Universidad Autónoma de Madrid

TESIS DOCTORAL

REPRESENTACIONES DE APEGO EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS EN SITUACIÓN DE ACOGIMIENTO RESIDENCIAL

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN FAMILIARES E INSTITUCIONALES

María Julia Sánchez Núñez

Directoras: Marta Sadurní Brugué y Margarita Ibáñez Fanés

Tutora: Cristina del Barrio Martínez

Programa de Doctorado en Psicología

Facultad de Psicología

Noviembre 2021

Tesis presentada por
María Julia Sánchez Núñez

Para optar al título de Doctora en
Psicología (RD 99/2011)

Bajo la dirección de las Dras:
Marta Sadurní Brugué
Margarita Ibáñez Fanés

Y la tutela académica de la Dra.:
Cristina del Barrio Martínez

UAM | Escuela de Doctorado

DECLARACIÓN DE COMPROMISO ÉTICO Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS DOCTORAL

AUTOR/-A: Maria Julia Sánchez Núñez

DIRECTOR/-A(S): Marta Sadurní Brugué y Margarita Ibáñez Fanés

PROGRAMA DE DOCTORADO: Psicología

TÍTULO: REPRESENTACIONES DE APEGO EN NIÑOS DE 3 A 6 AÑOS EN SITUACIÓN DE ACOGIMIENT

Factores de Riesgo y de Protección Familiares e Institucionales

Hago entrega de la citada tesis doctoral en tiempo y forma de acuerdo a la normativa vigente de la Escuela de Doctorado de la Universidad Autónoma de Madrid.

Asimismo, como autor de la citada tesis doctoral,

DECLARO:

Que el documento responde al *Código de Buenas Prácticas en la Investigación* de Universidad Autónoma de Madrid.

Que es un trabajo original y sin plagios, donde se han seguido los estándares internacionales de citación y normas de publicación.

Que soy conocedor de que el incumplimiento de las declaraciones anteriores supone la anulación del título de Doctor/-a

Del mismo modo, **ASUMO** frente a la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse del incumplimiento del compromiso ético de la presente declaración.

Madrid, 8 de Noviembre de 20_21

Fdo: D./D. ª _____

Esta DECLARACIÓN DE COMPROMISO ÉTICO Y ORIGINALIDAD debe insertarse en la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor

A mis padres y a mi niña,
por todo el amor recibido.

Agradecimientos

Muchas personas han hecho posible que este proceso, en ocasiones complejo, haya podido llegar a término. Aunque no será posible referirme a todas, a todas quiero hacerles llegar mi reconocimiento y gratitud.

En primer lugar, a mis directoras de Tesis, las Doctoras Margarita Ibáñez y Marta Sadurní. Sus aportaciones, su tiempo y su paciencia han sido de gran ayuda en este proceso. Iniciar una investigación y llevarla a término requiere de orientación y apoyo, que también he encontrado en mi tutora la profesora Cristina del Barrio y en el profesor Juan Botella. Otros compañeros y amigos han contribuido a que esta travesía llegara a buen puerto: Begoña, Pino, Menchu, Belén, José Antonio, Ramón, Ale y también los compañeros del "Laboratorio del Vínculo Afectivo y Desarrollo Humano", por el estímulo que han supuesto los encuentros y por el hecho de saber que estamos embarcados en una tarea apasionante y compleja como es la de intentar investigar y apoyar el desarrollo socioafectivo de la infancia en situación de riesgo.

Un agradecimiento muy especial para las niñas y niños que por medio del juego compartieron conmigo parte de sus historias vitales. Sin ellos, y sin los que conocí hace años, esta investigación no habría sido posible. Tampoco sin la colaboración de sus educadores y el conjunto del equipo de la Residencia de Primera Infancia donde ha tenido lugar este estudio y donde siempre me sentí bien acogida. Agradezco a estos profesionales, y a otros muchos de este ámbito, que con sus actitudes y disposición facilitan que la teoría pueda nutrirse de la práctica y viceversa. También porque son los que hacen posible que requisitos tales como sensibilidad, sintonía, respeto, implicación…, que sabemos imprescindibles para apoyar y fortalecer a los niños que han sufrido situaciones de maltrato, lleguen a sus destinatarios entrelazados con los ritmos de la vida cotidiana.

Por último, reconocer que este proceso, en ocasiones nada fácil, ha sido una oportunidad para aprender, compartir, perseverar y en definitiva para crecer. Mi agradecimiento más sincero a todos los que me han alentado para que haya sido posible vivirlo.

RESUMEN

La tesis que se presenta tiene como principal objetivo analizar las representaciones de apego de niños de tres a seis años que han sufrido situaciones de maltrato en su medio familiar y están en situación de acogimiento residencial como medida de protección. El estudio de los modelos operativos internos de apego ha sido ampliamente estudiado, aunque no tanto en ciertos grupos de edad y, menos aún, en niños que han sufrido experiencias de maltrato y viven en centros de acogida donde se proporcionan cuidados de calidad. La investigación incide, además, en la relación que se establece entre los distintos factores de riesgo que presentan las madres de estos niños, el tipo de maltrato sufrido y la representación del apego. Los factores de protección como la tipología del centro residencial y la política socio-educativa del centro en cuestiones como las características del régimen de visitas con la familia, entre otros, son, asimismo, contemplados. Además del interés teórico centrado en el desarrollo socioafectivo temprano y, en particular, en los procesos de apego de niños que han sufrido maltrato, la tesis tiene un interés desde el punto de vista de la práctica educativa: conocer si, en estas circunstancias, un entorno institucional de calidad tiene una influencia positiva en el apego, puede ayudar a optimizar la intervención y a acompañar a los niños en situación de riesgo en su proceso de desarrollo.

La revisión de las aportaciones realizadas en los tres ejes que articulan esta investigación: la importancia del apego, el maltrato infantil y el sistema de acogimiento residencial como medida de protección, ha contribuido a poder dar forma al estudio que se presenta. Los participantes del mismo han sido 65 niños: 30 niñas y 35 niños separados de sus familias a causa de situaciones de riesgo y/o desamparo, que residían en una Residencia de Primera Infancia de la Comunidad de Madrid. La edad mínima de los sujetos ha sido de 2 años y 11 meses y la máxima de 6 años y medio. La media de edad de ingreso en el centro residencial de acogimiento fue de 38,03 meses y la media del tiempo de ingreso en la residencia en el momento de la evaluación de 14, 28 meses. En relación al tipo de maltrato, 40 niños (61,5%) habían sufrido maltrato por negligencia, y los 25 restantes (38,5%) por negligencia y maltrato emocional. El Proyecto socioeducativo del centro se enmarca en la Teoría del Apego, favoreciendo un tipo de condiciones que se detallan en el apartado correspondiente. La organización y las interacciones se orientan en proporcionar calidad en los cuidados y en apoyar el desarrollo socioemocional de los niños. Otro objetivo prioritario es que los niños puedan construir un proyecto de futuro, sea a través del retorno familiar o en una familia de acogida.

Se diseñaron plantillas específicas para recoger la información de los expedientes e informes concernientes a las características de los participantes, el tipo de maltrato, los factores de riesgo de la madre y la guarda o tutela como medida de protección, entre otra documentación relevante para el estudio. Los factores de riesgo contemplados en esta investigación han sido los siguientes: 1) Separación de la madre y el padre como pareja; 2) Problemas económicos graves. Paro laboral crónico; 3) Si el niño ha sido testigo de la violencia de género; 4) Existencia de problemas mentales de la madre (con diagnóstico clínico); 5) Falta de recursos personales; 6) Abuso de sustancias por parte de la madre; 7) Familia extensa multiproblemática; 8) Violencia de Género; 9) Síntomas depresivos de la madre (reportado en los informes pero sin figurar como diagnóstico clínico); 10) Falta de soporte o Red de apoyo social de la madre; 11) Medidas legales (como encarcelamiento, etc.) y 12) Madre adolescente cuando tuvo su primer hijo. Se calculó el peso de la acumulación de los factores de riesgo utilizando el Índice del Factor de Riesgo Acumulado y el Índice de Larrieu (Larrieu, J. A., Heller, S. S., Smyke, A. T., y Zeanah, C. H., 2008).

La exploración de los modelos internos de apego de los niños a través de sus narrativas ha sido realizada a través del instrumento The Attachment Story Completion Task (ASCT) (Bretherton, Ridgeway, y Cassidy. 1990). La prueba consiste en presentar al niño un inicio de historia a través de muñecos que representan a distintos miembros familiares entre los que figura un niño o niña protagonista. Las historias están pensadas en torno a temas que movilizan el sistema de apego. El niño tiene que desarrollar una narrativa y terminar la historia. Esto permite conocer la percepción que tiene el niño de determinados conflictos o situaciones problemáticas con relación al apego y el papel que hace representar a los padres u otros miembros familiares como figuras de protección entre otros aspectos relevantes. La evaluación del apego a través de este instrumento ha sido realizada en sesiones individuales que fueron grabadas en vídeo y transcritas, registrando tanto lo que el niño decía como lo que hacía a a ión a t ni o una m ia ti m o raba ión ntr minuto n i n o a r u ta ni o a n i o o i i a a a tra o m to o i tinto m to o art our om t m nt ’ Hi t oir , conocido como CCH (Miljkovitch, Pierrehumbert, Karmaniola, y Halfon. 2003), en la versión española de Ibáñez y González (1998) y el sistema de codificación de Düsseldorf (DCS versión 2000). La aplicación y codificación de esta prueba fue realizada por la doctoranda y, posteriormente, se procedió a la comparación de puntuaciones y resultados a través de una prueba

de fiabilidad entre jueces acreditados. El CCH, aparte de los prototipos de apego permite obtener siete dimensiones de las representaciones de apego del niño que matizan la información sobre los tipos de apego obtenidos.

La investigación responde a un diseño metodológico no probabilístico con muestreo estratégico o de conveniencia que se expone en la sección correspondiente. Se ha realizado, en primer lugar, un análisis de tipo descriptivo para obtener información de las características que presenta la muestra y, en segundo lugar, se ha procedido a relacionar las distintas variables mediante comparación de medias, regresión múltiple y tablas de contingencia a través de estadísticos como la prueba chi-cuadrado y el estadístico de contraste T de Student. Además de las comparaciones de medias se ha realizado un análisis de regresión para verificar cuánta varianza de los tipos y escalas de apego puede ser explicada por los factores de riesgo contemplados, y cuáles de esos factores son los más relevantes en la explicación de esa varianza. Se utilizó el método stepwise (paso a paso) para incluir en la solución final sólo los factores de riesgo que presentaban una asociación significativa con cada uno de los tipos y escalas de apego y los tipos y escalas de apego para verificar el grado de asociación entre ellas. Finalmente, se calculó el índice de correlación de Pearson entre las variables independientes de tipo continuo, como la U de Mann-Whitney, o la correlación de Spearman que no exigen tamaños muestrales altos.

Los resultados hallados indican que la mayoría de los niños de la muestra estudiada ha sufrido maltrato por negligencia y un porcentaje de ellos (38.5%) negligencia y abuso emocional. El que se produzca una pérdida tanto de la guarda como de la tutela de las madres se asocia en mayor medida con la falta de apoyos sociales, carencia de recursos personales y con el abuso de sustancias. Asimismo, el hecho de que las madres presenten una acumulación superior a tres factores de riesgo se relaciona con la pérdida de guarda y tutela, en consonancia con los estudios citados de Larrieu.

La comparación de los niños sujeto de estudio con una muestra poblacional subraya que los niños analizados en esta tesis presentan un modelo interno de apego más de tipo inseguro, en línea con lo que ya se esperaba por el maltrato sufrido. El tipo de apego inseguro tiende a la hiperactivación y también hay una presentación superior en contraste con la población general, de desorganización.

El estudio de la relación entre los patrones de apego y los factores de riesgo apunta a que la patología mental de la madre y el abuso de sustancias se asocian con una mayor proporción de niños con apego inseguro. El abuso de sustancias y la presencia de familia multiproblemática se

relacionan con un apego inseguro del tipo desactivado. No se ha encontrado ningún factor que se asocie con un patrón de apego inseguro hiperactivado, salvo una cierta tendencia en niños con madres que presentan sintomatología depresiva no diagnosticada. Uno de los resultados que merecen especial atención es la relación significativa entre la desorganización del apego con haber sido testigo de violencia de género, con el abuso de sustancias por parte de la madre y con el hecho de que ésta haya sufrido violencia de género.

Otro dato a tener en cuenta es que el tipo de apego inseguro desactivado y la desorganización aumenta en los niños que, además de haber experimentado negligencia, también han sufrido maltrato emocional.

Por otro lado, las salidas de fin de semana con la madre se erigen como un posible factor de protección frente al apego inseguro y la desorganización, bajando, sobretodo, la proporción de niños que muestran una hiperactivación del apego.

Otros resultados como la edad de ingreso del niño en el centro y el tiempo de estancia en él tienen una asociación significativa con el tipo de apego que el niño va desarrollando según se desprende del estudio de tesis realizado.

La prevalencia de los factores de riesgo y la escasez de factores de protección generan condiciones problemáticas y dañinas para las familias y, especialmente para los niños (Lieberman, Chu, Van Horn y Harris. 2011). Cuando, por protección, un niño tiene que pasar a vivir en un cuidado alternativo es importante conocer su sistema de apego para poder realizar intervenciones que apoyen, de forma más específica, su bienestar socioemocional. Dentro de los factores de riesgo la presencia de una patología mental y el abuso de sustancias tienen una relación significativa con un apego inseguro. La violencia de género, el que el niño haya sido testigo de la misma y el abuso de sustancias por parte de la madre son los factores que más inciden en que aparezca la desorganización del apego de los niños. En el estudio realizado se constata que la acumulación de factores de riesgo afecta de forma aún más negativa y tiene una mayor repercusión en el apego, evidenciando una menor seguridad y una mayor desorganización. Nuestros hallazgos ponen de relieve, al igual que otras investigaciones, que el maltrato junto con una acumulación de factores de riesgo influye negativamente en la posibilidad de que los niños puedan contar con un sistema saludable de apego. Estos datos son interesantes para poder orientar los cuidados que se proporcionan cuando se interviene desde el sistema de protección a la infancia.

En esta tesis también se presenta un pequeño estudio exploratorio de seguimiento de evaluación de algunos de los niños en el centro y del posible factor de protección que representa la figura del educador.

Conectar teoría y práctica es uno de los grandes retos de la ciencia, y en particular la que se refiere al desarrollo humano. Apoyarse en la realidad y en las necesidades identificadas facilita esta integración que resultará en una mejora para todas las criaturas en desarrollo pero especialmente para niños que han vivido situaciones de riesgo. El estudio realizado en esta tesis ha pretendido aportar alguna información que pueda contribuir a tener un mayor conocimiento de algunos factores relevantes en este ámbito.

INDICE

INTRODUCCIÓN.......1

I. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES EMPÍRICOS 4

1. EL VÍNCULO DE APEGO 4

1.1. Introducción a la Teoría del Apego 4
1.1.1. El apego como sistema representacional 8
1.1.2. En relación al concepto de apego 11
1.1.3. La calidad del apego 19
1.2. Elementos básicos de la interacción y sus sistemas ..... .20
1.2.1. El apego una construcción en relación 24
1.2.2. La perspectiva interaccionista 25
1.2.3. Las condiciones de pobreza y su influencia en el desarrollo socioafectivo del niño..28
1.3. Apego y emoción 30
1.3.1. Apego y regulación emocional 30
1.3.2. Procesos que facilitan la construcción de la autorregulación 33
1.3.3. Estilos de apego y regulación emocional 34
1.4. Intersubjetividad, Mentalización, Empatía y Apego 36
1.5. Evaluación de los modelos de funcionamiento interno del sistema de apego. 42
1.5.1. Adult Attachment Interview y Strange Situation 45
1.5.2. La valoración del sistema interno de apego en niños de edad preescolar 50
1.5.3. Valoración de los Modelos Internos de apego a través de Historias ….....51
1.6. Variables de posible influencia en las narraciones de apego 55
1 6 1 In u n ia a a n a n arra ion a o….....55
1.6.2. Influencia del n ro n a n arra ion a o….....57
1.7. A modo de conclusión 60

2. EL MALTRATO EN LA INFANCIA 62

2.1. Introducción 62
2.2. El maltrato en la familia 63
1 ambio n i t ma ami iar….....64
2.2.2. Marco desde el que analizar el sistema familiar 65
2.3. El maltrato infantil a lo largo de la historia 67
2.4. Avances en la regulación de la protección del menor 69
4 1 Lo m nor omo uj to r o… 70
2.4.2. La dimensión de la problemática del maltrato .....…… 71
2.4.3. Evolución de la protección jurídica del menor en España 72
2.5. En relación al concepto de maltrato 76
2.5.1. Definición del maltrato infantil ….....76
2.5.2. Tipos de maltrato y consecuencias 77
2.5.3. Incidencia y prevalencia .....…...80
2.6. Causas y factores que fomentan el maltrato 83
2.6.1. Distintos enfoques ex i ati o ma trato….....80

2.6.2. Factores que fomentan el maltrato.....…86
2.6.3. Factores de riesgo del maltrato infantil.....87
2.7. La Resiliencia como factor protector..... 96
2.8. Consecuencias del maltrato en el desarrollo infantil.....100
2.9. Repercusiones del Maltrato en el Apego de los Niños.....110
2.10. Informes, estudios e investigaciones en relación al maltrato en la familia 114
10 1 La tran mi ión i nt r n ra iona ….....114
2.10.2. Lo ni o t ti o io n ia….....116
2.10.3. Condiciones de pobreza que pueden derivar en maltrato.....119
2.10.4. Actuaciones para disminuir la pobreza.....120
2.10.5. Programas para incrementar las buenas prácticas parentales.....122
2.10.6. El maltrato infantil en España….....124
2.11. A modo de conclusión.....125

3.ACOGIMIENTO RESIDENCIAL 127

3.1. Introducción.....127
3.2. Aspectos legales de la protección del menor.....129
3.2.1. Principios de actuación: Comunidad de Madrid.....134
3.3. Los Centros de Acogimiento Residencial.....134
3.4. Historia de las Instituciones de Protección a la Infancia en España 134
3.5. Datos epidemiológicos y dificultades para utilizar datos comparables 136
3.6. Estándares de calidad 139
3.7. Recomendaciones de los Organismos Internacionales 143
3.8. Datos sobre la protección a la infancia en España 146
3.9. Algunos aspectos a tener en cuenta en relación a los cuidados alternativos 148
3.9.1. Aportaciones de investigaciones realizadas en instituciones para menores 148
3.9.2. Intervenciones centradas en las fortalezas..…… …….....149
9 u tura in t itu iona …… ...…… 150
3.10. E a o imi nto r i n ia u r r u ión n í n u o a o……...…… 153

II. ESTUDIO EMPÍRICO

4. MÉTODO 158

4.1. Objetivos 158
4.2. Participantes 159
4.3. Contexto del estudio 160
4.4. Estándares de Calidad de la Residencia de Primera Infancia.....162
4.5. Procedimiento de recogida de datos 163
4.6. Instrumentos 164
4.6.1. Procedimiento de codificación del CCH 170
4.6.2. Evidencias sobre la fiabilidad de la codificación del CCH 174
4.6.3. El sistema de codificación de Düsseldorf (DCS) 174
4.6.4. Evidencias sobre la fiabilidad de la codificación del DCS 175
4.7. Factores de riesgo registrados.....176

4.7.1. Factor de Riesgo Acumulado e Índice de Larrieu.....179
4.7.2. Descripción del contacto on a ami ia….....180
4.8. Análisis 181

5. RESULTADOS 184

5.1. Características y circunstancias vitales de los participantes.....185
5.1.1. Medidas de protección, maltrato, factores de riesgo y visitas…… 185
5.1.2 Medidas de desprotección e indicadores de maltrato.....189
5.2. R r nta ion a o o n i o … …… 19
5.3. Relación de los Factores de Riesgo de Maltrato con los tipos y escalas de apego.....194
5.4. Relación entre los tipos de apego, escalas y factores de riesgo.....209
5.5. Correlación entre los tipos de apego, escalas y riesgo acumulado.....212
5.6. Incidencia del tipo de maltrato sobre los tipos de apego y escalas del CCH..... .217
5.7. Relación entre los tipos de apego y escalas y familia problemática y red de apoyo….. 219
5.8. Relación entre los tipos de apego y escalas con el contacto con la red familiar ……. 222
5.9. Relación entre los coeficientes de apego, las escalas y el género de los niños 233
5.10.Relación entre los coeficientes de apego, escalas y la edad de ingreso y e tan ia……. 235
5.11.Relación entre los tipos de apego, las escalas y la medida de salida 241
5.12.Estudio de seguimiento de los cambios en el tipo de apego en una submuestra..... 245

6 DIS USIÓN Y ON LUSIONES …….....……. 247

Tipos de maltrato y factores de riesgo en el medio familiar en relación con los prototipos y dimensiones de las representaciones de apego estudiadas……..247
Factores de protección y experiencia de vida en el centro……...……271
Limitaciones del estudio……...…… .283
Líneas futuras de investigación……....284

REFERENCIAS…… ..285

ANEXOS……...343

Introducción

Esta tesis se enmarca dentro de los estudios sobre las consecuencias del maltrato y los factores de riesgo en el vínculo de apego de los niños y niñas expuestos a ellos, abordando aspectos que pueden facilitar su conocimiento y la intervención que se requeriría para atenderlos desde un sistema de cuidado y protección institucional. Se ha pretendido conocer la repercusión que el hecho de haber vivido situaciones de negligencia y abuso en el hogar familiar tiene en las representaciones de apego de niños de tres a seis años que viven en un centro de atención residencial, así como su relación con los factores de riesgo ligados a la madre.

La presente tesis presenta en primer lugar el marco teórico y las investigaciones que han abordado esta temática, con más frecuencia en niños en régimen de adopción o de acogimiento familiar. Por ello, la autora de la tesis se había dirigido a la población infantil que vive en una residencia del sistema de protección. Por otro lado, poder estudiar el vínculo de apego de los niños y hacerlo con instrumentos que puedan aportar información y fiabilidad, a la vez que no supongan una intromisión o una activación excesiva o dolorosa para el niño, era una prioridad en este estudio. Los métodos de valoración del apego desde hace tiempo han atraído mi atención, y he recibido formación en algunos de ellos, *Adult Attachment Interview* (AAI), *Cartes pour le Complètement d'Histories* (CCH) *Sistema de codificación de Düsseldorf* (DCS) o en videointervención, ya que abren muchas posibilidades, tanto para recoger información como para apoyar el proceso de recuperación. Las historias de apego, en las que el niño o niña tiene que continuar narrando la historia de los personajes, que le ha sido presentada por la investigadora, combinan dos líneas de intervención interesantes, el juego y el apego. Con una aparente simplicidad conectan con los modelos internos y permiten el acceso al mundo de las representaciones infantiles. Esto es especialmente importante en niños que han sufrido situaciones de desatención y maltrato. Cuando éste ha tenido lugar en la familia, especialmente si se ha producido en etapas tempranas de la vida, ofrece al niño una visión distorsionada de sí mismo, del mundo y de sus adultos cercanos.

La teoría del apego proporciona en el campo del maltrato una perspectiva realista, desde la que analizar las consecuencias de las dificultades y los daños sufridos, a la vez que abre un margen de posibilidades al contemplar los sucesos acontecidos en las relaciones primarias como esenciales para el desarrollo a todos los niveles, sucesos que dejan huella pero que también abren posibilidades de cambio, desarrollo y transformación. Pone el foco en las interacciones, que pueden dañar o haber dañado, pero también pueden ser reparadoras y tienen la capacidad de

generar fortaleza y bienestar. Este doble enfoque no minimiza los efectos de prácticas parentales inadecuadas ni plantea un abordaje simplificado de sus efectos. Propone investigar para conocer y para intervenir de la forma más ajustada posible a ese conocimiento generado que debe estar en la base de toda intervención. Haber tenido la posibilidad de contactar con niños que han sufrido situaciones traumáticas a causa de la desatención y el maltrato ha sido una motivación importante para iniciar un estudio que intentara abordar la problemática del riesgo centrándose en las repercusiones que estas situaciones tienen en el apego de los niños.

A continuación se presenta una breve descripción de cómo está organizada esta tesis. En primer lugar se revisan los antecedentes teóricos y empíricos que la literatura científica ha aportado en relación a temas cruciales para abordar el estudio del vínculo de apego de niños que, por protección, están en una situación de atención residencial. La primera parte comienza reflejando el proceso de formación, las fases y los requisitos necesarios para construir un vínculo de apego seguro, así como la importancia de éste en el desarrollo de los niños. También su relación con otros sistemas y las distintas formas de evaluar el apego, tanto en su vertiente conductual como representacional.

En el segundo capitulo se revisan aspectos relativos al maltrato infantil, especialmente cuando tiene lugar en el ámbito familiar. Se reflejan los distintos tipos de maltrato y lo que la literatura científica aporta en relación a las consecuencias que se derivan de haberlo sufrido. Se plantea también la importancia de los factores de riesgo, aspecto relevante en esta tesis, y cómo su existencia y, sobre todo su acumulación, puede derivar en situaciones de maltrato para los niños. Las repercusiones que, para el vínculo de apego tienen estas situaciones, así como distintos aspectos presentes en la parte empírica de este estudio, como la violencia de género, la pobreza o la transmisión intergeneracional entre otros, también se abordan en esta parte. Se describen algunos programas que pueden apoyar a las familias en las que ya ha tenido lugar el maltrato, enfocados en fomentar una parentalidad positiva.

Esta primera parte concluye abordando, en el apartado tres, el acogimiento residencial y su lugar dentro del Sistema de Protección a la Infancia, así como los cambios que los cuidados alternativos de los niños en situación de desprotección han ido experimentando tanto a nivel legislativo como estructural. También se reflejan las recomendaciones de los organismos internacionales basadas en la investigación informando del riesgo y consecuencias que, en el desarrollo de los niños supone vivir en entornos institucionales, especialmente en los que no se proporciona un cuidado de calidad. Cuando éste tiene lugar, algunos estudios han mostrado la

importancia y la repercusión favorable que tiene aportar estos cuidados en el desarrollo y en el apego de los niños.

La segunda parte incluye los capitulos correspondientes a Método y Resultados y en ella se aborda el aspecto empírico de esta tesis. Para ello, se establen distintos objetivos relativos a las características y circunstancias presentes en la vida de estos niños y se relacionan con sus representaciones del vínculo de apego. Se describe la muestra, se detalla el procedimiento de evaluación y sus fases, así como los factores de riesgo registrados. Teniendo en cuenta el amplio número de factores recogidos se plantean formas de análisis que puedan servir para obtener información relevante en función de los objetivos planteados.

Se reflejan en el capítulo de Resultados los datos de la evaluación realizada y el análisis de las representaciones de apego de niños que han sufrido situaciones de maltrato emocional y/o negligencia y cuentan con distintas medidas de protección. Así mismo, se relacionan con los factores de riesgo y se estudian algunas variables como edad, género, tiempo de estancia, edad de ingreso, entre otras, y su influencia en el apego que muestran los niños que han participado en este estudio. También se analizan factores como la existencia de red familiar y social o los contactos con los distintos miembros de su familia y su efecto en las representaciones estudiadas.

En el capítulo de Discusión y Conclusiones se debaten los datos encontrados y se reflexiona en relación a las aportaciones científicas previas sobre los aspectos que se abordan en esta investigación. Este capitulo se estructura en varias partes para poder analizar de forma más detallada los once objetivos de análisis planteados. La primera parte se desglosa en cuatro apartados y se debaten los resultados hallados en los primeros siete objetivos de estudio propuestos. En la segunda se abordan los cuatro últimos objetivos por separado. En ella, se relacionan determinadas condiciones como son el contacto que han mantenido con el niño los distintos miembros de su familia y su posible efecto protector para el apego, así como la edad de ingreso, género y tiempo de estancia y, en último lugar, la relación entre el vínculo que muestran los niños y la medida con la que salieron del sistema de protección.

Identificar el sistema de apego de los niños que han vivido experiencias de maltrato y están en acogimiento residencial es importante para conocer las repercusiones que hayan podido tener en cada caso estas experiencias en su vínculo de apego. Esto puede ayudar a entender y contextualizar sus manifestaciones y orientar mejor las intervenciones a realizar.

I. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES EMPÍRICOS

1. EL VÍNCULO DE APEGO

1.1. La Teoría del Apego

La grandeza y la fragilidad de nuestro desarrollo como seres humanos viene en gran manera determinada por nuestra manera de incorporarnos al mundo. Abiertos a múltiples posibilidades y dependientes en extremo, en el momento de nacer, precisamos de adultos sensibles que den respuesta a nuestras necesidades y faciliten nuestro crecimiento. Los vínculos primarios garantizan nuestra evolución como especie, nos dotan de humanidad, nos inscriben en una historia, en un relato, y permiten que nuestras potencialidades se desplieguen. Es la mirada y el sostén del otro lo que facilita ese proceso evolutivo que a todos nos compromete.

El conocimiento de la importancia de las relaciones afectivas primarias ha estado presente a lo largo de la historia en prácticas cotidianas de crianza y en reflexiones teóricas, pero no fue hasta finales de los años 50 y durante los años 60, que John Bowlby lo articuló como Teoría. La descripción formal de la Teoría del Apego se encuentra recogida en a tri o ía e o *rdid* , conformada por: *El apego* (Bowbly, El apego, 1969), *se r i e ti* (Bowbly, La separación afectiva, 1973) y *rdid e ti triste de r esi* (Bowbly, *La pérdida afectiva. tristeza y depresión,* 1980*)*. Bowlby recogió los descubrimientos de K. Lorenz (Lorenz, 1935) sobre las conductas de apego en las aves, descrita por este autor como la capacidad innata en las crías de desarrollar una fijación irreversible a una figura adulta, con quien han establecido contacto al nacer. Konrad Lorenz estudió el mecanismo visual y auditivo que, durante un periodo sensible, permitía a las crías discriminar a una figura entre otras y seguirla donde quiera que fuera. La finalidad de esta capacidad, leída en clave evolucionista, sería deparar protección frente a depredadores y otros peligros, y optimizar sus posibilidades de supervivencia. Las observaciones de Lorenz sobre la angustia que la lejanía o la pérdida de contacto de la figura de apego causaba en las crías de ganso no pasó inadvertida para Bowbly. Tampoco pasaron desapercibidas las investigaciones etológicas llevadas a cabo por Seavy, Hansen y Harlow (Seay, Hansen y Harlow, 1962) con crías de primates separadas de sus madres, que revelaban cómo la pérdida de una figura de apego primaria producía intensa ansiedad, evidenciada, al principio, a través de agitación y signos de protesta, y un tiempo después con apatía y retraimiento.

Bowlby planteó que los humanos, mamíferos, al fin y al cabo, también tenían una conducta innata de apego a los adultos que proveían de protección y cuidados primarios, atendiendo a la inmadurez del bebé humano, lo que llevaba a la dependencia de los adultos cuidadores y a experimentar un profundo dolor ante su pérdida o amenaza de pérdida. Trabajó con poblaciones con graves carencias afectivas (jóvenes delincuentes) y en situación de separación de sus cuidadores principales (niños[1] hospitalizados o cuidados por otros por la hospitalización de la madre[2]y niños en orfanatos después de la II Guerra Mundial). Su trabajo con James Robertson (Robertson y Bowlby, 1952) mostró cómo la separación de la figura materna, y la interrupción brusca de sus aportes de cuidados, en situaciones como la hospitalización de la madre o del niño, podían suponer una disrupción del apego que el niño mantenía con ella. En estas situaciones, los niños mostraban miedo, enfado, protesta y esfuerzos desesperados por recobrar la proximidad con la madre y, un tiempo después, desesperanza y aflicción. Cuando, finalmente, tenía lugar el reencuentro, era evidente el daño que la separación había producido en la relación afectiva (Bowlby, Robertson y Rosentbluth, 1952).

El impacto de las relaciones afectivas primordiales en el psiquismo ya había sido puesto en relieve por el psicoanálisis. En este sentido, Bowlby, interesado por el funcionamiento psíquico y el aparato mental, desarrolló su hipótesis acerca de la función de las conductas de apego, y teorizó sobre el desarrollo progresivo de un sistema de representación mental acerca de las experiencias de apego. Éste se constituía en un modelo de funcionamiento interno (*Internal Working Models*) que permitía al niño tener expectativas sobre las respuestas de las figuras de apego a sus necesidades, sobre sí mismo y sobre la relación posible entre él y el adulto cuidador.

Bowlby contó con colaboradores que realizaron investigaciones sobre conductas de apego en las diferentes culturas, entre los que destacó Mary Ainsworth, y que validaron, en parte, sus

[1] Somos conscientes que lo idóneo sería utilizar los términos niño y niña al hablar de los menores protagonistas de esta tesis, pero hemos decidido utilizar el genérico niño, refiriéndonos a ambos géneros, con el fin de facilitar y agilizar la lectura del mismo. La perspectiva de género está presente en el abordaje del tema que se desarrolla, por lo que queremos aclarar que la utilización de los términos madre- niño no pretende limitar, excluir ni resaltar.

[2] Aunque a lo largo de esta tesis hacemos referencia en distintos momentos al establecimiento de un vínculo de apego ni o on u ma r, o a mo r iri n ono a a o mo "i ura mat r na" E t a u a umir o a ma r biológica, especialmente durante los primeros años de vida, pero puede llevarlo a cabo cualquier adulto que desempeñe el papel de cuidador principal del niño. La evolución, en este sentido, del compromiso en la interacción cotidiana del padre en la crianza y desarrollo de sus hijos, es clara. La palabra madre, que alude a esa función materna proveedora de cuidados y contactos cotidianos y su denominación, se extiende más allá del género (e incluso de la relación biológica que tenga con el pequeño) de quien lo desempeñe.

hipótesis, a la vez que desarrollaron instrumentos para evaluar estas conductas en niños y, posteriormente en adultos.

Con los aportes de la investigación podemos distinguir entre las teorías sobre el apego, que van integrando ideas de distintos campos de conocimiento, y que van generando hipótesis que se exploran con investigaciones, y el sistema de apego que es una capacidad innata que tiene el ser humano y del que vamos descubriendo su funcionamiento a través de los resultados de dichas investigaciones. Evidencia de ello es que, tanto las investigaciones como la utilización de los resultados en el campo del cuidado y atención a niños y padres, pertenecen al conocimiento de la psicología del desarrollo y las utilizan diferentes escuelas psicológicas y psiquiátricas. Podemos afirmar que los conocimientos sobre el sistema de apego han avanzado en los últimos 40 años de forma importante. Desde sus inicios, esta teoría ha sufrido distintas modificaciones, fruto de múltiples investigaciones y replanteamientos sobre el tema. Su consistencia teórica y el respaldo clínico y experimental recibido a lo largo de los años, la han convertido en un pilar fundamental del desarrollo socioemocional (Sroufe, 1986).

Su relevancia se evidencia en la cantidad de aportes teóricos y de investigación llevados a cabo en los últimos años, en su extensión a otros ámbitos que abordan el estudio de las relaciones interpersonales, y en los esfuerzos realizados para trasladar su cuerpo teórico y los resultados de las investigaciones a la práctica educativa y clínica.

Lecalennier (Lecalennier, 2009) plantea que la teoría del apego básicamente se constituye como un programa de investigación, y de los más complejos de la psicología, ya que ha sido capaz de reorganizar su estructura elaborando nuevas explicaciones y métodos ante datos y teorías alternativas; además cuenta con una estructura conceptual y empírica que hace posible la incorporación de nuevas teorías y aportaciones que le permiten ampliar su organización explicativa, y resalta la paulatina incorporación de la teoría del temperamento a partes de su estructura conceptual. Por otra parte, cuenta con una metodología amplia y válida que le permite abarcar todo el ciclo vital. Para este autor, la teoría del apego ejerce como un programa de investigación que busca explicar cómo la tendencia de los seres humanos al establecimiento de lazos afectivos específicos y estables con otros congéneres, hace posible sentar las bases del desarrollo psicosocial, y cómo los distintos trastornos, sufrimientos y emociones negativas pueden aparecer cuando esta tendencia se ve distorsionada.

Haciendo historia sobre el tema, se constata que, a principios del siglo XX, la teoría más conocida sobre el desarrollo de la conducta afectiva era la del impulso secundario. Esta teoría planteaba que el vínculo afectivo que se creaba entre el bebé y su madre se debía a que ésta contribuía a reducir la tensión producida por un impulso primario como el hambre en el niño.

Las observaciones realizadas por Bowlby y sus experiencias en el terreno de la clínica le llevaron a cuestionar algunos supuestos teóricos del psicoanálisis y de otros enfoques vigentes en el momento. Recopiló planteamientos e incorporó aportaciones de otros campos integrando ideas del psicoanálisis, específicamente la teoría de las relaciones objetales, de la teoría etológica, de la teoría de los sistemas de control, e incorporó conceptos de las ciencias cognitivas y logró elaborar una teoría que ha servido de base a muchas líneas de investigación. Así, de la etología incorporó la i a o "m ani m o innato a i ", omo o u ionar, a rrar , orar, onreír, como modalidades innatas y básicas de interacción y vínculo con la madre. Aportaciones como la de los etólogos Lorenz (1935) y Hinde (1966) así como los trabajos de Harlow (1958) le ayudaron a concluir que la tendencia del niño a formar un vínculo fuerte y fundamental con una figura materna forma parte de una herencia ancestral, cuya función es la supervivencia de la especie.

Por otra parte, la influencia de Piaget en Bowlby es clara, aunque a menudo no ha sido puesta de relieve. Ambos participaron en el grupo que llevó a cabo las Reuniones Interdisciplinares sobre Psicología Infantil, convocadas durante los años 50 por *The World Health Organization* (Organización Mundial de la Salud). Distintos conceptos como pensamiento simbólico, permanencia de objeto y egocentrismo presentan similitudes, pero sobre todo es en el *Internal Working Model* (en adelante IWM) o Modelo Operativo Interno de Trabajo (en adelante MOI) donde se observa una evidente relación con los conceptos piagetianos del desarrollo a través de los procesos de asimilación y acomodación.

Es importante resaltar que, aunque son bien conocidas las diferencias entre la teoría del apego y la teoría de las relaciones objetales, el mismo Bowlby reconocía estar profundamente agradecido a Joan Rivièr (u ana i ta) M ani K in (qu u una u u r i ora) " or haberme iniciado en el marco referencial psicoanalítico de las relaciones objetales que subraya la im orta n ia a r a ion t m r ana ot n ia a tó no a r i a" (Bowbly, El apego, 1969, pág. 14). En el prólogo del monográfico que le encargó la Organización Mundial de la Salud (1951), Bowlby formula este principio tal y como él mismo recoge en la primera parte de su trilogía *Attachment and Loss* " on i ramo n ia a ra a a u m nta qu b b ni o

pequeño tengan la vivencia de una relación cálida, íntima y continuada con la madre (o sustituto mat rno rman nt) n a qu ambo a n ati a ión o " (Bowlby, 1969, pág. 20).

Muchos descubrimientos del momento en que Bowlby estaba realizando esta integración de conceptos de distintos ámbitos del conocimiento estaban apuntando hacia la elaboración de una teoría de la vinculación afectiva alternativa a las vigentes, y la Teoría del Apego vino a ocupar ese lugar. En los años 60 se comprobó que el modo de respuesta a los intentos de apertura social del bebé por parte de las personas que lo cuidan, en concreto, rapidez de respuesta a sus demandas y la intensidad en la interacción, eran reforzadores muy eficaces para establecer la conducta de apego en niños de 18 meses (Schaffer y Emerson, 1964). Por otra parte, Mary Ainsworth había realizado una investigación sobre los niños de la tribu Ganda (Ainsworth, 1967) que aportaba elementos coincidentes con la investigación anterior, y que permitieron describir una serie de patrones de conducta que, tomados en conjunto, servían para valorar el tipo de vínculo que se había construido entre el niño y su cuidador. Estos estudios pusieron de relieve que la sensibilidad materna y el tipo de interacción establecida entre la madre y el bebé eran buenos predictores del modelo de apego que definía esta relación. Otras investigaciones de esta autora, como el proyecto Baltimore (Ainsworth, Bell y Stayton, 1972, Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978), también fueron esenciales para confirmar estos datos, y contribuyeron aportando una descripción detallada de las conductas de apego y de la interacción madre hijo en situaciones cotidianas. Estas observaciones dieron lugar, más tarde, al diseño de la prueba experimental *Strange Situation* que detalló un método empírico para analizar el modelo de funcionamiento interno de apego que el niño estaba desarrollando y al que me referiré más tarde. Las aportaciones de Mary Ainsworth fueron fundamentales para entender las diferencias individuales de los niños y supuso una gran contribución para la teoría del apego.

1.1.1. El apego como sistema representacional

R. Spitz (Spitz, 1946) ya había observado que los niños en condiciones de privación materna mostraban claros signos de angustia y eran proclives a desarrollar patología. Los trabajos de observación llevados a cabo con niños institucionalizados (Robertson, 1970), tal como se ha comentado, confirmaron que las separaciones de las figuras de apego podían producir alteraciones en la conducta del niño, así como un desapego y una retracción afectiva, sobre todo si durante el tiempo de separación el niño había sido dejado al cuidado de extraños.

Desde los años 80, la investigación sobre el apego dio un giro en el abordaje del tema. Desde una perspectiva de la evolución y la etología, que destacaban la función protectora del apego como fuente de seguridad básica, se pasó a una consideración del apego desde una perspectiva representacional y comunicativa, comenzándose a evaluar los MOI propuestos por Bowlby (1967). En esta línea de trabajo destacó, tal y como se ha expuesto, el trabajo de Mary Ainsworth, que diseñó una prueba experimental denominada *Strange Situation*, que permitía observar la reacción del niño ante una situación de estrés causada por la introducción del niño y su madre en un espacio desconocido, por la presencia de una persona no familiar para el niño y, finalmente, por una breve ausencia materna. La relación entre conductas de apego y exploración, reacción del niño ante el estrés y, sobre todo, uso de la madre como figura de protección y regulación emocional permitió a M. Ainsworth establecer los patrones y subpatrones que distinguían el modelo interno de funcionamiento del sistema de apego. Posteriormente, Mary Main, que había colaborado en el equipo de Ainsworth, diseñó el instrumento en forma de entrevista conocido como *Adult Attachment Interview* (AAI) (Main, Kaplan y Cassidy, 1985), que marcaría el modelo de análisis basado en la narrativa que los adultos realizaban de sus experiencias de crianza y apego. La forma de narrar, la coherencia/incoherencia de lo que sostenían respecto a los recuerdos, la ira que traducían sus narraciones, las estrategias defensivas que mostraban, entre otras observaciones empíricamente detalladas, constituyó a la AAI como uno de los instrumentos más firmes de la teoría del apego como más adelante se expondrá.

En esta línea de trabajo, Bretherton (1985) y otros autores desarrollaron otros instrumentos para recoger narrativos a o n ni o qu o, a tra mo o a "i t oria in om ta ", *Attachment Story Completion Task* (Bretherton, Ridgeway y Cassidy, 1990). Las investigaciones realizadas sobre cómo las diferentes formas de comunicación que se establecen en la relación de apego entre padres e hijos se trasladan a las representaciones internas de los niños, aportaron datos especialmente interesantes en este sentido.

El concepto de modelo de trabajo interno fue propuesto por primera vez por Kenneth Craik (1943), en inteligencia artificial. Este concepto puso de manifiesto las ventajas que suponen para un organismo poder contar con un modelo de su entorno, y de sus acciones en él. Esto le permite poder anticipar, contemplar distintos planes de acción, y decidir el más adecuado para la situación concreta. Bowlby enriqueció el concepto señalando el papel que el desarrollo y la emoción jugaban en estas conceptualizaciones. Definió los modelos internos del mundo relacional como estructuras dinámicas mentales afectivas y cognitivas que preceden a la adquisición del lenguaje.

Para dar cuenta de cómo se incrementa esta complejidad de los modelos internos en el niño, Bowlby se apoyó en la teoría del desarrollo de Piaget (Piaget, 1964). A través de la actividad, el niño desarrolla esquemas de conducta que incorporan nuevas experiencias, se reestructuran y devienen más complejos permitiendo que el niño pueda aprender y actuar en el mundo a través de la representación y no solo a través de la acción. Este modelo representa un sistema inconsciente de esquemas, creencias o guías para las relaciones interpersonales, modelado mediante interacciones con sus figuras parentales.

En lo relativo al mundo emocional, estos modelos internos tienen una enorme importancia, ya que orientan la percepción de uno mismo y de los demás, la interpretación de las emociones y la forma de afrontarlas, dirigiendo así la respuesta psicológica y comportamental (Crittenden, 1990; Thompson, 2008). En un primer momento, son procesos mentales experienciales y hechos unidos a sensaciones, pasando más tarde a constituirse como representaciones mentales del mundo emocional.

La sensibilidad y respuesta adulta a las necesidades del pequeño serán determinantes para la construcción de modelos internos o esquemas mentales en el niño, que le servirán para predecir el probable comportami nto a i ura a o ani i ar a í u r o ia r u ta . Además, estos modelos tienen una repercusión importante a lo largo del ciclo vital, ya que, como hemos visto, condicionarán sus relaciones interpersonales posteriores.

Es en las experiencias cotidianas durante los primeros años de vida, donde el niño va a desarrollar un sentimiento de seguridad. La seguridad emocional en esta etapa hace referencia a la valoración de que los vínculos son positivos y estables, y de que sus adultos de referencia permanecen atentos a sus necesidades y estarán emocionalmente disponibles para él cuando lo necesite. Esta seguridad básica, o la falta de ella, va a afectar a su capacidad para autorregular la activación emocional, la motivación para explorar nuevas situaciones y, como ya se ha comentado, a las representaciones internas sobre él mismo, sobre los otros y sobre el mundo.

Diferentes investigaciones, algunas de carácter longitudinal, se han ido planteando alrededor del tema del apego, y han ido construyendo un cuerpo teórico de enorme importancia. En la investigación sobre el apego se ha pasado, como se ha argumentado, de un enfoque más centrado en la conducta, a mostrar un mayor interés en indagar la organización mental de las experiencias de vinculación (Cassidy, 1988; Bettmann y Lundahl, 2007). Este interés se ha visto incrementado y reflejado en distintas investigaciones dada su relevancia clínica y aplicada

(Miljkovitch, Moss, Bernier, Pascuzzo y Sander, 2015; Sherman, Rice y Cassidy, 2015). También han sido objeto de estudio e investigación, las influencias genéticas, neurobiológicas y psiconeuroinmunológicas del sistema de apego.

El conocimiento facilitado por los diferentes estudios está guiando intervenciones que pretenden lograr la modificación y mejora de las relaciones de apego en entornos carenciales o desajustados, haciendo posible que el conocimiento científico acumulado a lo largo de los años revierta en una mejora en la vida cotidiana de los individuos.

En resumen, el apego es esencial, tanto para garantizar el desarrollo y la protección de cada persona como para la supervivencia de la especie. Esta necesidad básica de establecer vínculos afectivos garantiza el que otras necesidades puedan ser cubiertas. Si este vínculo se instaura de forma saludable entre el niño y sus cuidadores, éstos se ocuparán de proporcionar lo necesario para el desarrollo del pequeño. Los sistemas de vinculación garantizan la inclusión en el mundo afectivo y relacional y, como ya hemos planteado, tienen una enorme importancia a lo largo de todo el ciclo vital.

1.1.2. En relación al concepto de apego

El apego se puede definir como el vínculo emocional que el niño establece con su cuidador o cuidadores. Este vínculo actúa como un sistema de control de la conducta, encargado de regular la búsqueda de proximidad con la figura que provee esa seguridad y facilita la conducta exploratoria según el momento y la situación. Esta figura principal sirve como base segura para la exploración del ambiente, y como refugio y reparador del bienestar ante una situación de peligro. M Ain wor t (1991) o inió omo "un vínculo afectivo especial y duradero en el cual la figura de apego es importante como individuo único, no intercambiable, aunque haya otros con los que también esté unido (...). El contacto y reunión con esta figura produce confianza y felicidad; la separa ión n ra an i a tri t za" (Ainsworth, *Attachments and other affectional bonds across the life cycle*, 1991, pág. 38).

Félix López (2006) r u m o qu im i a a o "D unto i t a mo iona , t ín u o , uan o t uro a incondicionalidad de la figura de apego y de la competencia del otro para ayudar, conlleva sentimientos de seguridad, estabilidad y autoestima, facilitando la empatía, la ternura, el consuelo, la comunicación emocional y hasta el amor, entre las dos persona " (Ló z, 2006, pág. 109)

El apego se constituye como un sistema organizado y flexible adaptado al ambiente y que procura la supervivencia y el desarrollo a través de la vinculación con otro ser humano. Tiene esta función adaptativa y de supervivencia a nivel filogenético, mientras que, a nivel ontogenético, las funciones del apego tienen que ver con el sentimiento de seguridad emocional y de protección, la regulación emocional y el ajuste psicológico general (Kobak, 1999; López y Ortiz, 1999).

Para Bow b , a x ri n ia ni o on u a r ti n un ro una m nta n a a a i a o t rior ni o tab r ínu o a ti o La un ion r in i a o rían r o or ionar a ni o una ba ura , a í, animarlo a explorar. Bow b n atiza a n i a qu o a r o r z an u i o nibi i a íi a i o ó i a qu aranti a r ot ión ni o i m r qu t o n it La int ra ión qu r o uz a ntr ui a or ni o r jar n a a i a íinculo.

Para Bowlby, la característica esencial del apego no es la dependencia, ni la protesta de separación del cuidador principal, sino más bien el balance entre la búsqueda de proximidad con este cuidador (figura de apego) y la exploración en distintos contextos y tiempos. P. Crittenden y M. Ainsworth (Crittenden y Ainsworth, 1989) aclaran la comprensión del concepto de apego, dada la amplitud y complejidad del mismo. Plantean que el apego puede ser considerado como un constructo evolutivo, como un constructo cualitativo, como un sistema conductual y como un constructo representacional que se refleja en unos modelos de funcionamiento interno, o esquemas mentales que muestran cómo se ven los individuos a sí mismos y a sus figuras de referencia.

Como *constructo evolutivo* es necesario considerar que, tanto para los individuos como para la especie, la función del apego es mantener la supervivencia y el éxito evolutivo. En una relación filiomaternal, la cría puede aprender de su cuidador un repertorio de conductas necesarias para la supervivencia. Pero Bowlby planteó que, además de garantizar la supervivencia, la proximidad aporta sentimientos de seguridad en el niño, igualmente necesarios para alcanzar un desarrollo ajustado. La Teoría del apego, en esta perspectiva evolucionista, (Bowbly, 1968) plantea este vínculo como una estrategia evolutiva que garantiza la protección ajustándose a las características del medio y promueve la eficacia reproductiva (Belsky, 1999). Las distintas estrategias de apego mostrarían esta adaptación. Los avances en neurociencia (Schore, 2013) aportan un mayor conocimiento del funcionamiento de hormonas tan esenciales para el sistema de apego, como la oxitocina y la vasopresina, y los registros cerebrales que evidencian la

transcendencia del ajustado funcionamiento de este sistema, que vienen a sumarse a clarificar esta función adaptativa del apego, esencial para la evolución humana.

Una serie de patrones complementarios entre los miembros de la díada hacen posible que se mantenga esa proximidad tan necesaria. La madre suele ser la primera figura de apego. La relación que se establece entre ella y el hijo se construye con la participación de ambos. No solo es el niño el que solicita respuestas de cuidado en la madre, sino que ella también, al activar una serie de conductas, provoca determinadas respuestas en el niño. En condiciones normales, esta sintonización entre necesidades del bebé y conductas de la madre, que a su vez provocan respuestas en el pequeño, facilita que se pueda desarrollar un buen vínculo entre los componentes de la díada.

Sabemos que determinados mecanismos facilitan el proceso de vinculación. Como plantea F. López (1990) el niño contribuye decididamente en la formación del vínculo afectivo. Dispone de características especiales para activar los cuidados y la protección de sus cuidadores como son: su configuración facial, sus capacidades de procesamiento de la información, sus señales comunicativas y sus capacidades para participar en rutinas sincronizadas El llanto, la sonrisa y las expresiones emocionales destacan como señales de comunicación que provocan respuesta y proximidad con sus cuidadores. Los adultos también muestran una serie de conductas adaptadas, que facilitan la interacción y sugieren la existencia de una cierta predisposición para este tipo de relaciones: el contacto físico frecuente, el mantenimiento de la mirada, el tipo de lenguaje utilizado, el establecimiento de turnos de acción, en los que cada vez, el adulto va dando más protagonismo al niño, así como la capacidad de sintonizar con el pequeño. Éstas, entre otras conductas, nos hablan de la predisposición con la que contamos para establecer y sostener este tipo de relación

Par mo tra o qu ni o in n irta m i a “r r o r ama o” a ra a r a ión apego. El adulto, influido por su historia, educación, costumbres, ideología y deseos, está también predispuesto, pero más mediatizado para abordar esta relación. Aunque la biología contribuye facilitando hormonas y sintonía, especialmente en el caso de la madre biológica, el adulto, con un largo camino de socialización y un aprendizaje a partir de modelos sobre cómo se debe ser padre o madre, afronta esta relación con un bagaje bien diferente del repertorio de necesidades que plantea el niño. Se ha comprobado que los padres adoptivos establecen vínculos de apego con sus hijos, como lo hacen los padres biológicos, a pesar de no haber podido compartir los momentos después

del nacimiento. El apego es fruto de una interacción entre el niño y sus cuidadores en la que ambos son elementos activos. La reciprocidad en las relaciones interpersonales tempranas es una condición del desarrollo evolutivo normal en los seres humanos (Hofer, 1996).

Según Bowlby (Bowlby, 1998) a r a ión a o ntr ni o u ui a or desarrolla a través de una serie de fases que incluyen cinco sistemas bio-comportamentales y se despliega a la par que distintas adquisiciones motoras y cognitivas del niño. Las líneas siguientes resumen estos cambios progresivos:

1. *rie t i r od i de se es o dis ri i i i it d de i r de e o* a través de conductas reflejas y esquemas primarios. El bebé, desde sus primeros días de vida, emite conductas específicas que hacen que los adultos cercanos le proporcionen atención y cuidado, y responde al acercamiento o separación de éstos a partir de miradas, sonrisas y llantos (Meltzoff y Moore, 1977; Trevarthen, 1982). Sin embargo, el bebé aún no discrimina claramente una i ura a o, o r o qu B ow b a b a "r in u a ión"

2. *Orientación y discriminación a una o más figuras significativas*. Entre los tres y los seis meses, el bebé empieza a mostrar un incipiente apego y discriminación hacia una o varias figuras determinadas, con cierta predilección por la madre en tanto cuidadora principal. Aun uan o b b no u az ar bu ar or í mi mo a r oximi a í i a , a r ama a u a a r i a del contacto humano mostrando llanto o enfado.

3. *Mantenimiento de la proximidad con una figura discriminada mediante la deambulación y señales comunicativas*. La tercera fase, que emerge a partir de los 6/9 meses, es la de apego definido y selectivo, en a qu b b int nta on uir a r oximi a on u i ura r r n ia, a r n o a a miti n o on u ta mo iona qu ara t r izan or anto, tr , an u ti a o n a o ant a au n ia a i ura a o o or a r ía, tranquilidad o seguridad ante la presencia del cuidador. El despliegue de habilidades motrices, cognitivas, afectivas y sociales, que se produce a estas edades, facilita que el pequeño vaya construyendo una imagen de sus figuras de apego, y que encuentre medios para regularlas, con el objetivo de conseguir sus metas. Gracias a la utilización de su figura de apego como fuente de seguridad, puede desplegar sus capacidades y explorar y aprender de su entorno físico y social. Aparece en esta fase el miedo al extraño, lo que im i a qu ni o a a on t rui o una ima n m nta u i ura i ni i ati a mu tra u r au ión o u a arma ant a u to ono i o Lo

b b uti izan a i ura a o omo ba ura n u x ora ion mu tra n an i a o rechazo ant it ua ion no ami iar o r ona xtra a .

4- *Formación de la díada de apego con corrección de objetivos*. Entre los muchos cambios que se van produciendo a medida que el niño crece, Bowlby destaca el que se produce en la cuarta fase, a finales del tercer año (Bowbly 1969; Ainsworth, 1978). Como la psicología evolutiva ha evidenciado ampliamente, los niños a partir de los tres años experimentan cambios importantes en su desarrollo, que tendrán una clara repercusión en el sistema de apego. Gracias a u tr za motora, m i zan a x orar a j n o a a z m u i ura r r n ia a a z on m no n i nt a r oximi a onta to i i o on u i ura a o a ra mant n r a n a ión uri a . Por otra parte, su de a rro o n uaj rmit a rti i a r n u ntorno a tra a a abra omi nzan a uti izar m a omuni a ión rba qu onta to í i o a ra x r ar u n i a a o. Se muestran cada vez más interesados en la relación con sus iguales y empiezan a comprender las reglas que modulan la interacción social (Bretherton, 1993).

En esta fase, decrece la ansiedad ante la ausencia de la figura de apego. Esto se produce porque el niño es capaz de ir más allá d u o ntri m o m z ar a nt n r in rir o ntimi nto moti a ion a ma r o a i ura r r n ia E to un a m nta a ra m z ar a n o iar a ar a a u r o E ni o a o ra n o una ma or xibi i a pensamiento y comienza a ser consciente de que existen distintas perspectivas de un mismo evento (Pillow y Henrichon ,1996) E ta a bi i a n u ntra r a iona a on a rro o a m atía a m nta iza ión, o qu rmit qu ni o r o r i am nt a a i n o a a z reconocer los sentimientos y estados mentales propios y de otros (Wellman, Cross y Watson, 2001) E o r nt n r qu u i ur a a o ti n n obj ti o i r nt a o u o rmit a ni o int rar u r o ia m ta on u ta on a u ui a or , o i n o ínu o m colaborativo. A nivel cognitivo, n a ta a r o ar, a m mor ia ni o ba a n qu ma uion u o rutina , qu ir n a ra or anizar a in orma ión qu r ib ntorno Lo qu r i tra n a m mor ia on u n ia a ion ó i a , que se ponen de mani i to n a x r ión rba a r r nta ion m nta a o (Bretherton, 1993). La cooperación con corrección de metas se produce hacia los cuatro o cinco años. El desarrollo de sus capacidades de mentalización, como se ha comentado, contribuirá eficazmente en este sentido.

La relación de apego continua a lo largo de todo el ciclo vital y no estará ya destinada únicamente a garantizar la supervivencia o los aprendizajes, sino que devendrá también un sustento emocional y cognitivo que proporciona afectos, placer y juego. El vínculo evoluciona y se modifica en función de la calidad de los sucesos vitales que la persona está experimentando a nivel individual, pero tiende a mantenerse estable. En cualquier caso, los primeros vínculos influencian claramente la calidad de las interacciones futuras.

El apego como un *constructo cualitativo* se refiere al modo en que un individuo organiza sus conductas, pensamientos y sentimientos hacia la figura de apego.

Tal y como se ha detallado más arriba, para estudiar las variaciones en los patrones de apego, especialmente en niños de entre doce y veinticuatro meses, Ainsworth y Wittig (Ainsworth y Wittig, 1969), diseñaron el procedimiento al que denominaron *Strange Situation Procedure* (Procedimiento de la Situación Extraña o Procedimiento del Extraño, en adelante SE). Este procedimiento consta de ocho episodios estructurados de tres minutos de duración cada uno, y permite la observación de las reacciones del niño a las separaciones y a los reencuentros con la figura de referencia. Se supone que las situaciones de estrés que se plantean activan en el niño su sistema de apego, lo que permite evaluar cómo está organizado. La conducta del niño en esta situación permite identificar y valorar determinadas categorías de comportamiento como son la búsqueda de proximidad, el mantenimiento de contacto, la evitación y la resistencia.

Se utilizan las puntuaciones obtenidas en las distintas categorías para calificar a los sujetos en uno de los tres tipos principales de apego: seguro (B), evitativo (A) y ambivalente o resistente (C). Ainsworth (1978) describe, asimismo, los subpatrones que diversifican los patrones generales y nos muestran un panorama de diferencias individuales más complejo. Dentro del apego seguro (tipo B) se consideran 3 subtipos Los seguros-reservados (B1 y B2) se muestran más independientes, no muestran disconformidad ante las separaciones, y buscan poco el contacto con su cuidador. Por otra parte, P. Crittenden en su clasificación incorporó a los seguros-confortables (B3) que afrontan bien las separaciones, pero buscan más el contacto con su figura de referencia. También incorporó a los seguros reactivos (B4), que dan muestras de activación ante la separación, requiriendo de consuelo, pero que pueden recuperar el bienestar y reiniciar la exploración manteniendo una conducta de base segura.

En cuanto al apego evitativo, existen tres subtipos (tipo A). El inhibido (A1 y A2) evita claramente las relaciones afectivas, centrándose en los juguetes, desviando su atención,

especialmente en el retorno, de su figura de referencia. El cuidador-compulsivo (A3) muestra una mezcla de evitación, inhibición del afecto negativo y complacencia hacia su figura de apego, generalmente retraída o ensimismada. El obediente-compulsivo (A4) muestra temor y alerta, así como hipervigilancia ante los movimientos y expresiones de su figura de apego.

El tipo ambivalente o resistente (C) muestra una estrategia coercitiva como forma de reclamar la atención e implicación de su figura de apego, oscilando entre comportamientos coléricos e indefensos. Se describieron cuatro subtipos: el amenazante (C1), que muestra claras conductas de resistencia; el desarmante (C2), que muestra conductas indefensas o seductoras para lograr la atención del adulto; el punitivo (C3), que activa intensos episodios de cólera y rechazo, y el indefenso (C4), que exagera esta postura ante su adulto de referencia, pero que muestra mayor competencia para la exploración cuando éste no está presente.

A éstos, además, hay que añadir un cuarto patrón, el desorganizado-desorientado, que añade una información adicional al tipo de apego. Más adelante se describen estos patrones en el niño, relacionándolos con los de la madre o figura de referencia.

La distribución de las clasificaciones de los distintos tipos de apego se establece en la población general en aproximadamente: un 60% apego seguro, un 20% inseguro evitativo, un 20% inseguro resistente. En cuanto al vínculo desorganizado, se muestra en un 15% de la población. En general, se tiende a considerar que dos tercios de los niños muestran un patrón de apego seguro, y un tercio distribuido entre los tres patrones restantes Sroufe et al. (2005). Aunque estas distribuciones están avaladas por múltiples investigaciones, y parecen relativamente independientes de las variaciones transculturales, experimentan algunos cambios dependiendo de estilos de crianza y pautas educativas diferentes. Se han encontrado leves discrepancias en los diversos estilos de sociedades europeas y norteamericanas. Por ejemplo, en Alemania se ob r ó un aumento de estilos evitativos (Grossmann, Grossmann, Spangler, Suess y Unzner, 1985), y en Israel fueron los estilos ambivalentes los más prevalentes (Sagi, Lamb, Lewkowicz, Shoham, Dvir Estes, 1985). En un m ta n i i qu in u ó 2000 sujetos evaluados con SE realizadas en ocho a í , on irmó a t n n ia a trón it ati o n o i a Euro a o i nt a , una ma or ri a a ia a o ambi a nt n a í omo I r a a ón (van Ijzendoorn y Kroonenburg, 1988). De todos modos, la tendencia mayoritaria hacia el apego seguro fue evidenciada en to o o a í a na iza o .

La concepción del apego como *sistema conductual* hace referencia según Bowlby a " ua qui r orma on u ta qu a qu una r ona a a n o on r r oximi a on r to a otro in i i u o i r n ia o r ri o" El modelo que propuso está basado en la existencia de cuatro sistemas de conducta relacionados entre sí, en las que el apego sirve para mantener el contacto y la proximidad con las figuras de referencia. Además de las conductas de apego, está el sistema de exploración, incompatible con el anterior, ya que cuando se activan las conductas de apego disminuyen las de exploración; el sistema de miedo a los extraños, que activa las conductas de apego y, por último, el sistema afiliativo, que muestra el interés por mantener proximidad y contacto con otros. En relación a los sistemas motivacionales, Liotti (2008) plantea cinco sistemas de motivaciones interpersonales: apego, ofrecer cuidado, competición (rango), sexualidad y cooperación. Entre ellos se produce una relación dinámica y cada uno de ellos cuenta con un calendario evolutivo. En este sentido, este autor vería el apego como la relación básica sobre la que se desarrollarían los demás sistemas motivacionales.

Los seres humanos nacemos con unos sistemas de conducta que se activan ante determinados estímulos. La conducta de llanto, de succión, de prensión y de orientación permiten al bebe responder de forma discriminada ante ciertos estímulos como la voz, el contacto o la configuración del rostro humano, favoreciendo así el desarrollo de un vínculo afectivo con las personas que lo cuidan. El vínculo que se genera es un sistema de conducta con sus propias pautas de organización interna y con una función clara de protección para el individuo. El modelo de apego hace referencia a un sistema complejo y bien articulado de conductas, que se ponen en marcha en función de distintos factores individuales y contextuales.

Bowlby diferencia el apego, como tendencia estable de búsqueda de proximidad y contacto con la figura de referencia, y las conductas de apego, como diversos tipos de conducta que están al servicio de mantener la proximidad y el contacto con su figura de apego. Además contar con una base segura ofrece muchas oportunidades para la exploración y el aprendizaje (Seifer y Schiller, 1995).

En cuanto al apego como *constructo representacional* que construye un individuo y que se refleja en modelos de funcionamiento interno, se desarrollará más adelante, ya que es en este aspecto en el que se centra el estudio realizado.

1.1.3. La calidad del apego

Como plantea Félix López (1990) es en la relación con la figura de apego donde el niño aprende a relacionarse, a mantener formas de contacto íntimo y a establecer sistemas de comunicación informales que mediatizarán sus posteriores relaciones afectivas y sexuales. Esta experiencia de unión afectiva con otros es una de las bases sobre la que se asienta la conducta prosocial, ya que favorece experiencias de empatía, desarrolla el conocimiento social, facilita modelos de observación y establece identificaciones. Que la relación que se establezca sea de calidad es algo básico para que el futuro del pequeño no se vea comprometido.

La manera en la que el cuidador responde al niño tiene una influencia directa en su desarrollo. La primera investigadora que resaltó su importancia fue Ainsworth (1992) que afirmó que la construcción y el establecimiento de un vínculo afectivo perdurable, entre el niño y su cuidador, se logra mediante interacciones diarias, frecuentes y recíprocas, activando el sistema de cuidados y protección. Ainsworth et al. (1978) plantearon que las diferentes experiencias de interacción entre la madre y su hijo condicionarían en gran medida el vínculo que se establecería entre ambos. Sus investigaciones permitieron definir la calidad del cuidado identificando cuatro dimensiones de la conducta materna relacionadas con la seguridad: sensibilidad, accesibilidad, aceptación y cooperación ante las señales y comunicaciones del niño. Para evaluar el constructo de sensibilidad materna Ainsworth (1973) desarrolló cuatro escalas 1) sensibilidad vs. insensibilidad; 2) aceptación vs. rechazo; 3) cooperación vs. interferencia; y 4) accesibilidad vs. ignorar/descuidar. Se comentará más adelante y con más detalle lo que supone la sensibilidad de las figuras parentales, pero apuntamos ya aquí que esta *sensibilidad* implica prestar atención a las señales del bebé y poder ver las cosas desde el punto de vista del pequeño. La insensibilidad materna conlleva una falta de respuesta y de ajuste a las señales del niño interpretando sus conductas en función de las propias necesidades o deseos del adulto.

La dimensión *aceptación* hace referencia a la incondicionalidad materna. Las necesidades y facetas del pequeño son aceptadas. Sus conductas son interpretadas adecuadamente y, aunque se produzcan sentimientos conflictivos, el adulto muestra que es capaz de resolver la situación. Asume el rol de madre y acepta las limitaciones que para el resto de sus actividades conlleva. El rechazo implica una alta disposición al enfado e irritación hacia el niño mostrando desagrado o incluso rechazo cuando éste interfiere en sus actividades, pudiendo llegar a vivirlo como un oponente.

La *cooperación* implica el grado de iniciativa que muestra la madre en la interacción con su hijo, teniendo en cuenta el estado y actividad del niño en ese momento. Procura no interferir en sus necesidades, y le considera como alguien con sus propios gustos y deseos. Cuando ha de intervenir, lo hace desde esta presuposición. La madre intrusiva tiende a no respetar la autonomía, ni a considerar las particularidades y deseos del pequeño. Pone mucho énfasis en el control de la conducta, marcando e interfiriendo mucho en las actividades del niño.

La *accesibilidad* hace referencia a la disponibilidad, tanto física como psicológica, que la madre manifiesta hacia su hijo. Implica atender a las necesidades y requerimientos del pequeño, aunque esté realizando otras tareas, o hacerle notar con palabras o indicaciones que ha escuchado sus demandas y que cuanto le sea posible le atenderá. Una madre inaccesible o indiferente estará más atenta a sus propias actividades e intereses y realizará los cuidados rutinarios con escasa escucha y disposición.

Otros aspectos importantes que recogieron en relación a las características de la madre, u ron u " x r i i a mo iona ", a oran o u ra o in x r i i a a ia , o a o or or a u "ri i z " r ri a a r a o n qu ésta se manifestaba, así como la compulsividad y el perfeccionismo que mostraba.

La investigación llevada a cabo mostró diferencias significativas entre las conductas maternas de los niños clasificados como seguros (B) y los niños que en la valoración realizada mostraron un patrón inseguro (A y C), y correlaciones significativas entre las medidas de la conducta de la madre a lo largo del primer año de vida del pequeño

1.2.Elementos básicos de la interacción y sus sistemas

Las interacciones juegan un papel muy importante en el desarrollo del niño en múltiples aspectos, tanto en su autorregulación, su desarrollo cognitivo y la adquisición de lenguaje como en los ajustes emocionales. La literatura existente indica que la calidad de las relaciones niño-cuidador es el mayor determinante del ajuste psicológico y, consecuentemente, del desarrollo de la personalidad (O' onnor, 00) .

Distintos autores han descrito la importancia de la capacidad de respuesta, no solo por parte del cuidador, sino de ambos participantes. También en lo relativo a la sintonía que se produce en una interacción acompasada y sincronizada y que se expresa en una reciprocidad y

complementariedad en la díada. En un primer momento, esta consistencia en la respuesta aparece como una característica de la madre o cuidador, pero más tarde se manifestará en la competencia que el bebé comienza a mostrar. Según Beckwith y Cohen (Beckwith y Cohen, 1989), a partir de los dos años, ésta se incrementa en el niño y se traduce en un mayor número de respuestas mutuas. La capacidad de respuesta implica sensibilidad, consciencia, predictibilidad y contingencia, disponibilidad emocional, compromiso, tono emocional positivo y entrega referida a una experiencia de relación en la que el bienestar y la felicidad del otro es una parte importante. Esto no alude a una figura de referencia adulta o madre perfecta, sino como decía Winnicott (1993) "u i int m nt bu na" Una r u ta t ti o or a rt l cuidador fortalece el vínculo afectivo y también incrementa la seguridad del niño, le aporta mayor confianza e interés y le anima en la exploración del entorno (Bronstein y Tamis LeMonda, 1989) Además aumenta sus habilidades comunicativas, fomenta el desarrollo cognitivo y favorece la relación con sus iguales.

También se ha relacionado la respuesta del cuidador con un incremento de la sensación de competencia y un fortalecimiento de la autoestima (Bretherton, 1987; Denham et al., 2002; Stern, 1991). Todos estos aspectos, esenciales del desarrollo, se ven comprometidos cuando los padres o cuidadores no pueden o no cuentan con los recursos necesarios para facilitar con su actitud y disponibilidad estas condiciones necesarias para la evolución del niño.

En lo que respecta al apego, la sensibilidad materna se ha visto como un factor principal y de enorme importancia en la clasificación del apego (Goldberg, Grusec y Jenkins 1999; Isabella, 1993). La importancia de este factor se ha constatado en investigaciones en otras culturas (Grossman et al., 1985), y también en poblaciones de riesgo (Crittenden y Claussen, 2000; Egeland y Farber, 1984; Goldberg, Grusec y Jenkins,1999). Se considera la sensibilidad parental como la tendencia a proporcionar respuestas contingentes, apropiadas y consistentes a señales y necesidades del niño (Lamb y Easterbrooks, 1981) y requiere ser capaz de percibir la señal o necesidad; hacer una adecuada interpretación de la misma; decidir la respuesta ajustada y ponerla en marcha.

Un adulto sensible[3] al responder adecuadamente a las necesidades del niño le transmitirá que es merecedor de cuidado. Como ya hemos reflejado, Mary Ainsworth (1973) planteó el

[3] La utilidad de la noción de respuesta sensible se ha confundido con el constructo sensibilidad. A veces se tiene una visión etnocéntrica y se buscan conductas parecidas a las que se exhiben en nuestro medio cultural, ignorando la versatilidad del constructo original, en otros países se usan manifestaciones de la sensibilidad menos extrovertidas y

constructo de sensibilidad materna para describir la habilidad de la madre para captar las señales del niño, interpretarlas adecuadamente, y dar una respuesta oportuna y apropiada a las mismas. Implica también centrar la atención en las distintas necesidades del niño, teniendo en cuenta sus características y estados emocionales, así como poder adoptar su punto de vista, sincronizar actividades mutuas y llegar a acuerdos ante los conflictos que aparezan (Ainsworth, 1982; Ainsworth et al., 1978; Bowbly, 1969; Emde, 1980; Seifer et al., 1995). Para Ainsworth (1991) la sensibilidad implica poder ver al niño como alguien separado de uno mismo, alguien capaz de expresar sus necesidades y su punto de vista. Esto va más allá de reconocer necesidades y responder a los estados físicos, evitando el malestar del niño. Implica tener la capacidad de leer su conducta y relacionarse con él como una persona con sentimientos y deseos (Meins, Fernyhough, Fradley y Tuckey, 2001).

Ainsworth y sus colaboradores (1978) realizaron el primer estudio sobre la sensibilidad materna. Estudios posteriores han venido a corroborar la relación significativa entre sensibilidad materna y patrones de apego (Behrens, Parker y Haltigan, 2011; Mills-Koonce, Gariepy, Propper, Sutton, Calkins, Moore y Cox, 2007) y también en estudios transculturales (Jin, Jacobvitz, Hazen y Jung, 2012). Sin embargo, algunos autores han cuestionado el tamaño del efecto que puede tener la sensibilidad materna en el desarrollo del apego seguro. De Wolff y Van IJzendoorn (De Wolff y Van IJzendoorn, 1997) ub i aron un m ta n i i on 66 tu i o qu mi i r on n ibi i a mat rna a o En ontraron un tama o to a a o ia ión ntr i a a riab bajo, y concluyeron que se demuestra el rol de la sensibilidad en el desarrollo del apego, tal y como lo planteó Bowlby (1969), pero que no puede ser considerado el factor más importante para el desarrollo del apego. La complejidad que reviste la definición de este constructo, y la identificación de los aspectos que pone en juego el cuidador en la interacción, y que contribuyen directamente al apego seguro, han hecho que continúen las investigaciones en este ámbito intentando conocer las conductas específicas que muestran esa sensibilidad en el adulto. En este sentido algunos autores (Bornstein, Tamis-LeMonda, Hahn y Haynes, 2008) han planteado que la sensibilidad es un constructo multidimensional, independiente y cambiante en el tiempo, por lo que no sería posible medirla con una escala global única.

En cualquier caso, y dada la importancia de este factor, es importante valorar la sensibilidad de los cuidadores para optimizar la intervención, tanto a nivel psicoeducativo como

---

menos verbales, y contando con una red amplia de cuidadores que contribuyen a aportar al niño respuestas adecuadas y contingentes a sus necesidades.

psicoterapéutico. Incrementar la calidad de la interacción y aportar experiencias emocionales saludables es un objetivo esencial para los adultos que tengan niños a su cargo (Belsky, Houts y Fearon, 2010). Además, cuando los niños viven en entornos vulnerables o carenciales fomentar factores protectores es una prioridad. Si los adultos toman conciencia de la impotancia de la calidad de los cuidados que proporcionan, y de las repercusiones que éstos conllevan, mejoraran sus intervenciones e implicación. Dado que la sensibilidad del cuidador y la calidad de apego en el niño están directamente relacionadas las intervenciones centradas en fomentar la sensibilidad del adulto de referencia redundaran en beneficio del menor. Este aspecto se ha comprobado en distintas investigaciones (Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn y Juffer , 2003; Ortiz, dei Schiró, Blanco y Koller, 2013). Cuando se realizaronn intervenciones efectivas se observo un ambio a ra o o i ti o n a uri a a o n ni o . En este sentido el metaanálisis que realizaron Bakermans-Kranenburg et al. (2003) en el que analizarón 70 estudios encontraron que las intervenciones que estimularon la sensibilidad parental también incrementaron la seguridad del apego en los niños. Las más eficaces fueron las intervenciones breves, enfocadas en estimular la sensibilidad y con la finalidad de promover cambios en el comportamiento materno, tanto en poblaciones de riesgo como normativas. Otros estudios muestran que las intervenciones más intensivas dirigidas a niños de cero a seis años y sus cuidadores son las que mantienen un impacto positivo en el desarrollo de los pequeños y en su medio social. Promover un desarrollo saludable se da a través de relaciones atentas, afectuosas y estables con adultos comprometidos (Knudsen, Heckman, Cameron y Shonkoff, 2006).

Por otra parte se ha relacionado cada tipo de apego con la sensibilidad y la capacidad de respuesta del adulto con respecto a las necesidades del bebé, es decir, con las diferencias en la calidad de la relación cuidador-niño (Ainsworth y Bell, 1974; Ainsworth, Bell y Stayton, 1972). Sin embargo, es importante tener en cuenta que la sensibilidad de la madre viene determinada por distintos factores que provienen, de sí misma, de sus relaciones tempranas, de las características del bebé, así como del contexto social donde esta relación se inscribe. Todos estos factores condicionarán su disponibilidad y su mirada, y marcarán las conductas que despliegue en la interacción.

1.2.1. El apego una construcción en relación

Otros factores importantes que influyen en la calidad del vínculo de apego, además de la sensibilidad/insensibilidad de la madre o figura de referencia, y los distintos rasgos de su personalidad y su historia evolutiva, son las características del propio niño y, como hemos apuntado, otros factores relacionados con el contexto social en el que se produce esta relación.

En cuanto a las características del niño, como ya se ha señalado más arriba, Bowlby planteaba que las pautas de interacción que se desarrollan entre el niño y su madre sonde fruto de las contribuciones de uno y otro, y de su influencia mutua. Altos niveles de irritabilidad se han asociado con un menor compromiso materno y con un patrón de apego resistente (Miyake, Chen y Campos,1985; Goldsmith y Alansky, 1987), pero no hay un acuerdo en este sentido entre las distintas investigaciones. Otros autores (Belsky e Isabella, 1988; Van den Boom, 1994) plantean que la irritabilidad del bebé puede ser un factor de riesgo para desarrollar una r a ión in ura, ro no r i ti o in uri a E t m ram nto ni o tambi n ju a un a n a r u ta a tr n a orma n qu int ra t a on u ui a or , aunque las investigaciones apuntan a que el temperamento puede tener, m qu to r in i a , to mo r a o r qu o ran n r a ión on a rianza qu ni o r ib (Gunnar y Quevedo, 2007). En cualquier caso, tanto las características maternas como las infantiles, interactúan a la hora de establecer la calidad del apego, aunque según Crockenberg (Crockenberg, 1981), los efectos del temperamento infantil sobre la relación de apego dependen del apoyo social que la madre recibe de su entorno. Estos autores han comprobado que niños muy irritables solo desarrollaban apego inseguro cuando su madre contaba con escaso apoyo social.

Otras características del niño pueden influir en la seguridad del apego que se ha establecido. Hay evidencia de que tener un bajo peso al nacer, ser prematuro, y ciertas enfermedades del recién nacido, exigen más cuidados de los padres y en muchos casos implican altos niveles de estrés. En familias de riesgo pueden llevar a un tipo de apego inseguro (Ibáñez, Iriondo y Poo, 2006).

El modelo de bondad de ajuste (Thomas y Chess, 1977) hace referencia a la interacción entre las características temperamentales del niño y las características y circunstancias de los padres. Determinados rasgos del niño pueden influir en el tipo de interacción que se establezca, pero en función de la personalidad y circunstancias del adulto. La respuesta a la pasividad o

irritabilidad del niño estará mediatizada, entre otros aspectos, por las distintas características de personalidad del adulto, su momento vital y, como ya hemos planteado, al tipo de apoyo social con el que cuente. Belsky (1999) plantea que el apoyo social proporciona apoyo emocional, instrumental y expectativas sociales que pueden servir a la hora de establecer qué conductas son o no adecuadas. Otros factores, como la relación de pareja, el marco social y el trabajo, también son una fuente de apoyo relacionada con la competencia de los padres.

1.2.2. La perspectiva interaccionista

La relación madre-hijo se puede ver influida por otros factores. En este sentido, puede ser útil recordar que la perspectiva ecológico-contextual asume que las relaciones bebé-cuidador están insertas en un mundo sociocultural y, por tanto, se reconoce que la unidad apropiada de análisis es el ajuste a las actividades o prácticas cotidianas en las que el niño se ubica (Weisner, 2002). Según este autor, se parte del reconocimiento de que cada comunidad ofrece vías de desarrollo cognitivo y social para los seres humanos en el marco de contextos ecológico contextuales. Esas vías de desarrollo están compuestas de rutinas de la vida cotidiana que, a su vez, se componen de actividades culturales en las que los bebés participan desde que nacen. Actividades que incluyen valores, objetivos, emociones, motivaciones y expectativas de quienes participan en ellas. A medida que las actividades transcurren en el tiempo van configurando guiones de la forma adecuada o normativa para la realización de la actividad. (Gallimore, Weisner, Bernheimer, Guthrie y Nihira, 1993; Weisner, 1998).

