

“This is an Accepted Manuscript of an article published by Taylor & Francis in Journal for the Study of Education and Development. Infancia y Aprendizaje, 35:4, 451-469, Accepted 21 Mar 2012, Published online: 23 Jan 2014, available at <https://doi.org/10.1174/021037012803495294>. It is deposited under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited, and is not altered, transformed, or built upon in any way

Estilo de apego y psicopatología en adolescentes víctimas de maltrato infantil

Nombre: Alexander Muela (*autor responsable de la correspondencia*)
e-mail: alexander.muela@ehu.eus

Filiación institucional: Universidad de Mondragón
Dirección postal: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de Mondragón. Bº Dorleta, s/n, 20540. Eskoriatza.

Nombre: Bárbara Torres
e-mail: barbara.torres@ehu.es
Filiación institucional: Universidad del País Vasco
Dirección postal: Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Avda. Tolosa, 70. 20018. Donostia-San Sebastián.

Nombre: Nekane Balluerka
e-mail: nekane.balluerka@ehu.es
Filiación institucional: Universidad del País Vasco
Dirección postal: Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Avda. Tolosa, 70. 20018. Donostia-San Sebastián.

Resumen

Los objetivos del presente trabajo consistieron en examinar si las experiencias de maltrato en la infancia influyen en el apego y en la psicopatología, así como en explorar posibles diferencias entre los jóvenes víctimas de maltrato con distintos tipos de intervenciones protectoras. En el estudio participaron 69 jóvenes víctimas de maltrato infantil que se hallaban en situación de acogimiento residencial, 75 jóvenes víctimas de maltrato infantil que se encontraban en situación de riesgo de desamparo y 174 jóvenes que no habían sufrido maltrato. Los resultados indican que sufrir maltrato antes de los 13 años representa un factor de riesgo para mostrar un apego inseguro y psicopatología en la adolescencia. Además, se encontraron algunas diferencias en psicopatología entre los dos grupos de jóvenes víctimas de maltrato infantil, las cuales podrían ser consecuencia de las distintas estrategias defensivas asociadas al estilo de apego constatadas entre ambos grupos.

Palabras clave: Maltrato infantil; psicopatología; apego; adolescencia.

Attachment style and psychopathology in adolescents victims of child maltreatment

Abstract

The aims of this study were to examine whether the experiences of maltreatment in childhood have an influence on attachment and psychopathology, as well as to explore differences between maltreated adolescents with different types of protective intervention. The study included 69 maltreated adolescents in residential child care, 75 adolescent victims of moderated maltreatment, living with their biological families under treatment, and 174

non-maltreated adolescents. Results reveal that being maltreated before the age of 13 is a risk factor to show insecure attachment and psychopathology in adolescence. In addition, we found some differences in psychopathology between the two maltreated groups, which could be consequence of different defensive strategies associated with attachment style.

Keywords: Child maltreatment; psychopathology; attachment; adolescence.

El maltrato infantil puede producir un deterioro en el funcionamiento biológico, psicológico y social de los niños y de los adolescentes. Los malos tratos en la infancia constituyen un importante factor de riesgo psicopatológico y están asociados con un pobre funcionamiento psicológico en la infancia (Cicchetti y Valentino, 2006; Shaffer, Huston y Egeland, 2008) en la adolescencia (Lázaro y López, 2010; Shaffer *et al.*, 2008) y en la edad adulta (Kaplow y Widom, 2007).

La perspectiva organizacional del desarrollo (Sroufe y Waters, 1977) que tanta influencia ha tenido en el campo de la Psicopatología del Desarrollo, proporciona un marco de referencia para entender el impacto que el maltrato infantil ejerce sobre el desarrollo y, a través del mismo, sobre la aparición de psicopatología en el transcurso del ciclo vital del sujeto.

Dado que el establecimiento de un vínculo de apego seguro es una de las primeras y principales tareas evolutivas que el niño debe resolver con éxito para continuar en una senda de desarrollo apropiada (Bowlby, 1969; López, 2006), no es extraño que el maltrato infantil, que representa un ambiente relacional patogénico y genera un riesgo sustancial de inadaptación a lo largo de los diferentes dominios biológicos y psicológicos del desarrollo (Cicchetti y Valentino, 2006), impacte negativamente en la resolución de esta tarea evolutiva.

Así, desde el primer estudio de Egeland y Sroufe (1981) que examinó los patrones de apego en una muestra de bebés víctimas de maltrato físico y negligencia severos, numerosos trabajos han constatado la preponderancia de apegos inseguros en los infantes (p. ej., Carlson, Cicchetti, Barnett y Braunwald, 1989; Cicchetti, Rogosch y Toth, 2006, 2011; Lyons-Ruth y Jacobvitz, 1999) y preescolares maltratados (p. ej., Crittenden, 1988, 1992; Stronach, Toth, Rogosch, Oshri, Manly y Cicchetti, 2011). De hecho, este resultado ha sido recogido en diferentes revisiones y meta-análisis (Baer y Martínez, 2006; Cyr, Euser, Bakermans-

Kranenburg y van IJzendoorn, 2010; Morton y Browne, 1998; van IJzendoorn, Schuengel y Bakermans-Kranenburg, 1999).

Además, diversas investigaciones muestran no sólo la mayor presencia de patrones de apego inseguros en los bebés y preescolares maltratados, sino una elevada tasa de patrones desorganizados (ver meta-análisis de Cyr *et al.*, 2010 y van IJzendoorn *et al.*, 1999) que, de acuerdo a algunos estudios, llega a situarse en torno al 80-90% (Carlson *et al.*, 1989; Cicchetti *et al.*, 2006; Lyons-Ruth y Jacobvitz, 1999).

Teniendo en cuenta esta asociación entre el maltrato infantil y los problemas en la seguridad y organización del apego en los niños pequeños, y de acuerdo a los planteamientos de la teoría del apego (Cassidy, 2000), cabe esperar que las creencias relativas al apego surgidas de las experiencias infantiles tiendan a persistir a lo largo del ciclo vital a través de los modelos operativos internos del sí mismo y de los otros en la relación, salvo que determinados sucesos vitales y/o nuevas experiencias relacionales favorezcan cambios en dichos modelos. De hecho, varios estudios longitudinales han demostrado la estabilidad de las clasificaciones de apego desde la infancia hasta la adolescencia y adultez temprana (ver la revisión de Grossmann, Grossmann y Waters, 2005). En el caso concreto del maltrato infantil, los resultados de diversos estudios longitudinales sugieren que las relaciones seguras en la infancia, en el improbable caso de existir, son potencialmente transitorias y suelen evolucionar hacia la inseguridad, mientras que los apegos inseguros en estos niños se caracterizan por una tendencia a la estabilidad (Cicchetti y Barnett, 1991; Egeland y Sroufe, 1981; Schneider-Rosen, Braunwald, Carlson y Cicchetti, 1985).

Más allá de la infancia y la etapa preescolar, otros estudios, aunque bastante menos numerosos, también han asociado la experiencia de maltrato en la niñez con la inseguridad del apego en la edad escolar (Finzi, Cohen, Sapir y Weizman, 2000) y en la adolescencia (Aspelmeier, Elliott y Smith, 2007; Bailey, Moran y Pederson, 2007; Carlson, 1998;

Levendosky, Huth-Bocks y Semel, 2002). No obstante, algún estudio longitudinal (Sternberg, Lamb, Guterman, Abbott y Dawud-Noursi, 2005) no parece corroborar que la experiencia de maltrato en la niñez se asocie con la inseguridad del apego en la adolescencia, mientras que sí constata la asociación entre sufrir maltrato en la adolescencia y mostrar un estilo de apego inseguro. Por otra parte, y en consonancia con la preponderancia de apegos desorganizados en niños maltratados, cabe señalar que en varios estudios realizados con la Entrevista de Apego Adulto (AAI), los adolescentes que habían sido maltratados en la infancia muestran un alto porcentaje de apego de tipo no resuelto (Tipo U/d, similar al apego desorganizado infantil) y un bajo porcentaje de apego de tipo seguro-autónomo (Bailey *et al.*, 2007; Zegers, Schuengel, van IJzendoorn y Janssens, 2006, 2008).

Sin embargo, aunque la relación entre el maltrato infantil y la inseguridad y desorganización del apego puede considerarse robusta a la luz de la evidencia empírica existente, encontramos un panorama bastante distinto cuando examinamos la literatura relativa a la asociación entre los diferentes tipos de maltrato infantil y los patrones o estilos de apego a lo largo del ciclo vital. En primer lugar, son escasas las investigaciones que posibilitan explorar el impacto de las distintas tipologías de maltrato infantil en el apego de los niños. Ya en la revisión de Morton y Browne (1998) se señala que pocos trabajos distinguen los diferentes tipos de maltrato y los que lo hacen o bien tienen muestras muy pequeñas, o no incluyen todas las tipologías (se examinan mayoritariamente el maltrato físico y la negligencia). Algunos estudios muestran que los niños víctimas de negligencia sufren un mayor riesgo de presentar apegos inseguros organizados, mientras que las víctimas de maltrato físico tienen un mayor riesgo de presentar apegos desorganizados (Carlson, 1998; Crittenden, 1988, Valenzuela, 1990). Por otra parte, varios trabajos concuerdan en que el maltrato físico se asocia al patrón evitativo, mientras que la negligencia parece vincularse al patrón ambivalente/resistente, tanto a infantes como en preescolares (Crittenden, 1985;

Egeland y Sroufe, 1981; Youngblade y Belsky, 1990), y en niños de edad escolar (Finzi, *et al.*, 2000; Finzi, Ram, Har-Even, Shnit y Weizman, 2001).

