajaba? ¿Dónde?

12. ¿Que solían hacer cuando no trabajaban?

13. ¿Qué solíais hacer juntos? ¿Qué era lo que más te gustaba hacer con ellos?