En el marco de la perspectiva ecológico-contextual, se destaca el modelo bioecológico de desarrollo propuesto por Bronfenbrenner (1987) como una vía adecuada para abordar el estudio del proceso de formación y desarrollo de las relaciones afectivas tempranas. Este autor ya señaló la interrelación que existía entre los distintos sistemas y contextos de desarrollo humano. Así, el microsistema formado por el niño en desarrollo se ve influido por la relación con sus padres, con los maestros, con los compañeros de escuela. Pero cada uno de esos componentes guarda relación entre sí abriendo un círculo más amplio que los contiene, y al que el autor denominó mesosistema, donde se interrelacionan dos o más entornos en los que la persona participa de manera activa; pasando al exosistema, representado en las estructuras sociales tanto formales como informales, trabajo, vecinos, redes sociales; y llegando hasta el macrosistema, configurado por las condiciones sociales, culturales y estructurales que determinan en cada cultura los rasgos generales de las

instituciones y los contextos en los que se desarrolla la persona. En él se incluyen los valores sociales, los sistemas de creencias y los sucesos históricos.

Las distintas interacciones están determinadas por las condiciones externas: entorno, estructura y características de la familia y número de miembros entre otros. También las características de los padres tales como edad, salud, nivel de conocimientos, nivel económico, así como las del niño, temperamento, nivel de salud y grado de desarrollo (Engle y Ricciuti, 1995). Estos factores, junto con los recursos y los sistemas de apoyo, están interrelacionados e influyen y afectan la forma y el grado en que el cuidador y el niño pueden implicarse en una relación de recompensas mutuas con interacciones recíprocas apropiadas para el desarrollo del pequeño.

En un primer momento, el desarrollo de un bebé se encuentra mediado por las relaciones con su familia y otras personas cercanas. El microsistema y sus componentes se constituyen en el ambiente ecológico a estudiar durante el primer año de vida. El primer componente del microsistema se denomina actividad molar, tiene un momento y un significado para los que participan en ella y se concreta, por ejemplo, en las rutinas habituales en la vida del bebé durante su primer año de vida, como son el baño, la alimentación, el juego y la hora de dormir. El segundo elemento del microsistema lo constituyen las relaciones, que, cuando son bidireccionales, se conforman como una díada en la que cada uno de los componentes presta atención o participa en las actividades del otro. Bronfenbrenner (1987) las considera el contexto crítico para el desarrollo, y como el componente básico del microsistema que hace posible que se desarrollen estructuras interpersonales más grandes, como los sistemas N + 2. La díada puede adoptar, según este modelo, tres formas: díada de observación, de actividad conjunta, y díada primaria, que es una modalidad que surge a partir de las relaciones afectivas en el marco de díadas de actividad. En ella cada participante existe para el otro, incluso cuando no están juntos, influyendo en la conducta del otro.

Características propias de las díadas son la reciprocidad, con influencia mutua; el equilibrio de poderes, según el cual un miembro puede ser en un primer momento un impulsor para el desarrollo y aprendizaje del otro, que irá progresivamente tomando el relevo; y la relación afectiva, con el desarrollo de sentimientos cada vez más fuertes entre los implicados. Los vínculos afectivos pueden ser mutuamente positivos, negativos, ambivalentes o asimétricos. Una díada de desarrollo es aquella en la que hay reciprocidad, se llevan a cabo patrones de actividad conjunta cada vez más complejos, hay sentimientos positivos mutuos y en la que el equilibrio de poderes

cambia gradualmente a favor de la persona en desarrollo. El tercer componente del microsistema lo constituyen los roles, que son el punto de unión de las actividades molares y las relaciones.

Desde este enfoque, la persona en desarrollo es vista como un sistema abierto que experimenta el desarrollo en la interacción bidireccional con el ambiente, que también es cambiante. Abordar las relaciones afectivas tempranas desde la perspectiva ecológico-contextual supone tener en cuenta distintas variables importantes dentro de los diferentes sistemas, y para estudiarlo se sirve de la observación, las entrevistas y las conversaciones en los contextos en los cuales se producen las expresiones afectivas tempranas.

Por otra parte, las características del entorno en el que se inscribe la relación de la madre y el padre con su hijo crean condiciones para que esa relación se articule y tome una forma concreta. La calidad del apego estará influenciada por las políticas sociales y comunitarias, los servicios de apoyo con los que cuente la familia en sus distintas variantes y formatos, la calidad de los servicios médicos, educativos, sociales y jurídicos. También es importante la mirada social en relación con la infancia y sus necesidades, las leyes y regulaciones laborales que permitan la conciliación, y contemplen la inversión a largo plazo que implica fomentar vínculos seguros que promuevan personas y ciudadanos comprometidos, así como una sociedad de bienestar real, no solo económico, sino también humano.

Como se ha visto, no es posible hablar de desarrollo infantil temprano sin tener en cuenta el papel determinante de los cuidadores y el contexto (Bowbly, 1969; Givaudan y Pick, 2014). Tanto los cuidadores familiares como los educadores y/o maestros son esenciales para promover un desarrollo saludable en los niños y deben ser el foco de intervenciones para que puedan facilitar todo el potencial humano de los pequeños, fortaleciendo los lazos afectivos e incrementando la calidad de los cuidados; apoyando a los padres en el desarrollo de estrategias y en los retos que plantea el ejercicio de la parentalidad, así como ayudándoles a crear ambientes seguros y estimulantes (Mesa y Gómez, 2013).

Además de las implicaciones culturales y las creencias que sostienen diferentes prácticas parentales, se observan unas dimensiones comunes que responden a las necesidades de los niños y a la evolución propia del desarrollo (Bradley y Caldwell, 1995). Los padres o cuidadores tienen unas funciones comunes, de sostén, apoyo, estimulación, estructura y vigilancia que se ponen en marcha en cualquier suceso cotidiano. Sin embargo, el surgimiento y la forma de mantener esta motivación empática de los cuidadores depende en gran medida del nivel de apoyo, las

condiciones del entorno y las características del cuidador. Cuando en la propia historia de los padres ha existido carencia de este tipo de respuestas y sus modos de interpretar el mundo, a los otros, y a sí mismos, se han conformado con respecto a esas carencias, surgen dificultades en el apego. En ocasiones esto conlleva que no sea posible sostener una interacción saludable que apoye al niño en su desarrollo.

1.2.3. Las condiciones de pobreza y su influencia en el desarrollo socioafectivo del niño

Como se ha reflejado en el apartado anterior las condiciones socioeconómicas son uno de los aspectos del entorno que afectan claramente al desarrollo del niño en todas sus vertientes. Desde hace unas décadas se ha empezado a conceptualizar la pobreza como una cuestión de derechos humanos y distintas disciplinas han aportado su visión en esa definición. Cuestiones como si la pobreza puede considerarse una violación de los derechos humanos, una causa o más bien una consecuencia de la violación de los mismos remiten a un abordaje más amplio de este grave problema mundial (Hannum, 2019; Wagle, 2018). Hace algún tiempo que se viene planteando una concepción multidimensional de la pobreza que, además de las carencias materiales, incluye aspectos como la falta de oportunidades, las vulnerabilidades y la exclusión social (ONU, 2010). La pobreza pone en riesgo a todo el medio familiar, pero especialmente a los niños, que requieren de un entorno que les provea de cuidado y protección. La repercusión de la falta de recursos económicos en el desarrollo físico, cognitivo y socioemocional del niño va a depender del momento en que haya aparecido, de su grado, del tiempo de duración y de si va acompañada o no de la exclusión social.

Los estudios e investigaciones realizadas han constatado que los niños que viven en condiciones de pobreza presentan una situación de riesgo que compromete su desarrollo. En estas condiciones, todos los sistemas, desde el más próximo al más lejanos afectan a su desarrollo socioafectivo. Van IJzendoorn et al., (1988) en el metaanálisis que realizaron mostraron que el nivel socioeconómico tiene un papel importante en la formación de los tipos de apego y afecta a la expresión de emociones y a la interacción con los otros. En otro metaanálisis (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn, 2010) en el que se examinaron 55 estudios realizados en familias de riesgo socioeconómico encontraron que la acumulación de estos riesgos tenía un impacto considerable en la inseguridad y desorganización del apego infantil. Además, si los padres interactúan menos con el niño debido a problemas personales o socioeconómicos graves y al estrés

cotidiano, esto puede llevar a una hiperactivación en el niño. Las familias con riesgos múltiples pueden fácilmente descuidar sus obligaciones parentales, lo que repercute en la vida cotidiana y en la crianza de los hijos. En este sentido se han tener en cuenta los conocidos efectos negativos de la pobreza y su relación con situaciones de negligencia. Como algunos autores han resaltado si estas complejas interacciones se abordan en términos de patología o problemática individual esta visión reduccionista impide afrontar estos importantes problemas en toda su complejidad, no fomenta fortalezas ni promueve los derechos de muchos niños y sus familias. (Grupta, 2017; Lister, 2013).

Las condiciones vitales de pobreza afectan al niño tanto en su desarrollo emocional (Mistry, Biesanz, Taylor, Burchinal y Cox, 2004; Raver, 2004), como en sus relaciones de apego (Pasco Fearon, Belsky, 2004; Lundy, 2002; Miljkovitch, 2001; Moss, Cyr y Dubois-Comtois, 2004; Thompson, 2000; Zaouche-Gaudron, 2005). Dependiendo de la duración y momento en que haya tenido lugar esta situación de pobreza en la vida del niño tendrá una mayor repercusión y gravedad.

Las graves carencias materiales que suponen las situaciones de pobreza y extrema pobreza en las que viven algunos niños afectan especialmene cuando tienen lugar en ambientes desfavorecidos con un alto nivel de estrés y una vida cotidiana poco estructurada y en muchos casos imprevisible. (Evans, Gonnella, Marcynyszyn, Gentile y Salpekar, 2005). Estas condiciones de vida difíciles e inestables hacen complejo el establecimiento de vínculos seguros y no aportan las condiciones necesarias para que el niño logre un adecuado desarrollo socio afectivo. Un estado de pobreza afecta al bienestar psicológi o o a r n a na on i to tr que condicionan la vida familiar y el desempeño de la parentalidad repercutiendo en el desarrollo de su hijo (Elder, Conger, Foster y Ardelt, 1992 ; Herrenkohl y Herrenkohl, 2007). Distintas investigaciones han mostrado que el estrés, fruto de padecer estas graves situaciones, afecta especialmente a la sensibilidad materna y pone en riesgo la seguridad del apego en el niño (Belsky y Pasco Fearon, 2008) condicionando el desarrollo de las prácticas parentales (Mistry et al., 2004). Esto puede hacer que la madre responda de forma más inconsistente a las demandas de apoyo emocional del niño, lo que puede poner en marcha, con más frecuencia, estrategias de hiperactivación del apego. Otras investigaciones también han encontrado influencia de la depresión y el estrés materno, generados como consecuencia de vivir en situación de graves carencias económicas, en la desorganización del apego en el niño (Fresno, Spencer, Leiva y Gallardo, 2011).

Como hemos podido ver la relación paternofilial se halla inscrita en unas realidades que condicionan facilitando o poniendo en riesgo el desarrollo del niño y el bienestar de la diada.

1.3. Apego y emoción

La o u ión mo iona ni o , in u mu o a to Uno o m im orta nt a r n iz aj a ti o a a rtir a ob r a ión a r a ion qu tienen lugar en su entorno familiar, en el que la madre o figura de referencia se constituye omo m nto a u in u a ión a ti a (Barrio, 2002; Belsky, 1999; Bowlby,1958; Fonagy, 2004) La r a ión to ínu o r a iona a ti o int n o a i itar , o t riorm nt , una orr ta int ra ión del sujeto en el grupo (Musitu y Cava, 2001).

1.3.1. Apego y regulación emocional

La regulación emocional es un proceso esencial para el desarrollo humano y con amplias repercusiones, tanto a nivel individual como colectivo. Los niños muy pequeños no son capaces de regular sus emociones, ya que aún no cuentan con la capacidad suficiente como para poder mo u ar a int n i a , r u n ia o ura ión las mismas (Fonagy, 1999; Schore, 2001) Son a r a ion m t m rana qu tab on o a u t o r r n ia a que le permitirán aprender a regular su sistema emocional. La in u a ión a ti a on ui a or , qu n ar a r r on r a a a o r a ion mo iona , es la que permitirá que el niño aprenda a regular su sistema emocional. Este aspecto importante en su proceso de desarrollo tendrá lugar en las relaciones con otros, y le permitirá elaborar afectos y comunicarlos. Un proceso en que la corregulación va dando lugar a la autorregulación (Fonagy, Gergely y Jurist, 2018).

Alan Sroufe (2000; 2005) plantea el apego como la regulación diádica de la emoción. Como ya hemos comentado, en la relación de apego esto se produce a través de un contacto continuado y preferencial con un adulto que proporciona cuidados y protección. En esta relación, es donde el niño comienza a aprender a regular las interacciones con los otros y a gestionar sus propias emociones. Cuando esta regulación es eficaz en la primera infancia, a través de un apego seguro, tendrá consecuencias en la expresión, modulación y flexibilidad, así como en el control de a mo ion or a rt ni o E t autor rib a mo ión omo “una r a ión ubj ti a a un u o ob r a i nt ” (Sroufe, 2000, pág. 23) que incluye componentes cognitivos, conductuales, afectivos y biológicos. Las emociones intervienen en los procesos evolutivos a lo largo de toda la vida del individuo y están relacionadas con su conducta y con sus experiencias

(Greenberg y Paivio, 1999; Ortiz, 1999). Las emociones negativas, para que no produzcan conductas desadaptativas o trastornos psicológicos en el individuo, requieren de un control que se ejerce mediante estrategias de autorregulación emocional que como hemos visto se inicia en la infancia.

El concepto de regulación emocional es complejo y multidimensional, por lo que no existe un acuerdo en su definición, pero su relación con el sistema de apego es clara y tiene una evidente repercusión en el desarrollo. Dado que la experiencia de seguridad es el objetivo del sistema de apego, éste se constituye ante todo como un regulador de la experiencia emocional (Sroufe, 1996). Algunos autores hablan de la regulación afectiva como la capacidad de controlar y graduar las respuestas emocionales y consideran que es esencial para la constitución y regulación del *self* (Fonagy et al., 2002).

Según la neurociencia cognitiva, la autorregulación es la capacidad de modular y modificar respuestas tanto emocionales como cognitivas, por demandas específicas (Perry, Swingler, Calkins y Bell, 2016; Rothbart, Sheese y Gross, 2007; Vohs y Baumeister, 2004). Los estudios aportados por la neurociencia apoyan concepciones relativas a las emociones, que pareciendo antagónicas, vienen a unirse en una propuesta que las engloba. Las emociones fuera de nuestro control y la posibilidad de regularlas a través del conocimiento y la razón habían sido planteadas con distintas vertientes y matices en el ámbito de la Filosofía. La neurociencia aporta un enfoque en el que el cerebro realiza ese doble procesamiento emocional: uno automático y bastante al margen de la conciencia, y otro unido a la capacidad humana de pensar y de regular la intensidad emocional (Fonagy et al., 2002; Lewis y Todd, 2007). Estos dos sistemas de respuesta tienen representaciones del objeto o del suceso, pero el primero implica directamente a la amígdala y se constituye en automático, aportando respuestas más rápidas y en ocasiones imprescindibles para la supervivencia, mientras que el segundo implica a la corteza cerebral y tiene un componente más cognitivo y regulador.

Damasio (Damasio, 2005) plantea que el objetivo de la regulación homeostática es el bienestar.Tenerlo y recuperarlo cuando se ha perdido es vital para los humanos, especialmente en su fase más frágil y dependiente.

Regular nuestras reacciones emocionales es un camino largo y complejo. La autorregulación involucra procesos intrínsecos y extrínsecos que se inician incluso antes del nacimiento. En un primer momento se produce gracias a la inhibición autonómica que acompaña

la maduración sensorio-motora.. Distintas estructuras neuroanatómicas están involucradas en el desarrollo de la autorregulación: el tallo cerebral, el sistema límbico y la corteza prefrontal, que en conjunto se articulan en un sistema jerárquico vertical (Tucker, Derryberry y Luu, 2000; Feldman, 2009; Geva y Feldman, 2009).

La autorregulación está relacionada con el temperamento (Rothbart, Posner y Kieras, 2006), pero se construye y evoluciona en función de procesos intrínsecos (diferencias innatas e individuales en la constitución de procesos neurobiológicos y neuropsicológicos) y factores extrínsecos (influencias relacionales) en el marco de determinados esquemas socioeconómicos y socioculturales (Fox y Calkins, 2003). En relación a la influencia del temperamento infantil en el vínculo establecido con su cuidador, algunas hipótesis han apuntado a que una alta irritabilidad en el bebé podía poner en riesgo la implicación materna y facilitaría el desarrollo de un patrón ansioso o resistente en el niño (Goldsmith y Alansky, 1987). Sin embargo, no hay evidencia de que exista una repercusión clara del temperamento en la calidad del apego. Si el adulto de referencia facilita unos cuidado a ro ia o , o ni o on t m ram nto " i í i " u n desarrollar vínculos seguros. Como ya se ha apuntado en un primer momento existe una mayor influencia del adulto en la interacción.

Un factor fundamental es el ajuste entre las características de los padres y las de su hijo. Se ha observado que las características de la madre tales como la salud mental, los recursos personales, la edad, la historia familiar, las creencias y la autoestima van a ser esenciales para que se pueda producir un buen ajuste con las características de su hijo (Brazelton y Nugent, 1995; Morris, Silk, Steinberg, Myers y Robinson, 2007; Jahromi, Umaña-Taylor, Updegraff y Lara, 2012). Algunas características del niño y de su cuidador se influyen mutuamente en este proceso y, al mismo tiempo, ambos están insertos en un entorno que, desde el medio más cercano, al más distal, les afectan, como los factores extrínsecos que van desde recursos económicos y personales con los que se cuenta, tipo de estructura familiar, nivel de armonía o de violencia, redes de apoyo, así como acceso a la sanidad y la educación y el clima social y político. Estos factores, al afectar al medio familiar, repercuten en el niño a través de sus padres. Entre los factores más próximos, destaca sobre todo el ambiente en el hogar. En función de cómo sean las interacciones sociales, los medios, y especialmente las prácticas parentales y el clima emocional en la familia (Clark, Woodward, Horwood y Moor, 2008; Crittender, 1985; Treyvaud, Doyle, Lee, Roberts, Lim, Inder y Anderson, 2012), se conformará en gran medida la construcción de la regulación emocional del niño durante la infancia (Morris et al., 2007).

1.3.2. Procesos que facilitan la construcción de la autorregulación

La innata predisposición a vínculos emocionales con los otros facilita el desarrollo de la relación del niño con su cuidador. La disponibilidad afectiva del adulto, que focaliza su mirada y su expresión en el niño, es esencial en la construcción de la relación, y propicia el paso a la autorregulación, pero, para que ésta sea posible, el bebé precisa de un adulto que realice una función de sostén y regulación ante el aumento de la excitación que él por sí mismo no pueda contener. Es el apoyo de este otro el que permite el reequilibrio. El bebé, de alguna manera, también guía la atención de sus cuidadores a través de la sonrisa o el llanto. Los indicadores de malestar, al ser observados e interpretados por un adulto que aporte el consuelo y/o la acción adecuada para satisfacer sus necesidades, conseguirán que el niño pueda rebajar la tensión y lograr el equilibrio interno (Preston y de Waal, 2002).

El niño también activa recursos propios de autorregulación, tales como el afecto neutro, la atención dirigida hacia objetos del ambiente o la realización de acciones autocalmantes (R. de Schejtman y Vardy, 2008). El niño aprende que la activación neurovegetativa que en ocasiones siente, cuando se produce, no dará lugar a una desorganización que le desborde si está junto a su cuidador, ya que éste estará allí para reestablecer el equilibrio. Cuando viva estados de activación incontrolable, buscará la proximidad física con él. La conducta del niño hacia el final del primer año es intencional y empieza a estar basada en expectativas específicas (Fonagy, 1999). Según hayan sido sus experiencias con el cuidador, habrá incorporado en sus sistemas representacionales de apego información relativa a lo que puede esperar, y movilizará distintas estrategias de regulación para afrontar la situación.

Los primeros años de vida del niño configuran el período de mayores logros para su desarrollo en los distintos ámbitos. El manejo de sus emociones y el autocontrol requerirá todavía un largo recorrido, pero ya van apareciendo simples estrategias de control emocional, gracias en gran medida, como hemos visto, al apoyo de sus figuras de referencia (Thompson y Goodvin, 2007). El adulto, al reflejar las emociones de los bebés y los niños, modula la intensidad de tales afectos, y posibilita la regulación. Poco a poco, el niño con apego seguro comenzará a vislumbrar e indagar motivos e intenciones en la conducta del adulto que le cuida. Según Fonagy et al. (2002) servir "jo mo iona" la función parental de reflejar amplificadas las emociones de los niños. (Fonagy y Target, 2002). Desde esta perspectiva del apego, se plantea que en la relación

entre cuidador y niño acaba cocreándose una forma particular de regulación del afecto. Esta tendrá componentes de autorregulación y de regulación vincular. La forma que adopte estará en relación con lo que resultó tolerable para el cuidador y el niño, aunque en un primer momento sobre todo para el adulto, ya que es el que lleva el mayor peso en la interacción. Otros autores (Diamond y Marrone, 2003) plantean que lo b b on a a " r" a mo ion a on u ta u cuidadores. El papel de las neuronas espejo facilitaría la interacción, que se constituye en un factor fundamental en el desarrollo de la capacidad de captar en forma explícita la intencionalidad de la conducta. Este logro posibilitará, al final del primer año, que el bebé pueda transformar esa capacidad implícita, en una capacidad intersubjetiva explicita y simbólica.

El sistema mental de interpretación con el que contamos nos permite explicar y predecir los comportamientos y sirve para atribuir, tanto a los demás como a nosotros mismos, una serie de intenciones, creencias y deseos que estarán en la base de nuestras decisiones y acciones (Dennett, 1987). Esta capacidad de predecir comportamientos en otros, como consecuencia de la atribución de intenciones se da entre los tres y los cuatro años (Fonagy et al., 2002). Main (1991) y también Bretherton (1991) ya hablaron de la intencionalidad como un concepto importante en el apego seguro. Se relaciona el apego seguro/inseguro con el alta/baja capacidad para la intimidad, y el desorganizado, con una falta de capacidad de mentalización.

1.3.3. Estilos de apego y regulación emocional

Como ya hemos apuntado, las experiencias vividas y lo retenido de las mismas configuran estilos de apego. Éstos se asocian a ciertas emociones, y se relacionan con la expresión y regulación de las mismas. Las estrategias utilizadas para expresar y regular emociones están orientadas según el estilo de apego (Lecannelier, 2002). Dentro de cada estilo se tienden a privilegiar ciertas formas de manejar y regular las emociones.

Los patrones de apego seguro posibilitan que los niños tengan un desarrollo saludable, una buena autoestima, estabilidad emocional, una identidad integrada, mejor desempeño escolar y mayor capacidad para afrontar situaciones de estrés (Fonagy, 1999). También se ha observado una mayor autoconfianza, un adecuado desarrollo emocional, una mayor empatía y habilidades para establecer relaciones sociales más profundas (Sroufe, Egeland y Kreuzer, 1990; Waters, Wippman y Sroufe, 1979). El apego seguro se constituye como un elemento protector en la salud mental infantil.

Con respecto a las estrategias de regulación emocional, en el estilo seguro se utilizan preferentemente estrategias de búsqueda de proximidad, afiliación, exploración, alta expresión de las emociones y búsqueda de apoyo social. En el estilo evitativo se tiende a utilizar estrategias de inhibición emocional y de búsqueda de proximidad, mostrando distanciamiento afectivo, exclusión de recuerdos, supresión de emociones negativas y distanciamiento de los contextos de apego. En el estilo ambivalente se utilizan con mayor frecuencia estrategias de búsqueda de proximidad hacia las figuras de apego, hipervigilancia, sobreactivación general del organismo y acceso reiterado a recuerdos emocionales negativos, con una activación disfuncional del sistema de apego.

Dentro de los niños con apego inseguro, los resistentes se caracterizan por mantener una estrategia de hipervigilancia, lo que les permite mentalizar pronto la conducta de los cuidadores, pero esto no redundará en una mayor organización de sí mismo, ni en un sentimiento de seguridad, como sucede en los niños con apego seguro. Mas bien mostrarán ansiedad, su sistema de comportamiento de apego se activará más rápido, mostrando una alta reactividad emocional y una tendencia a la hipervigilancia hacia estímulos emocionales y sociales (Bartholomew y Horowitz, 1991).

La seguridad/inseguridad en el apego se ha relacionado con problemas o trastornos internalizantes y externalizantes. Los trastornos internalizantes implican conductas de retraimiento e inhibición, trastornos de ansiedad y/o depresión, problemas de autoestima, hipersensibilidad y quejas psicosomáticas. Los trastornos externalizantes implican conductas negativistas y desafiantes, agresividad, hiperactividad, problemas de atención, impulsividad, baja tolerancia a la frustración y falta de habilidades sociales, entre otras (Acchenbach, Howel, Quay y Conners, 1991; Bornstein, Hahn y Suwalsky, 2013). Según distintos estudios la dificultad para establecer vínculos de apego seguros entre hijos y padres en situación de riesgo y vulnerabilidad, más aún si estos padres presentan factores de riesgo de maltrato, supone un menor bienestar psicosocial en los niños. También una mayor probabilidad de presentar problemas de comportamiento, tanto internalizantes como externalizantes (Torres y Rodrigo, 2014; Wadsby, Svedin y Sydsjó, 2007).

Los altos niveles de ansiedad registrados en niños con apegos inseguros correlacionan con fuertes reacciones en la amígdala, que parece ser la región donde más rápidamente se detecta la amenaza en el ambiente. Los niños ponen en marcha distintos mecanismos con el fin de intentar regular la ansiedad que su entorno les genera, ya sea evitando o incrementando la vigilancia hacia

los estímulos provenientes de su medio relacional. La manera en que se realice el procesamiento de la información emocional puede ser un factor de riesgo importante para mostrar desórdenes en este ámbito. Es importante entender el mecanismo protector que subyace a los Modelos Operativos Internos (en adelante MOI) de baja ansiedad en los sujetos de apego seguro, con el fin de poder promover la resiliencia.

Cuando se activa el sistema relacional de apego desencadenando respuestas al miedo o a la amenaza, puede ser fundamental a nivel fisiológico el establecimiento de patrones relativamente duraderos de actividad neurotransmisora, y niveles de receptividad del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal a estas emociones. Algunos autores (Lyons-Ruth, Connell, Grunebaum y Botein, 1990) afirman que, aunque pudiera parecer que las conductas parentales temerosas o retraídas son menos problemáticas que las hostiles y atemorizantes, parecen existir evidencias de que los niños criados en unas y otras condiciones sufren consecuencias muy negativas. Éstas se concretan en una elevada secreción de cortisol como respuesta a estresores leves durante la infancia, un juego simbólico inhibido o caótico durante la etapa preescolar, conductas hostil-agresivas hacia otros niños en la escuela infantil y en la educación secundaria, así como altos niveles de patrones de apego controlador hacia los padres a la edad de seis años (Lyons-Ruth y Jacobvitz, 1999).

Las distintas aportaciones en este ámbito tienen una gran repercusión en la comprensión y facilitación del desarrollo, pero, dado que un abordaje en mayor profundidad excede el planteamiento de este estudio, solo queremos resaltar la importancia del papel de los adultos en la construcción de esa autorregulación, que será un logro que implicará un mayor recorrido.

1.4. Intersubjetividad, Mentalización, Empatía y Apego

El niño, al nacer, presenta múltiples potencialidades con funciones psicológicas y sistemas conductuales por desarrollar, que se irán desplegando y diferenciando a medida que avanza su desarrollo. El apego parece cumplir la función de primer sistema relacional que condicionará o t rior r a ion (Sou r , 00) E t autor on i ra a o omo un “ on t ru to or a niza or” nu tra o u ión i o ó i a o a j r i n o un to obr otra a riables mediadoras o posibilitando la creación de estructuras.

La búsqueda de otros seres con quien compartir emociones es una característica de los humanos y un factor motivacional de primer orden como ha sostenido Trevarthen (2001). La intersubjetividad es vista como la capacidad para conectar con otra persona, y para la que venimos preparados al

contar con unos sistemas emocionales y cognitivos que nos posibilitan acercarnos al mundo intencional de otros congéneres con los que entramos en relación, y en este proceso aprendemos a través de distintos niveles de intersubjetividad el significado de las cosas y del mundo que nos rodea (Perinat, y Sadurní, 2000; Sadurní y Pérez Burriel, 2016).

La capacidad intersubjetiva y la capacidad de apego, ambas innatas, se despliegan en paralelo y de forma interrelacionada, aunque, según nos recuerdan Cortina y Liotti (Cortina y Liotti, 2010) el apego se articula en torno a la seguridad y la protección y la intersubjetividad en torno al compartir y a la comprensión social.

Estos ámbitos de funcionamiento psíquico se entrecruzan, se apoyan y están relacionados también con otro constructo importante: la mentalización. El concepto de mentalización, relacionado con la intersubjetividad y apego, se entiende como la capacidad de percibir e interpretar la conducta humana en términos de estados mentales basados en las necesidades, deseos, sentimientos, creencias, objetivos o razones (Fonagy, 2004). Para este autor una función principal del apego es la de desarrollar en el niño la capacidad de relacionarse con los demás como seres con un mundo interno de pensamientos y sentimientos. Entre intersubjetividad, apego y mentalización se establecen conexiones e influencias que se evidencian en las habilidades relacionales con las que contamos. A su vez, y como plantea Fonagy, es en la relación de apego donde aparece la capacidad para desarrollar formas avanzadas de intersubjetividad, en las que, si la relación es saludable, el niño puede encontrar en la mente del cuidador un reflejo de sí mismo que le posibilite construir su autoimagen, aprender a explorar la vida psíquica de un otro y hacerlo de una forma relajada y segura. De la figura de apego el niño buscará progresivamente protección, ayuda para regular el estrés y recuperar el bienestar y un ajuste interpersonal.

La concepción del niño y de cómo tiene lugar su desarrollo ha ido enriqueciéndose y ampliando su consideración. Desde una visión del niño como un ser biológico, mental o emocional a un ser también relacional; de sujeto pasivo a agente activo, tanto en su propio desarrollo como en las relaciones de las que participa; qué se constituye en la interacción con sus adultos significativos, en la que los procesos cognitivos y emocionales se entrelazan e interactúan. Como ya hemos ido planteando, el espacio intersubjetivo parece erigirse como contexto y facilitador, donde van a desplegarse sus potencialidades, y donde va a tener lugar el desarrollo del mundo mental del niño. En estas relaciones es donde empezará a generar explicaciones de las

conductas de sus adultos de referencia sobre la base de representaciones mentales, tales como las creencias y los deseos (Fonagy, 1999; Wellman, 1995).

La capacidad de mentalizar está ligada al desarrollo del self, a su organización interna y a la participación en la sociedad (Fonagy, Target, Steele, 1998). Para la comprensión de la mentalización o función reflexiva Fonagy et al. (1997) plantean dos niveles de análisis: la comprensión de la naturaleza representacional de la mente, por un lado; y la regulación afectiva, por el otro. Ésta anticipa la mentalización, y cuando ésta tiene lugar la transforma (Fonagy, 2000).

Por otro lado, si los padres relacionan la conducta de su hijo con sus estados mentales tendrán otro acercamiento hacia él y podran contribuir eficazmente en el desarrollo de su autoregulación. La mentalización materna está estrechamente ligada con la regulación afectiva. Desde el establecimiento de la regulación afectiva diádica madre-bebé esta capacidad de mentalizar ha de estar presente, ya que faciltara el que la madre contenga y regule los afectos negativos del niño, prestándole su apoyo para que pueda afrontarlos (Fonagy et al., 1997). Desde los primeros meses de vida las respuestas de los bebés a sus figuras de referencia van haciéndose cada vez más sociales. Se va estableciéndo un juego circular de interacción en el que el pequeño disfruta en la medida en que se repitan las secuencias establecidas. Si éstas no tienen lugar y la estimulación esperada no se produce el bebé dará c ara mu tra u m a tar (Ri i r Soti o, 2002). Las relaciones tempranas son esenciales en el desarrollo y marcan, en gran medida, el bienestar o la patología. Distintas investigaciones han observado que las interacciones armonizadas con los padres (Jaffe, Beebe, Feldstein, Crown y Jarnow, 2001; Stern, 1990) a menudo sirven para reflejar la afectividad . El lenguaje gestual y vocal es utilizado para representar al niño los sentimientos que infieren de él y así, calmar y organizar la experiencia emocional del pequeño.

Un aspecto interesante se refiere al funcionamiento reflexivo materno que plantea que la capacidad de la madre para tener presente la noción de que su hijo es un sujeto que tiene sus propios sentimientos, deseos e intenciones es la que hace posible que el niño pueda descubrir su propia experiencia. La madre proporciona una base segura para que se pueda producir este descubrimiento, lo que permite que el niño desarrolle un sentido de sí-mismo conectado y separado de su madre. Para esto se requiere de un adulto sensible que comprenda y de sentido tanto a los sentimientos, deseos e intenciones propias y como a los del niño (Slade, 2004).

Estos complejos mecanismos que se articulan en el transcurso de las interacciones cotidianas nos hablan de la importancia de conocer y desarrollar estas competencias parentales que están a la base del desarrollo de los pequeños. Padres y cuidadores principales requieren apoyo para afrontar una crianza distendida, consciente y satisfactoria. Unas condiciones básicas, recursos materiales y personales, sostén familiar y social que nos llevan de nuevo a la conexión entre los distintos sistemas. El conocimiento que la ciencia aporta puede facilitar análisis más profundos, intervenciones más eficaces y una práctica más enriquecedora para las personas y su entorno.

El apego seguro puede ser un elemento facilitador clave de la capacidad reflexiva (Fonagy et al., 1995ª). Ésta es una adquisición transgeneracional. El niño con apego seguro percibe en la actitud reflexiva de su cuidador una imagen de sí mismo como un ser con intención, deseos y creencias. Por eso es tan importante cómo el niño ha sido visto (Fonagy, 1999; Fonagy et al., 1997). Las interacciones en estas relaciones de cuidados servirán para contar con un modelo de crianza. Esta idea fue desarrollada por Fonagy, Steele y Steele (Fonagy, Steele y Steele, 1991) considerando un patrón intergeneracional en las relaciones de padres a hijos, que estudiaron a través de entrevistas a 100 madres a través del Adult Attachment Interview durante su embarazo, y luego en observaciones con sus niños a través de la SE. Estos autores plantean que el niño capta, en la función reflexiva de su figura de apego y de la forma de acercarse a él, una imagen de sí mismo que el niño empieza a internalizar y que luego generalizará a otros. Si el adulto posee una capacidad reflexiva que le permita reflejar estados mentales, tratará al bebé como poseedor de los mismos, lo que posibilitará que el niño se vea y vea a otros como seres con mente. Nuestra capacidad para pensar en términos de deseos y creencias tienen su raíz en que fuimos pensados como seres intencionales.

Para Fonagy, la función reflexiva tiene un efecto protector y su fragilidad señala una vulnerabilidad de cara a posibles traumas. En la relación insegura, serán las defensas del cuidador las que tenderán a ser internalizadas. Murray y Cooper (1997), en su trabajo con madres afectadas de depresión postparto, han planteado algunos ejemplos de cómo estas madres ofrecen una realidad marcada por la exageración, con comentarios no respaldos por la realidad y no relacionadas con la experiencia del niño. Si esta situación se repite, el pequeño no podrá encontrar una versión reconocible de sus estados mentales en la mente de su figura de referencia, y no tendrá la oportunidad de adquirir una representación simbólica de estos estados, pudiendo aparecer un patrón de apego desorganizado.

La mentalización y la teoría de la mente (Wellman, 1992; Perne, 1994) guardan muchos puntos de conta to uan o o ni o " ubr n" qu o r um ano t n mo "una m nt" comienzan a explicar las conductas sobre la base de representaciones mentales tales como creencias y deseos (Fonagy, 1999). Los procesos de apego en el niño y su capacidad de atribuir estados mentales a sí mismo y a los otros están estrechamente relacionados. El niño, al intentar realizar explicaciones sobre el comportamiento de los demás pasaría de una interpretación basada en lo visible y concreto, a inferir deseos y creencias que motivan la conducta de los otros. Dependiendo de cómo hayan sido las interacciones tempranas, se marcará el desarrollo de este proceso. Si sus cuidadores le han visto y tratado como un ser intencional, el niño podrá interiorizarlo y ver y verse a sí mismo de esta manera. El adulto de referencia es el que facilita la creación de modelos de mentalización que posibilitará que el niño pueda entender los comportamientos en función de creencias y deseos (Fonagy, 1999).

Algunos autores plantean que una parentalidad sana, competente y centrada en el desarrollo de los hijos supone dos capacidades fundamentales: apego y empatía (Barudy y Dantagnan, 2010). La empatía, que hace referencia a la capacidad del ser humano para ponerse en lugar del otro, tiene una conexión con la mentalización. Desde Titchener (1909), se utilizó este término, desde un enfoque cognitivo y posteriormente emocional. Estos aspectos se han ido integrando, abordándolo de una manera multidimensional, y contemplándolo tanto en su aspecto cognitivo como afectivo (Baron-Cohen y Weelwright, 2004; Rueda, Fernández Berrocal y Barón Cohen, 2015; Shamay-Tsoory y Aharon-Peretz, 2007). Blair (Blair, 2005) ya había planteado que la empatía posee tres componentes: la empatía cognitiva; la motriz, relacionada con al sistema de neuronas espejo; y la empatía emocional. Decety y Jackson (Decety y Jackson, 2004) plantean que hay tres componentes que interactúan entre sí para formar el concepto de empatía: la respuesta afectiva más automática, la autoconciencia y conciencia del otro, y la flexibilidad cognitiva para adoptar la perspectiva del otro.

Otros autores han abordado la relación entre empatía cognitiva y emocional, y plantean que la resonancia emocional es previa a la maduración cognitiva. Cada una dependería de distintos circuitos neuronales y actuarían con cierta independencia (Heberlein y Sake, 2005; Shamay-Tsoory et al., 2007).

La relación entre apego, empatía y regulación emocional ha sido estudiada por distintos investigadores del apego (Sroufe, 2005; van der Mark, van Ijzendoorn y Bakermans-Kranenburg,

2002) encontrando que los niños que muestran seguridad en el apego presentan una mayor regulación de las emociones, una menor emocionalidad negativa y una mayor empatía. Otros autores (Panfile y Laible, 2012) se han referído a estos hallazgos planteando que los niños seguros están aprendiendo, en la interacción con su figura de apego, aspectos vitales importantes sobre la respuesta empática a otro en la angustia y el manejo de las emociones. Aprendiendo a regular sus emociones como fruto de las respuestas sensibles y contingentes de sus cuidadores.

Como ya se ha planteado, los primeros años de la vida de un niño son esenciales para su desarrollo emocional. La estimulación afectiva recibida posibilitará que el niño pueda experimentar sentimientos hacía los otros y establecer una relación emocional, destacando por su importancia la empatía (Dörr y Banz, 2010). Para que estos procesos se pongan en marcha, es esencial la disponibilidad emocional del adulto. Según Cherro (2010) habría una sucesión de etapas: empatía, apego seguro, función reflexiva y fortaleza emocional. La empatía se produce en ambas partes de la díada. Distintas estructuras están comprometidas en su funcionamiento. Por una parte, la aportación de las neuronas espejo es importante, ya que establecen una especie de "contagio" que permite sintonizar y comprender el estado de otra persona (Cook, 2012; Frith y Frith, 2006). Este sistema de neuronas espejo incluye, entre otras, la capacidad de captar la intencionalidad de los otros. Están localizadas en la ínsula y tienen conexiones con el sistema límbico. Se ha planteado que se activan cuando una emoción, como el disgusto, se produce espontáneamente, como reacción a un olor poco grato, o con la observación o imitación de una reacción de disgusto o alegría en los demás. También se activan otras áreas como la corteza premotora, el área de Broca, y la amígdala (Feldman, 2015; Mitchell, Macrae y Banaji, 2006). Por otra parte, una serie de neuromoduladores y hormonas, entre ellas, la oxitocina, afectan a este proceso.

La predisposición a establecer vínculos emocionales con los otros facilita el desarrollo de la relación madre-hijo y juega papeles importantes, tanto en los aspectos conductuales como en los fisiológicos. El estudio de Feldman (2015) con 81 padres puso de manifiesto que cuando un adulto madre o padre, hetero u homosexual, es el cuidador principal, se activa, en la situación de crianza. una red neuronal reflejada en escáneres cerebrales. También se observó una mayor actividad en la amígdala, hasta cinco veces más, que la del que asumía el rol de cuidador secundario. Los niveles de oxitocina fueron similares en todos los padres.

Por otra parte, el bebé también mueve reacciones empáticas en sus cuidadores. Desde los primeros momentos, el llanto o la sonrisa movilizan las respuestas afectivas de sus cuidadores. focalizando su atención y sus respuestas. Les traslada su tensión interna logrando así la implicación de los adultos. Estas interacciones reiteradas que reequilibran y regulan su sistema interno le aportan experiencias de confort y le facilitan las relaciones afectivas posteriores. Si estas experiencias no tienen lugar, repercutirá en su personalidad y en los vínculos que pueda establecer, pudiendo desarrollar patologías en este ámbito. (Bowlby, 1972; UNICEF, 2014).

A medida que el niño va creciendo la empatía se va extendiendo a otras relaciones y consiguiendo cada vez más independencia, debido en gran parte a las representaciones que va construyendo (Taylor, Eisenberg, Spinrad, Eggum y Sulik, 2013).

La sensibilidad y la accesibilidad del adulto de referencia emocional del niño marca la disponibilidad para atender las necesidades del bebé (Fonagy et al.,1991). La investigación que realizaron, y que ya hemos comentado, permitió comprobar que existía una correlación entre las representaciones de las futuras madres y el vínculo de apego del niño cuando tenía un año. Dado el papel que las representaciones tienen en la transmisión intergeneracional plantearon que los modelos integrales de apego tendrían que centrarse cada vez más en los procesos por los que pueden producirse cambios en las representaciones que influyen en los sentimientos, las cogniciones y los comportamientos relacionados con el apego.

La empatía sirve pues, para comprender a los otros y también para ser comprendido. Esta situación en etapas tempranas favorece el vínculo padres-hijo y permite la supervivencia y desarrollo del pequeño (Bowlby, 1969; Fonagy et al.,1991).

1.5. Evaluación de los modelos de funcionamiento interno del sistema de vínculo afectivo.

El vínculo que se establece entre el niño y su figura de referencia se organiza, como hemos visto, sobre los patrones de relación que se han establecido entre ambos. Lo que el niño retiene de esas experiencias de apego lo representa como modelos de funcionamiento interno Estos MOI son representaciones mentales que incluyen componentes afectivos y cognitivos (Bretherton, 1985), y se constituyen como un tipo de esquema relacional que incluye creencias específicas sobre uno mismo y la o las figuras de apego. Estos esquemas se desarrollan con respecto a lo que el niño espera en lo relativo a la disponibilidad y sensibilidad materna (Bowbly, 1969).

El neurobiólogo Kenneth Craik (1943) había planteado que los organismos podían realizar modelos operantes internos de su ambiente, y que esto les aportaría mayores probabilidades de sobrevivir, al poder ser capaces de realizar una evaluación en paralelo de distintos comportamientos y consecuencias, lo que facilitaría una conducta más flexible y adaptativa (Casidy y Shaver, 1999). Bowlby conceptualizó sobre esta base los Modelos Operativos Internos y planteó su desarrollo como una representación de la relación de apego, del otro y de uno mismo. Los MOI son modelos de conocimiento sobre uno mismo, los otros, la realidad, el pasado, presente y futuro. Cada persona los articula de un modo particular y, básicamente, en referencia a las relaciones tempranas que ha establecido. Estos modelos sirven para regular, interpretar y predecir la conducta de la figura de apego y ajustar la propia en base a esta representación, y tienen repercusión en la posterior conducta del bebé y en la forma de interactuar con otros (Bretherton, 1987; Stern, 1985).

La confianza en que una figura de apego estará disponible cuando se necesite incrementa las habilidades individuales para contemplar soluciones alternativas cuando un niño se enfrente a situaciones estresantes. Main et al. (1985) plantearon que la conducta mostrada en la SE era la manifestación externa de sus rudimentarios MOI. Estas conductas de apego reflejan las representaciones de apego del niño que se conceptualizan como guiones cognitivos que prevén la disponibilidad y tipo de respuesta del cuidador ante situaciones que le generen estrés, ajustando su conducta en consecuencia (Waters y Waters, 2006). Por otra parte, el contar con esta relación segura, con una o más figuras de apego, tiene una clara repercusión en la organización y cualidad del sistema representacional del individuo (Bowbly, 1968). Un apego seguro facilita el desarrollo de unos modelos internos adecuados y flexibles, tanto de uno mismo en relación con otras personas significativas como del mundo. Las relaciones de apego inseguras provocan una mala organización de los modelos internos que se ven distorsionados e interrumpidos por procesos defensivos con los que el sujeto intenta hacer frente a la situación (Bretherton, 1985).

Los modelos internos canalizan nuestros procesos cognitivos y emocionales, focalizando la atención en determinados aspectos, introduciendo sesgos en la codificación y recuperación de recuerdos, así como en la atribución de i ni i a o Por otra art , n o r o o mo iona qu a n n a o int r i n n tanto m ani mo a ua ión r imaria, es decir, conexiones directas entre el sistema de significado y la respuesta emocional, como otros secundarios mediados por a o ni ió n (Botella y Corbera, 2005).

El que la calidad de la relación de apego afecte a la calidad de la representación de uno mismo y del mundo tiene una gran trascendencia, y afecta tanto a la identidad y autoestima del individuo como a las expectativas que tiene sobre los otros, y a la forma en que aborda e interpreta nuevas experiencias. Las relaciones con los hijos, así como las relaciones amorosas, estarán influidas por los modelos de comunicación interiorizados durante la infancia (Feeney y Noller, 1990).

Estos modelos funcionan de acuerdo a procesos que incluyen la continuidad y el cambio. Dado que el objetivo de los MOI es conocer el mundo y anticipar su actuación en él, requieren de estabilidad. Distintos aspectos contribuyen a ello, por una parte, se forman ante experiencias repetidas, por lo que terminan convirtiéndose en un procesamiento más bien automático, y, además, las figuras de referencia han mostrado conductas reiteradas a lo largo de la relación, estableciendo un patrón de conducta. Todo esto contribuye a dotarlos de una mayor estabilidad. Por otra parte, son susceptibles de reestructuración incorporando las nuevas experiencias. Los MOI tienden a mantenerse estables, aunque pueden ser modificados por experiencias concretas en la infancia y a lo largo de todo el ciclo vital (Main et al., 1985). En este sentido, tanto las experiencias traumáticas como las reparadoras, tienden a modificar los MOI de los niños (Sroufe, 1996).

Bowlby (1986) planteó que los MOI a veces operan excluyendo información. Estos procesos defensivos y de exclusión de la conciencia se evidencian en una falta de integración de los distintos sistemas de memoria (procedural, semántica y episódica), pero se instauran con la finalidad de autoprotección, y como forma de mantener el vínculo con las figuras de referencia. La Entrevista de Apego Adulta a la que nos referiremos a continuación, analiza con detalle estas discrepancias entre recuerdos generales que no se sostienen con episodios reales sobre los mismos. A su vez, los modelos internos de los padres están implicados en cómo abordan la relación con su hijo al responder a las manifestaciones del niño. Las relaciones paterno/materno-filiales han sido objeto de múltiples investigaciones que han probado la influencia y la alta capacidad predictiva de las representaciones maternas en el tipo de apego que llegan a mostrar sus hijos (Fonagy et al.,1991).

Las representaciones de los cuidadores sobre el sí-mismo, su a a o , a í omo a r a ión actual con sus hijos, parece ser un importante predictor del nivel de seguridad del niño. Distintos investigadores (Berlin, Zeanah y Libermann, 2016) han planteado que, en la medida en que los

padres pueden diferenciar sus pro io r o o m nta a ti o o u ij o , in r m nta n u ni n ibi i a m atía a ia o , fomentando una mayor seguridad del apego.

En cuanto a las situaciones traumáticas, la teoría del apego sugiere que la asimilación de estas experiencias es más difícil si los padres, a su vez, excluyen de su propia historia los recuerdos dolorosos de cuando eran niños. Main y Hesse (1990) mantienen que traumas no resueltos en la historia de apego de los padres se asociarían con el desarrollo de conductas y representaciones desorganizadas en sus hijos.

La importancia de poder valorar los modelos internos de funcionamiento del vínculo afectivo, tanto en los niños como en los adultos, ha orientado el esfuerzo de los investigadores desde los trabajos pioneros de Mary Ainsworth. En los apartados siguientes describiremos brevemente estos esfuerzos y los instrumentos resultantes y, en particular, aquellos que valoran el modelo interno de los niños centrándose en el análisis de las historias narrativas que producen en relación con situaciones o conflictos relacionados con el apego.

1.5.1. Adult Attachment Interview y Strange Situation

Los instrumentos básicos de evaluación de los modelos de funcionamiento interno del apego son la *Strange Situation* (SE), diseñada por M. Ainsworth (1963; 1967) y la entrevista *Adult Attachment Interview* (AAI), desarrollada por George, Kaplan y Main (1985), que permitió acceder al comportamiento de apego y a sus representaciones. El análisis de esta entrevista se centra más en la forma del discurso que en su contenido, y pretende inferir la organización del pensamiento en lo relativo al apego.

Como ya hemos visto, Mary Ainsworth había operativizado el concepto de modelo interno on a "Situa ión xtra a " (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978). Este procedimiento hace posible la observación de las reacciones del niño a la separación y al encuentro en situación de estrés. La conducta del niño nos permite inferir sus expectativas en relación a la disponibilidad y a la presencia de la madre como base segura, y nos habla del modelo interno que él ha formado de su relación. Este procedimiento aportó una información esencial para entender la finalidad del sistema de apego. Las distintas reacciones de los niños evidenciaban que la meta del apego estaba enfocada, no tanto a la búsqueda de la proximidad física como a la valoración de la disponibilidad

de la figura de referencia en situaciones de estrés, y que ésta se reflejaba en las expectativas del niño sobre las posibles reacciones de los adultos, en lo relativo a la relación con él (Ainsworth et al., 1978).

Al poner en relación los modelos procedimentales de los niños, utilizando la SE y las representaciones de apego de sus madres con la AAI, se ha podido comprobar la existencia de similitudes en la organización del pensamiento en los dos miembros de la díada. Estas similitudes pueden ser interpretadas como prueba de una transmisión intergeneracional de estos modelos internos. Se describe a continuación cómo se expresan las diferentes estrategias de apego, tanto en los niños como en las madres. Estas estrategias son dinámicas y dependen de distintas variables internas y externas (Crittenden, 1999). Esta dimensión se sitúa a lo largo de un continuo. Se está en un nivel determinado de seguridad en el apego en un periodo determinado y en unas circunstancias concretas. Estos estilos tienden a mantenerse si las condiciones internas y externas no varían, pero contemplar su carácter dinámico contribuye a una mejor comprensión de su complejidad.

La seguridad en el apego. Los bebes seguros (Tipo B) exploran con interés en los momentos previos a la separación, pero dan señales claras de extrañar a su figura de apego cuando no está. Reinician el contacto en el encuentro y se interesan por los objetos cuando la situación estresante desaparece. Estos niños, de manera general, han vivido experiencias de satisfacción en las relaciones. Sus necesidades se han cubierto de manera efectiva y las señales que ha emitido en situaciones de estrés han sido bien interpretadas y abordadas. Su MOI es de confianza en sus adultos de referencia, y la expectativa es que esa confianza, de forma paulatina, se vaya afianzando con sus figuras de apego y con el mundo.

Las madres de estos bebés que, en la entrevista de apego (AAI), son calificadas como “ ura /autónom a ”, mu tra n o r nt o abora or a a o ar o a ntr i t a a b an de sus experiencias infantiles de una forma objetiva. Todo parece indicar una fluidez de los procesos de representación. Las personas seguras suelen haber vivido la experiencia de haber recibido respuestas sensibles a sus necesidades por parte de sus padres. Esto contribuye a que las experiencias difíciles se hayan podido integrar y que el adulto pueda explorar en su pasado sin sentirse invadido por las historias y sentimientos que se evocan. O, en el caso de haber tenido experiencias difíciles, éstas no son negadas ni son un impedimento para que, a pesar de ello, sean

conscientes de la importancia de las relaciones de apego y admitan su necesidad de soporte y apoyo emocional.

Desactivación del sistema de apego. En la situación de miedo al extraño los niños evitativos (Tipo A) no reaccionan a la separación de su figura de apego y con frecuencia continúan jugando. En la reunión ignora a la figura de apego, alejándose o rechazando el contacto al ser cogidos en brazos. No se muestra enfadado y centra su atención en los objetos o en el ambiente. Sorprende conocer que las reacciones fisiológicas y metabólicas de estos pequeños muestran altos niveles de estrés y ritmo cardiaco acelerado, tanto en la separación como en la reunión (Barnard y Dozier, 2010; Sroufe y Waters, 1977). La pretendida indiferencia que en ocasiones muestra su conducta parece ser más bien reflejo de un patrón tendente a la no expresividad emocional, focalizándose en los objetos y actividades para regular el estrés. Las respuestas del niño son consecuencia de una forma de relación, de una manera de proporcionar los cuidados y de la interpretación que el niño va haciendo de esos sucesos.

Las madres de estos niños su n r a i i a a omo “ artant ” a x ri n ia relativas al apego y a las relaciones. Tienden a trivializar y normalizar sus experiencias vividas, incluso a idealizarlas, pero no son capaces de apoyar estas experiencias con ejemplos concretos de su historia. Parece que no han podido asimilar ciertos aspectos negativos de su vida por falta de apoyo parental y se defienden intentando no profundizar en recuerdos o sentimientos del pasado.

Hiperactivación del sistema de apego. Los bebés ambivalentes o resistentes (Tipo C) manifiestan una mayor ansiedad en la separación. Exploran poco y están muy pendientes de sus figuras de apego. El niño puede mostrarse pasivo o enfadado en el reencuentro. Le cuesta tranquilizarse y no admite fácilmente el consuelo. No utilizan a su figura de referencia como base de seguridad que les permita volver a la exploración. Las respuestas maternas son generalmente inconsistentes, lo que podría hacer que el niño dudara de su disponibilidad, hiperactivando su sistema de apego. La actitud del niño respecto al extraño suele ser de desconfianza.

La mar u n r a i i a a omo “r o u a a ” or u r a ion a o pasadas. Parecen tener también hiperactivado su sistema de apego. En general, se extienden hablando de sus sentimientos y sus relaciones en frases largas y poco claras. Se muestran enfadadas, pasivas o temerosas con sus figuras de apego, con las que parece tener asuntos sin resolver.

Apego Desorganizado. Main y sus colaboradores describieron otro tipo de Apego Desorientado o Desorganizado**,** observando las interacciones extrañas y hostiles de algunos niños con sus cuidadores (Main y Solomon, 1986) En a " itua ión mi o a o xtra o ", to bebés manifiestan conductas desorganizadas en presencia de sus padres. Pueden mostrarse inmóviles, en trance o exhibir comportamientos contradictorios de acercamiento-huida. Por lo demás, el niño puede ajustarse a las categorías A, B o C.

Este nuevo patrón de apego desorganizado (Tipo D) apareció tanto en muestras de alto como de bajo riesgo, aunque en mayor medida en el primer caso. En niños de clase media (Main y Solomon, 1990) se registró un 13% y 28% del patrón desorganizado en familias multiproblemáticas (Spieker y Booth, 1988); un 54% en niños de entornos carenciales y cuya madre presentaba signos claros de depresión (Lyons-Ruth, Connell, Grunebaum y Botein, 1990); y hasta un 82% de niños maltratados (Carlson, 1989). Según Main et al. (1990) la activación simultánea del sistema conductual de apego y el sistema conductual de miedo produce un conflicto importante para el niño, que duda entre aproximarse a su cuidador para buscar consuelo o alejarse de él por seguridad. Por otra parte, el patrón desorganizado es considerado como el predictor más importante de comportamientos inadaptados durante la edad preescolar.

Las madres de estos ni o n a AAI u n a a r n omo "no r u ta o or aniza a " n r a ión a un traumati mo or u o o abu o Par n no a b r o i o a im i ar ta x ri n ia , uan o a o an, x rim n tan un " om n monitor o" razonamiento o discurso.

E ni o arro a trat ia un a ria o in ura uan o a i ura a o in n ib o no a az at n r a u man a uri a , or o qu abora a tron om orta mi nto a ra n r ntar a am na za, in r r ínu o on u i ura a o La trat ia a ti a ión i t ma a o a a r n r an m i a a ra it ar ntir sufrimiento que genera el rechazo y/ o la falta de respuesta reitera a a i ura a o En a trat ia i r a ti a ión, el pequeño intensifica sus comportamientos de apego ante las respuestas inconsistentes por parte de los cuidadores, con la finalidad de promover la cercanía de éstos (Howe, 2005; Main, 1990). Cuando las respuestas del cuidador ant a n i a a o ni o on in o r nt /o maltratadoras, el niño no puede desarrollar una estrategia organizada de apego. Este tipo de interacción genera una activación simultánea de

comportamientos contradictorios de acercamiento y huida ante la figura de apego (Lyons-Ruth, Bronfmang y Atwood, 1999; Main et al., 1990).

El apego entre un niño y su cuidador se desarrolla incluso ante los malos tratos y el miedo, aun cuando, en esta situación, emergen apegos inseguros (Ruter, 1979). Los patrones de apego inseguro se han relacionado con posteriores conductas sociales inadecuadas y con una vulnerabilidad hacia la psicopatología, mientras que el apego seguro generalmente se ha asociado con el desarrollo de conductas sociales competentes (Ainsworth, 1985; Sroufe, 1988). Los niños que muestran seguridad en el apego, en general, son más autónomos, más capaces de regular sus emociones negativas, presentan menos problemas de conducta y tienden a establecer relaciones más cálidas y cercanas con sus iguales (Lieberman, 1977; Thompson, 2008; Van Ijzendoorn y Sagi, 1999).

Uno de los debates que emergieron tras las publicaciones de Ainsworth referentes a la valoración de los patrones de apego en los niños, observados a través de la prueba de la SE, giró en torno a la estabilidad de estos patrones a lo largo del tiempo. Esto motivó que cinco años después de haber evaluado el apego en bebés con la SE, Main y Cassidy observasen las interacciones madre-niño en la situación de encuentro, y comprobasen que la mayor parte de las díadas habían mantenido el mismo tipo de funcionamiento a través de los años. Una excepción la presentaban algunos bebés valorados en su momento como desorganizados, en quienes se observó una tendencia a ser controladores con sus padres. Muchas investigaciones avalan los planteamientos de la Teoría del apego, en particular la estabilidad de sus clasificaciones (Weinfield, Strouf y Egeland, 2000; Waters, Hamilton y Weinfield, 2000), teniendo en cuenta la importancia de la conducta del cuidador. La sensibilidad y respuesta ajustada del adulto promueve un apego seguro y hay una relación clara entre el tipo de apego que se muestra en el primer año de vida, su estabilidad y el ajuste posterior en las relaciones con los iguales.

Para poder valorar esta continuidad en los patrones de apego, Main et al. (1988) elaboraron un criterio de clasificación para los niños de cinco a siete años. Una adaptación de este sistema fue propuesta por Cassidy y Marvin (1987) para los niños de edad preescolar. El ajuste de los procedimientos y de los sistemas de clasificación ha contribuido a poder realizar exploraciones más adecuadas y ha posibilitado una mayor comprensión de la representación y organización del apego en los niños.

También M. Main investigó los modelos internos en niños de seis años y comparó los resultados con las respuestas que habían mostrado cuando tenían un año de edad en la Situación Extraña. Aplicó a los niños el test de ansiedad ante la separación (en adelante SAT) de Klagsbrun y Bowlby (Klagsbrun y Bowlby, 1976) y comprobó que los niños seguros parecían tener muchos recursos. Al presentárseles las fotografías que evocaban situaciones de separación, reconocieron fácilmente las emociones que sentían los personajes y propusieron soluciones constructivas. Por contra, los niños con apego evitativo parecían inactivos. Se mostraban reticentes en dar una respuesta en el tema de la separación, pedían cambiar de historia y no aportaban soluciones. Los niños con apego ambivalente no tenían una forma clara de responder. Los niños con apego desorganizado presentaban a menudo signos de angustia, mutismo o adoptaban comportamientos autoagresivos. Los resultados de estas observaciones nos muestran que, ante escenas de separación, en función del patrón de apego inseguro de los niños, unos se muestran reticentes a representarse el problema de la separación y adoptan un comportamiento de huida, mientras que otros parecen invadidos por el malestar y se muestras incapaces de mantener un comportamiento coherente.

1.5.2. La valoración del sistema interno de vínculo afectivo en niños de edad preescolar

Como se ha comentado la SE fue el primer procedimiento estandarizado para valorar el apego infantil. Ha sido ampliamente utilizado y ha recibido una gran validación empírica. Sin embargo, presenta algunas limitaciones, ya que su utilización se considera más adecuada para niños menores de dos años y se ha de realizar en laboratorio.

Con el fin de poder hacer las observaciones en el medio natural y con niños de edad preescolar, Waters y Deane (1985) diseñaron el procedimiento *Attachment Behaviour Q-set* (en adelante AQS), que abarca desde los 12 meses a los 5 años. Se valoran las conductas de los niños observadas en el hogar, categorizadas en función de distintos comportamientos fijados como característicos de niños que muestran seguridad en el apego. En función de lo representativas que sean las conductas del niño, se organizan las 90 tarjetas que incluye la prueba, primero en tres bloques, que luego se subdividen en otros tres cada uno. Cada tarjeta del bloque recibe una puntuación, situando sus conductas de apego en una escala de seguridad unidimensional, que aporta información acerca del nivel de seguridad que caracteriza el patrón de apego infantil.

Otros instrumentos, basados en la SE, y que se utilizan para la valoración de apego en edades preescolares, son el *Preschool strange situation* de Cassidy y Marvin (1987), para niños de

dos a cuatro años y medio; el *Preschool Assessment of Attachment* de Crittenden (Critteden, 1992) para niños de entre veintiuno y sesenta y cinco meses; y el *Attachment classification system for kindergarten-age children* de Main y Cassidy (1988) para niños de unos seis años.

Todos estos instrumentos tienen un indudable rigor científico, aunque no pueden ser fácilmente comparables con la Situación Extraña, porque solo esta prueba está diseñada para activar el sistema de apego en una situación controlada lo que permite valorar las respuestas conductuales de los niños ante la situación de estrés.

1.5.3. La valoración de los modelos internos de apego a través de las historias narradas por los niños

Mientras que la valoración del apego en los primeros años se realiza a través de la activación y la observación de este sistema, cuando los niños crecen, el énfasis recae en indagar los aspectos representacionales del mismo. Los sistemas de valoración del sistema interno de apego en los niños basados en los contenidos del juego de los niños y en sus conductas verbales y no rba on ono i a omo " r u ba narrati o a o" Su n r r u ba qu implican el desarrollo de ciertas capacidades verbales y de representación simbólica, por lo que suelen ser apropiadas a partir de los tres o cuatro años. Muchos autores valoran las ventajas que implican este tipo de instrumentos para acceder al mundo interno infantil (Fut , O' onnor , Matias, Green y chore, 2008; Hodges y Steele, 2000).

En general, estas pruebas presentan una situación de juego con una familia de muñecos en la que se plantea un problema o suceso y se pide al niño que continúe la historia. Se prevé que estas situaciones activarán las representaciones de apego del pequeño. Según cómo aborde estas historias, construya la narración y muestre a los adultos, así como sea su participación en la resolución de las distintas situaciones, aportará una información que será muy útil para poder conocer su mundo interno. Existen distintos procedimientos, y unos realizan una aproximación más categorial, adjudicando a cada niño un patrón de apego, mientras que otros realizan un abordaje más dimensional, en el que el niño contará con una puntuación en cada uno de los prototipos de apego.

Uno de los primeros instrumentos para valorar las representaciones de apego en niños fue la *Incomplete Doll Stories* (en adelante IDS), diseñado por Cassidy (1988), que dio paso al cabo de poco tiempo al diseño de una prueba más completa, que supuso el esfuerzo conjunto de la

propia Cassidy junto a Bretherton y Riddgway, la conocida *Attachment Story Completion Task* (en adelante ASCT) (Bretherton, Ridgeway y Cassidy, 1990).

A partir de esta técnica, diseñaron el instrumento *MacArthur Story Stem Battery* (en adelante MSSB) (Bretherton y Oppenheim, 2003; Bretherton, Oppenheim, Buchsbaum, Emde y The MacArthur Narrative Group, 1990). Ésta ha sido la técnica más habitual para explorar las representaciones mentales de los niños. Se basa en el análisis de 14 historias incompletas. Esta prueba no cuenta con un protocolo específico para su aplicación y codificación. Se han realizado distintas modificaciones para ajustarla a la población a evaluar. Existen numerosas técnicas basadas en las narraciones como son el *Attachment Doll Play Assessment* (George y Solomon, 1990-2016), y el *Manchester Child Attachment Story Task* (en adelante MCAST) (Green, Stanley, Smith y Goldwyn, 2000). Esta técnica diseñada para niños de cuatro a nueve años consta de cuatro situaciones adaptadas a cada edad. Tiene la peculiaridad de focalizarse en un cuidador y también intenta promover la identificación del niño con el muñeco protagonista de la historia. Por otra parte, presta una gran atención en su manual a la conceptualización y codificación de las representaciones de apego desorganizado. La codificación está relacionada con este tipo de conductas observadas en la SE y con las disrupciones narrativas identificadas en los relatos que se observan en la AAI (Green et al., 2000; Goldwyn et al., 2000). En cada historia presentada se asigna una estrategia predominante de apego

La técnica *Story Stem Assessment Profile* (en adelante SSAP), diseñada por Hodges y sus colaboradores (Hodges, Steele, Hillman y Henderson, 2003). Se ha utilizado para valorar las representaciones de apego de niños con historias complejas o que han vivido situaciones de maltrato (Hodges, Steele, Hillman, Henderson y Kaniuk, 2005; Román, 2010; Román, Palacios, Moreno y López, 2012). Diseñada para niños y niñas de cuatro a ocho años, presenta una batería de trece historias, ocho de ellas seleccionadas de la MSSB, las que se consideraron más útiles para poder indagar las representaciones de los niños que habían sufrido maltrato.

Hay varias opciones e instrumentos para examinar las representaciones mentales de apego a través de las historias incompletas. La prueba *Attachment Doll-Play Interview* (ADI), diseñada por Oppenheim (1997), y la *Manchester Child Attachment Story Task* (MCAST) de Green, Stanley, Smith, y Goldwyn (2000) son otros ejemplos.

Las formas de evaluar los modelos internos o representaciones del apego a través del juego simbólico con personajes humanos, figuras de animales o dibujos/fotos que plantean historias,

tienen la ventaja de permitir que el niño pueda proyectar sus conflictos identificándose con los personajes. También plantean la situación de manera que pueda ser abordada por el niño con suficiente distancia emocional. Se pretende de esta manera que sus mecanismos de defensa, ante una posible identificación consigo mismo y con las situaciones conflictivas, dolorosas o traumatizantes, que está viviendo o que ha vivido, no se activen hasta el punto de que se produzca una inhibición que impida el acceso a los estados internos del niño. Estos procedimientos guardan similitud con las pruebas semiproyectivas ampliamente utilizadas en clínica infantil como *The Separation Anxiety Test* (en adelante SAT), a las que ya nos hemos referido. Este instrumento está también basado en la finalización de historias incompletas y fue diseñado por Hansburg (1972). En principio fue pensado para adolescentes, y adaptado, posteriormente, para ser utilizado con niños mayores de cuatro años. En esta prueba se presentan al niño fotografías con varias situaciones de separación y se le pregunta acerca de los sentimientos del niño protagonista y sobre qué podría hacer en esa situación. Main y sus colaboradores (Main et al., 1985) también utilizaron un procedimiento similar en una muestra de niños de seis años. Encontraron que sus representaciones de apego, basadas en las respuestas que emitieron a las imágenes de separación de dos semanas del niño protagonista de la historia con los padres, correlacionaban de forma significativa con la seguridad mostrada en el apego con la madre cuando eran pequeños. Este tipo de procedimientos posibilita la emergencia de los MOI de apego, aunque en niños con muchas defensas incluso el uso de estas técnicas puede activar mecanismos de distancia e inhibición emocional. Los niños de edad escolar ya incorporan procesos defensivos a nivel representacional, como es la idealización de las figuras de apego, especialmente los niños evitativos (Ricks, 1985).

La ru ba ba a a n om tar i t oria o "narrati a a o" a n i o uti iza a no solo para valorar los prototipos del apego y otras dimensiones relacionadas con ellos, sino como instrumento para realizar investigaciones con objetivos y propósitos múltiples. Una de las investigaciones más citadas a este respecto es el estudio longitudinal denominado *London Parent-Child*, llevado a cabo por Miriam y Howard Steele (2005). El objetivo de la investigación era, por un lado, conocer cómo las experiencias de la propia infancia de las madres influían en la forma de abordar las relaciones materno-filiales, y por otro, investigar si alguna de las características del niño, entre otras el género, tenía influencia en las narraciones que éstos generaban. En relación al género y al análisis de las narrativas, los resultados evidenciaron diferencias interesantes. Las niñas puntuaron más alto que los niños en la dimensión prosocial, y los chicos en la dimensión antisocial.

La herramienta utilizada para valorar la calidad de las representaciones de apego de los niños que configuran la muestra estudiada y que se presenta en esta tesis ha sido la *Attachment Story Completion Task* (ASCT) de Bretherton, Ridgeway y Cassidy, mencionada anteriormente (Bretherton et al., 1990). Para analizar las historias se ha empleado el método de codificación *C rtes o r e Co è te e t d'Histories* (CCH) de Miljkovitch, Pierrehumbert, Karmaniola y Halfon (Miljkovitch, Pierrehumbert, Karmaniola y Halfon, 2003). Esta prueba y la forma en que ha sido codificada se explicita en el apartado de instrumentos dentro de la sección de la metodología de investigación de la presente tesis.

Otros enfoques y procedimientos también han posibilitado estudiar de forma científica los modelos internos de apego y valorar los mismos en distintos contextos y momentos evolutivos. En este sentido el *Parent Attachment Diary*, diseñado por Stovall y Dozier (2000) plantea otra forma de conocer las conductas de apego del niño, a través de un diario diseñado para registrarlas, así como las reacciones de los cuidadores principales. Éstos lo rellenan reflejando tres sucesos estresantes que hayan ocurrido ese día, reflejando la secuencia del evento. Se valoran las conductas de apego puestas en marcha por ambos miembros de la díada, obteniendo una puntuación en las distintas estrategias de seguridad e inseguridad. Este instrumento aporta mucha información al ir reflejando la evolución del niño y la de la relación de apego.

Mención aparte merece la entrevista *The Child Attachment Interview* (CAI) que, siguiendo una estructura muy parecida a la *Adult Attachment Interview,* consta de una batería de preguntas semiestructuradas, e introduce como novedad un sistema para codificar la conducta no verbal del niño registrado durante la administración de la prueba.

Otra forma de evaluar el apego es a través de dibujos. A partir de la edad preescolar los niños empiezan a mostrar a través de este medio su mundo interno y la representación que tienen de sus familias. Desde que Koppitz (1968) diseñó el primer sistema proyectivo de codificación para los dibujos de la figura humana infantil, se han sucedido distintos ajustes, se han incluido los dibujos de otros miembros de la familia, y se han usado distintos métodos interpretativos para analizarlos.

Kaplan, Main (1986), Grossman y Grossman (1991) y Fury, Carlson y Sroufe (1997), utilizaron la teoría del apego como base para la codificación de estas representaciones. Plantearon el uso de los dibujos de familias como medio para explorar los modelos internos de apego de los niños. En general se pide al niño que dibuje a su familia y que identifique a las personas que

aparecen en el dibujo. Se han establecido diferentes sistemas de clasificación atendiendo a determinadas características de la representación gráfica realizada. En unos casos, se comparan con los detalles más habituales de los dibujos de niños que muestran los distintos estilos de apego (Kaplan et al., 1986) y en otros se analizan aspectos más globales como son, entre otros, la creatividad mostrada, la forma y ubicación de las figuras y los contenidos peculiares (Fury, Carlson y Sroufe, 1997).

Hemos intentado reflejar algunos de los múltiples instrumentos que están siendo utilizados para la valoración del apego. Como han planteado algunos investigadores (Gloger y Kappler, 2016) en el paso de la primera a la segunda infancia los niños muestran un importante progreso en su desarrollo tanto en sus competencias cognitivas y lingüísticas, como en su nivel de autonomía e implicación en las relaciones sociales. Esto ha hecho necesario realizar la adaptación de los métodos de evaluación del apego, menos centrados en los procedimientos de observación y más focalizados en la evaluación de sus representaciones mentales en relación al apego. Utilizando métodos proyectivos como los dibujos de la familia, las imágenes de las separaciones, los inicios para completar historias, y más adelante las entrevistas y los autoinformes (Dubois-Comtois, Cyr y Moss, 2011; Kerns, 2008) se pretende tener un acercamiento lo más ajustado posible al mundo interior del niño.

1.6. Variables que pueden estar influyendo en el tipo de vínculo presentado por los niños en las narraciones de apego

Como ya hemos reflejado el instrumento utilizado en este estudio ha sido el ASCT y el sistema de codificación el CCH (Miljkovitch et al., 2003). Algunos aspectos sobre determinadas variables que han sido tenidas en cuenta utilizando este sistema de codificación se detallan a continuación. Incorporamos información relativa a la edad y el género aportada por distintos estudios que han valorado el apego en los años preescolares, y especialmente las que lo han hecho por medio de la valoración de narraciones. Estos datos se relacionarán más adelante con algunas de las preguntas planteadas en esta investigación.

1.6.1. Influencia de la edad en las narraciones de apego

En el estudio realizado por Miljkovitch y sus colaboradores (2004) t aron un an i i de varianza con dos factores cruzados (edad y género) sobre las puntuaciones en los tipos y las escalas del CCH para evaluar el efecto de dichos factores. Exploraron a in u n ia a a n a ara t rí ti a a narra ion n una muestra compuesta por ni o tres a seis años controlando el efecto del género. El análisis reflejó un efecto de la edad en distintas escalas, las de soporte parental, narrativo positivo, reacción a la separación y distancia simbólica.

Los datos obtenidos indicaban que los niños mostraban menor afectación al tema de la separación en la medida que se hacían mayores. Esto se puede explicar por su mayor autonomía tanto a nivel motor como cognitivo, concibiendo más la relación en términos psicológicos y menos en términos de proximidad. La maduración cognitiva de los niños se reflejaba en la distancia simbólica que mostraron en el juego. Por otra parte, la capacidad narrativa se incrementa notablemente a partir de los cinco años. En esta edad los niños pueden representar una escena en la que no están directamente implicados y utilizar una estructura narrativa más compleja y detallada.

Los cambios que supone la edad son claros, tanto a nivel cognitivo como de lenguaje, así como en las interacciones que realizan con los adultos. Esto se refleja en las narraciones de apego que los niños realizan, como consecuencia de sus avances en algunos dominios específicos, como son el desarrollo de la mentalización, la memoria autobiográfica, con guiones cada vez más elaborados, y las competencias narrativas, que pocas veces se han relacionado con las estrategias de apego (Gloger-Tippel, y Kappler, 2016). Estos autores ante la mejoría mostrada por los niños en relación a la edad, plantearon que esto podría tener relación con el hecho de estar teniendo experiencias reales de apoyo y protección con un número más amplio de cuidadores. Esto podría afectar a los MOI de los niños en edad preescolar, ya sea incorporando a figuras alternativas de apego en su modelo de trabajo y/o asimilando una generalización de los cuidadores como adultos que ayudan y están disponibles.

Por otra parte, Bretherton y Oppenheim (Bretherton y Oppenheim, 2003), utilizando técnicas narrativas con el MSSB, vieron cómo los niños de tres a cuatro años y medio mostraban representaciones más ricas y con más interacciones y diálogos entre los personajes de la historia familiar que se les presentaba. Desde esta edad hasta los cinco años y medio aparecían más temas con contenido positivo y también de disciplina. De tres a siete años las narraciones van siendo

cada vez más elaboradas y van ganando en detalles (Kelly et al., 2005). Por otra parte, otros estudios muestran que los niños menores de siete años tienden a mostrar más desorganización, y, a partir de esa edad, más coherencia y capacidad de mentalización (Green, Stanley, Smith y Goldwyn, 2010).

Los resultados parecen indicar que los niños antes de los cuatro años describen las relaciones padres-hijos en términos menos positivos que el niño de cinco años. A esta edad cuenta con capacidades que le permiten darse cuenta de las diferencias entre su propio punto de vista y sus figuras de referencia. Como se ha apuntado, el niño empieza a comprender que los estados mentales y las motivaciones de sus figuras de apego son diferentes de las propias y puede comenzar a establecer un mejor ajuste entre estas dos perspectivas. El niño puede darse cuenta de que sus padres, aunque no estén presentes, quieren mantener un vínculo con él. La seguridad en la relación está más interiorizada y las relaciones pueden ser vividas con más serenidad que en el pasado. Ésto podría explicar el hecho de que en general las narraciones suelen ser más positivas a los cinco años. También es posible que el niño incorpore más normas sociales en la medida que va creciendo y va participando en entornos culturales, lo que le llevaría a hacer descripciones familiares más formalizadas. Otros autores plantean que los cambios que se observan fruto de la edad en las estrategias de apego deben enmarcarse en el contexto del desarrollo de diversas capacidades cognitivas y lingüísticas y en el reajuste de las interacciones entre padres e hijos (Bretherton et al., 2003; Green et al., 2000). En un estudio longitudinal de tres fases, Stievenart et al. (2014) informaron de un aumento significativo de la seguridad y una disminución de las puntuaciones de desorganización entre tres y ocho años utilizando las dimensiones del ASCT. Pero distintos autores plantean que estas explicaciones son sobre todo interpretaciones, y que es necesario seguir investigando sobre la influencia de la edad en las narraciones de apego.

1.6.2. Influencia del género en las narraciones de apego

Como ya se ha planteado, la construcción de los MOI se ve afectada por las experiencias que los niños han tenido con sus cuidadores. Las actitudes que éstos muestran pueden variar según el género del niño (Leaper, 2002). En el estudio llevado a cabo en Baltimore por Ainsworth y sus colaboradores (1978) con niños pequeños no encontraron diferencias en relación al género en las categorías de apego medidas con la SE. En general, se ha considerado que el género no tenía una repercusión relevante en las conductas de apego en la niñez. Cuando se han analizado las

representaciones de apego a través de las narrativas ASCT pocos estudios han abordado el estudio de diferencias en relación al género. Sin embargo, otras investigaciones (o r- i t K ni 2007) encontraron que los niños, pero no las niñas de familias monoparentales, eran significativamente menos seguros y más desorganizados que los que vivían con ambos padres. Otros estudios utilizando el ASCT han informado de diferencias en este sentido y comprobado que las niñas mostraban mejores relaciones sociales y representaban interacciones más positivas entre padres e hijos, que los niños. (Toth, Lakatos y Gervai, 2013). Estas diferencias se han encontrado tanto en población normativa como con situación de riesgo (Stievenart, Roskam, Meunier y van de Moortele, 2014). Gloger-Tippelt et al. (2016) utilizando la "*German Attachment Story Completion Procedure*" (GASCP) comprobaron que las niñas tenían 1,8 veces más probabilidades de presentar narrativas de apego de seguridad y 0,4 veces menos probabilidades de presentar narrativas desorganizadas en comparación con los niños cuando se controlaba el estado de riesgo y la edad. Cuando aparecía un patrón de inseguridad las niñas mostraban en mayor medida una estrategia de ambivalencia y de menor evitación del apego que los niños en sus narraciones. El efecto del riesgo fue el más importante, no viéndose moderado por la edad ni por el género. La desorganización fue notablemente más alta en los niños en situación de riesgo respecto a sus iguales sin él, lo que parece apoyar que los niños son más influenciables al estrés ambiental y que en situaciones de riesgo esto repercute en sus estrategias de apego.

Un metaanálisis realizado analizando las posibles interacciones entre género y representaciones de apego, llevado a cabo con más de 500 casos valorados con el ASCT, y codificados con el CCH aportó una información relevante en este ámbito. Se realizó con 10 muestras de preescolares de cuatro países europeos y con una muestra chilena (Pierrehumbert, Santelices, Ibáñez, Alberdi, Ongari, Roskam… Borghini, 2009) encontraron que en todas las muestras las niñas presentaban niveles más altos de seguridad que los niños, aunque había variaciones entre los distintos países. En las escalas las niñas produjeron narraciones más competentes, con mejores resoluciones de las historias y mostrando una mayor seguridad con respecto a las figuras parentales que las que produjeron los niños.

Las niñas tenían puntuaciones más altas en aspectos relativos al sostén parental, expresión de afecto y distancia simbólica, mostrando una tendencia mayor que los niños a promover interacciones positivas entre padres e hijos. Las niñas parecían estar más orientadas hacia todo lo relativo a las relaciones interpersonales, a la experiencia emocional y a la resolución de conflictos. Se observaron puntuaciones más altas en los niños en desorganización. Se ha planteado que los

niños parecen más sensibles a los factores de riesgo ambientales (Benenson, 1996) aunque en un metaanálisis llevado a cabo (Bakermans-Kranenburg y Van Ijzendoorn, 2009) con 1.858 sujetos no se encontró una relación significativa entre género y desorganización.

Aunque no se han estudiado a menudo estas diferencias de género en las narraciones de los niños en edad preescolar hay investigaciones que las reportan (von Klitzing, Stadelmann y Perren, 2007). Estos autores estudiaron una muestra sin factores de riesgo y constataron que las niñas presentaban puntuaciones más altas en coherencia y planteaban más temas prosociales y que los niños presentaban temas con más carga agresiva. En otro estudio (Sher-Censor y Oppenheim, 2004) encontraron que las niñas mostraban a sus cuidadores como adultos competentes más a menudo que los niños. También encontraron que producían narraciones más elaboradas y coherentes. Según estos autores estas diferencias pueden estar relacionadas con variaciones del estilo parental en relación al género de los niños, ya que los padres mostraban una mayor predisposición a hablar sobre emociones y sus causas con sus hijas que con sus hijos.