Por otra parte, algunos estudios con preescolares no han hallado diferencias en la organización del apego ni en las representaciones internas de la relación madre-hijo en función del tipo de maltrato, su cronicidad, frecuencia o severidad (Stronach *et al.*, 2011). Además, cabe señalar que los resultados de los meta-análisis que han examinado el impacto de los tipos de malos tratos sobre el apego tampoco arrojan resultados concluyentes. Así, Baer y Martínez (2006) encuentran que los niños maltratados tienen un 80% más de probabilidad de tener un apego inseguro que los grupos de comparación (no maltratados y/o alto riesgo no-maltratados). Por otra parte, observaron que el hecho de ser víctima de maltrato físico incrementaba en un 7% la probabilidad de tener un apego inseguro, mientras que el fracaso no orgánico en el desarrollo aumentaba un 3% la probabilidad de tener un apego inseguro. Sin embargo, en el reciente meta-análisis de Cyr y colaboradores (2010), debido a que el conjunto de estudios que incluían niños que habían sufrido maltrato físico era demasiado escaso (menos de 4 estudios), no pudieron constatar diferencias en el apego entre los niños víctimas de maltrato físico y los niños víctimas de negligencia. Por otra parte, sólo un estudio (Valenzuela, 1990) proporcionaba datos sobre desorganización en niños víctimas de negligencia y ninguno de los estudios informaba sobre la prevalencia de desorganización en niños físicamente maltratados. Por tanto, no fue posible comparar a los niños víctimas de maltrato físico y de negligencia en relación a la desorganización del apego.

Con respecto a esta falta de consistencia en los resultados relativos a influencias específicas de los tipos de maltrato sobre los patrones de apego en niños, conviene aludir a lo mencionado por Barnett, Manly y Cicchetti (1993), quienes indican que el hecho de no encontrar diferencias en los patrones de apego según el tipo de maltrato, puede deberse a que en los sistemas de clasificación del maltrato infantil no se han considerado aspectos de la

experiencia maltratante tales como la severidad, cronicidad y frecuencia, de modo que la gran heterogeneidad intra-grupo puede invalidar las comparaciones intergrupos.

La evidencia respecto al impacto que ejercen los tipos de maltrato sobre los estilos de apego en la adolescencia es todavía más escasa que en el caso de los niños. El estudio de Gauthier y colaboradores (Gauthier, Stollak, Messe y Aronoff, 1996) con adolescentes que habían sufrido maltrato físico y negligencia en la niñez encuentra también que el abuso físico sólo estaba relacionado con el estilo de apego evitativo. Más recientemente, Sternberg y colaboradores (2005) estudiaron diferentes grupos de adolescentes: víctimas de maltrato físico, testigos de violencia doméstica, víctimas de maltrato físico y violencia doméstica y jóvenes que no habían sufrido ni maltrato físico ni violencia doméstica, en una investigación longitudinal. Sus resultados indican que los adolescentes víctimas de maltrato físico informaban de apegos más débiles a sus progenitores que los adolescentes que no habían sufrido maltrato físico o los que únicamente habían sido testigos de violencia doméstica. Realmente, el conocimiento actual sobre las relaciones entre el maltrato infantil y el apego en los adolescentes es todavía escaso, de forma que apenas se ha profundizado en el estudio de los patrones de apego de los adolescentes maltratados ni en la identificación de posibles diferencias en el estilo de apego en función de diversas variables relevantes, tales como, el tipo de maltrato sufrido, o la existencia o no de una medida de separación de las figuras de apego, como puede ser la medida de protección adoptada.

Por otra parte, hay evidencia acumulada que asocia la presencia de diferentes indicadores de inadaptación psicológica y psicopatología tanto con el haber experimentado maltrato infantil (ver revisiones de: Cicchetti y Toth, 2005; Seraphin *et al.*, 2010), como con el presentar un patrón o estilo de apego inseguro (Brown y Wright, 2001; DeKlyen y Greenberg, 2008; Dozier, Stovall-McClough y Albus, 2008) y, particularmente, un apego de tipo desorganizado (Fearon, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Lapsley y Roisman,

2010; Lyons-Ruth y Jacobvitz, 2008; Sroufe, Coffino y Carlson, 2010; van IJzendoorn *et al.*, 1999). En este contexto, desde la perspectiva de la Psicopatología del Desarrollo que enmarca el presente estudio, resulta de particular relevancia examinar los hallazgos de las investigaciones que exploran la emergencia de síntomas y trastornos psicopatológicos considerando los patrones o estilos de apego en los sujetos que han sido víctimas de maltrato infantil.

A este respecto, desde el marco de la Psicopatología del Desarrollo no se espera una relación lineal y unidireccional entre las experiencias tempranas (ej: apego, maltrato infantil) y la psicopatología, ya que éstas interactúan de forma transaccional, compleja y sistémica con otros factores del desarrollo (Sroufe, Carlson, Levy y Egeland, 1999). Desde esta perspectiva, el papel de los procesos causales en la aparición de psicopatología es abordado considerando los factores de riesgo, protectores y promotores que, perteneciendo a diferentes dominios (biológico, cognitivo, emocional y social) y contextos del desarrollo (familia nuclear, familia extensa, grupo de iguales, cultura, etc.), interactúan entre sí de forma compleja (Cicchetti y Toth, 2009) para hacer posible la continuidad y el cambio, la equifinalidad y multifinalidad en lo que respecta a la presencia o ausencia de psicopatología.

Desde este planteamiento, las relaciones de apego a lo largo del desarrollo podrían ejercer un papel moderador en lo que respecta al impacto de diferentes factores sobre el bienestar psicológico de los individuos. De esta forma, no sólo funcionarían como factores de riesgo (en el caso de la inseguridad y/o desorganización) para la psicopatología, sino que podrían constituir un factor protector (en el caso de la seguridad) que compensaría, al menos en parte, los efectos de las experiencias adversas sobre la salud mental de las personas en diferentes etapas del ciclo vital. Así parecen sugerirlo varias investigaciones realizadas con población de niños de diferentes edades víctimas de maltrato infantil (Alink, Cicchetti, Kim y Rogosch, 2009; Sroufe, Egeland y Kreutzer, 1990; Toth y Cicchetti, 1996). Asimismo, existe

evidencia empírica que apoya el papel moderador que tiene el estilo o modelo mental de apego en la adultez, sobre la posible influencia del maltrato infantil en el desarrollo de problemas relacionales y de psicopatología (Muller, Lemieux y Sicoli, 2001; Rikhye *et al.*, 2008).

Finalmente, en cuanto a la etapa del desarrollo en la que se centra este trabajo, diferentes investigaciones sugieren un papel moderador del apego en la aparición de dificultades interpersonales y psicopatología en adolescentes que han sufrido malos tratos durante su infancia o niñez. En concreto, distintos trabajos han hallado que, entre los adolescentes víctimas de maltrato infantil, aquellos jóvenes que desarrollan un estilo de apego inseguro muestran importantes indicadores de psicopatología. Específicamente, existe evidencia en este sentido en lo que respecta a trastornos afectivos depresivos y ansiosos (Rikhye *et al.*, 2008), trastorno por estrés postraumático (Aspelmeier *et al.*, 2007; Bailey *et al.*, 2007), trastornos de la alimentación (Mallinckrodt, McCreary y Robertson, 1995), trastornos de conducta, comportamiento delictivo y abuso de sustancias (Carlson, 1998; Zegers *et al.*, 2008), trastornos de personalidad (Bailey *et al.*, 2007) y trastornos disociativos (Carlson, 1998, Nilsson, Holmqvist y Jonson, 2011). Asimismo, otros estudios han apoyado el papel que el apego seguro puede ejercer como amortiguador de los efectos adversos que la experiencia de haber sido maltratado en la niñez tiene en las habilidades sociales de los adolescentes (Levendosky *et al.*, 2002; Wekerle y Wolfe, 1998).

No obstante, conviene señalar que buena parte de estas investigaciones apuntan a que el rol moderador del estilo de apego sobre los efectos del maltrato infantil en la aparición de psicopatología puede ser bastante complejo. Por ejemplo, en el trabajo de Alink y colaboradores (2009), se encuentra que la regulación emocional es un factor mediador de la relación entre el maltrato y la psicopatología, pero que dicha mediación está moderada por la calidad del patrón relacional del niño con su madre: para el grupo de niños con un patrón

relacional inseguro, el maltrato estaba relacionado con niveles inferiores de regulación emocional, lo que predecía niveles superiores de sintomatología. Por el contrario, para el grupo con un patrón relacional seguro, no se daba la mediación de la regulación emocional ya que el impacto del maltrato sobre esta variable no era significativo. Otros trabajos apuntan a que el género parece ser un factor relevante en esta moderación al menos en lo que respecta a la predicción de relaciones abusivas y de victimización en adolescentes (Wekerle y Wolfe, 1998). Igualmente, y en lo que se refiere a los diferentes estilos o patrones de apego, algunos estudios con jóvenes y adultos apuntan a que los patrones de apego seguro y evitativos amortiguan los efectos del maltrato infantil sobre la psicopatología, mientras que el patrón de apego ansioso-preocupado favorece la sintomatología (Muller *et al.*, 2001).