Estas diferencias se han observado también en las relaciones tempranas. Algunos estudios han planteado que en el proceso de socialización a los niños se les enfoca más en control de sus emociones, mientras que a las niñas se les anima a explorarlas y expresarlas (Leaper, 2002). Estos modelos y prácticas parentales están cambiando, pero todavía se utilizan muchos estereotipos en las interacciones con los niños, aunque también se señala que algunas diferencias en las respuestas de los padres pueden ser debidas a las tempranas diferencias de temperamento que presentan los niños. Las diferencias de género en las interacciones tempranas entre el niño y sus cuidadores principales se analizarán más adelante cuando se pongan en relación con sus modelos representacionales.

Algunas investigaciones realizadas en edades preescolares han encontrado diferencias significativas en las narraciones en función del género de los niños y otros no. Los estudios realizados que han contemplado este factor han utilizado diferentes sistemas de codificación, lo que podría estar influyendo en los resultados. Se ha planteado que los procedimientos de codificación continua, al integrar las distintas dimensiones pueden ser más sensibles y recoger con más precisión las diferencias de género en relación al apego, que los sistemas de codificación categórica. En este sentido, se requieren más investigaciones para comprender mejor las formas en que el género podría estar contribuyendo a la calidad y el contenido de las descripciones que los niños presentan (Pierrehumbert et al., 2009).

En relación a las interacciones que niños y niñas establecen algunas investigaciones han encontrado que éstos reaccionaban de forma diferente cuando la madre presentaba conductas atemorizantes (David y Lyons-Ruth 2005). Las niñas tendían a acercarse más a las madres que los niños. Las estrategias de acercamiento y promoción de conductas amistosas habitualmente son más utilizadas por las niñas y las de enfrentamiento o retirada más empleadas por los niños (Pierrehumbert et al., 2009; Taylor et al., 2000). En estas investigaciones encontraron cierta correspondencia de estas diferentes estrategias en las narraciones de apego a través de ASCT. Los niños tendían a reaccionar a las situaciones estresantes que se les presentaban en las historias con alteración de la conducta o con inhibición emocional, mientras que las niñas reflejaban en su juego una representación diferente en reacción al estrés. Mostraban una mayor preferencia por las actitudes de cuidados, promoviendo la seguridad y la búsqueda de apoyo parental. También encontraron más presencia de la desorganización en las narraciones de los niños, con pérdida de control, finales catastróficos, temas de violencia y figuras adultas que no proporcionaban cuidados ni protección. Se preguntaron si estas diferencias podían ser debidas a los diferentes procesos de maduración, más tempranos en las niñas, pero comprobaron que ésta no era la razón. También si podrían deberse a la edad, pero las diferencias se producían tanto en los niños mayores como en los más pequeños de la muestra. Comprobaron también que las diferencias interculturales, así como la prematuridad y adaptación escolar entre otras no estaban relacionadas con el género de los niños (Pierrehumbert et al., 2009).

Por otra parte, el uso de muñecos que se utilizan en las historias que se presentan en el ASCT también podría estar suponiendo una ventaja a las niñas. En algunas culturas y concepciones éste es un material con el que las niñas están más habituadas a interactuar y esto puede que esté facilitando un mejor desempeño en la prueba.

Las narraciones de apego permiten indagar en determinados aspectos relativos al apego que es necesario seguir investigando y facilitan el acercamiento al mundo representacional que el niño ha ido construyendo.

1.7. A modo de conclusión

Hemos tratado de reflejar en este apartado la importancia del vínculo de apego, su conexión con otros sistemas y su repercusión en el desarrollo infantil. La construcción de este vínculo, tan esencial para la salud y el bienestar del niño, requiere de la presencia y el apoyo de

adultos que con sensibilidad e implicación apoyen este proceso. Hemos pretendido describir algunas de las condiciones que lo hacen posible, sus fases, tipos y los requisitos necesarios para que el niño pueda tener un apego seguro. Algunos aspectos como la edad y el género que han sido objeto de estudio en la investigación que se presenta en esta tesis, se han abordado en mayor detalle. Variables en relación al niño que pueden estar influyendo en el tipo de vínculo que éstos han reflejado en las narraciones de apego que han realizado.

Este apartado que cierra la primera sección de la tesis, no pretende recoger todos las instrumentos, ni ahondar en una presentación completa acerca de los muchos que han ido emergiendo para analizar los sistemas internos de apego del niño, simplemente intenta remarcar que es importante poder acceder a ellos, como se ha ido explicitando a lo largo de estas primeras páginas de tesis, y subrayar el hecho de que la comunidad científica cuenta con instrumentos y procedimientos objetivos, no solo para analizar las observaciones referentes a la conducta y acciones infantiles, sino también para valorar y comprender los estados internos de su mente y, con el apoyo de estos instrumentos, poder realizar intervenciones ajustadas a las necesidades que los niños muestran.

2. EL MALTRATO EN LA INFANCIA

> La protección y la seguridad no sólo ocurren, son el resultado de un consenso colectivo y de la inversión pública. Debemos a nuestros niños, los ciudadanos más vulnerables de la sociedad, una vida libre de violencia y miedo (Nelson Mandela)

2.1. Introducción

Desde los primeros momentos de vida, los niños son interlocutores activos, con perspectivas, necesidades e intereses propios. El cambio en la concepción del niño, de una consideración de proyecto de adulto, ser pasivo y totalmente dependiente a una concepción como sujeto de derechos, supone un abordaje diferencial del desarrollo infantil. Es evidente que el niño necesita para sobrevivir el cuidado y la protección de adultos cercanos que faciliten su desarrollo, pero el pequeño también participa activamente en las relaciones que establece. (Carbonell, Posada, Plata y Méndez, 2005). La psicología evolutiva ha realizado importantes aportaciones que han permitido que los adultos fueran más conscientes de la transcendencia de su papel como cuidadores, y ha promovido intervenciones relacionales y educativas de calidad, resaltando la importancia de las interacciones y destacando la necesidad humana de contar con experiencias emocionales satisfactorias (Belsky, Houts y Fearon, 2010). Todas las personas tienen el derecho de experimentar estas vivencias, pero especialmente en la infancia se ha de garantizar una base segura para que el niño pueda crecer y desarrollar su máximo potencial. Es en este periodo donde se producen procesos esenciales para el desarrollo en todas sus vertientes. Se debe cuidar y dotar de recursos a los niños que crecen en entornos carenciales o problemáticos para estimular su desarrollo y poder hacer realidad sus derechos de forma efectiva. Es necesario incorporar una mirada sistémica en el abordaje de esas realidades, creando bienestar y competencia en esos entornos, en esas relaciones. La estructuración psíquica requiere del cuidado y el vínculo y cuando se producen situaciones de maltrato se atenta contra ese desarrollo y se generan efectos de largo recorrido y compleja resolución. Es por eso que el maltrato requiere de un abordaje temprano que permita prevenir, paliar y subsanar en la medida de lo posible su impacto en el desarrollo de los niños.

Para cualquier individuo y en cualquier momento de su desarrollo los sucesos estresantes y/o violentos desestabilizan y comprometen su bienestar y equilibrio, pero en la infancia pueden

tener unas consecuencias determinantes, tanto para su salud física como para la psicológica. En esta etapa de maduración se necesitan unas condiciones de estabilidad, protección y cuidados para garantizar un óptimo desarrollo, y si éstas no se dan, se pone en riesgo la salud y la evolución del niño. Como veremos, y han descritos en diferentes investigaciones, los efectos de estas condiciones de crianza inadecuadas pueden ser graves e incluso devastadores para el desarrollo de los pequeños.

La familia se considera un entorno natural para el crecimiento de los niños y se le atribuye una función protectora y de sostén para la evolución de los pequeños, sin embargo, puede llegar a ser un lugar de sufrimiento e inestabilidad. En todas las sociedades se considera la importancia de preservar la privacidad de las familias. Sin embargo, ante todo hay que velar por los derechos de los niños, que deben ser respetados y fomentados en todas las esferas. Así pues, la sociedad y el estado tienen la obligación de garantizar la salud y el bienestar de los ciudadanos más vulnerables y frágiles, y los niños lo son especialmente, dado su momento evolutivo y de desarrollo.

2.2. El maltrato en la familia

La violencia que se produce en la familia es un factor de desequilibrio para la salud física y mental de todos sus integrantes, pero afecta de manera especial a los menores. Como ha mostrado la teoría del apego, no hay mayor desestabilización para un niño que el hecho de que la persona que es fuente de seguridad se convierta también en la fuente de agresión. Esto genera una situación de miedo, impotencia e incertidumbre que hace que la vida cotidiana se convierta en estresante y desestabilizadora. Que las personas de referencia terminen siendo un foco de inseguridad y desconcierto compromete la estabilidad emocional y el desarrollo de los menores. La dependencia física y emocional de los niños con respecto a sus cuidadores les convierte en sujetos fácilmente vulnerables y con poca capacidad de respuesta. Muchas veces la adaptación pasará por hacer ajustes complejos que condicionarán su forma de ver el mundo, las relaciones y a ellos mismos como respuesta a ese entorno desestabilizador.

Se sabe que la mayor parte de los maltratos tienen lugar en el ámbito familiar. Dadas las modificaciones que se han producido en esta institución, consideramos que es importante revisar brevemente cómo estos cambios han influido en las condiciones con las que se ha tenido que ir afrontando la crianza de los hijos.

2.2.1. Cambios en el sistema familiar

El concepto de familia se ha modificado a lo largo del tiempo en función del sentido que se le ha dado y del papel que ha ido desempeñando. Esta institución, que tenía como objetivo fundamental asentar la pertenencia y mantener el linaje, ha sido a lo largo de la historia el medio más habitual donde han crecido los niños. La estructura que esta institución ha presentado en cada momento ha determinado los roles y relaciones que se establecían entre sus miembros. Los distintos momentos históricos con desplazamientos y determinantes políticos y económicos han condicionado su devenir. La convivencia familiar ha podido y puede ser en cada caso armónica o conflictiva, pero los cambios a los que en los últimos tiempos ha tenido que hacer frente esta institución han hecho más complejo el desempeño de su papel. En nuestro entorno se han producido, en un breve intervalo de tiempo, cambios sociales, económicos, ideológicos y tecnológicos de grandes dimensiones que han repercutido en el sistema familiar, demandando reajustes en su composición, estructura y organización. Estos cambios no siempre han sido ni son fáciles de integrar. Cuanto más frágil sea el sistema familiar, más complejidad revestirá su adaptación, generando tensiones, resistencias y desestabilización en este proceso de transformación.

Algunas de las bases fundamentales sobre las que se asentaba, como la unión matrimonial con compromiso formal perdurable, una red familiar amplia, roles de género tradicionalmente asignados, sometimiento de los hijos al proyecto familiar y relaciones asimétricas, han experimentado importantes cambios. Indudablemente, ha habido mejoras y valores básicos que han cobrado una mayor importancia, pero también aparece la posibilidad de desestabilización, dada la reestructuración que ha debido acometer. Más aún si se tiene en cuenta que en muchos casos se da una falta o fragilidad de red familiar y social, tan necesaria tanto para el sostén personal como para la crianza de los hijos. La conciliación entre la vida laboral y familiar ha sido y es, en muchos momentos, inviable, repercutiendo claramente en el tiempo, dedicación y energía con la que los padres podrían afrontar la educación de sus hijos. Otros aspectos a tener en cuenta son la escasa convivencia y proceso de aculturación que en muchos casos se produce en el medio familiar; las expectativas y demandas con respecto a la pareja que se han incrementado; la dificultad de hacer posible el derecho al bienestar personal y el crecimiento psicosocial de cada miembro de la unidad familiar cuando las condiciones no son adecuadas; las pautas de interacción

disfuncionales que en ocasiones se dan entre sus miembros, tanto en normas de comunicación, ímit , ro … o o to u n rar t abi iza ión a umu a ión a tor ri o que en familias más vulnerables pueden deteriorar las relaciones y, unido a otros factores que revisaremos, conducir a situaciones de maltrato.

Los vínculos que se establecen en la familia son múltiples, lo biológico, lo económico, lo legal y, sobre todo, lo relacional se entremezclan y se retroalimentan. Los intercambios que se producen son complejos, cargados de emocionalidad, mediatizados por su historia y por su proyección. También ha de dar respuesta a múltiples necesidades en una amplia variedad de circunstancias y formatos. Amplificar la mirada para intentar captar la complejidad que entraña ha sido un objetivo de distintas disciplinas, tanto para realizar análisis más ajustados como para posibilitar intervenciones más eficaces.

2.2.2. Marco desde el que analizar el sistema familiar

Como cualquier otro organismo vivo, los seres humanos nos desarrollamos en medio de distintos sistemas interrelacionados que hacen referencia a distintos parámetros de relación con el ambiente. Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1987) aplicó al sistema familiar un marco habitual en la biología, teniendo en cuenta que la familia es el sistema que de forma más clara configura el desarrollo de los seres humanos. El modelo ecológico que planteó se perfila como una serie de estructuras concéntricas e inclusivas que permiten observar las distintas formas en que cada individuo se relaciona con el entorno. En este modelo, se concibe la familia como un microsistema, como un conjunto organizado e interdependiente de personas que están en constante interacción, que se regula por unas reglas y por funciones dinámicas internas y con el exterior (Andolfi, 1993; Minuchín, 1986; Musitu y Allatt, 1994; Rodrigo y Palacios, 1998). La familia, a su vez, se relaciona con otros sistemas de los que recibe y en los que tiene influencia, como son la escuela, el barrio, la pandilla, lo que se entiende como *mesosistema*. Si se produce una falta de integración en un entorno saludable, el aislamiento dificulta el sostén y deja al sistema familiar sin apoyos básicos para su pervivencia. Además, si el entorno promueve conductas disfuncionales, entonces el mesosistema puede convertirse en una referencia que refuerce la conflictividad. Ambos sistemas, a su vez, se encuadran en el *macrosistema,* que hace referencia al conjunto de valores, ideologías, creencias, que conforman la organización de las instituciones sociales. La cultura del entorno de cada unidad familiar y los referentes de sus familias de origen han de ser

tenidas en cuenta, especialmente cuando se procede de sociedades con otros parámetros culturales, religiosos y/o vivenciales, dados los procesos migratorios que se están produciendo desde hace tiempo en nuestra sociedad. Por otra parte, la amplia variedad de modelos parentales (familias am ia a , mono ar nta , r uni i a a …) está condicionando cómo se estructura y cómo interacciona cada unidad. Este modelo, al enmarcar cada sistema familiar en una red más amplia, permite ver flujos de influencias mutuas que ayudan a entender mejor la complejidad de estos sistemas dinámicos. Desde esta perspectiva ecológica transaccional (Cicchetti y Toth, 2005) se ha planteado que las situaciones de maltrato pueden deberse a la interacción entre factores de riesgo y protectores en distintos niveles ecológicos. Lynch y Cicchetti (Lynch y Cicchetti, 1998) presentaron un modelo de este tipo identificando tres contextos en los que puede producirse la violencia, uno más macro que incluye entre otros valores culturales y creencias; otro intermedio (comunidad, barrios, escuelas...), y el microsistema, donde se encuadra la familia. Cada contexto o nivel está incluido dentro del anterior. Si una sociedad contempla que la violencia es una respuesta aceptada en situaciones de conflicto, por ejemplo, permitiendo el uso de armas, la agresión se valida. Más aún si se instaura en las comunicaciones que se realizan y se divulgan a través de los m io omuni a ión (or j m o, a t i i ón, ibuj o anima o …) a mbi n influye en la forma en que se abordan los conflictos internos y con otros países, así como en cómo se gestionan las conductas violentas en ciertos barrios y escuelas (Litrownik, Newton, Hunter, English y Everson, 2003). Esta información se va transmitiendo a los niños y a los jóvenes aportando modelos de mal trato que afectan a la convivencia. Las situaciones de injusticia y de maltrato retroalimentan ciclos de violencia que en muchos casos pasan del contexto cultural y social al familiar. El modelo ecológico-transaccional sugiere que la violencia familiar estaría relacionada con el contexto más amplio en el que se produce, es decir, la comunidad o el exosistema (Lynch et al.,1998).

La unidad familiar, por tanto, ya no puede ser vista como una estructura atomizada e independiente sino enmarcada en su entorno e influencias. La familia es un sistema abierto y, como tal, en interacción con otros sistemas sociales. Su análisis requiere tener en cuenta su trayectoria y evolución. Es necesario investigar los factores que facilitan el cumplimiento de sus funciones y los que incrementan riesgos que, acumulados, pueden conducir a un deterioro de sus condiciones y relaciones, llegando incluso a no poder llevar a cabo la educación y protección de los hijos.

A partir de este enfoque sistémico, los estudios de la familia se basan no tanto en los rasgos de personalidad de sus miembros como características estables, temporal y situacionalmente, sino más bien en el conocimiento de la familia, como un grupo con una identidad propia y como el escenario en el que tiene lugar un amplio entramado de relaciones. Tanto la forma de funcionar de la familia como sus dinámicas internas son relativamente estables. Se constituyen como un conjunto de relaciones interpersonales que se establecen de una manera determinada y que le confieren una identidad propia. Esta dinámica relacional interactiva y sistémica que se da entre sus miembros se puede observar y evaluar a través de distintas categorías de cohesión, armonía, rol, afectividad, participación y adaptabilidad.

Algunos aspectos básicos que contribuyen a que una interacción familiar sea idónea han sido resaltados por algunos modelos de la Teoría de Sistemas (Minuchín, 1986; Musitu et al.,1994). Aspectos como tener una estructura con límites claros, con un subsistema parental integrado y coherente, así como con apoyo entre hermanos y relaciones afectivas de calidad, que sean la base para la expresión emocional, la seguridad y el sentido de pertenencia. También una regulación de la conducta basada en un comportamiento de control democrático, una transmisión de valores éticos y sociales y un sistema de comunicación claro y directo, sin dobles mensajes ni distorsiones de la comunicación. Además, es importante realizar un afrontamiento eficaz de las tareas y objetivos que le son propios, crianza de los hijos, abordaje de las crisis, así como capacidad de reajuste en función del momento evolutivo de la propia familia y de cada uno de sus miembros. Otro aspecto a resaltar es el establecer una relación con otros sistemas externos, con límites y conexiones ajustadas (Beavers y Voeller, 1983).

Es importante tener en cuenta que a on i ion i a a ami ia, a í omo a características y las dinámicas familiares, no son solamente agentes causales en la salud y el desarrollo físico y emocional del niño, sino que también desempeñan una función moduladora en relación al contexto, pudiendo facilitar o dificultar su proceso de desarrollo (McNeill y Weaver, 2010).

2.3. El maltrato infantil a lo largo de la historia

Los malos tratos a la infancia se han producido en las distintas sociedades y momentos históricos. Distintas culturas y pueblos ofrecían a los niños en sacrificio o practicaban el infanticidio cuando los consideraban débiles. Incluso en sociedades autodenominadas civilizadas los menores eran considerados como propiedades. El derecho romano antiguo vino a dar carácter

a o qu ra r ti a n ra iza a n mu a o i a E “Pat r Fami ia ” o ía disponer del destino de sus hijos con derecho de vida, muerte y castigo corporal. La Patria Potestad y el reconocimiento por parte del padre del hijo que se le presentaba como miembro de su prole era vital para el pequeño, siendo la repulsa motivo de abandono y un peligro real para su vida. Tal era la consideración que se tenía como objeto de su propiedad, que podía venderlos como esclavos o cederlos mientras se cancelaba una deuda. Al no ser considerados sujetos de derecho, los niños estaban sujetos a arbitrariedades y malos tratos por parte de los adultos, y los criterios educativos validaban prácticas abusivas y correcciones desmedidas.

Hasta el siglo XVIII no se tiene un concepto diferenciado de la infancia como periodo evolutivo con características propias. La concepción del hombre que hay tras las ideas ilustradas y las aportaciones de Rousseau, que veía al niño como un ser lleno de posibilidades y capacidades que requiere de formación para llegar a ser un ciudadano y un hombre libre, tuvieron cierta influencia. Pero es en el siglo XIX cuando se producen grandes cambios en relación a la consideración del maltrato infantil.

La concepción de la infancia como una etapa del desarrollo con derecho a protección y sostén por parte de los adultos ha sido relativamente reciente. No siempre fue fácil disponer de un tiempo para el juego y el aprendizaje. En las sociedades agrarias, los niños colaboraban y en muchos casos trabajaban, estando normalizado el desempeño de tareas, muchas veces arduas, como contribución al sustento familiar. En gremios y oficios los niños se iniciaban pronto en el trabajo con más o menos enfoque de aprendizaje, pero fue en los inicios de la industrialización donde esta situación tomó el cariz de abuso generalizado. El desplazamiento a las ciudades, la situación de extrema pobreza de muchas familias de gran parte de Europa y la contratación de mano de obra barata (mujeres, niños y extranjeros) con condiciones inconcebibles, está descrita en testimonios y novelas. Las leyes que pretendieron mejorar estas condiciones, daban cuenta, al describir cómo amortiguarlas, de lo inhumanas que eran. Peligrosidad, horarios interminables, niños trabajando a partir de los ocho, incluso de los seis años, en lugares insalubres y nocivos. Tras unos inicios de liberalismo salvaje, sin regulación alguna y atendiendo solo a las leyes del máximo beneficio, se empezaron a promulgar leyes para defender a los trabajadores en general y a los niños en particular En 1819, “Fa tor A t” r o ibi ó trabajo o m nor nu años y planteó disminuir las jornadas laborales. Distintos países, Alemania, Francia, fueron dotándose de una regulación en este campo, pero sus efectos en la práctica tardaron en notarse y en muchos casos no redundaron en mejores condiciones de vida para estos niños que pasaban su

infancia en condiciones de maltrato. En España la revolución industrial fue escasa y de inicio tardío (1832), pero sir a omo j m o qu a ta n a "mo é i a" ábri a t x ti Bar ona, " a E a a In u t ria ," qu ontaba on 1 0 o rario o ua 7, % ran m nor , u objeto en 1868 de un Informe en el que, resaltando su ejemplaridad, se dejaba ver la dureza de las condiciones en las que tenían que trabajar los niños y jóvenes. La Ley Benot (1873) fue la primera que reguló el trabajo de menores, prohibiendo que lo realizaran niños de menos de 10 años. Sin embargo, hasta 1900, con la Ley Dato, no se lleva a la práctica la regulación del trabajo en mujeres y menores, dándose instrucciones sobre la educación mínima que tendrían que recibir estos niños. En 1908 se prohíben algunos trabajos especialmente duros para ser desempeñados en la infancia. Las condiciones de vida y los conflictos bélicos contribuyeron a que tanto en España como en Europa los menores siguieran trabajando en las primeras décadas del siglo XX. En España, durante la II República, se incrementó la legislación y se frenaron determinadas condiciones inadecuadas y de riesgo, dando especial importancia a la educación generalizada de los menores. Los avances han sido notables, pero todavía en muchos países el trabajo infantil y las condiciones en las que se desempeña continúa siendo una lacra social, incrementada especialmente por la sociedad de consumo.

2.4. Avances en la regulación de la protección del menor

En 1852, el forense Toulmouche describió lesiones por malos tratos infringidos a niños y, en 1868, A. Tardieu, catedrático de Medicina legal de París, en su libro *Estudio médico-legal sobre los servicios y malos tratos ejercidos sobre la infancia* (Tardieu, 1868), recogió 31 casos de niños maltratados hasta morir. Describió por primera vez el síndrome del niño golpeado desencadenando cierto cambio social y facilitando que se promulgara en Francia en 1889 una ley de protección de niños maltratados. Caffey (Caffey,1946) estableció la relación traumática de las lesiones encontradas en los niños, evidenciando así una realidad encubierta.

Como ya hemos apuntado, la explotación infantil producida en la Revolución industrial marcó un periodo de extrema dureza para la vida de miles de niños En la segunda mitad del siglo XIX, los menores que sufrían maltrato comenzaron a recibir algún tipo de atención jurídica y médica. Sin embargo, el vacío legal en relación a la infancia era enorme. El caso de Mary Ellen (1874), una niña brutalmente maltratada física y psicológicamente, que fue reconocido en Nueva York como maltrato infantil, tuvo que ser presentado, para que el caso llegara a los tribunales, a través de los responsables de la Sociedad Protectora de Animales (Watkin, 1990). Este caso inició

el movimiento de protección de la infancia en EE. UU debido a la cobertura que recibió por parte de los medios de comunicación y a la indignación pública que generó.

El concepto de maltrato, tal y como lo entendemos hoy, no se plantea hasta el siglo pasado, en la década de los años sesenta. El 20 de noviembre de 1959, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó finalmente la Declaración de los Derechos del Niño.

En 1961, H r K m ant aron o r z r im r a "Sín rom Ni o A a a o" Con posterioridad se utilizó t r mino "Sín r om Ni o Ma trata o" (Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller y Silver, 1962) para referirse a niños agredidos por sus propios padres o cuidadores. Dichos autores describieron un artículo los síntomas y las características que presentaban 302 menores maltratados físicamente. La información que aportaban contribuyó a despertar la responsabilidad colectiva y ayudó a tomar conciencia de las graves agresiones que algunos niños estaban sufriendo en la familia. También evidenciaron que la sociedad en su conjunto no estaba apoyando a los niños en riesgo con medidas sociales y legales que evitaran, subsanaran y repararan, en la medida de lo posible, esos actos violentos a los que estaban siendo sometidos. A partir de ahí comenzó la investigación sobre este problema social. Kempe inició una campaña para que se promulgara una Ley que obligara a los médicos a denunciar casos de abuso infantil. Esto supuso un gran avance, pero no se planteó un abordaje social del problema. El peso recaía en la consideración del padre agresor como sujeto con trastorno psiquiátrico, y no se reconocía responsabilidad por parte de la sociedad ni se apoyaba con intervenciones específicas al niño que había sido objeto de abuso.

2.4.1. Los menores como sujetos de derechos

Después de la Segunda Guerra Mun i a , mo i mi nto n a or o r o a in an ia on ntró n obt n r un r ono imi nto ia o ni o o a o nt or parte de la recientemente creada Organización de las Naciones Unidas. La aprobación en 1959 de la *Declaración de los Derechos del Niño* supuso adoptar disposiciones jurídicas destinadas a garantizar el bienestar de la infancia. El 20 de noviembre de 1989, tras una a a i a a a u abora ión, a A amb a n ra a Na ion Uni a a o tó a *Convención sobre los Derechos del Niño* (en adelante CDN). Este tratado, que vincula a todos los Estados como parte, resaltaba que los niños eran titulares de derechos y que era necesario proteger su bienestar y garantizar su desarrollo. La Convención, en su artículo 19, solicitó a los Estados miembros adoptar

"to a a m i a i ati a , a mi ni t rati a , o ia u ati a a ra rot r a ni o/ a contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual…" a mbi n inió n t mi mo artí u o on to ma trato in anti omo " o a io n ia, rjui io o abu o í i o o m n tal, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus a r , un tutor o ua qui r otra r ona qu t n a a u ar o" S tar aría a n o décadas para que todas las naciones, a excepción de dos, la ratificaran. En el año 2000 las Naciones Unidas aprobaron dos Protocolos Facultativos y otro más en 2012, con disposiciones concretas para proteger a los niños contra la participación en conflictos armados, la trata de personas, la esclavitud, la prostitución y la pornografía. Este marco de derechos de la infancia ha sido un logro esencial, pero la realidad es que muchos niños en distintas partes del mundo no tienen garantizados muchos de estos derechos.

2.4.2. La dimensión de la problemática del maltrato

El maltrato infantil es un problema de preocupación mundial y punto importante de muchas asambleas generales de Naciones Unidas, teniendo como finalidad erradicarlo. No obstante, el abuso infantil se encuentra en cualquier lugar del mundo, ya sea en países desarrollados como subdesarrollados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) alertaba de la importancia de abordar el tema del maltrato infantil a nivel mundial. Según sus estimaciones, una cuarta parte de los adultos habían sufrido maltrato físico cuando eran niños y una de cada cinco mujeres y uno de cada trece hombres informaban que en su niñez habían sufrido abuso sexual. En el mundo se producen alrededor de 41.000 muertes por homicidio de niños menores de 15 años, y muchas más que quedan sin contabilizar al ser registradas como accidentes. Estas cifras sobrecogen por su volumen y, sobre todo, porque detrás de cada dato hay una historia de sufrimiento individual y colectivo. El entorno que maltrata, sean progenitores, red familiar o sociedad, es un entorno enfermo que no sabe cuidarse ni cuidar y que, en muchos casos, es fruto de una falta de cuidados previos. Se repite así un ciclo de violencia y maltrato, del que solo el ser conscientes de los riesgos y las repercusiones que implica, puede detenerlo. El maltrato infantil no solo daña gravemente a los niños, sino que también supone un coste altísimo, a todos los niveles, para las comunidades y para la sociedad.

Un estudio del Fondo de las Naciones Unidas para la infancia informaba que 1,6 niños de cada 10 son víctimas de la violencia física cada día, lo que significa que cerca de 1.000 millones de niños de 2 a 14 años estaban sufriendo agresiones por parte de sus padres, familiares cercanos o cuidadores (UNICEF, 2016). Los últimos datos con los que se cuenta (Informe 2020, Organización Mundial de la Salud) siguen siendo alarmantes. A nivel mundial estiman que al año uno de cada dos niños de dos a 17 años es víctima de algún tipo de violencia y unos 300 millones de niños de dos a cuatro años a menudo se ven sometidos a castigos violentos a manos de sus cuidadores. Las dimensiones de este atropello son tales que requiere no solo la adopción de medidas jurídicas y protectoras, sino también la toma de conciencia individual y colectiva que lleve a cada persona a implicarse en erradicarlo. Como planteaba F. Tonucci (Tonucci, 2001), si el parámetro a seguir al pensar en el diseño de ciudades son los niños, todos sus habitantes se beneficiarán. En esta misma línea, no cabe duda que el pensar en el bienestar infantil como una prioridad que no admite concesiones puede hacernos concebir y lograr un mundo más justo y mejor para todos.

2.4.3. Evolución de la protección jurídica del menor en España

En España se comenzó a abordar el problema del abuso a la infancia a finales del siglo XIX. Como ya hemos planteado, el trabajo infantil evidenció los malos tratos a los que los niños estaban siendo sometidos. En 1904 se aprueba la Ley de Protección a la Infancia planteada para proporcionar protección física y moral a los menores de 10 años. El concepto se fue ampliando llegando a abarcar desde la protección a la mujer embarazada hasta la protección de los menores en centros, así como la denuncia de delitos contra los menores y otra serie de situaciones que abordan la explotación infantil y sus consecuencias. A partir de los años 80 del siglo XX comienzan en nuestro país las investigaciones en este campo. Reflejamos brevemente el marco legal en relación al cuidado y protección infantil.

En la etapa democrática se diferencian tres momentos importantes en la protección jurídica de las personas menores de edad (Alonso, 1997). En 1978 se promulgó la Constitución que reguló lo relativo a los derechos fundamentales aplicables a los menores y adolescentes, así como la distribución de las competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas. Otro momento importante se produce durante el periodo de 1981 a 1987, cuando se incorporan por primera vez en las reformas del Código Civil la figura del acogimiento, que se une al resto de medidas

protectoras de los menores en situación de desamparo. También se formularon nuevas responsabilidades y se aportó un nuevo modelo de cuidado infantil.

Por otra parte, la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor (Ley No 1069, 1996), recoge por primera vez en el ordenamiento jurídico nacional la diferencia, dentro de la situación de desprotección social de la infancia, entre situaciones de riesgo (artículo 17) y situaciones de desamparo (artículo 18), dando lugar a distintos grados de intervención. Además de lo anterior, cada comunidad autónoma ha desarrollado sus propias leyes de servicios sociales y sus propias leyes de protección infantil.

Otra regulación importante fue la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia Esta ley tiene como objetivo introducir cambio jurí i o-procesales y sustantivos en aquellos ámbitos que inciden en los derechos fundamentales y libertades públicas.

Las modificaciones más relevantes en relación al tema que nos ocupa son:

- Qu int r u r ior m nor tar t rmina o a ra cada caso en particular estableciendo un proceso y unos criterios básicos para hacerlo realidad. También se resalta el derecho de los niños a ser escuchados.
- Las situaciones de desamparo y riesgo se han regulado y definido de forma más exhaustiva. Se produce una situación de riesgo cuando, debido a causas personales o familiares, o debido a la influencia del entorno, se perjudica el desarrollo personal o social del menor y, aunque no tenga la entidad, intensidad o persistencia que implicaría la declaración de desamparo, se precisa la intervención de la Administración pública. La situación de desamparo implica la carencia de los elementos básicos para el desarrollo integral de la personalidad del menor.
- La Ley también contempla el desarrollo del Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI), ya en funcionamiento desde 2010 a través de una aplicación online a nivel estatal, que ha experimentado un aumento progresivo de sus datos, proporcionando información sobre la situación del maltrato infantil en España.
- También lleva a cabo una revisión de las instituciones del sistema de protección a la infancia. Se priorizan las medidas estables frente a las temporales, las familiares frente a las residenciales, y las consensuadas frente a las impuestas. En relación a las modalidades alternativas de cuidado de los niños, el acogimiento familiar se prioriza frente al

acogimiento residencial, especialmente para los menores de seis años, y de forma imprescindible si son menores de tres años.

Por otra parte, con la modificación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, se han introducido cambios importantes que afectan a los menores. Se reconoce que si se han visto expuestos a violencia de género son víctimas de dicha violencia. Esto ha supuesto la modificación del art. 61 que establece que los jueces se pronuncien sobre la pertinencia de adoptar las medidas cautelares y civiles en relación a los menores que dependen de la mujer sobre la que se ejerce violencia.

Para contar con una estrategia global para la infancia basada en los principios y disposiciones de la CDN, se elaboraron los Planes Estratégicos Nacionales de la Infancia y la Adolescencia; el PENIA I (vigente de 2006 a 2010) y PENIA II (2013 a 2016), que se constituyeron como un marco de cooperación de todas las Administraciones Públicas y otros agentes sociales comprometidos con los derechos de la infancia.

Queremos resaltar la importancia de la creación del Observatorio de la Infancia. Este es un grupo de trabajo creado el 12 de marzo de 1999, de acuerdo con la Ley 6/1997, de organización y funcionamiento de la Administración General del Estado, adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Funciona como un sistema de información centralizado y compartido con capacidad para vigilar y hacer seguimiento del bienestar y calidad de vida de la población infantil y de las políticas públicas que afectan a la infancia. Se propone también realizar un trabajo en red, desde una perspectiva de colaboración y coordinación intersectorial de todas las instituciones tanto públicas como privadas, destinadas a la defensa y promoción de los derechos de la infancia. Algunas de sus funciones son la recogida y análisis de información sobre infancia; evaluar el impacto que en la sociedad tienen las políticas y medidas que afectan a la población infantil y juvenil; constituir un foro de intercambio y comunicación permanente y abierto entre los organismos públicos y la sociedad; difundir todo tipo de información sobre aspectos relacionados con la infancia y la adolescencia así como proponer la realización de estudios e informes técnicos sobre la situación de la infancia en España. Sus informes son una referencia en este ámbito.

En diciembre de 2018 se aprobó en el Congreso de Diputados la proposición no de ley relativa al Pacto de Estado por la Infancia (PNL), establecido para garantizar los derechos de los niños, especialmente de los más vulnerables, independientemente del partido que esté gobernando o de los cambios económicos que se produzcan. Este es un paso importante que se venía

reivindicando desde hace años por muchos sectores de la sociedad, así como por más de 60 organizaciones que constituyen la "Plataforma de Infancia", reflejando la necesidad de regular y tomar medidas concretas que articulen el compromiso de la sociedad y sus representantes para la protección integral de todos los niños frente a toda forma de violencia. Medidas económicas y mayores recursos para combatir la pobreza infantil y para reforzar el sistema de protección de la infancia y la adolescencia están previstos para concretar acciones que hagan realidad la erradicación de la violencia contra la infancia.

La reciente publicación de la Ley Orgánica 8/2021, Prot ión Int r a a a In an ia a A o n ia r nt a a io n ia (L Or ni a 8/2021, de 4 de junio) incorpora importantes avances en la defensa de los derechos de los menores de edad, así como en su protección frente a la violencia. Lo hace desde una aproximación integral dando una respuesta extensa a la naturaleza multidimensional de sus factores de riesgo y consecuencias. Destaca el carácter prioritario de la prevención, la socialización y la educación tanto de los menores como de las familias y de la sociedad en general. Para incrementar la sensibilización plantea el establecimiento de campañas destinadas a concienciar a la sociedad sobre el buen trato a la infancia y la adolescencia. Para abordar la prevención se pondrán en marcha planes y programas que comprendan medidas que deberán aplicarse en los ámbitos: familiar, educativo, sanitario, servicios sociales, tecnologías, deporte y ocio y Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

La Ley plantea un modelo integral de intervención con medidas de protección, detección, asistencia, recuperación de los derechos que hayan sido vulnerados y apoyo a las víctimas. Se explicita y regula la importancia de la sensibilización, prevención y detección precoz como parte de las obligaciones de la Administración General del Estado, con el fin de erradicar la violencia sobre la infancia y la adolescencia. También plantea el establecimiento de planes y programas específicos de prevención identificando grupos de riesgo y especificando los recursos presupuestarios para llevarlos a cabo. Refuerza los recursos de asistencia, asesoramiento y atención a las familias con el fin de evitar los factores de riesgo e incrementar los factores de prevención, articulando apoyos para un buen ejercicio de la parentalidad.

En esta Ley se pone de relieve la necesidad de establecer la cultura del buen trato en un modelo de atención integral que aporte buenas prácticas y evite la victimización secundaria. Otra contribución importante es que regula la formación especializada, tanto inicial como continua de todos los profesionales que tengan un trato habitual con personas menores de edad.

2.5. En relación al concepto de maltrato

El estudio del maltrato en la infancia presenta un abordaje complejo. Por un lado, el trato que reciben los menores depende del grado de desarrollo cultural de los países y, por otro, se constata una falta de acuerdo en la utilización de una misma tipología de maltrato, así como de los métodos para determinar su ocurrencia. No hay una definición única de maltrato infantil, y tampoco existe una clasificación universal de los tipos de maltrato.

El maltrato es un problema psicosocial de primera índole que, como veremos, tiene repercusiones muy importantes para los que lo sufren, tanto a nivel fisiológico como psicológico y el coste para la sociedad en su conjunto es muy alto (Toth y Cicchetti, 2010).

La transformación que en los años 80 del siglo XX se experimentó en el acercamiento al maltrato infantil fue la comprensión creciente de que el abuso infantil era el producto de la compleja interacción de factores asociados con los progenitores, su hijo y la sociedad. El abuso es un fenómeno que ocurre en el contexto de las relaciones sociales. La comprensión y puesta en práctica de las aportaciones que ha realizado la Teoría del Apego en este campo, así como el haber puesto de relieve la importancia que tiene contar con una base segura en la infancia y con adultos sensibles a sus necesidades, tiene relevancia teórica y social para el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño.

Existe un gran número de investigaciones abordando el tema del maltrato infantil. Su estudio y detección reflejan que esta problemática cada vez cuenta con una mayor visibilidad y respaldo social (Jiménez, Moreno, Oliva, Palacios y Saldaña, 1995; Organización Mundial de la Salud, 2009; Soriano, 2005; De Paúl, Arruabarrena, Torres y Muñoz, 1995), pero en cualquier caso queda aún mucho para conseguir que los derechos de los niños sean plenamente respetados.

2.5.1. Definición del maltrato infantil

Definir el maltrato infantil reviste cierta dificultad debido a la complejidad que implica. Se manejan distintas definiciones unas centradas en unos aspectos más que en otros, lo que lleva a definiciones imprecisas y no facilita la investigación en este campo (Manly, 2005). La opción de determinar una serie de elementos básicos que debe incluir parece ser la más ajustada La identificación del agresor, la forma, el lugar, las lesiones o daño que produce, el momento vital de la víctima y la intencionalidad son elementos a tener en cuenta. Algunos aspectos en relación al

maltrato planteados por Sanmartín (Sanmartin, 2008), que realizó una clasificación de la violencia desde el Centro Reina Sofía, hacen referencia a la realización voluntaria de cualquier acción que dañe o pueda dañar física, emocional o sexualmente a un menor. También el hecho de privar al niño de la atención necesaria para su adecuado bienestar y desarrollo es considerado como maltrato.

Según el Informe del Centro Reina Sofía (Centro Reina Sofía, 2011) inicialmente se entendía por maltrato infantil el maltrato físico activo, con un predominio de criterios médico-clínicos. En la situación actual, las nociones de maltrato se basan en las necesidades y derechos de la infancia (Solís de Ovando, 2003). En el citado informe entienden por maltrato infantil toda forma de violencia que se realiza contra un menor. Abordan la violencia atendiendo a su naturaleza (como acción o como omisión), a su carácter intencional, y considerando el tipo de víctima y el tipo de efectos, a los que alude la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su definición, así como a algunos de los criterios clasificatorios de violencia. Una vez definida esta fija diversas modalidades según sea el tipo de acción, daño causado, escenario en el que ocurre y el tipo de víctima.

2.5.2.Tipos de maltrato y consecuencias

Los tipos de maltrato infantil suelen agruparse en cuatro categorías (Sanmartín, 2008):

- Negligencia: cualquier inacción por la que se priva al niño de la supervisión o atención esencial para su desarrollo. La forma más extrema de negligencia es el abandono.
- Maltrato físico: cualquier acción que tienda a causar lesiones físicas a un niño.
- Maltrato psicológico: cualquier acción u omisión que provoque o pueda provocar daños emocionales, cognitivos o comportamentales en el niño.
- Abuso sexual: cualquier acción que involucre o permita involucrar a un menor en actividades de tipo sexual. Supone invadir los límites íntimos y personales del niño utilizando un contexto de desigualdad y manipulación.

Existe una gran comorbilidad entre los diferentes tipos de maltrato o violencia contra los niños. También hay que considerar que el maltrato unas veces se sufre en primera persona y otras de forma indirecta, y aunque las acciones no se dirijan directamente hacia ellos, las repercusiones que para el niño tiene el haber vivido esas situaciones son enormes. Como ya se ha planteado, el reconocimiento a nivel legal de los niños que son testigos de violencia en el medio familiar como

víctimas de violencia y su regulación es un paso importante de cara a la visibilización e intervención ante este tipo de maltrato que tanto afecta a los niños que lo viven.

La negligencia se ha confirmado como la forma de maltrato más frecuente (De Paúl et al, 199 F rn n z a , a r z F rn nz, 1999; Oswald, Fegert y Goldbeck, 2010). A pesar de su frecuencia y prevalencia no cuenta con muchos estudios, debido en parte a la dificultad que implica su investigación.

Sobre el maltrato físico se han llevado a cabo múltiples investigaciones. En gran medida porque es más fácil de detectar dado las secuelas que implica. Este tipo de maltrato se ha comprobado que tiene un efecto negativo sobre el desarrollo de los niños tanto a nivel físico como cognitivo, social y emocional (Cicchetti et al, 2005; Howe 2005).

Con respecto al maltrato psicológico, en ocasiones, resulta compleja su identificación (Terreros, 2006). Se considera que son aquellas acciones, generalmente de tipo verbal o actitudinal, que provoquen o puedan provocar en el niño daños psicológicos, tales como rechazar, ignorar, aterrorizar, no atender sus necesidades afectivas y de cariño, sus necesidades de socialización, así como no contribuir a que pueda tener una autoestima positiva. Los niños que han sufrido maltrato psicológico a menudo tienen problemas de rendimiento en la escuela y dificultades de relación con sus iguales (Ezpeleta, 2005). El maltrato psicológico ocupa un papel relevante en el maltrato infantil (Arruabarrena, 2011; Barnett, Manly y Ciccheti, 1993). Este tipo de maltrato aparece en las distintas formas de abuso y abandono del niño, y todos los tipos de maltrato tienen un efecto a este nivel ya que afectan a la autoestima y el bienestar emocional del menor.

En cuanto al abuso sexual, es una de las categorías de maltrato infantil que más se ha tardado en estudiar, pero que en los últimos años ha recibido un especial interés dadas las graves consecuencias que conlleva. Diferentes estudios han mostrado el desarrollo de distintas i o a to o ía a ar o azo Lo m no r qu an i o í tim a abu o xua ti n n m r obabi i a mo t rar ntr otro r ob ma ínt oma r i o tra torno an i a (Owens y Chard, 2003; Swanston, Plunkett, O'Toole, Shrimpton, Parkinson y Oates, 2003); trastorno por estrés postraumático (Raghavan y Kingston, 2006); baja autoestima (Swanston et al., 2003), *alexitimia* (Hund y Espelage, 2005) y conductas autodestructivas (Rodríguez-Srednicki, 2001). Además, los niños que han experimentado el abuso sexual muestran en mayor medida comportamientos antisociales (Ezpeleta, 2005; Jonson-Reid, Presnall, Drake, Fox, Bierut, Reich.,

... y Constantino, 2010). El abuso sexual es un claro factor de riesgo y tiene efectos devastadores para el desarrollo de los menores.

Exponemos a continuación algunas de las dimensiones que se han contemplado para el estudio del maltrato infantil. Por una parte, se observa un alto grado de comorbilidad entre los distintos tipos de maltrato (Arruabarrena y De Paúl, 1999; Nguyen, Dunne y Le, 2010). En España, Arruabarrena y De Paúl encontraron bastantes casos en que se producían a la vez maltrato físico y abuso sexual o negligencia. Otros investigadores han mostrado que la combinación entre negligencia y maltrato emocional era la más frecuente (Palacios, Jiménez, Oliva y Saldaña, 1998), aunque también lo era la asociación entre negligencia, maltrato físico y maltrato emocional (Barnett et al., 1993). Ante la comorbilidad del maltrato se planteó la conveniencia de construir taxonomías de situaciones de maltrato en las que aparezcan diferentes combinaciones de tipologías, en vez de mantener las tipologías únicas. Tomando como referencia el sistema de clasificación de maltrato infantil desarrollado por Barnett et al. (1993) el equipo de investigación, *The Longitudinal Studies of Child Abuse and Neglect* (LONGSCAN, 1997) propuso el *Sistema de Clasificación Maltrato Infantil Modificado* (SCMM) (English, 1997; English, Upadhyaya, Litrownik, Marshall, Runyan, Graham et al., 2005). Este sistema añade mayor especificidad a la gravedad de maltrato y a los tipos y subtipos de maltrato.

Se debe tener en cuenta no solo el tipo de maltrato que sufre el niño, sino también variables fundamentales como la severidad, frecuencia, tiempo de exposición, grado de vinculación; características de la víctima como son la mayor o menor vulnerabilidad de cada individuo al estrés que genera el maltrato (English et al., 2005).

En una investigación llevada a cabo con 145 niños víctimas de maltrato, (Manly, Cicchetti, y Barnett, 1994) encontraron que cuando éste era más habitual, la competencia social y la conducta prosocial era menor y se observaba un aumento de problemas de conducta. Plantearon la importancia de explorar múltiples dimensiones dentro del maltrato y la necesidad de desarrollar mejores definiciones operativas de estas dimensiones. La investigación ha mostrado (English, Graham, Litrownik, Everson y Bangdiwala, 2005) que cuando se presentan varios tipos de maltrato aparece una mayor cronicidad, especialmente cuando uno de ellos es el maltrato emocional.

La Violencia de Género (VG) es un grave problema de salud individual y pública y se está considerando como un subtipo de maltrato infantil (*Child Welfare Information Gateway*, 2019). El

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha estimado que entre 133 y 275 millones de niños están expuestos a VG cada año (Pinheiro, 2006). Aunque el niño no sea la víctima directa de la violencia el efecto que ésta puede tener en la madre y en las prácticas de crianza es notable (Wathen y MacMillan, 2013). Ser testigo de violencia es sin duda una agresión contra el niño. Distintos metaanálisis (Bridget y Pilkington, 2020; Carpenter y Stacks 2009) han constatado que la VG tiene un impacto negativo en los factores de crianza, incluyendo la sensibilidad materna, el estrés de crianza y la salud mental de los padres.

Las distintas variables combinadas con la etapa del desarrollo en que se ha producido el maltrato tendrán unas repercusiones diferentes en el niño, siendo en las primeras etapas de la vida especialmente importantes. Distintas investigaciones han comprobado el efecto negativo que supone la exposición a la violencia familiar (Ingoldsby, Shaw, Owens y Winslow, 1999; Levendosky, Huth- Bocks, Semel y Shapiro, 2002; Martin y Clements, 2002). El proceso de desarrollo se produce de forma armónica cuando las distintas capacidades se van integrando y van posibilitando adquisiciones futuras. El niño, en cada etapa del desarrollo, ha de acometer tareas esenciales y propias de cada estadio. Cómo se puedan afrontar y resolver estas tareas va a condicionar el abordaje de las posteriores. Cuando se produce el maltrato, sus consecuencias pueden evidenciarse en el momento o causar trastornos que tengan una aparición posterior (Cicchetti y Barnett, 1991). Sin duda, el maltrato dificulta la consecución de estos procesos poniendo en riesgo el desarrollo infantil.

El maltrato puede afectar a la funcionalidad cerebral y a los sistemas neurobiológicos (Shonkoff et al., 2012) favoreciendo la aparición de distintos problemas de salud mental, incluidos síntomas postraumáticos (Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007). Además la exposición a la violencia familiar y comunitaria se relaciona con la agresión, la depresión y las dificultades académicas y cognitivas (Margolin y Gordis, 2004). Promueve actitudes agresivas y facilita la aparición de comportamientos delictivos (Gorman-Smith et al., 2004).

2.5.3. Incidencia y prevalencia

Manly, Kim, Rogosch y Cicchetti (Manly, Kim, Rogosch y Cicchetti, 2001) crearon el *Sistema de clasificación de maltrato* (SCM). Realizaron una investigación con 814 niños, de los que 492 habían sufrido uno o varios tipos de maltrato infantil. Informaron que cuando éste había tenido lugar n a in an ia t m r ana (0- a o) tenía un impacto a largo plazo y dificultades

en la adaptación posterior que ya se evidenciaban en la mediana infancia. También hallaron que estos niños tenían m íntoma xt r na izant mo traban m no oo ra o r qu u iguales no maltratados. Además, la severidad del maltrato emocional y/o negligencia infantil sufrida en la infancia temprana, predecía los síntomas externalizantes y la agresividad percibida por adultos e iguales en la mediana infancia. Por otra parte, a n i n ia ai a am nt o n ombina ión on ma trato í i o /o emocional r a iona on o ma or i it a a mi o (D Pa Arruabarr na, 1995). E ma trato in anti r oz a i t o qu u on un ri o xtr mo a ra a o t rior a a ta ión uan o r o u ant o tr a o in r m nta riesgo de crear relaciones de apego inseguras. English et al. (2005) encontraron que los niños en los que constaba una notificación de maltrato entre 0 y 1 año mostraban mayores conductas externalizantes que los niños que tenían la primera notificación cuando tenían una mayor edad.

Haber sufrido un tipo de maltrato incrementa el riesgo de sufrir otros tipos de maltrato y que éstos se repitan. Otro dato a tener en cuenta es que esta frecuencia de exposición correlaciona con la severidad del maltrato (Clemmons, Walsh, DiLillo y Messman-Moore, 2007). Se ha comprobado que las experiencias infantiles adversas están interconectadas (Dong Graham, Litrownik, Everson y Bangdiwala, 2004) y que los niños expuestos a violencia de pareja tienen la misma prevalencia de TEPT que los niños víctimas directas de violencia (Oswald et al., 2010). Por otro lado, hay investigaciones que indican que la crianza sensible amortigua el riesgo generado por la violencia interparental, mostrando los niños cambios en la externalización de su conducta e incrementando su desarrollo prosocial, tras trabajar para incrementar la sensibilidad materna (Manning, Davies y Cicchetti, 2014).

En España, el Observatorio de la Infancia en su Boletín nº 20 (2018) advierte que sus datos no reflejan la realidad de la problemática que supone el maltrato, sino solamente las notificaciones de sospecha utilizando los datos recogidos del Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI) indicando que el número será probablemente mayor. Destaca que la negligencia en el año 2017, lo mismo que sucedió en el 2016, es el tipo de maltrato más frecuente (50% del total de tipos de maltrato). En cuanto al nivel de gravedad, las notificaciones leves o moderados (66%) son más que las graves (34%).

Según la Fundación Anar los casos de violencia a la infancia y adolescencia detectados en España se han multiplicado por cuatro como media de todas las violencias analizadas. En la atención telefónica que prestan pasaron de atender 1.487 casos en el año 2009 a 5.930 en el año

2016. Por otra parte, informan que ha aumentado la duración, la frecuencia y la gravedad: provocando un trauma complejo y también que ha disminuido la edad de las víctimas, experimentándose el mayor incremento entre los niños de 5 a 12 años.

En relación a la incidencia de los distintos tipos de maltrato, tanto los estudios realizados por el Centro Reina Sofía (2005, 2011), como otras investigaciones (Palacios et al., 1998; Saldaña, Jiménez y Oliva, 1995) situaban en primer lugar la negligencia seguida del maltrato emocional, a continuación, el maltrato físico, y, por último, el resto de maltratos infantiles (explotación laboral, mendicidad, corrupción, etc.).

Hace tiempo que la OMS (2006) denunció, tras investigar en documentos elaborados en numerosos países, que entre un 80% y un 98% de los niños sufrían castigos corporales en el hogar y que un tercio o más, recibían castigos corporales muy graves aplicados con instrumentos. En 2017 UNICEF informó que en el mundo cerca de 300 millones niños (3 de cada 4) de dos a cuatro años de edad experimentan una disciplina violenta por sus cuidadores de forma regular y que, en todo el mundo, se calcula que alrededor de 176 millones de niños menores de cinco años viven con una madre que es víctima de violencia por parte de la pareja.

En España, Corbalán y Patró (Corbalán y Patró, 2003) estudiaron una muestra de mujeres maltratadas que vivían en centros de acogida, y revelaron que el 85% de los hijos fueron testigos de la violencia ejercida sobre sus madres y, en un 66.6% de los casos, también ellos fueron maltratados a nivel físico y psicológico.

En relación a la prevalencia de los distintos tipos de maltrato la negligencia aparece como la forma más frecuente. (D Pa , Arruabarr na, orr Mu oz , 199 F rn n z a , a r z F rn nz, 1999; Oswald, Fegert y Goldbeck, 2010)

2.6. Causas y factores que fomentan el maltrato

Las causas del maltrato son variadas y complejas y los factores que lo desencadenan son múltiples e interactivos. Para entender este fenómeno y su complejidad es importante tener en cuenta los distintos enfoques que se han ido abordando para intentar entender un fenómeno de esta transcendencia.

2.6.1. Distintos enfoques explicativos del Maltrato

Distintos modelos han pretendido ofrecer una explicación del maltrato. En los años 60 predominaron los modelos unicausales que analizaban los distintos factores de forma independiente abordando aspectos personales, psicológicos o sociales que podrían estar en la base de estas prácticas abusivas. En los años 70, los modelos multifactoriales como el modelo sociológico o sociocultural ampliaron la visión del tema. Se empezó también a considerar al niño que lo sufre, sus características y los factores de riego que acrecientan su vulnerabilidad. En los años 70 surgen los modelos de la interacción social que plantearon relacionar distintos factores para intentar explicar este fenómeno. El Mo o o ó i o- i t mi o , al que ya, en parte, nos hemos referido entiende que el maltrato se produce en la interacción de los diferentes sistemas. Este modelo combina aspectos del desarrollo del modelo ecológico y también las historias y trayectorias que los padres maltratadores llevan consigo. El Modelo transaccional (Cicchetti y Rizley, 1981) además de abordar la naturaleza multicausal del abuso infantil incorpora factores potenciadores del maltrato y compensadores del mismo. Cuando los primeros desbancan a los segundos se dan las condiciones para que se produzca el abuso. Belsky (Belsky, 1980) propuso distintos niveles ecológicos de análisis. Según este planteamiento, el maltrato infantil se encuentra estrechamente relacionado con un conjunto de valores, actitudes y creencias hacia la infancia, la familia y la paternidad que caracterizan a la sociedad moderna tales como el uso del castigo corporal y de la agresión verbal como prácticas de disciplina; la idea arraigada acerca de la privacidad familiar y la paternidad entendida como posesión.

En los años 80, los llamados modelos de tercera generación como la Teoría de Procesamiento de la información social plantearon ir más allá de la descripción y abordar los procesos que hacen posible la aparición del maltrato. Ponen una especial atención en los procesos cognitivos y sociales que están en la base de las conductas agresivas. Partiendo de este enfoque Milner (Milner, 1995) a rro ó un Mo o a ra ontar on una ri ión ta a a os déficits en procesos y habilidades cognitivas de los padres que parece que pueden activar las conductas de maltrato. También plantea que los padres desarrollan representaciones globales y específicas sobre sus hijos, así como ideas, valores y costumbres que guían su comportamiento como padres. Si en el estadio o fase de percepción los padres presentan distorsiones en cómo captan esa situación o tienen sesgos en la representación de los hijos y de su conducta pueden actuar de formas inadecuadas. Además, las ideas previas pueden influir sobre el procesamiento de la información procedente del entorno. Por otra parte, los factores personales de estos padres

(depresión, ansiedad…) también pueden hacer que sus percepciones sean desajustadas y pueda darse con más facilidad el maltrato. En la segunda etapa de interpretación, si los padres realizan predicciones equivocadas sobre las conductas del niño pueden reaccionar más fácilmente con prácticas abusivas. En la tercera etapa, es importante integrar la información adecuadamente ya que esto afectará la selección de la respuesta. En la cuarta etapa, se lleva a cabo la ejecución y control de la respuesta. Los padres abusivos no han desarrollado plenamente sus habilidades para la regulación de la conducta y muestran una menor capacidad para controlarla o modificarla cuando es necesario.

Milner (1995) distingue entre procesamiento controlado y automático para explicar su relación en el maltrato. Los padres que muestran un trato abusivo tienden a utilizar más el procesamiento automático en relación a la conducta infantil, especialmente en situaciones ambiguas y que implican estrés. Este proceso cognitivo rápido cuando se establece resulta más difícil su modificación. Plantea este autor que su puesta en marcha es bastante automática al desencadenarse a partir de contenidos fijados en la memoria a largo plazo. Cuando los padres usan un procesamiento controlado las respuestas suelen ser más ajustadas. Requiere de más tiempo, ya que conlleva actividad consciente y atención, pero especialmente en situaciones nuevas o ambiguas, permite seleccionar la respuesta más apropiada, evitando que se disparen reacciones desproporcionadas. Hillson y Kuiper (Hillson y Kuiper, 1994) profundizando en el modelo de procesamiento de la información, plantearon la Teoría del estrés y del afrontamiento. Pusieron el énfasis en la importancia de la evaluación cognitiva que los padres hacen y las estrategias que utilizan ante esas situaciones que puedan derivar en la aparición del maltrato. La valoración cognitiva primaria es la que determinará si un factor es o no estresante pero la evaluación secundaria de los recursos internos y externos con que se cuenta para afrontar dicho factor también es importante en este proceso. Influye en el mismo ciertas características del cuidador como baja tolerancia a la frustración, escasas habilidades parentales, expectativas poco realistas o baja autoestima, entre otras. Esto unido a sus condiciones y experiencias previas, hacen que se incremente la probabi i a qu a or a it ua ion omo tr a nt qu uti i una on u ta rianza m no i a m i u n iona , o qu aum n tar a r obabi i a que pueda tener lugar el maltrato infantil.

En esta línea otra aportación, planteada desde una orientación cognitiva, es el modelo propuesto por Crittenden (1993). Si el proceso de percibir, interpretar adecuadamente y seleccionar la respuesta más ajustada para satisfacer las necesidades de los niños no se realiza de

forma adecuada esto puede dar lugar a conductas negligentes. Esta autora plantea la existencia de un sesgo sistemático a nivel perceptivo que dificultaría el tener en cuenta, por parte de la madre, las necesidades del niño. Esto se complicaría aún más si da un significado que minimiza los requerimientos de su hijo o que validan su evitación a actuar y atender la necesidad de cuidado del niño. Las creencias erróneas en cuanto a la crianza y desarrollo evolutivo de los niños, así como la atribución de capacidades sobredimensionadas de autorregulación en su hijo pueden estar influyendo en esta interpretación errónea. Si además, a la hora de poner en marcha una respuesta a las necesidades del niño, consideran que no serán eficaces y que no podrán satisfacerlas, es probable que otras necesidades, incluidas las propias, tomen prioridad desatendiendo al menor y pudiendo incurrir en maltrato.

Otra contribución importante en el abordaje del maltrato, que aporta tanto aspectos emocionales como cognitivos, es la derivada de la teoría del apego (Bowlby, 1983). Ya hemos desarrollado distintas aportaciones de esta teoría por lo que solo nos referiremos a los problemas derivados de no haber establecido un vínculo de apego seguro y que pueden contribuir a la aparición del maltrato. La falta de sensibilidad y consistencia por parte de los adultos de referencia del niño repercute en el MOI que el niño construye, limita su seguridad y merma sus posibilidades de interacciones saludables. Si se han producido situaciones de maltrato, y especialmente si han sido sus padres quienes las han infringido, el niño tenderá a desarrollar modelos negativos de la relación con sus cuidadores y de sí mismo. Aunque estos modelos interiorizados son susceptibles de cambio ante nuevas y más nutritivas experiencias relacionales, el daño generado no solo afectará a su seguridad y autoestima, sino que condicionará el abordaje e interpretación de nuevas vivencias y requerirá apoyos específicos para su recuperación.

Cuando se ha experimentado una relación de maltrato como hijo las expectativas respecto a la disponibilidad de los otros serán escasas y su implicación en relaciones positivas se verá mermada. Esto puede afectar también su desarrollo posterior, su conducta parental y su capacidad de proporcionar un cuidado adecuado a su hijo (Egeland, Jacobvitz y Sroufe, 1988). Estos autores realizaron un estudio analizando las variables relacionales y de personalidad de madres que habían sufrido maltrato en su infancia. Algunas habían incurrido en maltratado hacía sus hijos y otras no y encontraron diferencias significativas entre ellas. Las madres que maltrataban no habían contado en su infancia con otra relación afectiva significativa más que con el progenitor que les maltrató; no habían recibido ningún apoyo terapéutico; no habían tenido una relación estable y positiva con su pareja y además mostraron puntuaciones más elevadas en depresión y ansiedad que las madres

que habían logrado romper la cadena del maltrato. Los resultados confirmaron la relevancia de las variables estudiadas. No haber podido tener otras experiencias relacionales significativas ni reparadoras, que podrían haber modificado los modelos con los que contaban, caracterizaba a este grupo de madres que habían repetido el ciclo del maltrato.

La teoría del Aprendizaje Social también ha aportado su enfoque en relación a este tema planteando que el maltrato es una conducta aprendida en un contexto social. El aprendizaje que se deriva de la observación de modelos (Bandura, 1977) podría estar condicionando posteriores conductas maltratadoras cuando éstas han tenido lugar en el entorno familiar. Así se transmitiría y validaría el uso de conductas abusivas en la crianza.

Los distintos modelos y aportaciones han ido proporcionando un conjunto de variables de análisis que pueden ayudar a entender un fenómeno tan complejo como es el maltrato infantil. Es necesario continuar investigando para conocer los factores que influyen en sus distintas tipologías. Esto contribuirá a abordar con más especificidad su prevención, detección y tratamiento.

2.6.2. Factores que fomentan el maltrato

Existen distintos factores que fomentan el maltrato. A nivel de la comunidad, se pueden dar altos niveles de violencia y delincuencia. En el ámbito familiar, estos factores de riesgo vendrían dados por las características de sus miembros que favorezcan el maltrato. Estos factores, más el incremento de estresores tales como bajo nivel de ingresos, peligrosidad del barrio, condiciones de habitabilidad inadecuadas, entre otros, afectan negativamente las prácticas parentales, aumentando el riesgo de maltrato hacia los niños (Elder, Van Nguyen y Caspi, 1985; McLoyd, 1990). Por otra parte, si las prácticas de abuso y castigo están legitimadas en un determinado medio es fácil que aparezca el maltrato.

Las experiencias de maltrato experimentadas por los niños a lo largo de su vida les hacen víctima de las mismas y generan un efecto acumulativo que altera el conjunto de su existencia. En ese contexto, las distintas formas de violencia que afectan a la infancia se han descrito en los nomina o tu i o “ ía o i i t imización” (Finkelhor, Ormrod y Turner, 2009). Las investigaciones que se han derivado de estos estudios evidencian los efectos negativos de estas vivencias en la salud mental y han establecido cuatro vías principales mediante las cuales un niño puede acumular victimización: a) residir en una comunidad peligrosa, b) vivir en una familia violenta, c) tener una familia caótica, multiproblemática, y/o d) tener problemas emocionales que

aumenten la conducta de riesgo, generen oposicionismo o comprometan la capacidad de protegerse (Finkelhor, 2007). Por otra parte, estos estudios han comprobado que las experiencias de victimización por sí solas no se diluyen con el tiempo, sino que tienden a producir un efecto acumulativo, derivando en mayor gravedad y condicionando la salud mental y el bienestar de quienes lo han vivido (Higgins, 2004; Appleyard, Egeland, van Dulmen y Alan Sroufe, 2005; Finkelhor et al., 2007; Scott, 2007).

2.6.3. Factores de riesgo del maltrato infantil

Los factores de riesgo, en general, son características (individuales, familiares, sociales y culturales) que cuando están presentes hacen que aumente la probabilidad de que se produzca un fenómeno negativo determinado. El riesgo implica condiciones que al producirse facilitan la aparición de resultados negativos y no deseables para el desenvolvimiento humano. Se considera que los factores de riesgo incrementan los problemas o las deficiencias, y son definidos como eventos estresores. Por otra parte, la resiliencia, a la que nos referiremos más adelante, y los factores protectores se analizan como procesos o mecanismos que reorientan, amortiguan o protegen ante vivencias adversas.

Los factores de riesgo de la violencia son variables que ponen al sujeto en una posición de vulnerabilidad hacia conductas o actitudes violentas. Los factores que podrían explicar el maltrato infantil son los relativos al agresor en particular, a la familia, a la sociedad y a la cultura.

A continuación, se plantea una breve revisión de los principales factores de riesgo del agresor y de la víctima de maltrato infantil.

Factores de riesgo del agresor

Distintos factores de riesgo pueden posibilitar las conductas de maltrato. Tanto aspectos biológicos como cognitivos, emocionales y sociales del agresor aportan condiciones que pueden conducir a la aparición de estas conductas. En relación a los factores de tipo biológico, destaca la reactividad psicológica ante los estímulos del menor (por ejemplo, ante el llanto del bebé). Las dificultades para establecer vínculos afectivos con el recién nacido, los antecedentes personales de maltrato infantil y las dificultades económicas, entre otras, han sido planteadas desde hace tiempo por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) como factores de riesgo para el maltrato.

Los factores emocionales como la escasa empatía y la falta de sensibilidad por las necesidades de sus hijos, los problemas de autoestima, la angustia y los sentimientos negativos (Ro rí u z, 2013) suponen un riesgo para que se infrinja maltrato. En general, los agresores suelen experimentar más aislamiento y soledad y tienen menor capacidad para utilizar los recursos individuales y sociales de los que disponen (Echeburúa y de Corral, 1998; Milner, 1995). Entre los factores cognitivos hay que destacar las expectativas inapropiadas en relación al niño, la falta de conocimientos sobre el desarrollo infantil y las distorsiones cognitivas.

Entre los factores de tipo conductual cabe señalar el comportamiento impulsivo, la dificultad para manejar emociones negativas, la falta de comunicación e interacción con el menor y los altos niveles de exigencia. En general, estos padres tienden a emplear más técnicas autoritarias y a expresar pocos sentimientos positivos. También suelen entrar en dinámicas de poder y con más facilidad tienden a abusar física y emocionalmente de sus hijos (Bugental y Happaney, 2004).

Por otro lado, hay que tener en cuenta que si los padres tienen problemas económicos graves y un bajo nivel educativo suelen tener menos recursos para afrontar los problemas familiares, evitar relaciones abusivas y desarrollar adecuadas habilidades parentales (Cox, Kotch y Everson, 2003). Estas circunstancias no conducen directamente al maltrato, pero generan condiciones que unidas a otros factores de riesgo incrementan las probabilidades de que se produzca (Sameroff et al., 1998; Herrenkohl et al., 2007).

En relación al abuso de sustancias y adicciones hace tiempo que se ha planteado como un claro factor de riesgo. Young (1964) en una investigación realizada con 300 familias donde se había producido maltrato y negligencia con sus hijos, realizaron un seguimiento y comprobaron que las adicciones potenciaban el maltrato infantil. Sin embargo, en otras investigaciones no encontraron una correlación entre excesos en el consumo de sustancias y el maltrato (Orme y Rimmer, 1981; Steele y Pollock, 1974). No obstante, lo que parece comprobado es que la influencia del alcohol y las drogas se puede asociar a inestabilidad emocional y social, lo que predispone a la negligencia y el abuso. Múltiples investigaciones posteriores resaltan la relación entre maltrato infantil y consumo de tóxicos por parte de ambos o un progenitor (Dube, Anda, Felitti, Croft, Edwards, y Giles, 2001; Seay y Kohl, 2015).

Otro factor estudiado ha sido la relación entre ciertos rasgos psicopatológicos en los padres y el maltrato infantil. Por una parte, estarían los asociados a una personalidad impulsiva, agresiva

y psicopática, con escaso control de los impulsos y baja tolerancia a la frustración. Por otra parte, estaría un tipo de personalidad depresivo-pasiva con falta de empatía, sensación de tristeza, apatía y baja autoestima. Aunque la denominación de problemas de salud mental es muy genérica, ya que engloba diferentes patologías y con distintas manifestaciones, sí que se han asociado con una menor capacidad de respuesta, afecto y reciprocidad en las interacciones, así como una mayor intrusión y punición (Broth, Goodman, Hall y Raynor, 2004). Otros estudios informan de que, aunque los hijos de madres deprimidas tenían muchas más probabilidades de tener un apego inseguro, la sensibilidad materna mediaba sobre este efecto (Huang, Lewin, Mitchell y Zhang, 2012).

Factores de riesgo de la víctima

La situación de indefensión y dependencia de los niños, especialmente en sus primeras etapas, de sus figuras de referencia les hace más vulnerables al maltrato. Si estos adultos no atienden sus necesidades, lesionan sus derechos y abusan de su posición ponen en riesgo su salud y su proceso de desarrollo.

Distintos estudios indican que existe mayor riesgo de maltrato para los niños que presentan problemas de conducta, así como hiperactividad y trastornos psicológicos que comportan dificultades en el procesamiento cognitivo (Informe del Centro Reina Sofía, 2011). Los niños menores de cuatro años y los adolescentes también presentan más riesgo de maltrato. Otro factor a tener en cuenta es cuando alguno de sus progenitores vive su existencia como una carga, no haber sido deseados o no cumplir las expectativas de los padres. También se ha planteado que presentar un temperamento difícil, tener necesidades especiales, llorar mucho o tener rasgos físicos atípicos pueden suponer un mayor riesgo para los niños. El nacimiento prematuro también es un factor a tener en cuenta (Informe Centro Reina Sofía, 2011; OMS, 2020).

La edad, la salud y el desarrollo físico, mental, emocional y social son factores que pueden aumentar la vulnerabilidad de los niños a los malos tratos. Los bebés y los niños debido a su pequeño tamaño físico, su estado de desarrollo temprano y la necesidad de cuidados constantes, pueden ser particularmente vulnerables a ciertas formas de maltrato, como trauma craneal abusivo y negligencia física o médica. El cuidado que requieren puede abrumar a padres que estén inmersos en situaciones de riesgo. Dada su vulnerabilidad física, los niños pequeños tienen un mayor riesgo, y así lo reflejan las estadísticas, de recibir un maltrato severo (*Departament of Health and Human Services*, DHHS, 2012). Los estudios indican que el 80% al 90% de las

víctimas son niños de menos de cuatro años. En concreto, es en el primer año de vida en donde se producen la mayoría de los maltratos severos (McClain, Sacks, Froehlke y Ewigman, 1993; Putnam-Hornstein, 2011; DHHS, 2012). También se ha considerado que puede llegar a ser un factor de riesgo el sufrir problemas de salud o dificultades físicas, intelectuales o sensoriales. Hay investigaciones que indican que estos niños, en algunos casos, pueden llegar a tener hasta tres veces más probabilidad de sufrir abuso o negligencia que sus iguales sin estas problemáticas (Jones, Bellis, Wood, Hughes, Eckley ... y Officer, 2012; Sedlak Mettenburg, Basena, Peta, McPherson y Greene, 2010).

Factores de riesgo del maltrato infantil en la familia

El escenario donde se producen la mayoría de los maltratos a menores, paradójicamente, es el medio familiar. Se constata que la mayoría de los actos violentos y abusos ejercidos contra los niños tiene lugar en el entorno familiar como se recoge en informes de Unicef y de otras organ. izaciones de apoyo a la infancia. La Convención de los Derechos del Niño (1989) enunciaba en su preámbulo el supuesto de que la familia es el entorno natural para el crecimiento y bienestar de todos sus miembros, en particular de los más pequeños. Siendo el lugar con mayor capacidad de protección y acompañamiento del desarrollo de los niños, también es el lugar donde suceden la mayoría de los abusos (Save the Children, 2005).

Los casos de maltrato en la familia suelen tener algunas características comunes; en general, es más frecuente en los niños, excepto cuando se trata de abuso sexual, y la víctima suele sufrir más de un tipo de maltrato.

Distintos factores de riesgo como la existencia de problemas de violencia entre los padres, la violencia de género y la desestructuración familiar tienen una repercusión directa en los niños. Ser madre adolescente se ha señalado como un factor de riesgo en este sentido. Los niños con una madre que está afrontando la crianza de sus hijos en solitario también presentan mayor riesgo de sufrir maltrato. Desarrollaremos a continuación algunos de estos factores de riesgo de maltrato para los niños.

Las situaciones de pobreza afectan a los niños de manera directa y también de manera indirecta a través del efecto que ejerce en sus padres y sus prácticas de crianza. Hay investigaciones que indican que las tensiones e incertidumbres derivadas de los problemas financieros pueden provocar en los padres un sentido de impotencia, así como falta de autoestima

y disminuir su percepción de control y eficacia, provocando angustia psicológica parental. Todo esto repercute en la crianza de los hijos poniendo en riesgo el bienestar emocional de los niños (Liu y Merritt, 2018). En una revisión de metaanálisis de 150 estudios realizada sobre los riesgos de abuso y negligencia de los niños, se determinó que el estrés de los padres estaba significativamente asociado con ambos, con efectos particularmente elevados en el caso de la negligencia (Stith et al., 2009). Otras investigaciones también han comprobado que la negligencia infantil está más fuertemente asociada con la pobreza y los bajos ingresos que otros tipos de maltrato (Boyce y Maholmes, 2013; Jonson-Reid, Drake y Zhou, 2013); Maguire-Jack y Showalter, 2016).

También se ha planteado que la corta edad de la madre podría ser un factor de riesgo (Sedlak et al, 010 ra r o Nób a , 2010). En estas investigaciones se m n iona qu a una ta ma r on m r tri ti a , intrusivas y menos flexibles, mostran o i i u ta a ra to rar a on u ta x ora toria ni o , lo que podría conducir, en determinadas ocasiones, a mostrar conductas de maltrato.

Otro factor de riesgo es el hecho de tener que afrontar en solitario la crianza de los hijos. En muchos casos, y especialmente en familias en situación de riesgo, es la madre la que asume esta función. La monoparentalidad es una tipología familiar que engloba diferentes situaciones y, aunque cada vez es más común que sea una opción escogida, en muchos casos no lo es. En función de esto las consecuencias serán bien distintas tanto para estas mujeres como para sus hijos. La mayoría de las vías de acceso a la monoparentalidad se derivan de rupturas de parejas, separación o divorcio, una maternidad que se ha tenido que asumir en solitario o las relacionadas con situaciones sociales como la emigración, el trabajo, la encarcelación o la hospitalización (Santibañez, Flores y Martín, 2018).

La monoparentalidad no escogida se vincula con una mayor vulnerabilidad y on un ma or ri o ob r za x u i ón o ia , oni n o mani i to a r ti a n ro n mbito (A a am o P z, 2013; Sastre, 2015). Este es un claro factor de riesgo para muchas mujeres, especialmente si no cuentan con una red familiar y/o social que les preste apoyo tanto a nivel económico como afectivo.

La precariedad económica condiciona en muchos casos la dieta y las condiciones de vivienda de estas familias. En cuanto al nivel de estudios e ingresos en este tipo de familias monoparentales suele haber una baja ua i i a ión tanto u ati a omo aboral (Alter, 2008;

Berger, 2004). También se ha visto que están asociadas a una peor calidad de vida en el hogar, en gran medida debida a la an i a r ión, en muchos casos derivados de las situaciones a las que estas mujeres han de hacer frente, sin poder contar con una red de apoyos estable (Alter, 2008; Damonti, 2014).

Sa t i r n n u In orm "M o a qu nun a" (2015) r ja qu m a mita de estos hogares se encuentran en riesgo de pobreza. La pobreza moderada alcanzaba ya el 40% de los hogares monoparentales en 2014 y la pobreza severa el 14%. Ambos factores se retroalimentan en un círculo que puede derivar en la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Este tipo de monoparentalidad está asociada a una peor calidad de vida (Sedlak et al., 2010). Estos autores encontraron qu o ni o n ami ia este tipo monoparental y sin apoyos tenían de forma significativa mayores probabilidades de ser í tim a ma trato in anti .

Desde hace tiempo se han estudiado los factores de riesgo relacionados con el funcionamiento familiar (Cerezo, 1995; De Paúl, Alzate, Ortiz, Echeberría y Arruabarrena, 1988). Los estilos de crianza son el conjunto de características que describen el comportamiento de los padres, así como el trato y la relación que tienen con sus hijos y las pautas que establecen para lograr una socialización adecuada. Se suele considerar tres tipos: democrático, negligente y autoritario. Los estilos negligentes utilizan prácticas de crianza que se caracterizan por una ausencia de control y presencia de afecto, o bien por una falta de ambos. En los estilos autoritarios predomina el control con poco afecto.

También hay que tener en cuenta la constitución de la familia, si es monoparental, compuesta y si tiene o no una red social. En relación a las interacciones paterno-filiales influye la forma de entender la educación de los hijos, las técnicas coercitivas que se apliquen, así como las interacciones conyugales que se produzcan y si hay inestabilidad y/o continuos conflictos familiares.

Es importante tener en cuenta las graves consecuencias que conlleva la violencia en el medio familiar. Las víctimas de cualquiera de los tipos de violencia que se producen en este medio sufren importantes daños físicos, emocionales y psíquicos. Los niños se ven especialmente afectados por estas situaciones (UNICEF, 1999; 2014). Vivir en un entorno violento además tendrá una repercusión en el significado que el niño atribuirá a las relaciones interpersonales.

Cuando se produce VG en la familia la agresión a las madres también es una agresión a los hijos. Son bien conocidos los efectos perjudiciales que la VG tiene sobre las mujeres que la padecen tanto en su bi n tar í i o ómo mo iona E ta muj r r ntan i t into tra torno mo iona omo on u n ia a it ua ion traum ti a i i a La int omato o ía o t raum ti a i t into r o o r i o on a uno o to más presentes en los análisis sobre la repercusión de este tipo de violencia. También afecta a las condiciones en que se ejercen las funciones parentales, especialmente debido al nivel de estrés experimentado (Casanueva et al., 2008). Una buena calidad de relación entre el hijo y la madre se ha visto que constituye un importante factor de protección para el niño en estas condiciones de violencia, pero también que en esas circunstancias la disponibilidad de la madre para cuidar y proteger a sus hijos se ve muy disminuida (Boeckel, Wagner y Grassi-Oliveira, 2017). Los resultados de distintas investigaciones permiten comprender la magnitud de los efectos perjudiciales derivados de la exposición a la violencia en el medio familiar para las madres y también para los niños. Esta situación de riesgo hace que en muchos casos presenten problemas internalizantes y externalizantes, síntomas de estrés postraumático, de ansiedad y de disociación. Estas consecuencias evidencian dificultades reales en el plano socioafectivo, e incluso grandes obstáculos para el desarrollo de los niños. (Pinel-Jacquemin, Zaouche Gaudron, Troupel, Raynaud y Kelly-Irving 2016; Huth-Bocks, Levendosky, Alytia , Theran y Bogat, 2004).

En general, se considera que el número de casos de maltrato infantil es muy superior al registrado oficialmente. Solo una pequeña parte del problema se visualiza y se detecta (Morales y Costa, 1997). En este sentido la OMS (2020) alerta de la gravedad de la situación actual, que como consecuencia de la pandemia y de las medidas que las sociedades han tomado frente a ella, ha incrementa o norm m nt a r a n ia a to io n ia ontra o ni o en el medio familiar.

Factores de riesgo socioculturales

Como ya se planteó en relación al apego, el vivir en condiciones de pobreza supone un riesgo también para que se pueda producir el abuso o la negligencia. Como se ha apuntado, desde una perspectiva ecológica la interacción entre los distintos sistemas y sus condiciones afecta en gran medida la relación entre padres e hijos. Afrontar la crianza con una falta de recursos básicos debilita los factores protectores.

Los aspectos culturales reflejados en los sistemas de creencias y los modos de intervenir en la crianza de los hijos también marcan un riesgo si minimizan o incluso legitiman la agresión contra los niños como parte de las prácticas educativas. Otros aspectos sociales tienen su importancia y pueden incrementar el riesgo de maltrato, tales como el trabajo, la vivienda, el apoyo con que cuenten o la situación de aislamiento en la que se encuentre la familia. Según el informe del Centro Reina Sofía (2011) la falta de redes de apoyo social, la inestabilidad laboral, el bajo nivel educativo o las condiciones de vivienda precarias, entre otros, son factores de riesgo social que tienen una influencia en las situaciones de maltrato infantil.

La OMS (2020) plantea que los altos niveles de desempleo y pobreza, así como las políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generan malas condiciones de vida, inestabilidad o desigualdades socioeconómicas aumentan el riesgo de maltrato infantil.

Factores de riesgo acumulados

El riesgo de maltrato infantil se incrementa si se entiende desde la interacción del individuo, la familia, la comunidad y los factores culturales (Belsky, 1993). Distintos factores de riesgo convergen en las situaciones que dan lugar al maltrato infantil (Wilson, Hayes, Bylund, Rack y Herman, 2006).

Es esencial tener en cuenta los distintos factores de riesgo que pueden llevar a una situación de maltrato. Todo parece indicar que ningún factor de riesgo por sí solo explica su aparición ni su reincidencia una vez que se ha producido, pero sí lo hacen cuando estos factores se acumulan (Larrieu, Heller, Smyke y Zeanah, 2008). Larrieu planteó un índice de los factores de riesgo acumulados por la madre que podían hacer que las instancias judiciales y sociales no considerasen la posibilidad de que los niños retornaran a vivir con ella. El estudio se realizó con 141 madres a las que se les había retirado de forma temporal la custodia de sus hijos que habían sufrido maltrato en algún momento entre su nacimiento y los 60 meses. Las madres permanecieron en un programa intensivo que duró un promedio de 20 meses y después se vieron los factores de riesgo para determinar si se consideraba un retorno al hogar o si las madres perderían la custodia de sus hijos.

El propósito del estudio realizado por Larrieu y colaboradores fue el de examinar los riesgos acumulativos y los factores de riesgo concretos que produjeron la pérdida permanente de la custodia por parte de las madres y su influencia en las decisiones de los tribunales de menores

en relación al retorno con la madre o a la incorporación a otro medio familiar. Los resultados indicaron que las madres que habían perdido la custodia tenían de forma significativa más factores de riesgo que aquéllas a quienes se consideró que sus hijos podían retornar a vivir con ellas. El riesgo acumulativo fue un indicador más fuerte que cualquiera de los factores de riesgo específicos. En función de los datos encontrados en investigaciones anteriores, planteaban que el abuso de sustancias podría ser el factor que, considerado aisladamente, era el que en mayor medida predecía la pérdida de la custodia por parte de la madre.

En base a los resultados encontrados estos investigadores también plantearon la importancia, siempre que fuera posible, de reducir el número de riesgos que una familia experimenta cuando, en función del interés superior del menor, la reunificación es el objetivo. Otras aportaciones se orientan a la coordinación de los organismos que participan y prestan apoyos al menor y su familia, racionalizando la intervención y la prestación de servicios.

Por otra parte, otros autores (Either, Couture y Lecharite, 2004) plantean que la acumulación de factores de riesgo supone una importante dificultad en que se produzcan y mantengan los cambios realizados por estos padres tras un programa de intervención psicosocial y que puedan volver a producirse situaciones de maltrato. Si los factores de riesgo persisten, los esfuerzos para lograr los cambios no serán rentables a ningún nivel.

La ocurrencia del maltrato infantil está determinada en gran medida por el peso que tengan los factores de riesgo y los factores protectores en el medio familiar. Es importante considerar que cuando los factores estresores superan los apoyos, surge con más facilidad la posibilidad de que tenga lugar el maltrato infantil (Graxiola-Romero y Frías-Armenta, 2012). Parece que es la confluencia de diversos factores de riesgo psicosocial lo que puede predecir que se produzca el maltrato (Belsky, 1993).

Cada padre aporta una serie de experiencias que van a influir y a condicionar su conducta parental como son la calidad de vida dentro de la familia de origen, la interacción con sus iguales y sus experiencias a lo largo del ciclo vital, entre otras. Belsky y Vondra (Belsky y Vondra, 1989) desarrollaron un modelo de funcionamiento parental que sirviera para analizar la disfunción que tiene lugar en los padres que maltratan. Educar a un niño supone disponer de ciertas habilidades y la sensibilidad que permita adoptar la perspectiva del hijo. Supone aportarle seguridad y acompañarle en su proceso de independencia, permitiéndole probar sus limitaciones a través del ejercicio de reglas y regulaciones interiorizadas. Poseer esas habilidades requiere por parte de las

figuras paternas experimentar la sensación de cierto control sobre la propia vida y sentir que, en gran medida, las necesidades propias están satisfechas. Estos autores propusieron concentrar la investigación sobre una paternidad eficiente basándola en aspectos tales como madurez psicológica, autoestima, irritabilidad y lugar de control entre otros.

2.7. La Resiliencia como factor protector

Desde hace tiempo se observó que en ocasiones las personas sometidas a situaciones de riesgo no presentaban un desarrollo desadaptado en áreas cognitivas, emocionales y/o conductuales. Esto sorprendió y fue objeto de estudio dado el interés y las repercusiones que implica poder conocer y fomentar los aspectos que están en la base de esta fortaleza. A partir del estudio de Werner y Smith (Werner y Smith, 1982) se han realizado otros muchos con la finalidad de indagar cómo individuos sometidos a situaciones de riesgo y/o trauma habían podido superar problemas y obtener un buen nivel de desarrollo en el marco de las circunstancias vividas. A partir de estos estudios y observaciones se comenzó a utilizar el concepto de resiliencia, refiriéndose a las personas que podían continuar con su vida, manifestando una evolución adecuada, a pesar de la adversidad. Esta concepción ha permitido repensar el abordaje de diversas situaciones problemáticas de los niños abriendo el campo de intervención más allá del modelo clásico, por otra parte, imprescindible, de disminución de factores de riesgo.

La capacidad de resiliencia suele estar asociada a la capacidad de una persona para recuperarse de una situación de dificultad o de condiciones adversas (Smith-Osborne y Whitehill Bolton, 2013). Se plantea la resiliencia como mecanismo de recuperación que permite a la persona superar una situación de una dificultad importante, como puede ser un suceso traumático ocurrido solo una vez o una exposición prolongada a una situación estresante, como sucede con los niños víctimas de maltrato (Poole, Dobson y Pusch, 2017).

La resiliencia es un proceso dinámico que se puede dar en el desarrollo de niños que han sufrido situaciones de maltrato. No es un atributo, sino un ajuste positivo en circunstancias de reto o desafío y puede contribuir a la comprensión de los procesos que afectan a los individuos en riesgo (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000). Es importante poder identificar los mecanismos a través de los cuales la resiliencia se manifiesta.

El informe del Centro Reina Sofía sobre el maltrato, anteriormente citado (Centro Reina Sofía, 2011) ant aba qu , a í omo xi t a t or ía a r ro u ión int r n ra iona

ma trato, a i n ia qu mu o ni o ma trata o u n u rar a itua ion i i a y convertir los sentimientos negativos en positivos, enfocando la resiliencia como la capacidad que desarrolla una persona para r i tir a o i o ó i o qu u au ar un ntorno r ob m ti o a ino , tambi n omo im u o r a ra ión qu na a r i t n ia a sufrimiento (Cyrulnik, 2003). Como ya se viene planteando, el niño que ha sufrido maltrato necesitará adultos y experiencias que le aporten otra visión de sí mismo, de las relaciones y de la vida. En este sentido se ha planteado que a ra qu ni o a qui r a una a a i a r i int n it ar a tor r ot tor omo o n, entre otros, tutores afectivos, recuerdos de momentos felices, de personas que le han amado y experiencias con r ona qu qui r an ara, ta im n , poder construir de nuevo cimientos de estabilidad afectiva (Barudy y Marquebreucq, 2006).

Un estilo de crianza adecuado en la familia, así como contar con relaciones de apego seguras han sido considerados como buenos predictores de resiliencia en los niños (Iwaniec, 2006). Afifi y MacMillan (Afifi y McMillan, 2011) examinaron los diferentes factores de protección que se asocian claramente con la capacidad de recuperación, y descubrieron que, en todos los estudios, las relaciones familiares estables, así como tener redes de apoyo, presentaban una asociación con la resiliencia. Los factores individuales como los rasgos de personalidad también mostraron alguna asociación con la capacidad de recuperación, pero la inteligencia no mostró relación con dicha capacidad después de que los niños hubieran sufrido maltrato.

El estudio longitudinal llevado a cabo en Hawai con 698 niños que crecieron en entornos familiares con diversos factores de riesgo destacando la adicción al alcohool (Werner y Smith, 1982; Werner, 2006) aportó datos interesantes. Estos niños fueron seguidos hasta la edad adulta y se vio que un tercio de esta población no presentaron problemas de conducta a los 10 años, ni de delincuencia y/o salud mental a los 18, como sí los tenía el resto de la muestra, y habían podido llevar una vida más saludable. Esto indujo a pensar que debía haber aspectos protectores ante la adversidad en los primeros años de la vida. Otros trabajos como los de Rutter (Rutter,1979; 1985) con niños sin hogar, o los de Garmezy (Garmezy, 1991) con niños que habían crecido en ambientes de alta pobreza apoyaron esta concepción de la existencia de factores de resiliencia. Se ha demostrado que la resiliencia ha tenido un efecto importante en la tasa de recuperación y adaptación positiva, no solo de traumas de infancia o maltratos, sino además en el síndrome de estrés postraumático (PTSD) (Kim, Kim y Kong, 2017; Poole, Dobson y Pusch, 2017). Otros autores también examinaron los diferentes factores de protección que se asocian fuertemente con

la capacidad de recuperación, y descubrieron que las relaciones familiares estables, así como tener relaciones familiares de apoyo, eran la asociación más coherente con la resiliencia en todos los estudios (Afifi et al., 2011).

La información sobre estos factores de protección ayuda a la comprensión de algo tan esencial como es la capacidad de recuperación y la promoción del bienestar. También es importante que los niños que han sufrido maltrato puedan contar, si lo necesitan, con recursos de apoyo terapéutico para que puedan elaborar los duros sucesos vividos y la confusión que éstos generan. Por otra parte, cuando se detectan familias, con un acúmulo de factores que conllevan un riesgo para el maltrato infantil, poder trabajar terapéuticamente con ellas supondría incrementar sus factores protectores. Barudy (Barudy, 2007) plantea que muchos menores permanecen con las familias donde subyacen situaciones de maltrato y es necesario fomentar una parentalidad positiva. En este sentido es necesario analizar las fortalezas familiares y apoyar la intervención en el adulto de la red familiar que se valore que pueda desempeñar esta función de cuidado y protección para el niño. Que existan adultos protectores con competencias parentales adecuadas como para asegurar un desarrollo sano del menor es una forma de fomentar su resiliencia y además una condición imprescindible para que éste pueda permanecer en su medio de origen.

Analizar estos factores de resiliencia puede ser de una gran ayuda para identificar fortalezas que contribuyan al apoyo y mejora de los planes de trabajo con familias en situación de riesgo. Hay pruebas empíricas que muestran que identificando y analizando los factores de riesgo y de protección que se encuentran en la capacidad de recuperación se puede ayudar a establecer objetivos mensurables que ayuden a ajustar y optimizar los planes de intervención en cada medio familiar (Smith y Bolton, 2013).

Wolak y Finkelhor (Wolak y Finkelhor, 1998) in i a ron qu xi t n tr at oría factores protectores o de resistencia a la adversidad, factores personales de la víctima, factores familiares y factores de apoyo fuera del ámbito familiar. Tener una buena autoestima, capacidad de adaptación y creatividad, así como actitudes positivas y recursos personales, entre otros, contribuyen en este sentido. Factores como las habilidades de autorregulación, la buena crianza de los hijos, los recursos de la comunidad y las escuelas implicadas están asociados con la resiliencia y pueden contribuir a incrementarla.

En situaciones de maltrato también se han señalado (Lazenbatt, 2010) otros aspectos a tener en cuenta como son la edad a la que se produce la separación del agresor, o el tener

recuerdos de una o a sin violencia. Uno de los factores protectores más importantes es el haber podido tener al menos con una relación duradera y de calidad con un adulto significativo para ni o (Aguilar, 2008). En cuanto a los factores de apoyo fuera del ámbito familiar contar con ellos en el medio escolar o en el barrio es esencial para la detección y el apoyo a los niños en situación de riesgo. Estos entornos también tienen el potencial de servir de sostén a los padres para que puedan proporcionar a sus hijos una crianza sana y positiva. En este sentido el macroestudio que realizaron Maguire-Jack et al. (2016) evidenció el factor protector que ante la negligencia tenía la cohesión social del barrio, aunque también alertó que esta protección no se hacía efectiva cuando en la familia había un abuso adictivo de sustancias.

Algunos estudios se han focalizado en indagar la adaptación positiva de niños que habían sufrido VG en su medio familiar. (Hughes y Luke, 1998, Martinez Torteya, Bogart, Von Eye y Levenosky, 2009). Estos autores encontraron que esta adaptación estaba asociada, entre otros factores, con la menor duración e intensidad del maltrato a las madres, con la menor exposición de los niños a esa violencia, a que sintieran el conflicto como menos amenazante y a la ausencia de depresión materna.

Cuando el cuidador no maltratador puede apoyar al niño ésta es una variable muy significativa (AACAP, 1998; Pynoos, Steinberg y Piacentini, 1999) Di r a in ti a ion a an qu i el niño cuenta on a a bi i a ar nta a ma r qu í tim a io n ia n ro, to u rot r n ran m i a a u ij o rob ma i o ó i o (Davies, Sturge-Apple y Cummings, 2004; Margolin et al., 2004). Algunos autores apuntan la importancia de qu a ma r u n t n r una r a ión m r ana, mostrarse más sensible con sus hijos y hablar de los sucesos violentos que han vivido. Validar las expresiones emocionales de sus hijos puede aportarles sostén y ayudarles a desarrollar estrategias competentes para hacer frente a las emociones negativas (M Dow , Kim, O'N i Park , 00) .

En relación a lo a tor r ot ión a r i i n ia hay que destacar el papel que tienen la escuela frente al maltrato infantil padecido en la familia. La sensibilidad de los docentes y el clima de convivencia y buenas prácticas que promuevan redundará positivamente en el bienestar de los niños maltratados (Grotberg, 2004). Si, como se ha planteado, existen adultos, educadores, profesores, monitores deportivos, ta r i t a … que apoyan, esto supondrá una gran ayuda. Como también lo hará el contar con iguales o si hay actividades en el barrio que permitan tener relaciones saludables en las que el niño pueda experimentar otras vivencias y además incorporar

otros modelos de referencia más positivos. Además de las medidas protectoras imprescindibles este apoyo de los distintos sistemas redundará en beneficio del menor.

Tener una alta capacidad de recuperación no hace que la persona sea inmune a problemas de salud mental, pero sí hace que la persona esté mejor preparada para hacer frente al estrés de una manera más productiva y positiva. Por otra parte, fomentar los factores de protección de una manera preventiva podría tener una repercusión importante en la recuperación de niños o adolescentes que están en riesgo de padecer malos tratos o que están viviendo situaciones estresantes y de riesgo (OMS, 2018).

2.8. Consecuencias del maltrato en el desarrollo infantil

El maltrato conlleva un daño en la integridad física o psicológica del niño. Este daño puede tener mayor o menor repercusión en función de distintos factores que, como venimos apuntando, tendrían que ver con el tipo de maltrato, su gravedad y frecuencia, la edad del niño, las características que le puedan hacer más vulnerable, la existencia de personas de apoyo, etc., pero, en cualquier caso, haberlo padecido deja una huella que se debe analizar y tener en cuenta para poder ayudar al niño en aquello que necesite para superar esas vivencias.

Los malos tratos sufridos en la infancia afectan a todos los ámbitos del desarrollo (Cicchetti et al., 2005) y repercuten en la capacidad del niño de regular sus emociones y su conducta. Otros autores ta an qu una a r a m a ta a omo on u n ia maltrato es la emocional (Righthand, Kerr y Drach, 2013). Los actos violentos generan dificultades para regular el afecto, el comportami nto a int ra ión o ia u on u n ia se perciben tanto en edades tempranas como en manifestaciones en etapas posteriores del desarrollo. Estas consecuencias tienden a incrementarse si no se realizan intervenciones oportunas y efectivas. Otras alteraciones que pueden producirse, como resultado de estas situaciones de maltrato son enfermedades crónicas severas y discapacidad física y/o intelectual. Además, el maltrato dificulta el proceso de formación de los vínculos tempranos, afectando la calidad del apego y su desarrollo (Baer y Martinez, 2006; Hodges et al., 2000) pudiendo hacer que el niño desarrolle un apego inseguro. Las consecuencias de sufrir o haber sufrido maltrato se dejan sentir en la mayoría de las víctimas en diferentes aspectos de su equilibrio mental y físico (Arruabarrena, 2011; Maniglio, 2009).

El Informe del Centro Reina Sofía (2011) sobre el Maltrato infantil reflejaba que las consecuencias más comunes en las víctimas de maltrato fueron los sentimientos de tristeza y depresión (57,58%), nerviosismo (27%) y comportamientos violentos (27,27%). Un pequeño porcentaje (7,84%) no parecía tener ninguna consecuencia derivada del maltrato sufrido.

En cuanto a las consecuencias del maltrato infantil en relación al género, las niñas mostraron más tendencia a mostrar trastornos de tipo internalizante (depresión 73,78%, ansiedad o aislamiento 36,84%). Los chicos mostraron más trastornos externalizantes (problemas de conducta 73,68%, en concreto los comportamientos violentos suponían el 28,57%). Sin embargo, en la etapa 0-7 los porcentajes de menores que presentaron sentimientos de tristeza y depresión fueron muy altos en ambos sexos, e incluso superiores en los varones. Distintas investigaciones han aportado información en este sentido (Noonan y Pilkington, 2020). Los niños que habían vivido situaciones de maltrato o habían visto violencia en su medio familiar mostraban más síntomas externalizantes y las niñas más internalizantes (Evans, Sarah, Davies, Corrie y DiLillo, 2008). En este Metaanálisis en el que se revisaron 60 estudios encontraron que, aunque ambos tipos de síntomas estaban presentes en ambos géneros los síntomas externalizantes eran mucho más elevados en los niños. Sin embargo, en la etapa preescolar y ante violencia en la familia no aparecía está diferencia y ambos géneros mostraban ambos tipos de síntomas. Algunos autores han sugerido que esto podría estar reflejando un riesgo mayor de los niños muy pequeños debido a su limitada comprensión de los conflictos y a sus estrategias menos desarrolladas para afrontarlos (Kitzmann et al., 2003).

En cuanto al efecto del maltrato sobre el desarrollo cognitivo y socioemocional también se observan variaciones en función del tiempo de inicio del maltrato y de la intensidad de la exposición al mismo. Distintos factores, como la cronicidad (Jaffee y Maikovich-Fong, 2011; Manly et al., 2001), la severidad (Ayoub, Kaminski, Marret, Burguet, Marchand, Sylvie, ... y Larroque, 2006) y el tipo de maltrato recibido (Crittenden, Claussen y Sugarman, 1994; Pears, Kim y Fisher, 2008) tienen una repercusión diferente y esto podría explicar las variaciones en el desempeño cognitivo y conductual que muestran los niños maltratados.

Distintos autores han planteado plantean que no todos los niños se ven afectados del mismo modo por las experiencias de maltrato vividas (Cichetti, Rogosch, Lynch y Holt, 1993). Sin duda la edad y el momento de desarrollo en el que se encuentre el niño, así como los contextos en que se produzca y las formas de maltrato que reciba tendrá un efecto diferente. Observaron que

el maltrato físico, emocional y sexual causaban mayor impacto que el maltrato por abandono y negligencia, y plantearon que esas formas más activas de maltrato podrían provocar un mayor deterioro que las faltas de atención o de cuidados y atención a las necesidades básicas. (Berger, 2004; Bentovim, 2000)

Otra a on u n ia ra ma trato in anti a a a ri ión intomato o ía o tra torno or tr o t raum ti o (EP) La r u ta o ni o a rían n un ión riesgo y la vulnerabilidad, su nivel de desarrollo y la estructura de su ntorno m r ano (Osofsky, 2003). Existen numerosas investigaciones en población general sobre la naturaleza y consecuencias del trauma en menores y adolescentes (Brelau, Wilcox, Storr, Lucia y Anthony, 2004; Copeland, Keeler, Angold y Costello, 2007; Dehon y Scheeringa, 2006). En 1999 se presentó un estudio evidenciando que niños víctimas de abuso y abandono tenían mayor riesgo de desarrollar TEPT cuando sucedían traumas (Widom, 1999). Se recogieron datos de niños abusados y abandonados y se siguieron hasta su juventud. Después de 20 años, encontraron que el maltrato infantil se asoció a mayor riesgo de TEPT tanto tras los sucesos, como a lo largo de la vida. Algunas investigaciones en relación al maltrato infantil resaltan la gran afectación que tiene en las capacidades de autorregulación (Kearney, Wechsler, Kaur, y Lemos-Miller, 2010). Herman (Herman,1992) en los estudios que realizó sobre el efecto de traumas debidos a maltrato infantil, plant ó qu i a nó t i o EP no r o ía a r in i a on u n ia i o ó i a qu afectaban a estos niños, especialmente en lo relativo en la autorregulación. El término TEPT Complejo vino a especificar esa variedad de síntomas, lo que permitió enmarcar mejor las múltiples dificultades y trastornos que están presentes en muchos de los niños que han experimentado maltrato de alta intensidad (Rosenkranz, Muller y Henderson, 2013). Por otra parte, el estudio del estrés postraumático como consecuencia de la exposición a varios tipos de maltrato, polivictimización, ha aportado una información relevante en este sentido (Turner, Finkelhor y Ormrod, 2010). El incremento de estrés en esos casos es notable, generando alteraciones en distintos ámbitos del desarrollo y también emociones y respuestas de evitación y de hiperactivación en un intento de adaptación a esas graves situaciones vitales.

Por otra parte, otros autores (Foy, Osato, Houskamp y Neumann, 1992; Kilpatrick y Williams, 1998), plantearon la importancia de tener en cuenta el efecto de variables mediadoras que facilitan la resiliencia y disminuyen la vulnerabilidad. Tener un apego seguro, r i i n ia, r u a ión mo iona , extra r ión, buen a rro o in í t i o o niti o , así como adecuadas estrategias y habilidades sociales son factores que pueden disminuir el riesgo de desarrollar o

minimizar la aparición de psicopatología asociada al estrés (Buka, Stichick, Birdthistle y Earls, 2001; De Bellis y van Dillen, 2005; Herman, 2004; van der Kolk, 2007; Vernberg y Varela, 2001).

El abuso físico, psíquico y la negligencia sufridos en la infancia son considerados en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (DSM -V) como problemas que son objeto de atención clínica frecuente (Kupfer, Regier, Arango López, Ayuso-Mateos, Vieta Pascual y Bagney Lifante, 2014). Distintas investigaciones han demostrado que los trastornos psíquicos y los problemas de conducta muchas veces son la consecuencia de haber sufrido maltratos. En ocasiones, son la única forma de los niños para reflejar y resistir a la violencia de los adultos (Barudy, 2007; Cyrulnik, 2001; Manciaux, 2003).

El maltrato infantil también tiene consecuencias a largo plazo, en términos de mayor incidencia de psicopatología en la edad adulta apareciendo: depresión, trastornos de ansiedad, trastornos graves de personalidad, abuso de sustancias, trastornos alimentarios, somatización y conductas suicidas (Banyard, Williams y Siegel, 2001; Fergusson, Boden y Horwood, 2008). Algunos estudios indican que la asociación, entre haber sufrido maltrato en la infancia y la psicopatología a lo largo de la vida, es más fuerte para las mujeres que para los hombres (Ma Mi an, F min , Str in r , Lin, Bo , ami on… B ar , 001).

También es más probable que ante el maltrato aparezcan problemas de conducta, de atención, hiperactividad, dificultades escolares, depresión y delincuencia en la infancia y la adolescencia (Teisl y Cicchetti, 2008). Distintas investigaciones muestran que la negligencia sufrida en la primera infancia tiene graves repercusiones para el desarrollo. En algunos estudios longitudinales realizados encontraron que la negligencia severa en la infancia puede desembocar en la aparición de una amplia gama de problemas tanto de regulación emocional, dificultades cognitivas y distintas alteraciones del desarrollo neurológico (Manly et al., 2001; Beckett, Maughan, Rutter, a t , o r t, r oot u Sonu a-Bark , 2006). Si la negligencia había tenido lugar antes de los dos años vieron que se incrementaba notablemente el número de conductas agresivas en la infancia media (Kotch, Lewis, Hussey, English, Thompson, Litrownik...y Dubowitz, 2008). Pero también aparecía sintomatología internalizante en menores que habían sufrido negligencia severa en el periodo preescolar (Manly et al., 2001).

Por otra parte, diferentes estudios realizados tanto en población clínica como no clínica muestran los efectos negativos y a largo plazo del abuso emocional en la infancia y su repercusión

en el bienestar psicológico de la persona (Muller, Gragtmans y Baker, 2008; Muller, Thornback y Bedi, 2012). ambi n u n arro ar rob ma n u m o o ar (int tua in í t i o) así como tendencia al aislamiento y dificultades de relación con sus compañeros (Kitzmann, Gaylord, Holt y Kenny, 2003).

En o qu r i r a a im n ion ma trato u a a i a ara r ir a o t rior on u n ia n ni o , se ha comprobado que el tipo de maltrato, basado en la severidad, r i tor m on i t nt , y que los diferentes tipos de maltrato parecen predecir diferentes consecuencias en el niño (English, Upadhyaya, Litrownik, Marshall, Runyan, Graham y Dubowitz, 2005). Por otra parte, como ya hemos reflejado, en muchos casos la población infantojuvenil maltratada se ve expuesta a distintos tipos de violencia, con consecuencias aún más severas que la exposición reiterada a un tipo específico de violencia.

Efectos neurobiológicos

La x ri n ia ma trato abu o xua u on ar ambio n urobio ó i o rman nt o mu u ra ro , a tan o ia m nt a a r u ta j n uro n o rino i ot ami o -hipofisario-adrenal. Las investigaciones realizadas han mostrado que provocan, además de cambios en determinadas áreas cerebrales, modificaciones en los niveles de cortisol. Muchos de los problemas emocionales, cognitivos y conductuales que muestran los niños que han sufrido maltrato pueden ser debidos a las anomalías cerebrales causadas por los golpes recibidos y el estrés crónico en el que han vivido o viven. Los malos tratos pueden ocasionar un daño permanente en la estructura neural y en el funcionamiento de un cerebro en desarrollo (De Bellis, Keshavan, Clark, Casey, Giedd, Boring, ... y Ryan, 1999; Perry y Pollard, (1997; Teicher, Dumont, Ito, Vaituzis, Giedd y Andersen, 2004). Una r i i ón realizada sobre más de 30 estudios (Pereda y Gallardo-Pujol, 2011) para indagar obr a on u n ia n urobio ó i a ma trato y en particular del abuso sexual infantil, reflejó alteraciones neuroendocrinas, estructurales, funcionales y neuropsicológicas en quienes lo habían padecido. En la revisión realizada se incorporaba un estudio longitudinal de tres generaciones sobre la transmisión intergeneracional del maltrato que también ha quedado reflejada en otras investigaciones (Noll, Trickett, Harris y Putnam, 2009; Van Wert, Anreiter, Fallon y Sokolowski, 2019). Distintos estudios han mostrado que el maltrato infantil es un factor de riesgo no específico para la aparición de diferentes problemas emocionales y de comportamiento. También se han encontrado mayores incidencias de

revictimización, violencia contra uno mismo y contra los otros (Perepletchikova y Kaufman, 2010).

Di r o a tor tr n o r im ro a o a n a tener una repercusión determinante y con consecuencias a largo plazo en el desarrollo (Panzer, 2006) E tr róni o qu on a a it ua ión ma trato u r o u ir n ni o a ta at n ión, i r i i an ia, a a ri ión íntoma i o ia ti o rob ma m mor ia a r n iz aj (De Bellis, 2005). Estos patrones de estrés sostenido durante periodos críticos del desarrollo del cerebro infantil pueden dañar, a menudo de forma permanente, la actividad de distintos sistemas de neurorregulación, con consecuencias neuroconductuales (Anda, 2006). La tensión continuada puede traducirse en cambios a largo plazo en los sistemas neurobiológicos de respuesta al estrés. Un niño en un ambiente de abuso podría desarrollar un sistema catecolaminérgico desorganizado, lo que podría implicar una mayor reactividad ante situaciones traumáticas que puedan acontecer a lo largo de su vida. Como hemos planteado, los cambios neuroanatómicos y neurofisiológicos descritos en la literatura incluyen modificaciones en el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (el sistema de respuesta al estrés crítico del cuerpo), así como pérdida del volumen general del hipocampo, cuerpo calloso y córtex prefrontal; alteraciones en la simetría cortical del lóbulo frontal, del giro superior temporal y del flujo sanguíneo en el vermis del cerebelo, así como reducciones en la densidad neuronal del cingulado anterior (Teicher, Samson, Anderson y Ohashi, 2016). Estas distintas modificaciones pueden implicar déficits de desarrollo neurológico en el lenguaje, la memoria, el procesamiento visual, las habilidades motoras y la atención, alterando el equilibrio emocional del niño, incrementando su respuesta a las situaciones de estrés, que puede manifestarse en conductas más impulsivas y posibles problemas sociales.

Por otra parte, y tal como plantea Fonagy (Fonagy, 2000, b) si de forma reiterada no se atiende a la intencionalidad del niño, la repercusión no sólo tendrá un efecto a nivel funcional, sino que también afectará al desarrollo neural. Algunos estudios realizados con niños rumanos institucionalizados y sometidos a un maltrato severo en sus primeros años (Perry, 1997) encontraron que estos niños presentaban una pérdida significativa de función cortical en las áreas fronto-temporales, implicadas en la capacidad de inferir estados mentales. También la exposición reiterada a niveles elevados de cortisol que caracterizan a una crianza insensible produce disfunciones en el desarrollo neural que pueden dar lugar a un déficit de mentalización (Fonagy, 2000, b)

Efectos Psicológicos

Efectos en el desarrollo socioemocional

Distintos estudios que han investigado el desarrollo socioemocional en niños maltratados han encontrado una mayor presencia de problemas de conducta (Crittenen, Claussen y Sugarman, 1994; Salzinger, Feldman, Hammer y Rosario, 1993) y un peor funcionamiento social y emocional (Kelly, Viding, Puetz, Palmer, Mechelli, Pingault, ... y McCrory, 2015) comparándolos con niños no maltratados. Otros estudios también informan de dificultades en la cognición social. Algunas habilidades relacionadas con el reconocimiento de las emociones faciales presentaban alteraciones (Cicchetti y Curtis, 2005; Pollak y Kistler, 2002; Pollak y Tolley-Schell, 2003). o o ar in i ar qu una a r a m a ta a omo on u n ia ma trato a mo iona (Righthand et al., 2013).

Como ya se ha planteado, los procesos de autorregulación adquiridos en la niñez se producen en el contexto de las relaciones tempranas y tienen un efecto relevante a lo largo de la vida (Cicchetti y Valentino, 2006). Cuando se ha sufrido maltrato en los primeros años se generan condiciones que pueden derivar, y en muchos casos así sucede, en una menor autorregulación y una mayor impulsividad (Narvaez, Panksepp, Schore y Gleason , 2012). La exposición temprana y reiterada a estresores produce falta de control y es una de las dimensiones de la impulsividad más estrechamente vinculadas a haber sufrido maltrato en la infancia (Beers y De Bellis, 2002; Oshri, Topple y Carlson, 2017). Esta impulsividad puede derivar en conductas de riesgo. Los resultados de algunas investigaciones muestran la interrelación entre el maltrato infantil y las conductas de riesgo a través de los estilos de apego y la regulación de las emociones (Oshri, Sutton, Clay-Warner y Miller, 2015; Wardell, Strang y Hendershot, 2016).

Según el modelo de estrés acumulativo, los niños que han sido víctimas de maltrato, tienden a mostrar comportamientos impulsivos en condiciones de exposiciones a situaciones adversas (Sameroff y Rosenblum, 2006). Los hallazgos de que los niños emocionalmente maltratados suelen mostrar en mayor medida impulsividad ante las emociones del entorno corroboran las investigaciones que vinculan el abuso emocional en la infancia con emocionalidad negativa y déficits en la regulación emocional (Kim y Cicchetti, 2010; Maughan y Cicchetti, 2002). Todo esto genera un círculo pernicioso para el desarrollo del niño.

Otro aspecto que se ha estudiado es la disfunción en el hogar y en las comunidades violentas (Roos et al., 2016). La exposición en la infancia a la violencia crónica y grave en el entorno o comunidad puede reducir los índices de sensibilidad de los individuos, aumentar la sensación de control e incrementar la búsqueda de sensaciones fuertes en la juventud (Lieberman, Chu, Van Horn y Harris, 2011).

Efectos cognitivos del maltrato

Distintas investigaciones han mostrado que el maltrato, especialmente cuando es crónico, tiene repercusiones importantes en este ámbito del desarrollo. Está asociado con pobres resultados cognitivos, comprobándose también el tremendo efecto del estrés en el desarrollo del cerebro (Lupien, McEwen, Gunnar y Heim, 2009), así como los derivados de la malnutrición (Sonuga-Barke, Sergeant, JNigg y Willcutt, 2008) y la falta de estimulación relacional y lingüística (Cicchetti et al., 2006).

Las funciones ejecutivas (FE) sufren importantes efectos a raíz de haber experimentado maltrato en los primeros años de la vida. Estas FE, “ rrami nta ” qu iri n nu tr a on u ta nuestra actividad cognitiva y emocional para la consecución de objetivos o metas, se ven condicionadas en gran medida por estas vivencias. La memoria de trabajo, planificación, razonamiento, inhibición, flexibilidad, toma de decisiones y la memoria como capacidad y función, entre otras, se encuentran afectadas por el maltrato sufrido en la edad infantil. Distintas investigaciones han encontrado que los niños que lo habían sufrido tenían peores resultados en el desarrollo y resolución de tareas de tipo intelectual (Viezel, Freer, Lowell y Castillo, 2015) y que, aunque se controlara la edad, el sexo y el nivel socioeconómico, estos resultados persistían (Pérez y Widom, 1994).

La investigación realizada en una amplia muestra de niños de edad preescolar por Fay-Stammbach, Hawes y Meredith (Fay-Stammbach, Hawes y Meredith, 2017) mostró los efectos del maltrato en las FE. La inhibición, la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva se veían afectadas en los niños que habían sufrido abuso.

Otras investigaciones (Cowell, Cicchetti, Rogosch y Toth, 2015; Hanson, Adluru, Chung, Alexander, Davidson y Pollak, 2013) también comprobaron el efecto negativo del maltrato en diferentes habilidades cognitivas de niños que habían sufrido estas situaciones, evidenciando el riesgo que suponen esta exposición para el desarrollo cognitivo infantil.

Fonagy (1999) encontró al estudiar a niños de cinco a ocho años que habían sufrido maltrato, déficits específicos en tareas que requerían mentalización, especialmente en aquellos que habían sido derivados por haber sido víctimas de abusos sexuales y físicos. Este autor ha planteado que los datos obtenidos en las distintas investigaciones sugerían que el maltrato infantil puede hacer que los niños se retiren del mundo mental. Por otra parte, el aislamiento psicológico que genera el maltrato aumenta el malestar, activando al sistema de apego. Ante esto la necesidad de proximidad física por parte del niño se hace más necesaria. Si el abusador es una figura de apego del niño, la situación se vuelve paradójica y difícil de sostener para el menor. Fonagy (2000, b) plantea que es probable que la habilidad del niño para limitar la conducta del abusador se vea reducida aún más si cuenta con una menor capacidad de mentalización. La contradicción entre la búsqueda de proximidad y rechazo facilita la desorganización del apego, que se observa claramente en niños maltratados. Además, los padres abusadores suelen exigir creencias o sentimientos opuestos a las conductas maltratadoras que tienen con sus hijos, lo que hace más difícil que el niño pueda poner a prueba o modificar las representaciones de sus estados mentales, que se vuelven rígidas e inapropiadas. Otro aspecto importante que plantea es que estas conductas abusivas no se manifiestan en el mundo público, donde la función reflexiva es común, lo que podría aportar al niño otra forma de verse a sí mismo y a la situación. Por otra parte, el maltrato hace que los niños y sus figuras parentales encuentran difícil el adoptar una actitud de juego (Alessandri, 1992) por lo que el andamiaje social para el desarrollo de la mentalización se resiente (Fonagy, 1999).

Efectos conductuales

Los efectos del maltrato en la conducta se relacionan especialmente con la aparición de trastornos en el comportamiento y problemas de adaptación social (Cicchetti et al., 2005; Wilson, Hansen y Li, 2011). Los resultados de un metaanálisis realizado con más de cien estudios evidenciaron que el maltrato estaba asociado con problemas conductuales (Kitzmann, Gaylord, Holt y Kenny, 2003). Como ya hemos reflejado, distintos modelos han planteado diferentes orígenes para intentar explicar esta asociación. Por una parte, se considera que haber estado expuesto a modelos de conducta violentos y distorsiones en el procesamiento de la información social pueden tener una gran influencia. Por otra parte, hay que tener en cuenta el efecto de traumatismos craneoencefálicos y de la exposición continuada al estrés que afecta áreas esenciales para la regulación de la conducta agresiva como son la amígdala, el hipocampo, el vermis cerebeloso y la corteza prefrontal. Lo que se evidencia es que la dificultad para la regulación

emocional es un aspecto bastante común en quienes han sufrido maltrato (De Bellis, 2001). Algunos autores han planteado que las predicciones de las intenciones de los otros, en gran medida condicionados por el MOI interiorizado como consecuencia de las experiencias de abuso, podrían estar a la base de la reactividad conductual que en muchos casos muestran los niños que han sido maltratados (Cicchetty y Toth, 1995). Se ha de tener en cuenta que la impulsividad y falta de control inhibitorio que muchos de estos niños presentan hace compleja su vida y sus relaciones y requieren de ayudas específicas que contribuyan a que logren una mayor regulación y bienestar.

Distintas investigaciones parecen indicar que los efectos del abuso en la conducta de los menores dependen del tipo de maltrato sufrido. Factores como el tiempo, duración y cronicidad también influyen y repercuten de forma diferente en sus manifestaciones conductuales.

Los niños víctimas de maltrato físico y los que han sido testigos de violencia entre sus padres suelen tener más problemas en las relaciones con pares y con adultos, mostrando agresividad tanto física como verbal (Jaffee, Caspi, Moffitt y Taylor, 2004; Kaufman y Cicchetti, 1989).

Los niños que han vivido VG suelen mostrar más problemas de ansiedad y depresión. También pueden aparecer conductas internalizantes y externalizantes (Manly et al., 2001; Jonson-Reid et al., 2010). Uno de los primeros estudios longitudinales realizados en niños que tuvieron que pasar a vivir, junto con sus madres, a centros de acogida para víctimas de VG (Ware, Jouriles, Spiller, McDonald, Swank y Norwood, 2001) informó que aproximadamente un tercio de los más de 400 niños de cuatro a diez años estudiados presentaban niveles clínicos de problemas de conducta. Tras su salida de los centros se constató que estos niños eran un grupo con alto riesgo especialmente de problemas de externalización, que persistían tras la salida de estos espacios de residencia temporal.

Algunos autores han encontrado una asociación entre haber sufrido negligencia temprana y mostrar problemas de internalización y externalización (Crittenden, 1999; English et al., 2005; Manly et al., 2001). Un dato a tener en cuenta es que cuando el maltrato ocurre en la primera infancia aparecen con más frecuencia problemas conductuales (Manly et al., 2001). Un estudio longitudinal que siguió la evolución de más de mil niños que habían sufrido negligencia en sus dos primeros años de vida (Kotch et al., 2008) mostró diferencias significativas si ésta se producía cuando tenían esa edad o tenía lugar cuando tenían cuatro, seis u ocho años.

Los distintos ámbitos del desarrollo se ven afectados por las vivencias de maltrato, especialmente si se producen en los primeros años de vida. Las consecuencias son de tal calibre que requieren ser divulgadas y tenidas en cuenta por los distintos estamentos y por el conjunto de la sociedad, articulando medidas que garanticen los derechos de la infancia.

2.9. Repercusiones del Maltrato en el Apego de los Niños

Como ya se ha ido planteando en esta revisión teórica, una de las consecuencias más graves del maltrato son los trastornos del apego. Según plantea Barudy (2007) aparecerá, en estas circunstancias, la desconfianza ante los adultos como una forma de protección y en muchas ocasiones los niños necesitarán comprobar que el otro no les hará daño ni dejará de atender la satisfacción de sus necesidades básicas, antes de volver a confiar. Se ha constatado que el maltrato tiene una clara influencia en el apego (Baer et al., 2006). Al someter al niño a vivencias traumáticas, lesivas y/o incoherentes, se le confunde y desestabiliza, fomentando que aparezca la desorganización en el apego (Carlson, 1998; Cicchetti y Barnett, 1991; Cyr et al., 2000; van IJzendoorn, Schuengel y Bakermans-Kranenburg, 1999).

La literatura informa que los niños que han sufrido maltrato presentan una mayor utilización de estrategias de hiperactivación y desorganización del apego que los niños que no han sido maltratados (Barnett, Ganiban y Cicchetti, 1999; Cicchetti et al., 1991; van IJzendoorn et al., 1999).

Por otra parte, la conducta de los padres aterradora o asustada (*frightening/frightened*), ya descrita por Main y Hesse (1990) in u n arro o a or aniza ión a o E im orta nt t n r n u nta qu o ni o qu mu tra n t ti o a o ti n n m r obabi i a arro ar i o a to o ía tanto en la infancia como en la etapa adulta (Baer et al., 2006; Liotti, 2004; Lyons-Ruth et al., 1999). Bowlby (Bowlby, 1983) planteó que lo ni o ante estas situaciones de maltrato podían estar desconectando a nivel cognitivo, dado el malestar que sienten ante la conducta parental y lo que están viviendo. Esta sería una defensa para poder afrontar la situación, pero también tiene el riesgo de atribuir entonces la emoción negativa que sienten hacia otros o hacia ellos mismos, lo que dificultaría su adaptación posterior.

Barudy (2007) plantea estudiar de forma general estas consecuencias del abuso i r n ian o o ti o to , o “ ar t r traum ti o” o ti o “m ani m o a a tati o ” Mi ntra qu o r im ro ri an ma trato u ri o, r ntan forma

más inmediata, los segundos son estrategias de adaptación que el niño se ve abocado a desarrollar para su supervivencia psicológica y para evitar o aminorar consecuencias más graves. Estas estrategias funcionan con una dinámica parecida a la del síntoma proporcionando cierto equilibrio, aunque conllevando un sufrimiento considerable. En definitiva, hay una repercusión clara en el vínculo de apego en niños que han sufrido maltrato, que se manifiesta en una mayor inseguridad y desorganización.

Las narraciones se utilizan para indagar cuál es el MOI que el niño tiene en relación al apego. Como se ha reflejado en el epígrafe de Instrumentos de valoración del apego una forma de conocer esas representaciones es presentar al niño historias que activen su modelo interno e invitarle a continuarlas. Es importante tener en cuenta que lo que el niño muestra no es su realidad, aunque tienen que ver con ella, sino lo que él ha interiorizado de esa realidad. Hodges et al. (2000) plantearon que la utilización de las narraciones es muy idónea para explorar lo que los niños maltratados han elaborado de sus experiencias de relación entre padres e hijos, así como los procesos defensivos que han construido. Este tema es relevante ya que, al haber desarrollado defensas que en su momento tuvieron sentido en la realidad que les tocó vivir, al consolidarse, limitan y reducen su capacidad de experimentar situaciones nuevas y diferentes. Como ya se ha descrito, los MOI condicionan la percepción y consecuentemente la forma de reaccionar de las personas. Al mediatizar el abordaje de nuevas situaciones dificultan cambios y formas de ver y relacionarse. Cuando se han vivido situaciones de maltrato y se han interiorizado modelos inseguros o desorganizados, éstos condicionarán el abordaje de situaciones que, aunque ofrezcan modelos alternativos y más saludables, tardarán en ser reconocidos como tales. Poder acceder a la representación interna que el niño que ha sufrido situaciones de maltrato tiene en relación al apego puede ser de una gran ayuda para facilitar su apertura, inscribir sus reacciones en su historia, dar sentido a sus vivencias y ayudarle a ensayar otras formas más confiables y seguras de transitar la existencia.

Por otra parte, al presentar estas narraciones de apego en un formato de juego pueden dejar aflorar recuerdos que no podrían ser evocados de forma exclusivamente verbal. Los recuerdos tempranos se sustentan fundamentalmente en formas sensoriomotoras. Los niños maltratados muchas veces no podrán o querrán evocar momentos específicos, pero podrán expresar en su conducta o en sus narraciones cuáles han sido sus vivencias y las expectativas que tienen en relación a sus padres. Las evaluaciones de las narraciones tienen en cuenta tanto aspectos no verbales como verbales, lo que permite obtener más información para valorar el tipo de apego del

niño. La memoria procedimental, más automática, precisa de estas formas de valoración complementarias. Las narraciones de apego las contemplan y recogen sus disonancias y congruencias. Tan importante es lo que el niño dice, como el cómo lo dice. Cuando los relatos de sus vivencias pueden despertar heridas, encontrar en la distancia simbólica del juego un espacio para poder mostrar sin exponerse es una posibilidad para comunicar sentimientos y mecanismos no siempre al alcance del recuerdo. Si éstos son recuperables, pero conflictivos, en las narraciones los niños pueden mostrar inquietud y agitación.

Una aportación interesante de Hodges y Steele (2000) es que si en la valoración de apego un niño que, a pesar de haber sido maltratado, tiene una representación mental de lo que puede esperarse de un padre suficientemente bueno, esto puede ser de ayuda para la reorganización de su MOI. Estas autoras plantean que el niño podrá ser más capaz de reconocer y utilizar una crianza suficientemente buena en sus nuevas experiencias, si se promueven las condiciones y el niño la experimenta.

En a narra ion a o o ni o qu r ntan or aniza ión, utilizando la *Attachment Story Completion Task* (A.S.C.T.) a ob r a o ómo r omina a in o r n ia on u ión n a on tru ión qu r a izan a i t oria , mo tran o a r ion , tru ión falta de resolución positiva (Miljkovitch et al., 2004).

uan o a r u ta ui a or ant a n i a a o ni o on xtr ma a m nt in o r nt /o ma trata or a ni o no puede desarrollar una estrategia organizada de apego. En esas situaciones se a ti n im u t n am nt o i t ma ontradictorios, el de apego y el de miedo, generando una confusión que se reflejará en su emoción y su conducta (Fresno, Spencer y Retamal, 2012; Lyons-Ruth et al., 1999).

Lo ni o í tim a ma trato a rro an n mu o a o una r r nta ión í mismos negativa (Howe, 2005) pero, por otra parte, también pueden presentar una ima n í mismos grandiosa (Toth, Cicchetti, Macfie, Maughan y Van Meenen, 2000). S n to autor ésta r on ría a a on i ura ión una ima n om n a toria, de alguien que pretende a r r nt a a o r ibi o o r una i ura m u rt at mor izant . Aunqu tr ta ima n om n a toria, tambi n ja r una ima n n ati a í m i m o (Fresno et al., 2012).

Los niños que han sufrido maltrato en sus narraciones muestran distintos mecanismos. En ocasiones evitan entrar en la historia y minimizan las posibles consecuencias de los sucesos o

realizan cambios en el desarrollo de la acción de los personajes o muestran representaciones confrontadas. En otros momentos, si la emoción se desborda y no les es posible mantener la distancia con la historia la actúan más como propia. En ocasiones, no parecen poder mostrar una estrategia, sea cual sea, sino que aparecen una serie de acciones inconexas, no pudiendo encontrar una resolución a la historia. Se sabe que, fr nt a una i ura a o ma trata or a, o ni o responden a menudo con comportamientos contradictorios (Main y Hesse, 1990) que también se reflejan en el desarrollo de las historias que se les presentan. Suelen mostrar un ta o i r a ti a ión mo iona r u a ión a on u ta (Howe, 2005). Bowlby (1998) ya había descrito a niños que parecían tener múltiples modelos en lugar de una única representación coherente. Parece que alguno ni o que han sufrido maltrato r o n n r an o m ti i t ma r r nta iona í mi mo fragmentados e incoherentes, o qu x i aría a conductas interrumpidas y sin objetivo que muchas veces muestran estos niños (Liotti, 1999). En sus narraciones de apego también se puede observar esta desestructuración en el desarrollo de las historias que presentan. En muchas de ellas aparece incoherencia, caos, situaciones de violencia, y dificultad para llegar a resoluciones positivas (Miljkovitch et al., 2004).

Hodges et al. (2000) estudiaron a través de las narraciones a varios grupos de niños en edad preescolar. Unos habían vivido situaciones de maltrato y otros no. Algunas de las respuestas de los niños maltratados que aún vivían con sus familias mostraron: falta de apoyo parental ante las situaciones de dolor o peligro, cambios impredecibles de los muñecos padres, unas veces receptivos y otras rechazantes. También aparecían muestras de agresividad, fantasías catastróficas y, en general escasas escenas familiares cómodas, tranquilas o cariñosas. Cuando los niños estaban viviendo con continuidad en centros o con familias acogedoras observaron que las representaciones previas seguían teniendo un efecto. Las experiencias nuevas y continuadas hacían posible la incorporación y transformación de las representaciones, pero pervivían estrategias de apego anteriores. Plantearon que en esta etapa del desarrollo parece haber una competencia entre los modelos antiguos y los alternativos, fruto de las nuevas vivencias. Además de la experiencia de vivir en un entorno seguro y que proporcione los cuidados adecuados, en muchos casos también será necesario apoyo terapéutico para elaborar y desarrollar representaciones internas más positivas. Estas autoras realizaron un año más tarde una valoración del apego de niños que se habían incorporado a vivir con una nueva familia. Observaron que los temas negativos continuaban apareciendo, pero los positivos lo hacían en mayor medida, también que se mostraban más implicados, con menos distracciones, y una mayor colaboración. Por ello,

consideraron que podría deberse al hecho de sentir una menor ansiedad ante la presentación de las historias de apego. Las representaciones de petición de ayuda por parte de los muñecos niños también se incrementaron, así como la prestación de la misma por parte de los muñecos adultos y decrecieron las situaciones de violencia en estas nuevas representaciones.

El estilo de apego desorganizado se ha evidenciado en muchos de o ni o qu a n u r i o maltrato (Carlson, Cicchetti, Barnett y Braunwald, 1989; Lyons-Ruth et al., 1999). Un metanaálisis con distintas investigaciones, en las que se habían utilizado narraciones para valorar el apego, fueron recogidas por G. Gloger-Tippelt y G. Kappler (Gloger-Tippelt, G. y Kappler, G. , 2016). Estudiaron 22 muestras, 8 de ellas de riesgo, que incluían a 887 niños de entre 4 y 8 años, y comprobaron que los niños con factores de riesgo presentaban narraciones de apego más inseguras y desorganizadas en comparación con los niños sin riesgo.

Distintas investigaciones han demostrado que las narrativas de apego ayudan a explorar el vínculo que el niño ha interiorizado (Miljkovitch, Pierrehumbert y Halfon, 2007). Esto es importante cuando los niños han estado expuestos a situaciones de riesgo y especialmente cuando han sufrido maltrato (Pierrehumbert e Ibáñez, 2008; von Klitzing, Kelsay, Emde, Robinson y Schmitz, 2000). Rastrear la huella que estas complejas vivencias han dejado en sus representaciones puede ser una herramienta útil que nos permita conocer e intervenir desde su necesidad. Gracias al juego, que abre tantas puertas, podemos acercarnos a los modelos que están en la base de su sentir, que articulan su conducta y dan el marco en el que van integrando sus nuevas experiencias.

2.10. Informes, estudios e investigaciones en relación al maltrato en la familia

Destacamos algunos aspectos que han sido objeto de distintas investigaciones y que son relevantes en el estudio llevado a cabo en la presente tesis.

2.10.1. La transmisión intergeneracional

Un factor importante que ha sido objeto de múltiples investigaciones ha sido estudiar la influencia que tiene que los padres hayan sido en la infancia víctimas de maltrato. Existe un riesgo de repetición de la violencia a través de generaciones. La teoría del aprendizaje social reafirmó que los padres son modelos muy influyentes para sus hijos y es probable que éstos reproduzcan los comportamientos que observan en su medio familiar. Algunos estudios indican que un alto

porcentaje de padres y madres que maltrataban a sus hijos sufrieron también maltrato en su niñez y no fueron protegidos ni apoyados para superar esta experiencia. Cuando se ha sufrido maltrato el riesgo de ejercerlo se incrementa (Kalebic y Ajdukovic, 2011). Para algunos autores éste es un factor de riesgo clave (Belsky, 1993) sin embargo, otros estudios no han encontrado esta relación.

A lo largo del tiempo se han planteado distintas hipótesis en relación a la continuidad familiar del maltrato. En la década de los 70, a pesar de la disparidad de los datos encontrados, el planteamiento de que las personas víctimas de malos tratos tenían una alta probabilidad de repetir el abuso con sus hijos comenzó a darse como cierto (Baldwin y Oliver, 1975; Fontana, 1973; Van Stolk, 1972). Con posterioridad, esta visión tan determinista ha sido matizada y cuestionada, así como el resultado de las investigaciones que lo sustentaban, por problemas metodológicos derivados en gran parte de su carácter retrospectivo (Ertem, 2000; Knutson, 1995; Widom, 1989).

Algunos de los estudios llevados a cabo en la década de los 90 (Haapasalo y Aaltonen, 1999; Zingraff, Leiter, Myers y Jonsen, 1993) indicaron que haber sufrido maltrato en la infancia era un factor de riesgo para realizar comportamientos abusivos como adulto, sin embargo, otras investigaciones no lo corroboraron (A t m i r, O' onnor, S rro u k r, 1986, Widom, 1989). También se ha planteado que la experiencia de maltrato, al asociarse con otros factores de riesgo (como carecer de apoyo familiar y social, estilo de apego inseguro, etc.) es lo que podría propiciar el maltrato a los hijos (Berlin, Appleyard y Dodge, 2011). Distintas investigaciones (Caliso y Milner, 1992; Martin y Elmer, 1992) mostraron que el abuso experimentado en una edad temprana y el funcionamiento adulto maltratador no tenían una relación simple y directa, sino que era la unión de distintas variables las que desencadenaban el maltrato hacia los hijos. Otras investigaciones evidenciaron que padres de conducta calificada como normal también podían mostrar reacciones abusivas, especialmente si cuentan con ideas equivocadas acerca de las normas y cómo instaurarlas, o de cómo regular la conducta infantil, lo que podría llevarlos a desarrollar actitudes violentas (Baumrid, 1966; Lytton, 2013; Oliva, Moreno, Palacios y Saldaña, 1995).

El maltrato infantil es multifactorial y multidimensional y en lo que respecta a su transmisión intergeneracional requiere ser abordado en toda su complejidad dadas las repercusiones que conlleva. Barudy (2007) plantea que es responsabilidad de la sociedad en su conjunto r ar a on i ion a ra qu to o o ni o t n an a o a o ui a o , a r ot ión a u a ión qu n itan a ra crecer y desarrollarse de una forma sana, constructiva y feliz y para que lleguen a ser ciudadanos adultos y establecer relaciones basadas en el buen trato. Si el

maltrato ha estado presente en su vida el daño repercutirá gravemente en su desarrollo y si lo ni o no r ib n a r ot ión o ortuna a ua a , ni tratami nto qu a u n a r a rar to a o , existe una gran probabilidad de que el sufrimiento se exprese de formas inadecuadas y dañinas para el individuo y la sociedad. Se requiere seguir investigando en este campo para realizar aportaciones que faciliten intervenciones eficaces que contribuyan a romper el ciclo de maltrato.

2.10.2. Los niños testigos de violencia

Si en el medio familiar se instaura la violencia como una forma de relación, el sufrimiento afecta y deteriora la vida de todos sus miembros, pero las repercusiones más graves se centran en los niños. Expuestos a esta violencia mutua o de género, viven en un entorno estresante y carente de la estabilidad básica necesaria para garantizar su desarrollo y tienen altas posibilidades de, además, sufrir maltrato directo.

En los últimos años, se ha prestado gran atención a la manera en que la violencia en la familia afecta a los niños. Se ha estimado que entre el 16% y el 25% de los niños estadounidenses están expuestos a la violencia doméstica durante la infancia (Finkelhor, Turner, Shattuck, y Hamby, 2015). Distintas investigaciones han encontrado que estos niños muestran altas tasas de problemas de salud, emocionales y conductuales (Evans, Davies y DiLillo, 2008; Holt, Buckley y Whelan, 2008) y tienen un riesgo muy elevado de sufrir maltrato directo (Edleson, 1999; Osofsky, 2003; English, Graham, Newton, Lewis, Thompson, Kotch y Weisbart, 2009). Por otro lado, a í tim a io ncia familiar, a menudo, mu tr an m i r a ti a ión r ob ma ri a o la falta de atención por lo que suelen mostrar retrasos escolares.

Como ya plantearon Davies y Cummings (1994) a uri a mo iona ni o t directamente influida por la calidad de las relaciones entre sus progenitores. Cuando aparece la violencia se compromete el bienestar emocional de todo el medio familiar. La violencia interparental crea un entorno disfuncional y disarmónico. Sin duda los conflictos entre los padres son sucesos muy estresantes para los hijos y, a menudo, intentan utilizar diferentes estrategias para mediar en los mismos. Por otra parte, estas situaciones de violencia e inestabilidad pueden hacer que disminuya la capacidad parental de los progenitores lo que hará que estén menos disponibles para los hijos, disminuyendo su sensibilidad e implicación ante las necesidades de los pequeños. Por otra parte, cuando los padres están emocionalmente alterados pueden mostrarse menos

cercanos y, en ocasiones, aplicar actos disciplinarios con más facilidad, incluidos los actos de violencia física contra los niños (Jaffe, Wolfe y Wilson, 1990). Cuando el conflicto desencadena experiencias de tensión, violencia y desencuentro existe el riesgo de que el niño desarrolle representaciones inseguras y problemas internalizantes y externalizantes y un apego inseguro-desorganizado (Barnett et al., 1999; Carlson, 1998; Cicchetti y Barnett, 1991; van IJzendoorn, Schuengel y Bakermans-Kranenburg, 1999).

Como resultado de las investigaciones se sabe que a mayor sentimiento de inseguridad mayor riesgo or aju t i o ó i o . También esta inseguridad incrementará su orientación a aplicar sus guiones negativos tanto cognitivos como afectivos (Davies y Cummings, 2006). Crecer en un sistema que justifica y legitima la violencia como una forma de relación hace que los menores puedan interiorizar un modelo que compromete su desarrollo y las futuras relaciones que puedan establecer.

Si la violencia se ejerce contra las madres, éstas pueden tener mayores dificultades para sostener y apoyar a sus hijos en los cuidados y atenciones básicas que requieran. En los casos en los que el maltratador es el padre, el menor puede aprender a normalizar la violencia como estrategia para resolver sus problemas, lo que repercutirá en sus relaciones y posibilitará la continuidad intergeneracional de la violencia. Al uno tu i o a n ant a o qu uan o a ma r a qu ma trata u a t rar a in u a ión uri a mo iona ni o a a r i n o r ob ma ti o m int rna izant , omo an i a , r ión u a (Kerig y Fedorowicz, 1999).

En el estudio realizado por Fusco (2015) se evidenció que la exposición de los niños a VG estaba directamente relacionada con los problemas socioemocionales. Esto estaba mediado por tres factores familiares y sociales: el vínculo de apego entre la madre y el hijo, el funcionamiento de la familia y el apoyo emocional con el que contaran las madres. Los resultados muestran la heterogeneidad entre las familias en las que tiene lugar la VG, pero resaltan la necesidad de realizar intervenciones centradas en el modelo ecológico que tiene en cuenta los distintos entornos y factores.

En a Ma ro n u ta "*violencia contra la mujer* "(2015) realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la proporción de mujeres que dijo haber sido víctima de violencia por parte de sus parejas en los últimos 12 meses era de 1,8%. Un dato impactante es que un 4 ,1% a muj r r i nt n E a a 16 m a o a bía sufrido violencia física,

sexual o miedo por parte de alguna pareja o x ar ja n a n mom nto u i a . Del total de mujeres que lo sufrían o habían sufrido qu t ní an ij o n mom nto n qu ro uj ron los episodios de violencia, el 73,5% afirmó que los niños presenciaron o escucharon alguna de las situaciones de violencia. El 64,2% de sus hijos menores sufrieron a su vez violencia de los agresores de sus madres (Delegación de Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de la Presidencia, 2018). En la Macroencuesta de violencia contra la mujer de 2019 la cifra se ha incrementado: el 57,3% de las mujeres de 16 años o más que residen en España han sufrido violencia de género en alguna de sus formas.

Se ha planteado que los niños que han vivido en entornos donde tenía lugar la VG suelen mostrar más problemas de interiorización, ansiedad y depresión, aunque también aparecían en algunos casos conductas externalizantes (Manly et al., 2001; Jonson-Reid et al., 2010). Sin embargo, los resultados de una investigación realizada con una muestra de 228 hijos de mujeres maltratadas, que vivían en casas de acogida, encontraron que el 21% mostraban problemas externalizantes y señalaron que éstos eran más comunes que los internalizantes, que también estaban presentes (Grych et al., 2000). En otra investigación (Kernick et al., 2003) encontraron porcentajes aún mayores (40%) en una muestra de 143 niños de edades comprendidas entre los 2 y los 17 años. Un estudio realizado con una muestra de 219 menores de 6 a 12 años expuestos a VG (Graham-Bermann, Gruber, Howell y Girz, 2009) también lo reflejó. El 80% presentaba problemas, sobre todo a nivel conductual, pero además un 24% de los menores tenían altas puntuaciones tanto en problemas internalizantes como externalizantes. Todo esto refleja la complejidad y gravedad de las consecuencias psicológicas de la exposición a este tipo de violencia.

Distintas investigaciones informan que los niños y niñas testigos de VG presentan una serie de problemas conductuales y emocionales graves (Alcántara, López-Soler, Castro y López, 2013; Groff, O'Bri n y Watson, 2003). La prevalencia clínica de los síndromes es significativamente superior con respecto a lo esperable en menores de su edad, llegando a ser hasta 10 veces superior. En un estudio realizado con menores víctimas de VG encontraron que las niñas (45%) mostraban más problemas de comportamiento en el rango clínico que los niños (34,8%) (Lemmy, McFarlane, Willson, y Malecha 2001). Por otra parte, algunos estudios indican que las alteraciones emocionales de las niñas evolucionan hacia comportamientos agresivos, a medida que se hacen mayores (Bourassa, 2007).

En uanto a a r a ión ntr VG y negligencia o abuso hacía los niños distintos estudios han aportado datos significativos que han sensibilizado a la sociedad sobre su pernicioso efecto. Algunos autores (Layzer, Goodson y Delange, 1986) encontraron que el 70% de los menores testigos de VG qu r i ían n ntro a o i a a bían u r i o tambi n abuso o negligencia. Osofsky (1995) informó qu n o o a r EEUU on a io n ia om ti a, o ni o u r ían abu o o n i n ia l m qu a m ia na iona . El impacto que tiene haber presenciado situaciones de violencia en el hogar se sabe que tiene una enorme repercusión en el menor y causa un daño emocional similar a haber sido sujeto víctima de la misma. Apoyando esta idea, un estudio metanaálítico basado en 118 investigaciones sobre las consecuencias psicológicas de los menores expuestos a VG mostró que dichas consecuencias fueron similares a las presentadas en niños que habían sufrido maltrato físico (Kitzmann et al., 2003). En España se ha legislado en este sentido (Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia) apoyando al menor que vive estas situaciones y reconociendo su condición legal de víctima. Por otra parte, en el segundo Plan estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (2013-2016) se incluyó por primera vez a los menores expuestos a violencia de género y sujetos de riesgo. Se planteó también que era necesario apoyar y dotar de medidas específicas para fomentar su bienestar emocional.

2.10.3. Condiciones de pobreza que pueden derivar en desatención y maltrato

La pobreza, tanto a nivel individual como en el entorno, tiene influencia sobre el maltrato (Maguire-Jack y Font, 2017,a). Como ya se planteó en relación al apego, vivir en condiciones de gran precariedad supone un riesgo para que se pueda producir el abuso o la negligencia.

Desde una perspectiva ecológica, la interacción entre los distintos sistemas y sus condiciones ejercen una gran influencia en la relación entre padres e hijos de múltiples maneras. Si existen riesgos dentro y entre estos sistemas, el abuso y la negligencia pueden ocurrir con mayor facilidad. Afrontar la crianza con una falta de recursos básicos debilita los factores protectores.

Por otra parte, parecen existir efectos interactivos entre la pobreza individual y vecinal en el riesgo del maltrato (Maguire-Jack y Font, 2017,b). Estos investigadores analizaron los datos de 946 padres que estaban en un programa especial de nutrición suplementaria para mujeres y niños,

y encontraron que vivir en barrios de altos niveles de pobreza está asociado con un nivel más alto de maltrato, independientemente de la situación individual de la pobreza.

2.10.4. Actuaciones para disminuir la pobreza y apoyar la parentalidad positiva en España

En E a a , a obr za in anti a obr za a ami ia on ij o La ta a x u ión o ia o o ar mu ti i a or 1, uan o n a ami ia on i a n m nor or 2,5 ante una familia numerosa. Lo a to in i an qu E a a a í a Unión europea (UE) on m pobreza infantil. La pobreza infantil relativa es 1,5 veces mayor que en la UE (30% frente al 21%) y la pobreza severa duplica la tasa de la UE (16% frente al 8%). Los niños menor 16 a o n E a a u on n n torno a ,7 mi on n ri o obr za o x u ión o ia . E o qu a ta a r i a ión mat ria ra (PMS) ntr a ob a ión in anti an m a ta qu entre la adulta responde a la mayor vulnerabi i a o o ar on ni o y adolescentes, cualquiera que a in i a or on qu mi a En a o a PMS, o o ar on m nor o orta n una ta a qu un 44 % m a ta qu a o o ar in m nor (, unto or ntua m). Esta debilidad es especialmente importante entre las familias monoparentales (compuestos por una persona adulta, que en el 81 % de los casos es mujer, on uno o m m nor a su cargo) en las que la PMS alcanza al 14 %, cifra que es el doble de la media y la m a ta todos los tipos de hogar estudiados (11º Informe "El Estado de la Pobreza 2008-2020", EAPN-ES R Eur o a Lu a ontra a Pobr za a Ex u ión So ia n E ta o E a o , 2020)

También en el reciente informe de Save The Children, "*Familias en Riesgo*" (2020) se señala que entre los perfiles de las familias con niños en riesgo de exclusión en España se encuentran las familias de las madres solteras en situación de pobreza o las familias con condiciones precarias en grandes ciudades, por lo que se propone que las medidas políticas y económicas destinadas a paliar la pobreza infantil tengan como prioridad a estos colectivos. Otras organizaciones llevan años poniendo el foco en la pobreza en la infancia, el colectivo más vulnerable. En la "Encuesta de Condiciones de Vida" (2018) publicada por el Instituto Nacional de Estadística en junio de 2019, se puso de manifiesto que el 29,5% de los niños se encontraba en riesgo de pobreza o exclusión social (tasa AROPE) en España. El último informe publicado (2020) refleja que, por r u o a , a ta a ri o obr za aum ntó 0,9 puntos para los m nor 16 a o . En este sentido, la previsión de cara a la situación actual es de un incremento de estas condiciones, lo que pone a la infancia en riesgo en una situación de gran vulnerabilidad.

Con relación al ntorno ami iar o ui a o a t rnati o , omit de Derechos del Niño de Naciones Unidas en sus Observaciones Finales (CDN de NN.UU., 2013 y 2018) demandaba a los distintos Estados continuar reforzando la asistencia a padres, madres y tutores (en particular, a los que se encuentran en riesgo) en el ejercicio de sus responsabilidades parentales. Para llevar a cabo esta asistencia a r obó n 01 II P an E trat i o Na iona Infancia y Adolescencia 2013-2016 (II PENIA) y en 2015 el Plan Integral de Apoyo a la Familia 2015-2017 (PIAF). Se pusieron en marcha algunas medidas siguiendo las recomendaciones reflejadas en el documento "Invertir en la infancia: romper el ciclo de las d nta ja " (omi ión europea, 2013) que contemplaba a r u ión a ob r za in anti omo un obj ti o tran r a in u ía medidas para facilitar e a o ma r a r a m r a o abora , a í omo el incremento de prestaciones sociales y la aportación de r i io b i o a i a .

Estos planes (PENIA y PIAF) ont m an i r a m i a a o o a a ar nta i a o i ti a a tra a orma ión om t n ia ar nta a uta u ati a ibr io n ia, a í omo a o o (pr n ión, r omo ión, t ión a ora ión) a it ua ion ami iar qu u n im a tar n ati a m nt n ni o a o nt o ri a r n u rot ión. Las medidas tomadas han apoyado estos procesos, pero son insuficientes para afrontar las necesidades existentes en este ámbito (CDN, 2018).

La Plataforma de Infancia en su Informe complementario al IV y V Informe de aplicación de la CDN de Naciones Unidas. y sus Protocolos Facultativos (2017) reflejan que todavía se concibe el riesgo como algo dependiente de padres y madres, sin tener en cuenta los factores multicausales y transgeneracionales que se dan en estas familias para generar situaciones de desamparo. Plantean la necesidad de establecer una estrategia integral de lucha contra la violencia sobre la infancia, que ha tenido su repercusión en la recién publicada Ley. También la necesidad de que las Administraciones se impliquen y que tomen medidas a distintos niveles para hacer efectiva la intervención. Lo o r b i o , a tra o sistemas de apoyo, ti n n b r r o r a m i a a ua a ara mant ni mi nto o ni o qu ti n n a u ar o, n u r o io ntorno o ara u r int ra ión a un medio más saludable n a o t n r qu r o u ir a a ra ión.

Otro aspecto a resaltar es que, aunque se ha recogido tanto en el II PENIA como en el PIAF la recomendación europea del fomento y utilización de la mediación familiar, su conocimiento y uso aún es escaso. Este recurso tan útil en la resolución de conflictos podría abrir

vías de apoyo que permitan abordar situaciones familiares complejas antes de que aparezca la desatención y el maltrato.

La situación actual ha agravado aún más el difícil panorama reflejado en los distintos informes presentados, especialmente para la infancia en situación de riesgo. Nuevas disposiciones y apoyos se han puesto en marcha, pero se requiere redoblar esfuerzos e implicar a toda la sociedad en erradicar las situaciones de injusticia y riesgo que están en la base de estas problemáticas. Se debe poner todo el empeño en proporcionar las condiciones necesarias para garantizar el bienestar y el óptimo desarrollo de la infancia.

2.10.5. Desarrollo de Programas para incrementar las buenas prácticas parentales cuando se ha producido el maltrato

Distintas investigaciones han mostrado la importancia de realizar intervenciones para mejorar las prácticas de crianza en entornos de riesgo, especialmente cuando se ha producido el maltrato (Cicchetti, Rogosch y Toth, 2006; Chaffin et al., 2004; Lieberman, Ippen y Van Horn, 2006; Toth, Maughan, Manly, Spagnola y Cicchetti, 2002). Algunas investigaciones aportan resultados que sugieren que un modelo de intervención basado en la teoría del apego es más eficaz para mejorar las representaciones de sí mismo y de los cuidadores que un modelo didáctico de intervención solo dirigido a fomentar habilidades de crianza (Toth, Maughan, Manly, Spagnola y Cicchetti, 2002).

Los aportes científicos hicieron que la intervención con familias vulnerables se incrementara especialmente desde la década de los años 50. En un primer momento, se puso mucha atención en el funcionamiento de las familias en situación de riesgo psicosocial, analizando el impacto que tiene esta situación en los menores y se comenzaron a realizar intervenciones para paliarlo. El enfoque se ha ido modificando, pero fue a mediados de los años noventa, cuando la intervención familiar amplió el foco. Además de intervenir en situaciones de maltrato se ha empezado a tratar de apoyar a las familias para que puedan cumplir sus funciones básicas.

Bentovin y Elliot (Bentovin y Elliot, 2014) analizaron los distintos elementos de las prácticas más efectivas para prevenir la crianza abusiva y negligente. Un grupo de expertos ordenó e integró los elementos emergentes más útiles en una serie de módulos paso a paso, que podían adaptarse a las complejas necesidades de las familias en las que había tenido lugar el maltrato. Elaboraron un manual, *Hope for Children and Families* (Esperanza para los niños y las familias),

que ofrece un "menú" de intervenciones basadas en la evidencia. Cuenta con un enfoque modular-sistémico de la intervención con el objetivo de terminar con el maltrato e instaurar prácticas adecuadas de crianza. Algunos elementos de la práctica, como la psicoeducación, se utilizaron de forma diferente para las distintas formas de maltrato. A lo largo del tiempo se han desarrollado distintos programas centrados en modificar la crianza abusiva y negligente y en apoyar a los padres con situaciones de riesgo (Bentovim, 2017).

Uno de los programas desarrollados en España para padres en riesgo psicosocial que sigue a m to o o ía x ri n ia "Pro rama A o o P r ona Fami iar" Ha i o abora o por el equipo de intervención familiar del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de La Laguna y la Fundación ECCA. El programa pretende r omo r a om t n ia o a r arro o o ni o u na imi nto a ta o cinco a o . Se dirige, especialmente, a padres con un nivel socioeconómico bajo combinado con condiciones de riesgo y vulnerabilidad social. Entre sus objetivos generales está el que los padres y las madres retomen o refuercen su papel como educadores, mediante prácticas de reflexión y análisis personal sobre el desarrollo y la educación de los hijos. Se plantea promover el desarrollo de recursos personales y sociales necesarios para afrontar las situaciones adversas que pueden presentarse tanto a nivel personal o social como en la educación de sus hijos. También se cuida mucho la integración social de las familias.

Otro programa de educación parental es " r r F i n Fami ia r o rama a o o i o u ati o a ra r omo r arro o in anti" (Ro r i o, M iqu z, B rn , Ro rí u z, Martín, Rodríguez y Pérez, 2009). Este programa forma parte de las acciones psicoeducativas y comunitarias que varias Instituciones, Gerencia de los Servicios de Protección de Menores de la Junta de Castilla y León y el Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de La Laguna, están llevando a cabo. Va dirigido especialmente a familias usuarias de los Servicios Sociales en situación de riesgo psicosocial.

Las familias en las que ha habido abuso o negligencia con frecuencia están aisladas de la comunidad. La comunicación suele ser escasa, y los conflictos y los patrones de disfunción familiar son persistentes y tienden a mantener un ciclo de abuso y negligencia. Una serie de módulos de este programa abordan estas preocupaciones fomentando la comunicación, introduciendo habilidades para la resolución de problemas y encontrando alternativas a los modos de relación conflictivos y disfuncionales. Los módulos ayudan a los padres a ser capaces de tomar

conciencia y asumir la responsabilidad de las acciones perjudiciales, liberando a los niños de la culpa y la responsabilidad. Algunos módulos tienen como objetivo promover el compromiso y la motivación para el cambio. El objetivo es dar un mensaje de esperanza, establecer objetivos acordados en colaboración y llevar a cabo una optimización de una paternidad responsable. Se trata, entre otros aspectos, de identificar aquellos ámbitos a trabajar para erradicar la crianza abusiva y negligente, los puntos fuertes que se deben aprovechar y cómo se debe abordar la salud y el desarrollo de los niños y jóvenes. Los módulos enfocados en la psicoeducación se centran en ayudar a los padres a comprender las necesidades básicas de los niños, las expectativas de la sociedad y lo que se requiere de ellos para promover un desarrollo saludable en sus hijos. En los módulos que se centran en la crianza abusiva y negligente se explora la forma en que el estrés en la vida de los padres ha afectado a su capacidad para satisfacer las necesidades de sus hijos. También se indagan las atribuciones negativas sobre el comportamiento de los niños que pueden estar justificando tratos inadecuados. Se anima a los padres a promover el desarrollo, el juego y sus habilidades de crianza mediante el uso de modelos y la intervención activa. Los módulos de apoyo a los niños y sus cuidadores para abordar los resultados emocionales adversos aportan habilidades básicas para su manejo. Se fomentan distintos aspectos tales como relajarse, desarrollar actividades útiles y manejar los síntomas traumáticos, la ansiedad y las dificultades del estado de ánimo. Otros módulos ayudan a abordar el comportamiento agresivo y apoyan el desarrollo de la empatía, la búsqueda de un sustituto de la ira y el desarrollo de habilidades asertivas adecuadas. En el programa también se estimula la promoción de redes profesionales y comunitarias de apoyo formal e informal para reforzar el dispositivo necesario en torno a cada familia.

Este manual pretende ayudar a los profesionales en situaciones en las que aún no se han alcanzado los umbrales para la intervención de los servicios especializados, permitiendo que los niños y las familias accedan a intervenciones eficaces en un período en que los riesgos del maltrato están apareciendo.

2.10.6. El maltrato infantil en España. Datos y actuaciones

En II P an E trat i o Na iona In an ia A o n ia 2013-2016 (II PENIA) se adoptaron una serie de medidas para combatir el maltrato y fomentar la parentalidad positiva. Se estableció por primera vez un sistema unificado de registro de casos, detección y notificación de

maltrato infantil (RUMI). Este procedimiento había sido iniciado hacía tiempo y fue desde el Observatorio de la Infancia en 2001 donde se propició la elaboración de protocolos comunes.

En el año 2016, 43.902 menores fueron atendidos por el sistema de protección, pasando a 49.985 en 2018 y a 50.272 en 2019. Se ha ido produciendo un incremento del número total de menores de edad atendidos que, aunque aún no se cuentan con datos estadísticos, ya se sabe que se ha incrementado aún más en 2020.

Durante 2016, en España se interpusieron 4.650 denuncias por malos tratos en el ámbito familiar. Según datos recogidos en el RUMI, 13.818 niños y niñas sufrieron malos tratos por parte de algún familiar. En E a a , en 2018 se registraron 18.081 notificaciones sobre sospechas de situaciones de maltrato infantil (Observatorio de la Infancia, 2019). Es importante que este tema adquiera la divulgación necesaria para que la sociedad en su conjunto y las distintas instancias competentes adopten un mayor número de medidas concretas y revisen la eficacia de las adoptadas para lograr el bienestar de la infancia.

2.10. A modo de conclusión

Experimentar sucesos violentos desestabiliza y compromete el bienestar y equilibrio de cualquier persona, pero es especialmente grave cuando se produce en la infancia y tiene consecuencias determinantes tanto para la salud física como psicológica de los menores. En esta etapa de maduración se necesitan unas condiciones de estabilidad, protección y cuidados que permitan garantizar un desarrollo saludable. La familia se considera un entorno natural para el crecimiento de los niños, con una función protectora y de sostén para su evolución, pero también puede ser un lugar de sufrimiento y maltrato. Cuando se producen estas situaciones es prioritario proteger y apoyar al menor articulando medidas a todos los niveles para que sus derechos sean plenamente respetados. La sociedad en su conjunto y cada individuo en particular ha de responsabilizarse de que esto sea un hecho y cada niño pueda crecer en un entorno de protección y seguridad. Mejorar el contexto psicosocial de vida de los niños implica incrementar nuestra sensibilidad adulta, cambiar actitudes y resituar las políticas de infancia en el lugar destacado que corresponde (Ferran Casas, 2002). Por otra parte, las situaciones de riesgo en las que determinadas familias se ven inmersas debilitan el poder realizar una parentalidad positiva. La importancia de establecer medidas preventivas eficaces es clave para erradicar el maltrato, así como la puesta en marcha de programas de apoyo específicos para incrementar las buenas prácticas parentales

cuando el abuso ha tenido lugar. Se requieren, y así se plantea en las últimas disposiciones legislativas, planes integrales de apoyo a la infancia y a las familias, especialmente cuando se acumulan factores de riesgo.

Las repercusiones del maltrato en el vínculo de apego son graves y ponen en riesgo el bienestar físico y socioemocional de los niños. Múltiples investigaciones han mostrado sus efectos y las repercusiones que tendrán en el desarrollo de sus vidas. Cuando este maltrato tiene lugar en el medio familiar y quien debería ser fuente de seguridad se convierte en fuente de agresión el riesgo es aún mayor. Esto confunde y desestabiliza al niño, poniendo en riesgo su salud y su bienestar. La adaptación que tendrá que hacer, en aras de la supervivencia, condicionará su forma de ver el mundo, las relaciones y a él mismo, dificultando su proceso de desarrollo. El conocimiento científico acumulado por diversas disciplinas, vertebrado por la psicología del desarrollo tiene mucho que aportar en beneficio de los niños en riesgo. Es importante conectar la teoría y las buenas prácticas para fomentar los factores protectores y de resiliencia que redunden en beneficio de la infancia.

3. ACOGIMIENTO RESIDENCIAL

> Una carencia precoz crea una vulnerabilidad momentánea, que las experiencias afectivas y sociales podrán reparar o agravar (B. Cyrulnik, 2001)

3.1. Introducción

El artículo 20 de la Convención de los Derechos del Niño (CDN) estipula que los Estados partes son responsables de garantizar la atención a los niños que estén privados temporal o permanentemente de su entorno familiar (Asamblea General de Naciones Unidas, 2009). Existe una variabilidad considerable en las condiciones de vida y entornos de cuidados proporcionados en los diferentes espacios destinados a este fin. La Atención Residencial define específicamente los cuidados de crianza y emocionales de los niños que viven en centros.

Los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales han incrementado sus esfuerzos para dar respuesta a las necesidades de los niños en situación de desprotección que no pueden vivir con sus familias, no obstante, queda mucho por hacer. Se han realizado dos tipos de intervenciones, unas orientado a mejorar la calidad de los cuidados proporcionados por los centros y otras destinadas a disminuir y especializar el uso de los mismos y promover alternativas de cuidado residencial familiar. Esto supone, en primer lugar, trabajar en la prevención de las separaciones familiares, la reunificación de los niños con sus familias biológicas y el desarrollo de sistemas de cuidado por familiares, cuidado de acogida y adopción (McCall, Groark y Rygaard, 2014).

En nuestro entorno si los padres biológicos no han podido cuidar ni proteger al niño, y la familia extensa no reúne las condiciones o no puede hacerse cargo del menor, el acogimiento en una familia ajena, que se haya valorado idónea, es una primera opción. Sin embargo, esto en algunas ocasiones no es posible y los niños pasan a vivir un tiempo en un centro, bien debido a temas legales, bien porque se ha visto conveniente su estancia en acogimiento residencial (a partir de ahora citado como AR) mientras se está llevando a cabo un trabajo con la familia de origen. Un Plan de intervención que debe estar enfocado a garantizar el retorno en condiciones adecuadas y beneficiosas para el menor. El AR también se utiliza cuando son varios hermanos los afectados por una medida de protección y se valora que mantenerles juntos es una prioridad.