En definitiva, todavía queda mucho por esclarecer acerca del papel que puede jugar la calidad del apego como factor moderador del desarrollo de la psicopatología entre los sujetos que han sido víctimas de malos tratos en su infancia o niñez.

Partiendo de este contexto, el primer objetivo del presente estudio persigue examinar si las experiencias de maltrato en la infancia influyen en el estilo de apego y en los indicadores de psicopatología en la adolescencia.

Por otra parte, tal y como ya se ha señalado, en la actualidad son pocas las investigaciones que han establecido comparaciones entre jóvenes bajo diferentes medidas de protección a la infancia. Por tal motivo, el segundo objetivo de este estudio es explorar posibles diferencias en el estilo de apego y en los indicadores de psicopatología entre los jóvenes maltratados en situación de acogimiento residencial y los jóvenes que fueron maltratados en la infancia pero no separados de su familia biológica, aunque en la actualidad se encuentren en situación de riesgo de desamparo y sean objeto de una intervención familiar. Además, hemos considerado pertinente comparar ambos grupos con un grupo de jóvenes que ni fueron objeto de maltrato en la infancia, ni se encuentran en una situación de desprotección

infantil. Por último, se ha examinado si el apego ejerce un efecto moderador sobre las consecuencias psicopatológicas del maltrato infantil en la adolescencia.

Método

Participantes

En el estudio participaron 318 jóvenes residentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco de edades comprendidas entre los 13 y los 18 años ($M = 15,35$, $DT = 1,68$) pertenecientes a tres colectivos. El primero de ellos estaba constituido por 69 jóvenes (31 mujeres y 38 varones) víctimas de maltrato infantil que se hallaban bajo una medida de protección a la infancia de acogimiento residencial (M de edad = $15,72$, $DT = 1,64$). El segundo grupo estaba formado por 75 jóvenes (29 mujeres y 46 varones) víctimas de maltrato infantil que se encontraban en situación de riesgo de desamparo (M de edad = $15,49$, $DT = 1,62$). Por último, el tercer grupo estaba constituido por 174 jóvenes (95 mujeres y 79 varones) que no se encontraban en situación de desprotección infantil (M de edad = $15,14$, $DT = 1,69$).

En la tabla 1 se presenta la clasificación de la experiencia maltratante de los menores en situación de acogimiento residencial y de los menores en situación de riesgo realizado a partir del Sistema de identificación y clasificación del maltrato infantil (SICMI; Muela, Balluerka y Torres, 2010) que se describe en el siguiente apartado.

Insertar Tabla 1 aprox. Aquí

Tal y como se puede observar en la Tabla 1, de acuerdo con la aplicación del SICMI, la experiencia maltratante de los jóvenes que se encontraban en situación de acogimiento residencial se caracterizaba por una alta coocurrencia de diferentes tipos de maltrato (88,4%), siendo el maltrato emocional (87%) y la negligencia infantil (82,6%) los tipos de mayor incidencia. Si tomamos como referencia el tipo de maltrato predominante, nuevamente el

maltrato emocional (60,9%) se revela como el más frecuente. Cabe señalar que en la mayoría de los casos la experiencia maltratante fue categorizada como grave (88,4%), no existiendo ningún caso considerado como leve. Además, la experiencia maltratante de este grupo se caracterizaba por el patrón crónico de maltrato (79,7%), una elevada frecuencia de maltrato (95,7%), los padres biológicos eran los maltratadores, y existía una victimización en más de una etapa del desarrollo (82,6%).

En lo que se refiere a los adolescentes en situación de riesgo (véase la Tabla 1), una mayoría también experimentó coocurrencia de diferentes tipos de maltrato (81,3%). En lo que respecta a los tipos de maltrato infantil, nuevamente el maltrato emocional fue el de mayor incidencia (84%), seguido de la negligencia (77,3%), el maltrato físico (28%) y el abuso sexual (5,3%). El tipo de maltrato predominante es una vez más el maltrato emocional (62,7%), seguido de la negligencia (36%) y, en menor proporción, del maltrato físico (1,3%), no categorizándose en ningún caso el abuso sexual como el tipo de maltrato predominante. A diferencia de los casos que estaban en situación de acogimiento residencial, la mayoría de los casos que se encontraban en situación de riesgo fueron valorados como de gravedad leve o moderada (77,3%), aunque se encontró un importante número de casos que fueron catalogados como graves (22,7%). En lo que se refiere a la cronicidad, cabe destacar que la mayoría de los casos sufrieron un patrón crónico de maltrato (62,7%). Además, el 53,3% sufrió alta frecuencia de maltrato en su infancia, en todos los casos los padres biológicos eran los maltratadores, en el 52% de los casos el maltrato ocurrió en más de una etapa del desarrollo y en un 14,7% los menores fueron objeto de separación temporal de los padres biológicos.

Instrumentos

Sistema de Identificación y Clasificación del Maltrato infantil (SICMI; Muela *et al.*, 2010). El SICMI fue creado para el presente estudio y permite identificar y clasificar el maltrato sufrido por los individuos en diferentes etapas evolutivas. El sistema contempla no sólo los principales tipos de maltrato (Maltrato físico, Negligencia, Abuso sexual y Maltrato emocional), sino también una serie de dimensiones relevantes para la identificación y clasificación de la experiencia maltratante: el tipo de maltrato predominante, la gravedad de la experiencia maltratante, la cronicidad y frecuencia del maltrato, la identidad del maltratador, el estadio del desarrollo en el que ocurre el maltrato y la separación del sujeto de sus figuras de apego. En este trabajo el SICMI se ha utilizado para categorizar el maltrato sufrido en la infancia por los adolescentes participantes en el estudio.

Según el SICMI, una conducta es codificada como maltrato físico cuando el cuidador o adulto responsable inflige daño físico sobre el/la niño/a/adolescente de forma no accidental. La negligencia infantil hace referencia a la incapacidad de los cuidadores para cubrir las necesidades físicas básicas de alimentación, vestimenta, higiene, salud (física y mental) y vivienda. En el SICMI, una conducta es codificada como abuso sexual cuando se produce cualquier contacto o intento de contacto sexual entre un cuidador o adulto responsable y un/una niño/a/adolescente, con un objetivo de gratificación sexual o beneficios económicos por parte del adulto. En lo que respecta al maltrato emocional, el presente sistema de clasificación parte del supuesto de que son tres las necesidades emocionales básicas a las que los cuidadores que maltratan a los niños/as/adolescentes no responden adecuadamente, a saber, las necesidades de protección y seguridad psicológica, de aceptación y autoestima, y de autonomía personal adecuada para la edad.

Versión española del Sistema de Evaluación de la Conducta en Niños y Adolescentes (BASC, González, Fernández, Pérez y Santamaría, 2004). El BASC evalúa los indicadores de psicopatología. Esta evaluación puede realizarse utilizando distintas fuentes de información:

los padres o cuidadores (BASC-P), el personal docente (BASC-T) y el propio sujeto (BASC-S).

Los cuestionarios de valoración para padres o cuidadores (BASC-P) y para profesores (BASC-T) incluyen descriptores de conductas con un formato de elección múltiple de cuatro alternativas (desde “Nunca” hasta “Casi siempre”). Se necesitan entre 10-20 minutos para cumplimentarlo. El cuestionario de valoración para profesores está formado por 123 ítems y 21 escalas: 3 escalas de control y 18 escalas agrupadas en Escalas clínicas, Escalas Adaptativas y Dimensiones globales. Un ejemplo de ítem del Basc-T sería “Se queja de tener pensamientos desagradables que no puede eliminar”. Por otra parte, el cuestionario de valoración para padres o cuidadores se compone de 137 ítems y 18 escalas: 3 escalas de control y 15 escalas agrupadas en Escalas clínicas, Escalas Adaptativas y Dimensiones globales. Un ejemplo de ítem del Basc-P sería “Parece alejado de la realidad”. El autoinforme de personalidad (BASC-S) consta de 185 enunciados que han de ser evaluados como “Verdadero” o “Falso” y se necesitan aproximadamente 30 minutos para contestarlo. El instrumento incluye 23 escalas: 5 escalas de control y 18 escalas agrupadas en Escalas clínicas, Escalas Adaptativas y Dimensiones globales. Un ejemplo de ítem del Basc-S sería “No logro controlar lo que me pasa”.

Las tres versiones del instrumento (BASC-T, BASC-P y BASC-S) han mostrado una alta consistencia interna (el alpha de Cronbach de las escalas oscila entre 0,70 y 0,90) y una adecuada estabilidad temporal (valor promedio de las medianas = 0,84; 0,81 y 0,76 para el BASC-T, BASC-P y BASC-S, respectivamente) para un intervalo de tiempo de tres meses. Las tres versiones españolas del BASC fueron sometidas a varios estudios de validez (análisis de la estructura factorial de las escalas, validez de criterio y estudio de los perfiles de los adolescentes con diferentes trastornos clínicos). Se han obtenido evidencias de validez en los

distintos formularios: el del profesor (BASC-T), el de los padres o cuidadores (BASC-P) y el autoinforme (BASC-S) (González *et al.*, 2004).