Las instituciones de protección a la infancia han ido tomando diferentes formas y modificando sus condiciones y planteamientos para poder dar una respuesta más ajustada a su encargo institucional y social. Distintas investigaciones mostraron (Bakermans-Kranenburg et al. 2011; Rutter y Sonuga-Barke, 2010) que no eran el medio más adecuado para que los niños, especialmente los más pequeños, crecieran. Esta situación ha promovido el surgimiento de otros recursos más idóneos para determinadas edades, necesidades y circunstancias, pero el acogimiento residencial continúa desempeñando una función importante en el sistema de protección. Por lo tanto, sigue siendo necesario continuar ajustando los recursos de este ámbito a las necesidades que los menores y la sociedad presentan. En concreto, es esencial garantizar que los centros de AR cuenten con proyectos e intervenciones de calidad y que, en primer lugar, tengan en cuenta al niño como sujeto de derecho. Esto supone entre otros aspectos revisar la atención que se proporciona, atendiendo a factores de orden estructural y funcional. La adecuada dotación de recursos materiales y humanos que proporcionen entornos saludables y estimulantes y las prácticas educativas ajustadas e idóneas son esenciales en estos entornos. Las intervenciones en la vida cotidiana de los niños que ayuden a la normalización de la misma, aportando cuidados de calidad y dinámicas de relación adulto-niño adecuadas a las necesidades de los pequeños se evidencian como factores determinantes. Cuando son tenidos en cuenta las mejoras se han visto reflejadas en aspectos tan importantes como son el contar con tasas más elevadas de seguridad en el apego en los niños (Howes y Segal, 1993; San Petersburgo-USA, 2008; Garcia Quiroga y Hamilton-Giachritsis, 2017, a)

La Convención de las Naciones unidas de los Derechos del Niño (CDN) en su preámbulo, reconoce que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de una familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. En España, la actual Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor, al interpretar y aplicar en cada caso el principio del interés superior del niño, indica que, cuando haya sido necesaria la separación de su familia por causa de desprotección grave, se deberá estudiar como hipótesis principal la posibilidad del regreso a su hogar familiar o reunificación, así como preservar el mantenimiento de sus relaciones familiares siempre que sea posible o positivo para el niño (Art. 2.2.c LOPJM). En la citada Ley se hace explícito el derecho del menor a mantener relaciones personales y contacto directo con ambos padres de modo regular.

Como ya fue planteado en la CDN y ha sido corroborado en diferentes Informes to o ni o que deba ser separado de su entorno familiar, uan o xi t n razon t r minant a ra o, n

un ión int r u r ior menor, ti n r o a r ot ión a u a ial. (Informe de la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos y Unicef, 2013; "Ha ía un mun o in io n ia", informe desarrollado por la Representante Especial del secretario general Na ion Uni a obr a io n ia ontra o Ni o , 2013). Los Estados están obligados a asegurar alguna forma apropiada de cuidado alternativo, prestando la debida atención a que se mantenga la continuidad de su crianza.

En 009 , a A amb a n ra a Na ion Uni a tab ió a Dir tri obr a modalidades alternativas de atención para la infancia E ta a uta o í tica y práctica en relación a la protección de niños y adolescentes privados de cuidado parental o en riesgo de sufrir esta situación deben orientar tanto las decisiones que afecten a las políticas de infancia y a la construcción de sistemas de protección integral, como a los profesionales y a los que en organizaciones y programas se ocupan de la protección de los derechos de los niños. Estas directrices aluden especialmente al derecho a la convivencia familiar y comunitaria.

Este apartado se presenta en relación a dos grandes bloques. Por una parte, se abordarán distintos aspectos legales y descriptivos de la situación de los centros residenciales y, por otra, se describirán distintas investigaciones científicas en relación al tema

3.2. Aspectos Legales de la Protección del Menor

Como se ha planteado en el apartado anterior, el maltrato al que muchos niños se ven sometidos hace necesaria la toma de medidas por parte del Estado y de la sociedad, para que puedan garantizarse sus derechos y aportarles las condiciones necesarias para crecer y desarrollarse.

El sistema r ot ión a a in an ia a i o x rim n tan o i r nt tran or ma ion a a rtir a on t itu ión E a o a de 1978, qu n artí u o 9 nun ia " o ni o ozar n a r ot ión r i t a n o a u r o int rna iona qu an or u r o" omo bi n ono i o , E a a rati i ó n 1990 a on n ión de los Derechos de la Infancia, adoptada por la A amb a a ONU 0 no i mbr 1989 La u ri ión u on i ra ion io r ja a n a L Or ni a 1/1996 1 n ro, Prot ión urí i a M no r, qu u u o a mo i i a ión a r ia ó i o Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LOPJM). En su artículo 2 explicitó " a primacía del interés superior de los menores sobre cualquier interés legítimo que pudiera on urrir", incidiendo en la protección de los niños ante situaciones de

desamparo. Las modificaciones realizadas por la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, así como por la Ley de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y la Adolescencia 26/2015 de 28 de julio, articulan un marco jurídico de carácter estatal, que refleja la condición de los menores como sujetos de derechos. La reciente publicación de la Ley Orgánica 8/2021, de Prot ión Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia supone un avance más en la defensa de los derechos de los menores. Plantea una intervención integral para dar una respuesta extensa a la naturaleza multidimensional de los factores de riesgo y sus consecuencias. Destaca el carácter prioritario de la prevención, la socialización y la educación tanto de los menores como de las familias y de la sociedad en general. Plantea actuaciones para incrementar la sensibilización y promueve medidas de apoyo a la infancia con el objetivo de erradicar la violencia contra los niños. Aborda las actuaciones que se han de llevar a cabo en los Centros de Protección que han de aplicar protocolos de actuación para la prevención, detección precoz e intervención frente a posibles situaciones de violencia.

Por otra parte, las Comunidades Autónomas dotadas de competencia legislativa también han desarrollado legislación en materia de protección y promoción de los derechos de la infancia.

Determinadas medidas están articuladas a nivel legal para regular las situaciones de desprotección que tanto afectan a la vida de los niños.

Riesgo:

La situación de riesgo queda regulada en el artículo 17 de la LOPJM. Plantea la consideración de situación de riesgo como "aqu a en la que, a causa de circunstancias, carencias o conflictos familiares, sociales o educativos, el menor se vea perjudicado en su desarrollo personal, familiar, social o educativo, en su bienestar o en sus derechos de forma que, sin alcanzar la entidad, intensidad o persistencia que fundamentarían su declaración de situación de desamparo y la asunción de la tutela por ministerio de la ley, sea precisa la intervención de la administración pública competente, para eliminar, reducir o compensar las dificultades o inadaptación que le afectan y evitar su desamparo y exclusión social, sin tener que ser separados de su entorno ami iar" Esta situación implica la elaboración d un r o to int r n ión o ia , u ati o ami iar qu r o r los objetivos, las actuaciones, los recursos, así como la previsión de plazos, promoviendo los factores de protección del menor.

La omuni a Autónoma t n r n qu arar itua ion ri o m iant r o u ión a mi ni t rati a , i i n o a a ua a qu administración pública corresponde realizar la intervención, valoración y declaración de esta situación. Además, conlleva la abora ión un r o to int r n ión o ia u ati o / a mi iar qu r o r los objetivos, las actuaciones, los recursos, y la posible temporalización, promoviendo los factores de protección del niño para, si es beneficioso él, mantenerle en su medio familiar.

Las situaciones de riesgo se producen siempre que existan circunstancias de cualquier índole que perjudiquen el adecuado desarrollo personal y social del menor. En estos casos, se llevará a cabo una actuación, fundamentalmente a cargo de los Servicios Sociales de la zona, dirigida a la eliminación de dichos factores de riesgo con el fin de mantener al menor en su entorno familiar.

La itua ión ri o r ara a o r a a mi ni tra ión b i a om t nt or m io una r o u ión a mi ni t rati a qu in uir a m i a ant a a ara ub ana r a itua ión ri o m nor , in ui a a r ri a a o b r o r o nitor , tutor , uar a or o a o or a a tua ion a A mini tra ión a ra orr ir ri o.

Desamparo:

Las situaciones de desamparo se producen, 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 LOPJM en la modificación del artículo 18 establece por primera vez en una norma de carácter estatal las circunstancias que la determinan. El Código Civil en su artículo 172 dispone que la entidad pública a la que, en el respectivo territorio, esté encomendada la protección de los menores, cuando constate que un menor se encuentra en situación de desamparo, tiene por ministerio de la Ley la tutela del mismo y deberá adoptar las medidas de protección necesarias para su guarda.

Medidas de protección al menor

Tutela:

Es la medida de protección que declara la situación de desamparo de un menor y suspende provisionalmente la patria potestad del padre y de la madre o, en su caso, del tutor, asumiendo la entidad pública el ejercicio de la misma. En el caso de la Comunidad de Madrid, la Comisión de Tutela del Menor es quien declara la situación de desamparo y suspende provisionalmente la patria potestad del padre y de la madre, o en su caso, del tutor, asumiendo la entidad pública el

ejercicio de la misma. En esta relación jurídica que se establece, la Administración asume todas las obligaciones que corresponden al tutor: velar por el menor, proporcionarle alimentos, educarle y procurarle una formación integral.

El ejercicio de esta medida de protección puede realizarse, bien a través de un acogimiento residencial, o de un acogimiento familiar.

La tutela tiene carácter provisional, manteniéndose solo durante el tiempo que perduran las causas que la motivaron y la Administración ha de ofrecer a la familia todos los recursos que estén a su alcance para resolver la situación.

Guarda:

Es la medida de protección por la que la Administración ejerce las funciones guardadoras cuando el padre y la madre, o en su caso los tutores lo solicitan, o cuando existan circunstancias graves y temporales que les impiden ejercerla ellos mismos. También cuando lo acuerde el juez, en los casos en que legalmente proceda. Esta medida puede ser llevada a cabo en acogimiento residencial o en acogimiento familiar.

Hay que considerar la tutela y la guarda como instrumentos y no como fin en sí mismas, como un medio para lograr el interés superior del menor y, por lo tanto, para ayudar a conseguir la finalidad de la intervención adecuada a las características concretas de cada caso.

La guarda puede tener una duración máxima de dos años, salvo que el interés superior del menor aconseje, excepcionalmente, la prórroga por la previsible reincorporación familiar en un plazo breve de tiempo.

En estos supuestos de guar a o unt aria r n a rio om romi o a ami ia asumir la intervención profesional.

También es posible que un órgano judicial decida que la Administración tenga la guarda del menor en un supuesto determinado. En este caso, la cesación de la uar a r o u ir igualmente por resolución judicial.

Acogimiento

El acogimiento es la forma en que se ejerce la medida de protección asumida, respecto a los menores que se encuentran en una situación de desamparo, y que tiene como fin la integración

provisional del menor en otro núcleo familiar (familia extensa o ajena) o en un Centro de Menores. La Ley 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, de 15 de enero, explicita en qué consiste esta medida y la diferencia entre acogimiento familiar y residencial.

En el caso del acogimiento familiar, la guarda es ejercida por la persona o personas acogedoras, mientras que, en el caso del AR, es asumida por el director de la residencia de menores.

3.2.1. Principios de actuación: Comunidad de Madrid

La Ley de Garantías de los Derechos de la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid, aprobada el 28 de marzo de 1995, recoge entre los principios que deben regir la protección social y jurídica de los menores en esta Comunidad, los siguientes:

- El principio del beneficio del menor, prevalente sobre cualquier otro.
- S r iorizar la acción preventiva, la integración y normalización de la vida del menor en su medio social y la atención del menor en su propia familia, siempre que ello sea posible.
- En caso necesario, se facilitarán a los menores recursos alternativos a su propia familia, que garanticen un medio idóneo para su desarrollo integral, adecuada evolución de su personalidad y atención educativa, procurándose mantener la convivencia entre hermanos, bien en el núcleo familiar de origen o con otros miembros de su familia.

En la Comunidad de Madrid, la Subdirección General de Protección de Menor de la Dirección General de la Familia y el Menor es la encargada de la tramitación del expediente del menor. El procedimiento a seguir cuando se recibe una solicitud de intervención y orientación en materia de protección de menores por parte de particulares, profesionales o instituciones consiste en analizar el motivo de la solicitud y determinar, si procede, la oportuna intervención por parte de la Comisión de Tutela del Menor en virtud de las competencias atribuidas por el Código Civil a las Comunidades Autónomas, iniciando la apertura del expediente de protección que, tras la instrucción correspondiente, toma las medidas de protección, si la valoración del caso lo requiere, iniciándose el seguimiento del mismo.

Los centros de atención residencial forman parte de una red amplia de protección a la infancia. Aunque tienen unas características comunes en función del encargo institucional asignado, otros aspectos como las políticas sociales sobre la infancia, así como las prácticas y formas de entender

y hacer de cada institución, conformarán unos rasgos particulares que se concretarán en una determinada cultura institucional.

3.3. Los Centros de Acogimiento Residencial dentro del Sistema de Protección a la Infancia

Los centros de protección de menores forman parte de una red de centros planificada, supervisada y coordinada por la Dirección General de Infancia, Familia y Fomento de la Natalidad. El AR es un recurso más del sistema de protección infantil. De uso limitado y restringido, que resulta adecuado para determinado tipo de problemática y circunstancias, y que es compatible y complementario con otras medidas de protección.

Esta medida se utilizar uan o no a o i b a o imi nto ami iar ura nt m nor tiempo posible, pues la prioridad es que el menor regrese a su entorno familiar de origen o sea integrado en una familia, ya sea la extensa o una seleccionada.

Existen distintos tipos de Centros en función de la edad o especiales necesidades de los menores que requieren estos servicios: Centros de Primera Acogida o de Acogida de Urgencia, Residencias de Primera Infancia, Residencias Infantiles, Hogares, Recursos de Adolescentes, y Centros Específicos.

A a rtir o ambio i ati o 01 , tab a m nt omo m i a ión r r nt , n ia a ra m no r i a o Para o m nor tr a o tab x r am nt qu no a or ar a o imi nto r i n ial salvo en supuestos de imposibilidad, debidamente acreditada, de adoptar en ese momento la medida de acogimiento familiar o cuando esta medida no convenga al interés superior del menor. Para los menores de seis años también se plantea que esta medida si es necesaria se utilice el menor tiempo posible.

3.4. Breve recorrido por la historia de las Instituciones de Protección a la Infancia en España

Desde que Pedro IV el Ceremonioso decretara en 1337 la necesidad de tutelar a los niños huérfanos y pobres cr an o “Par ’ Or n” on i ra o Prim r r ibuna ut ar, a ta o actuales centros residenciales, han surgido diferentes tipos de instituciones con distintas prácticas, pero las que hoy conocemos tienen su referencia en las creadas a finales del S.XIX y principios del S.XX (Palacios, 1997). Las instituciones se han ido conformando en los distintos momentos históricos poniendo énfasis en diferentes aspectos. En un primer momento, la caridad y la

filantropía presidieron el acercamiento a la protección de la infancia, entendida más como beneficencia. Como apuntan Ruiz y Palacio (Ruiz y Palacio, 1995), la caridad se sostenía en la concepción de la pobreza como virtud y llevó a establecer centros benéficos y asistenciales para atender a la infancia desprotegida. Las iniciativas estatales empezaron abordando algunos temas relativos a la protección y a las políticas sociales, reflejando inquietudes que estaban surgiendo en la sociedad respecto a la infancia. La diversidad y convivencia de las diferentes respuestas benéficas y asistenciales persistió durante mucho tiempo. Entre é ta " na imi nto a asistencia social y de las sociedades para la protección de la infancia en peligro y i r o a" (Várela y Álvarez-Uría, 1991) contemplándose esta doble vertiente e iniciando políticas de reclusión institucional de niños en situación de pobreza, temiendo por su situación y futuro, pero también por las consecuencias delictivas que podría conllevar para la sociedad. Las formas de actuación eran diversas al no disponer de una legislación penal que lo regulara y no había una diferenciación estipulada entre la atención a los menores abandonados y a los infractores de la ley (Ochaíta y Espinosa, 2001). Desde sus inicios, las instituciones de protección de menores estuvieron mayoritariamente a cargo de órdenes religiosas. Es a mitad del siglo XIX cuando va extendiéndose por toda Europa la idea de que sea el Estado el encargado de proporcionar asistencia benéfica y social. La sensibilización que se va produciendo ante la problemática infantil fue plasmándose en la creación de Sociedades y Ligas Internacionales, en la celebración de congresos o asambleas que dan voz a esta problemática, y en la publicación de Cartas y Declaraciones sobre los derechos de la infancia (Barudy, 2006).

La asunción y especialización de la atención a la infancia se realiza en España iniciando el desmantelamiento de los macrocentros en los años 80. Con la descentralización autonómica, amparada en la Constitución, comenzó un paulatino proceso de desinstitucionalización asistencial. El planteamiento de intervención pasa entonces a tener un carácter marcadamente educativo y una proyección hacia la integración y prevención comunitaria. En la actualidad, se tiende a cubrir las necesidades de los menores en el propio medio social, y se priorizan alternativas sociocomunitarias en medio abierto (Fernández del Valle y Ferrán Casas, 2002). La AR continúa siendo un recurso, aunque cada vez más especializado y orientado a necesidades concretas de la población infantil.

3.5. Datos epidemiológicos y dificultades para obtener más conocimiento sobre la desprotección infantil a nivel mundial

En el mundo se ha calculado que había unos 2.200 millones de niños, el 32% de la población mundial. De estos, 1.000 millones vivían en condiciones de extrema pobreza (UNICEF, 2016). Los últimos datos con los que se cuenta informan que las cifras ya habían aumentado pero que debido a la pandemia de COVID-19 se han incrementado enormemente y unos 150 millones de niños más están viviendo en esta situación (según el análisis realizado conjuntamente por Safe the Children y UNICEF, Septiembre 2020) Estas situaciones, unidas a diferentes factores de riesgo, conflictos y al nivel de desarrollo político-social en los países, hacen que el abandono y la desprotección desemboque en muchos casos en la institucionalización de estos menores. En 2017 se calculó que aproximadamente 2,7 millones de niños de edades comprendidas entre los 0 y los 17 años estaban viviendo en instituciones en todo el mundo. Dado el volumen de niños que por diversas causas (aban o no, u rra …) no u ntan on a u t o qu a o n a i it n u desarrollo, los centros de protección residencial se prevé que van a continuar siendo un recurso para los menores que se encuentran en estas circunstancias. Como iremos viendo a lo largo de este apartado, los centros pueden presentar características diferentes en la calidad de los cuidados proporcionados, así como en los dirigidos a estimular el sistema de apego de los niños.

Las investigaciones realizadas sobre las características de los centros de cuidados de los niños sin familia partían de un modelo de orfanatos y macroinstituciones que existían en el siglo XIX y parte del XX. Estos fueron los espacios en los que se atendió a los niños en situación de maltrato o desamparo. Aunque algunos dependían de organismos estatales (especialmente en Europa oriental y Asia), estas grandes instituciones también fueron patrocinadas por organizaciones religiosas que vieron a los niños privados del amparo familiar o delincuentes como parte de su labor. Otras instalaciones de este tipo fueron apoyadas por organizaciones filantrópicas (Sherington y Jeffery, 1998). A partir de la segunda mitad del S. XX, las distintas investigaciones alertaron de las repercusiones que para el desarrollo de los niños conllevaba la estancia en este tipo de centros (Ford y Kroll, 1995), lo que supuso la reducción de los mismos sobre todo en países occidentales.

La institucionalización reunía una serie de características que hacía que sus efectos fueran especialmente perjudiciales para los niños, centros masificados, generalmente aislados y con inexistentes o puntuales contactos con el entorno y la comunidad, con escaso y en algunos casos

nulo contacto con sus familias de origen, ratios elevadas, relaciones de poco cuidado y adultos carentes de formación y soporte para realizar su tarea. Tras diferentes reformas esta situación ha cambiado. Todos los países han introducido mejoras, aunque con una variabilidad muy amplia (Thoburn, 2007). Es necesario continuar modificando las condiciones que no sean adecuadas para el desarrollo de los niños, así como seguir investigando las repercusiones que de estos cambios se pueden derivar.

Se ha constatado una gran variabilidad en los modelos y organización de la vida cotidiana en los diferentes tipos de centros de AR de cada país. Como queda reflejado en algunos estudios distintos factores (históricos, políticos, económicos, ideológicos y culturales) han contribuido a conformar un patrón de desarrollo diferente en este tipo de acogimiento (Ainsworth y Thoburn, 2014; Courtney y Iwaniec, 2009). Estos autores señalan la necesidad de describir y analizar de forma más sistemática los objetivos y las características de los centros residenciales para poder hacer comparaciones significativas entre los resultados que aportan. Por otra parte, en diferentes partes del mundo hay distintas concepciones de quién ha de hacerse cargo de los niños que no cuentan con unos padres que les puedan proteger. En algunos países, especialmente del Este y en concreto en la Unión Soviética en el siglo pasado, se veía como un problema social considerando que los padres no eran capaces de cuidar de sus hijos y era el Estado y las instituciones las encargadas de hacerlo. No se planteaba un apoyo a las familias para que pudieran mejorar sus condiciones y no tener que retirar a los niños de su medio (Carter, 2005). Esto produjo grandes instituciones que, con las profundas crisis económicas de los años 90, incrementaron su población. Otro abordaje bien distinto es el que muestran muchas sociedades africanas, en las que es la familia extensa la encargada de asumir el cuidado de los niños cuando los padres no pueden hacerlo. Los distintos países también varían considerablemente en el diseño, aplicación y evaluación de la atención institucional y de acogida. Cuando se intenta realizar una comparación de las principales características de los servicios de AR surgen múltiples dificultades. Según Ainsworth y Thoburn (2014) los datos dicen muy poco del tipo y aún menos sobre la calidad y los resultados de los servicios prestados en los centros de AR en los que están viviendo los niños. Lee, Barth y Bright (Lee, Barth y Bright, 2011) propusieron un índice de normas de presentación de informes de los programas de AR como un medio de obtener información que permitiera las comparaciones de los procesos y resultados de los distintos servicios residenciales. Un sistema de clasificación internacional (Ezell, Spath, Zeira, Canali, Fernandez, Thoburn y Vecchiato, 2011) podría proporcionar una forma viable y económica de hacer comparaciones de los servicios de

AR. Uno de los indicadores que proponen estos autores sería el Grado de Riesgo. Aunque en los registros de los distintos países se cuenta con información sobre la medida que ha llevado a los niños a una AR, la forma en que se contabiliza el grado del riesgo es diferente. En algunos países es la existencia de una orden judicial la que se toma como medida del riesgo, al que los niños que están en AR han estado expuestos, y en otros también se consideran las tomadas por otras instancias, por lo que la comparación entre los datos de los distintos países puede llevar a engaño. En USA, casi el 90% de los niños que entran en AR tienen la orden que indica que los padres han realizado ese maltrato, mientras que en Dinamarca solo lo tienen el 8% y en Inglaterra el 33%. Estos distintos porcentajes de entrada en la AR depende en gran medida de las diferentes respuestas de los distintos servicios ante el maltrato. Unas tienen que ver más con un enfoque de apoyo amplio a la familia, buscando el bienestar del niño, mientras que otras tienen una concepción de la protección más enfocado en rescatar al niño del medio familiar (Gilbert et al. 2009).

Contar con buenas y claras directrices de qué y cómo se han de recoger los datos de los niños en AR ha sido reiteradamente planteado por UNICEF (UNICEF, 2010). Realizar comparaciones simplificadas con los datos de los diferentes países es posible, pero poco útil. Lee et al. (2010) plantearon que los datos sobre los resultados de los centros de AR y las comparaciones de los diferentes grupos de niños en opciones alternativas de atención a corto y a largo plazo, están lejos de ser definitivos. La falta de un esquema o protocolo que sirva para describir los objetivos, los servicios prestados a la población infantil y los regímenes de atención y tratamiento en diferentes centros de AR está obstaculizando el poder contar con datos fiables de los resultados. Se están realizando mejoras en este ámbito, pero los datos no diferenciados sobre el contexto, las tasas y los procesos pueden dar lugar a conclusiones cuestionables sobre los resultados de las distintas opciones de AR y sobre los aspectos de la práctica que aportan mejores resultados para los niños. Es importante conocerlos y avanzar en líneas de mejora siempre teniendo en cuenta el contexto de cada país y su entorno, así como la población residencial de niños. Según Ainsworth et al. (2014) en Inglaterra y Australia, por ejemplo, los responsables de establecer políticas para la infancia consideraron si la profesión europea de pedagogo social/educador social debía introducirse en la AR, ya que los educadores europeos de estos centros parecían estar realizando intervenciones más ajustadas que sus homólogos australianos o ingleses (Cameron y Moss, 2011; Eichsteller y Holthoff, 2011). El sistema de clasificación de bienestar infantil DCE (Definir, Clasificar y Evaluar) propuesto por Ezell et al. (2011) proporciona

un punto de partida para entender cómo se utiliza y se concreta la AR en diferentes lugares y facilita las comparaciones entre los servicios para niños y familias en distintas jurisdicciones. La información sobre las dimensiones más amplias es bastante fácil de conseguir; sin embargo, es insuficiente cuando se trata de entender las teorías subyacentes, los modelos de programas y los elementos de la práctica que cada país lleva a cabo. Para lograrlo, se necesitará continuar realizando investigaciones internacionales centradas en las dimensiones más detalladas de la AR y sus efectos.

En este sentido Ainsworth et al. (2014) ya plantearon que lo importante es contar con distintos recursos para distintas necesidades, eligiendo siempre lo que sea más beneficioso para el niño. Plantean que, en algunos casos, el no contar con algunos recursos limita las posibilidades de aportar un ajuste más idóneo a las necesidades del menor. Estudios realizados en Australia (Ainsworth y Hansen, 2005, 2008) ponen, por ejemplo, de manifiesto que, cuando fracasan medidas de acogimiento y hay pocos centros de AR, los niños pasan por distintas familias de acogida sin que exista un tiempo para hacer elecciones más idóneas para el menor. Estos autores manifiestan que es importante estudiar los distintos modelos de atención residencial para subsanar las situaciones o atender a los niños con necesidades diferentes. Aunque el contexto, la historia y las filosofías sociales y políticas que hayan configurado los servicios de bienestar de la infancia tienen un reflejo en la forma en que ésta se aborda en cada país (Courtney et al., 2009). Es necesario continuar realizando investigaciones rigurosas que avalen las decisiones a tomar y sean las más adecuadas para responder a las necesidades de los niños.

Existen distintas formas de llevar a cabo la AR. En algunos países su uso es mínimo, utilizando sobre todo familias de acogida o, preferentemente, el cuidado a cargo de la familia extensa y, en los casos en que es posible la adopción, como la opción preferida. En otros países se constata un alto porcentaje de niños en AR. También hay diversidad en el tipo de planteamientos y servicios residenciales que se proporcionan a los niños, que van desde hogares de grupos pequeños a, incluso en la actualidad, grandes instituciones. Estos autores coinciden con los que plantean que se necesitan formas más sistemáticas de describir y analizar los objetivos y características de los distintos tipos de residencias. Solo entonces se pueden realizar comparaciones entre los resultados de los regímenes de atención de grupos en diferentes lugares. (García Quiroga y Hamilton-Giachritsis, 2016).

3.6. Estándares de calidad

F rn n z a , Canali, Bravo y Vecchiato (F rn n z a , Canali, Bravo y Vecchiato, 2013) ya informaron que los estudios sobre AR realizados en las edades 3-6 años eran escasos, situación que continúa manteniéndose. Un aspecto importante es que en mbito a r ot ión in anti , hasta hace poco, se encontraba la dificultad de la inexistencia de unos patrones o normas de calidad. De unos t n a r , a ta o r o iona m nt or a omuni a i ntí i a, qu rmiti ran ono r qu on i ion a ion on a m idóneas a ra a ti a r a n i a o ni o a o nt a í poder ajustar la intervención a realizar.

E ini io arro o o t n a r a i a n mbito a r ot ión infantil se desarrolló en un primer momento en Estados Unidos y en los países anglosajones donde la práctica de la evaluación ha estado muy difundida desde los años 50. Al inicio estos estándares se centraron en distintos aspectos relativos a la seguridad física de los menores y la formación de los profesionales del ámbito, más tarde el foco se puso más en los procesos que intervienen en la AR y las políticas que los enmarcan. En los años 90 cobraron más relevancia los aspectos del funcionamiento de los equipos y de los procesos evaluativos, tanto en lo relativo a a o um nta ión y registro como al seguimiento de los distintos casos. (R on o , Mu oz orr óm z, 1998). Las principales aportaciones fueron realizadas por la *Child Welfare League of America* (CWLA). En 1982 publicaron los "E t n a r para centros residenciales" y en 1989 los "E t n a r a ra r i io qu ati n n a ni o que han sido abusados o vivido situaciones de negligencia y sus familias". En 1991 a n o mi mo n r a ión a los servicios que ofrecen cuidados en grupos residenciales. En la actualidad son 13 los volúmenes sobre distintos Estándares de Excelencia publicados por la CWLA.

Las Normas planteadas por la CWLA, relativas a la prestación de servicios para el logro de un mayor bienestar de los niños y familias, realizaron importantes aportaciones en este sentido. En relación a la AR resaltaron la importancia de proporcionar apoyos y servicios desde el ámbito comunitario. Detallaron las características de los diferentes recursos residenciales y la necesidad de ajustarlos a las distintas necesidades de los niños y familias en situación de riesgo. Señalaban, entre otros, objetivos clave como son la necesidad de cuidar los procesos de planificación y organización, la aportación de bu na r ti a , a im orta n ia r ar ntorno uro a n i a r omo r arro o una in an ia o i ti a ni n o i m r n u nta a n i a o ni o se trataría de contribuir para que tanto ellos como sus entornos familiares

y la comunidad en su conjunto obtuviera el mayor beneficio de los servicios proporcionados por centros de AR de calidad (Klein, 2004).

La n ia tab r uno t n a r a i a a ra o r i io r ot ión infantil en Europa se concretó en el proyecto *"Q it 4Chi dre "*. La CDN de las Naciones Unidas ya habían planteado unas recomendaciones que se concretaron en unas reglas para la protección de niños que no podían vivir con sus padres, como son la no i r imina ión, a r ima ía int r u rior ni o, el derecho a la vida, a u r i n ia arro o, a í omo r to unto i t a o ini ón ni o. Tres organizaciones internacionales de acogida FICE (*d r ti o Internation e des Co t s Educatives*), IFCO (*International Foster Care Organisation*) A a In anti SOS ini iaron n 004 t r o to iri i o a arantizar m jor ar a o ortuni a arro o o ni o n r im n de acogida. Después de tr a os de trabajo publicaron en 2007 "*Quality4Children"* (Q4C) "Est n a r a ra ui a o ni o u ra u ami ia bio ó i a en Europa*"* S r o ir on r ato bu na r ti a n a í europeos que, tras ser analizados, sirvieron de base para on rtir ta in orma ión n o E t n a r de Calidad. El Q4C plantea 18 estándares que cubren las distintas etapas del proceso de acogida, desde su inicio hasta su finalización (Hilweg y Posch, 2007).

Thoburn (Thoburn, 2010) también indagó en aspectos que podían mejorar la calidad de vida de los niños que tenían que vivir separados u ami ia bio ó i a E tu i ó o i t ma r ot ión in anti 14 a í . Los resultados que ofreció informaron que aspectos como la calidad de los recursos residenciales, y especialmente la atención recibida, influyen incrementando los niveles de bienestar de estos menores. Conocer experiencias de calidad de diferentes países, sus características y resultados ha sido y puede seguir siendo de gran ayuda para mejorar los sistemas de protección infantil.

En E a a i r nt nti a mbito a r ot ión m n or im anta ron i t ma a i a omo mo o a i a ota , a rti i a ión ISO 9001, el Modelo EFQM o la Norma ON on a i a , a a tan o to i t ma a mbito a r ot ión infantil. Pero hasta 1998 no abor a una r xión obr o t n a r a i a íi o a at n ión r i n ia FAPMI (F ra ión de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil) y el Ministerio de Asuntos Sociales publicaron el *Ma de e r ti r te i Residencial a la Infancia y Adolescencia*, en el que se recogía aqu o qu b ría on i rar omo ó ti mo n t mbito E t manua a nt a a to n ario a ra r o or ionar una

at n ión de calidad en el AR, tanto n o r a iona o on r o o int r n ión omo n a ti ón or aniza ión.

En este sentido, F rn n z del Valle (Fernández del Valle, 2009) teniendo en cuenta los principios de intervención anteriormente planteados, aportó unos criterios de calidad que más tarde se concretarían y desarrollarían en los E t n a r de calidad en acogimiento residencial (EQUAR) (F rn n z a , Bra o , Martín z y Santos, 2012). Estos se establecieron partiendo de unos principios de actuación, compartidos en gran parte en todo el ámbito de la protección, como son, entre otros: que prevalezca siempre el interés del menor; que las necesidades de los niño sean el eje primordial de cualquier intervención; el derecho del niño a vivir en familia; la complementariedad del AR y su conformación como una red de recursos flexible y especializada; a í omo r o or ionar una at n ión int ra , in i i ua iza a , r oa ti a r a bi ita ora Para aborar o tu i ron n u nta i t into mar o t ór i o omo on a i o o ía arro o in anti a o nt a u a ión y a a o ía o ia a in u a ión y la teoría del a o a r i i n ia n oqu o ó i o n oqu i t mi o y el trabajo con familias. En el proceso de elaboración se organizaron paneles de expertos y se contó con la colaboración de distinta a o ia ion nti a mbito, a í omo on ni o jó n qu ta ban o abían ta o n AR ambi n r a izaron i i ta a r o rama ia a o imi nto r i n ia n a rio a í , Su ia, E o ia ana . Los estándares planteados recogieron aportaciones que otros autores ya habían planteado respecto a las condiciones mínimas requeridas para proporcionar una intervención de calidad en el AR.

Los estándares se organizan en torno a cuatro bloques relativos a: los recursos, tanto humanos como estructurales; los procesos básicos, de derivación y admisión, evaluación de necesidades, proyecto de intervención, salidas y apoyo a las familias para logra la reunificación; las necesidades y el bienestar de seguridad; respeto a los derechos; estudios; salud; normalización e integración; desarrollo y autonomía; uso de consecuencias educativas y participación. Un último bloque relativo a la gestión y organización incluye estos aspectos y también otros relativos al liderazgo y clima social y a la coordinación entre profesionales.

El documento en su proceso de gestación y en la concreción de resultados tuvo en cuenta tanto la información recogida de la experiencia como la derivada de distintas aportaciones teóricas y de las investigaciones a partir de ellas realizadas. La reflexión y la colaboración hicieron posible establecer unos estándares de calidad que son una referencia en este ámbito.

3.7. Recomendaciones de Organismos Internacionales

La sensibilización social en la problemática de la infancia en riesgo, las investigaciones realizadas y las decisiones políticas acordadas han llevado a que algunos países empezaran a aplicar medidas, como el plan de intervención individual, y a mejorar la calidad de la intervención.

En este sentido, un documento relevante *es* "La Directri obr a mo a i a a t rnati a ui a o o ni o ", realizado en 2009, conmemorando el 20 aniversario de la CDN y para subsanar algunas lagunas en su aplicación. La Convención ya había establecido las obligaciones básicas de los Estados en relación a la protección de la infancia, pero no había proporcionado orientaciones significativas para cumplirlas. Este conjunto de principios son un r r nt un am nta a ra omit de la CDN en sus Observaciones Finales. Estas orientaciones han de ser tenidas en cuenta por todas las personas que participan de alguna manera en los asuntos relacionados con el cuidado alternativo de los niños. Fueron el resultado de cinco años de debates y negociaciones entre el Comité, los gobiernos encabezados por Brasil, UNICEF, expertos y académicos, representantes de organizaciones no gubernamentales y además por jóvenes con experiencia en la tutela de menores. Se han planteado como orientaciones para tener en cuenta tanto a nivel político como práctico. Las recomendaciones aportadas se basan en actuar de acuerdo al " rin i i o de n i a" que implica, antes que nada, prevenir situaciones y condiciones que puedan llevar a requerir una modalidad alternativa de cuidado. En este sentido, manifiestan que distintas problemáticas han de ser abordadas desde el lastre que supone la pobreza y los efectos que ésta desencadena. Tambi n a n ibi iza ión, a u a ión a r nta otra m i a a o o a a ami ia , ta omo a r ta ión de escuelas infantiles. Este principio de necesidad además im i a arantizar qu o ni o in r n ni am nt al sistema de modalidades alternativas de cuidado si todos los medios posibles para mantenerlos con sus padres o su familia extensa han sido examinados y descartados. En la base de estas Disposiciones también está el " r in i io de i on i a ", que implica qu to o o ntorno ui a o b n um ir on t n a r de calidad. Además, que la opción propuesta sea la más beneficiosa para cada niño y la que más se ajuste a sus necesidades. Instan a que este aspecto sea regularmente evaluado. Consideran que es necesario proporcionar una gama de opciones de modalidades alternativas de cuidado de alta calidad. Entre otras muchas recomendaciones y aclaraciones plantean que la alternativa a ofrecer debe reunir las condiciones más idóneas para poder proporcionar a los niños un sentimiento de pertenencia y de estar siendo cuidados en un ambiente seguro, estable,

respetuoso y cercano... Más tarde se publicó el manual *Moving Forward. Implementing the 'G ide i es for the Alternative Care of Chi dre '* con el objetivo de ayudar a todos los interesados en la aplicación de las Directrices planteadas (Cantwell, Davidson, Elsley, Milligan y Quinn, 2012). Las Directrices consideran que la AR es un componente necesario en la gama de opciones de atención alternativa que debe existir, siempre que satisfaga una serie de condiciones. Grupos pequeños con personal capacitado que pueda proporcionar atención, cuidados y/o tratamiento terapéutico a los niños que han sufrido traumas, graves abusos o negligencia. También plantea que para permitir que grupos de hermanos permanezcan juntos, un entorno de cuidado residencial puede ser una buena opción. Los niños pueden beneficiarse del AR cuando éste se centra en ofrecer oportunidades individualizadas para su desarrollo social y emocional.

Tener que abandonar el medio familiar, aun i n o n ario, n ra ntimi nto n ontra o n o ni o La ami iari a un ni o con un entorno, incluso cuando algunos de sus aspectos puedan parecer negativos o sin importancia, es generalmente una parte considerable de su bienestar. P ant an qu a rrai a r a ni o , in u ab m nt , una ión qu , i bi n u r u t ar n aria, b r on i ra a omo un nto ot n ia m nt traum ti o , y ser abordado como tal, proporcionando al niño todo el apoyo necesario para que pueda afrontarlo e integrarlo. Recomiendan tener presente la calidad de los cuidados alternativos que se proporcionen a los niños que no pueden, por distintos motivos, vivir con sus familias y la importancia de contar con formación, supervisión y apoyo para los adultos que prestan estos cuidados en las distintas modalidades y países.

UNICEF (2010) también ha propuesto recomendaciones y cambios en los ámbitos residenciales, con un enfoque basado en la relación, donde se atiendan las necesidades emocionales de los niños para que puedan establecer relaciones estables. Según este organismo se han realizado muchos cambios, aunque estos han sido lentos y encuentran dificultades para implantarse. Autores como Lawler, Shaver y Goodman (Lawler, Shaver y Goodman, 2011) plantean que no solo se trata de tomar medidas que proporcionen seguridad, permanencia y bienestar, sino que es preciso colocar en el centro de las decisiones que se tomen las necesidades emocionales del niño con el fin de que pueda conseguir una estable y nutritiva relación, estableciendo un vínculo afectivo con su adulto de referencia. Algunos estudios han demostrado que las intervenciones que se enfocan en cuidar las interacciones y las relaciones niño-educador establecidas en estos entornos pueden producir mejoras en el desarrollo tanto a nivel físico como

cognitivo y social en los niños que viven en residencias para la infancia (McCall, Groark, Fish, Muhamedrahimov, Palmov, y Nikiforova, 2013).

Distintas investigaciones han proporcionado evidencias que mostraron que casi todos los ámbitos del desarrollo se veían afectados cuando los niños que habían experimentado maltrato estaban creciendo en instituciones, tanto a nivel personal como social, incluyendo dificultades para formar un sistema de apego con sus cuidadores (van IJzendoorn, Luijk y Juffer, 2008; van IJzendoorn, Palacios, Sonuga-Barke, Vorria, McCall... LeMare, 2011). También algunos niños mostraban mayores riesgos para sufrir patologías y futuros abusos (Dozier, Zeanah, Wallin y Shauffer, 2012; Ellis, Fisher y Zahaire, 2004; Johnson, Browne y Hamilton-Giachritsis, 2006; Roy, Rutter y Pickles, 2004; Zeanah, Smyke, Koga y Carlson, 2005). Muchos países han enfocado su intervención en cerrar instituciones, reducir el número de menores que viven en AR y en adoptar políticas preventivas para que los niños no tengan que ser alejados de su medio natural, o en fomentar la reunificación cuando sea positivo hacerlo para el menor.

Las recomendaciones de las Naciones Unidas (ONU, 2009) apuntaban claramente a la necesidad de cerrar grandes instituciones y a desarrollar programas de acogida en familia, siempre que fuera posible y sus condiciones idóneas para los niños. Por otra parte, y tal y como plantean diversos autores (Bakermas-Kranenburg, Steele, Zeanah, Muhamedrahimov, Vorria, Dobrova-Krol...Gunnar, 2011; García Quiroga et al., 2016), en un mundo ideal, las instituciones de cuidado infantil no tendrían que existir, pero la realidad es bien distinta. El número de niños que requieren protección a nivel mundial ante situaciones de maltrato, y los que por diversas causas, como guerras y desastres, han quedado huérfanos o sin protección, es tal que es difícil contar con familias de acogida con condiciones de calidad para proveer cuidados a estos menores. Dado que con toda probabilidad estos centros continuarán existiendo, es importante que las condiciones y los cuidados que se aporten a estos niños sean de calidad y que estén respaldados por planteamientos educativos sólidos fundamentados en los conocimientos de la psicología del desarrollo. En este sentido, la teoría del apego aporta una información esencial para el abordaje de la intervención con estos menores. Un enfoque que permite enriquecer la mirada y afinar la sensibilidad de los adultos que han de acompañarlos mientras están en esta alternativa de cuidados.

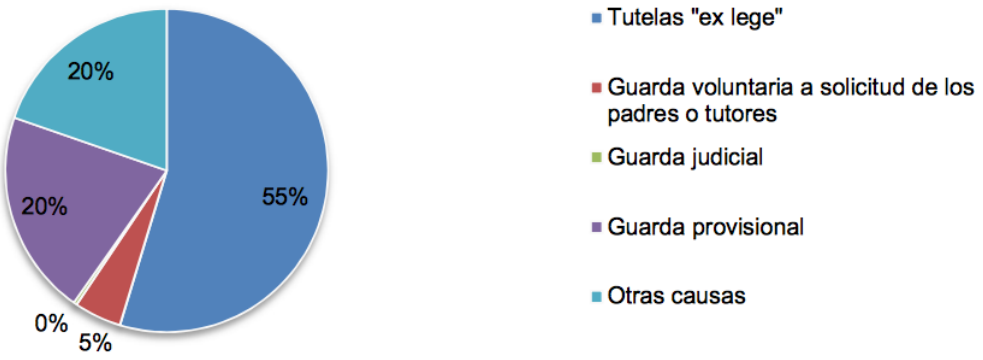
3.8. Datos sobre la Protección a la infancia en España

Según los datos registrados por el Observatorio de la Infancia del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en 2020 en a o 019 n m r o ni o a o nt at n i o or i t ma b i o r ot ión a a In an ia ha teni o un in r m nt o 0, 7 % r to a a o 018 , a a n o 49 98 n 018 a 0 7 n 019 E un aum nto on i rab m nt in rior a r i t ra o ntr o a o 2017 (47.493 NNA) y 2018 (49.985 NNA), periodo en el que el crecimiento

Motivos de ingresos en centros de menores

En 2019 el número de tutelas aumenta un 6,3% y el número de guardas disminuye un 19,71%.

	TOTAL	
	Abs.	***Tasa***
Tutelas "ex lege"	11.587	*139,2*
Guarda voluntaria a solicitud de los padres o tutores	1.008	*12,1*
Guarda judicial	68	*0,8*
Guarda provisional	4.350	*52,3*
Otras causas	4.174	*50,1*
Total	**21.187**	***254,5***
Tasa 1/100.000 personas menores de 18 años		



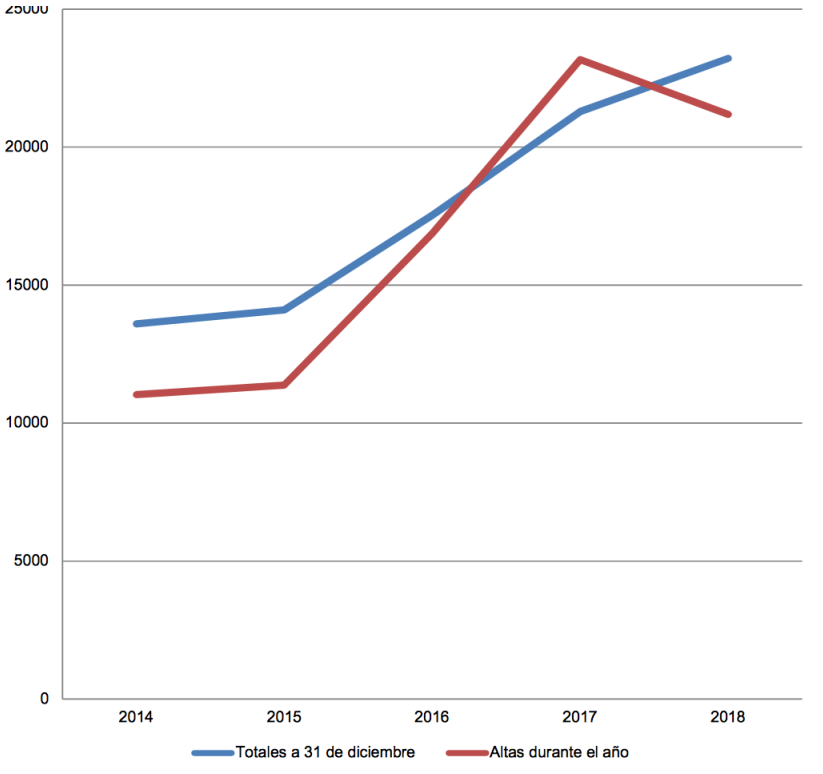
(La numeración de tablas y figuras es independeiente en las partes I y II de la tesis)

o i de os o i i e tos r eside i es

Los datos de 2019 muestran que se incrementó a r omi nan ia o a o imi nto r i n ia obr o a o imi nto ami iar ini ia a n 018 A í, los AR u on n un 0,1 % m qu o a o imi nto ami iar Sin mbar o, n uanto a n m r o a ta, n r a ión on a o 018, n m r o a ta n AR a an 17 (018) a 1 187 (019), o qu r r nta una r u ión un 8,57%, y el de las altas en acogimientos familiares pasa de 3.991 (2018) a 4.452 (2019), lo que supone un crecimiento del 11,55%. Se mantiene pues la predominancia de los acogimientos familiares sobre los residenciales.

		2015	2016	2017	2018	2019
Totales a 31 de diciembre	**Abs.**	13.596	14.104	17.527	21.283	23.209
	Tasa	*163,1*	*169,1*	*210,2*	*255,5*	*278,8*
Altas durante el año	**Abs.**	11.030	11.381	16.878	23.172	21.187
	Tasa	*132,3*	*136,5*	*202,4*	*278,1*	*254,5*

Tasa 1/100.000 personas menores de 18 años



3.9. Algunos aspectos a tener en cuenta en relación a los cuidados alternativos

Algunas aportaciones son relevantes en relación a los cuidados alternativos de crianza. La incorporación a una vida en familia se muestra como una opción de cuidado mucho más ajustada a las necesidades de los niños, pero es cierto que esta fortaleza de base, si no está dotada de recursos, preparación, supervisión y apoyos, puede no ser tan idónea. El *VI Informe sobre el Estado de la Pobreza. Seguimiento del indicador de ries o de o r e e si so i e s a 2009-2015* (R Euro a Lu a ontra a Pobr za a Ex u ión So ia n E ta o E a o , 2016) ya planteaba que el acogimiento en familia extensa se ha priorizado en muchos casos sin una dotación suficiente de apoyos (t ni o r ta iona). Alertaba de la posibilidad de que el riesgo social se perpetuara r o u i n o , de nuevo, a in t itu iona iza ión n a a a a a o n ia, uan o a it ua ión ami iar de estancia con los abuelos ya no era sostenible. También planteaba que, aunque se estaban realizando intervenciones para la reintegración familiar ésta sólo se lograba en el 13%-18% o a o , or o qu n ario r orzar a u a ión parental con la familia de origen. La r u ión a in r ión b i a n r n ión r r a ión ami iar, dependientes de la a mi ni t ra ión local, se veía como un ran ob t u o para ayudar a madres, padres y tutores a ejercer una parentalidad positiva. Estos datos reflejan la complejidad de llevar a la práctica medidas coordinadas y a distintos niveles para continuar mejorando la protección a la infancia.

3.9.1. Aportaciones de investigaciones realizadas en instituciones para menores

La deprivación emocional y relacional ha sido ampliamente estudiada y se ha comprobado sus efectos en el desarrollo de los niños. Los menores que se incorporan al sistema de protección han transitado por experiencias difíciles y en su mayoría han tenido carencias muy importantes que han tenido un efecto en su desarrollo. Bowlby (Bowlby, 1951) en el informe que realizó para la Organización Mundial de la Salud planteó que el motivo por el que los niños que vivían en instituciones presentaban problemas mentales y de conducta era la privación de amor materno que habían tenido en sus primeros años.

Algunas investigaciones posteriores han reflejado que las condiciones en las que se desarrollaba la vida en las instituciones suponían un riesgo de que se produjeran problemas en el desarrollo de los menores a distintos niveles tanto físico, cognitivo y emocional (Nelson, Bos, Gunnar y Sonuga-Barke, 2011; Van IJzendoorn et al., 2011). Es cierto que la mayoría de estos estudios se realizaron en grandes instituciones con falta de medios materiales y, especialmente,

humanos. También con un planteamiento de los cuidados a aportar centrados en las atenciones básicas, no confiriendo mayor importancia a las relaciones establecidas entre los cuidadores y los niños, y al margen de las aportaciones de la psicología y la pedagogía. Estas situaciones, que en algunos casos llegaban a ser de negligencia severa, tenían una clara y negativa repercusión en los índices de desarrollo de los niños (St. Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2005, 2008; Zeanah, Smyke y Settles, 2008).

Autores como Berrick, Needell, Barth y Jonson-Reid (Berrick, Needell, Barth y Jonson-Reid, 1998) ya plantearon que, en muchas de las investigaciones realizadas en este ámbito, es difícil determinar si las diferencias encontradas en estos niños son el resultado de haber vivido una parte de su infancia en AR o son el resultado de experiencias y abusos sufridos con anterioridad o de otros factores ambientales, y animaban a realizar estudios longitudinales que aún siguen siendo escasos. Un estudio realizado n E a a r a taba qu a i i u ta m r u nt n ontra a n a ob a ión in t itu iona iza a n i t omuni a Autónoma t nía qu r on r ob ma on u ta a u m nta (Ló z, F rn n z a , Boada y Bravo, 2010). Según e to autor mu o o r ob ma qu mo t raban bían a a it ua ión r ia am ar o qu habían vivido.

Algunos factores a tener en cuenta como la edad en la que los menores se incorporan, así como el tiempo que permanecen en la institución, suponen importantes factores de riesgo para el desarrollo de los niños (Bakermas-Kranenburg et al., 2011; Johnson y Gunnar, 2011; St. Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2008; Van IJzendoorn et al., 2011).

3.9.2.Intervenciones centradas en las fortalezas

Con la finalidad de prestar apoyo a los niños con medidas de protección muchos profesionales de los servicios han ido adoptando gradualmente un enfoque de sistema de atención más centrado en las fortalezas que en las deficiencias principales (Accomazzo, 2014). Desde una perspectiva socio-ecológica se plantea aportar servicios que promuevan el funcionamiento positivo a nivel del niño, la familia y el entorno social (Afifi et al, 2011). En este sentido, es importante poder comprender la multitud de factores que subyacen a la capacidad de recuperación y pueden contribuir a amortiguar los efectos perjudiciales de las experiencias adversas vividas en la infancia (Herrenkohl, Aisenberg, Williams y Jenson, 2011; Luthar, Cicchetti y Becker, 2000; Masten y Reed, 2002).

Proporcionar una atención enfocada en desarrollar las fortalezas ha demostrado tener resultados positivos en los niños en situación vulnerable (McCammon, 2012). Varios estudios que incluían a niños mayores de cuatro años demostraron buenos resultados en la atención institucional (Knorth, Harder, Zandberg y Kendrick, 2008; McKenzie, 2012) cuando se realizaba un abordaje de atención positiva y de organización centrada en el desarrollo de fortalezas.

Se ha comprobado que los puntos fuertes y las experiencias adversas son independientes entre sí. Este aspecto es relevante porque existen evidencias de que, en general, los niños que entran en el sistema de bienestar infantil han sufrido múltiples experiencias traumáticas. Algunos autores destacan que el desarrollo de fortalezas puede aportar su ventaja protectora a todos los niños, independientemente de la gravedad del trauma o del nivel de psicopatología experimentado (Lyons, Uziel-Miller, Reyes y Sokol, 2000). En esta misma línea hay un estudio realizado en 8.131 niños, desde preescolares a adolescentes, que recibían atención fuera del hogar. Los resultados encontrados mostraban que tener un mayor número de fortalezas no sólo moderaba el impacto del trauma en las conductas de riesgo, sino que la magnitud de este efecto amortiguador era aún mayor en los niveles más altos de exposición al mismo (Griffin, Martinovich, Gawron y Lyons, 2009). Trabajar en incrementar las fortalezas además de disminuir el riesgo puede aumentar la resiliencia de los niños contra los impactos negativos de las experiencias adversas y tener efectos positivos en sus vidas.

En este sentido, es fundamental la colaboración de los centros de atención residencial con los distintos elementos del contexto social, desde el más cercano al más amplio, que intervienen con los niños, como la familia, la escuela y la comunidad en general. Establecer fuentes de apoyo positivo y redes prosociales sólidas con quienes interactúan regularmente con los niños proporcionará una serie de influencias positivas que pueden promover un desarrollo y funcionamiento saludables a largo plazo.

3.9.3. Cultura institucional

Muchas de las investigaciones llevadas a cabo en este campo se han realizado en grandes instituciones donde el trato despersonalizado y la atención básicamente centrada en las necesidades físicas del menor conformaban un ambiente de privación estimular, especialmente en su aspecto relacional (McCall, 2013). En muchas de las investigaciones realizadas se observó que las interacciones que se realizaban con los niños presentaban una calidad menor (Tizard y Hodges,

1978; Tizard y Ress, 1975; Zeanah et al., 2005), con consecuencias diferentes a las que se derivan de las dinámicas relacionales en otros niños que conviven en instituciones donde se proporcionan cuidados de calidad.

Los estudios realizados por el grupo de investigadores St. Petersburg-USA Orphanage Research Team (2005, 2008) entre otros, reflejaron que, aunque las condiciones físicas, materiales y de atención básica se prestaban correctamente había una falta de interacción cálida, cariñosa, sensible y recíproca entre los cuidadores y los niños. También observaron falta de expresividad emocional y de capacidad de respuesta en los adultos, proporcionando escasas oportunidades para que los niños pudieran establecer relaciones más individualizadas con los cuidadores. Estas son características que definen un tipo de cultura institucional que algunos autores han planteado desde hace tiempo (Spitz, 1946) que produce limitaciones y problemas sociales, emocionales y mentales tanto en el momento como con posterioridad (Rutter, 2000).

Algunos autores (St. Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2005, 2008) plantean la necesidad de analizar la naturaleza de las prácticas de cuidado que se llevan a cabo en las instituciones, pues en ellas se dan las dinámicas socio-afectivas que definen la cultura institucional y condicionan el desarrollo de los niños. El equipo de St. Petersburg-USA (2005) observó que, en los Centros donde estaban llevando a cabo la investigación, al igual que en otros orfanatos, se desarrollaba una "cultura" de comportamientos. Ésta se complementaba con unas condiciones estructurales inadecuadas y se caracterizaba por unas interacciones sociales y emocionales mínimas entre niños y cuidadores. Al preguntar a éstos por su forma de intervenir el 57% respondió que las pautas del centro marcaban que su principal trabajo era la atención médica y la educación y el 37% manifestó no estar dispuestos a establecer relaciones de implicación emocional con los niños. Las intervenciones implementadas en este proyecto (St. Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2005) fueron diseñadas para cambiar las justificaciones de las prácticas inadecuadas, así como la cultura de comportamientos. Mostró que los cambios en las condiciones del entorno y especialmente en la forma de interactuar puede producir mejoras en el desarrollo de los niños pequeños. En las instituciones en las que se realizaron cambios estructurales y una formación con objeto de que los educadores incrementasen las interacciones sensibles y receptivas entre ellos y los niños, se comprobaron cambios importantes en esta dirección (McCal et al., 2013). Estas y otras investigaciones (Groark et al., 2012; Julian, McCall, Muhamedrahimov, Palmov y Nikiforova, 2019) evidencian que una intervención socio-emocional

en las instituciones se asocia con beneficios para el apego y una disminución de los problemas de conducta en los niños.

Campos, Ochaita y Espinoza, (Campos, Ochaita, Espinosa, 011) r a izaron un tu i o r aban o a o ini ón u a o r ntro r ot ión, obr a i r n ia ntr ont x to r i n ia ami iar n a ati a ión a n i a in anti a o nt on u ron qu n ario ontar on m in ti a ión a ra ribir ómo arro a a r a ión a ti a u a or-ni o ómo o rar qu a n i a a to o ni o u a satisfacer de forma apropiada en las distinta ta a arro o En r a ión a a in or or a ión uno o obj ti o a "norma iza ión ", omo r o r a o ni o x ri n ia similares a las que viven aquellos que residen en un medio familiar, recogieron algunos planteamientos de los educadores. Éstos, en general, no consideraban que debieran tener como objetivo asemejarse al funcionamiento de las familias, dadas las circunstancias de los niños y las características de los centros. Destacaban el carácter profesional de su tarea en la que acogen al niño durante un tiempo concreto y consideraban que no debían asumir algunas de las características más importantes del contexto familiar: un compromiso personal e incondicional hacia los hijos y un proyecto vital conjunto. Respecto a las relaciones afectivas las entendían como un elemento clave para el desarrollo de la autonomía y normalización de la vida de los menores. También planteaban que las que se establecen en los centros son complejas, debido a las circunstancias de los menores y a las condiciones de la relación enmarcadas en un contrato laboral. Estos profesionales reflejaban que siempre tiene que existir una necesaria distancia emocional para que, aunque ellos estuvieran realizando funciones semejantes a los padres y apoyaran a los niños en su desarrollo, éstos fueran conscientes de que no lo son. Sin embargo, planteaban mantener una relación afectiva estable mientras el niño permanece en la residencia y a la vez no generar una excesiva dependencia.

Por su parte García Quiroga et al. (2016) consideran, como resultado de sus investigaciones, que la relación que los niños establecen con sus cuidadores en los centros tiene la posibilidad tanto de perpetuar como de cambiar los patrones de relación que el niño ha construido con anterioridad en la relación con sus progenitores. Apuntan que la falta de implicación afectiva que en ocasiones se intenta mantener por parte de estos cuidadores temporales, con el fin de proteger al menor de un nuevo dolor de pérdida por la separación, limita la posibilidad de que se produzca un cambio en los Modelos Operativos Internos de esos niños.

La calidad del cuidado, incluida la disponibilidad, la sensibilidad, la aceptación y el sentido de pertenencia de los cuidadores, está relacionada con los resultados emocionales y sociales en el niño. El cuidado sensible también implica una relación que sea estable a lo largo del tiempo. Un problema importante en muchas instituciones es que la proporción niño-educador es demasiado alta para poder aportar un tiempo y atención adecuados (Vorria et al. 2003)

Para incorporar cambios en la cultura institucional se requiere adoptar medidas estructurales, que posibiliten una mejor y más individualizada interacción con los niños, tanto a nivel de medios como de formación de los profesionales. Ésta más el trabajo en equipo y la supervisión son elementos imprescindibles de apoyo para que los educadores puedan proporcionar el mejor cuidado posible y las oportunidades de desarrollo más idóneas para niños que tienen que vivir en centros de atención residencial.

3.10. El acogimiento residencial y su repercusión en el vínculo de apego

En relación al apego se ha descrito que en los medios institucionales de protección los niños tienen menor seguridad y mayor inseguridad y desorganización que los que conviven con sus padres (Dobrova-Krol, Van IJzendoorn, Bakermas-Kranenburg y Juer, 2010; St. Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2005, 2008). Esta última investigación ha mostrado que se podían dar pasos hacia la seguridad del apego entre los niños institucionalizados mediante la reorganización de los cuidados. Éste incremento en la seguridad también se reflejado en otra investigación (Steele, Hodges, Kaniuk y Steele, 2009). Cuando el cuidado en una institución está bien organizado hay datos que han reflejado niveles normativos de seguridad (superiores al 55%) (Herreros, 2009).

Una de las áreas del desarrollo que se ha visto más afectada en los estudios realizados en niños que vivían en una institución es la socioafectiva (Van IJzendoorn et al., 2011). Esta área se ha asociado con los procesos de socialización en los que participa el niño (Bugental y Grusec, 2006) y, especialmente, con el establecimiento de relaciones de apego y sus efectos en el desarrollo (Smyke, Dumitrescu y Zeanah, 2002; Tompson, 2008). Distintos estudios han reflejado el incremento de estas estrategias de apego inseguro y desorganizado en niños que han pasado sus primeros años de vida en instituciones sin haber podido contar con una relación vincular preferencial y significativa y las dificultades que esto ha supuesto para el establecimiento de

relaciones de apego posteriores (Rutter,Beckett, Castle, Colvert, Kreppner. Mehta. ..Sonuga-Barke, 2007; Smyke et al., 2002; Zeanah, Smyke y Dumitrescu, 2002).

También es necesario plantearse, tal como sugieren van IJzendoorn et al. (2011), si las clasificaciones de apego, en particular el desorganizado, significan lo mismo en una institución que en un ambiente familiar. Algunos autores apuntan que en el contexto institucional la desorganización puede reflejar una falta de oportunidades para el apego o un retraso en el desarrollo de un apego organizado selectivo. Chisholm (Chisholm, 1998) sugirió que el comportamiento indiscriminado, considerado un trastorno reactivo del apego, y que muchos niños institucionalizados presentan, puede ser adaptativo en este entorno. En los ni o ria o en familias, el comportamiento amistoso desinhibido se relaciona con el maltrato y los problemas iqu i tri o n ui a or , en especial de la madre (Lyons-Ruth, Bureau, Riley y Atlas-Corbett, 2009; Zeanah et al., 2004). Sin embargo, en el contexto institucional se ha planteado que podría ser más una forma ~~de~~ demandar y poder recibir atención por parte de los adultos (Bakermas-Kranenburg et al., 2011).

Por otra parte, distintas investigaciones han comprobado cambios en el desarrollo de niños pequeños cuando los educadores que les atendían habían recibido la formación adecuada. Promoviendo interacciones sensibles, receptivas entre cuidadores y niños se han observado cambios en el desarrollo físico, cognitivo y socioemocional de los pequeños (Groark, McCall, Hawk, Julian, Merz, Rosas... Nikiforova, 2019; Groark, McCall y Fish, 2011; McCall, Groark, Hawk, Julian, Merz, Rosas, . . . Nikiforova, 2019). No cabe duda que los cuidados de calidad importan y se reflejan en el bienestar de los niños (Early Child Care Research Network, 2006).

Existen pocos estudios que hayan indagado en la relación entre la calidad del cuidado a nivel de cada niño institucionalizado y su patrón de apego, pero los existentes reflejan la importancia de este abordaje de intervención. orr , Maia, rí i mo, Fernandes y Silva (2012) realizaron una investigación en niños de cuatro a ocho años que vivían unos en instituciones y otros en familias. Éstas se diferenciaban en su nivel educativo, alto y bajo. Su objetivo era comprobar a través de narraciones de apego sus modelos operativos internos. Por otra parte, también analizaron la relación entre la seguridad de las representaciones de apego y tres síndromes de externalización/internalización de los comportamientos problemáticos e hiperactividad. En esta ocasión la muestra estaba constituida por dos grupos, niños institucionalizados y niños que vivían con sus familias biológicas de un nivel educativo bajo. Sus conclusiones apoyan la idea de que las

representaciones seguras pueden ser factores de protección que contribuyan a la resiliencia del niño incluso en presencia de otras condiciones adversas. Los niños institucionalizados fueron valorados con el ASCT y obtuvieron puntuaciones más elevadas en seguridad de lo esperado. Estos autores subrayaron que no se puede adoptar un punto de vista determinista si se tiene en cuenta la teoría de apego y sus implicaciones. La concepción dinámica de las representaciones implica que éstas pueden ser reformadas en el curso de la vida mediante la integración de otras experiencias (Bowlby, 1973). Se puso de manifiesto la importancia de ofrecer a los niños separados de sus familias, un contexto de cuidados previsibles y seguros con continuidad y apoyo para fomentar la posibilidad de que puedan construir relaciones de apego saludables y estables. Para promover la recuperación, tras haber vivido experiencias negligentes y abusivas, ésta es una clave importante que puede permitir cambiar las representaciones y los comportamientos problemáticos.

García Quiroga, Hamilton e Ibáñez (2017) realizaron un estudio en Chile comparando niños que vivían en atención residencial, en familias de acogida y con sus padres. Exploraron sus tipos de apego, la conducta amigable indiscriminada y los problemas socioemocionales y conductuales que presentaban. Esperaban, conforme apunta la literatura, mejores resultados en los niños que vivían en familias de acogida, pero los datos no avalarón esta hipotesís sólo encontraron diferencias significativas entre los grupos atención residencial y los que vivían con sus padres en la conducta amigable indiscriminada que era mayor en los niños que vivían en un centro. Plantean que, aunque es una opinión muy extendida que la familia de acogida es una forma mejor de atención para los niños, los resultados que encontraron no van en esa dirección. Subrayan la necesidad de realizar más investigaciones locales estudiando las condiciones en las que tienen lugar estos programas de atención en familias de acogida y en las residencias. La calidad de la atención que se presta, estabilidad en los emplazamientos y el apoyo proporcionado por parte de los cuidadores en aspectos como motivación y sensibilidad son elementos importantes a investigar y recomiendan seguir estudiándolos más a fondo para proporcionar la mejor atención posible en cada país. Otras dimensiones propuestas en el esquema de Ezell et al. (2011) que pueden influir en la calidad del servicio prestado y en los resultados obtenidos son el grado de implicación de los profesionales y la relación de los niños con los miembros de la familia biológica.

Quiroga et al. (2016) en la revisión que realizaron analizando los estudios existentes publicados sobre los estilos de apego en niños que vivían en acogimiento alternativo (Hogares Infantiles y Familias de Acogidas) hallaron diferencias entre los niños que vivían en estos

cuidados y los que lo hacían con sus padres biológicos o adoptivos. Observaron que en estos resultados influían las características del centro, del niño y de los cuidadores. Destacaron que, los niños que por protección han tenido que pasar a vivir en una residencia, las relaciones que establecen con sus cuidadores temporales pueden cambiar los patrones `previos de apego. Estas autoras plantean que en primer lugar se deben poner las necesidades afectivas de los niños para que puedan lograr una relación emocional estable y segura con sus cuidadores.

Las diferencias individuales en el cuidado se ha comprobado que tienen influencia en el desarrollo de los niños pequeños, incluso en entornos institucionales no idóneos, como se constató en el caso de los niños rumanos criados en instituciones, (Smyke, Koga, Johnson, Fox, Marshall, Nelson y Zeanah, 2007). El microentorno de cuidado en el que se desarrolla cada niño parece tener un alto poder predictivo en su desarrollo.

Algunos autores plantean que un marco teórico para los servicios de bienestar de la infancia debe conectar entre sí objetivos tan importantes como la seguridad, la estabilidad y el bienestar y ayudar a los profesionales a diseñar y organizar contextos que contribuyan a la consecución de esos objetivos. Cuando los niños han sido retirados de su medio familiar necesitan, especialmente, relaciones protectoras y de apoyo con adultos emocionalmente sensibles que faciliten su crecimiento y el desarrollo de todo su potencial (Lawler, Shaver y Goodman, 2011). Un encuadre teórico y de intervención basado en la calidad de las relaciónes, puede servir de marco unificador para los servicios de apoyo los niños. También puede ayudar a orientar las políticas y prácticas a desarrollar prestando especial atención a las características del desarrollo infantil y a las necesidades de los niños. Los servicios de bienestar que se basen en este tipo de relación cuentan además con el respaldo de una literatura (Barudy y Dantagnan, 2005; Rubilar y Richaud, 2018) que ha estudiado el papel de las relaciones de calidad entre los padres e hijos. Aunque el tipo de vínculo es claramente diferente, los beneficios que pueden aportar las intervenciones basadas en proporcionar relaciones de calidad, son notables. Es importante apoyar al niño para que pueda lograr una mayor seguridad en el apego lo que incrementará su bienestar y actuará como factor protector para el desarrollo (Cassidy y Shaver, 2008).

Un marco basado en la relación, construido sobre la base de la teoría del apego y la investigación, proporciona una orientación sólida para abordar las necesidades fundamentales de todos los niños, especialmente de los que han vivido situaciones de maltrato y que requieran cuidados alternativos por un tiempo (Lawler et al., 2011).

II ESTUDIO EMPÍRICO

4. MÉTODO

4.1. Objetivos

Siguiendo las ideas descritas en la parte teórica, la presente tesis doctoral tiene el siguiente objetivo general: Estudiar las representaciones de apego en niños que han sufrido situaciones de maltrato y viven en centros de atención a la infancia a través de sus narraciones, y analizar la relación entre esas representaciones de apego y determinados factores de riesgo y situaciones vitales.

Para lograr este objetivo general, se plantean los siguientes objetivos específicos:

Objetivo 1. Conocer las características y circunstancias vitales de los participantes de este estudio. En este sentido se plantean los siguientes sub-objetivos:

1.1. Describir las características y circunstancias vitales de los participantes en este estudio (Medida de apertura del expediente de desprotección, tipo de maltrato, factores de riesgo en la muestra, régimen de relación y visitas de la madre, padre y familia extensa.

1.2. Relacionar la medida de apertura del expediente de desprotección y los indicadores de maltrato y/o riesgo de maltrato del niño.

Objetivo 2. Analizar las representaciones de apego de los niños que participan en este estudio y comparar los resultados con muestras de niños sin expediente de desprotección.

Objetivo 3. Analizar la relación de cada uno de los Factores de Riesgo con los Tipos y Escalas de apego.

Objetivo 4. Analizar la relación entre los factores de riesgo y el tipo de apego y las escalas del CCH.

Objetivo 5. Valorar la relación entre los tipos de apego, las escalas del CCH, y los índices de riesgo acumulado.

Objetivo 6. Conocer la incidencia del tipo de maltrato sobre los tipos de apego y escalas del CCH.

Objetivo 7. Relacionar los tipos de apego y las escalas del CCH con la presencia de familia multiproblemática de la madre y la red de apoyo social.

Objetivo 8. Estudiar la relación entre los tipos de apego, las escalas del CCH y el contacto con la madre, padre y familia extensa.

Objetivo 9. Analizar la relación entre los tipos de apego, escalas del CCH y el género de los niños.
Objetivo 10. Relacionar los tipos de apego y las escalas del CCH con la edad de ingreso y el tiempo de permanencia en la institución.
Objetivo 11. Analizar la relación entre los tipos de apego, las escalas del CCH y la medida de salida

Además de los objetivos mencionados se incluye un estudio piloto exploratorio para revisar los cambios experimentados durante su estancia en la Institución en el tipo de apego. En este sentido, a nueve niños que presentaban inseguridad en sus representaciones de Apego en la primera valoración se les realizó un seguimiento aplicándoles nuevamente las mismas escalas del CCH.

4.2. Participantes

Han participado en este estudio 65 niños que viven en una Residencia de Primera Infancia (0-6 años) de la Comunidad de Madrid. Estas Residencias de primera infancia están destinadas al acogimiento de niños con medidas de protección. En principio dichas medidas son de carácter temporal y finalizan en el momento en que se pueda recuperar la convivencia con la madre/padre o tutores legales o se proporcione una medida de protección alternativa que puede ser el acogimiento en familia extensa, ajena (también denominada alternativa o seleccionada) o la adopción.
Todos los niños asisten a Centros educativos, los más pequeños a una Escuela Infantil y la mayoría a colegios públicos de la zona donde se encuentra ubicada la Residencia. No presentan trastornos del desarrollo, aunque algunos de ellos cuentan con apoyo de estimulación y terapia ocupacional.

De los 65 participantes de la muestra, 30 (46,2%) son niñas y 35 (53,8%) niños. Estos porcentajes son similares a los que se encuentran en la población que habitualmente vive en el Centro. La edad media de los niños estudiados en el momento de la evaluación fue de 52,46 meses (D.t.: 11,46). La edad mínima es, en un caso, de 2 años y 11 meses y la máxima, en otro caso, de 6 años y medio. Salvo estos dos casos se evaluaron solo los niños cuyas edades estaban comprendidas entre 3 y 6 años. Por otro lado, la media de edad de ingreso en la Residencia fue de

38,03 meses (D.t.: 15,03), siendo la media del tiempo de ingreso en la residencia, en el momento de la evaluación, de 14,28 meses (D.t: 11,01) con un rango entre 2 y 45 meses.

Finalmente, a 9 participantes (2 niñas y 7 niños) de la muestra total se les realizó un estudio exploratorio de seguimiento, tal y como se describe más abajo en el procedimiento de recogida de datos. La media de edad de esos 9 niños fue de 35,78 meses (D.t. = 13,59).

4.3. Contexto del estudio

En relación a la tipología de maltrato sufrida, 40 niños (61,5%) habían sufrido maltrato por Negligencia, mientras que los 25 restantes (38,5%) habían sufrido tanto maltrato por Negligencia como Maltrato Emocional. En uno de los casos, había habido , además, sospechas de Maltrato Físico y en otro de Abuso Sexual. Sin embargo, dichas sospechas no se confirmaron y, por tanto, estas dos tipologías de maltrato no figuran en el presente estudio.

Respecto a las medidas de protección que configuran la muestra, el centro administraba, desde el inicio de la estancia de los niños, la guarda de un 43,1% (28 niños). Mientras que en un 56,9% (37 niños) ya se había declarado el desamparo y el Centro tenía la Tutela de estos menores. Hay que indicar que durante el tiempo de estancia en la Institución 18 niños (27,7%) pasaron de Guarda a Tutela. Este cambio se realizó a lo largo del proceso de acogida, dado que la situación familiar no estaba respondiendo a las posibilidades de retorno del niño con sus padres.

Se recogieron datos en relación al tiempo que los niños convivieron con sus padres antes de entrar en la institución y, con posterioridad, el tiempo que estuvieron viviendo en el centro. El tiempo en la institución se calculó con el siguiente procedimiento: se obtuvieron los datos relativos tanto a la fecha de ingreso como a la de salida y se realizó una resta simple. Para facilitar la comparación se convirtió este número en meses dividiendo el número de días por 30,4375, siguiendo el procedimiento usual en estos casos utilizado, por ejemplo, por la OMS (De Onis, Onyango, Borghi, Garza y Yang, 2006).

La media de meses que llevaba conviviendo el niño con la madre es de 35,05 (D.t.: 16,85) con un mínimo de 3 y un máximo de 66 meses. En relación al tiempo conviviendo con el padre, éste va de 0 a 60 meses con una media de 23,69 (D.t.: 18,47). Hay que destacar que muchos niños

convivieron con el padre de forma intermitente, y 15 de ellos nunca convivieron con él. En algunos casos, incluso se desconocía la identidad del padre. Respecto al tiempo de estancia mínimo en la Institución fue de 5 meses, y el máximo de 63. La media fue de 27,08 meses (D.t.: 13,30). Como se puede ver, en algunos casos el tiempo en la institución ha sido igual o mayor que el de convivencia con sus padres.

Con el fin de conocer qué tipo de medida motivó su salida de la Residencia de Primera Infancia, con posterioridad a la aplicación del instrumento de apego, se recogieron los siguientes datos. De los 65 niños con los que se realizó el estudio retornaron con sus padres 30 (46,2%.), en 22 casos (73,3%) los padres estaban separados y el retorno se produjo, excepto en un caso, con la madre. En los 8 casos restantes los padres no estaban separados y el niño pasó a vivir con ambos. En 7 casos (10,8%) el retorno fue con la familia extensa (tíos o abuelos). Por tanto, el retorno al medio familiar fue de 37 casos lo que representa el 56,9%. Los 28 casos restantes (43,1%) salieron de la institución en acogimiento no familiar.

Respecto a las características de la Unidad Familiar, en el 20% de la muestra los padres no estaban separados, mientras que en el restante 80% sí lo están. En cuanto a la nacionalidad, 31 madres son de nacionalidad española (47,7%) y 34 son de origen extranjero, en su mayor parte de países de latinoamerica (n=27), cuatro de origen magrebí, dos de origen subsahariano y una de los países del Este de Europa. Respecto a los padres, no hay datos sobre la nacionalidad de los padres de 4 niños (6,2%), 27 son españoles (41,5%) y 34 son de otros países, la mayoría también latinoamericanos y, en menor proporción, de origen magrebí. Tres padres procedían de países subsaharianos.

En cuanto al número de hermanos, 6 niños (9,2%) son hijos únicos, 31 (47,7%) tienen un hermano, 14 (21,5%) dos hermanos, 10 (15,4%) tienen 3, dos niños (3,1%) tienen 4 hermanos; un niño (1,5%) 5 hermanos y, finalmente, 1 niño (1,5%) tenía 8 hermanos. De los 65 niños de la muestra, 16 niños (24,6%) no tienen hermanos o éstos no están en centros de protección, mientras que 46 (70,8%) tienen un hermano en la Residencia. En un caso (1,5%) son tres hermanos los que están en la Residencia. En relación a la intención del Centro de mantener los vínculos familiares, algunos niños permanecieron más tiempo en la Residencia, aunque hubiesen cumplido más de 6 años, si tenían hermanos más pequeños en el Centro.

4.4. Descripción de los estándares de Calidad de la Residencia de Primera Infancia dónde viven los participantes

El Proyecto de Residencia se ha constituido en torno a unos estándares de calidad y dentro de un marco que tiene en cuenta la perspectiva de la Teoría del Apego. Destacamos algunos de los puntos que articulan el proyecto:

1- Organización de la vida de la residencia en pequeños agrupamientos de 4 a 7 niños Cada niño dispone de un armario con su ropa y artículos personales, así como juguetes, libro de la vida, fotografías etc. El Centro tiene capacidad para 33 niños distribuidos en cuatro grupos de 7 niños de edad superior a un año y un grupo con capacidad para 5 bebés.

2- Se prioriza que los hermanos puedan estar juntos en el mismo agrupamiento, a no ser que, al ser muy pequeños, vivieran en la zona de bebés. En el caso de que los hermanos sean mayores y/o estén viviendo en otro Centro se fomenta la relación entre ellos con llamadas y visitas y siempre que es posible con salidas conjuntas.

3- Se procura que no haya múltiples turnos de educadores. Así, en cada unidad convivencial hay dos educadoras de referencia una en turno de mañana y otra de tarde. Según se refleja en el Proyecto de Centro, se trabajan explícitamente las necesidades afectivas y vínculo de base segura con las educadoras o los educadores de referencia en el marco, ya citado, de la Teoría del Apego.

4- Integración de los niños en el área urbana de la comunidad. La residencia no está alejada del núcleo urbano y esto posibilita la integración del menor en los colegios públicos y demás servicios comunitarios de la zona.

5- Atención a las necesidades de espacio personal y juego. La Residencia cuenta con jardín y espacio de juego al aire libre, y una sala de juego y televisión en cada unidad, además de un baño espacioso en cada unidad residencial.

Dentro de los Estándares de Calidad, el Proyecto de Centro tiene como objetivos conseguir que los niños crezcan de forma saludable, ayudándoles a construir su personalidad de forma óptima. Se incide entre otros en los siguientes parámetros: necesidades de carácter físico-biológico, atención sanitaria, seguridad y bienestar, educación, aprendizaje y actividades de la vida diaria y actividades de ocio en fines de semana y días festivos. Además, se procura atención

psicológica y atención en terapia ocupacional, así como atención a las necesidades específicas de los niños con diversidad funcional que lo precisen.

Asimismo, el centro lleva a cabo un trabajo con las familias de los menores, ya que las consideran una referencia de su intervención. Se fomentan los contactos, llamadas, visitas y, siempre que sean posibles, las salidas con madres, padres, hermanos y familiares cuando se ven saludables para el niño y se informa a la familia de la importancia que para el niño tiene que haya una continuidad e implicación en el mantenimiento de las mismas. Se tienen en cuenta y se cuidan las relaciones con las familias y se les pide colaboración en el proceso con el fin de lograr una reunificación familiar en el menor plazo posible. Cuando la reintegración al propio hogar no sea posible, también trabajan con los padres biológicos la alternativa que se haya contemplado como la más favorable para los niños.

4.5. Procedimiento de recogida de datos

Dada la complejidad de las situaciones vitales por las que estos niños han atravesado se consideró necesario recoger un amplio número de datos.

El primer paso fue solicitar el permiso de Subdirección General de Protección de Menor de la Comunidad de Madrid para realizar el estudio y tener acceso al expediente y registro de datos de los menores participantes, así como la conformidad y colaboración de la Residencia de Primera Infancia en dónde se iba a realizar la investigación. Hay que puntualizar que el centro no era desconocido para la doctoranda, ya que con anterioridad había llevado a cabo un estudio piloto previo. El Equipo Directivo colaboró durante todo el proceso, así como las educadoras y educadores de los distintos grupos, la trabajadora social y la terapeuta ocupacional. Se realizó alguna sesión informativa donde se detalló el estudio que se iba a llevar a cabo y se proporcionó información sobre la Teoría del apego en la que se enmarca este estudio.

Una vez concedidos los permisos, la doctoranda se familiarizó con los niños del centro haciendo su presencia más habitual para no resultar una persona desconocida. El estudio se desarrolló en un plazo largo de tiempo por razones diversas. En concreto durante 6 años y el número de niños que, en este espacio de tiempo, se llegó a poder estudiar fueron 65. Dado que la Residencia tiene cabida para 35 niños de 0 a 6 años y que la elección se realizó al azar fue

necesario realizar la valoración en distintos momentos para obtener el total de niños que componen la muestra.