La presencia de indicadores psicopatológicos fue determinada a partir de la puntuación T obtenida en la dimensión global Índice de Síntomas Comportamentales del cuestionario de valoración para padres o cuidadores (BASC-P) y tutores escolares (BASC-T), y a través de la puntuación T observada en la dimensión global de Desajuste Clínico en el autoinforme (BASC-S).

Cuestionario Modelos Individuales de Relación (CaMir, Pierrehumbert, Karmaniola, Sieye, Meisler, Miljkovitch y Halfon, 1996). El CaMir es un cuestionario que mide las representaciones de apego. Se fundamenta en las evaluaciones que realiza el sujeto sobre las experiencias de apego pasadas y presentes y sobre el funcionamiento familiar. Son tres los estilos de apego definidos de acuerdo a si los participantes informan sobre el soporte emocional y la seguridad esperada y encontrada en los otros (estilo seguro), si son partidarios de la autosuficiencia e independencia (evitativo) o, por el contrario, si se sienten inmersos en relaciones que son perjudiciales para su autonomía (preocupado).

Para esta investigación se utilizó la versión Q-Sort del CaMir adaptada al castellano (Lacasa, 2008). Consta de 72 ítems (transcritos cada uno sobre una tarjeta) y se necesitan aproximadamente 45-55 minutos para cumplimentarlo. El procedimiento Q-sort disminuye la deseabilidad social y permite explorar aspectos importantes de la experiencia personal del sujeto (Pierrehumbert *et al.*, 1996).

La consistencia interna del instrumento mostró un valor $\alpha = 0,78$ antes de la distribución forzada, característica del procedimiento Q-sort. La fiabilidad test-retest, medida a través del coeficiente de correlación intraclase, para un intervalo de un mes, mostró valores de 0,76, 0,71 y 0,74, para los índices-Q seguro, evitativo y preocupado, respectivamente. La

versión adaptada al castellano del CaMir ha sido utilizada en diversas investigaciones obteniéndose evidencias de la validez del instrumento (Lacasa, 2008; Muela, 2010).

El estilo de apego fue determinado a partir de la puntuación T obtenida en las dimensiones de seguridad, evitación y preocupación del apego. Se hallaron puntuaciones T entre 17 y 62 en la dimensión de seguridad del apego. Se consideró que los 172 sujetos que tenían puntuaciones iguales o superiores al percentil 50 en la dimensión de seguridad del apego presentaban un estilo de apego seguro (adoptando el rango de puntuaciones valores ubicados entre 54 y 62), mientras que los sujetos que obtuvieron puntuaciones iguales o inferiores al percentil 33 en dicha dimensión presentaban un estilo de apego inseguro (adoptando el rango de puntuaciones valores ubicados entre 17 y 50; se perdieron 43 sujetos). De los 108 sujetos derivados de la clasificación anterior, se descartaron 6 que no presentaban una puntuación T mayor de 50 en las dimensiones de apego evitativo o preocupado.

Entre los sujetos con un apego inseguro, el adolescente era clasificado con un estilo de apego evitativo o preocupado dependiendo de su puntuación en las dimensiones de evitación y preocupación del apego. Si el sujeto presentaba una puntuación mayor en la dimensión de evitación que en la dimensión de preocupación, se consideraba que mostraba un estilo de apego inseguro evitativo. Por el contrario, si el sujeto presentaba una puntuación mayor en la dimensión de preocupación que en la dimensión de evitación, se consideraba que presentaba un estilo de apego inseguro preocupado.

Procedimiento

La investigación se desarrolló en tres fases. La primera fase se centró en la administración de los instrumentos y en la recogida de datos de los jóvenes en situación de acogimiento residencial. En una segunda y tercera fase, se hizo lo propio con los adolescentes

que se encontraban en situación de riesgo y con los jóvenes que no estaban en situación de desprotección infantil, respectivamente.

En la primera de ellas, tras obtener el consentimiento tanto por parte de los Servicios de Protección Infantil como por parte de los jóvenes para llevar a cabo el estudio, se tuvo acceso al archivo de expedientes del Departamento de Infancia de las instituciones colaboradoras (Diputación Foral de Guipúzcoa, Diputación Foral de Álava y Ayuntamiento de Vitoria). Una vez confirmados los criterios de inclusión (tener una edad entre 13 y 18 años, haber sufrido maltrato antes de los 13 años y permanecer en situación de acogimiento residencial) y de exclusión (ser un menor extranjero no acompañado o no tener capacidad cognitiva suficiente para poder completar los cuestionarios) que se habían establecido, se llevó a cabo la lectura y el análisis de los expedientes abiertos de los jóvenes seleccionados y se aplicó el SICMI. Tras recoger la información de cada caso, se procedió a administrar a los jóvenes, a los educadores de referencia y a los tutores escolares las pruebas de evaluación.

La segunda fase se llevó a cabo mediante un procedimiento similar, con la diferencia de que en este caso se contó con la colaboración de los Departamentos de Infancia del Ayuntamiento de Vitoria y San Sebastián y de los padres biológicos. Además, los adolescentes debían cumplir con los criterios de tener una edad entre 13 y 18 años, haber sufrido maltrato antes de los 13 años y estar en situación de riesgo de desamparo. Una vez recogida la información de cada caso, se procedió a administrar a los jóvenes, padres y profesores las pruebas de evaluación correspondientes.

Por último, en una tercera fase, solicitamos a dos centros escolares públicos su colaboración para disponer de un grupo de jóvenes que no estuvieran en situación de desprotección como criterio de control. Una vez obtenido el consentimiento de los centros escolares y de los padres de los participantes, y comprobado que no habían sufrido maltrato,

procedimos a administrar las pruebas de evaluación a los jóvenes, padres y profesores, respectivamente, siguiendo el mismo procedimiento que en los casos anteriores

Resultados

Descripción de la muestra en función de las variables consideradas en el estudio

Insertar Tabla 2 aprox. Aquí

Tal y como se puede observar en la Tabla 2, los estilos de apego inseguros (80,7%) caracterizan a los jóvenes en situación de acogimiento residencial. Entre dicho porcentaje, un 66,7% fue clasificado con un estilo de apego preocupado, mientras que un 14% fue clasificado con un estilo de apego evitativo. Asimismo, estos jóvenes presentaban una alta tasa de indicadores de psicopatología (76,8%) encontrándose síntomas externalizantes (36,2%), como, por ejemplo, problemas de conducta, hiperactividad y conducta atípica, y síntomas internalizantes (40,6%), tales como depresión, ansiedad y somatización.

Los jóvenes en situación de riesgo, en lo que respecta al estilo de apego, aunque en menor medida que los adolescentes en situación de acogimiento residencial, se caracterizan, principalmente, por presentar unos estilos de apego inseguros (65,6%). Concretamente, a diferencia de lo que ocurre con los casos en situación de acogimiento residencial, la mayoría de los sujetos (42,6%) presenta un estilo de apego evitativo, mientras que un menor porcentaje muestra un estilo de apego preocupado (23%). Asimismo, muchos de estos jóvenes presentan indicadores de psicopatología (76%), tanto de tipo externalizante (37,3%) como internalizante (38,7%).

Los menores que no se encontraban en situación de desprotección infantil, a diferencia de las submuestras de los jóvenes que se encontraban en situación de acogimiento

residencial y en situación de riesgo, se caracterizan principalmente por presentar un estilo de apego seguro (89,2%). Por otra parte, el número de sujetos que presentan indicadores de psicopatología es muy reducido (14,9%), siendo estos indicadores mayoritariamente de tipo internalizante (85,1%).

Influencia de la situación de desprotección infantil sobre el apego

En la Tabla 3 se pueden observar las puntuaciones medias y las desviaciones típicas presentadas por los adolescentes en las tres dimensiones del apego en función de la situación de desprotección.

Insertar Tabla 3 aprox. Aquí

Con el objetivo de examinar si la situación de desprotección influía sobre el apego, se llevó a cabo un análisis multivariante de la covarianza, en el que se tomó la situación de desprotección como variable predictora y las dimensiones de seguridad, evitación y preocupación del apego, medidas a través del CaMir, como variables criterio, controlando los efectos del sexo y de la edad. Los resultados pusieron de manifiesto que ninguna de las covariables afectaba a las variables criterio. En lo que respecta a la situación de desprotección, se observó que ésta ejercía una influencia estadísticamente significativa tanto sobre las puntuaciones obtenidas en la dimensión de seguridad del apego, $F(2,313) = 90,551$; $p = 0,0001$, como sobre las obtenidas en la dimensión de evitación, $F(2,313) = 22,887$; $p = 0,0001$, y en la dimensión de preocupación, $F(2,313) = 33,316$; $p = 0,0001$. Las comparaciones múltiples a posteriori llevadas a cabo mediante la prueba de Tukey mostraron que en el caso de la dimensión de seguridad del apego existían diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes que no habían sufrido maltrato y los que se encontraban tanto en acogimiento residencial como en situación de riesgo ($p = 0,0001$). A su vez, los

tamaños del efecto asociados a tales diferencias de medias fueron de gran magnitud tanto en lo que respecta a la primera comparación (g de Hedges No desprotección-Acogimiento residencial = 1,78), como en lo referente a la segunda (g de Hedges No desprotección-Riesgo = 1,14). Por otra parte, los jóvenes en situación de riesgo mostraron un apego más seguro que los que se encontraban bajo la medida de protección de acogimiento residencial ($p = 0,0001$; g de Hedges Riesgo-Acogimiento residencial = 0,64).

En cuanto a la dimensión de evitación del apego, los adolescentes que se hallaban en acogimiento residencial presentaron un apego más evitativo que los que no se encontraban en situación de desprotección ($p = 0,002$; g de Hedges Acogimiento residencial-No desprotección = 0,48). Asimismo, existían diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,0001$) y de una magnitud considerable (g de Hedges No desprotección-Riesgo = 0,96) entre los adolescentes no maltratados y los que se encontraban en situación de riesgo. A su vez, estos últimos presentaban un apego más evitativo que los que se hallaban en acogimiento residencial ($p = 0,013$; g de Hedges Riesgo-Acogimiento residencial = 0,47).

Por último, en cuanto a la dimensión de preocupación del apego, los adolescentes que se hallaban en acogimiento residencial presentaban mayores puntuaciones que los que no se encontraban en situación de desprotección ($p = 0,0001$; g de Hedges Acogimiento residencial-No desprotección = 1,14). A su vez, los adolescentes que estaban en acogimiento residencial presentaban un apego más preocupado que los que permanecían en situación de riesgo ($p = 0,0001$; g de Hedges Acogimiento residencial-Riesgo = 0,66), al igual que estos últimos con respecto a los no maltratados ($p = 0,002$; g de Hedges Riesgo-No desprotección = 0,48).

Influencia de la situación de desprotección y del estilo de apego en los indicadores de psicopatología

Con el objetivo de examinar si la situación de desprotección y el estilo de apego ejercían influencia sobre los indicadores de psicopatología, se llevó a cabo un MANCOVA, en el que, controlando los efectos de las covariables sexo y edad, se tomaron la situación de desprotección y el estilo de apego como variables predictoras, y el desajuste clínico y los síntomas comportamentales observados por los profesores y padres o cuidadores, medidos a través del BASC-S, BASC-T y BASC-P, respectivamente, como variables criterio. Los resultados mostraron que ninguna de las covariables afectaba a las variables criterio. Además, la situación de desprotección ejercía una influencia estadísticamente significativa tanto sobre el desajuste clínico, $F(2,201) = 5,881$; $p = 0,003$, como sobre los síntomas comportamentales observados por los profesores, $F(2,201) = 7,738$; $p = 0,001$, y padres o cuidadores, $F(2,201) = 7,446$; $p = 0,001$. Las comparaciones múltiples a posteriori llevadas a cabo mediante la prueba de Tukey pusieron de manifiesto que, en el caso del desajuste clínico, existían diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes que no se encontraban en situación de desprotección ($M = 43,39$; $DT = 7,23$) y los que se encontraban tanto en acogimiento residencial ($M = 55,13$; $DT = 12,56$) como en situación de riesgo ($M = 54,87$; $DT = 13,48$) ($p = 0,0001$ en ambas comparaciones). A su vez, los tamaños del efecto asociados a tales diferencias de medias fueron de gran magnitud tanto en lo que respecta a la primera comparación (g de Hedges No desprotección-Acogimiento residencial = 1,18) como en lo referente a la segunda (g de Hedges No desprotección-Riesgo = 1,15). Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes que se hallaban en acogimiento residencial y los que se encontraban en situación de riesgo. En este caso, el tamaño del efecto asociado a la diferencia de medias fue de escasa magnitud (g de Hedges Acogimiento residencial-Riesgo = 0,03).

En cuanto a los síntomas comportamentales observados por los profesores, los adolescentes que se hallaban en acogimiento residencial ($M = 61,43$; $DT = 13,64$) presentaron más síntomas comportamentales que los que no habían sido víctimas de maltrato ($M = 46,53$; $DT = 8,88$) ($p = 0,0001$; g de Hedges Acogimiento residencial-No desprotección = 1,47). Asimismo, existían diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,0001$) y de una magnitud considerable (g de Hedges No desprotección-Riesgo = 1,06) entre los adolescentes no maltratados y los que se encontraban en situación de riesgo ($M = 57,28$; $DT = 9,16$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes que se hallaban en acogimiento residencial y los que estaban en situación de riesgo, aunque, en este caso, el tamaño del efecto asociado a la diferencia de medias fue de una magnitud moderada (g de Hedges Acogimiento residencial-Riesgo = 0,41).

Por último, en cuanto a los síntomas comportamentales observados por los padres o cuidadores, los adolescentes que se hallaban en acogimiento residencial ($M = 67,02$; $DT = 17,04$) presentaron más síntomas comportamentales que los que no se encontraban en situación de desprotección ($M = 46,77$; $DT = 9,39$) ($p = 0,0001$; g de Hedges Acogimiento residencial-No desprotección = 1,69). Asimismo, existían diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,0001$) y de una magnitud considerable (g de Hedges No desprotección-Riesgo = 1,17) entre los adolescentes que no se encontraban en situación de desprotección y los que estaban en situación de riesgo ($M = 60,79$; $DT = 15,01$). A su vez, los adolescentes que estaban en acogimiento residencial presentaban más síntomas comportamentales que los que permanecían en situación de riesgo ($p = 0,030$; g de Hedges Acogimiento residencial-Riesgo = 0,52).

Por otra parte, en lo que respecta a la variable estilo de apego, los resultados mostraron que ejercía una influencia estadísticamente significativa sobre el desajuste clínico, $F(2,201) = 8,68$; $p = 0,0001$. Las comparaciones múltiples a posteriori llevadas a cabo mediante la prueba de Tukey pusieron de manifiesto que existían diferencias estadísticamente

significativas entre los adolescentes que mostraban un estilo de apego seguro ($M = 45,08$; $DT = 9,48$) y los jóvenes que presentaban tanto un estilo de apego evitativo ($M = 50,65$; $DT = 12,84$) como preocupado ($M = 58,47$; $DT = 11,76$) ($p = 0,016$ y $p = 0,0001$, respectivamente). A su vez, se observaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,002$) entre los adolescentes que presentaban un estilo de apego evitativo y un estilo de apego preocupado. El tamaño del efecto fue de magnitud moderada en lo que respecta a la primera comparación (g de Hedges Seguro-Evitativo = $0,56$) y de mayor magnitud en lo referente a la segunda (g de Hedges Seguro-Preocupado = $1,34$) y la tercera (g de Hedges Evitativo-Preocupado = $0,78$).

El estilo de apego no ejerció una influencia estadísticamente significativa sobre los síntomas comportamentales observados por los profesores y los síntomas comportamentales observados por los padres o cuidadores. No obstante, debido a la escasa potencia de la prueba estadística, optamos por realizar comparaciones entre pares de medias utilizando, en lugar de la prueba de Tukey, un índice alternativo a la prueba de significación de la hipótesis nula, como es el tamaño del efecto (Balluerka, Gómez e Hidalgo, 2005). En cuanto a los síntomas comportamentales observados por los profesores, el tamaño del efecto asociado a la diferencia de medias entre los jóvenes que presentaban un estilo de apego seguro ($M = 49,37$; $DT = 11,08$) y los que presentaban un estilo de apego evitativo ($M = 57,19$; $DT = 9,92$) fue de magnitud importante (g de Hedges Seguro-Evitativo = $0,77$). Asimismo, entre los jóvenes que presentaban un estilo de apego seguro y los que presentaban un estilo de apego preocupado ($M = 58,40$; $DT = 12,92$) se observó un efecto de gran magnitud (g de Hedges Seguro-Preocupado = $0,89$). El efecto fue de magnitud pequeña para la comparación entre los jóvenes que mostraban un estilo de apego evitativo y los que presentaban un estilo de apego preocupado (g de Hedges Evitativo-Preocupado = $0,12$).

En cuanto a los síntomas comportamentales observados por los padres o cuidadores, el tamaño del efecto asociado a la diferencia de medias fue de gran magnitud entre los

jóvenes que presentaban un estilo de apego seguro ($M = 50,31$; $DT = 13,24$) y los que presentaban un estilo de apego preocupado ($M = 65,32$; $DT = 14,72$) (g de Hedges Seguro-Preocupado = 1,26) y de magnitud moderada entre los jóvenes que presentaban un estilo de apego evitativo ($M = 58$; $DT = 14,17$) y los que presentaban tanto un estilo de apego seguro como preocupado (g de Hedges Evitativo-Seguro = 0,64 y g de Hedges Evitativo-Preocupado = 0,61).

Por último, se observó que el efecto de interacción entre la situación de desprotección y el estilo de apego no resultó estadísticamente significativo para ninguna de las variables criterio.

Discusión

Los objetivos fundamentales del presente estudio consistían en examinar si las experiencias de maltrato en la infancia influyen en el estilo de apego y en los indicadores de psicopatología en la adolescencia, así como en explorar posibles diferencias en estas variables entre los jóvenes que, habiendo sido víctimas de maltrato infantil en su niñez, se encontraban experimentando distintas medidas de intervención protectora. Además, se pretendía estudiar si el apego podía ejercer un efecto moderador sobre las consecuencias psicopatológicas del maltrato infantil.