Cuando el equipo educativo del centro consideró que el niño había pasado el periodo de adaptación a la vida en la residencia y en los momentos que consideraron más convenientes para no distorsionar la vida cotidiana de los menores se realizó de forma individual la sesión de juego para la evaluación del Apego. Cada sesión de valoración tuvo una duración de entre 30 y 35 minutos, dependiendo de la respuesta del niño. En muchas ocasiones fue necesario dejar un tiempo posterior para que los niños pudieran continuar jugando libremente con el material presentado o con otro material que ellos proponían. Terminada la aplicación de la prueba se les ofreció material de pintura y, algunos niños hicieron dibujos relativos a ellos mismos o a la familia y otros no hicieron dibujos figurativos, utilizando colores y formas como vehículo de expresión.

Todas las sesiones se registraron en video para su posterior codificación. Cada una de ellas fue filmada y transcrita, y se codificó asignando a cada niño un número para garantizar la protección de datos de los menores.

Con el objetivo de desarrollar un estudio exploratorio de carácter longitudinal, pasados entre 11 y 14 meses, se aplicó la técnica de retest a 9 niños a efectos de evaluar nuevamente los MOI. Estos 9 niños en la primera evaluación habían mostrado un tipo de apego inseguro y/o desorganizado. Se puede considerar piloto (para futuras investigaciones) dado el bajo tamaño muestral del grupo al que se le hizo una segunda evaluación. El procedimiento de aplicación fue el mismo que en la evaluación inicial descrito más abajo.

4.6. Instrumentos

Para la presente tesis doctoral se evaluó el sistema de apego concretándose en los distintos tipos establecidos y escalas, como se describe en el siguiente apartado. Posteriormente, se recogieron en una hoja de registro individual distintos datos de cada niño y de su medio familiar. Los factores de riesgo, el tipo de maltrato que acusaron los menores, el género y edad de los mismos, entre otras características que podrían estar relacionados con los tipos de Apego y que se detallan en la sección correspondiente.

. *Instrumento de evaluación del Apego*

Como ya se ha comentado brevemente en la revisión de los instrumentos de evaluación dentro del apartado teórico del apego, el *Attachment Story Completion Task* (ASCT) (Bretherton, Ridgeway y Cassidy, 1990) es el instrumento utilizado para examinar la calidad de las representaciones de apego del niño (Modelo Interno Operante, MIO). Esta prueba se utiliza con niños de 3 a 7 años.

Este instrumento proporciona narraciones del niño sobre situaciones en las que el apego está activado. Las historias propuestas tienen como temas problemas cotidianos de un niño/a de la misma edad que el niño explorado, de manera que el relato incluye la percepción del problema del niño/a, cómo le ayudan sus padres y si se resuelve el problema y el niño se siente mejor. El sistema de codificación de las características de las narraciones que hemos utilizado en este estudio es el C.C.H. (*C rtes o r e Co ète e t d'Histoires*) de Miljkovitch, Pierrehumbert, Karmaniola, y Halfon (2003), en la versión española (Ibá z y González). A partir de ahora utilizaremos las siglas CCH para referirnos a los datos recogidos con este instrumento y con este sistema de codificación.

Basándose en las investigaciones sobre el MIO (Main, Kaplan y Cassidy,1985) realizadas sobre las narraciónes de apego de los adultos, a través de la *Adult Attachment Interview* (AAI), se diseñó el *Attachment Story Completion Task* (ASCT). Este instrumento combina técnicas narrativas y la puesta en escena de distintas situaciones con el objetivo de evaluar las representaciones internas de apego de niños de 3 a 7 años. Para llevarla a cabo se presentan al niño unos muñecos que representan a los distintos miembros de una familia (madre, padre, niños y abuela) y un mobiliario adecuado para cada historia que se le propone. El protagonista de las historias tiene el mismo sexo y edad que el niño que está realizando la prueba.

Se presenta un primer inicio de historia neutro para que el niño se familiarice con el material. En este caso, la celebración del cumpleaños del protagonista con un pastel. Está historia (que no se valora) se utiliza para familiarizar al niño con los personajes, el tipo de propuesta y con la persona que realiza la prueba. Posteriormente, se aplican las historias que sirven para la evaluación.

La prueba consta de 7 inicios de historias dirigidos a activar el sistema de apego del niño:

1. Zumo derramado (propone la torpeza del niño): El niño protagonista está tomando un zumo de naranja en casa con sus padres y hermanito/a y se le cae sin querer al u o, u ma r i n oz u rt "¡to o zumo or u o! " … " u ntam r r nta qu a a r a ora" …
2. Salida al parque (propone una situación de caída con una herida): El niño va al parque con sus padres y su hermanito/a ve una roca muy alta y a él le gusta subirse y n a r o a u a r , a ma r i a arma a "¡ on ui a o qu o ría a rt !, ni o/ a a i "¡u , mi rodilla!, ¡qu a o! " … "Cuéntame y representa qué a a r a ora" …
3. Monstruo en la habitación (propone una situación de miedo): El niño va a dormir solo cuando sus padres están mirando la televisión, de pronto se apaga la luz y oye un rui o (qu a ntr i t a or) ni o/ a r ota oni t a i a a u ta o "¡un mon truo!" … " uéntame y representa qué a a r a ora " …
4. Marcha de los padres (propone una situación de separación): Los niños están en el jardín jugando, los padres están poniendo maletas en el coche, el hermanito/a dice " r o qu papá y mamá a n iaj " a a abuela que les dice que los cuidará, nton o a r a n a ia o i n "ni o o no a mo iaj , o cuidará la abuela, esta noche dormiremos en un hotel, mañana por la mañana volveremos, suben al coche, el hermanito/a dice lloroso/a ¡yo quiero venir con vosotros! la abuela lo co o r ombro i "no, t te quedas aquí con no otro ", a ni o x ora o i qu a a mar a r o , o a a a zona de representación de las historias… " u ntam y representa qué pasará a ora "…
5. Retorno de los padres (propone una situación de retorno): Es el día siguiente, los niños se han levantado y desayunado y están en el jardin con la abuela, la abuela i "oi o un rui o r o qu on papá y mamá que vienen, el examinador trae el coche de nuevo a la mesa, en la zona que representa el jardín… "Cuéntame y r r nta qu a a r a ora" …
6. Pérdida del perrito Toby (propone que la mascota del niño se va): El protagonista tiene un perrito al que quiere mucho y le gusta jugar con él, el niño protagonista dice "¿puedo salir al jardín a jugar con Toby?" Su madre le dice que sí, el niño sale y el perrito no está, él le llama "¡Toby, Toby, ven!" El perrito no aparece, el niño vuelve

hacia su madre y le dice "¡mamá Toby se ha ido!" … " u ntam r resenta qué a ar a ora " …

7. Retorno del perrito Toby (propone que la mascota retorna): el niño sale al Jardín y si en su relato encuentran al perrito, se juega el retorno y si no se ha encontrado se inicia esta historia, el niño/a sale al jardín y descubre que Toby ha vuelto y grita "¡ a , mam , Toby ha vuelto!" … " u ntam r r nta qué a ar a o ra" …
8. Excursión con un educador -dolor de barriga, malestar físico inesperado (esta historia se ha creado especialmente para este estudio para que pudiera representar la experiencia real de ser cuidados por educadores que viven los niños del centro). El protagonista está de excursión con algunos niños del centro residencial y un educador, de r nt r ota oni t a i "¡ay! ¡ay! ¡Que dolor de barriga!" … " u ntam y representa qué a ar a or a" …

La administración está protocolizada y estandarizada, excepto para esta última historia, para que la narración resultante pueda ser analizada con fiabilidad.

La prueba define cuatro tipos de apego con relación a los siguientes conceptos teóricos:

Seguros: Los niños seguros se manifiestan con poco estrés y están disponibles para jugar. Tienen un acceso libre y sin restricciones al conjunto de representaciones. Producen una narración con facilidad y espontaneidad y no temen implicarse personalmente describiendo historias vivas más que narrar relaciones estereotipadas y faltas de afecto. Su aceptación de los defectos de los otros y de los propios les permite describir a los personajes en infinidad de facetas y no solo en términos positivos. Ellos evocan una amplia gama de estados emocionales incluidos la tristeza o la ira. Describen relaciones sensibles en las que se comparten emociones (a imagen de lo que conocen de su propia familia). Tienen una actitud constructiva de cara a los problemas y reaccionan activamente a los temas de la separación con el fin de restablecer el vinculo del apego.

Evitativos (Desactivados): En la inhibición del sistema de apego se puede ver cómo los niños apartan su atención de todo lo relativo al apego. Se muestran ansiosos. Esto se traduce en una resistencia a participar en terminar las historias. Aunque aceptan implicarse

en el juego, su implicación será superficial. Describen relaciones familiares estereotipadas y no introducen emociones ni compromisos con los personajes. Teniendo en cuenta sus dificultades para hacerse cargo de sus aspectos negativos y de las relaciones de apego no pueden abordar sucesos ni emociones negativas. Parece como si ellos no pudieran representar relaciones de protección o ayuda en el seno de su familia. Cuando se plantea una historia estresante con relación al apego no hacen nada para restablecer la proximidad o la seguridad. En la historia de la vuelta de los padres, la mayoría de ellos no experimentan alegría, evitan la escena o hacen partir a los padres de nuevo.

Ambivalentes (Hiperactivados): Los niños muestran una gran activación en el sistema de apego, lo que se manifiesta en una focalización de la atención en las emociones negativas y una dificultad para volver a mostrarse tranquilos. En el ámbito de representación estos niños parecen incapaces de reaccionar de forma constructiva a los temas del apego. Cuando éstos se evocan, aparece en ellos un sentimiento de ira, se enganchan con las historias, pero no van más allá. Tienen una dificultad para construir narraciones, ya que se ven inmersos en una emocionalidad que no les permite entrar en el juego. Los niños que presentan este prototipo ambivalente no continúan las historias de una manera constructiva ni elaboran un desarrollo de las mismas, tienen tendencia a quedarse bloqueados en los aspectos negativos, de los que algunas veces son conscientes. Al igual que en la situación extraña (), el niño reacciona rápidamente a la separación y tiene una tendencia a alargarlas sin darles a las escenas otras salidas más positivas.

Desorganizados: En los niños se observa en la resolución de las historias una pérdida de control de la situación, con finales catastróficos donde los personajes aparecen impotentes y sin ayuda. Los temas de desintegración de los personajes o de la familia aparecen. Las medidas de disciplina que plantea el niño son exageradas y violentas. La agresión y destrucción aparecen con bastante frecuencia. Los niños pueden aparecer también mostrando un rol parental. Las narraciones son desorganizadas e incoherentes, aunque en ocasiones, también el niño podría parecer mudo, inhibido o ansioso.

El método utilizado en esta tesis para codificar las narraciones de apego obtenidos (CCH) posibilita evaluar las estrategias de apego de los niños de 3-7 años clasificando las representaciones sobre: la aceptación del problema planteado en el inicio de la historia, las

reacciones del niño protagonista y la relación y actitudes de los adultos que los cuidan, viendo cómo lo muestran en sus narraciones y también a través de la manera en que las construyen.

El contenido, la forma y la manera de reaccionar del niño son tenidas en cuenta y se registran en la hoja de transcripción. Se recogen tanto los aspectos verbales como no verbales que muestra el niño en el transcurso del desarrollo de cada historia que se le presenta.

El CCH, aparte de los prototipos de apego descritos por la mayoría de los codificadores utilizados para analizar narrativas de apego obtenidas a través del ASCT, descritos más arriba, permite obtener 7 dimensiones de las representaciones de apego del niño que matizan la información sobre los prototipos de apego obtenidos. Presentan interés para la investigación porque permiten explorar diferencias dentro de cada prototipo de apego en muestras comparadas o cambios en un mismo sujeto. Las escalas hacen referencia a aspectos formales de la Narración: la Colaboración; la Resolución positiva de lo narrado; la Expresión de afectos; la Distancia simbólica y la Falta de coherencia, así como a aspectos del contenido: Representación del sostén parental y Reacción a la separación. La descripción de esas siete escalas del CCH es la siguiente:

1. Competencia simbólica: está formada por los ítems que miden la capacidad de completar la historia con facilidad, fluidez y coherencia.
2. Representación del sostén parental: está formada por los ítems que miden la representación de los padres/abuelos como protectores, capaces de ayudar, y de consolar al niño en los momentos de dificultad.
3. Resolución positiva de lo narrado: está formada por los ítems que miden si las historias tienden a que el problema presentado disminuya, que la situación mejore con la ayuda de los adultos.
4. Expresión apropiada de los afectos: está formada por los ítems que miden si el niño presta claramente emociones a los personajes de la historia, positivas y/o negativas.
5. Reacción ante la separación: está formada por los ítems que miden si el niño evoca un sentimiento ligado a la separación; pérdida, ansiedad, tristeza. El niño no quiere la separación y precipita la reunión.

6. Distancia simbólica: está formada por los ítems que miden si los afectos como la cólera, el miedo, la excitación pueden ser expresados a través del juego y no mostrados conductualmente.
7. Falta de coherencia: está formada por los ítems que miden si las historias son completadas de forma incoherente o con dificultad, y se presentan temas de muerte y/o destrucción.

En relación a los prototipos, el tipo Seguro presenta niveles altos en todas las escalas y bajos en la escala Falta de Coherencia. El prototipo Hipoactivado presenta bajas puntuaciones en la escala de Colaboración, Representación del sostén parental, Expresión de los afectos y Falta de coherencia. Presentarían niveles medios en Resolución positiva de lo narrado, Reacción a la separación y Distancia simbólica. El Prototipo de apego Hiperactivado presenta una puntuación media-alta en Colaboración, Reacción a la separación, Expresión de los afectos y Falta de Coherencia. Presentan bajas puntuaciones en Representación del sostén parental, en Resolución positiva de lo narrado y reacción a la separación. Finalmente, para el Desorganizado encontramos puntuaciones medias-altas en Expresión de afectos; Reacción a la separación y Falta de coherencia y bajas puntuaciones en Colaboración, Representación del sostén parental, Resolución positiva y Distancia simbólica.

4.6.1. Procedimiento de codificación del CCH

Este codificador está construido como un Q-sort y propone al examinador 65 items que describen un aspecto de la narración o del comportamiento del niño al afrontar la prueba y/o dramatizar la historia, incluyendo las características de los 4 prototipos de apego. El método Q-sort pretende minimizar al máximo la subjetividad del codificador, dado que se le pide clasificar los 65 items (cada item está en una tarjeta lo que permite colocarlos según criterios de verdadero, neutro o falso) en tres niveles, colocándolos sucesivamente como lo más característico y lo menos característico en relación a la narración que se está codificando. El ítem más característico del sujeto tendrá la puntuación más elevada (de 1 a 7) y el menos característico la más baja. El hecho o i i ar i r to ít m omo "no ara t r í t i o ni o" rmit ubrir a au n ia i r to comportamientos, lo que puede informarnos de la presencia de restricciones en el nivel representacional.

El procedimiento de codificación consta de tres etapas

1. En la primera, el entrevistador reparte las tarjetas en 3 pilas: una en la que se colocan los ítems considerados como verdaderos (que describen lo que el niño ha dicho y hecho), otra para los intermedios y otra para los falsos (cuando no describen lo que el niño ha dicho o hecho o cuando es poco frecuente).
2. Se registra y se procede a realizar la segunda etapa en la que el experimentador, en un primer nivel, coge la pila de verdadero y la subdivide en tres categorías (A, B y C), la pila intermedia es solo una D, y con la pila de falso se vuelve a hacer la subdivisión (E, F, G) en función de los que sean más o menos representativos. En el 2º nivel hay 7 categorías: A (muy verdadero), B (medio verdadero), C (casi nada verdadero), D (no relevante), E (casi nada falso), F (medio falso), G (muy falso). En esta elección del 2º nivel se pueden colocar los ítems sin límite de número, según el criterio del evaluador. De esta primera elección sin límite de ítems en las 7 categorías se obtienen las escalas, que permiten una evaluación dimensional de la narración, así como matizarla mejor. Como se ha mencionado antes, estas escalas son: Colaboración, Representación del sostén parental, Resolución positiva de lo narrado, Expresión apropiada de los afectos, Reacción a la separación, Distancia simbólica, y Falta de coherencia. Se puntúan los ítems de 1 a 7.
3. En a Eta a n a qu r a iza una ión “ orza a ” S r t n qu o ít m distribuyan en relación a la curva normal, agrupando muy pocos ítems (5) en los extremos (pilas A y G), 8 en B y F, 12 en las pilas (C y G) y 15 ítems en la D. Las tarjetas quedan así repartidas de más verdaderas a más falsas y, en este orden se les asigna una puntuación del 1 al 7. Las puntuaciones obtenidas en la elección forzada sirven para calcular las puntuaciones en las escalas numéricas Q y T del niño para describir el prototipo de las representaciones de apego: Seguro, Inseguro Hiperactivado, Inseguro Desactivado y Desorganizado. Todo el proceso se puede ver gráficamente en la siguiente figura

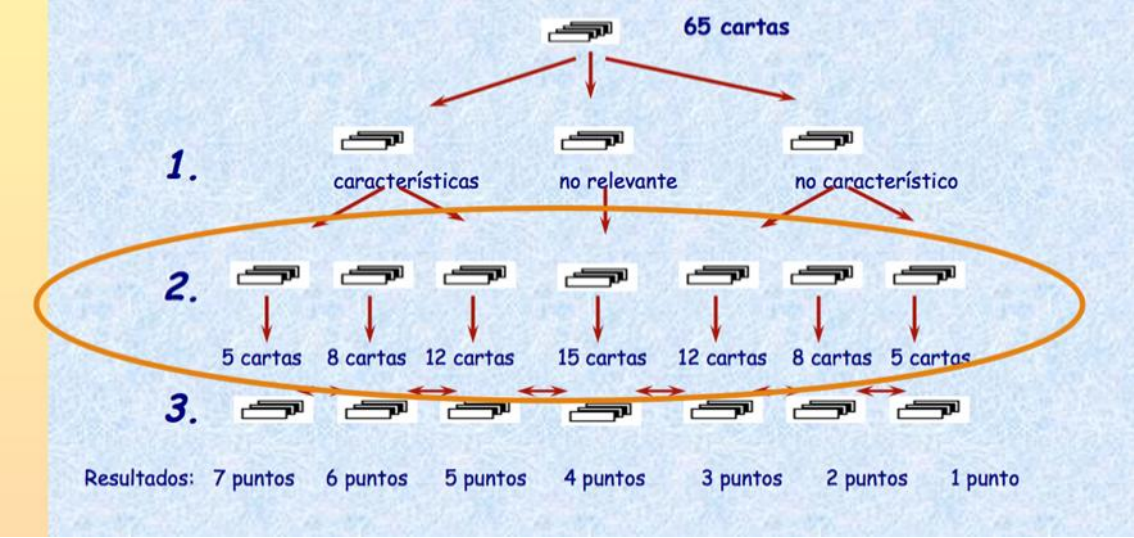


Figura 1. Procedimiento de Codificación del C.C.H (65 items codificados en 3 pasos)

Se cuenta con una hoja de cálculo con dos columnas (véase el Anexo 3) proporcionada por los autores donde se van poniendo las puntuaciones. En la primera se apuntan las obtenidas en la etapa 2 y en a un a o umna a ión r a iza a n a " ión orza a " o ran o una puntuaciones que luego se obtendrán en formato T.

Las puntuaciones obtenidas en el CCH no tienen por objetivo situar al niño en un único prototipo de apego, sino situar al niño en los 4 ejes que se corresponden a cada prototipo de apego (estrategias de apego), así los niños están clasificados en un *continuum* que recubre la gama desde la seguridad hasta la inseguridad y desorganización.

Los autores de este sistema de codificación han utilizado unos puntos de corte para considerar los prototipos de apego (Miljkovitch, Pierrehumbert, Karmaniola y Halfon, 2003). Estos puntos de corte se basan en las puntuaciones T (Media de 50 puntos, y desviación típica de 10). Siguiendo esta escala, para establecer las categorías de seguridad en el apego e inseguridad se utiliza la diferencia de ½ desviación estándar por debajo de 50, así que una puntuación menor o igual que 45 sitúa al niño en el prototipo de inseguridad, mientras que una puntuación mayor de 45 le sitúa en el prototipo de seguridad. Por otro lado, los niños que obtienen en la dimensión desorganización del apego una puntuación T superior a 65, es decir, 1½ desviación típica sobre la media se considera que tienen una representación del apego inseguro, sin tener en cuenta en este

caso la puntuación que obtengan en la seguridad del apego. Se establecen así dos categorías principales de calidad de las representaciones del apego de los niños: seguro e inseguro.

El apego inseguro puede presentar las formas de un apego hiperactivado, desactivado o desorganizado, según la puntuación T más elevada que presente el niño. Así este codificador proporciona una categoría secundaria de la cualidad de las representaciones de apego de los niños según los prototipos de apego evaluados por el instrumento: Representaciones de apego seguras, inseguras hiperactivadas, inseguras desactivadas e inseguras desorganizadas.

Para utilizar el Q-sort, el codificador del CCH tiene que estar acreditado, y haber superado las pruebas de fiabilidad que se exigen para su uso en investigación. La autora de esta tesis tiene esta acreditación y su formadora, M. Ibáñez, han codificado los casos para obtener el índice Kappa de acuerdo inter-jueces necesario para que los resultados obtenidos con este instrumento sean fiables.

El procedimiento de la codificación requiere que la aplicación del ASCT sea filmada y transcrita según las indicaciones de los autores, cuando se codifica se dispone del texto transcrito y se visiona el video en el momento de la codificación. La elección del ítem se efectúa en tres momentos y es necesario ver la filmación al menos una vez antes de cada elección de manera que el codificador mantenga el máximo de objetividad posible cuando proceda a la clasificación de los ítems, lo que proporcionará las puntuaciones que situarán al niño en los 4 tipos de apego y en las siete escalas citadas.

Una vez que los ítems son elegidos como más o menos característicos del niño se procede a pasarlos a la hoja de cálculo, de modo que, cuando se anotan las puntuaciones de cada ítem en la elección libre se obtiene la puntuación de las escalas en puntuaciones Q y T en relación a las puntuaciones de la muestra estándar del CCH y, cuando se anotan las puntuaciones de cada ítem en la elección forzada, se obtienen las puntuaciones del niño en los 4 prototipos de apego en relación a la muestra que ha servido para estandarizar el CCH.

Se adjunta en el Anexo 3 una hoja de resultados de la prueba con las gráficas que reflejan los distintos tipos de apego y los resultados en las distintas escalas. Es importante recalcar que las puntuaciones originales en todas las escalas se transformaron en notas T utilizando los baremos

del sistema de codificación CCH y la herramienta de cálculo disponible en la página web (https://sites.google.com/site/bpierreh/home/instruments/cch/cch_sp). Esas notas T serán las puntuaciones utilizadas en todos los análisis posteriores de la presente tesis.

4.6.2. Evidencias sobre la fiabilidad de la codificación del CCH

Para verificar la fiabilidad del protocolo, la doctoranda y una experta en este sistema de evaluación puntuaron por separado 21 de los 65 casos. En 17 de ellos (81%) hubo un acuerdo total, mientras que las pequeñas divergencias en los cuatro restantes se resolvieron por acuerdo. Aunque no se pudo calcular ningún índice cuantitativo de la fiabilidad, se puede afirmar que hay una coincidencia alta con un criterio (opinión de la experta) lo que puede considerarse como una evidencia favorable a la correcta aplicación, valoración y puntuación del CCH.

4.6.3. El sistema de codificación de Düsseldorf (DCS)

En este estudio también se utilizó el sistema de codificación DCS versión 2000 (Gloger-Tippelt, Gomille, Koenig y Vetter, 2002). Este sistema propone conjuntos de reglas bastante especificadas que se utilizan para codificar cada historia tras la visualización del video y la transcripción de cada historia por separado. El nivel de seguridad de las representaciones de apego (índice de seguridad) se adjudica en función de la presencia/ausencia de varias características que este método plantea para cada historia. Se detallan aspectos necesarios, posibles y excluyentes para otorgar cada puntuación. En cada historia se puede dar una valoración que va de 4 a 0. Por ejemplo, en la i t oria “a aí a n a rqu , (a o n a ro i a)” sería necesario que el mu o r ibi ra “ ui a o inm iato ” o “ a abra tranqui iza ora ” a ra otor a r una puntuación de 4 , ro i ubi r a una “ a ta ui a o o t rior ”, “a ar ara a i t oria” , se r ntara “ ó ra tanto mu o ni o omo mu o a u t o”, “ u o in o r nt ” otros muchos más, ya no sería posible otorgarle esta puntuación pasando a la puntuación 3 donde, además de lo anterior sería necesario contar on “ ui a o o t rior ” ro ría o i b a r ta untua ión aunqu ubi ra “auto r r o ”… a í a ta ar a a untu a ión 0 qu a ju i a ant “b oqu o ”, “ u o n ati o ” o “ u o in o r nt ” Según este tipo de marcadores específicos identificados en cada historia se adjudica un índice de seguridad que va de 1 a 4.

Después de la codificación de las cinco historias se da una clasificación del tipo de apego que muestra el niño (A: Evitativo, B: Seguro, C: Ambivalente, D: Desorganizado), teniendo en

cuenta tanto el índice global de seguridad de apego (índice de seguridad promedio de las 5 historias), como las notas del entrevistador sobre las actitudes del niño durante la situación de la valoración. El codificador realiza también una valoración cualitativa en base a las descripciones típicas de los diferentes tipos de apego descritas en la guía para la codificación. Los criterios para considerar una narración como segura son, entre otros: tema del apego aceptado y discutido; abordar la ansiedad, dolor o tristeza en la historia de la separación, así como confort y bienvenida en la reunión; plantear una acción o una solución que implique que hay adultos competentes con los que establecer una relación confiable; y comodidad, asesoramiento y bienvenida en la reunión. Los criterios para considerar una narración como evitativa incluyen el uso de estrategias de minimización como: tema del apego ignorado, evitado, o negado; puesta en marcha rápidamente de acciones que desactiven el tema de apego, como dormir o comer. Los criterios para las narraciones ambivalentes que se caracterizan por utilizar estrategia de maximización incluyen aspectos como: que, aunque los temas relativos al apego sean aceptados y se contemplen las emociones no haya una acción o solución, o si las hay, que aparezcan situaciones de peligro, estrés o violencia. Los criterios para una narración desorganizada incluyen bloqueo de la narración, o que esté marcada por la violencia, la muerte y el caos. También el planteamiento de situaciones extrañas, desconcertantes o acciones fuera de contexto, y sin ninguna trama coherente que las articule. Si aparecen este tipo de situaciones en la historia esto hace que la puntuación baje notablemente.

4.6.4. Evidencias sobre la fiabilidad de la codificación del DCS

También se verificó la fiabilidad de este sistema de codificación. En este sentido, la doctoranda y la misma experta acreditada comentada en el sistema anterior puntuaron por separado 20 de los 65 casos con este sistema. Al igual que con el sistema CCH, en 17 de ellos (85%) hubo un acuerdo total, lo que puede considerarse como una evidencia complementaria y también favorable a la correcta aplicación, valoración y puntuación de los sistemas de codificación de las historias de apego.

Finalmente, como prueba de fiabilidad global de la asignación de puntuaciones de los tipos de Apego se calculó el índice Kappa para comprobar si ambos sistemas de codificación (CCH y DCS) arrojaban resultados similares. Esa doble codificación se realizó en 45 niños de la muestra. El índice Kappa para el tipo de Apego Seguro fue de 0,625 ($p< 0,001$), y de 0,632 ($p< 0,001$) para el tipo de Apego Desorganizado. Coeficientes kappa por encima de 0,60 indican un grado de

acuerdo sustancial. Por tanto, se puede considerar que las puntuaciones asignadas para ambos tipos de Apego son fiables atendiendo al sustancial acuerdo entre ambos sistemas de clasificación.

4.7. Factores de riesgo registrados: Características y cálculo de los factores de acumulación

La recogida de los factores de riesgo por parte de los padres se obtuvo de la revisión y análisis de los expedientes de los menores.

Los factores de riesgo que se tuvieron en cuenta como variables son los siguientes:

- Separación de la pareja de padres.
- Problemas económicos graves. Paro laboral crónico.
- Si el niño ha sido testigo de la violencia de género.
- Problemas mentales de la madre (con diagnóstico clínico).
- Falta de recursos personales. Se recogió si la madre no tiene recursos personales. Hay que resaltar que un valor de NO indica que NO hay Falta de Recursos personales y, por tanto, la madre de ese niño sí tiene recursos personales. Naturalmente, un valor SÍ indica que sí hay una Falta de recursos personales.
- Abuso de Sustancias por parte de la madre.
- Familia Multiproblemática.
- Violencia de género. No se consideró el maltrato de la madre al padre, ya que en ninguno de los expedientes revisados se producía esta circunstancia.
- Síntomas depresivos de la madre (reportado en los informes, pero sin figurar como diagnóstico clínico).
- Falta de Soporte o Red de apoyo social de la Madre. Se recogió si la madre cuenta o no con una Red Social de Apoyo. Hay que resaltar que un valor de NO indica que NO hay Falta de Red social de apoyo y que, por tanto, la madre de ese niño sí tenía una red social de apoyo. Naturalmente, un valor SÍ indica que sí hay una Falta de red social de apoyo para esa madre.
- Medidas legales, prisión o medidas judiciales por razones varias como tráfico de estupefacientes o violencia de género.
- Madre adolescente cuando tuvo su primer hijo.

Se codificaron tres tipos de maltrato: Por Negligencia, Emocional y Maltrato por Negligencia y Emocional. Como se ha comentado, el maltrato físico y el abuso sexual no se han codificado dado que ningún niño de la muestra los había sufrido.

Tabla 1. Frecuencias de los factores de riesgo.

Factores de Riesgo		N	%
Testigo de Violencia de Género	No	36	55,4
	Sí	29	44,6
Salud Mental de la Madre	No	49	75,4
	Sí	16	24,6
Falta de Recursos Personales	No	10	15,4
	Sí	55	84,6
Abuso de Sustancias de la Madre	No	57	87,7
	Sí	8	12,3
Familia multiproblemática de la madre	No	46	70,8
	Sí	19	29,2
Violencia de Género	No	33	50,8
	Sí	32	49,2
Síntomas depresivos de la Madre	No	45	69,2
	Sí	20	30,8
Falta de red social de apoyo	No	28	43,1
	Sí	37	56,9
Medidas legales	No	57	87,7
	Sí	8	12,3
Madre adolescente	No	31	47,7
	Sí	34	52,3

Todas las variables se dicotomizaron para mostrar la Ausencia/Presencia del factor de riesgo. A pesar de haber recogido información del padre, la investigación finalmente sólo se centró en las madres dado que la ausencia paterna en la vida de estos niños fue, en general, notable.

En la tabla 1 se describen las frecuencias de los factores de riesgo considerados en la muestra analizada en la presente tesis. Esas frecuencias se refieren a la variable después de dicotomizarla. Es decir, valores iniciales de cada factor de riesgo se recodificaron en Ausencia/Presencia del factor de riesgo para cada caso. Se muestran así, dado que todos los análisis se realizaron sobre los factores de riesgo dicotomizados.

Tal y como se ha mencionado arriba, estos factores de riesgo se han centrado en las madres, dado que la falta de continuidad que se registró de la presencia paterna en la vida de estos niños era notable. En cualquier caso, los datos recogidos referentes a los padres y otros familiares pueden ser explotados en estudios posteriores.

Se observa que determinadas variables tienen una tasa de presencia baja (Salud Mental de la Madre, Abuso de Sustancias o Medidas legales). En relación a esta última, los delitos se relacionan preferentemente con el transporte de estupefacientes. Aunque no se analicen aquí, sí indicamos también que las medidas legales de los padres están, en muchos casos, relacionadas con maltrato en el ámbito doméstico.

Por otro lado, es importante comentar que la falta de recursos económicos era patente en todos los casos. La situación de las familias era de pobreza o de extrema pobreza. La falta de ingresos fijos o contar sólo con trabajos esporádicos y precarios condicionaba la sostenibilidad familiar. Además, en todos los casos estudiados, las familias presentaban cambios bastante frecuentes de residencia, viviendas compartidas con otros adultos o familiares o retorno temporal a la vivienda de los abuelos de los niños. Se daba por tanto una precariedad y falta de estabilidad en relación al domicilio familiar y como se ha mencionado antes, en todos los casos hay una precariedad laboral y de ingresos. No obstante, es importante detallar que, según la Ley de Protección del menor, la pobreza en ningún caso implica la adopción de medidas cautelares, a menos que se den otros indicadores de negligencia u otras formas de malos tratos.

4.7.1. Factor de Riesgo Acumulado (para el niño) e Índice de Larrieu (posible riesgo de maltrato por parte de la madre)

En base a los factores de riesgo mencionados en el apartado anterior se construyó un modelo de "Fa tor de Riesgo A umu a o " para el niño. Se vio interesante analizar tanto el peso de cada factor de riesgo en el tipo de apego y escalas que mostraba el niño como la acumulación de varios factores de riesgo. Con posterioridad, se utilizaron parte de esos factores para calcular el Índice de Larrieu, que esta autora utilizó en sus investigaciones para evaluar si estos factores de riesgo al incrementarse en un medio familiar condicionaban las decisiones de las autoridades competentes para el retorno del niño con la madre, ante la posibilidad de que esto supusiera un riesgo para el niño de sufrir de nuevo maltrato.

Por tanto, y en base a los factores de riesgo por separado que se han tratado en el apartado anterior (Tabla 2), se obtuvieron dos índices de riesgo diferentes: 1) Factor de Riesgo Acumulado, y 2) Índice de Larrieu (Larrieu, et al., 2008). En la tabla 2 se muestran las variables dicotómicas que se utilizaron para el cálculo de ambos índices.

Tabla 2. Factores de Riesgo utilizados para el cálculo del Factor de Riesgo Acumulado e Índice de Larrieu

FACTOR DE RIESGO ACUMULADO	ÍNDICE DE LARRIEU
Testigo de Violencia de Género	
Salud Mental Madre	Salud Mental de la Madre
Falta de Recursos Personales	
Abuso de sustancias de la Madre	Abuso de sustancias
Familia multiproblemática de la madre	Familia multiproblemática de la madre
Violencia de Género	Violencia de Género
Síntomas depresivos Madre	Depresión Madre
Falta de Red Social de Apoyo	
Medidas Legales	Medidas Legales
Madre adolescente	

Para el cálculo del Factor de Riesgo Acumulado y del Índice de Larrieu se sumaron los factores de riesgo presentes en el expediente de cada niño según la tabla 2.

Como ya se ha expuesto en el Capítulo de maltrato, el Índice de Larrieu incorpora también el Factor nivel educativo y Historia de abuso sufrido por la madre. Dado que todas las madres de la muestra presentan un nivel educativo bajo, se sumará uno más al índice de Larrieu en todos los casos. Por otra parte, hay que mencionar que no se ha podido incorporar el factor de riesgo "Hi t oria de abuso de la ma r " al no estar consignada dicha información en la documentación revisada.

4.7.2. Descripción de frecuencia de contacto con la Madre, Padre y Familia Extensa (Factor de protección)

Se registró el contacto mantenido del menor con sus familiares durante su estancia en la Residencia, especialmente con quienes eran sus figuras de referencia, lo que podría ser contemplado como un posible factor de protección. En este sentido, se han recogido los registros de llamadas, visitas y salidas con la madre, padre o familiares, en el caso de haberse producido, así como la continuidad o intermitencia de las mismas.

En relación a la Ausencia/Presencia de contacto con la Madre, Padre y Familia Extensa (Abuelos y/o Tíos), ese contacto tenía tres tipos: Llamadas, Visitas y/o Salidas. La tabla 3 muestra el número de casos y porcentajes de la Ausencia/Presencia de los tres tipos de contacto para la Madre, Padre y Familia Extensa.

En el caso de las visitas y salidas, y en relación a los padres, también se recogió si había sido por decisión propia o no (las medidas legales no hicieron posible en algunos casos estos encuentros, independientemente de que los padres hubieran deseado mantenerlos o no). En relación a las salidas, determinadas condiciones del medio familiar no lo permitieron, o no contaban con autorización legal para realizarlas. En otros casos no disponían de las condiciones mínimas necesarias que pudieran garantizar el bienestar de los menores en dichas salidas. También se recogieron datos relativos a la reacción del niño ante estos contactos y, siempre que estaba registrado, si había habido una alteración posterior a dichos contactos.

Tabla 3. Frecuencias de Contacto (Llamadas, Visitas o Salidas) con la Madre, Padre y Familia Extensa.

Familiar	Tipo de Contacto	Categoría	N	%
Madre	Llamadas	No hay	8	12,3
		Sí hay	57	87,7
	Visitas	No hay	5	7,7
		Sí hay	60	92,3
	Salidas	No hay	25	38,5
		Sí hay	40	61,5
Padre	Llamadas	No hay	30	46,2
		Sí hay	35	53,8
	Visitas	No hay	24	36,9
		Sí hay	41	63,1
	Salidas	No hay	40	61,5
		Sí hay	25	38,5
Familia Extensa	Llamadas	No hay	40	61,5
		Sí hay	25	38,5
	Visitas	No hay	42	64,6
		Sí hay	23	35,4
	Salidas	No hay	53	81,5
		Sí hay	12	18,5

4.8. Análisis

Para responder a los objetivos e hipótesis planteados en la presente tesis se realizaron análisis de comparación de medias, ajuste de modelos predictivos de regresión, y análisis de tablas de contingencia (prueba chi-cuadrado) para analizar las relaciones entre variables categóricas (dicotómicas principalmente). En primer lugar, se realizaron algunos análisis descriptivos para obtener información sobre la composición y naturaleza de la muestra.

Seguidamente, y para comprobar la hipótesis de diferencias entre muestras de alto riesgo (la recogida en la presente tesis) y de bajo riesgo (población de referencia) se utilizó la técnica de análisis de comparación de medias para una muestra utilizando como valor de referencia la media poblacional en notas T (50).

Respecto a los factores de riesgo, estas variables se han dicotomizado (construcción de variables *dummys*; siguiendo los resultados mostrados en la tabla 2) con el objetivo de realizar análisis categóricos y facilitar la construcción de índices de riesgo más completos y complejos (tabla 2). Para la realización de esa dicotomización se han recodificado las variables en 0 (Ausencia del factor de riesgo) y 1 (Presencia del factor de riesgo).

Posteriormente, se realizaron comparaciones de dos medias independientes (estadístico de contraste T de Student) para cada factor de riesgo comparando los participantes que presentan el factor (valor 1) con los que no lo presentan (valor 0). Como es costumbre en las pruebas estadísticas se considerará que hay una diferencia de medias (lo que implicaría una asociación entre el factor de riesgo y una variable de Apego) cuando la probabilidad del estadístico de contraste sea inferior a ,05. La comparación de medias independientes también se utilizó para comparar los resultados por género en las variables de apego.

Además de las comparaciones de medias, se realizó un análisis de regresión para verificar cuánta varianza de los tipos y escalas de Apego puede ser explicada por los factores de riesgo, y cuáles de esos factores son los más relevantes en la explicación de esa varianza. Se utilizará el método *stepwise* para incluir en la solución final solo los factores de riesgo que presentan una asociación significativa con el criterio (es decir, con cada uno de los tipos y escalas de Apego).

Finalmente, se realizaron estudios de correlación dado que determinadas variables independientes (edad de ingreso, tiempo de ingreso, Factor de Riesgo Acumulado e Índice de Larrieu) son continuas. Por lo tanto, se calculó el índice de correlación de Pearson entre dichas variables independientes y los tipos y escalas de apego para verificar el grado de asociación entre ellas.

Dado el bajo tamaño muestral, en algunos análisis de comparación de medias se calculará también la técnica no paramétrica correspondiente (como la U de Mann-Whitney) que no exija

tamaños muestrales altos. Así, por ejemplo, cuando se calcule la correlación de Pearson también se obtendrá la de Spearman.

Hay que resaltar que, cuando las variables eran dicotómicas o se podían dicotomizar, se analizó su relación a través de tablas de contingencia utilizando el estadístico chi-cuadrado y los residuos corregidos para comprobar cómo era la asociación entre esas variables categóricas. Por ejemplo, además del análisis basado en el t-test se utilizaron tablas de contingencia para ver si había relaciones entre los factores de riesgo y los grupos formados a partir de los tipos de apego ya dicotomizados (por ejemplo, Seguros/Inseguros).

Para analizar los cambios entre la primera aplicación y el seguimiento de los 9 niños a los que se evaluó dos veces, se utilizó una prueba no paramétrica para muestras relacionadas. Se utilizó una prueba no paramétrica dado el bajo tamaño de esta submuestra. Concretamente, se aplicó la W de Wilcoxon.

5. RESULTADOS

En este apartado se expondrán los resultados obtenidos en función de los objetivos planteados en esta tesis doctoral. Los apartados de la presente sección hacen referencia a los objetivos específicos anteriormente propuestos. En primer lugar, se describirán características y circunstancias vitales de los participantes en este estudio como son, la medida de apertura del expediente de desprotección o el régimen de contactos con la madre, el padre o la familia extensa que presentan los niños analizados en la presente tesis. Posteriormente, se informará de los resultados de las comparaciones entre las medias de la muestra de alto riesgo (niños con expediente de desprotección) y la población con la que se ha baremado este instrumento.

Uno de los objetivos centrales de la presente tesis es analizar el efecto que tienen los factores de riesgo de la madre sobre el prototipo, estrategia o patrón del sistema de apego que presenta el niño (en adelante, tipos o prototipos de apego), o sobre otras dimensiones del sistema de apego (en adelante, escalas de CCH o de Apego). El efecto de los factores de riesgo sobre las variables de apego (cuando nos refiramos simultáneamente a los tipos y a las escalas de apego hablaremos de variables de apego) se ha estudiado a través de dos análisis complementarios: 1) Comparando las medias en las distintas variables de Apego en función de la presencia o ausencia del factor de riesgo, y 2) comprobando si la presencia o ausencia del factor de riesgo se asocia a una mayor proporción de casos.

Los resultados descritos para responder al objetivo 3 analizan los factores de riesgo separadamente. No obstante, es muy importante obtener qué capacidad predictiva tienen todos los factores de riesgo tomados conjuntamente sobre las variables de Apego. Este cuarto objetivo se responderá con un análisis de regresión. Por otro lado, como se describe en el apartado de Método, se han construido dos índices de riesgo distintos (Factor de Riesgo acumulado e Índice de Larrieu, con distintos objetivos) basándonos en el número de factores que presenta cada niño de la muestra recogida. Para analizar este objetivo se estudiarán las correlaciones entre ambos índices de riesgo y las variables de Apego.

La presente muestra comprende niños que han sufrido Negligencia y otros que, además de Negligencia, han sufrido Maltrato Emocional. Se compararon ambos grupos para responder a la pregunta de si el Maltrato Emocional tiene una mayor incidencia en el prototipo de Apego que la Negligencia. Por otro lado, las variables de Apego se relacionan con el tipo y frecuencia de

contacto con los padres, especialmente con la Madre. Se han recogido variables sobre la presencia de algún tipo de contacto (Llamadas, Visitas, y/o Salidas) de la madre, el padre y la familia extensa. Se analizará el posible efecto de esos tipos de contacto. Se prestará un especial interés a las relaciones con la ocurrencia o no de salidas con la Madre, y al efecto que pueden tener las visitas continuadas.

A continuación, se presentarán el tiempo de estancia en la institución, la edad de ingreso y el género de los niños y su relación con las variables de Apego. También se analizará la relación de diversos indicadores contemplados en la presente tesis y el motivo de salida de la Residencia. Finalmente, se incluyen los resultados de un pequeño estudio piloto para comprobar si se había producido alguna variación sobre el apego, tras un tiempo de estancia en la Residencia. En este estudio piloto longitudinal se compararon los resultados iniciales con los obtenidos en una aplicación posterior en una submuestra de 9 niños que en la primera valoración realizada mostraron un tipo de apego Inseguro y/o Desorganizado.

5.1 Características y circunstancias vitales de los participantes en este estudio

5.1.1 Medida de protección, tipo de maltrato, factores de riesgo en la muestra y régimen de relación de visitas de la madre, padre y familia extensa

La tabla 4 muestra los porcentajes en relación con dos características centrales de los participantes del estudio: Medida de apertura del expediente de desprotección, y tipo de maltrato sufrido por el niño. La mayor parte de los niños participantes están tutelados (56,9%), y habían sufrido Negligencia (61,5%).

Tabla 4. Frecuencias de medida de apertura de expediente y tipo de maltrato.

Medida de Apertura				Tipo de Maltrato			
Guarda		Tutela		Negligencia		Negligencia + Maltrato Emocional	
N	%	N	%	N	%	N	%
28	43,1	37	56,9	40	61,5	25	38,5

La tabla 5 muestra los resultados del análisis de tablas de contingencia asociando la medida de apertura de expediente y los factores de riesgo. Se incluyen también los porcentajes dentro del tipo de medida de apertura, es decir, los porcentajes de las columnas de guarda y/o tutela dentro de cada factor de riesgo suman 100. Se muestra así para visualizar rápidamente si hay una desproporción de casos dentro de cada tipo de medida que presenten o no el factor de riesgo. Se calcularon los chi-cuadrados para cada factor de riesgo por separado. Solo hay un chi-cuadrado que salga significativo. Hay una asociación entre Falta de Red Familiar de Apoyo de la Madre y la medida de Apertura del Expediente (χ^2 = 9,401; p ,002).

Tabla 5. Número de casos y porcentajes por Medida de Apertura del Expediente y factores de riesgo de la madre.

		Medida de Apertura del Expediente			
		Guarda		Tutela	
		N	%	N	%
Testigo de Violencia de Género (niño)	No	18	64,3,	18	48,3
	Sí	10	35,7	19	51,4
Problemas de Salud Mental de la Madre	No	22	78,6	27	73,0
	Sí	6	21,4	10	27,0
Falta de Recursos Personales	No	7	25	3	8,1
	Sí	21	75	34	91,9
Abuso de Sustancias	No	27	96,4	30	81,1
	Sí	1	3,6	7	18,9
Familia Multiproblemática	No	20	71,4	26	70,3
	Sí	8	28,6	11	29,7
Violencia de Género	No	17	60,7	16	43,2
	Sí	11	39,3	21	56,8
Síntomas depresivos	No	21	75	24	64,9
	Sí	7	25	13	35,1
Falta de red familiar de apoyo**	No	6	21,4	22	59,5
	Sí	22	78,6	15	40,5
Medidas legales	No	24	85,7	33	89,2
	Sí	4	14,3	4	10,8
Madre adolescente	No	18	64,3	13	35,1
	Sí	10	35,7	24	64,9

* p <,05, **p <,01, *** p < ,001

Concretamente, los niños cuya madre cuenta con Red Social de apoyo presentan con más probabilidad una medida de Guarda, frente a los niños cuyas madres no tienen Red Social de apoyo que tienen más proporción de casos con una medida de Tutela. No se observa relación para el resto de factores de riesgo, aunque sí aparece una tendencia en dos de ellos (en ambas p=.062). En primer lugar, parece que hay una tendencia a que los niños cuyas madres tienen recursos personales presenten una medida de Guarda, mientras que los niños con falta de recursos personales tienden a agruparse en el grupo tutelado (en ambos casos, el residuo corregido fue de 1,9 y a partir de 2 se considera como significativo estadísticamente). Respecto a la segunda, los datos sugieren que hay un mayor número de casos con guarda en el grupo cuyas madres no han abusado de sustancias y, por otro lado, una tendencia a presentar un mayor número de casos en el grupo de tutela los niños que tienen madres que han abusado de sustancias (En ambos casos el residuo corregido fue también de 1,9).

Respecto al contacto que la familia ha mantenido con el niño durante su estancia en el centro, la tabla 6. muestra los porcentajes de visitas de la madre, padre y familia extensa y, también, los porcentajes de niños que recibieron visitas continuadas por parte de la madre, el, padre, y la familia extensa.

Tabla 6. Frecuencia de contacto con la madre, padre y familia extensa.

Familiar	Tipo de Contacto	Categoría	N	%
Madre	Llamadas	No hay	8	12,3
		Sí hay	57	87,7
	Visitas	No hay	5	7,7
		Sí hay	60	92,3
	Salidas	No hay	25	38,5
		Sí hay	40	61,5
	Visitas Continuas	No hay	41	63,1
		Sí hay	24	36,9
Padre	Llamadas	No hay	30	46,2
		Sí hay	35	53,8
	Visitas	No hay	24	36,9
		Sí hay	41	63,1
	Salidas	No hay	40	61,5
		Sí hay	25	38,5
	Visitas Continuas	No hay	58	89,2
		Sí hay	7	10,8
	Llamadas	No hay	40	61,5
		Sí hay	25	38,5
	Visitas	No hay	42	64,6
		Sí hay	23	35,4
	Salidas	No hay	53	81,5
		Sí hay	12	18,5

Se observa que la mayor parte de los niños recibieron llamadas y visitas de la madre y, también tuvieron salidas con ella. El porcentaje se reduce para las vistas continuadas. Solo alrededor de un tercio de los niños recibieron vistas continuadas por parte de su madre. Como ya se ha mencionado en el apartado de Método, las figuras paternas están menos presentes en esta muestra. Los datos recogidos muestran que solo el 10,8% de los niños recibieron visitas

continuadas por parte de sus padres, mientras que en el caso de las madres fue del 33,9%. Finalmente, una gran parte de los niños (algo más del 60%) no tuvo ningún contacto con la familia extensa.

Finalmente, se analizó la relación entre la presencia de familia monoparental y los tipos y escalas de Apego. Se hicieron dos análisis. En el primero se compararon las medias en los tipos y escalas de apego entre el grupo de niños con familia monoparental (n = 52; 80%), y el grupo de niños cuyos padres no estaban separados (n=13; 20%). No se observó ninguna diferencia significativa entre ambos grupos. Para el segundo análisis se utilizaron tablas de contingencia para ver si había alguna asociación entre las proporciones de niños en ambos grupos y los tipos de apego. El estadístico chi-cuadrado no salió significativo para Seguridad, Hiperactivación y Desorganización (p < ,05), pero sí para Desactivación (χ^2 = 4,875; d.f. =1; p= ,027). Concretamente, hubo una proporción mayor de la esperada en el grupo de niños con familia monoparental que presentaban un tipo Desactivado.

5.1.2 Medida del expediente de desprotección y los indicadores de maltrato y/o riesgo de maltrato del niño

Antes de hacer el análisis de los factores de riesgo, en las tablas 7 y 8 se muestran las frecuencias de factores de riesgo que presentan los indicadores utilizados para construir el Factor de Riesgo Acumulado (Tabla 7) y el Índice de Larrieu (Tabla 8)

Tabla 7. Frecuencias del Factor de Riesgo Acumulado.

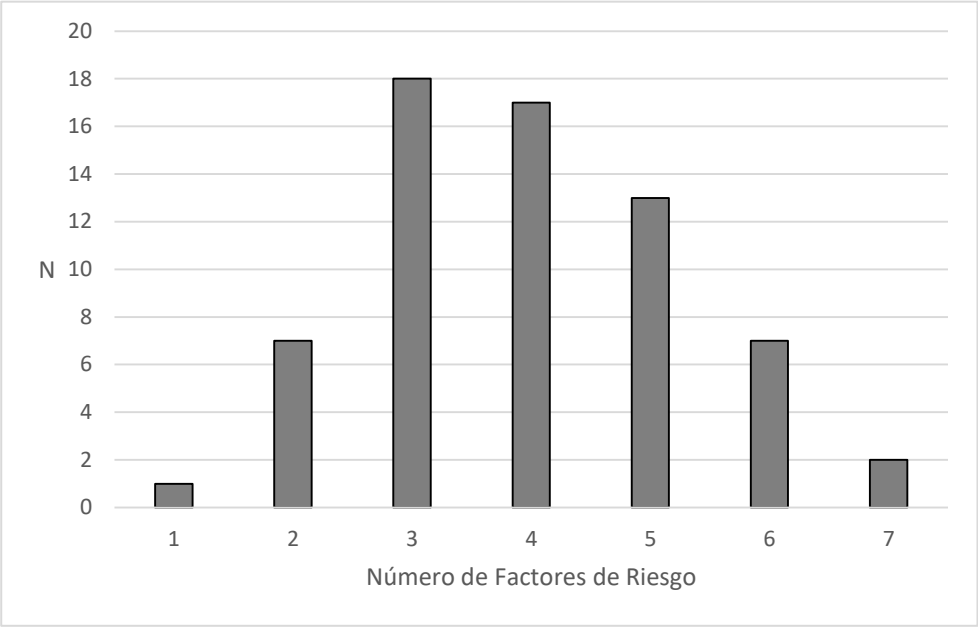
Factor de Riesgo Acumulado		
Número de Factores de Riesgo	N	%
1	1	1,5
2	7	10,8
3	18	27,7
4	17	26,2
5	13	20,0
6	7	10,8
7	2	3,1

Respecto al objetivo 1.2 (Relacionar la medida de apertura del expediente de desprotección y los indicadores de maltrato y/o riesgo de maltrato del niño), se compararon las medias de los dos factores de riesgo (Acumulado e Índice de Larrieu) en los grupos de Guarda y Tutela.

Solo el 12,2% de los niños presentan 2 o menos factores de riesgo asociados al Factor de Riesgo Acumulado y, como era esperable dada la naturaleza de la muestra, más de la mitad (60,1%) presentan cuatro o más factores de riesgo.

Para apreciar mejor la distribución de la frecuencia de frecuencias, los resultados de la tabla 7. se muestran en la figura 1. Se puede percibir con más claridad que la moda es 3.

Figura 1. Frecuencias del Factor de Riesgo acumulado.



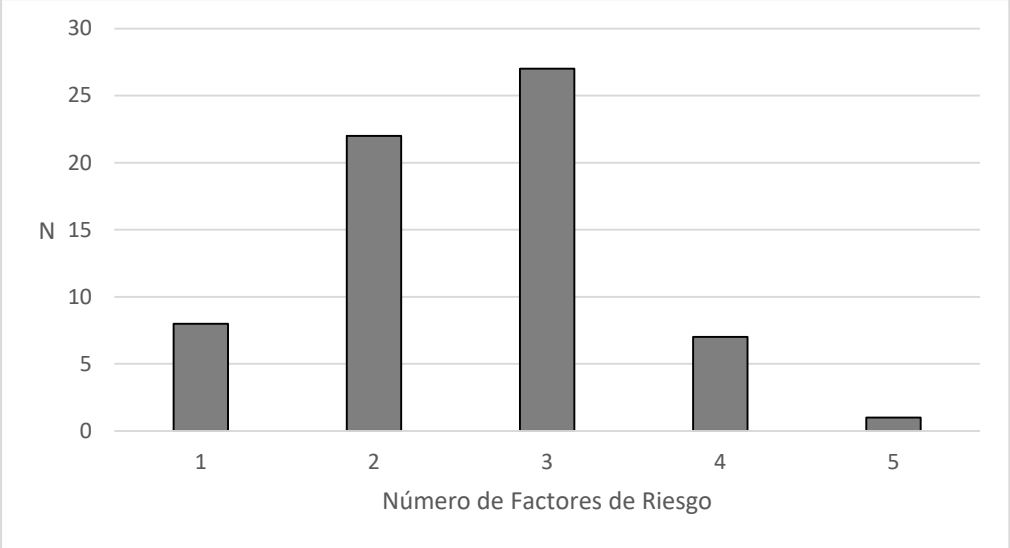
En la tabla 8. se muestran las frecuencias del Índice de Larrieu. Hay que destacar que más de la mitad de los niños (53,8%) presentan 3 o más factores de riesgo.

Tabla 8. Frecuencias del Índice de Larrieu.

Índice de Larrieu		
Número de Factores de Riesgo	N	%
1	8	12,3
2	22	33,8
3	27	41,5
4	7	10,8
5	1	1,5

La figura 2. muestra las frecuencias del Índice de Larrieu. De igual manera que con el Índice de Riesgo Acumulado, se ve con más claridad que la moda es 3.

Figura 2. Frecuencias del Índice de Larrieu.



La tabla 9 muestra las medias y desviaciones típicas en el factor de riesgo acumulado y en el índice de Larrieu en ambos grupos (Guarda y Tutela) junto con el resultado de la prueba t-test

Tabla 9. Comparación de medias de los Índices de riesgo en los grupos de medida de apertura de expediente.

		Media	D.t.	T	p
Factor de Riesgo Acumulado	Guarda	3,61	1,031	-2,041	,045
	Tutela	4,24	1,480		
Índice de Larrieu	Guarda	2,29	,854	-2,143	,036
	Tutela	2,76	,895		

Se observa una diferencia significativa en ambos índices. Como era de esperar, tanto en el Factor de Riesgo Acumulado como en el Índice de Larrieu, los niños que entraron en el Centro con una medida de tutela tienen un número medio mayor de factores de riesgo que los que entraron con una medida de guarda.

5.2. Representaciones de apego de los niños estudiados y comparación de los resultados con muestras de niños sin expediente de desprotección.

Para responder a este objetivo, se compararon las medias en los tipos y escalas de Apego del *Cartes pour le complèment d' Histories* (CCH) obtenidas en la presente muestra de niños con expediente de desprotección, con la media poblacional (Sin expediente de desprotección y, por tanto, consideradas de bajo riesgo). Dado que la escala de medida está expresada en notas T, la media poblacional es 50. Por tanto, se compararán las medias de cada tipo (tabla 10) y escalas de Apego (tabla 11) con ese valor. En estas tablas se recogen las medias y las desviaciones típicas (D.t.) de la muestra de alto riesgo, así como los resultados (t de Student y probabilidad asociada) de la comparación con la media de 50 (media poblacional).

Tabla 10. Comparaciones de medias entre la muestra de alto riesgo estudiada y la media poblacional (50) en los tipos de Apego.

Tipo	Media	D.t.	t	p
Seguridad	44,63	10,27	-4,213	,001
Desactivación	52,48	10,08	1,983	,052
Hiperactivación	58,14	11,42	5,747	,001
Desorganización	60,42	10,74	7,821	,001

Según la tabla 10, hay diferencias entre la muestra de niños del centro residencial y la población en casi todos los tipos de Apego. Concretamente, los niños de la residencia presentan de forma significativa un apego menos Seguro, más Hiperactivación y más Desorganización.

Por otro lado, en la tabla 11 se observa si hay diferencias significativas en las escalas del CCH entre la muestra de la presente tesis y la población. Concretamente, se han encontrado puntuaciones significativamente menores ($p < 0,05$) en las siguientes escalas del CCH: Colaboración, Representación de Sostén Parental y Resolución Positiva de lo Narrado. También presentan una mayor Falta de Coherencia que la muestra poblacional.

Tabla 11. Comparaciones de medias entre la muestra de alto riesgo de la presente tesis y la media poblacional (50) en las escalas de Apego.

Escala	Media	D.t.	t	p
Colaboración	43,35	9,88	-5,425	,001
Representación de Sostén Parental	40,47	8,04	-9,550	,001
Resolución Positiva de lo Narrado	43,29	9,14	-5,918	,001
Expresión de los afectos	49,94	10,74	-,046	,964
Reacción a la Separación	49,10	7,02	-1,030	,307
Distancia Simbólica	46,39	7,86	-3,707	,001
Falta de Coherencia	60,52	11,93	7,110	,001

5.3. Relación de los Factores de Riesgo de Maltrato con los Tipos y Escalas de apego

Las siguientes tablas muestran la comparación de medias para estudiar si la presencia de alguno de los factores de riesgo registrados (Testigo de Violencia de Género, Salud Mental de la Madre, Falta de Recursos Personales, Abuso de Sustancias, Familia Multiproblemática de la madre, Violencia de Género, Síntomas depresivos de la Madre, Falta de red social de apoyo, Medidas legales y Madre adolescente) se asocia con diferencias en los tipos de apego y escalas del CCH. Así, se mostrará una tabla por cada tipo de apego y escala CCH siguiendo este orden: Seguridad, Desactivación, Hiperactivación, Desorganización, Colaboración, Representación de Sostén Parental, Resolución Positiva de lo Narrado, Expresión de los afectos, Reacción a la separación, Distancia Simbólica y Falta de Coherencia (tablas de la 12 a la 22, respectivamente). En las tablas se informa de las medias para cada una de las categorías dicotómicas de los factores de riesgo (Ausencia del factor [No]/Presencia del factor [Sí]) y se indica el estadístico de contraste y la probabilidad asociada a dicho estadístico.

Tabla 12. Relación entre el patrón de apego seguro y los Factores de Riesgo.

Factores de Riesgo		Media	D.t.	t	p
Testigo de Violencia de Género	No	45,94	11,12	1,076	,286
	Sí	43,20	9,22		
Salud Mental de la Madre	No	46,32	9,83	2,407	,019
	Sí	39,46	10,15		
Falta de Recursos Personales	No	48,81	10,88	1,409	,164
	Sí	43,87	10,07		
Abuso de Sustancias	No	46,02	9,95	3,095	,003
	Sí	34,75	6,66		
Familia multiproblemática de la madre	No	46,09	9,21	1,815	,074
	Sí	41,10	12,02		
Violencia de Género	No	46,36	11,03	1,477	,145
	Sí	42,62	9,07		
Síntomas depresivos de la Madre	No	45,48	10,59	,995	,324
	Sí	42,73	9,49		
Falta de red social de apoyo	No	47,04	10,21	1,669	,100
	Sí	42,80	10,06		
Medidas legales	No	43,44	9,89	-2,605	,011
	Sí	53,12	9,41		
Madre adolescente	No	44,02	9,98	-,456	,650
	Sí	45,19	10,65		

Hay una asociación entre algunos tipos y escalas del CCH. Concretamente, la presencia de una patología mental y el abuso de sustancias tienen una relación significativa en un Apego Inseguro. También afecta las medidas legales de la madre, pero en este caso las puntuaciones de los niños tienen una mayor seguridad en el apego. Este efecto que parece paradójico puede deberse a que, de las 8 madres con medidas legales, 7 presentaban Negligencia, pero no Maltrato Emocional, y ninguna de esas 8 estaba en el grupo de mayor riesgo (Grupo 3; Tabla 26) del Factor de Riesgo Acumulado.

Tabla 13. Relación entre el patrón de apego desactivado y los factores de riesgo.

Factores de Riesgo		Media	D.t.	T	p
Testigo de Violencia de Género	No	51,49	10,67	-,831	,409
	Sí	53,57	9,45		
Salud Mental de la Madre	No	51,11	9,64	-1,961	,054
	Sí	56,68	10,55		
Falta de Recursos Personales	No	48,90	9,63	-1,224	,225
	Sí	53,13	10,11		
Abuso de Sustancias	No	51,35	9,77	-2,517	,014
	Sí	60,55	8,95		
Familia multiproblemática de la madre	No	50,80	8,84	-2,152	,035
	Sí	56,55	11,88		
Violencia de Género	No	51,16	10,60	-1,144	,257
	Sí	54,02	9,37		
Síntomas depresivos de la Madre	No	52,07	10,58	-,482	,631
	Sí	53,39	9,04		
Falta de red social de apoyo	No	50,46	10,35	-1,277	,206
	Sí	54,00	9,72		
Medidas legales	No	53,54	9,93	2,353	,022
	Sí	44,89	8,04		
Madre adolescente	No	53,25	9,47	,585	,561
	Sí	51,78	10,70		

El tipo Desactivado se asocia con el Abuso de Sustancias de la Madre, la presencia de una familia Multiproblemática y Medidas Legales. Aunque no salga significativo, también parece que las puntuaciones son mayores en presencia de un trastorno mental de la madre.

Tabla 14. Relación entre el patrón de apego hiperactivado y los factores de riesgo.

Factores de Riesgo		Media	D.t.	T	p
Testigo de Violencia de Género	No	56,38	12,35	1,313	,194
	Sí	60,08	10,15		
Salud Mental de la Madre	No	56,96	12,03	1,476	,145
	Sí	61,77	8,63		
Falta de Recursos Personales	No	57,49	14,25	-,194	,847
	Sí	58,26	10,99		
Abuso de Sustancias	No	57,33	11,27	-1,544	,128
	Sí	63,92	11,52		
Familia multiproblemática de la madre	No	58,31	12,21	,186	,853
	Sí	57,73	9,52		
Violencia de Género	No	56,57	12,18	-1,203	,234
	Sí	59,98	10,37		
Síntomas depresivos de la Madre	No	56,39	12,08	-1,888	,064
	Sí	62,08	8,84		
Falta de red social de apoyo	No	59,16	12,46	,624	,535
	Sí	57,36	10,67		
Medidas legales	No	58,97	10,89	1,581	,119
	Sí	52,23	14,09		
Madre adolescente	No	59,52	11,14	,928	,357
	Sí	56,89	11,70		

No hay ningún factor de riesgo que se asocie significativamente con una mayor Hiperactivación, aunque existe cierta tendencia con Síntomas depresivos de la Madre. Los niños de cuyas madres había indicios de depresión tendían a mostrar una mayor Hiperactivación.

Tabla 15. Relación entre el patrón de apego desorganizado y los factores de riesgo.

Factores de Riesgo		Media	D.t.	t	p
Testigo de Violencia de Género	No	57,83	11,35	-2,086	,041
	Sí	63,26	9,41		
Salud Mental de la Madre	No	59,20	11,75	-1,628	,145
	Sí	64,17	5,58		
Falta de Recursos Personales	No	57,35	9,46	-,984	,329
	Sí	60,98	10,95		
Abuso de Sustancias	No	59,11	10,43	-2,766	,007
	Sí	69,78	8,39		
Familia multiproblemática de la madre	No	60,58	11,27	,190	,850
	Sí	60,02	9,62		
Violencia de Género	No	57,34	10,66	-2,606	,011
	Sí	64,01	9,83		
Síntomas depresivos de la Madre	No	59,05	10,61	-1,555	,125
	Sí	63,50	10,67		
Falta de red social de apoyo	No	58,47	10,71	-1,277	,206
	Sí	61,89	10,67		
Medidas legales	No	61,53	10,51	2,286	,026
	Sí	52,55	9,50		
Madre adolescente	No	60,59	8,84	,118	,907
	Sí	60,27	12,36		

En relación con el tipo de apego desorganizado, los factores de riesgo haber sido testigo de violencia de género, el abuso de sustancias y la presencia de violencia de género en sí son los que más inciden en que aparezca esta desorganización en el niño.

Tabla 16. Relación entre la escala de Colaboración y los factores de riesgo.

Factores de Riesgo		Media	D.t.	t	p
Testigo de Violencia de Género	No	45,48	9,60	1,858	,068
	Sí	41,01	9,81		
Salud Mental de la Madre	No	44,88	9,77	2,258	,027
	Sí	38,66	8,96		
Falta de Recursos Personales	No	45,43	8,23	,720	,474
	Sí	42,97	10,18		
Abuso de Sustancias	No	44,54	9,39	2,271	,008
	Sí	34,86	9,69		
Familia multiproblemática de la madre	No	44,87	9,38	1,965	,054
	Sí	39,68	10,35		
Violencia de Género	No	45,14	9,61	1,595	,116
	Sí	41,26	9,94		
Síntomas depresivos de la Madre	No	43,67	10,38	,388	,699
	Sí	42,63	8,87		
Falta de red social de apoyo	No	45,09	9,74	1,245	,218
	Sí	42,02	9,91		
Medidas legales	No	42,37	9,84	-2,202	,031
	Sí	50,35	7,35		
Madre adolescente	No	41,20	9,11	-1,702	,094
	Sí	45,31	10,28		

La presencia de trastornos mentales diagnosticados por parte de la madre, abuso de sustancias se asocian con una peor Colaboración. Los niños de la muestra cuyas madres cuentan con medidas legales, cuyas características ya hemos descrito, presentan mejores resultados en algunas de las escalas.

Tabla 17. Relación entre la escala de Representación de Sostén Parental y los factores de riesgo.

Factores de Riesgo		*Media*	*D.t.*	*t*	*p*
Testigo de Violencia de Género	No	45,48	9,60	2,186	,033
	Sí	41,01	9,81		
Salud Mental de la Madre	No	41,26	8,78	1,387	,170
	Sí	38,07	4,61		
Falta de Recursos Personales	No	39,90	7,14	-,244	,808
	Sí	40,58	8,25		
Abuso de Sustancias	No	41,20	8,08	1,992	,051
	Sí	35,29	5,84		
Familia multiproblemática de la madre	No	39,75	8,67	-1,135	,261
	Sí	42,23	6,13		
Violencia de Género	No	42,21	8,01	1,924	,059
	Sí	38,44	7,72		
Depresión de la Madre	No	40,57	7,90	,151	,881
	Sí	40,24	8,57		
Falta de red social de apoyo	No	41,85	7,99	1,214	,229
	Sí	39,42	8,03		
Medidas legales	No	40,11	7,94	-,974	,334
	Sí	43,07	8,89		
Madre adolescente	No	39,80	6,57	-,640	,525
	Sí	41,08	9,24		

Únicamente haber sido testigo de violencia de género se relaciona con una peor representación del sostén parental. No obstante, abuso de sustancias y violencia de género muestran también una relación, aunque no alcance la significación estadística.

Tabla 18. Relación entre la escala de Resolución Positiva de lo Narrado y los factores de riesgo.

Factores de Riesgo		*Media*	*D.t.*	*t*	*p*
Testigo de Violencia de Género	No	46,59	8,49	3,270	,002
	Sí	39,68	8,54		
Salud Mental de la Madre	No	44,35	9,42	1,656	,103
	Sí	40,05	7,59		
Falta de Recursos Personales	No	44,94	9,07	,615	,541
	Sí	43,00	9,20		
Abuso de Sustancias	No	44,17	9,24	2,119	,038
	Sí	37,05	5,48		
Familia multiproblemática de la madre	No	43,56	9,36	,358	,722
	Sí	42,66	8,79		
Violencia de Género	No	46,27	8,17	3,015	,004
	Sí	39,82	9,09		
Depresión de la Madre	No	43,59	9,32	,384	,703
	Sí	42,64	8,91		
Falta de red social de apoyo	No	45,97	8,24	2,111	,039
	Sí	41,26	9,35		
Medidas legales	No	42,29	8,99	-2,467	,016
	Sí	50,48	7,03		
Madre adolescente	No	42,59	6,40	-,588	,559
	Sí	43,93	11,12		

De forma similar a las escalas anteriores, testigo de violencia de género, abuso de sustancias y violencia de género se asocian significativamente con una peor Resolución positiva de lo narrado. También presentan una mejor puntuación en esta escala de Apego cuando a la madre no le falta una red social de apoyo. Por otra parte, cuando la madre cuenta con medidas

legales, sus hijos aportan una Resolución positiva de las historias significativamente mejor que el resto de los niños de la muestra.

Tabla 19. Relación entre la escala de Expresión de los Afectos y los factores de riesgo.

Factores de Riesgo		*Media*	*D.t.*	*t*	*p*
Testigo de Violencia de Género	No	50,90	10,05	,752	,455
	Sí	48,89	11,52		
Salud Mental de la Madre	No	49,74	10,44	-,254	,800
	Sí	50,54	11,95		
Falta de Recursos Personales	No	53,27	6,85	1,066	,290
	Sí	49,33	11,24		
Abuso de Sustancias	No	50,72	10,37	1,586	,118
	Sí	44,37	12,39		
Familia multiproblemática de la madre	No	50,69	11,43	,870	,387
	Sí	48,13	8,84		
Violencia de Género	No	50,89	10,10	,771	,444
	Sí	48,83	11,51		
Síntomas depresivos de la Madre	No	50,95	10,25	1,137	,260
	Sí	47,67	11,72		
Falta de red social de apoyo	No	52,32	10,81	1,579	,119
	Sí	48,13	10,83		
Medidas legales	No	48,87	10,82	2,218	,030
	Sí	57,59	6,41		
Madre adolescente	No	50,96	10,29	,730	,468
	Sí	49,01	11,20		

En este caso, solo la presencia de medidas legales tiene un efecto en la escala de Expresión de los afectos. El resto de factores de riesgo no parece tener una repercusión sobre esta escala del CCH.

Tabla 20. Relación entre la escala de Reacción a la Separación y los factores de riesgo.

Factores de Riesgo		*Media*	*D.t.*	*t*	*p*
Testigo de Violencia de Género	No	48,30	7,50	-,971	,375
	Sí	49,99	6,46		
Salud Mental de la Madre	No	49,29	7,40	,375	,709
	Sí	48,53	5,85		
Falta de Recursos Personales	No	49,76	6,64	,321	,749
	Sí	48,98	7,13		
Abuso de Sustancias	No	48,54	6,91	-1,773	,081
	Sí	53,16	6,87		
Familia multiproblemática de la madre	No	49,95	7,12	1,529	,131
	Sí	47,05	6,49		
Violencia de Género	No	49,25	7,71	,174	,862
	Sí	48,94	6,24		
Síntomas depresivos de la Madre	No	49,41	7,26	,521	,604
	Sí	48,42	6,55		
Falta de red social de apoyo	No	49,38	6,22	,274	,785
	Sí	48,89	7,72		
Medidas legales	No	48,83	7,08	-,843	,402
	Sí	51,07	6,63		
Madre adolescente	No	50,04	7,56	1,026	,309
	Sí	48,25	6,47		

Como se puede apreciar, ningún factor de riesgo se asocia con diferencias en la escala de Reacción a la Separación.

Tabla 21. Relación entre la escala de Distancia Simbólica y los factores de riesgo.

Factores de Riesgo		*Media*	*D.t.*	*t*	*p*
Testigo de Violencia de Género	No	47,34	7,85	1,019	,312
	Sí	45,35	7,86		
Salud Mental de la Madre	No	49,29	7,40	1,440	,155
	Sí	48,53	5,85		
Falta de Recursos Personales	No	47,67	7,97	,560	,578
	Sí	46,15	7,89		
Abuso de Sustancias	No	47,15	7,76	2,138	,036
	Sí	40,98	6,69		
Familia multiproblemática de la madre	No	46,04	8,13	,553	,582
	Sí	47,23	7,30		
Violencia de Género	No	46,55	7,30	,175	,862
	Sí	46,20	8,58		
Síntomas depresivos de la Madre	No	46,33	7,43	-,085	,932
	Sí	46,51	8,95		
Falta de red social de apoyo	No	48,00	7,96	-1,454	,151
	Sí	45,16	7,69		
Medidas legales	No	45,87	7,89	-1,442	,154
	Sí	50,11	6,91		
Madre adolescente	No	46,10	5,87	-,284	,778
	Sí	46,65	9,39		

En esta escala, los niños cuyas madres tenían un historial de abuso de sustancias presentaban una peor Distancia Simbólica. No se observaron diferencias para el resto de factores de riesgo.

Tabla 22. Relación entre la escala de Falta de Coherencia y los factores de riesgo.

Factores de Riesgo		*Media*	*D.t.*	*t*	*p*
Testigo de Violencia de Género	No	57,66	10,60	-2,077	,042
	Sí	63,66	12,68		
Salud Mental de la Madre	No	58,04	11,87	-3,130	,003
	Sí	68,12	8,66		
Falta de Recursos Personales	No	60,97	9,45	,129	,898
	Sí	60,44	12,40		
Abuso de Sustancias	No	59,62	11,57	-1,647	,105
	Sí	66,94	13,30		
Familia multiproblemática de la madre	No	59,53	12,42	-1,046	,300
	Sí	62,93	10,58		
Violencia de Género	No	58,59	10,76	-1,424	,159
	Sí	62,78	12,98		
Síntomas depresivos de la Madre	No	59,96	11,93	-,562	,576
	Sí	61,78	12,15		
Falta de red social de apoyo	No	58,62	12,30	-1,120	,267
	Sí	61,95	11,60		
Medidas legales	No	61,25	12,28	1,324	,190
	Sí	55,32	7,77		
Madre adolescente	No	62,56	10,68	1,322	,191
	Sí	58,66	12,84		

En este caso, los niños que han sido testigos de violencia de Género y/o cuyas madres tienen un trastorno diagnosticado presentan una falta de coherencia significativamente mayor en sus narrativos de apego.

En los resultados en relación a las escalas del CCH, se observa una asociación estadísticamente significativa entre las escalas y los siguientes factores de riesgo que se reflejan entre paréntesis: Colaboración (Salud Mental de la Madre, Abuso de Sustancias de la Madre y Medidas Legales), Representación de Sostén Parental (Testigo de Violencia de Género, y aunque no significativa, tendencia a una relación con Abuso de Sustancias), Resolución Positiva de lo Narrado (Testigo de Violencia de Género, Abuso de Sustancias de la Madre, Violencia de Género y Medidas Legales), Expresión de los afectos (Medidas Legales), Reacción a la Separación (no hay ningún factor de riesgo que se asocie significativamente con esta escala), Distancia Simbólica (Abuso de Sustancias de la Madre) y Falta de Coherencia (Testigo de Violencia de Género y Salud Mental de la Madre).

En resumen, el consumo de sustancias tóxicas, la patología mental de la madre, y haber sido testigo de violencia de género disminuye de forma significativa las posibilidades de construir un apego seguro en los niños. El resto de los factores de riesgo considerados en las tablas anteriores no tienden a asociarse de forma significativa con diferencias en los tipos y escalas de Apego. También merece la pena señalar que existe más relación con los tipos de Apego que con las escalas del CCH.

Para complementar los resultados de las tablas anteriores, se analizó si había alguna asociación entre los factores de riesgo y los tipos de Apego con un análisis de tablas de contingencia (usando el estadístico chi-cuadrado). En la siguiente tabla (23) se muestran los tamaños muestrales y los porcentajes de los tipos de apego cuando han sido dicotomizados cruzados con la ausencia/presencia de cada uno de los factores de riesgo. Cuando se observa un residuo mayor de ±2 (indicador de una proporción significativamente inferior [si es negativa] o superior [si es positiva] a la esperada y, por tanto, para esa casilla hay una asociación entre un tipo de apego y el factor de riesgo correspondiente). En la tabla, las casillas con residuos significativamente positivos se muestran en negrita, y los significativamente negativos en cursiva.

Tabla 23. Relaciones entre los tipos de Apego y los factores de riesgo [(a)].

		Seguridad				Desactivación				Hiperactivación				Desorganización			
		No		Sí		No		Sí		No		Sí		No		Sí	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Testigo de Violencia de Género	No	*14*	*40,0*	**20**	**66,7**	28	56,0	6	40,0	26	57,8	8	40,0	25	56,8	9	42,9
	Sí	**21**	**60,0**	*10*	*33,3*	22	44,0	9	60,0	19	42,2	12	60,0	19	43,2	12	57,1
Salud Mental de la Madre	No	*22*	*62,9*	**27**	**90,0**	39	78,0	10	66,7	37	82,2	12	60,0	35	79,5	14	66,7
	Sí	**13**	**37,1**	*3*	*10,0*	11	22,0	5	33,3	8	17,8	8	40,0	9	20,5	7	33,3
Falta de Recursos Personales	No	3	8,6	7	23,3	9	18,0	1	6,7	8	17,8	2	10	9	20,5	1	4,8
	Sí	32	91,4	23	76,7	41	18,0	14	93,3	37	82,2	18	90,0	35	79,5	20	95,2
Abuso de Sustancias	No	*27*	*77,1*	**30**	**100**	46	92,0	11	73,3	41	91,1	16	80,0	**42**	**95,5**	*15*	*71,4*
	Sí	**8**	**22,9**	*0*	*0,0*	4	8,0	4	26,7	4	8,9	4	20,0	*2*	*4,5*	**6**	**28,6**
Familia Multiproblemática Madre	No	25	71,4	21	70,0	37	74,9	9	60,0	30	66,7	16	80,0	31	70,5	15	71,4
	Sí	10	28,6	9	30,0	13	74,0	6	40,0	15	33,3	4	20,0	13	29,5	6	28,6

(a) Celdas con una proporción de casos significativamente mayor de la esperada en Negrita. Con una proporción menor en cursiva

Tabla 23. Continuación…

		Seguridad				Desactivación				Hiperactivación				Desorganización			
		No		Sí		No		Sí		No		Sí		No		Sí	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Violencia de Género	No	*13*	*37,1*	**22**	**73,3**	29	58	6	40	**28**	**62,2**	*7*	*35*	**28**	**63,6**	*7*	*33,3*
	Sí	**22**	**62,9**	*8*	*26,7*	21	42	9	60	*17*	*37,8*	**13**	**65**	*16*	*36,4*	**14**	**66,7**
Síntomas depresivos de la Madre	No	22	62,9	23	76,7	33	66	12	80	**35**	**79,5**	*10*	*47,6*	**35**	**79,5**	*10*	*47,6*
	Sí	13	37,1	7	23,3	17	34	3	20	*9*	*20,5*	**11**	**52,4**	*9*	*20,5*	**11**	**52,4**
Falta de red social de apoyo	No	17	47,2	18	62,1	29	80,6	21	72,4	26	72,2	19	65,5	26	72,2	18	62,1
	Sí	19	52,8	11	37,9	7	19,4	8	27,6	10	27,8	10	34,5	10	27,8	11	37,9
Medidas legales	No	**34**	**97,1**	*23*	*76,7*	42	84	15	100	38	84,4	19	95	*36*	*81,8*	**21**	**100**
	Sí	*1*	*2,9*	**7**	**23,3**	8	16	0	0	7	15,6	1	5	**8**	**18,2**	*0*	*0*
Madre adolescente	No	17	48,6	14	46,7	24	48	7	46,7	21	46,7	10	50	23	52,3	8	38,1
	Sí	18	51,4	16	53,3	26	52	8	53,3	24	53,3	10	50	21	47,7	13	61,9

(a) Celdas con una proporción de casos significativamente mayor de la esperada en Negrita. Con una proporción menor en cursiva

Como se puede apreciar por las casillas en negrita, las bajas puntuaciones en Seguridad se asocian con ser testigo Testigo de Violencia de Género, la Salud Mental de la madre, Abuso de Sustancias, Violencia de Género y presencia de medidas legales. Desactivación, por su parte, no se relaciona con ningún factor de riesgo, pero Hiperactivación sí muestra una relación con Violencia de Género y Síntomas Depresivos de la Madre. Finalmente, el tipo Desorganizado se asocia con Abuso de Sustancias, Violencia de Género, Depresión de la Madre y Medidas Legales. En general, se observan los mismos resultados que en las tablas anteriores, aunque sí hay algún patrón de relaciones diferente, especialmente el observado para el tipo Hiperactivado.