Los resultados pusieron de manifiesto que los sujetos que no han sufrido maltrato en su infancia presentan una mayor puntuación en la dimensión de seguridad del apego, y una menor puntuación en las dimensiones de evitación y preocupación, que los jóvenes víctimas de maltrato infantil tanto en situación de acogimiento residencial como de riesgo. Este resultado coincide con diversos estudios que han observado una asociación entre el maltrato infantil y el apego inseguro en la adolescencia y el principio de la edad adulta (Aspelmeier *et al.*, 2007; Bailey *et al.*, 2007; Carlson, 1998; Levendosky *et al.*, 2002).

Además, cabe destacar que también se encontraron diferencias entre los dos grupos de sujetos víctimas de maltrato infantil. Los jóvenes en situación de acogimiento residencial presentan puntuaciones más elevadas en la dimensión de preocupación apuntando a una estrategia relacional de “hiperactivación” del sistema de apego (Dozier y Kobak, 1992), mientras que los jóvenes en situación de riesgo presentan puntuaciones más elevadas en la dimensión de evitación del apego sugiriendo una estrategia relacional “desactivada” (Dozier y Kobak, 1992).

Consideramos que quizás estas diferencias en las dimensiones del apego puedan vincularse al hecho diferencial de encontrarse o no separados de sus padres o cuidadores principales, condición ésta ligada habitualmente a la gravedad de la situación de desprotección existente. Así, la mayor gravedad del maltrato experimentado que ha conducido a la separación de las figuras de apego puede haber favorecido el surgimiento o reforzamiento de un modelo operativo negativo del sí mismo caracterizado por una baja autoestima, una falta de autonomía en relación a los otros y una creencia fundamental de que el *self* no es merecedor de amor y apoyo, elementos propios del modelo del *self* identificado en el estilo de apego preocupado (Muller *et al.*, 2001). Por el contrario, la mayor evitación de los jóvenes del grupo de riesgo puede haberse visto potenciada tanto por el hecho de haber sufrido un maltrato de menor gravedad y/o por no haber sido separados de sus progenitores o, en caso de haberlo sido, porque dicha separación haya sido temporal. En este caso, la negatividad en los modelos operativos internos puede estar más anclada en el modelo de los otros que en el del sí mismo, de forma que el temor a depender de los otros se asocia a una infravaloración de la importancia de las relaciones y a un incremento relativo de la confianza en uno mismo (Alexander, 1993), aspectos característicos del estilo de apego evitativo.

En lo que se refiere a los indicadores de psicopatología, los datos obtenidos coinciden con los resultados de otras investigaciones, con o sin grupos de comparación, en las que se ha

constatado que los niños que han sufrido maltrato en la infancia muestran importantes problemas psicopatológicos en la adolescencia (Carlson, 1998; Kaplan *et al.*, 1998; Shaffer *et al.*, 2008). Además, los datos relativos a posibles diferencias en la presencia de indicadores psicopatológicos en los dos grupos de jóvenes víctimas de maltrato infantil, ofrecen algunos resultados de interés. Así, cuando la psicopatología es evaluada por el propio sujeto, como es el caso del Desajuste Clínico, no hemos encontrado diferencias entre los adolescentes en acogimiento residencial y los que se encuentran en situación de riesgo. Sin embargo, cuando los indicadores psicopatológicos son heteroinformados (Síntomas Comportamentales evaluados por los profesores o por los progenitores/educadores), parece que los jóvenes acogidos presentan mayores niveles de psicopatología que los de riesgo. Aunque no resulta fácil ofrecer una justificación concluyente para estos resultados, es posible que, en la dimensión de Desajuste Clínico, la deseabilidad social haya jugado un papel relevante en el caso de los jóvenes acogidos, mientras que no haya sido tan importante en el caso de los adolescentes en riesgo. Esta interpretación tiene un apoyo parcial en el resultado que nos indica una mayor presencia de estilos preocupados en los jóvenes acogidos y una preponderancia de los estilos evitativos en los adolescentes en situación de riesgo. Así, la estrategia defensiva habitual de estos últimos que favorece su sentido de auto-eficacia y autovalía (Cicchetti y Rogosch, 1997), puede no requerir un esfuerzo consciente por encubrir los índices de malestar o psicopatología, ocurriendo lo contrario en el caso de los sujetos con un estilo preocupado de apego, propio de los adolescentes en acogimiento residencial. En cambio, este elemento perdería su influencia cuando la psicopatología es evaluada por terceros, de forma que los jóvenes en situación de acogimiento tienden a ser evaluados tanto por sus profesores como por sus cuidadores como presentando más síntomas comportamentales que los adolescentes en situación de riesgo.

Asimismo, al igual que otras investigaciones realizadas con adolescentes y adultos (Brown y Wright, 2001; Dozier *et al.*, 2008), nuestros resultados ponen de manifiesto que aquellos sujetos que presentan un estilo de apego inseguro muestran mayores indicadores de psicopatología que los que muestran un apego seguro. Además, en los sujetos con estilos de apego inseguro, los datos muestran niveles superiores de índices psicopatológicos en los jóvenes con un estilo de apego preocupado que en los adolescentes con un estilo de apego evitativo, tal y como también han constatado otros estudios (Muller *et al.*, 2001; Murphy y Bates, 1997), lo que estaría en consonancia con la estrategia defensiva ya mencionada de estos últimos y proporcionaría un apoyo parcial a nuestra tentativa de explicación sobre los diferentes niveles de psicopatología hallados en los adolescentes acogidos y los jóvenes que mantienen la convivencia con sus progenitores.

Por otra parte, la interacción entre la situación de desprotección y el estilo de apego no resultó estadísticamente significativa. En consecuencia, cabe señalar que los resultados de nuestro estudio no permiten concluir que el apego tiene un efecto moderador sobre el impacto que la situación de desprotección ejerce en la psicopatología de los jóvenes.

Así pues, nuestros resultados indican que ser víctima de maltrato infantil antes de los 13 años, y desarrollar un estilo de apego preocupado representan factores de riesgo para presentar elevados indicadores de psicopatología en la adolescencia. Además, los resultados también sugieren que la condición de estar separado de la propia familia se asocia, al menos en la evaluación realizada por terceros, a mayor presencia de índices psicopatológicos.

En cuanto a la vertiente aplicada de los hallazgos principales del estudio, consideramos importante realizar dos tipos de observaciones. Por un lado, el hecho de constatar niveles importantes de psicopatología entre los jóvenes víctimas de maltrato infantil, con independencia de si se hayan o no separados de su familia, nos lleva a enfatizar la necesidad de que la intervención en materia de protección infantil contemple no sólo las

habituales cuestiones de seguridad y permanencia, sino también el bienestar de los niños y jóvenes implicados, tal y como algunos autores han planteado en el caso particular de los menores acogidos (Altshuler y Gleeson, 1999; Sullivan y van Zyl, 2008).

Por otra parte, teniendo en cuenta que nuestros resultados confirman la asociación entre el maltrato infantil y la inseguridad del apego, conviene reiterar que la intervención protectora ha de tener en la teoría del apego un referente esencial que se traduzca en programas y estrategias específicos para tratar de modificar las representaciones y estilos de apego de los menores víctimas de maltrato infantil. Aunque difícil, esto es también aplicable en el caso de los niños y jóvenes en acogimiento residencial, tal y como lo evidencian los trabajos que muestran que el hecho de establecer un vínculo de apego seguro durante el acogimiento residencial puede ser una experiencia emocional correctora y una oportunidad para construir modelos operativos internos adaptativos (Schuengel y van IJzendoorn, 2001) que favorecen un mejor ajuste en el período de duración del acogimiento, asociándose a menores niveles de agresividad, depresión y problemas de conducta (Born, Chevalier y Humblet, 1997; Shealy, 1995).

En lo que se refiere a los jóvenes en situación de riesgo, la literatura especializada en la intervención con menores, así como nuestra propia experiencia clínica, promulga igualmente la bondad de las intervenciones orientadas a la potenciación del vínculo seguro entre hijos y padres (Obsuth, Moretti, Holland, Braber y Cross, 2006).

No queremos finalizar el trabajo sin señalar algunas de sus limitaciones. En primer lugar, hemos de decir que los resultados aquí obtenidos tendrían mayor validez externa si se replicaran con muestras más amplias de sujetos. Cabe señalar que la limitada cantidad de participantes junto a la elevada comorbilidad de los tipos de maltrato infantil experimentados, no nos han permitido examinar los potenciales efectos diferenciales de los tipos de maltrato.

Por otra parte, en el presente trabajo, la medición del apego y de la psicopatología se ha realizado mediante instrumentos basados en autoinformes, lo que puede generar cierto sesgo en la emisión de respuestas. Consideramos que sería adecuado utilizar otro tipo de fuentes para contrastar los datos proporcionados por los cuestionarios. En lo que se refiere a los indicadores de psicopatología, hubiese sido deseable contar con la colaboración de psicólogos clínicos y/o psiquiatras que realizaran evaluaciones más exhaustivas de los problemas psicopatológicos de los jóvenes. En cuanto al constructo del apego, hemos de tener en cuenta que los jóvenes que han sufrido maltrato en la infancia tienden a mostrar una fuerte resistencia para hacer explícitos estos temas y una tendencia a tratar de evitarlos cuando se les pregunta por ellos (Moreno, 2006). Por tal razón, en estos casos, la utilización de técnicas de evaluación narrativas menos sujetas al procesamiento consciente de los sujetos puede resultar un buen complemento para la evaluación de las representaciones internas. Vinculada a este último aspecto, cabe señalar que otra limitación del presente estudio ha sido la imposibilidad de medir el tipo de apego desorganizado/desorientado. Diversos estudios han mostrado que, en la infancia, a las víctimas de maltrato infantil se les tiende a clasificar principalmente en este patrón de apego (Cicchetti *et al.*, 2006). Sin embargo, es habitual que este tipo de apego no se evalúe en la adolescencia ya que, en la actualidad, no existen instrumentos adaptados para grandes tamaños de muestra y para dicha etapa del desarrollo. Consideramos que poder medir este tipo de apego hubiese enriquecido el estudio, aportando nuevos datos que permitiesen ampliar el alcance de los resultados hallados en las investigaciones realizadas con niños.

Referencias

- Alexander, P. C. (1993). The differential effects of abuse characteristics and attachment in the prediction of long-term effects of sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 8(3), 346–362.
- Alink, L. R. A., Cicchetti, D., Kim, J. & Rogosch, F. A. (2009). Mediating and moderating processes in the relation between maltreatment and psychopathology: Mother-child relationship quality and emotion regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(6), 831-843.
- Altshuler, S. J. & Gleeson, J. P. (1999). Completing the evaluation triangle for the next Century. Measuring child “well-being” in family foster care. *Child Welfare*, 78(1), 125-147.
- Aspelmeier, J. E., Elliott, A. N. & Smith, C. H. (2007). Childhood sexual abuse, attachment, and trauma symptoms in college females: The moderating role of attachment. *Child Abuse and Neglect*, 31, 549-566.
- Baer, J. C. & Martinez, C. D. (2006). Child maltreatment and insecure attachment: A meta-analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(3), 187-197.
- Bailey, H. N., Moran, G. & Pederson, D. R. (2007). Childhood maltreatment, complex trauma symptoms, and unresolved attachment in an at-risk sample of adolescent mothers. *Attachment and Human Development*, 9(2), 139-161.
- Balluerka, N., Gómez, J. & Hidalgo, M. D. (2005). The controversy over null hypothesis significance testing revisited. *Methodology. European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences*, 1 (2), 55-70.
- Barnett, D., Manly, J. T. & Cicchetti, D. (1993). Defining child maltreatment: The interface between police and research. En D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.). *Child abuse, child development, and social policy* (pp. 7-73). Norwood: Ablex.

- Born, M., Chevalier, V. & Humblet, I. (1997). Resilience, desistance, and delinquent career of adolescent offenders. *Journal of Adolescence*, 20, 679-694.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Nueva York: Basic Books. [Trad. cast. de M. Valcarce, *El apego y la pérdida: Vol. 1. El apego*. Barcelona: Paidós, 1998].
- Brown, L. S. & Wright, J. (2001). Attachment theory in adolescence and its relevance to developmental psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8(1), 15-32.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child Development*, 69, 1107-1128.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.
- Cassidy, J. (2000). Adult romantic attachments: A developmental perspective on individual difference. *Review of General Psychology*, 4(2), 111-131.
- Cicchetti, D. & Barnett, D. (1991). Attachment organization in maltreated preschoolers. *Development and Psychopathology*, 3, 397-41
- Cicchetti, D. & Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9, 797-815.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A. & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology*, 18, 623-649.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A. & Toth, S.L. (2011). The effects of child maltreatment and polymorphisms of the serotonin transporter and dopamine D4 receptor genes on infant attachment and intervention efficacy. *Development and Psychopathology*, 23(2), 357-372.

- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 409-438.
- Cicchetti, D. & Toth, S. L. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: the coming of age of a discipline. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*(1-2), 16-25.
- Cicchetti, D. & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. En D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology, Risk, disorder, and adaptation* (2 ed., Vol. 3., pp. 317-357). Nueva York: Wiley.
- Crittenden, P. M. (1985). Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 26*, 85-96.
- Crittenden, P. M. (1988). Distorted patterns of relationship in maltreating families: The role of internal representational models. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 6*, 183-199.
- Crittenden, P. M. (1992). Children's strategies for coping with adverse home environments. *Child Abuse and Neglect, 16*, 329-343.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J. & van IJzendoorn, M. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology, 22*, 87-108.
- DeKlyen, M. & Greenberg, M. T. (2008). Attachment and psychopathology in childhood. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2^a edic., pp. 637-665). Nueva York: Guilford press.
- Dozier, M. & Kobak, R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child Development, 63*, 1473-1480.

- Dozier, M., Stovall-McClough, K. C. & Albus, K. E. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood. *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2^a edic., pp. 718-744). Nueva York: Guilford press.
- Egeland, B. & Sroufe, L. A. (1981). Attachment and early maltreatment. *Child Development*, 52, 44-52.
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Lapsley, A. & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behaviour: A meta-analytic study. *Child Development*, 81, 435-456.
- Finzi, R., Cohen, O., Sapir, Y. & Weizman, A. (2000). Attachment styles in maltreated children: a comparative study. *Child Psychiatry and Human Development*, 31(2), 113-28.
- Finzi, R., Ram, A., Har-Even, D., Shnit, D. & Weizman, A. (2001). Attachment styles and aggression in physically abused and neglected children. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(6), 769-786.
- Gauthier, L., Stollak, G., Messe, L. & Aronoff, J. (1996). Recall of childhood neglect and physical abuse as differential predictors of current psychological functioning. *Child Abuse and Neglect*, 20(7), 549-559.
- González, J., Fernández, S., Pérez, E. & Santamaría (2004). *BASC, sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones
- Grossmann, K. E., Grossmann, K. & Waters, E. (Eds) (2005). *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal Studies*. Nueva York: Guilford Publications.
- Kaplan, S. J., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Weiner, M., Mandel, F. S., Lesser, M. L. & Labruna, V. (1998). Adolescent physical abuse: Risk for adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 155(7), 954-959.

- Kaplow, J. B. & Widom, C. S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental outcomes. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(1), 176-187.
- Lacasa, F. (2008). *Relación entre vínculo afectivo, psicopatología y cambio, en una muestra de adolescentes: Estudio comparativo entre una muestra clínica que han realizado psicoterapia de grupo y una muestra comunitaria*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Lázaro, S. & López, F. (2010). Continuidad de los efectos del maltrato durante la infancia en adolescentes acogidos en centros de protección. *Infancia y Aprendizaje, 33*(2), 255-268.
- Levendosky, A. A., Huth-Bocks, A. & Semel, M. A. (2002). Adolescent peer relationships and mental health functioning in families with domestic violence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*(2), 206-218.
- López, F. (2006). Apego: estabilidad y cambio a lo largo del ciclo vital. *Infancia y aprendizaje, 29*(1), 9-23.
- Lyons-Ruth, K. & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 520–554). Nueva York: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K. & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. En J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2ª Edic., pp. 666-697). Nueva York: Guilford Press.
- Mallinckrodt, B., McCreary, B. A. & Robertson, A. K. (1995). Co-occurrence of eating disorders and incest: The role of attachment, family environment, and social competencies. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 178-186.

- Moreno, M. C. (2006). Las relaciones de apego: polémica en torno a su trascendencia, continuidad y posibilidades de cambio a lo largo del ciclo vital. *Infancia y Aprendizaje*, 29(1), 3-7.
- Morton, N. & Browne, K. D. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child. *Child Abuse and Neglect*, 22(11), 1093-1104.
- Muela A. (2010). *Desprotección infantil, estilos de apego e indicadores de psicopatología en la adolescencia*. San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- Muela, A., Balluerka, N. & Torres, B. (2010). *Sistema de identificación y clasificación del maltrato infantil*. San Sebastián: Orekagune gizartean eta komunitatean eskuhartzeko elkartea.
- Muller, R. T, Lemieux, K. E. & Sicoli, L. A. (2001). Attachment and psychopathology among formerly maltreated adults. *Journal of Family Violence*, 16(2), 151-169.
- Murphy, B. & Bates, G. W. (1997). Adult attachment style and vulnerability to depression. *Personality and Individual Differences*, 2(6), 835-844.
- Nilsson D., Holmqvist, R. & Jonson, M. (2011). Self-reported attachment style, trauma exposure and dissociative symptoms among adolescents. *Attachment and Human Development*, 13(6), 579-95.
- Obsuth, I., Moretti, M. M., Holland, R., Braber, K. & Cross, S. (2006). Conduct disorder: new directions in promoting effective parenting and strengthening parent-adolescent relationships. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15(1), 6-15.
- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R. & Halfon, O. (1996). Les modèles de relations: Développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l'Enfant*, 1, 161-206.