5.4. Relación entre los tipos de apego, las escalas CCH y los Factores de Riesgo acumulados

Las tablas anteriores (12 a 23) sirven para verificar si hay relación entre los factores (o índices) de riesgo por separado (variables independientes) y cada una de los tipos y escalas de Apego (variables dependientes). Por lo tanto, no nos dan una medida de la relevancia de los factores de riesgo considerando simultáneamente todos ellos. Además, es conveniente cuantificar el nivel de predicción que tienen todos esos factores de riesgo conjuntamente sobre los tipos de apego. Para ello, se desarrolló un análisis de regresión múltiple con el método stepwise (por pasos). Las tablas 24 y 25 muestran los factores de riesgo que predicen cada uno de los tipos (24) y escalas (25) de Apego, incluyendo el peso estandarizado (B), y el porcentaje total de varianza que explican (R^2). Todos esos coeficientes fueron significativos al 0,05. Si un factor no aparece implica que el nivel de significación de la relación con esa variable de Apego era superior al 0,05 y, por tanto, no se incluía en la ecuación final de regresión.

Tabla 24. Coeficientes estandarizados (Beta) introducidos en la ecuación final para cada una de los tipos de apego.

Factores predictivos	Seguridad (R^2 = ,296)	Factores predictivos	Desactivación (R^2 = ,276)	Factores predictivos	Hiperactivación (R^2 =0)	Factores predictivos	Desorganización (R^2 =,200)
Abuso Sustancias Madre	-,363	Abuso Sustancias Madre	,285	---		Abuso de Sustancias Madre	,320
Medidas Legales	,285	Medidas Legales	-,253	---		Violencia de Género	,303
Salud Mental Madre	-,259	Familia Multiproblemática Madre	,245	---			
		Salud Mental Madre	,225	---			

Tabla 24. Coeficientes estandarizados (Beta) introducidos en la ecuación final para cada una de las escalas del CCH.

Factores predictivos	Colaboración (R^2 = ,288)	Factores predictivos	Representación del Sostén Parental (R^2 = ,128)	Factores predictivos	Resolución Positiva de lo Narrado (R^2 =,264)	Factores predictivos	Expresión de los afectos (R^2 =,072)
Abuso de Sustancias Madre	-,309	Testigo violencia de Género	-,261	Testigo Violencia de Género	-,336	Medidas Legales	,269
Salud Mental Madre	-,260	Abuso Sustancias Madre	-,239	Abuso Sustancias Madre	-,253		
Medidas Legales	,233			Medidas Legales	,240		
Familia multiproblemática Madre	-,225						

Tabla 24. Continuación…

Factores predictivos	Reacción a la Separación (R^2 = 0)	Factores predictivos	Distancia Simbólica (R^2 = ,068)	Factores predictivos	Falta de Coherencia (R^2 =,135)
---		Abuso de Sustancias Madre	-,260	Salud Mental Madre	,367

El porcentaje de varianza explicada tiene un rango entre el 29,6 (Seguridad) y el 0% (Hiperactivación y Reacción a la Separación). Las variables que mejor están predichas por los factores de riesgo son Seguridad, Desactivación, Desorganización y en cuanto a las Escalas, la de Resolución Positiva de lo Narrado. En todos estos casos se explica más de un 20% de la varianza. Hay que recalcar que esta ausencia de relación en el análisis de regresión para el tipo de Hiperactivación y la escala de Reacción a la Separación coincide con la comparación de medias de las tablas del apartado anterior, ya que ninguno de los factores de riesgo se relacionaba con un cambio en las medias en esas variables de apego.

Entre las variables que muestran un mayor número de asociaciones están el Abuso de Sustancias por parte de la Madre que se relaciona con 3 prototipos (Seguridad, Desactivación y Desorganización) y 4 escalas, las Medidas Legales se relacionan con cinco variables y la Salud Mental de la Madre con cuatro. Es reseñable que el Abuso de Sustancias tenga un papel en muchas de las variables de Apego. Por otro lado, la falta de recursos personales, la depresión de la madre, la falta de red social de apoyo, o que haya sido una madre adolescente no se relacionan con ningún aspecto valorado a partir de la ejecución de la tarea de completar historias.

5.5. Correlación entre los tipos de apego, las escalas del CCH y los índices de riesgo acumulado

Uno de los objetivos de la presente tesis doctoral ha sido estudiar la relación entre la acumulación de determinados factores de riesgo, los tipos de Apego y las escalas del CCH. Para el estudio de esta relación se han calculado las correlaciones entre los tipos de Apego y dos índices de riesgo: el Factor de Riesgo Acumulado que, como se ha comentado con anterioridad comprende Testigo de Violencia de Género, Salud Mental de la Madre, Falta de Recursos Personales, Abuso de Sustancias, Familia Multiproblemática, Violencia de Género, Síntomas Depresivos, Falta de Red Social de Apoyo, Medidas Legales y Madre Adolescente, y el Índice de Larrieu que comprende: Salud Mental de la Madre, Abuso de Sustancias, Familia multiproblemática, Violencia de Género, Sintomatología depresiva y Medidas Legales, a los que se suma el factor educativo. La tabla 25 muestra los coeficientes de correlación entre ambos índices de riesgo y los tipos y escalas de apego. Se puede ver que hay una relación muy intensa con el estilo de Seguridad, así como con el de Desorganización y Desactivación. Por el contrario, no aparece una relación con el tipo de Hiperactivación.

En cuanto a las escalas del CCH, las relaciones no son tan fuertes. Los factores de riesgo permiten predecir puntuaciones más bajas en las escalas de Colaboración, Representación del Sostén parental, Resolución Positiva de lo Narrado, Expresión de los afectos y falta de Coherencia, pero no así en la Reacción a la separación y la Distancia Simbólica. De hecho, en estos dos últimos casos las relaciones son muy bajas.

Este patrón de bajas relaciones con algunas escalas puede deberse al bajo tamaño muestral. Por ese motivo, se calcularon también las correlaciones de Spearman que son más resistentes a los incumplimientos de los supuestos para las pruebas paramétricas. Las correlaciones obtenidas fueron muy similares a la de Pearson, por lo que se puede asumir que no son el tamaño ni la distribución de la muestra los responsables de los patrones observados.

Tabla 25. Correlaciones (r) entre el Factor de Riesgo Acumulado, el Índice de Larrieu y los tipos y escalas de Apego.

		Seguridad	Desactivación	Hiperactivación	Desorganización
Factor de Riesgo Acumulado	r	-,450	,366	,183	,432
	p	,001	,003	,146	,000
Índice Larrieu	r	-,438	,366	,277	,377
	p	,000	,003	,025	,002

		Colaboración	Representación del Sostén Parental	Resolución Positiva de lo Narrado	Expresión de los afectos	Reacción a la Separación	Distancia Simbólica	Falta de Coherencia
Factor de Riesgo Acumulado	r	-,366	-,251	-,456	-,274	-,058	-,180	,346
	p	,003	,044	,001	,027	,649	,151	,005
Índice Larrieu	r	-,410	-,197	-,330	-,140	-,046	-,087	,392
	p	,001	,116	,007	,266	,715	,490	,001

Para entender los siguientes análisis es necesario recordar las frecuencias del Factor de Riesgo Acumulado y del Índice de Larrieu (en la tabla 26 vuelven a mostrarse esas frecuencias). Hay que señalar que el número máximo de factores que podrían salir es 10 para Factor de Riesgo Acumulado y 7 para el Índice de Larrieu (según la tabla 2, y teniendo en cuenta que el factor educativo se suma a todos los casos para el índice de Larrieu). En el caso del Factor de Riesgo Acumulado los valores van desde 1 a 7 factores de riesgo presentes, mientras que en el caso del Índice de Larrieu van de 1 a 5. En la tabla se puede ver que la moda en ambas variables es 3. Es decir, la presencia de 3 factores de riesgo tiene el mayor número de casos de todas las categorías.

Tabla 26. Frecuencias del Factor de Riesgo Acumulado y el Índice de Larrieu.

Factor de Riesgo Acumulado			Índice de Larrieu		
Valores	N	%	Valores	N	%
1	1	1,5	1	8	12,3
2	7	10,8	2	22	33,8
3	18	27,7	3	27	41,5
4	17	26,2	4	7	10,8
5	13	20,0	5	1	1,5
6	7	10,8			
7	2	3,1			

Posteriormente, se realizó una recodificación de ambos índices de riesgo en tres categorías. Dado que el mayor número de casos (moda) tiene 3 factores de riesgo se estableció como grupo de referencia. Así, se codificó como grupo 1 aquellos niños cuyas madres tenían un número de factores de riesgo menores a 3 (1 y 2), luego se tomó la categoría con una moda mayor como la categoría central (grupo 2) y, finalmente, se identificó la categoría 3 con aquellos casos con 4 o más factores de riesgo. Por lo tanto, todos los participantes se clasificaron en grupo 1, 2 ó 3 en función del número de factores de riesgo que presentaban.

Se han desarrollado dos figuras donde se muestran las medias de Seguridad, Desactivación, Hiperactivación y Desorganización en los tres grupos de cada factor de Riesgo. La figura 3. muestra las medias en función de los grupos del Factor de Riesgo Acumulado, mientras que la figura 4. lo hace en función del Índice de Larrieu. Como se puede apreciar, y era esperable, tanto para el Factor de Riesgo Acumulado como para el Índice de Larrieu, las medias en Seguridad decrecen con el incremento de los factores de Riesgo, mientras que estas medias aumentan para los tipos de Desactivación, Hiperactivación y Desorganización.

Figura 3. Medias en los tipos de Apego en función de los tres grupos del Factor de Riesgo Acumulado.

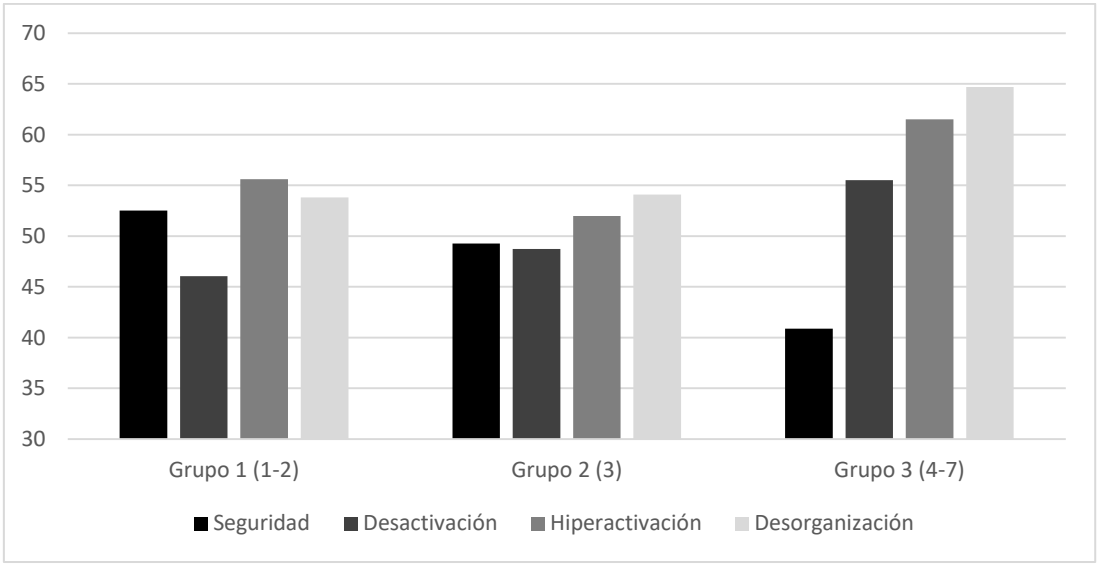
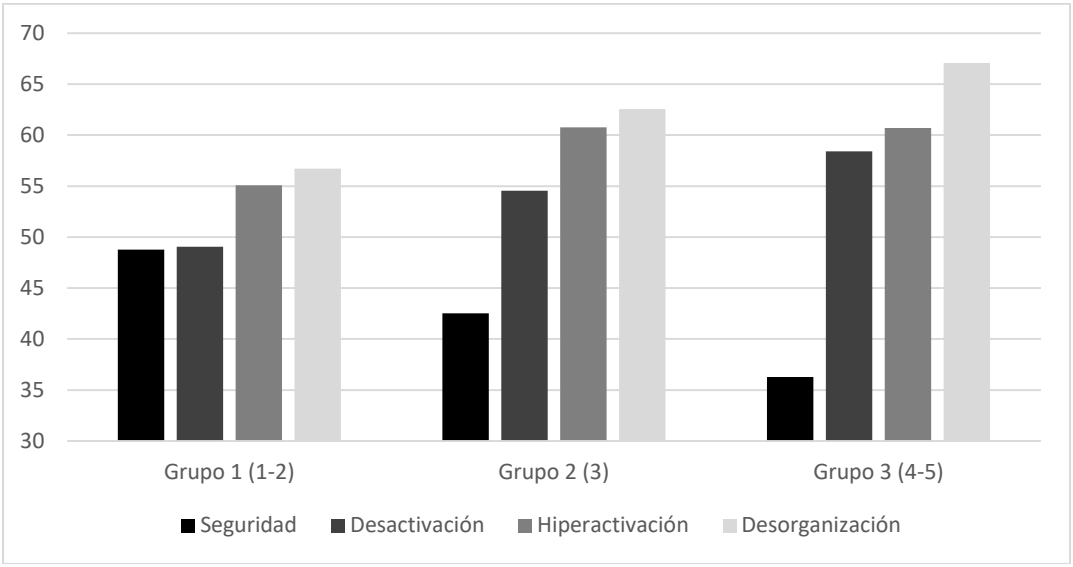


Figura 4. Medias en los tipos de Apego en función de los tres grupos del Índice de Larrieu.



5.6. Incidencia del tipo de maltrato sobre los tipos de apego y escalas del CCH.

Todos los niños analizados han sufrido un patrón negligente de cuidados. Además, algunos de estos niños también han sufrido maltrato emocional. En las siguientes tablas (27 para los tipos de apego y 28 para las escalas del CCH) aparecen las comparaciones de medias en las escalas de Apego entre los niños que solo han sufrido Negligencia (1) y los que han sufrido Negligencia más Maltrato Emocional (2).

Tabla 27. Medias y desviaciones típicas (d.t.) por tipo de maltrato y resultados de la comparación de medias para los tipos de Apego (t de Student y probabilidad asociada [p]).

Escala	Tipo de Maltrato (a)	Media	D.t.	T	p
Seguridad	1	47,63	9,13	3,183	,002
	2	39,83	10,34		
Desactivación	1	49,87	8,70	.2,775	,007
	2	56,65	10,89		
Hiperactivación	1	56,51	12,29	1,468	,147
	2	60,75	9,53		
Desorganización	1	57,16	9,92	-3,330	,001
	2	65,64	10,09		

Se observa claramente que el Maltrato Emocional produce un impacto notable sobre el Apego. Concretamente, los niños que han sufrido Maltrato Emocional además de Negligencia tienen un Apego menos seguro y están más desactivados y desorganizados.

Tabla 28. Medias y desviaciones típicas (d.t.) por tipo de maltrato y resultados de la comparación de medias para los tipos de Apego (t de Student y probabilidad asociada [p]).

Escala	*Tipo de Maltrato* (a)	*Media*	*D.t.*	*t*	*p*
Colaboración	1	46,14	8,62	3,061	,003
	2	38,89	10,29		
Representación de Sostén Parental	1	41,83	8,25	1,751	,085
	2	38,30	7,35		
Resolución Positiva de lo Narrado	1	46,51	7,38	3,980	,001
	2	38,15	9,45		
Expresión de los afectos	1	52,33	9,23	2,354	,022
	2	46,11	12,00		
Reacción a la Separación	1	49,73	7,87	,904	,370
	2	48,11	5,38		
Distancia Simbólica	1	47,48	7,27	1,422	,160
	2	44,65	8,57		
Falta de Coherencia	1	57,22	10,91	-2,993	,004
	2	65,80	11,78		

1) 1 = Negligencia; 2 = Negligencia más Maltrato Emocional.

En relación a las escalas, los niños que han sufrido también Maltrato Emocional presentan una menor Colaboración, y peores puntuaciones en Resolución Positiva de lo Narrado y Expresión de los Afectos, así como una mayor falta de Coherencia. Es decir, el Maltrato Emocional tiene un efecto sobre cuatro de las siete escalas del CCH

5.7. Relación entre los tipos, de apego, las escalas del CCH y la presencia de la familia multiproblemática y la red de apoyo social.

Las tablas 29 y 30 muestran los resultados de la comparación de medias entre los participantes que tenían alguna familia extensa de alto riesgo (es decir, una historia familiar problemática; ya fuese del padre o de la madre) y los que no. La presencia de una familia extensa problemática se hipotetiza como un factor de riesgo en relación al Apego. En contraposición, la presencia de una red de apoyo social se vería como un factor de protección y, por tanto, como una variable que mejoraría la seguridad en el apego.

Los resultados indican que la presencia de una familia problemática reduce el apego Seguro (p =,012) y aumenta la Desactivación (p= ,016). También aparece que los niños con familia Multiproblemática tienen una peor Expresión de los Afectos (p= ,008) (Tabla 3.29.)

Por otro lado, la presencia de una red social de apoyo se relaciona solo con la Resolución Positiva de lo Narrado (p = ,036), no se observa ningún efecto ni para los tipos de Apego ni para el resto de escalas del CCH (Tabla 30).

Tabla 29. Diferencias de Medias en Apego entre los niños con familia problemática y los que no la tienen.

Apego	*¿Familia Problemática?*	*Media*	*D.t.*	*t*	*p*
Seguridad	No	47,66	8,95	2,599	,012
	Sí	41,31	10,74		
Desactivación	No	49,64	8,63	-2,471	,016
	Sí	55,59	10,76		
Hiperactivación	No	57,19	12,15	-,700	,486
	Sí	59,18	10,67		
Desorganización	No	58,27	10,32	-1,719	,091
	Sí	62,78	10,86		
Colaboración	No	45,48	9,42	1,857	,068
	Sí	41,01	10,00		
Representación de Sostén Parental	No	40,16	8,81	-,325	,746
	Sí	40,81	7,24		
Resolución Positiva de lo Narrado	No	45,25	7,55	1,841	,070
	Sí	41,15	10,31		
Expresión de los afectos	No	53,25	10,62	2,733	,008
	Sí	46,31	9,79		
Reacción a la Separación	No	49,74	8,02	,767	,446
	Sí	48,40	5,77		
Distancia Simbólica	No	47,82	7,05	1,554	,125
	Sí	44,82	8,49		
Falta de Coherencia	No	58,70	11,30	-1,294	,200
	Sí	62,52	12,46		

Tabla 30. Diferencias de Medias en Apego entre los niños con Red de apoyo social y los que no la tienen.

Apego	*Red de Apoyo Familiar*	*Media*	*D.t.*	*t*	*p*
Seguridad	No	42,40	9,30	-1,262	,212
	Sí	45,78	10,66		
Desactivación	No	54,03	9,67	,888	,378
	Sí	51,68	10,30		
Hiperactivación	No	59,59	10,11	,729	,469
	Sí	57,40	12,08		
Desorganización	No	63,11	9,98	1,455	,151
	Sí	59,05	10,97		
Colaboración	No	41,02	9,91	1,369	,176
	Sí	44,54	9,77		
Representación de Sostén Parental	No	39,33	7,96	-,820	,415
	Sí	41,06	8,11		
Resolución Positiva de lo Narrado	No	39,99	9,01	-2,140	**,036**
	Sí	44,98	8,83		
Expresión de los afectos	No	48,94	10,27	-,535	,595
	Sí	50,45	11,05		
Reacción a la Separación	No	47,68	8,05	1,176	,244
	Sí	49,83	6,40		
Distancia Simbólica	No	46,10	7,20	-,209	,835
	Sí	46,53	8,25		
Falta de Coherencia	No	63,79	10,94	1,600	,115
	Sí	58,85	12,19		

5.8. Relación entre los tipos de apego, las escalas del CCH y el contacto con la madre, padre y familia extensa

Con el objetivo de ver si el contacto con algún familiar podría ser un factor de protección frente al desarrollo de un patrón de apego inseguro o frente a la desorganización y compensar, en parte, los efectos de los factores de riego acumulado, se realizó un análisis de regresión tomando como variables dependientes los cuatro tipos de apego (Seguridad, Desactivación, Hiperactivación y Desorganización) y como variables independientes el Factor de Riesgo Acumulado, Contacto con la Madre, Contacto con el Padre, y el Contacto con la Familia Extensa. Posteriormente, se repitieron los análisis cambiando el Factor de Riesgo Acumulado por el Índice de Larrieu e incluyendo de nuevo Contacto con la Madre, Contacto con el Padre, y Contacto con la Familia Extensa. Se utilizó el método Introducción para considerar a la vez todas las variables independientes. Los resultados mostraron que las únicas variables que predecían el tipo de Apego eran el Factor de Riesgo Acumulado o el Índice de Larrieu, tal y como se puede esperar por los resultados observados en la tabla 25. Hay que resaltar que para ningún tipo de Apego se introdujo en la ecuación final ningún tipo de contacto.

Como se ha descrito en el apartado de procedimiento, se recogieron datos sobre la frecuencia de contacto del niño con la madre, el padre o la familia extensa. Concretamente, se recogió si había habido contacto telefónico periódico con la madre, el padre y la familia (Sí/No), visitas con la madre, el padre y la familia extensa (Sí/No) y, en tercer lugar, si había ocurrido alguna salida del centro acompañado de la madre, el padre o la familia extensa (Sí/No). Cabe recordar que con estas variables dicotómicas se construyó un indicador del nivel de contacto separadamente para la madre, padre y familia extensa sumando los sí positivos en las variables correspondientes. Por ejemplo, si la madre había llamado, visitado y salido con el niño la suma de la variable era un 3, si la madre no había realizado ninguna de estas conductas de contacto entonces la variable era un 0. Según el tipo de contacto que se había realizado alguna vez la variable final sumaba, 0, 1, 2 ó 3. Lo mismo para el caso del Padre y de la familia extensa (Abuelos o tíos).

En las tablas 31 (contacto de la madre y tipos), 32 (contacto de la madre y escalas), 33 (contacto del padre y tipos), 34 (contacto del padre y escalas), 35 (contacto de la familia extensa y tipos), y 3.32 (contacto de la familia extensa y escalas) se

muestran los resultados del análisis del ANOVA de un factor. Concretamente se muestran las medias y desviaciones típicas para cada nivel de la variable contacto descrita en el párrafo anterior (0, 1, 2, ó 3), así como el valor de la F y su significación. En el caso de que se observasen diferencias significativas éstas sugerirían una relación entre el grado de contacto familiar y los tipos y escalas de Apego.

Se observan diferencias según el grado de contacto con la madre en el tipo de Hiperactivación y en la escala de Representación del Sostén Parental (tablas 31 y 32). En la primera existe una disminución de la Hiperactivación en el grupo con más contacto. También aparece esa disminución en el grupo sin ningún contacto, aunque el tamaño muestral tan bajo (solo 3 casos) ofrece dudas sobre la estabilidad de ese resultado. En el caso de la Representación del Sostén Parental, los niños con más contacto tienen puntuaciones más bajas, aunque de nuevo, el hecho de que las diferencias sean con respecto al grupo formado por solo 3 niños ofrece dudas. No hay diferencias significativas en ningún otro tipo o escala. Este patrón también puede deberse a que la mayoría de los niños presentan un contacto periódico con la madre (Llamadas, visitas y salidas) y, por tanto, es más difícil observar diferencias con el resto de los grupos.

Tabla 31. ANOVA de un factor (Contacto con la Madre y tipos).

Tipo	Nivel de Contacto	N	Media	D.t.	F	P
Seguridad	0	3	46,65	13,13	,737	,534
	1	5	38,49	15,43		
	2	19	44,13	7,89		
	3	38	45,53	10,53		
Desactivación	0	3	50,33	12,37	,589	,625
	1	5	58,14	14,93		
	2	19	51,99	7,60		
	3	38	52,15	10,50		
Hiperactivación	0	3	55,93	14,75	3,285	,027
	1	5	62,29	18,55		
	2	19	63,98	10,21		
	3	38	54,85	9,72		
Desorganización	0	3	55,09	10,78	1,908	,138
	1	5	61,52	17,90		
	2	19	64,96	7,82		
	3	38	58,43	10,58		

Tabla 32. ANOVA de un factor (Contacto con la Madre y Escalas).

Escalas	Nivel de Contacto	N	Media	D.t.	F	P
Colaboración	0	3	49,96	14,87	1,099	,357
	1	5	38,58	9,98		
	2	19	41,80	8,66		
	3	38	44,23	10,05		
Representación de Sostén Parental	0	3	49,48	8,31	4,355	,008
	1	5	43,68	9,61		
	2	19	35,96	6,25		
	3	38	41,60	7,71		
Resolución Positiva de lo Narrado	0	3	48,32	10,72	1,810	,155
	1	5	43,99	10,87		
	2	19	39,45	6,96		
	3	38	44,73	9,49		
Expresión de los afectos	0	3	52,24	18,39	2,027	,120
	1	5	44,03	8,72		
	2	19	54,39	8,50		
	3	38	48,31	10,94		
Reacción a la Separación	0	3	40,41	,36	2,537	,065
	1	5	47,53	2,36		
	2	19	51,48	6,28		
	3	38	48,81	7,48		
Distancia Simbólica	0	3	47,67	11,79	,575	,634
	1	5	42,40	9,14		
	2	19	45,84	7,72		
	3	38	47,08	7,63		
Falta de Coherencia	0	3	51,70	17,39	2,263	,090
	1	5	66,28	13,11		
	2	19	64,72	11,03		
	3	38	58,36	11,29		

Tabla 33. ANOVA de un factor (Contacto con el Padre y Tipos).

Tipo	Nivel de Contacto	N	Media	D.t.	F	P
Seguridad	0	16	47,43	8,77	1,372	,260
	1	15	45,03	12,45		
	2	16	45,86	9,88		
	3	18	40,72	9,50		
Desactivación	0	16	50,69	8,17	1,241	,303
	1	15	52,28	12,35		
	2	16	50,30	10,25		
	3	18	56,18	9,12		
Hiperactivación	0	16	55,26	10,62	1,270	,293
	1	15	57,10	10,01		
	2	16	62,71	12,12		
	3	18	57,51	12,27		
Desorganización	0	16	56,56	7,55	,923	,435
	1	15	61,46	13,48		
	2	16	61,48	9,55		
	3	18	62,05	11,63		

En el caso del contacto con el padre, la frecuencia está mucho más repartida entre los cuatro grupos. No obstante, la única diferencia significativa observada es una mayor Falta de Coherencia (tabla siguiente, 34) en los niños que cuentan con una mayor frecuencia de contacto con el padre.

Tabla 34. ANOVA de un factor (Contacto con el Padre y Escalas).

Apego	Nivel de Contacto	N	Media	D.t.	F	P
Colaboración	0	16	43,65	9,35	1,780	,160
	1	15	46,21	12,55		
	2	16	45,16	9,17		
	3	18	39,09	7,55		
Representación de Sostén Parental	0	16	43,20	7,46	2,063	,114
	1	15	41,80	9,95		
	2	16	36,63	7,89		
	3	18	40,35	5,96		
Resolución Positiva de lo Narrado	0	16	46,43	7,09	1,553	,210
	1	15	44,92	10,54		
	2	16	41,87	8,60		
	3	18	40,42	9,53		
Expresión de los afectos	0	16	54,18	8,98	2,096	,110
	1	15	46,86	11,94		
	2	16	52,16	7,81		
	3	18	46,77	12,28		
Reacción a la Separación	0	16	49,95	8,19	,169	,917
	1	15	48,42	5,69		
	2	16	49,50	6,85		
	3	18	48,57	7,52		
Distancia Simbólica	0	16	47,79	4,64	2,289	,087
	1	15	45,41	9,92		
	2	16	49,57	7,31		
	3	18	43,12	7,86		
Falta de Coherencia	0	16	62,31	12,84	4,891	,004
	1	15	52,24	12,05		
	2	16	59,62	7,57		
	3	18	66,64	10,78		

Tabla 35. ANOVA de un factor (Contacto con la familia Extensa y Tipos).

Apego	Nivel de Contacto	N	Media	D.t.	F	P
Seguridad	0	34	45,25	9,99	,122	,947
	1	14	44,67	10,56		
	2	8	43,41	14,10		
	3	9	43,33	8,48		
Desactivación	0	34	52,08	10,17	,182	,908
	1	14	51,94	10,01		
	2	8	54,94	13,68		
	3	9	52,62	7,23		
Hiperactivación	0	34	58,10	12,11	,732	,537
	1	14	57,97	7,34		
	2	8	54,00	11,12		
	3	9	62,26	14,37		
Desorganización	0	34	59,65	10,46	,741	,532
	1	14	62,87	10,05		
	2	8	56,79	11,84		
	3	9	62,77	12,36		

Tabla 36. ANOVA de un factor (Contacto con la familia Extensa y Escalas).

Apego	Nivel de Contacto	N	Media	D.t.	F	P
Colaboración	0	34	44,07	9,46	,178	,911
	1	14	43,37	11,74		
	2	8	42,19	13,16		
	3	9	41,65	5,49		
Representación de Sostén Parental	0	34	39,85	7,99	,829	,483
	1	14	41,56	8,45		
	2	8	43,76	9,74		
	3	9	38,20	5,90		
Resolución Positiva de lo Narrado	0	34	43,74	8,12	,398	,755
	1	14	42,56	11,61		
	2	8	45,39	10,17		
	3	9	40,87	8,55		
Expresión de los afectos	0	34	50,80	10,40	492	,689
	1	14	47,61	11,69		
	2	8	52,34	11,36		
	3	9	48,19	10,92		
Reacción a la Separación	0	34	49,28	7,24	,144	,933
	1	14	48,37	6,64		
	2	8	48,44	7,95		
	3	9	50,16	6,93		
Distancia Simbólica	0	34	46,01	7,06	,831	,482
	1	14	48,23	8,52		
	2	8	48,12	8,70		
	3	9	43,43	9,21		
Falta de Coherencia	0	34	58,19	9,77	1,66	,183
	1	14	61,97	14,64		
	2	8	59,76	13,24		
	3	9	67,76	12,52		

Finalmente, no hay ninguna relación significativa con el número de contactos con la Familia Extensa, aunque este resultado puede deberse a que más de la mitad de los niños no tuvieron ningún contacto con la misma.

Al ser pocos casos se repitieron los análisis empleando una técnica no paramétrica (H de Kruskal-Wallis) obteniéndose similares resultados. Por tanto, parece que no hay un efecto notable de la combinación de llamadas, visitas y salidas tanto de la Madre, como del Padre y de otros familiares (Familia Extensa) sobre las variables de Apego.

Por otro lado, se realizó un análisis independiente considerando solo las salidas de fin de semana o de vacaciones con la madre. Se indagó si esta variable también dicotómica (Sí hubo salidas Vs No hubo salidas con la Madre) se vinculaba a las diferencias tanto en variables de Apego como a los factores de riesgo. 42 niños (64,6%) tuvieron salidas con la madre en fines de semana o vacaciones, mientras que 23 (35,4%) no las tuvieron. La tabla 37. muestra las medias y las desviaciones típicas en ambos grupos para cada variable de Apego, así como los resultados de la comparación de medias para muestras independientes (t de student y probabilidad asociada [p]).

Tabla 37. Diferencias de Medias en Apego entre los niños que salieron con la Madre y los que no.

Escala	Salidas con la Madre	Media	D.t.	t	p
Seguridad	No	42,56	10,49	-1,208	,232
	Sí	45,77	10,09		
Desactivación	No	53,19	10,34	,419	,677
	Sí	52,09	10,04		
Hiperactivación	No	64,09	11,17	3,345	,001
	Sí	54,88	10,29		
Desorganización	No	64,97	9,72	2,640	,010
	Sí	57,93	10,56		
Colaboración	No	41,45	9,84	-1,148	,256
	Sí	44,39	9,87		
Representación de Sostén Parental	No	37,40	7,01	-2,359	,021
	Sí	42,15	8,15		
Resolución Positiva de lo Narrado	No	39,86	7,84	-2,315	,024
	Sí	45,17	9,33		
Expresión de los afectos	No	51,52	10,15	,878	,384
	Sí	49,07	11,06		
Reacción a la Separación	No	50,15	6,57	,889	,377
	Sí	48,53	7,26		
Distancia Simbólica	No	44,81	8,71	-1,139	,235
	Sí	47,25	7,31		
Falta de Coherencia	No	64,44	12,30	2,008	,049
	Sí	58,37	11,30		

Observando la tabla 37, vemos que realizar salidas de fin de semana con la madre se asocia con menores puntuaciones en Hiperactivación y Desorganización. También con una mejor Representación del Sostén Parental, Resolución Positiva de lo Narrado, y una menor Falta de Coherencia. Por otra parte, no hay asociación entre las salidas con la Madre y los tipos de Apego Seguro y Desactivado.

Además, se analizó si había relación con las salidas continuadas con la madre. En este sentido se compararon las medias de los niños que habían tenido salidas continuadas (7; 10,8%) con la madre con los que no (58; 89,2%). La prueba t-test mostró que solo había diferencias en Expresión de los afectos ($t = 2,328$; $p = ,023$) siendo las medias de 52,23 para el grupo sin visitas continuadas y de 46,02 para el grupo que sí había tenido visitas por parte de la madre. No obstante, estos resultados pueden deberse a que solo 7 niños presentaban salidas continuadas con la madre.

Respecto al análisis de la asociación entre la frecuencia de las salidas con la Madre y los factores de riesgo considerados, y dado que todas las variables son dicotómicas, tal y como se señaló en el apartado de análisis se utilizó el estadístico chi-cuadrado. Los resultados para cada factor de riesgo se muestran en la tabla 38.

Tabla 38. Estadístico chi-cuadrado y probabilidad asociada de la relación entre Salidas con la Madre y factores de riesgo.

FACTORES DE RIESGO	χ^2	*P*
Testigo de Violencia de Género	4,382	,036
Salud Mental de la Madre	4,041	,044
Falta de Recursos Personales	,150	,699
Abuso de Sustancias	6,262	,012
Familia multiproblemática de la madre	1,686	,194
Violencia de Género	5,205	,023
Depresión de la Madre	,269	,604
Falta de red familiar de apoyo	,019	,891
Medidas Legales	2,090	,148
Madre adolescente	1,112	,292

Como se puede apreciar, hay una relación entre las salidas con la madre y los siguientes factores de riesgo: Testigo de Violencia de Género, Salud Mental de la Madre, Abuso de Sustancias, y Violencia de Género. En todos los casos, los niños en los que estaba presente el factor de riesgo tendían a salir menos con la madre.

5.9. Relación entre los coeficientes de apego, las escalas del CCH y el género de los niños.

En la tabla 39 se muestran las medias y las desviaciones típicas por géneros en los cuatro tipos de apego y las siete escalas del CCH. También se muestran el estadístico t de Student de comparación de medias, así como la probabilidad asociada a dicho estadístico para la comparación de cada tipo y escala.

Tabla 39. Medias y desviaciones típicas (d.t.) por género y resultados de la comparación de medias (t de student y probabilidad asociada [p]).

Escala	Sexo	Media	D.t.	t	p
Seguridad	Femenino	47,23	9,41	1,93	,06
	Masculino	42,41	10,59		
Desactivación	Femenino	50,26	9,52	-1,66	,10
	Masculino	54,38	10,29		
Hiperactivación	Femenino	55,30	10,23	-1,90	,06
	Masculino	60,58	11,96		
Desorganización	Femenino	56,77	8,87	-2,65	,01
	Masculino	63,55	11,33		
Colaboración	Femenino	45,53	10,04	1,67	,10
	Masculino	41,48	9,49		
Representación de Sostén Parental	Femenino	42,09	8,48	1,52	,13
	Masculino	39,08	7,49		
Resolución Positiva de lo Narrado	Femenino	46,83	7,46	3,07	,00
	Masculino	40,26	9,44		
Expresión de los afectos	Femenino	53,06	10,85	2,24	,03
	Masculino	47,26	10,03		
Reacción a la Separación	Femenino	49,44	7,13	,35	,73
	Masculino	48,82	7,01		
Distancia Simbólica	Femenino	47,58	7,32	1,13	,26
	Masculino	45,37	8,26		
Falta de Coherencia	Femenino	57,79	11,85	-1,74	,09
	Masculino	62,86	11,66		

Como se pueda apreciar, se observan diferencias significativas entre niños y niñas en el Tipo de Apego Desorganizado, y tanto en las escalas Resolución Positiva de lo Narrado como en la de Expresión de los afectos. En el primero, son los niños quienes muestran un mayor estilo desorganizado por término medio. En contraposición, las niñas muestran una mejor Resolución Positiva de lo Narrado, así como una mejor Expresión de los Afectos.

También es reseñable que, si bien las diferencias no son estadísticamente significativas, se observa que los niños varones tienden a mostrar más un estilo Hiperactivado, así como las niñas un mayor apego Seguro. No obstante, hay que recalcar que se debe entender como una tendencia, dado que las diferencias de medias no alcanzan la significación estadística. En el resto de escalas no hay diferencias reseñables entre géneros.

Igual que lo comentado en análisis previos, esta ausencia de diferencias se puede deber al bajo tamaño muestral de los grupos. Por ese motivo, se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para las comparaciones no paramétricas entre dos muestras independientes. Los resultados fueron los mismos que los obtenidos con la t de student. Se obtuvieron diferencias significativas (en la misma dirección que con el contraste paramétrico) en Desorganización. Además, también se observó cierta tendencia en los tipos Seguro e Hiperactivado.

En cuanto a las escalas se observan diferencias significativas en "R o u i ón Positiva de lo Narra o" (p = .001) y "Ex r ión de los A to " (p = .03). Además, también se observó cierta tendencia algo más marcada en la "Fa ta de o r n ia" (p = ,09).

5.10. Relación entre los coeficientes de apego, las escalas del CCH y la edad de ingreso y el tiempo de permanencia en la institución.

Se han analizado las correlaciones entre la Edad de Ingreso y el Tiempo en la institución con los tipos y escalas de Apego. La tabla 3.40. muestra las correlaciones obtenidas con edad de ingreso, y la tabla 3.41. con tiempo en la institución.

La mayor parte de las correlaciones no son significativas. No obstante, se observa que a menor edad de ingreso puntuaciones más bajas en "Di t an ia Simbó i a" (r = ,307), así como una mayor "Fa ta de o r n ia" (r = -,346). Hay que destacar que ambas correlaciones tienen una intensidad elevada. Por otra parte, se observa una

tendencia de asociación positiva entre la Edad de Ingreso y la Seguridad (,168), y negativa con la Desorganización (-,239). Esto implicaría que los niños de esta muestra que ingresaron con una mayor edad tienden a mostrar un apego más seguro y una menor desorganización. También hay una tendencia indicando que, a mayor edad de ingreso, mayor colaboración (,254). Hay que remarcar que ninguna correlación con el tiempo de ingreso en la institución fue significativa, aunque también se observa una tendencia de asociación con Expresión de los afectos (,221).

Tabla 40. Correlaciones (r) entre tipos y escalas de Apego y la Edad de Ingreso y el tiempo en la institución.

Escala	r Edad de Ingreso
Seguridad	,168
Desactivación	-,088
Hiperactivación	-,119
Desorganización	-,239
Colaboración	,254
Representación de Sostén Parental	,100
Resolución Positiva de lo Narrado	,087
Expresión de los afectos	-,105
Reacción a la Separación	-,114
Distancia Simbólica	**,307**
Falta de Coherencia	**-,346**

(a) En negrita las correlaciones significativas ($p < .05$)

Tabla 41. Correlaciones (r) entre tipos y escalas de Apego y tiempo en la institución.

Escala	r Tiempo en la Institución
Seguridad	,044
Desactivación	-,100
Hiperactivación	,141
Desorganización	,092
Colaboración	,027
Representación de Sostén Parental	-,049
Resolución Positiva de lo Narrado	-,018
Expresión de los afectos	,221
Reacción a la Separación	,094
Distancia Simbólica	,007
Falta de Coherencia	,030

(a) En negrita las correlaciones significativas ($p < .05$)

El análisis anterior basado en correlaciones puede ocultar relaciones entre algunos rangos de las variables edad de ingreso y tiempo de institución y las variables de Apego. Además, se ha descrito un impacto mayor de dichas variables en función de determinados rangos de edad y tiempo en la institución. Para comprobar si puede haber alguna relación concreta con algún rango de edad o tiempo en la institución específico se agruparon ambas variables en tres categorías: grupo 1 (0-12 meses), grupo 2 (13 a 36 meses), y grupo 3 (37 meses o más). Los tamaños muestrales (entre paréntesis) para la edad de ingreso y los tres grupos fueron: Grupo 1 (3), Grupo 2 (29), y Grupo 3 (33). Para el tiempo de permanencia en la institución fueron (entre paréntesis): Grupo 1 (14), Grupo 2 (34), y Grupo 3 (17). Posteriormente se realizó un análisis de un ANOVA de

un factor para comprobar si había diferencias entre algún grupo de edad de ingreso (tabla 42) o tiempo de permanencia en la institución (Tabla 43).

Tabla 42. Relaciones entre variables de Apego y los grupos de edad de ingreso.

Escala	Grupo de Edad	Media	D.t.	F	P
Seguridad	1	38,68	8,50	,626	,538
	2	44,28	9,97		
	3	45,48	10,74		
Desactivación	1	55,57	9,28	2,567	,085
	2	52,19	9,63		
	3	52,45	10,76		
Hiperactivación	1	74,12	8,67	3,657	,032
	2	56,17	9,99		
	3	58,42	11,89		
Desorganización	1	73,34	12,02	,149	,862
	2	60,66	10,10		
	3	59,04	10,72		
Colaboración	1	35,89	9,40	1,105	,338
	2	42,85	9,60		
	3	44,46	10,12		
Representación del Sostén Parental	1	34,83	10,51	,769	,468
	2	40,78	8,29		
	3	40,71	7,69		
Resolución Positiva de lo Narrado	1	37,20	3,17	,710	,496
	2	43,81	9,10		
	3	43,39	9,49		
Expresión positiva de los afectos	1	47,80	12,52	1,281	,285
	2	52,30	12,03		
	3	48,06	9,21		
Reacción a la Separación	1	56,20	7,21	1,676	,195
	2	48,52	6,61		
	3	48,97	7,21		
Distancia Simbólica	1	39,97	6,76	2,627	,080
	2	44,89	7,31		
	3	48,29	8,01		
Falta de Coherencia	1	70,42	9,67	2,061	,136
	2	62,23	11,52		
	3	58,12	12,04		

Para la edad de ingreso, la única diferencia significativa indica que los niños menores de 12 meses presentaron un mayor nivel de hiperactivación. No se observa ninguna otra diferencia significativa ni en los otros tres tipos ni en las siete escalas.

Tabla 43. Relaciones entre variables de Apego y los grupos de Tiempo de permanencia en la institución.

Escala	Grupo de Tiempo de permanencia	Media	D.t.	F	P
Seguridad	1	46,80	8,10	,849	,433
	2	43,07	10,84		
	3	45,98	10,74		
Desactivación	1	51,57	7,78	,694	,503
	2	53,85	11,03		
	3	50,49	9,87		
Hiperactivación	1	50,68	11,38	4,312	,018
	2	60,71	8,75		
	3	59,16	13,96		
Desorganización	1	54,12	8,48	3,634	,032
	2	62,96	9,11		
	3	60,52	13,55		
Colaboración	1	45,30	10,51	,697	,502
	2	41,99	9,97		
	3	44,47	9,34		
Representación del Sostén Parental	1	43,05	6,91	,938	,397
	2	39,59	8,45		
	3	40,11	8,07		
Resolución Positiva de lo Narrado	1	47,70	7,59	2,782	,070
	2	41,13	9,04		
	3	44,00	9,54		
Expresión de los afectos	1	50,81	9,76	1,297	,281
	2	48,04	10,63		
	3	53,03	11,50		
Reacción a la Separación	1	48,18	7,19	,538	,587
	2	48,75	6,08		
	3	50,59	8,67		
Distancia Simbólica	1	48,77	9,06	1,094	,341
	2	45,16	6,64		
	3	46,88	9,00		
Falta de Coherencia	1	57,61	14,06	,543	,584
	2	61,55	11,36		
	3	60,87	11,53		

En relación al tiempo de permanencia en la institución, se aprecian diferencias significativas en Hiperactivación y Desorganización. En ambos casos, los niños con un tiempo de permanencia inferior a los 12 meses tienen una menor hiperactivación y una menor desorganización que los niños que llevan más de 12 meses. No aparecen diferencias entre los que llevan entre 12 y 36 meses y los que llevan 37 meses o más. Al igual que sucede con la edad de ingreso, no aparece ninguna relación significativa entre esta variable y las escalas del CCH.

5.11. Relación entre los tipos de apego, las escalas del CCH y la medida de salida

Como se ha mencionado en el capítulo de método, se recogió información sobre la medida de salida de cada niño. Las tres medidas de salida consideradas fueron Retorno con su madre (1), Acogimiento con la familia extensa (2) y Acogimiento no familiar (3). Se recuerda que, de los 65 niños de la muestra, 30 (46,2%) retornaron con su madre, 7 (10,8%) con la familia extensa, y los restantes 28 (43,1%) salieron con una medida de acogimiento no familiar. También es importante destacar que, de los 30 niños que retornan con la familia, en 22 casos (73,3%) los padres estaban separados y el retorno se produjo siempre con la madre. En los 8 casos restantes los padres no estaban separados. La tabla 44 muestra las medias en los cuatro tipos de apego para las tres medidas. También se muestran los resultados del ANOVA de un factor para comparar las medias de los tres grupos.

Tabla 44. Comparación de medias (Anova de un factor) de los tipos de Apego en función de la medida de salida.

Tipo	*Medida de Salida*	*Media*	*D.t.*	*F*	*p*
Seguridad	1	45,36	8,59	,822	,444
	2	48,08	8,84		
	3	42,99	12,12		
Desactivación	1	52,47	8,32	,994	,376
	2	47,68	7,74		
	3	53,69	12,07		
Hiperactivación	1	54,20	10,38	3,593	,033
	2	61,80	16,60		
	3	61,45	10,00		
Desorganización	1	58,38	10,24	1,288	,283
	2	59,51	14,09		
	3	62,84	10,29		

Se observa una relación entre Hiperactivación y la medida de salida. En este caso, los niños que retornaron con la madre presentaban puntuaciones más bajas en Hiperactivación. No se observa relación con los otros tres tipos de apego.

Tabla 45. Comparación de medias (Anova de un factor) de las escalas de Apego en función de la medida de salida.

Escala	*Medida de Salida*	*Media*	*D.t.*	*F*	*p*
Colaboración	1	43,88	8,53	1,082	,345
	2	47,62	9,21		
	3	41,71	11,25		
Representación de Sostén Parental	1	41,02	8,01	,915	,406
	2	43,42	8,67		
	3	39,15	7,96		
Resolución Positiva de lo Narrado	1	44,39	9,39	,557	,576
	2	44,14	10,25		
	3	41,91	8,74		
Expresión de los afectos	1	48,15	9,96	,787	,460
	2	52,19	14,25		
	3	51,29	10,72		
Reacción a la Separación	1	49,03	6,44	1,463	,239
	2	45,15	4,64		
	3	50,18	7,88		
Distancia Simbólica	1	46,27	8,11	,045	,956
	2	47,24	12,39		
	3	46,30	6,43		
Falta de Coherencia	1	59,54	11,68	,258	,774
	2	59,80	16,33		
	3	61,75	11,35		

La tabla 46 muestra los resultados de las tablas de contingencia cuando se relaciona la medida de salida con la presencia o ausencia de cada factor de riesgo.

Tabla 46. Asociación entre la medida de Salida y los factores de riesgo.

Factor de Riesgo		Medida de Salida						Factor de Riesgo		Medida de Salida					
		1		2		3				1		2		3	
		N	%	N	%	N	%			N	%	N	%	N	%
Testigo de Violencia de Género	No	17	56,7	4	57,1	13	46,4	Violencia de Género	No	17	56,7	4	57,1	14	50,0
	Sí	13	43,3	3	42,9	15	53,6		Sí	13	43,3	3	42,9	14	50,0
Salud Mental Madre	No	24	80,0	4	57,1	21	75,0	Depresión de la Madre	No	21	70,0	4	57,1	20	71,4
	Sí	6	20,0	3	42,9	7	25,0		Sí	9	30,0	3	42,9	8	28,6
Falta de Recursos Personales	No	6	20	1	14,3	3	10,7	Falta de red social de apoyo	No	10	33,3	5	71,4	13	46,4
	Sí	24	80,0	6	85,7	25	89,3		Sí	20	66,7	2	28,6	15	53,6
Abuso de Sustancias*	No	30	100	6	85,7	21	75,0	Medidas legales	No	25	83,3	7	100	25	89,3
	Sí	0	0	1	14,3	7	25		Sí	5	16,7	0	0	3	10,7
Familia multiproblemática de la madre*	No	26	86,7	5	71,4	15	53,6	Madre adolescente*	No	12	40	1	14,3	18	64,3
	Sí	4	13,3	2	28,6	13	46,4		Sí	18	60,0	6	85,7	10	35,7

* p <,05, **p <,01, *** p < ,001

El estadístico chi-cuadrado sale significativo para tres factores de riesgo: Abuso de Su tan ia (χ^2 = 8,41 = ,01) , Fami ia Mu ti r ob m ti a a Ma r (χ^2 = 7,670; p = ,0) Ma r a o nt (χ^2 = 6,933, p = ,031). Se observa que el retorno con la madre se da con mayor frecuencia cuando la madre no presenta abuso de sustancias y no tiene una familia Multiproblemática. Por su parte, cuando la madre es adolescente, si no vuelve con ella es más probable que lo haga con la familia extensa, mientras que si no es adolescente y no retorna con la madre es más probable que la medida de salida sea el acogimiento no familiar.

Uno de los índices de riesgo propuesto en la presente tesis (Índice de Larrieu) se desarrolló con el objetivo de valorar si un niño debía volver con su familia o no. En este sentido, se ha realizado un análisis específico para relacionar los dos índices de riesgo acumulado con la medida de salida. La tabla 47 muestra las medias del Factor de Riesgo Acumulado y del Índice de Larrieu para cada medida de salida. Aunque la diferencia no es significativa se observa una mayor puntuación en el Factor de Riesgo Acumulado si el acogimiento es con la familia extensa y, sobre todo, si es con una familia distinta a la de origen. En el caso del Índice de Larrieu sí hay una diferencia significativa en la misma dirección, mayor acumulación de factores de riesgo, se asocian a salir con una medida de acogimiento no familiar.

Tabla 47. Medida de Salida, Índice de Factor de Riesgo Acumulado, e Índice de Larrieu.

Escala	*Motivo de Salida*	*Media*	*D.t.*	*F*	*p*
Factor de Riesgo Acumulado	1	3,73	1,34	,869	,424
	2	4,14	1,86		
	3	4,18	1,19		
Índice de Larrieu	1	2,23	,90	3,915	,025
	2	2,71	1,11		
	3	2,86	,76		

5.12. Estudio de seguimiento de los cambios en el tipo de apego y Escalas del CCH de una submuestra durante su estancia en la Institución.

Existió la posibilidad de volver a aplicar el mismo instrumento a una submuestra de 9 niños que presentaban un Apego Inseguro o Desorganizado. El tiempo que pasó entre la evaluación inicial y la posterior tuvo un rango de entre 10 y 14 meses (Media y Moda de 12 meses). Este diseño longitudinal se puede considerar un estudio de seguimiento (dada la baja cantidad de participantes), que permitiría una valoración inicial de los cambios producidos en los tipos y escalas de Apego durante el tiempo en la Residencia. Al ser pocos casos, no se pueden aplicar técnicas paramétricas por lo que se optó por la prueba de Wilcoxon para medidas repetidas, tal y como se señaló en el apartado de Análisis. La tabla 48 muestra las medias y las desviaciones típicas en los dos momentos de evaluación, así como la probabilidad asociada al estadístico de contraste de la prueba de Wilcoxon.

Se observa que, durante el tiempo de permanencia en la Residencia de Primera Infancia hay un cambio en los tipos de Apego de Seguridad, Desactivación y Desorganización. En todos los casos se produce una mejora de las representaciones de apego. En las escalas del CCH solo la de Colaboración muestra una puntuación mejor. El resto de escalas del CCH no se ven afectadas. Tampoco hay cambios en el prototipo de Hiperactivación.

Tabla 48. Comparación de medidas repetidas entre las Evaluaciones 1 y 2 de 9 niños de la muestra total.

	Evaluación 1		Evaluación 2			
	Media	D.t.	Media	D.t.	Z	p
Seguridad	32,17	11,81	47,44	10,76	-2,666	,008
Desactivación	63,42	12,90	49,04	11,03	-2,547	,011
Hiperactivación	65,53	10,54	62,90	7,77	-,059	,953
Desorganización	73,29	7,21	62,71	8,55	-2,666	,008
Colaboración	34,85	10,31	46,76	11,90	-2,073	,038
Representación de Sostén Parental	37,60	8,14	39,21	6,32	-,533	,594
Resolución Positiva de lo Narrado	38,73	8,07	38,14	7,94	-,119	,906
Expresión de los afectos	40,83	12,40	48,91	12,12	-,911	,362
Reacción a la Separación	45,38	6,53	46,30	6,78	-543	,587
Distancia Simbólica	45,60	9,26	48,67	8,71	-,415	,678
Falta de Coherencia	68,53	10,96	59,84	13,76	-1,362	,173

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente estudio se han planteado once objetivos de análisis. Vamos a englobar la discusión concerniente a los resultados en dos partes. En la primera parte se debatirá sobre los resultados hallados en los primeros 7 objetivos de estudio propuestos. La segunda abordará los cuatro últimos objetivos.

En un primer apartado se muestra la relación entre tres tipos de resultados: patrón de apego, tipos de maltrato sufridos por los participantes de nuestro estudio, niños en situación de acogimiento residencial de la Comunidad de Madrid y factores de riesgo que presentaban las madres. En el segundo, se comentan los modelos operativos internos o prototipos de apego organizados (seguro, desactivado, hiperactivado) y desorganizado hallados, así como determinados aspectos de las representaciones de apego de los niños explorados en la tarea de completar historias. En un tercer apartado abordamos la relación entre el maltrato y los tipos de apego hallados. Finalmente, en el cuarto apartado debatimos los resultados tras haber relacionado el apego de los niños y los factores de riesgo estudiados.

En la segunda parte de esta discusión planteamos el papel que juega la experiencia de vida en el centro y el contacto que los niños mantienen con la madre u otros miembros de la familia durante el tiempo de estancia en el centro como posibles factores de protección. Asimismo, se debaten los resultados hallados en relación al género, edad de ingreso y tiempo de permanencia en el centro. Finalmente se discute la medida de protección con la que los niños salieron de la Residencia infantil.

Tipos de maltrato y factores de riesgo en el medio familiar en relación con los prototipos y dimensiones de las representaciones de apego estudiadas

A partir de los resultados obtenidos puede concluirse que la negligencia es el tipo de maltrato que, de manera significativa, prevalece en nuestro estudio, sobre otras tipologías. Además, más de un tercio de los niños participantes han sufrido negligencia y maltrato emocional de manera conjunta. Estos datos coinciden con la distribución de los principales tipos de maltrato que conllevan la intervención de los equipos de protección a la infancia en

distintas comunidades autónomas de nuestro país (De Paúl et al.,1995; Jiménez et al., 1995; Del Valle, 2008; Fernández del Valle, Álvarez y Fernández, 1999; Oswald et al., 2010). El maltrato físico y abuso sexual no se ha constatado en la muestra estudiada.

Las madres que han incurrido en esta forma de maltrato presentan, a la luz de nuestro estudio, unos determinados factores de riesgo que las hacen vulnerables en múltiples dominios: fisiológico, emocional, relacional, laboral y social.

La totalidad de las madres de nuestro estudio se encontraban, en el momento en el que el niño entró en la residencia, en situaciones de *pobreza o extrema pobreza*. También hemos podido constatar que casi la totalidad de las madres de la muestra mostraba *escasos recursos personales* y tenían *carencias educativas importantes*. Nuestro estudio apunta a que esta carencia de recursos, además de dificultar la adaptación de estas mujeres, tanto a nivel personal como social, ha podido tener una repercusión negativa en su capacidad de maternaje, así como en la percepción de su autoeficacia y autoestima.

Los datos obtenidos señalan que prácticamente la totalidad de estas mujeres han tenido que afrontar la maternidad en solitario y más de la mitad de las madres *no tienen una red familiar ni social de apoyo*. El apoyo social, como se ha señalado en distintos estudios, es un factor de protección en las relaciones de apego maternoinfantiles (Belsky, 1999; Huth- Bocks et al., 2004). No contar con el soporte de la pareja, familiares y/o amigos hace aún más difícil poder hacerse cargo de la vida cotidiana y de la crianza de los hijos y suele redundar en un mayor nivel de estrés (Kingston, 2013; Parkes, Sweeting y Wight, 2015). Como ya se ha comentado en la revisión teórica, la monoparentalidad no escogida es un claro factor de riesgo para muchas mujeres, especialmente si, como es el caso de la mayoría de las madres de nuestra muestra, no disponen de una red que les preste apoyo tanto a nivel económico como afectivo. Como consta en el informe de Save the Children del año 2015 así como en su informe actual "Fami ia en ri o" (Save the Children, 2020) más de la mitad de este tipo de hogares se encontraban en riesgo de pobreza moderada y, en menor medida, extrema.

A este respecto, hemos podido constatar que la medida más predominante adoptada por los equipos de protección a la infancia, en relación a los menores, en el caso de madres sin apoyo, era la Tutela, mientras que si la madre disponía de una red familiar o social lo más habitual era la medida de Guarda. Este dato resalta la importancia del apoyo familiar y social

y alerta de las consecuencias de no contar con los mismos, evidenciando la necesidad de intervenciones sociales que apoyen este sostén y así posibilitar una disminución del porcentaje de niños retirados de sus hogares.

Otro dato significativo de nuestra investigación indica que más de la mitad de las madres de la muestra estudiada han sufrido *violencia de género* y que muchas de ellas han tenido medidas de protección en relación a estos hechos. En este sentido, nuestro estudio avala los resultados de otras investigaciones que relacionan la violencia de género con la afectación de las funciones maternales, especialmente debido al nivel de estrés experimentado (Casanueva et al., 2008). Una buena calidad de relación entre el hijo y la madre se ha visto que constituye un importante factor de protección para el niño en estas condiciones de violencia, pero también que, en esas circunstancias, la disponibilidad de la madre para cuidar y proteger a sus hijos se ve muy disminuida (Boeckel et al., 2017).

Como ya hemos planteado, son bien conocidos los efectos perjudiciales que la violencia de género tiene sobre las mujeres que la padecen tanto en su bienestar físico como emocional. Estas mujeres presentan distintos trastornos emocionales a on u n ia a it ua ion traum ti a i i a La int omato o ía o t raum ti a y distintos procesos depresivos son algunos de los efectos más presentes en los análisis sobre la repercusión de la VG. Cuando, además, como sucede en bastantes madres de la muestra estudiada, la monoparentalidad se ha producido tras haber sufrido violencia de género, la gravedad se extrema. Tanto para estas mujeres como para sus hijos, que han vivido en un ambiente de agresividad, inseguridad y temor, estas experiencias tienen consecuencias significativas. Especialmente, como veremos en el próximo apartado, repercuten en los vínculos afectivos y merman en los niños la sensación de seguridad y confianza, tanto en los adultos de referencia como en el mundo que les rodea. Paliar y subsanar los efectos de estas experiencias traumáticas requiere de apoyos específicos, de una regulación legal y un soporte social que proteja a un medio tan *fragilizado* por las vivencias a las que ha tenido que hacer frente (OMS, 2021). Si estos apoyos son puntuales o no responden a un plan de recuperación de la estabilidad y el bienestar de todos sus miembros, la carga acumulada puede hacer que estas madres no puedan sostener una adecuada crianza de sus hijos e incluso que se produzcan, como ha sido el caso, situaciones de negligencia y maltrato. Esto vendría a reforzar aún más

el modelo interno de desconcierto e inseguridad de los niños y a reproducir el círculo de la violencia y sus perniciosas consecuencias.

Otro factor que queremos resaltar en esta parte de la discusión es el número considerable de *madres adolescentes* cuando tuvieron su primer hijo, en el conjunto de la muestra estudiada. Casi un tercio. Esto implica que tuvieron que hacer frente a responsabilidades importantes y difíciles de asumir debido a su inexperiencia y, en muchos casos, a la falta de apoyos familiares y sociales. Las conductas de crianza de las madres adolescentes varían en función de múltiples factores, pero en general, sus niveles de estrés son más elevados, especialmente cuando cuentan con escasos recursos y apoyo social, lo que puede derivar en un mayor potencial de abuso y negligencia (De Paúl y Domenech, 2000). Por otra parte, y al menos en nuestro entorno cultural, es bastante probable que las adolescentes, aún con apoyos, carezcan de la madurez emocional y cognitiva que se requiere para realizar una adecuada parentalidad. Distintas investigaciones han detectado algunas características de crianza que están presentes con más probabilidad en estas madres: se muestran menos receptivas y sensibles, más desapegadas y propensas a exhibir conductas intrusivas con sus hijos (Berlin, Brady-Smith y Brooks-Gunn, 2002; Whitman, Borkowski, Keogh, y Weed, 2001). Si estos estilos de crianza se establecen, las relaciones de apego se ven comprometidas. Algunos estudios han reflejado que los niños de estas familias monoparentales mostraban menos representaciones de apego seguras y más inseguras, en particular más evitativas (Gloger-Tippelt et al., 2007).

Hay que señalar que muchos de los factores que convergen en las circunstancias que estas madres han tenido que afrontar conllevan situaciones que generan un alto nivel de estrés. Esto supone que, en gran medida, las demandas de cuidados superan los recursos disponibles. La literatura refleja que vivir situaciones que generan estrés está relacionado con un comportamiento parental menos nutritivo, interacciones menos placenteras entre padres e hijos, un mayor número de conflictos y mayores probabilidades de abuso (Anthony, Anthony, Glanville, Naiman, Waanders y Shaffer, 2005; Huth-Bocks y Hughes, 2008; Taylor, Guterman, Lee y Rathouz, 2009).

Teniendo en cuenta todos estos elementos, la prevención del maltrato, en cualquiera de sus formas, debería contemplar la constelación de factores que crean unas condiciones proclives a la aparición de un riesgo para la infancia. En este estudio se han analizado algunos

de ellos que, como hemos pretendido plasmar, están relacionados entre sí creando en múltiples ocasiones sinergias que potencian sus efectos perjudiciales. Hemos de tener en cuenta que cuando estos factores se aglutinan, en muchas ocasiones derivan en situaciones difíciles e incluso insostenibles, que no pueden garantizar las necesarias condiciones para el desarrollo de los niños. En función de la gravedad se hace necesario adoptar distintas medidas de protección. En los casos más extremos, como los estudiados en esta muestra, esto ha supuesto la retirada del niño de su medio familiar.

El hecho de que la madre, en estas condiciones, pueda aún conservar la tutela del hijo o la pierda parece relacionarse con la confluencia de determinados tipos de factores de riesgo y éste es uno de los puntos que ha esclarecido nuestro trabajo. Los resultados muestran que la falta de recursos personales y de apoyo de la madre, que ya hemos mencionado, junto con el abuso de sustancias, parecen estar relacionadas con la pérdida de la tutela y, por tanto, con la gravedad del maltrato o la posibilidad de reincidencia percibida por los equipos de protección a la infancia.

Múltiples investigaciones resaltan la relación entre maltrato infantil y *consumo de tóxicos* por parte de ambos o un progenitor (Dube et al. 2001; Traube, James, Zhang y Landsverk, 2012). En concreto, el abuso de sustancias por parte de la madre está fuertemente asociado con el maltrato infantil (Chaffin, Kelleher, y Hollenberg, 1996). La adicción, según los datos que arrojan las investigaciones, fomenta prácticas de crianza negativas con la aparición de patrones preocupantes de abandono, agresión física y maltrato emocional, en algunos casos autodeclarados por las madres con dependencia de sustancias (Seay et al., 2015). La investigación que hemos llevado a cabo, en línea con los estudios mencionados, también pone de relieve el problema de la drogodependencia materna como grave factor de riesgo de maltrato infantil y sugiere que se deberían tomar más medidas y recursos públicos para prevenir la adicción. Consideramos que es importante promover intervenciones y programas que ayuden a estas madres para que la drogodependencia que sufren no incida en la posibilidad de desarrollar una maternidad negativa en la relación con sus hijos, dadas las repercusiones que tiene para ellos. Cuando el abuso de sustancias de la persona que cuida al niño está presente, éstos a menudo sufren consecuencias graves en el comportamiento y el desarrollo (Hill,Tessner y McDermott, 2011; Raitasalo y Holmila, 2017) apareciendo una alta prevalencia de problemas de externalización e internalización en estos niños. Las familias en

las que hay abuso de sustancias de origen materno tienen más probabilidades de experimentar la retirada del niño de su medio de origen, que permanezca tiempos más prolongados en cuidados alternativos y que salgan del sistema de protección por medio de la adopción (Berger, Slack, Waldfogel y Bruch, 2010; Vanderploeg, Connell, Caron, Saunders, Katz y Tebes, 2007).

Acumulación de factores de riesgo y retirada de tutela.- En nuestro estudio la falta de recursos personales y el abuso de sustancias por parte de la madre parecen destacar como factores de riesgo asociados con la retirada de tutela. Sin embargo, debemos constatar que un porcentaje altísimo, casi la totalidad de las madres, tiene tres o más factores de riesgo y un tercio de la muestra tiene cinco o más factores acumulados. A esto hay que añadir como hemos comentado otros dos factores, ya que la totalidad de ellas presenta una situación económica de pobreza o extrema pobreza y un nivel educativo bajo. Como han subrayado Larrieu et al. (2008) más que la presencia de un factor de riesgo específico es la combinación de varios factores lo que está relacionado con la situación de maltrato y con la medida de protección tomada. Nuestro análisis refuerza las interesantes aportaciones de Larrieu y colaboradores que indicaron, en el artículo citado, que las madres que habían perdido la custodia de los hijos tenían, en general, más factores de riesgo acumulados que aquellas que habían logrado realizar un proceso de reunificación familiar. El riesgo acumulativo, parecía ser un indicador más fuerte que los factores de riesgo específicos. Esta acumulación de problemas dibuja una situación de enorme complejidad que dificulta hacer frente a una crianza de los hijos con un mínimo de estabilidad y garantías para proveer los cuidados adecuados.

En conclusión, la negligencia y el maltrato emocional, tipologías encontradas en la muestra sujeto de estudio, se deben concebir como fenómenos complejos y dinámicos en los que concurren determinados factores de riesgo acumulados. Este análisis nos ayuda a dar una visión más ajustada de la situación que el niño ha vivido, del daño sufrido y de las medidas a adoptar en una prevención primaria, secundaria y terciaria.

Atender y apoyar las necesidades de estos entornos familiares tan frágiles requiere de acciones e intervenciones a nivel social y psicoeducativo que disminuyan el riesgo de pobreza, la falta de apoyo familiar y social, la violencia de género, que desarrollen políticas

de prevención de la maternidad adolescente y del consumo de sustancias, entre otros focos de prevención e intervención. Al mismo tiempo, es necesario seguir implementando programas específicos que posibiliten la mejora de las competencias parentales, sobre todo entre las familias de riesgo y que fomente la resiliencia al estrés y el bienestar social. Apoyar de forma coordinada y desde los distintos ámbitos a estas familias en situación de riesgo es una apuesta firme para abordar esta problemática desde un enfoque multinivel y ecosistémico. Es necesario unir esfuerzos para fortalecer el medio familiar, fomentar la inclusión y evitar, en la medida de lo posible y teniendo siempre presente el bien superior del menor, que los niños tengan que abandonar su medio de origen.

Apegos seguros versus inseguros y desorganizados en la muestra estudiada.-El segundo objetivo de esta tesis se focalizaba en la exploración de las representaciones de apego de los niños que participaban en este estudio. Éstos habían estado expuestos, como hemos visto en el primer apartado, a situaciones de negligencia y maltrato emocional y a la crianza con madres con una acumulación importante de determinados factores de riesgo.

Hemos encontrado que la distribución de los Modelos Operativos Internos (MOI) de seguridad, inseguridad y desorganización mostraban ciertas coincidencias con los resultados de otros estudios realizados con niños institucionalizados que habían reflejado tasas más altas de apego inseguro y especialmente de apego desorganizado. (Dobrova-Krol et al., 2010; The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team -EEUU, 2008; Vorria et al., 2003; Zeanah et al., 2005). También se constata que, en esta muestra, los resultados son significativamente diferentes de las tasas de apego informadas en estudios poblacionales de bajo riesgo (Lionetti, Pastore y Barone, 2015) en el sentido de mostrar menor seguridad y mayor inseguridad y desorganización. En consonancia con la literatura científica sobre el tema esperábamos encontrar notables diferencias en la expresión de los MOI entre los niños de nuestro estudio y los que no habían sufrido maltrato (Rogosch, Cicchetti, Shields y Toth, 1995; Stronach, Toth, Rogosch, Oshri, Manly y Cicchetti, 2011; Toth et al., 2000). Los resultados han avalado nuestras expectativas en relación a que la muestra presentaría menos seguridad y más desorganización con respecto al apego. Sin embargo, el nivel de seguridad es mayor de lo que, de entrada, se esperaría en relación a lo vivido y a las circunstancias que han tenido lugar en su medio familiar. Cierto que, en la muestra, hay niños con experiencia de riesgo y de abuso de diferente gravedad y que, como ya se ha referido, los niños de este estudio no han

sufrido ni maltrato físico ni abuso sexual por lo que es posible que esto haya tenido una influencia en los resultados obtenidos.

En este sentido, el haber encontrado un mayor nivel de seguridad de lo en un principio era esperado, es coincidente con los resultados hallados en otras investigaciones (Lecannelier, Silva, Morales, Melo y Hoffmann, 2014; Quiroga, Hamilton-Giachritsis e Ibáñez, 2017). Estas autoras también contemplaban que podrían estar influyendo factores de la propia cultura y organización de la institución como son, entre otros, contar con educadores sensibles, grupos más reducidos y atención más individualizada. Estas características se encontraban tanto en las muestras chilenas a las que hemos hecho referencia como en la que ha sido sujeto de este estudio. Como hemos comentado en la descripción de este estudio, la residencia que acogía a estos niños tenía un proyecto psicoeducativo y social que se apoyaba en la teoría del apego y que procuraba, en coherencia, proporcionar una intervención educativa a través de una relación respetuosa y cálida por parte de los educadores, favorecer las visitas de las madres y familiares, etc. Este contexto puede haber contribuido a que un porcentaje de los niños de nuestro estudio muestren más seguridad en el modelo interno que están construyendo de sí mismos y de su entorno. Otros factores moderadores para la seguridad del apego en el cuidado residencial, ya expuestos por Lionetti et al. (2015), podría ser haber cumplido los tres años en el momento en que los niños ingresan en la institución. Al igual que en el metaanálisis que estos autores realizaron, en nuestra muestra también se observa una menor seguridad y mayor desorganización en los niños que ingresaron con menos de un año en el Centro. Dado su escaso número, tres, no ha sido posible obtener una significación estadística, aunque sí se ha observado en estos niños una mayor hiperactivación y una tendencia a una mayor desorganización.

Otras investigaciones también muestran que haber pasado un tiempo de vida mayor en un centro residencial de buena calidad se relaciona con mayores tasas de estilos de apego seguros (Howes y Segal, 1993; Garcia Quiroga y Hamilton-Giachritsis, 2017), mientras que cuando ha tenido lugar en un centro de baja calidad aparece una menor seguridad (Vorria et al., 2003). La calidad de los cuidados que el Centro donde se ha realizado el estudio, proporciona a los niños han sido descritos previamente. Se refleja en su Proyecto y se pone de manifiesto tanto en las medidas de carácter estructural adoptadas como en los aspectos que tienen que ver con la sensibilidad y el tipo de interacción que los educadores mantienen con

los niños. Estos factores se constituyen en firmes apoyos que pueden, como decimos, estar contribuyendo a que los niños muestren una menor desorganización y una mayor seguridad de lo esperado en niños que, como consecuencia de haber sufrido situaciones de alto riesgo, viven en un acogimiento residencial.

Sería importante, en este sentido, poder continuar investigando en los factores que pueden contribuir a que algunos niños de la muestra muestren una cierta resiliencia que se puede traducir en su patrón de apego seguro a pesar de las experiencias de maltrato y separación del hogar familiar.

Como hemos comentado en la sección anterior, nuestros datos, a pesar de incluir una cierta representación de niños con apego seguro, muestran un predominio de los patrones de apego categorizados como inseguros. Es importante resaltar estos resultados puesto que se sabe que los niños que han sido clasificados con apego no seguro tienen un mayor riesgo de desarrollar comportamientos desadaptados y psicopatología. Los niños de la muestra estudiada han vivido historias complejas y han desarrollado estrategias que, de alguna manera, les permitieran el acceso a sus figuras de referencia. Estrategias adaptativas para ese contexto, pero algunas de ellas disfuncionales para el despliegue de todas sus potencialidades y para lograr la consecución de un desarrollo saludable. Fruto de sus experiencias algunos de estos niños construyen representaciones de sí mismos como poco valiosos y del mundo como un lugar imprevisible, donde la desconfianza o la ambivalencia están muy presentes (Bowlby, 1986).

Dentro del prototipo de inseguridad en el apego observamos que la hiperactivación es la estrategia defensiva de organización a las que recurren, en mayor medida, los niños inseguros de la muestra estudiada frente a la estrategia defensiva por evitación.

Los niños que muestran un patrón evitativo o que tienden a una desactivación del apego manifiestan una defensa ante las emociones que pueden implicar un sufrimiento, una tendencia a no esperar ni involucrarse en una relación comunicativo-afectiva con el otro y, por el contrario, son proclives a fomentar la propia pseudoautonomía frente al reconocimiento de las propias necesidades. Los niños hiperactivados, en cambio, tienden a una ansiedad y dificultades de regulación emocional frente a la posibilidad de perder la figura de apego junto a una ambivalencia de sentimientos hacia ella o un sentimiento de desamparo y debilidad. En

la muestra estudiada ha sorprendido que el patrón más general no sea el de la desactivación sino el de la hiperactivación. En el apartado tres analizamos estos resultados con relación al tipo de maltrato que estos niños han sufrido.

Un número significativo de los niños de la muestra presentan desorganización en el apego. Como ya se ha apuntado en la parte teórica de la tesis, si las respuestas del cuidador ante las necesidades de apego de los niños son incoherentes, es decir proporciona a la vez cuidados básicos y conductas de maltrato, el niño no logra desarrollar una estrategia organizada de apego generando una activación simultánea de comportamientos contradictorios en relación a su figura de apego, de acercamiento y de huida (Main et al., 1990). Teniendo en cuenta el papel de las experiencias de cuidado atemorizantes en la etiología del apego desorganizado (Van IJzendoorn et al., 1999) es de esperar que experiencias como el maltrato y el abuso emocional fomenten representaciones mentales desorganizadas. Como plantea B. Cyrulnik (2003), el maltrato infantil tiene un doble impacto, ya que no es sólo el "golpe" lo que daña, sino el trauma que conlleva el que provenga de una figura de apego que debería haber procurado cuidado y protección. Algunos planteamientos en relación a la formación del apego desorganizado basados en la Teoría del Biofeedback social (Koós y Gergely, 2001) han realizado aportaciones interesantes. Es conocido que, incluso desde que son bebés, los niños detectan y se alegran cuando sus acciones son contingentes a estímulos externos. Si la acción procede de ellos mismos la contingencia es perfecta, pero si proviene de su entorno, de sus cuidadores, la contingencia es alta pero no perfecta (Watson, 1994). Distinguir esto es importante para el niño. Si sus adultos de referencia actúan de forma suficientemente predecible el niño notará estas diferencias y empezará a desarrollar un sentido de eficacia, seguridad y bienestar emocional, pero si las conductas de sus cuidadores son confusas, invasivas, atemorizantes o abusivas, el niño no puede experimentar ese control contingente quedando expuesto a la angustia, la incertidumbre y el desamparo. En este sentido, la enfermedad mental en uno o ambos padres también se ha asociado con la desorganización del apego (Madigan, Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn, Moran, Pederson y Benoit, 2006).

Además, muchas de las dificultades que los niños encuentran cuando se activa su patrón de apego es que sus cuidadores no son capaces de regular este sistema dejando al niño en un estado de agitación y confusión. Si esto persiste quedará indefenso y no podrá elaborar

estrategias coherentes y predecibles que le permitan vincularse con su figura de apego (Lecannelier, Ascanio, Flores y Hoffmann, 2011; Marrone, Diamond, Juri y Bleichmar, 2001).

En nuestro estudio, un dato a tener en cuenta es que los niños que presentan un tipo de apego desactivado muestran, y de forma notable, menos desorganización que los que presentan un apego hiperactivado, lo que puede indicar que el mecanismo de evitación está haciendo que los temas relativos al apego no desborden emocionalmente al niño. Como algunos autores han planteado, la evitación podría estar funcionando como una forma defensiva de regulación emocional (Hodges et al., 2003). Sin embargo, cuando emerge la hiperactivación los niños pueden estar más vulnerables a estos temas, lo que puede desencadenar un desborde emocional y se puede activar la desorganización.

Relación entre los tipos de apego y las dimensiones estudiadas en las narraciones.- En ta t i tambi n ant ó tu iar a r a ión ntr o ti o a o i rta im n ion mi mo qu ont m a i t ma o i i a ión utilizado. A pesar de que podríamos argüir que los tipos de apego ya apuntan por sí mismos a una relación on ta im n ion , no a r qu ta a ort an ti in i a or arro o i o -a ti o ni o qu m r n ser comentadas. Además, nos permiten conocer aspectos que matizan y ponen de relieve algunas dificultades concretas de los niños que facilita que el profesional pueda comprender mejor sus modelos operativos internos. También proporciona una información que puede ayudar en el plano diagnóstico, contribuir a que se puedan realizar intervenciones más ajustadas, y poder evaluar al cabo de un tiempo si han sido o no beneficiosas para el niño. Debatimos en las líneas siguientes las dimensiones más destacadas encontradas en estas escalas

En primer lugar, los niños clasificados con un patrón de apego inseguro muestran una menor *colaboración* al contar la historia. Las dificultades de comunicación intersubjetiva con el otro y de cooperación en el juego son un rasgo a tener en cuenta que puede implicar dificultades en las relaciones sociales y afectivas de estos niños en su momento actual y futuro. El apego y la intersubjetividad son dominios con funciones distintas, pero muy relacionadas a lo largo del desarrollo (Stern, 2004; Lyons-Ruth, 2006). Los comportamientos de apego y las habilidades intersubjetivas están entrelazados, pero se desarticulan cuando

tiene lugar un desarrollo atípico. Si el trauma se produce en relación a las figuras de apego, las capacidades mentales se colapsan agravando sus consecuencias (Cortina y Lionetti, 2010).

La confianza en el apoyo de las figuras parentales, que mide la escala de "*Sostén re t* " también ha aportado resultados significativos, observándose puntuaciones más bajas. Aunque este dato en cierto sentido parece lógico, si tenemos en cuenta que los padres de estos niños no les han transmitido su protección y disponibilidad incondicional, también podría indicar una posible generalización de este patrón, apareciendo la desconfianza hacia otras personas. Esto dificultaría no solo las relaciones sociales y afectivas sino también la capacidad de pedir ayuda en caso de necesitarla.

En cuanto a la *"Reso i de histori s",* es llamativa la forma en que algunos de los niños desorganizados terminan las secuencias de juego que se les proponen. Aparecen finales que en muchos casos son confusos y abiertos, que parecen no poder contemplar resoluciones positivas y remiten a ansiedades que emergen en sucesos catastróficos. Esto, junto con la incoherencia de su pensamiento narrativo podría apuntar a un riesgo de una posible sintomatología clínica (Hodges et al., 2000). Así, los déficits hallados en la *Coherencia narrativa* y las discordancias, que aparecían en algunos casos, entre lo que se comunicaba verbal y no verbalmente, podría denotar posibles procesos disociativos en la configuración de los MOI. Estas representaciones, a su vez, influyen en su desarrollo emocional y pueden evidenciarse en conductas internalizadas o externalizadas y trastornos de estrés postraumático. Por otra parte, aunque aparece con menor puntación en la muestra, la *Distancia simbólica* remite a una inhibición del pensamiento y a una activación de las defensas ante un material que puede ser doloroso emocionalmente. Estas inhibiciones frente a la representación simbólica de los pensamientos y emociones han sido resaltadas en la literatura como un posible precursor de problemas de rendimiento académico y motivación para el aprendizaje.

Esta información obtenida a través de las escalas a las que nos hemos referido no tiene un carácter diagnóstico, pero sí nos informa de los recursos de los que dispone el niño para afrontar la relación social y la relación con sus cuidadores principales. Posibilitan también orientar mejor los cuidados de los niños con apego inseguro y desorganizado, así como las intervenciones clínicas psicológicas que puedan requerir. En resumen, el instrumento y el sistema de valoración utilizado parece constituir una herramienta útil de investigación. Por un

lado, aporta información sobre determinadas características de las representaciones de apego y también de algunos factores que pueden ayudar a conocer mejor el desarrollo socioafectivo del niño.

Como conclusión de este apartado, destacamos que los niños de la muestra que han sido sometidos a negligencia y, especialmente, cuando además han sufrido maltrato emocional, presentan en su mayoría una inseguridad en apego, siendo la hiperactivación la estrategia de defensa más notoria.

Un porcentaje notable de los niños estudiados presenta desorganización en el apego y ello nos induce a reflexionar sobre el alcance de estos datos. La literatura científica sostiene que estos niños han aprendido que su cuidador es inconsistente y no siempre seguro y, como resultado, han desarrollado una mayor conciencia de la amenaza percibida. La teoría del apego se basa en la memoria de las relaciones de apego como base de los modelos de trabajo interno para conceptualizar el sentido de sí mismo y el del cuidador (Liotti, 2004). En este sentido, este autor plantea que el MOI del apego desorganizado es diferente de otras formas de apego porque, además de esperar las consecuencias negativas cuando requiere ayuda y consuelo, puede asociarse con la disociación y la multiplicidad no integrada de expectativas contradictorias. En relación a lo planteado, pensamos que es importante para la prevención de la salud mental resaltar que la inseguridad, pero sobre todo la desorganización en el apego en edades infantiles, abre un camino hacia la fragilidad y vulnerabilidad del organismo en relación a la psicopatología y, en concreto hacia los desórdenes afectivos y de la personalidad (Ainsworth, 1985; Sroufe, 1988). En primer lugar, porque hay evidencias empíricas que relacionan la desorganización y la inseguridad en el apego con trastornos clínicos tanto externalizantes como internalizantes (Fearon, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Lapsley y Roisman, 2010; Pasco Fearon y Belsky, 2011; Groh, Roisman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg, y Fearon, 2012). También suponen un mayor riesgo para el desarrollo emocional y social del niño, con resultados negativos en términos de regulación de las emociones y problemas de conducta en la primera infancia y la etapa preescolar (Barone y Lionetti, 2012; Groh et al., 2012; Sutton, 2019).