- Rikhye, K., Tyrka, A. R., Kelly, M. M., Gagne, G. G., Mello, A. F., Mello, M. F., Price, L. H. & Carpenter, L. L. (2008). Interplay between childhood maltreatment, parental bonding, and gender effects: Impact on quality of life. *Child Abuse and Neglect*, 32, 19-34.
- Schneider-Rosen, K., Braunwald, K. G., Carlson, V. & Cicchetti, D. (1985). Current perspectives in attachment theory: Illustrations from the study of maltreated infants. En I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2), pp. 194-210.
- Schuengel, C. & van IJzendoorn, M. H. (2001). Attachment in mental health institutions: A critical review of assumptions, clinical implications, and research strategies. *Attachment and Human Development*, 3, 304-323.
- Seraphin, S. B., Teicher, M. H., Rabi, K., Sheu, Y., Andersen, S. L., Anderson, C. M., Choi, J. & Tomoda, A. (2010). Ontogenetic perspectives on the neurobiological basis of psychopathology following abuse and neglect. En C. M. Worthman, P. M. Plotsky, D. S. Schechter & C. A. Cummings (Eds.). *Formative experiences: The interaction of caregiving, culture, and developmental psychobiology* (pp. 308-330). Nueva York: Cambridge University Press.
- Shaffer, A., Huston, L. & Egeland, B. (2008). Identification for child maltreatment using prospective and self-report methodologies: A comparison of maltreatment incidence and relation to later psychopathology. *Child Abuse and Neglect*, 32, 682-692.
- Shealy, C. N. (1995). From boys town to Oliver Twist: Separating fact and fiction in welfare reform and out of home placement of children and youth. *American Psychologist*, 50, 565-580.
- Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K. & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11(1), 1-13.

- Sroufe, L. A., Coffino, B. & Carlson, E. A. (2010). Conceptualizing the Role of Early Experience: Lessons from the Minnesota Longitudinal Study. *Developmental Review, 30(1)*, 36-51.
- Sroufe, L. A., Egeland, B. & Kreutzer, T. (1990). The fate of early experience following developmental change: Longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. *Child Development, 61*, 1363-1373.
- Sroufe, L. A. & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development, 48*, 1184–1199.
- Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Guterman, E., Abbott, C. B. & Dawud-Noursi, S. (2005). Adolescents' perceptions of attachments to their mothers and fathers in families with histories of domestic violence: A longitudinal perspective. *Child Abuse and Neglect, 29(8)*, 853-869.
- Stronach, E. P., Toth, S. L, Rogosch, F., Oshri, A., Manly, J. T. & Cicchetti, D. (2011). Child maltreatment, attachment security, and internal representations of mother and mother-child relationships. *Child Maltreatment, 16(2)*, 137-145.
- Sullivan, D. J. & van Zyl, M. A. (2008). The well-being of children in foster care: exploring physical and mental health needs. *Children and Youth Services Review, 30*, 774-786.
- Toth, S. L. & Cicchetti, D. (1996). Patterns of relatedness and depressive symptomatology in maltreated children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 32-41.
- Valenzuela, M. (1990). Attachment in chronically underweight young children. *Child Development, 61*, 1984–1996.
- van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology, 11*, 225–249.

- Wekerle, C. & Wolfe, D. (1998). The role of child maltreatment and attachment style in adolescent relationship violence. *Development and Psychopathology*, 10(3), 571-586.
- Youngblade, L. M. & Belsky, J. (1990). Social and emotional consequences of child maltreatment. En R.T. Ammerman & M. Herson (Eds.), *Children at risk: An evaluation of factors contributing to child abuse and neglect* (pp. 109-148). Nueva York: Plenum Press.
- Zegers, M. A. M., Schuengel, C., van IJzendoorn, M. H. & Janssens, J. (2006). Attachment Representations of Institutionalized Adolescents and Their Professional Caregivers: Predicting the Development of Therapeutic Relationships. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 325-334.
- Zegers, M. A. M., Schuengel, C., van IJzendoorn, M. H. & Janssens, J. (2008). Attachment and problem behavior of adolescents during residential treatment. *Attachment and Human Development*, 10(1), 91-103.

Tabla 1. Características de la experiencia maltratante de los menores en situación de acogimiento residencial y en situación de riesgo

	Acogimiento residencial		Situación de riesgo	
	<i>n</i>	Porcentaje	<i>n</i>	Porcentaje
<i>Coocurrencia del maltrato</i>				
Sí	61	88,4%	61	81,3%
No	8	11,6%	14	18,7%
Total	69	100%	75	100%
<i>Tipo de maltrato infantil¹</i>				
Maltrato físico	29	42,0%	21	28%
Abuso sexual	3	4,3%	4	5,3%
Negligencia	57	82,6%	58	77,3%
Maltrato emocional	60	87%	63	84%
Total	146		146	
<i>Tipo de maltrato predominante²</i>				
Maltrato físico	2	2,9%	1	1,3%
Abuso sexual	1	1,4%	0	0%
Negligencia	24	34,8%	27	36%
Maltrato emocional	42	60,9%	47	62,7%
Total	69	100%	75	100%
<i>Gravedad de la experiencia maltratante</i>				
Leve	0	0%	22	29,3%
Moderada	8	11,6%	36	48%
Grave	61	88,4%	17	22,7%
Total	69	100%	75	100%
<i>Cronicidad del maltrato</i>				
Cronicidad leve	7	10,1%	6	8%
Cronicidad moderada	7	10,1%	22	29,3%
Patrón crónico de maltrato	55	79,7%	47	62,7%
Total	69	100%	75	100%
<i>Frecuencia del maltrato</i>				
Baja-media frecuencia	3	4,3%	35	46,7%
Alta frecuencia	66	95,7%	40	53,3%
Total	69	100%	75	100%
<i>Identidad del maltratador</i>				
Padres biológicos	51	73,9%	56	74,7%
Padres biológicos y otras personas	18	26,1%	19	25,3%
Total	69	100%	75	100%
<i>Estadio de desarrollo</i>				
Una sola etapa	12	17,4%	36	48%
Más de una etapa del desarrollo	57	82,6%	39	52%
Total	69	100%	75	100%
<i>Separación de las figuras de apego</i>				
Sí	69	100%	11	14,7%
No	0	0%	64	85,3%
Total	69	100%	75	100%

¹ La suma de los menores que han experimentado los distintos tipos de maltrato que se señalan en la tabla supera la cantidad total de los sujetos que constituyen el grupo (N = 69 y N = 75), debido a que muchos de ellos han sufrido más de un tipo de maltrato.

² El tipo de maltrato predominante, como su propio nombre indica, hace referencia a la forma de maltrato que predomina sobre las demás. Se obtiene en función de la mayor gravedad, frecuencia y cronicidad del maltrato experimentado.

Tabla 2. Descripción de la muestra en función de las variables consideradas en el estudio

	Acogimiento residencial		Situación de riesgo		No se encuentra en situación de desprotección	
	<i>n</i>	Porcentaje	<i>n</i>	Porcentaje	<i>N</i>	Porcentaje
<i>Apego</i>						
Seguro	11	19,3%	21	34,4%	140	89,2%
Inseguro	46	80,7%	40	65,6%	17	10,8%
Total	57	100%	61	100%	157	100%
<i>Estilo de apego</i>						
Seguro	11	19,3%	21	34,4%	140	89,2%
Evitativo	8	14%	26	42,6%	9	5,7%
Preocupado	38	66,7%	14	23%	8	5,1%
Total	57	100%	61	100%	157	100%
<i>Indicadores de psicopatología</i>						
Sí	53	76,8%	57	76%	26	14,9%
No	16	23,2%	18	24%	148	85,1%
Total	69	100%	75	100%	174	100%
<i>Síntoma general predominante</i>						
Síntomas externalizantes	25	36,2%	28	37,3%	12	6,9%
Síntomas internalizantes	28	40,6%	29	38,7%	14	8%
No presenta síntomas	16	23,2%	18	24%	148	85,1%
Total	69	100%	75	100%	174	100%
<i>Síntoma general detallado</i>						
Síntomas externalizantes	7	10,1%	3	4%	8	4,6%
Síntomas internalizantes	11	15,9%	22	29,3%	12	6,9%
Mayores síntomas internos, aunque presenta síntomas externos	18	26,1%	25	33,3%	4	2,3%
Mayores síntomas externos, aunque presenta síntomas internos	17	24,6%	7	9,3%	2	1,1%
No presenta síntomas	16	23,2%	18	24%	148	85,1%
Total	69	100%	75	100%	174	100%
<i>Sintomatología³</i>						
Problemas de conducta	45	65,2%	51	68%	13	7,5%
Estrés postraumático	17	24,6%	18	24%	2	1,1%
Atipicidad	44	63,8%	46	61,3%	13	7,5%
Hiperactividad	32	46,4%	36	48%	12	6,9%
Depresión	34	49,3%	30	40%	10	5,7%
Ansiedad	21	30,4%	20	26,7%	7	4%
Somatización	27	39,1%	33	44%	6	3,4%
Total	220		234		63	

³ La suma de los menores que han experimentado los distintos tipos de síntomas que se señalan en la tabla supera la cantidad total de sujetos que componen los grupos de jóvenes que se encuentran en situación de acogimiento residencial ($N = 69$) y riesgo ($N = 75$), debido a que muchos de ellos muestran más de un tipo de síntoma.

Tabla 3. Puntuaciones medias y desviaciones típicas en las dimensiones de seguridad, evitación y preocupación del apego en función de la situación de desprotección

Dimensión del apego	Situación de desprotección	<i>Media</i>	<i>Desv. típ.</i>	<i>N</i>
Seguridad	No se encuentran en situación de desprotección	55,62	4,42	174
	Acogimiento residencial	42,57	10,77	69
	Situación de riesgo	47,26	8,77	75
Evitación	No se encuentran en situación de desprotección	45,18	7,20	174
	Acogimiento residencial	49,31	8,41	69
	Situación de riesgo	53,35	11,06	75
Preocupación	No se encuentran en situación de desprotección	46,12	6,61	174
	Acogimiento residencial	55,41	10,96	69
	Situación de riesgo	50,06	8,37	75