Las historias vinculares de estos pequeños que han sufrido maltrato y abandono están en muchos casos influenciadas por las secuelas del daño recibido, mostrando inseguridad y desorganización del apego. Aportar respuestas sensibles a las necesidades del niño,

especialmente en situaciones que puedan ser vividas por él como de estrés y peligro, es básico. Ayudar a regular su equilibrio y a minimizar el desborde emocional permitirá que el niño vaya experimentando la seguridad en la relación. También es esencial conformar la organización de la vida cotidiana en torno al buen trato y los cuidados de calidad, donde el niño pueda verse reconocido en su individualidad y donde su necesidad sea eje de la intervención. La coherencia, claridad y predictibilidad de las respuestas de estas figuras de referencia serán elementos esenciales para que el niño pueda establecer un modelo del mundo más seguro y amable y construir una imagen de sí mismo como un ser valioso y merecedor del mejor de los cuidados.

Uno de los problemas con los que se pueden encontrar los educadores de las residencias de protección es la dificultad que tienen los niños con un apego desorganizado de poder establecer una vinculación coherente con ellos. Los niños traumatizados a menudo, como hemos visto, muestran hiperactivación de su sistema de apego. Necesitan aprender sobre lo que les está sucediendo y comenzar a tolerar las sensaciones corporales y los estados emocionales relacionados con el trauma. Dada la interrupción de la confianza y la seguridad que ha tenido lugar en el hogar, es importante que el niño cuente con un cuidador paciente, constante y atento durante la infancia para desarrollar un sentido de seguridad interpersonal. Cuando un niño ha estado expuesto a altos niveles de estrés y no ha contado con un cuidador capaz de modular la excitación del niño, todos los niveles del desarrollo infantil pueden quedar afectados (Carpenter y Stacks, 2009; Steek-Fischer y van der Kolk, 2000). Un objetivo importante es ayudar a estos niños a desarrollar su lenguaje y optimizar su comunicación para que sean vistos y puedan ser comprendidos tanto por ellos mismos como por los demás (Streeck-Fisher et al., 2000). Los datos muestran la importancia de ser conscientes de estos síntomas y la necesidad de identificarlos para que estos niños puedan tener los apoyos que necesitan, así como crear para ellos condiciones seguras y entornos protectores. También se ha de tener presente que, hasta que se establezca la seguridad, es más probable que los niños utilicen defensas y comportamientos desarrollados previamente como forma de autoprotección (van der Kolk, 2003). Cuidar estos aspectos en las intervenciones con los pequeños tiene una gran importancia. Conocer y entender estos procesos en los que el niño se ve inmerso puede ser de gran ayuda para interpretar adecuadamente su conducta y favorecer su desarrollo. También para realizar un apoyo a los padres que presentan factores de riesgo y desajustes en su interacción con sus hijos. Por otra parte, conocer estos procesos puede servir

para informar y apoyar a los educadores en sus relaciones con los niños que, de forma temporal, estén a su cuidado. No debemos olvidar que es, en función de cómo reaccionan las figuras que prestan los cuidados y de las repetidas interacciones que tienen con el niño, como éste va articulando un conjunto de conocimientos y expectativas que se van organizando internamente como MOI. Éstos se van constituyendo como base para interactuar con el entorno (Soares y Dias, 2007). Es importante tener en cuenta este aspecto dinámico que implica la posibilidad de cambio del modelo construido, como indican las investigaciones realizadas con niños adoptados que reflejaron, tras proporcionarles cuidados de protección y amor, cambios en el apego, mostrando mayor seguridad y menor desorganización (Hodges et al., 2003).

Relación entre tipos de maltrato, tipos de apego y dimensiones estudiadas.-Este apartado se centra en reflexionar acerca de la repercusión que el maltrato tiene en los Modelos Operativos Internos que han incorporado los niños de la muestra como consecuencia de haber estado expuestos a situaciones de maltrato por negligencia y, en algunos casos, por negligencia más maltrato emocional.

Nuestros datos reflejan una relación entre el tipo de apego inseguro hiperactivado y un maltrato por negligencia. Este tipo de apego se suele asociar con una historia de inconsistencia en la respuesta materna. Es posible que, al no poder prever cómo va a responder la madre ante sus necesidades, estos niños desarrollen estrategias que tiendan a maximizar el cuidado y la atención por parte de los adultos de referencia (Lecannelier, 2009). Se observa en estos niños un incremento de sus conductas de apego, con el fin de lograr la atención y las respuestas de apoyo del cuidador (Howe, 2005). En línea con nuestros resultados, otros estudios han encontrado, en ni o qu a bían u ri o ma trato or n i n ia, a ta ta a i r a ti a ión Di t inta in ti a ion a n ant a o qu ma trato or n i n ia a r in u a r a a trón ambivalente o hiperactivado, tanto en bebés como en los niños en edad preescolar (Crittenden, 1985; Egeland y Sroufe, 1981; Youngblade y Belsky, 1990) y nuestros datos van en esta línea.

Nuestro estudio muestra que, cuando, además de negligencia concurre el maltrato emocional, el tipo y subtipo de apego más habitual es el inseguro desactivado (evitativo). Esto parece lógico al ser niños que han sufrido un rechazo mayor que los que han sufrido sólo negligencia. La estrategia de desactivación del apego para mantener una relación lo más

ajustada posible con el cuidador se ha asociado con el maltrato emocional también en otros estudios (Sroufe, 2005). En esta investigación, por ejemplo, encontraron que cuando las madres mostraban escasa disponibilidad psicológica hacia sus bebés, todos ellos, a los 18 meses, mostraban un patrón desactivado. En nuestra muestra sólo un tercio de los niños que han sufrido maltrato psicológico presenta desactivación del apego, aunque una mirada atenta a los datos apunta a que hay una relación entre el grupo que ha sufrido negligencia más maltrato emocional. Sin embargo, en niños que han sufrido la conjunción de negligencia más maltrato emocional y cuyas madres presentan una cierta acumulación de factores de riesgo, la estrategia defensiva es la evitación.

Con relación a las dimensiones del apego recogidas en las escalas también se observa que el sufrimiento generado por el rechazo emocional repercute observándose peores puntuaciones. En concreto, los datos nos dicen que este tipo de maltrato tiene un efecto sobre cuatro de las siete escalas del CCH. Son niños menos colaboradores y que obtienen peores puntuaciones en la capacidad de resolver de forma positiva y de manera coherente las historias y en poder expresar los afectos en relación con las narrativas que exponen. Es decir, el maltrato emocional tiene un efecto negativo sobre estos factores reflejando la repercusión que, tanto a nivel cognitivo como afectivo representa este tipo de maltrato. Como han sugerido otras investigaciones es importante que las intervenciones que se realicen con familias de riesgo, no sólo se centren en la disciplina física y la negligencia, sino que también aborden de manera específica aspectos que ayuden a la toma de conciencia y generen cambios en los comportamientos emocionales abusivos de los padres (Seay et al. ,2015). Las repercusiones de estas conductas muchas veces se minimizan por prejuicios culturales o usos incorporados y normalizados en las propias historias de los progenitores. El no poder tomar conciencia del daño sufrido puede derivar en una transmisión a los hijos perpetuando así la cadena intergeneracional del maltrato.

Nuestros datos aportan que, cuando a la negligencia se suma el maltrato emocional, la incidencia sobre la inseguridad en el apego no sólo produce desactivación, sino que una parte de la muestra presenta además un patrón de apego desorganizado. Estos datos ponen de relieve que no sólo el maltrato físico o el abuso sexual se revelan como factores de alto impacto en la organización del sistema de apego. También la negligencia, sobre todo si se experimenta junto con un maltrato emocional, conlleva una deriva hacia la desorganización

del sistema de apego que, como ya John Bowlby había planteado, podría comportar el desarrollo de un trastorno psicopatológico en la edad adulta. Como ya se ha reflejado en la revisión teórica son varios los autores que, posteriormente, también han sugerido que el apego desorganizado puede ser un factor de vulnerabi i a a ra arro o tra torno i o ó i o , especialmente si se combina con otros factores de riesgo (Shaw y Vondra, 1995).

Como conclusión del tercer apartado, el maltrato por negligencia se relaciona con una inseguridad en el apego que aparece reflejada especialmente con una estrategia de hiperactivación mientras que cuando concurren negligencia y maltrato emocional es la desactivación la estrategia que muestra una relación significativa, así como la desorganización en el apego.

*Relación de los factores de riesgo con los tipos de apego y dimensiones estudiadas.-*Respecto a este punto, las distintas condiciones que caracterizan a las madres de la muestra estudiada y que han sido consideradas factores de riesgo como la precaria salud mental, el consumo de sustancias adictivas, haber sufrido violencia de género, que muchas veces ha implicado que los hijos hayan sido testigos de la misma, la falta de recursos etc., ha propiciado, como hemos visto, que se produzca un maltrato por negligencia en unos casos y negligencia y maltrato emocional en otros. Vamos a comentar este punto detallando los distintos factores de riesgo hallados y las relaciones encontradas con los tipos de apego y las dimensiones estudiadas.

La *pobreza* ha sido un factor de riesgo presente, como ya se ha comentado, en el 100% de las madres de la muestra. Como se ha planteado en el apartado teórico, las graves dificultades económicas suponen un factor de riesgo para el desarrollo infantil. En relación al vínculo de apego algunos estudios (Evans et al., 2005; Sroufe, Coffino y Carlson, 2010) ya comprobaron las repercusiones que tenían para el apego de los niños la existencia de importantes dificultades económicas en el medio familiar y los problemas de estrés e inestabilidad que esta situación generaba en las madres. Encontraron más del doble de la frecuencia esperada en población de bajo riesgo en apego hiperactivado y un aumento considerable en el nivel de desorganización. Este factor, junto con la falta de apoyo social y la edad adolescente en la que muchas de estas madres tuvieron su primer hijo, ha repercutido en

los resultados obtenidos, aunque por estar presente en todas ellas no se relaciona con un tipo determinado de maltrato.

La presencia de una *patología mental de la madre y el abuso de sustancias* tiene una relación significativa con un apego inseguro. Además, afectan las medidas legales de la madre, con una particularidad que abordaremos más adelante. El abuso de sustancias junto a la presencia de una familia multiproblemática se asocia, concretamente, a un tipo de apego inseguro desactivado en los niños.

También aparecen puntuaciones mayores de apego inseguro desactivado ante trastornos mentales de la madre. Como se refleja en la literatura, los trastornos mentales repercuten en la disponibilidad emocional de los padres afectando los vínculos que establecen con los hijos. Por una parte, si la mirada de la madre no devuelve una visión coherente y acorde con los sentimientos del pequeño la contradicción entre la percepción y la respuesta del entorno desestabiliza y confunde (Fonagy et al., 2002). Por otra parte, los niños no pueden establecer regularización y coherencia, ya que su adulto de referencia no le puede dar en muchas ocasiones estructura, pautas de control o manejo de las situaciones que puedan referenciar al niño respecto a lo que siente y vive. Sin embargo, la depresión materna se ha asociado en nuestra muestra, con un patrón inseguro hiperactivado siguiendo lo encontrado por otros estudios. Campbell et al. (2004) encontraron, por ejemplo, que las madres con síntomas depresivos intermitentes en los primeros tres primeros años de vida del niño eran más propensas a tener hijos con apegos hiperactivados o desorganizados. Este tipo de apego inseguro hiperactivado es común en hijos de madres que dan respuestas inconsistentes como hemos comentado en otras partes de esta discusión. La enfermedad mental de la madre también predice más indicadores de desorganización, lo que concuerda con lo que se informa en la literatura más amplia sobre la salud mental precaria de los padres como predictores del apego desorganizado de los niños (Madigan et al., 2006).

En relación al abuso de sustancias, los resultados vienen a corroborar lo que la literatura expone sobre el tema. Las alteraciones emocionales y conductuales que suponen el consumo adictivo de sustancias por parte de la madre no proporcionan una estabilidad básica para los niños. El abuso de sustancias tiene consecuencias muy importantes para el entorno familiar, pero, como hemos visto, especialmente afecta a los niños y a su seguridad emocional.

Además, la depresión y el abuso de sustancias suelen ser concurrentes. Se estima que un tercio de los adultos deprimidos también padecen un trastorno de abuso de sustancias (Davis et al., 2005). La comorbilidad de estos dos factores juega un papel tanto en los resultados de la crianza como en la salud y el bienestar de los niños, pero la relación es complicada y requiere seguir siendo investigada. Se sabe que el impacto combinado de ambos factores de riesgo puede influir negativamente en el comportamiento de los padres y en el desarrollo de sus hijos, pero esto se agrava cuando la madre es el progenitor que tiene esta dependencia, repercutiendo en unas prácticas de crianza más inadecuadas. Esto se refleja en una investigación realizada en una macromuestra de 2.204 familias investigadas por parte de los Servicios de Protección Infantil por un posible maltrato a sus hijos (Seay et al., 2015). La muestra incluía madres con adicciones, depresión y comorbilidad. El seguimiento se realizó durante 36 meses en los que los niños, todos mayores de dos años, y cuyo cuidador principal era la madre, continuaban viviendo en el hogar. Hubo una mejora para todos los grupos, excepto en el de las madres con dependencia de sustancias. En este grupo, casi no se observó ninguna mejoría en la conducta de los padres o de los hijos que continuaban mostrando una alta prevalencia de problemas de externalización e internalización. Estos resultados subrayan aún más la necesidad de un tratamiento específico para las madres con dependencia de sustancias. Los investigadores apuntan que las puntuaciones del comportamiento de los niños pueden permanecer en niveles tan altos debido a la continuación de la negligencia y el maltrato emocional que fue auto reportado por las madres de este grupo.

Los factores de riesgo haber sido *testigo de violencia de género*, el *abuso de sustancias* y la *existencia de violencia de género* en el medio familiar son los que más inciden en que aparezca esta desorganización en el niño. La inseguridad que implica vivir en un medio donde la conflictividad de la pareja es alta y donde la violencia se ejerce contra una figura tan significativa como la madre desestabiliza el mundo emocional, cognitivo y relacional de los hijos. Todo esto tiene un fuerte impacto en la vida de los niños y en las representaciones que interiorizan de esa violencia y de sus relaciones familiares, impacto que se agrava aún más si el niño ha presenciado estos sucesos. En la muestra estudiada se observa que esto incide de forma significativa en la hiperactivación y desorganización del apego. Estas situaciones tienen un impacto significativo en las representaciones que el niño va construyendo del mundo y de sí mismo. Cuando un espacio, que debía proporcionarle seguridad y protección, le genera confusión y desestructuración se incrementan los niveles de

estrés que pueden llegar a colapsar el sistema nervioso. El impacto emocional de estas vivencias traumáticas tendrá consecuencias devastadoras para un cerebro y una vida en construcción. Si el niño ha interiorizado que el mundo es un lugar imprevisible y violento el riesgo de que aparezcan estrategias defensivas o desorganizadas se incrementa.

En resumen, la violencia de género y haber sido testigo de la misma tiene una repercusión en que las representaciones de apego de los niños sean de mayor inseguridad y desorganización, poniendo en riesgo su equilibrio emocional. También los trastornos mentales y especialmente las adicciones en las madres hacen que disminuya de forma significativa las posibilidades de construir un apego seguro en los niños.

Un dato que nos sorprendió de los resultados hallados porque en principio parecía paradójico, tiene que ver con la influencia de las *medidas legales* como factor de riesgo. Cuando aparece este factor los niños tienen, en general, puntuaciones más altas en seguridad que otros niños de la muestra. Indagando en este aspecto que parece inverosímil vimos que, de las ocho madres con medidas legales, siete presentaban negligencia, pero no maltrato emocional, y ninguna de esas ocho estaba en el grupo de mayor riesgo acumulado. Analizando en detalle las peculiaridades de este grupo se comprobó que la mayoría de estas madres tenían temas legales en relación a traslado de estupefacientes, pero no se reflejaba que fueran consumidoras, lo que hablaría más de sucesos puntuales que de un historial delictivo. Otro dato es que la mayor parte de estas madres habían convivido varios años con sus hijos y parece que, a pesar de las circunstancias, habían preservado un vínculo de base segura con sus ellos. La representación que estos niños tenían del apoyo y cuidado parental era, en general, positiva. Como un niño explicitó “ que mi madre, ahora, no puede t n rm ” Esto reflejaría una construcción interna donde la imposibilidad de la vivencia compartida es atribuida a causas ajenas y no al deseo de la madre, quedando de esta manera, preservada la relación con ella.

En esta muestra se observa que la presencia de una *familia problemática* incide de forma relevante disminuyendo la seguridad del apego en el niño y aumentando de forma significativa, aunque en menor medida, la desactivación. Uno de los puntos importantes a tener en cuenta cuando se habla de familias vulnerables es la red de soporte social entre la que destaca el soporte de la propia familia. En el caso de la muestra estudiada, la familia de la madre ha sido definida en bastantes casos como familia problemática. Se produce entonces

una situación paradójica. Por un lado, que la madre y los niños pueden contar con cierto respaldo de la familia extensa y tener este apoyo en los fines de semana y periodos vacacionales, puede ser algo positivo. Por otro lado, que en bastantes casos se acumule problemática diversa puede suponer además un riesgo añadido. Si analizamos los niveles de inseguridad por desactivación de los niños que cuentan con una familia problemática vemos que aumentan respecto a sus compañeros que tienen una familia extensa que no lo es.

La literatura evidencia que cuando los niños están expuestos a una confluencia de factores de riesgo, múltiples aspectos de su desarrollo se ponen en riesgo y su bienestar emocional y salud mental se resiente (Obradovic, Shaffer, y Masten, 2012; Sameroff, 2006). Entender y dimensionar este proceso complejo en el que los factores se acumulan potenciando sus efectos, requiere de reflexión y de un análisis pormenorizado para calibrar cómo afecta, en cada caso concreto, al vínculo que han podido establecer estos niños con sus cuidadores y así poder intervenir de la forma más eficaz y oportuna posible. Cabe subrayar, tal como señala la literatura, que la acumulación de factores de riesgo configura complejas tramas que se potencian en sus efectos traumatizantes al conjugarse con maltrato psicológico y negligencia. (Cryan, Taborda, Sadurní, 2017; Larrieu et al., 2008; Sadurní, Sadurní-Brugué, Pérez-Burriel, y Masiques, 2012; McClennen, Keys y Dugan-Day, 2017).

Analizando los datos de los niños que presentan hiperactivación del apego y poniéndolos en relación con los factores de riesgo acumulado y el tipo de maltrato sufrido, encontramos que la mayoría de ellos habían sufrido negligencia más maltrato emocional y de éstos la práctica totalidad estaban en el grupo de mayor acumulación de factores de riesgo. Parece que, además de tener una estrategia de hiperactivación del apego, concurren otros factores que hacen más complejo el análisis de esta categoría. En estos niños que presentan hiperactivación no encontrábamos factores relacionados con la madre que aisladamente correlacionaran con este tipo de apego. Cuando se contemplan estos casos en el conjunto de circunstancias que han concurrido en sus vidas, donde la negligencia, el maltrato emocional y distintos factores de riesgo han tenido lugar conjuntamente se evidencia, desde un enfoque ecosistémico, cómo se entrelazan y afectan los distintos sistemas. También se entiende que el nivel de estrés acumulado en estos entornos y el experimentado en las relaciones por estos niños derive más hacia una activación que hacia una evitación cuando se le muestran situaciones que movilizan su vínculo de apego.

Factores de riesgo y dimensiones del apego.- Hay algunos aspectos que queremos destacar en relación a los distintos factores de riesgo que han conformado los entornos donde estos niños han vivido y los resultados obtenidos y la relación que han mostrado con algunos factores del desarrollo psico-afectivo de los niños.

En primer lugar, cuando el riesgo experimentado ha sido abuso de sustancias por parte de la madre la colaboración del niño disminuye, mostrando en muchos casos escasa disponibilidad para conectar emocionalmente con la situación que se le propone o buscando otros focos de interés en el entorno que le eviten abordarla. En estos casos, los niños manifiestan dificultades en poder desarrollar historias que pongan en relieve el sostén parental, la capacidad de resolver las historias de forma positiva, así como poder distanciarse de manera simbólica de su propio presente. Esto podría estar indicando la dificultad que experimenta el niño para entrar en los temas relativos al vínculo afectivo. En este sentido, proponemos realizar un acercamiento paulatino o intervenciones que, por medio del juego o la elaboración plástica, permitan un acercamiento distendido, pero a la vez necesario, del niño a su historia vincular.

Los niños que han experimentado violencia en el medio familiar también manifiestan una peor representación del sostén parental, sus historias adolecen en muchas ocasiones de coherencia y no tienden a resolver sus narraciones de forma positiva. En relación a los niños que han sido testigos de violencia de género, presentan una escasa representación del sostén parental. También se observa que tienden a resolver de una forma no positiva las historias que se les proponen y muestran una notable falta de coherencia. La literatura refleja que haber sido testigo de violencia se relaciona con una peor representación de este apoyo. Algunas investigaciones (Toth, Cicchetti, Macfier y Emde,1997) encontraron que los niños que habían sufrido maltrato tenían una representación bastante negativa de sus madres y también de sí mismos. Por último, cuando hay problemas de salud mental en la madre disminuye la colaboración y también se evidencia una menor coherencia del relato.

Las narraciones de los niños que han vivido en entornos familiares donde ha existido violencia de género, abuso de sustancias por parte de la madre o cuando ésta ha acumulado múltiples factores de riesgo muestran una mayor incoherencia y dificultad a la hora de contemplar las historias. El niño no logra articular un relato o introduce elementos contradictorios o bizarros lo que denota tensión emocional y confusión cognitiva. Sus

historias adolecen de una representación de figuras parentales sensibles, disponibles y protectoras, sino que más bien las presenta como poco receptivas o controladoras. Al abordar los problemas relativos al apego que se le plantean éstos no tienden a disminuir y las situaciones se complejizan y muchas veces quedan sin una resolución. Los niños muestran en muchos de estos casos a las figuras parentales poco disponibles para prestar apoyo, desentendiéndose o realizando intervenciones que no facilitan una resolución positiva del problema. Que los niños puedan incorporar una visión positiva del mundo que les rodea, donde para afrontar las situaciones emocionales puedan contar con apoyo y con adultos sensibles e implicados, es básico. Su seguridad y autoestima depende en gran medida de que el mundo y sus problemáticas pueda ser incorporado como un lugar seguro, donde pueda afrontar con confianza el vivir cotidiano. Ello, probablemente, requerirá, además, de un apoyo más específico, para que el niño pueda ir ensamblando piezas de su historia emocional, adquirir cierta distancia y poder articular los sucesos dolorosos que ha vivido.

Asimismo, hemos encontrado una relación entre tener una família problemàtica y una menor expresión de los afectos en las dimensiones del apego. Por otra parte, cuando la familia cuenta con una red de apoyo los niños resuelven de forma más positiva las historias que se les presentan, poniendo de relieve la incidencia que, en este sentido, puede suponer para los niños que su medio familiar cuente con redes de apoyo. Distintas investigaciones señalan el apoyo familiar y las relaciones interpersonales como un factor protector relevante (Gómez y Kotliarenco, 2010; Contreras, Rojas, y Contreras, 2015). La literatura vigente nos advierte que la capacidad parental para regular las ansiedades y atender a las demandas de los hijos es mayor si se dispone de soportes emocionales que redunden en sentimientos de ser adultos contenidos y cuidados. En este sentido, invitamos, de nuevo y a la luz de estos datos, a reflexionar acerca de la importancia del papel de protección y soporte hacia el o los miembros de la familia disponibles, que deben brindar los agentes sociales y los equipos de protección a la infancia, para favorecer, en la medida de lo posible y en forma cuidada, el contacto del niño con sus raíces familiares siempre que sea en beneficio del menor. En esta dirección se ha planteado que las redes de cooperación familiar y/o social pueden coadyuvar con los procesos de resiliencia y operar como mediatizadoras del potencial traumático de los contextos disruptivos y, por tanto, colaborar en la transformación de la realidad adversa (Afifi et al., 2011; Juliano y Yunes, 2014). Desde esta perspectiva los factores resilientes que todos poseemos, necesitan como condición sine qua non la presencia del otro para manifestarse.

Finalizando esta primera parte de la discusión de la tesis destacamos que una función principal del apego es la de desarrollar en el niño la capacidad de relacionarse con los demás como seres con un mundo interno de pensamientos y sentimientos. Entre intersubjetividad, apego y mentalización se establecen conexiones e influencias que dan lugar a las extraordinarias habilidades relacionales con las que cuenta el ser humano. Por otra parte, y como plantea Fonagy (2000), es en la relación de apego donde se despliega la capacidad para desarrollar formas avanzadas de intersubjetividad. Si la relación es saludable, el niño puede encontrar en la mente del cuidador un reflejo de sí mismo. Esto le posibilitará construir su autoimagen y aprender a explorar y a conocer el mundo interno del otro desde la seguridad y la confianza. Muchos de los niños de la muestra estudiada no han podido desarrollar estas capacidades en su medio de origen. La falta de continuidad en la sintonía emocional y el comportamiento, tantas veces alterado del adulto de referencia, no han podido ser referentes estables para construir una seguridad básica. La acumulación de problemas, falta de red de apoyo, adicciones, problemas mentales o escasa red de apoyo, entre otros factores, habrán hecho bastante impredecible para el niño lo que puede esperar de la relación con sus figuras vinculares. Esta falta de seguridad promueve la indefensión y no le provee de unas herramientas esenciales que le permitan entender el mundo que le rodea. Adultos sobrecargados, desarraigados y/o en exclusión social que muestran en muchos casos ambivalencia, desatención y confusión en las relaciones que establecen con sus hijos y que muchos de ellos ya vivieron en sus familias de origen. Se puede así perpetuar una transmisión intergeneracional del maltrato. Todas las situaciones que se han condensado para que el maltrato emerja y las vías que no se han utilizado o han resultado ineficaces para prevenirlo y erradicarlo ponen de manifiesto la complejidad de este doloroso fenómeno y la necesidad de continuar profundizando en las formas más idóneas de intervenir para evitarlo y/o paliarlo. Cuando estas situaciones se desbordan, además de medidas de protección, habrá que proporcionar a los niños experiencias de relación nutritivas y saludables, así como cuidados continuados, sensibles y ajustados a las necesidades que cada niño presente. Ésta es una tarea relacional y educativa esencial para garantizar su protección en cualquier ámbito donde se lleve a cabo. El espacio intersubjetivo se constituye como contexto y facilitador y es en la relación con los adultos de referencia donde podrán desplegarse las potencialidades del niño y el desarrollo de su mundo mental. (Fonagy, 1999; Wellman, 1992). Los adultos que asuman la responsabilidad de la crianza temporal del niño han de proveer un espacio relacional que

haga posible que el pequeño pueda ir integrando su historia. La capacidad de mentalizar de estos adultos educadores será un buen soporte para amortiguar los efectos negativos que el niño experimente, para contener y sostener su proceso de recuperación y fortalecer su confianza en los otros y en sí mismo. En este sentido, y como apunte final, destacamos que es importante que los niños puedan integrar sus experiencias pasadas e incorporar a sus narrativas otras que les aporten una visión más positiva y protectora de los adultos que los acompañan. Esta integración es esencial, tanto para rehacer vínculos afectivos saludables con sus progenitores si retornan al medio familiar, o con los que serán sus adultos estables de referencia si se incorporan a una nueva familia. En este sentido una herramienta muy útil, incorporada en el Centro donde se ha realizado el estudio, es "El libro de la vida", como documento vivo y como registro de la historia del niño. Su proceso de elaboración ya es en sí mismo una fuente de posibilidades. Realizado con su educador de referencia, se constituye en un espacio de encuentro y de elaboración. Una oportunidad para que el niño pueda irse apropiando del relato de su vida.

Factores de protección y experiencia de vida en el centro

Se aborda aquí el papel del contacto del niño con la madre y otros familiares como factor de protección, y otros factores ligados a la experiencia en el centro como la edad de ingreso y tiempo de permanencia en el mismo. Finalmente se discute la medida de protección con la que los niños salieron de la Residencia infantil.

El contacto del niño con la familia.- El mantenimiento del contacto con la madre, el padre y la familia extensa se contemplo como posible factor protector. Hay que tener en cuenta que estos niños han sido separados de su medio con una medida de protección porque sus padres y su familia extensa, al menos de forma temporal, no han podido o sabido proporcionársela. Pero, a la vez, esta medida que se toma por protección también genera en el niño una situación de desconcierto y sufrimiento lo que puede implicar un riesgo emocional y de desarrollo. Para padres e hijos, las visitas además de un derecho, pueden ser momentos idóneos para mantener la relación y así reducir los sentimientos de abandono de los niños (Hess, 2003). Algunas investigaciones informan que las interacciones de los profesionales que implicaban la voluntad de escuchar a las familias, apoyar, establecer una atmósfera de colaboración y ofrecer planes centrados en los objetivos de mejora facilitaban resultados positivos en los niños e incrementaban las posibilidades de reunificación familiar (Healy,

Darlington y Feeney, 2011). El retorno se ha visto más probable si los educadores y personal técnico de las residencias animan a los padres a visitar a sus hijos, toman medidas para que los encuentros sean lo más satisfactorios posible para todos y contribuyen a que el niño pueda conservar la " identidad", de modo que siga teniendo cosas en común con la familia biológica (Cleaver, 2000; Thoburn, 2009). Por supuesto, se trata de promover estos encuentros siempre que sean compatibles con el bienestar del niño. Las visitas son especialmente importantes en edades como las que nos ocupa, en las que mantener los vínculos afectivos requiere de contactos continuados.

Una parte muy importante del trabajo con las familias en las residencias de acogida se centra en los contactos y visitas que éstas realizan a sus hijos (Déprez y Wendland, 2015). Para los profesionales, las visitas son una herramienta para observar y apoyar la interacción, proporcionar asesoramiento a los padres sobre determinadas habilidades y animarlos a participar en algunas experiencias y rutinas de la vida de su hijo. Distintas investigaciones destacan que cuando los niños mantienen contacto con sus padres, el tiempo de estancia en cuidados alternativos es más corto (White, Albers, y Bitonti, 1996). En concreto, cuando las madres mantienen un contacto regular con sus hijos se ha visto que las probabilidades de reunificación se incrementan. (Davis, Landsverk, Davis, Newton, Ganger y Johnson, 1996). Por otra parte, la ausencia o discontinuidad de los padres y familiares en llevar a cabo las visitas ofrecidas es síntoma de las dificultades de vinculación en estos núcleos familiares.

En nuestro estudio se ha constatado que para estos niños la madre ha sido la figura familiar con mayor presencia a lo largo de su estancia en la residencia. En su gran mayoría, las madres visitaron a sus hijos, aunque de forma intermitente en más de la mitad de los casos. Por otra parte, se produjeron salidas, mayoritariamente con la madre, en más de la mitad de los casos, aunque, en muchos de ellos, no fue al inicio de la incorporación del niño a la residencia. Un tercio de la muestra realizó salidas intermitentes con ambos progenitores. Sólo en un caso las salidas, durante un tiempo, se produjeron con el padre. Estos datos indican que la madre ha sido la figura familiar de mayor referencia para la mayoría de estos niños durante su estancia en la institución. Por otra parte, más de un tercio de los padres no han realizado llamadas ni visitas a sus hijos. Solo uno de cada diez niños tuvieron visitas paternas continuadas a lo largo de su estancia denotando la escasa presencia de esta figura en los niños de esta muestra. Estos datos están en consonancia con los obtenidos por Fernández del Valle

(2010) en el estudio realizado con 238 niños institucionalizados en siete Comunidades Autónomas, en el que se comprobó la escasísima presencia de los padres en la vida de los niños mientras permanecieron en los centros.

Por otro lado, más de la mitad de los niños no tuvieron ningún tipo de contacto con la familia extensa, lo que pone de relieve, como ya hemos debatido más arriba, la falta de vínculos y de red de apoyo. Esto genera situaciones de especial dificultad cuando se trata de familias monoparentales, contribuyendo a incrementar los factores de riesgo en los momentos previos a la retirada de los menores, así como en relación a una posible reunificación familiar. En el tercio de los niños de la muestra que sí tuvieron visitas de la familia extensa, éstas fueron más continuadas en aquellos casos que luego fueron acogidos por la familia.

Cuando las madres mantienen un mayor contacto con sus hijos, éstos presentan una menor hiperactivación. Dado que este tipo de apego está bastante representado en la muestra, éste es un dato que nos parece relevante y podría indicar que los niños están más confiados cuando sus madres mantienen una mayor presencia en sus vidas. En esta misma dirección se orienta la representación del sostén parental, indicándonos que cuando hay más presencia de la madre el niño muestra un modelo interno de mayor apoyo y confianza en sus adultos de referencia.

Respecto a las salidas con la madre en fines de semana y/o periodos vacacionales, los datos muestran la clara repercusión que tienen en el vínculo de los niños al asociarse con menor hiperactivación y desorganización. También se observa una mejor representación del sostén parental. Las historias se resuelven con mayor coherencia y de forma más positiva. Podemos decir que el contacto continuado y prolongado tiene una clara repercusión en el apego de los niños, presentando éstos una menor inseguridad y desorganización.

Por otra parte, los datos indican que las situaciones de violencia de género, abuso de sustancias y problemas de salud mental en la madre condicionan las salidas del niño, lo que podría implicar un mayor riesgo para el vínculo de apego. Esta falta de salidas en algunos casos, se debía a una decisión de la madre y en otros a una medida externa, al no considerarse adecuadas por el riesgo que para el niño podría conllevar esta situación. Esto no siempre era debido a una medida legal, sino que en algunas ocasiones la causa era la falta de condiciones del medio donde residía la madre. Sin duda, los casos que tienen la posibilidad de tener

encuentros más prolongados son aquellos en los que se valora que existe menor riesgo para el niño. Por otra parte, también es cierto que muchas de estas madres no tenían en un primer momento autorización o espacios adecuados para poder tener salidas con sus hijos. Su deseo y el de los niños, así como el trabajo realizado desde el Centro, hizo posible que se generaran condiciones para poder pasar un mayor tiempo juntos.

Como conclusión de este apartado resaltamos la importancia de trabajar para mejorar la calidad de las visitas parentales. Es importante que no se conviertan en actos rutinarios ni aislados de la vida cotidiana del niño. Que puedan ser momentos donde haya la oportunidad de hacer algo juntos, compartir experiencias que permitan el fluir emocional, de saber uno del otro en un contexto confortable que lo promueva (Triseliotis, 2010). Destacamos, también, el papel que pueden ejercer y de hecho ejercen los educadores que, con cercanía y respeto, pueden compartir con los padres comentarios que van introduciéndoles en la vida cotidiana de sus hijos. El relatar anécdotas, compartiendo información de su salud, de sus logros en la escuela, de las relaciones que establece en el centro con otros compañeros, puede servir de puente para que estos padres puedan saber de sus hijos. Que puedan implicarse más y aprender otros modelos de acercarse a la infancia, lo que contribuirá a incrementar su sensibilidad parental. Tener así un lugar, que tal vez no fue posible antes, en la vida de sus hijos y empezar a contemplar aspectos de éstos de los que no habían sido conscientes. Acciones que pueden llevar a cabo los educadores como grabar pequeñas secuencias del día a día, de rutinas o de juego y poderlas comentar juntos. Donde estas madres, estos padres, puedan aprender a mirar sin necesidad de ser enseñados. Insertar así pequeños fragmentos psicoeducativos que vayan enriqueciendo, ampliando su mirada hacia sus hijos. Hacerles partícipes mostrándoles dibujos, producciones escolares, trasladándoles momentos especiales o logros del niño… Diseñar alguna actividad para que puedan hacerla juntos, animándolos y apoyándoles si lo requieren, para que tengan con su hijo una experiencia de disfrute compartido. Este trabajo transversal en las interacciones de los educadores con los padres requiere implicación, organización de tiempos y planificación para que cobre todo su sentido, pero como indican los datos obtenidos, fomentar y enriquecer esos vínculos saludables redunda en beneficio de los niños.

Pensamos que es esencial contar con el sostén de un tercero que tenga la sensibilidad, la apertura y el tiempo suficiente como para apoyar a estos padres a empezar a descubrir otra

forma de acercarse a su parentalidad, una forma que en la mayoría de los casos nunca conocieron como hijos. En este sentido es importante, también, la información que, en centros como en el que se ha realizado el estudio, aportan a las familias para que puedan conocer la trascendencia y repercusiones que para el niño tienen estos encuentros, así como la frustración y desconcierto que supone para él la espera o el incumplimiento de lo acordado. Llevar un registro de la evolución de estos encuentros y de las reacciones que el niño manifiesta tiene la finalidad de contribuir a una mejora de la relación viendo qué aspectos requieren ajustes o cómo enmarcar lo que el niño esté manifestando y poder contribuir a su bienestar.

En resumen, si se produce un incremento en la sensibilidad y competencia de los padres y se logra que el buen trato se instale en la relación con su hijo, este tiempo de separación, doloroso en muchas ocasiones, podrá servir para la toma de conciencia y la puesta en marcha de los cambios necesarios. Al menos eso debe animar la intervención, independientemente de que las condiciones o los riesgos acumulados, al final no lo hagan viable. Si los padres cuentan con apoyos, pueden tomar decisiones y aprovechar este tiempo para modificar patrones desajustados de trato, cuidado y relación. Unos medios familiares tan sobrecargados de problemas y riesgos como son los que forman parte de la muestra sujeto de estudio requieren de intervenciones especificas e individualizadas. Se ha visto la eficacia de los apoyos que se realizan y enfocan en la relación padres-hijos en familias de riesgo (Levey et al., 2017). Los profesionales de la residencia infantil, donde se ha realizado el estudio, plantean en su proyecto de intervención realizar actuaciones que contribuyan a ese cambio, facilitando el contacto de los padres con la realidad del pequeño, promoviendo el disfrute compartido, la conexión emocional y empatía con su hijo y la asunción de responsabilidades.

Relación entre el género, edad de ingreso y tiempo de permanencia en el centro con los tipos de apego y las dimensiones estudiadas.- Nuestros datos muestran relación entre el *género* de los participantes y el grado de seguridad, inseguridad y desorganización. Así, las niñas presentan más seguridad y menos desorganización que los niños. Por otra parte, entre las niñas que manifiestan inseguridad, los niveles de hiperactivación son menos altos que en los niños. Además, muestran más coherencia en la narración de las historias de apego, menos resolución catastrófica y más expresión de los afectos.

Esto podría apuntar en una dirección favorable a los estudios científicos actuales acerca de la maduración de las capacidades reflexivas de las niñas en comparación con los niños de su misma edad. Como ya se ha reflejado en el apartado teórico, mentalizar supone contar con una capacidad que permite reflexionar, predecir y dar sentido a sentimientos y conductas propias y ajenas. Las implicaciones que conlleva el poder predecir comportamientos es una herramienta muy útil que facilita entender la realidad, articularla con el mundo interno y mejorar la interacción. Además, su contribución a la promoción y mantenimiento de un tipo de apego seguro también es clara (Fonagy et al., 1998).

Se ha observado que las niñas en sus narraciones tienden a presentar, en mayor medida que los niños, a los personajes como sujetos con estados cognitivos y emocionales. En general, muestran unas narraciones más estructuradas y complejas que los niños y una mejor representación social de los otros (Nicolopoulou y Richner, 2007). En nuestro caso esto se ve reflejado en la coherencia, donde se observa una tendencia de las niñas a presentar una mayor congruencia que los niños en sus narrativas. Las niñas de también resuelven de forma más positiva las historias.

Los resultados obtenidos son, en gran medida coincidentes con los del trabajo de R. Miljkovitch et al. (2004). Estos autores encontraron que las niñas, en sus narraciones, mostraban figuras de apego con mayor capacidad de sostén parental, a diferencia de los niños. En nuestro caso las niñas no muestran ese apoyo parental pero sí que se muestran más capaces de concluir las historias de manera positiva y no con finales catastróficos y, en general, sus personajes manifestaban más emociones y afectos.

Otros autores también han encontrado que las niñas representaban temas más orientados a las relaciones y de manera más coherente, mientras que los niños hacían jugar a los personajes de las historias de manera más agresiva y no interpersonal (Page y Bretherton, 2001; Pierrehumbert et al., 2009; Verschueren, Marcoen, y Schoefs, 1996; Woolgar, Steele, Steele, Yabs-ley y Fonagy, 2001). Distintos autores han planteado una posible idealización en las representaciones de las niñas en relación a sus figuras de apego (David et al., 2005; Murray, Woolgar, Briers y Hipwell 1999; Wan y Green, 2010) encontrando en sus investigaciones que las niñas que vivían en situaciones de riesgo familiar no reflejaban abandono ni falta de atención parental. Las niñas de nuestra muestra no parecen mostrar esta idealización, ya que presentan bajas puntuaciones en la escala de “So t n par nta ” aunque sí

presentan una resolución positiva de las historias mayor que la de los niños. Esto podría indicar que en estas niñas prevalece una visión de sí mismas y del mundo más positiva, a la vez que han incorporado que sus figuras de apego prestan escaso cuidado y atención.

Las niñas de la muestra estudiada manifiestan, respecto a los niños, una mayor expresión de los afectos, coincidiendo con otros estudios que encuentran que las niñas de edad preescolar se enfocan más en temas orientados en las relaciones; hablan más de emociones que los niños de esta etapa y acostumbran a participar más en conversaciones sobre estos aspectos con adultos significativos. También que, a partir de los dos años, las niñas se centran más en aspectos relacionados con la empatía y los comportamientos de cuidado, tienden a sintonizar más con la angustia de los demás y prestan más atención a sus estados emocionales y a los de otras personas que los niños (Golombok y Fivush, 1994; Pierrehumbert et al., 2009). Por otra parte, y como se ha reflejado en los procesos de socialización, parece ser que las niñas reciben más inputs relativos a las emociones en las conversaciones que mantienen con sus adultos de referencia, lo que puede promover que las niñas se enfoquen más en estos aspectos. En algunos casos la mayor experiencia en juegos con muñecos puede suponer una ventaja para las niñas, al incrementar la competencia en aspectos que se valoran en pruebas como la utilizada. Aunque el medio familiar donde han tenido lugar las primeras experiencias de estas niñas puede haber presentado particularidades específicas, estas influencias pueden haber estado presentes en mayor o menor medida en sus procesos de enculturación, tanto en su familia nuclear, extensa, en el centro donde residen o en el medio escolar. Estos aspectos, tanto individualmente como en su conjunto, pueden estar influyendo de alguna manera en que las niñas atribuyan en mayor medida que los niños emociones a los personajes de las historias presentadas.

Por contra, los datos obtenidos reflejan que los niños presentan de manera significativa una mayor desorganización que las niñas mostrando en mayor medida historias más desestructuradas y con finales más catastróficos e imprevisibles. Distintas investigaciones y metaanálisis (Pierrehumbert et al., 2009; Gloger-Tippelt et al., 2016) también encontraron diferencias de género con una mayor seguridad en el apego y mayor coherencia en los relatos de las niñas y una mayor desorganización en los niños. Otros autores, utilizando también métodos narrativos, han aportado datos en esta dirección (Del Guidice, 2008; Toth et al., 2013).

Algunos autores han planteado que el hecho de que los niños presenten en mayor medida que las niñas un vínculo desorganizado podría deberse a una mayor sensibilidad en relación a los factores de riesgo (Lyons-Ruth, Easterbrooks y Cibelli, 1997). Estos y otros autores (Carlson et al., 1989) encontraron patrones de apego desorganizado de forma más frecuente entre los niños en una muestra de bajos ingresos y que habían sufrido maltrato. Los niños, pero no las niñas, de familias monoparentales, relacionadas con los servicios de protección por problemas de abuso o negligencia, presentaban de forma significativa menor seguridad y mayor desorganización. Los resultados encontrados, por tanto, están en consonancia con las citadas investigaciones presentando los niños una mayor desorganización en el apego que las niñas. Otro de los estudios que refuerza esta dirección es el metaanálisis que Gloger-Tippelt et al. (2016) realizaron con 22 muestras, ocho de ellas de riesgo. Todas habían sido evaluadas por medio de narrativas de apego y encontraron que, tanto en las muestras comunitarias como en las muestras de riesgo, las narraciones de las niñas fueron clasificadas como más seguras y las de los niños más desorganizadas.

El hecho de que las niñas tendían a producir más relatos de apego hiperactivado y menos de apego desactivado en comparación con los niños no está en consonancia con los resultados reflejados en el metanaálisis comentado y en otras investigaciones (Del Giudice, 2009) que han encontraron respuestas diferenciadas por género en las tareas de finalización de la historia. Observaron que las niñas mostraban en estas tareas una elevada hiperactivación, a diferencia de los niños. En nuestro estudio, en cambio, tanto las niñas como los niños muestran de forma significativa una hiperactivación del apego, aunque las niñas en menor medida que los niños, y una menor desactivación. Intentando encontrar una posible explicación de estos datos, pensamos que pueden tener relación con el hecho de que tanto los niños como las niñas estaban viviendo en una residencia de protección que les proporcionaba un entorno previsible y, en este contexto, la estrategia de desactivación podría no constituir una ventaja adaptativa para las relaciones y vínculos emocionales que allí se proponen. Por otra parte, se sabe que cuando los recursos de tiempo y dedicación de los cuidadores están limitados, la estrategia de hiperactivación puede aparecer para maximizar la atención de los adultos, aumentando las señales de necesidad y comportándose de forma más dependiente (Del Giudice, 2009). En el contexto residencial aún manteniendo ratios relativamente pequeñas, como son las que se encuentran en este Centro, es necesario compartir el tiempo y

la atención del adulto de referencia con otros niños. Esto podría estar contribuyendo a que las estrategias de hiperactivación aparezcan con más facilidad tanto en unos como en otros.

En resumen, son distintos factores los que, en mayor o menor medida, pueden estar influyendo en las representaciones de apego que muestran los niños en función del género. Como algunos autores han planteado (Pierrumbert et al., 2009) se necesita contar con más investigación para entender mejor las formas en que el género podría estar contribuyendo a la calidad y el contenido de las narraciones.

Edad de ingreso en el Centro.-Otro punto de discusión a resaltar es la relación entre la edad de los niños en el momento de la separación y entrada en el centro con el tipo de apego que muestran. Los niños de esta muestra que ingresaron con una mayor edad tienden a mostrar un apego más seguro y una menor desorganización.

En la muestra estudiada fueron tres los niños que entraron a vivir en el centro antes de cumplir un año. En relación al apego este grupo presenta un mayor nivel de hiperactivación. Si tenemos en cuenta las fases de organización del apego~~,~~ nos encontramos con que estos niños han sido separados de su madre, justo en el inicio o durante la fase de mayor activación de las conductas de apego, es decir, cuando los niños pueden gatear o deambular y el cerebro activa las señales de alarma hacia lo extraño o hacia el extraño y se intensifican las conductas de proximidad y seguimiento a la madre o figura principal de apego. Estamos, además, en un momento evolutivo en que las necesidades de regulación emocional son dependientes de la capacidad de estas figuras de apego para activar/bajar el arousal infantil. Como ya se ha planteado, si estas figuras son sensibles a las necesidades y solicitudes de proximidad, los niños aprenden a regular sus emociones con éxito (Bowlby, 1973). Estas condiciones no se han producido en niños que pasaron a vivir en un entorno de atención residencial siendo bebés. Distintas investigaciones alertan sobre el riesgo que implica que niños de tan corta edad vivan en entornos residenciales y está recogido en recomendaciones y en instrucciones específicas. En el caso que nos ocupa hay que resaltar que los tres niños menores de un año que ingresaron en el Centro tenían hermanos y que se priorizó que pudieran estar juntos en la Residencia Infantil.

Por otra parte, como hemos comentado, se observa que los niños que ingresaron con una mayor edad tienden a mostrar un apego más seguro y una menor desorganización.

También hay una tendencia indicando que, a mayor edad de ingreso, mostraban mayor colaboración en la ejecución de las narrativas de resolución de historias presentadas. El hecho de contar con mayores competencias cognitivas puede tener una influencia positiva en que los niños puedan comprender y elaborar mejor la situación que están viviendo y, ello repercuta en el modelo operativo de apego que están construyendo. Especialmente si están acompañados por adultos que desde el Centro puedan facilitar estos procesos. La autonomía que con la edad van adquiriendo los niños en los distintos ámbitos del desarrollo puede estar contribuyendo a una mayor resiliencia ante las dificultades que están viviendo y ante la separación de sus padres, y así puedan ir regulando su ansiedad. Por otra parte, el mantenimiento de las visitas, como hemos visto, ayuda a la estabilización. Se han encontrado diferencias en su reacción a la separación . También resuelven de forma más positiva las historias y mantienen una distancia símbólica mayor (Miljkovitch et al., 2004). Estos datos parecen indicar que los niños que se incorporan a un cuidado alternativo con más edad pueden tener una ventaja a la hora de poder representarse y elaborar una narración más organizada en relación al apego.

Tiempo de permanencia en el Centro.- Otro aspecto que intentábamos abordar en este punto era indagar acerca de la posible influencia del tiempo de estancia en la institución en relación a la inseguridad y desorganización en el apego. Como ya se ha reflejado en el apartado de Método para ver si podría haber alguna relación entre algún rango de tiempo de estancia y el tipo de apego que los niños presentaban se realizaron tres agrupaciones. El primer grupo, en el momento de la evaluación, llevaba un año o menos en la Residencia. El segundo grupo más de un año y menos de tres y el tercero englobaba a los niños que tuvieron estancias más prolongadas en el Centro. Se trataba de ver si el sufrimiento por el duelo de la separación con las figuras de apego, la adaptación a un nuevo entorno y las expectativas de salida tenían una influencia en el tipo de apego de los niños. Los datos obtenidos reflejan que cuando las estancias son menores de un año los resultados en relación al apego son mejores. Cuando las estancias son más prolongadas de un año, baja la seguridad y sube de manera muy notable la hiperactivación del apego y la desorganización**.** Este dato nos hace recordar algunos comentarios de miembros del equipo educativo relativos a que, los niños que veían prolongarse su tiempo de estancia mientras que otros compañeros se marchaban de la Residencia, tendían a mostrar inquietud y malestar. Es posible que la exposición, a través de la tarea de completar historias, a unas secuencias de juego que evocan la necesidad de apoyo

o la marcha de los padres despierte sentimientos encontrados en los niños y que la rabia o la frustración aparezcan con más facilidad cuando el tiempo de estancia se prolonga.

En cualquier caso, y dado el tamaño de la muestra, resulta complejo el análisis grupal de los datos obtenidos. Mientras que, analizando algunos casos concretos, existe una relación entre el tipo de maltrato sufrido, los factores de riesgo acumulados y el tiempo de estancia con el tipo de apego que los niños muestran, en otros casos no es así. El vínculo que cada uno de los niños de la muestra estudiada ha construido con sus figuras de apego y el MOI que ha interiorizado a raíz de las distintas experiencias vividas, está sujeto a múltiples variables, como hemos visto a lo largo de esta tesis. La edad del niño, el tipo de maltrato sufrido, los factores de riesgo que ha presentado la madre, la continuidad en visitas y salidas, entre otros aspectos ya comentados inciden de forma conjunta. También el momento y las características del niño, las herramientas emocionales y cognitivas con las que contaba en el periodo evolutivo en que se produjo el maltrato, así como las vivencias experimentadas a lo largo de su estancia en el Centro, tienen un grado de repercusión en la construcción y modificación de su vínculo de apego. Aún así, poder valorar todos estos parámetros en el momento en que los niños se incorporan a las residencias infantiles pensamos que es necesario. Facilitaría ajustar la intervención y crear una línea base que permitiría, realizando una valoración posterior, relacionar el tiempo de estancia y el efecto de la calidad de la atención proporcionada por los equipos educativos y el desarrollo del proyecto de centro, en el MOI de los niños.

Relación entre la medida de salida y el tipo de apego.- En relación a la medida tomada por los equipos de protección a la infancia con la que los niños salieron del centro y el vínculo que mostraba el niño en el momento en que se realizó la evaluación se observa que, de forma significativa, aparece una menor hiperactivación del apego en los niños que retornan con la madre. Es posible que, dentro de las dificultades y factores de riesgo que presentan las madres, aquellas que han obtenido una reunificación familiar, hayan sido valoradas como más consistentes en sus respuestas y con más capacidad de adaptarse al plan de trabajo y cambio propuesto por los equipos de protección y a la continuidad en el contacto con sus hijos. Se constata que la hiperactivación del apego que mostraron estos niños, cuyas madres consiguieron el retorno de sus hijos, no tuvo puntuaciones tan elevadas como los que, finalmente, pasaron a vivir con algún miembro de la familia extensa o en familia ajena. Éste es un dato interesante que merece más atención e investigación. En este sentido, los datos que tenemos subrayan que cuando hay abuso de sustancias y la madre tiene una familia multiproblemática

o existe una acumulación de factores de riesgo, la reunificación familiar no se da o se da en menor proporción.

Relacionando estos retornos familiares con los contactos que han mantenido estos niños con sus madres durante su estancia en el Centro observamos lo que ya han apuntado algunos autores (Landsverk et al., 1996; White et al., 1996; Testa y Slack, 2002) es decir, que las visitas de los padres son un predictor del logro de reunificaciones. Sin embargo, como ya se ha planteado, también dependerá del tipo de visitas (Bravo y Fernández del Valle, 2009). La frecuencia y el tipo de relación que se mantenga durante las mismas con el niño, así como el nivel de implicación en la vida cotidiana que los padres muestren, tendrán una distinta repercusión. Afectará no solo a la reconstrucción o mantenimiento de un vínculo que promueva la seguridad en el niño, sino también en la motivación de los padres para afrontar los cambios necesarios para garantizar el retorno.

En conclusión, nuestros resultados muestran que los niños que reciben visitas continuadas por parte de la madre retornan con ella y en ningún caso con otra familia. Consideramos que estos datos tienen una especial relevancia ya que evidencian que cuando se produce este tipo de contacto beneficia no sólo al vínculo de apego que muestran los niños, sino que también reflejan el interés, en el caso de la muestra estudiada mayoritariamente de las madres, por mantener la relación con sus hijos y el logro de la reunificación familiar.

Como ya se ha planteado las visitas son momentos privilegiados para trabajar con los progenitores el incremento de sus habilidades parentales y apoyar su implicación en la vida de sus hijos. Fomentar esta continuidad puede contribuir a mantener y/o a fortalecer un mejor vínculo de apego y probablemente sea un estímulo para cambiar las condiciones que dieron lugar a la separación del niño de su medio familiar

Se concluye la discusión resaltando la importancia de continuar investigando en los efectos que tiene para el apego el haber experimentado en edades infantiles múltiples factores de riesgo. También la necesidad de articular medidas, a distintos niveles para apoyar a las familias en riesgo, contribuyendo a evitar el maltrato y la desatención y que los niños tengan que pasar a vivir en cuidados alternativos. La atención residencial, cuando sea necesaria, ha de constituirse como un lugar de cuidado y desarrollo para el niño. Reparar el daño producido requiere de profesionalidad, implicación y amor por la infancia. Pese a las limitaciones que

puedan afectar a este tipo de cuidados, mantener y optimizar la calidad de las interacciones y conseguir las mejores condiciones estructurales para aportarlas es un requisito para que la protección sea más que una medida necesaria.

Limitaciones del estudio

Esta investigación se ha realizado teniendo en cuenta los factores de riesgo de las madres y su relación con el vínculo de apego que muestran los niños, no porque no se pensara que los datos relativos a las figuras paternas no fueran importantes, de hecho, el diseño del estudio incluía a ambos progenitores. Se recogieron datos del padre, de la madre y del conjunto del sistema familiar, pero se comprobó que por motivos diversos, la ausencia de figuras paternas era notable en este grupo de niños. Como consecuencia de esto se decidió centrar el estudio en las circunstancias vitales de las madres, que han sido las figuras más estables en la vida de estos niños.

Otra limitación se deriva del hecho de no haber podido contar con información sobre el sistema de representación de apego de las madres. Este objetivo estaba presente en el diseño del estudio, con la utilización del instrumento EDICODE. Se observó en el momento inicial de la investigación la complejidad que suponía abordar este objetivo, ya que en esos momentos solo tres madres se mostraron dispuestas a participar, por lo que se decidió no continuar con esta línea de investigación.

Se ha abordado la perspectiva temporal y se ha realizado un pequeño estudio en un segundo momento, transcurridos 12 meses, para comprobar si había habido cambios en el sistema de apego de los niños, pero no se ha podido hacer un estudio longitudinal más amplio para ver si las cualidades de seguridad que se han encontrado se mantenían a lo largo del tiempo.

La investigación se ha realizado en un centro residencial cuyo proyecto se sustenta en el marco de la teoría del apego y donde se aportan cuidados de calidad, esto puede suponer un sesgo al obtener los resultados que no permiten su generalización. Se requeriría explorar otros entornos afines para poder realizar estudios comparativos, ya sea dentro de la misma comunidad de Madrid o entre comunidades. Esto podría servir para desarrollar un prototipo

de centro que se ciña al marco de la teoría del apego y pueda ser reparador para niños que han sufrido situaciones de maltrato y viven en un entorno residencial por medidas de protección.

No haber podido contar con información sobre el sistema de apego de los niños en los inicios de su incorporación a la residencia limita las conclusiones que se pudieran derivar de la influencia que pueda tener los cuidados de calidad en el apego de los niños.

Líneas futuras de investigacion

Contar con información sobre el sistema de apego de las madres y de los padres podría ayudar a indagar y tener más conocimiento sobre la transmisión intergeneracional. Esto es especialmente relevante en un entorno donde el maltrato ha tenido lugar y existen dificultades para construir un vínculo saludable. Esta información puede apoyar tanto la intervención con el niño como con su medio familiar, sobre todo si se plantea el retorno como una opción viable. Analizar y relacionar los sistemas de apego de padres e hijos en los que concurren circunstancias como las presentadas en esta tesis podría ser una línea de investigación provechosa para trabajar la mejora de sus relaciones.

Como se acaba de señalar en el apartado anterior, en relación a la influencia de los factores de riesgo y protección, realizar un estudio longitudinal permitiría conocer más sobre sus efectos a largo plazo, así como ver hasta dónde se estabiliza el apego seguro en estos niños. También si ciertos factores de riesgo, o la confluencia de varios, que como hemos visto tienen una repercusión en el vínculo de apego, continúan teniendo un efecto negativo, a pesar de contar con buenos cuidados. Todos los niños que han participado en el estudio han salido del sistema de protección y lo han hecho con distintas medidas, retorno a su medio familiar de origen, retorno con familia extensa, o incorporación a una nueva familia. Si fuera viable hacer una valoración de su vínculo de apego actual, aunque requiriese un nuevo diseño, podría aportar datos relevantes y poner en perspectiva muchos de los datos obtenidos en la investigación presentada.

7. REFERENCIAS

AACAP Official Action. (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*(37), 4–26.

Accomazzo, S. M. (2014). *Do Strengths Matter?: The Role of Strengths in Improving Mental Health Outcomes for Youth with Emotional and Behavioral Problems In Contact with a Public System of Care*. University of California, Berkeley.

Achenbach, T. M., Howell, C. T., Quay, H. C., & Conners, C. K. (1991). National survey of competencies and problems among 4-to 16-year-o Par nt ' r ort or normati and clinical samples. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *56*(3), 1-131.

Afifi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *56*(5), 266-272.

Aguilar, L. (2008). *e osi i io e i de e ro e e ito familiar: una forma de maltrato infantil.* F ra ión a o ia ion muj r a ra a i or ia a .

Ainsworth, F., & Hansen, P. (2005). A dream come true--no more residential care. A corrective note. *International Journal of Social Welfare, 14*(3), 195–199. https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2005.00359.x

Ainsworth, F.,& Hansen, P.(2008).Programs for high needs children and young people: Group homes are enough. Children Australia, 33(2), 41-47. doi:10.1017/S1035077200000201

Ainsworth, F., & Hansen, P. (2014). An exploration of the differential usage of residential chilcare across national boundaries. *International Journal of Social Welfare*, 23(1), 16-24.

Ainsworth, M. (1967). *Infancy in Uganda. Infant care and the growth of love.* Baltimore: J. Hopkins University Press.

Ainsworth, M. D. S. (1973). The development of mother-infant attachment. *Review of child development research*, *3*, 1-94.

Ainsworth, M. D.S. (1978). *Patterns of attachment : A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N. J.[etc.: Lawrence Erlbaum.

Ainsworth, M. (1991). Attachments and other affectional bonds across the life cycle. In J. S.-H. C.M. Parkes, *Attachment across the life cycle.* London: Tavistock Publications 77.

Ainsworth, M. D. S. (1982). Attachment: Retrospect and Prospect. In C. M. Parkes, & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The Place of Attachment in Human Behavior* (pp. 3-30). New York: Basic Books.

Ainsworth, M. D. (1985). Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. *Bulletin of the New York Academy of medicine*, *61*(9), 771-791..

Ainsworth, M. D. S. y Wittig, B. A. (1969). Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. En B. M. Foss, *Determinants of infant behavior* (págs. 113-136). London: Methuen.

Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M., & Stayton, D. J. (1972). Individual differences in the development of some attachment behaviors. Merrill-Palmer Quarterly, 18, 123–143.

Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. y Stayton, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social o m nt "So ia ization" a a r o u t o r i r o a r on iveness to signals. En M. Richards, *The integration of a child in the social world* (págs. 99-135). London: Cambridge University Press.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation.* Hillsdale: Erlbaum.

Alcalde Campo, R., y Pávez, I. (2013). Infancia, familias monoparentales e inmigración latinoamericana en Barcelona, España. Revista Latinoamericana de Ciencias sSociales Niñez y Juventud, 11(1), 229-243.

Alcántara-López, M., López Soler, C., Castro Sáez, M y López-García, J. J. (2013). Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: Prevalencia y diferencias de género y edad. *Anales De Psicología (Murcia, Spain), 29*(3), Anales de psicología (Murcia, Spain), 2013-10-01, Vol.29 (3).

Alessandri, S. M. (1992). Attention, play, and social behavior in ADHD preschoolers. *Journal of abnormal child psychology*, *20*(3), 289-302.

Alonso, M. (1997). La situación jurídica del menor en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil: luces y sombras. *Actualidad Civil*, 20-22.

Altemeier, W. A., O'Connor, S., Sherrod, K. B., Tucker, D., & Vietze, P. (1986). Outcome of abuse during childhood among pregnant low income women. *Child abuse & neglect*, *10*(3), 319-330.

Alter. Grupo de investigación. (Julio de 2008). Monoparentalidad y Exclusión Social. Obtenido de II Plan de Lucha contra la Exclusión Social en Navarra. Universidad de Navarra: Departamento de trabajo social.

Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. K., Whitfield, C., Perry, B. D., Giles, W.H. et al. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in

childhood: a convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*(256), 174-186.

Andolfi, M., & Zwerling, I. (1993). *Dimensiones de la terapia familiar* (2ª reimp. ed., Paidós terapia familiar 12). Barcelona: Paidós.

Anthony, L. G., Anthony, B. J., Glanville, D. N., Naiman, D. Q., Waanders, C., & Shaffer, S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, *14*(2), 133-154.

Appleyard, K., Egeland, B., van Dulmen, M. H., & Alan Sroufe, L. (2005). When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *Journal of child psychology and psychiatry*, *46*(3), 235-245.

Arruabarrena; M.I. y De Paúl, J. (1999). *Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento.* Madrid: Ediciones Pirámide.

Arruabarrena, MªIgnacia. (2011). Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad. *Intervención Psicosocial, 20*(1), 25-44.

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. https://doi.org/10.1080/02646830600821231

Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H. y Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin. 129 (2)*, 195- 215.

Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2009). No reliable gender differences in attachment across the lifespan. *Behavioral and Brain Sciences*, *32*(1), 22.

Bakermas-Kranenburg, M. J., Steele, H., Zeanah, C. H., Muhamedrahimov, R. J., Vorria, P., Dobrova- Krol, N. A., ...Gunnar, M. R. (2011). Attachment and emotional development in institutional care: Characteristics and catch up. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *76*, 62- 91. doi:10.1111/j.1540-5834.2011.00628.x

Baldwin, J. A., & Oliver, J. E. (1975). Epidemiology and family characteristics of severely-abused children. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *29*(4), 205-221

Bandura, Albert. 1977. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2001). The long-term mental health consequences of child sexual abuse: An exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *Journal of traumatic stress*, *14*(4), 697-715.

Bernard, K., & Dozier, M. (2010). Examining infants' cortisol responses to laboratory tasks among children varying in attachment disorganization: Stress reactivity or return to baseline?. *Developmental psychology*, *46*(6), 1771.

Barnett, D., Manly, J. T. y Cicchetti, D. (1993). Defining child maltreatment: The interface between policy and research. En D. y. Cicchetti, *Child abuse, child development, and social policy* (págs. 7-74). Norwood, NJ: Ablex.

Barnett, D., Ganiban, J., & Cicchetti, D. (1999). Maltreatment, negative expressivity, and the development of Type D attachments from 12 to 24 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 64*(3), 97–118. https://doi.org/10.1111/1540-5834.00035

Barone, L., & Lionetti, F. (2012). Attachment and social competence: A study using MCAST in low-risk Italian preschoolers. *Attachment & Human Development, 14*(4), 391–403. https://doi.org/10.1080/14616734.2012.691653

Barrio, V. (2002). *Emociones infantiles : Evolución, evaluación y prevención* (Ojos solares). Barcelona: Pirámide.

Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*, *61*(2), 226.

Barudy Labrín, J. (2007). *El dolor invisible de la infancia : Una lectura ecosistémica del maltrato infantil* (Terapia familiar 74). Barcelona: Paidós.

Barudy, J. Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia, Parentalidad, apego y resiliencia.* Barcelona. Gedisa.

Barudy Labrín, J., & Marquebreucq, A. (2006). *Hijas e hijos de madres resilientes : Traumas infantiles en situaciones extremas: violencia de género, guerra, genocidio, persecución y exilio* (1ª ed., Psicología (Editorial Gedisa) Resilencia). Barcelona: Gedisa.

Barudy,J. y M. Dantagnan. 2010. *Los desafios invisibles de ser madre o padre. Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona. Gedisa

Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development, 37*(4), 887–907. https://doi.org/10.2307/1126611

Beavers, W. R., & Voeller, M. N. (1983). Family models: Comparing and contrasting the Olson Circumplex Model with the Beavers Systems Model. *Family Process, 22*(1), 85–98. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1983.00085.x

Beckett, C., Maughan, B., Rutter, M., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., ... & Sonu a-Bark , E (0 06) Do t t o ar r r i ation on o nition persist into early adolescence? Findings from the English and Romanian adoptees study. *Child development*, *77*(3), 696-711.

Beckwith, L., & Cohen, S. E. (1989). Maternal responsiveness with preterm infants and later competency. In M. H. Bornstein (Ed.), *Maternal responsiveness: Characteristics and consequences* (pp. 75–87). Jossey-Bass.

Beeghly, M. y Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self system: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Development and Psychopathology*(6), 5-30.

Beers, S. R., & De Bellis, M. D. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, *159*(3), 483-486.

Behrens, K. Y., Parker, A. C., & Haltigan, J. D. (2011). Maternal sensitivity assessed during the Strange Situation Procedure predicts child's attachment quality and reunion behaviors. *Infant Behavior and Development*, *34*(2), 378-381.

Belsky, J. (1980). Child Maltreatment: an Ecological Integration. *American Psychologist,*(35), 320-335.

Belsky, J. (1993). Etiology of Child Maltreatment: A Developmental–Ecological Analysis. *Psychological Bulletin*(114(3)), 413-434.

B k , (1999) Quantit o nonmat rna ar an bo ’ r ob m b a ior/a ju t m nt at age 3 and 5: exploring the mediating role of parenting. *Psychiatry*(62), 1-20.

Belsky, J. e Isabella, R. (1988). Maternal, infant and social-contextual determinant of attachment security. En J. y. Belsky, *Clinical implications of attachment* (págs. 41-94). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Belsky, J., & Vondra, J. (1989). *Lessons from child abuse: The determinants of parenting.* In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (p. 153–202). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511665707.007

Belsky, J. (1999). Interactional and contextual determinants of attachment security. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 249–264). The Guilford Press.

Belsky, J. & R. M. Pasco Fearon, (2008). Precursors of attachment security. En J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.). *Handbook of Attachment: Theory, research, and clinical applications (2oed)*, (pp. 295-316). New York: Guilford Press.

Belsky, J., Houts, R. M., & Fearon, R. P. (2010). Infant attachment security and the timing of puberty: Testing an evolutionary hypothesis. *Psychological Science*, *21*(9), 1195-1201.

Benenson, J. F. (1996). *Gender differences in the development of relationships.* In G. G. Noam & K. W. Fischer (Eds.), *The Jean Piaget symposium series. Development and vulnerability in close relationships* (p. 263–286). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Bentovim, A. (2000). *Sistemas organizados por traumas: abuso fisico y sexual en las familias*. Paidós.

Bentovim, Arnon, & Elliott, Ian. (2014). Hope for Children and Families: Targeting Abusive Parenting and the Associated Impairment of Children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 43*(2), 270-285. DOI: 10.1080/15374416.2013.869748

Bentovim, A. (2017). *Modifying abusive and neglectful parenting.* In A. Bentovim and J. Gray (eds) *Hope for Children and Families: Building on Strengths, Overcoming Difficulties*. York: Child and Family Training.

Berlin, L., Brady-Smith, C., & Brooks-Gunn, J. (2002). Links between childbearing age and observed maternal behaviors with 14-month-olds in the Early Head Start Research and Evaluation Project. *Tradition, 23*, 104-129.

Berlin, L. J., Appleyard, K., & Dodge, K. (2011). Intergenerational continuity in child maltreatment: mediating mechanisms and implications for prevention. *Child Development, 82,* 162-176. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01547.x

Berlin, L.J., Zeanah, C.H., & Lieberman, A.F. (2016). Prevention and intervention programs to support early attachment security: A move to the level of the community. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (3rd ed., pp. 739–758). New York: Guilford Press

Berger, L. M. (2004). Income, family structure, and child maltreatment risk. *Children and Youth Services Review*, *26*(8), 725-748.

Berger, L. M., Slack, K. S., Waldfogel, J., & Bruch, S. K. (2010). Caseworker-perceived caregiver substance abuse and child protective services outcomes. *Child Maltreatment, 15*(3), 199–210. https://doi.org/10.1177/1077559510368305

Berrick, J. D., Needell, B., Barth, R. P., & Jonson-Reid, M. (1998). *The tender years: Toward developmentally sensitive child welfare services for very young children*. Oxford University Press.

Blair, R.J.R. (2005). Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and Cognition, 14*(4), 698-718.

Bettmann, J. E., & Lundahl, B. W. (2007). Tell me a story: A review of narrative assessments for preschoolers. *Child and Adolescent Social Work Journal*, *24*(5), 455-475.

Bolton, Kristin Whitehill. (2013). *The Development and Validation of the Resilience Protective Factors Inventory: A Confirmatory Factor Analysis*.

Boeckel, M. G., Wagner, A., & Grassi-Oliveira, R. (2017). The Effects of Intimate Partner Violence Exposure on the Maternal Bond and PTSD Symptoms of Children. *Journal of Interpersonal Violence*, *32*(7), 1127–1142. https://doi.org/10.1177/0886260515587667

Bornstein, M. H., Tamis-LeMonda, C. S., Hahn, C. S., & Haynes, O. M. (2008). Maternal responsiveness to young children at three ages: Longitudinal analysis of a multidimensional, modular, and specific parenting construct. *Developmental psychology*, *44*(3), 867.

Bornstein, M. H., Hahn, C. S., & Suwalsky, J. T. (2013). Language and internalizing and externalizing behavioral adjustment: Developmental pathways from childhood to adolescence. *Development and psychopathology*, *25*(3), 857.

Botella, L., & Corbella, S. (2005). Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Revista de psicoterapia*, *61*(16), 77-104.

Bourassa, C. (2007). Co-o urr n o int r a r nta io n an i i a abu an it' effect on the adolescent ' b a ior *Journal of Family Violence*, *22*(8), 691-701.

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *The International Journal of Psycho-Analysis, 39*, 350.

Bowlby, J. (1969). Attachment and loss, vol.1: Attachment. Nueva York: Basic Books. (Trad. a t E í n u o a ti o Bar ona Pai ó 1993).

Bowlby, J. (1972). Cuidado maternal y amor. México: Fondo de cultura económica.

Bowlby, J. (1973). Attachment and loss, vol.2: Separation. Nueva York: Basic Books. (Trad. a t La ara ión a ti a Bar ona Pai ó 1993).

Bowlby, J. (1983). *La pérdida afectiva: Tristeza y depresión* (1a.ed.]. ed., Biblioteca de Psicología Profunda 50). Buenos Aires: Paidós.

Bowlby, J. (1998). *A secure base: Parent- child attachment and healthy human development.* New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1986/ 2014). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida.* (A. Guerra, Trad.) Madrid: Morata.

Bowlby, John & World Health Organization. (19 1). Maternal care and mental health: a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children / John Bowlby, 2nd ed. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/40724

Bowlby, J., Robertson, J., & Rosenbluth, D. (1952). A two-year-old goes to the hospital. *The Psychoanalytic Study of the Child, 7,* 82–94.

Boyce, C. A., & Maholmes, V. (2013). Attention to the Neglected: Prospects for Research on Child Neglect for the Next Decade. *Child Maltreatment*, *18*(1), 65–68. https://doi.org/10.1177/1077559513480426

Bradley, R. H., & Caldwell, B. M. (1995). Caregiving and the regulation of child growth and development: Describing proximal aspects of caregiving systems. *Developmental Review*, *15*(1), 38-85.

A.Bravo & J. Fernández del Valle (coords) (2009). *Intervención socioeducativa en acogimiento residencial. Col. Documentos Técnicos 2*. (77-100). Cantabria: Dirección General de Políticas Sociales.

Brazelton, T. B., & Nugent, J. K. (1995). *Neonatal behavioral assessment scale* (No. 137). Cambridge University Press.

Breslau, N., Wilcox, H. C., Storr, C. L., Lucia, V. C. y Anthony, J. C. (2004). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder: a study of youths in urban America. Journal of Urban Health. *Bulletin l of the New York Academy Medicine*(81(4)), 530–544.

Bretherton, I. (1985). Attachment theory: retrospect and prospect. En I. y. Bretherton, *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development* (Vols. 50, 209, págs. 1-22).

Bretherton, I. (1987). New perspectives on attachment relations: Security, communication, and internal working models. En J. Osofsky, *Handbook of infant development.* Nueva York: Wiley.

Bretherton, I. (1991). Pouring new wine into old bottles: The social self as internal working model. In M. R. Gunnar & L. A. Sroufe (Eds.), *Self processes and development* (pp. 1–41). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Bretherton, I. (1993). From dialogue to internal working models: The co-construction of self in relationships.

Bretherton, I., Ridgeway, D., y Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationships: an attachment story completion task for 3-year olds. En I. R.-y. Bretherton, *Attachment in the preschool.*

Bretherton, I. (1991). The roots and growing points of attachment theory. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 9–32). Tavistock/Routledge.

Bretherton, I. (1993). From dialogue to internal working models: The co-construction of self in relationships. In C. A. Nelson (Ed.), *Memory and affect in development* (pp. 237–263). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Bretherton, I., Oppenheim, D., Buchsbaum, H., Emde, R. N., & the MacArthur Narrative Group (2003). The MacArthur Story Stem Battery. En R.N. Emde, D.P. Wolf, & D. Oppenheim (Eds.), *Revealing the inner worlds of young children: The MacArthur Story Stem Battery and parent–child narratives* (pp. 381-396). Nueva York, NY: Oxford University Press.

Bretherton, I., & Oppenheim, D. (2003). The MacArthur Story Stem Battery: Development, administration, reliability, validity, and reflections about meaning. *Revealing the inner worlds of young children: The MacArthur Story Stem Battery and parent-child narratives*, *55*, 80.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano* (1 ed.) ed., Cognición y desarrollo humano /14). Barcelona: Paidós.

Born t in, M H , & ami - L Mon a, S (1989) Mat rna r on i n an o niti development in children. *New Directions for Child and Adolescent Development*, *1989*,*43,* 49-61.

Broth, M. R., Goodman, S. H., Hall, C., & Raynor, L. C. (2004). Depressed and well mothers' emotion interpretation accuracy and the quality of mother-infant interaction. *Infancy, 6*(1), 37–55. https://doi.org/10.1207/s15327078in0601_2

Buchsbaum, H. K., Toth, S. L., Clyman, R. B., Cicchetti, D., & Emde, R. N. (1992). The use of a narrative story stem technique with maltreated children: Implications for theory and practice. *Development and psychopathology*, *4*(4), 603-625.

Bugental, D. B., & Happaney, K. (2004). Predicting infant maltreatment in low-income families: the interactive effects of maternal attributions and child status at birth. *Developmental psychology*, *40*(2), 234-433. https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.2.234

Buka, Stephen L, Stichick, Theresa L, Birdthistle, Isolde, & Earls, Felton J. (2001). Youth Exposure to Violence. *American Journal of Orthopsychiatry, 71*(3), 298-310.

Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. Am J Roentgenol Radium Ther. 1946; 56: 163-73.

Caliso, J. A., & Milner, J. S. (1992). Childhood history of abuse and child abuse screening. *Child Abuse & Neglect*, *16*(5), 647-659.

Cameron, C., & Moss, P. (2011). *Social pedagogy and working with children and young people:Where care and education meet /*. London ; Philadelphia: Jessica Kingsley.

Campbell, Susan B, Brownell, Celia A, Hungerford, Anne, Spieker, Susan J, Mohan, Roli, & Blessing, Jennifer S. (2004). The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology,16*(2), 231-252.

Cantwell, N.; Davidson, J.; Elsley, S.; Milligan, I.; Quinn, N. (2012). A a nzan o n a im m nta ión a "Dir tri obr a mo a i a a t rnati a ui a o o ni o " R ino Uni o : Centre for Excellence for Looked After Children in Scotland. www.directricescuidadoalternativo.org

arbon , O A , Po a a, , P ata, S & M n z, S (00) La r a ion in u a r un ont x to a ra ot n iar r o a bi n tar ni o ni a . *C de r os de si o o , 1, (pp. 31-38).*

Carbonell, O. A. (2013). La sensibilidad del cuidador y su importancia para promover un cuidado de calidad en la primera infancia. *Ciencias Psicológicas*, *7*(1), 201-207.

Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/ disorientation. *Child development*, *69*(4), 1107-1128.

Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology, 25*(4), 525–531. https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.4.525

Carpenter, G. L., & Stacks, A. M. (2009). Developmental effects of exposure to intimate partner violence in early childhood: A review of the literature. *Children and Youth Services Review, 31*(8), 831–839

Casanueva, C. E., & Martin, S. L. (2007). Intimate partner violence during pregnancy and mothers' child abuse potential. Journal of interpersonal violence, 22(5), 603-622.

Casas, F. (2002). Políticas y Servicios para la Infancia en Europa. In F. Casas & C. Gómez-Granell (Eds.), *Infancia, familia y calidad de Vida* (pp. 3–22). Barcelona: Instituto de Infancia y mundo Urbano (CIIMU).

Cassidy, J. (1988). Child-mother attachment and the self in six-year-olds. *Child development*, 121-134.

Cassidy, J., & Marvin, R. S. (1992). Attachment organization in preschool children: Coding guidelines. *Unpublished manuscript,* MacArthur Working Group on Attachment, Seattle.

Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2008). *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications*. 2nd ed. Nueva York: Guilford Press

ntro R ina So ía a ra tu i o a io n ia M no r í tima io n ia n mbit o ami iar E a a (2001/2005). Valencia: Centro Reina So ía a ra tu i o a violencia; [fecha de acceso: 10 de mayo 2011] URL disponible en: http://www.centroreinasofia.es/paneldecontrol/est/pdf/EST009-3270.pdf.

Centro Reina Sofía. (2002). *Maltrato Infantil en la familia. España (1997/1998).* Valencia: Serie documentos 4. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia: www.gva.es/violencia

Centro Reina Sofía. (2011). *Maltrato infantil en la familia en España.*. Informes, Estudios e Investigación, 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Cerezo. (1997). *Conductas agresivas en la edad escolar*. Editorial Pirámide

Cerezo, M. Angeles, & D'Ocon, Ana. (1995). Maternal inconsistent socialization: An interactional pattern with maltreated children. *Child Abuse Review (Chichester, England :1992), 4*(1), 14-31.

Chaffin, M., Kelleher, K., & Hollenberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect: Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect, 20*(3), 191-203.

Chapple, C., Tyler, K. y Bersani, B. (2005). Child Neglect and Adolescent Violence: Examining the effects of self-control and peer rejection. Violence and Victims, 20, 39-53.

Cherro Aguerre, M. A. (2010). La gran contribución de la teoría del apego a la psiquiatría y a la psicoterapia. *Rev. psiquiatr. Urug*, *74*(2), 116-126.

Child Welfare League of America. (1991). Child Welfare League of America Standards of Excellence for Residential Group Care Services.

Child Welfare Information Gateway (2019). *Definitions of child abuse and neglect*. U.S. D a rtm n t o H a t a n Huma n S r i , i r n' Bur au, Washington, DC.

Chisholm K. (1998). A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child development*, *69*(4), 1092–1106.

Cicchetti, D. y Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission and squeals of child maltreatment. *New Directions for Child Development*(11), 32–59.

Cicchetti, D., & Barnett, D. (1991). *Toward the development of a scientific nosology of child maltreatment.* In D. Cicchetti & W. M. Grove (Eds.), *Thinking clearly about psychology: Essays in honor of Paul E. Meehl, Vol. 1. Matters of public interest; Vol. 2. Personality and psychopathology* (p. 346–377). University of Minnesota Press.

Cicchetti, D., & Curtis, W. J. (2005). An event-related potential study of the processing of affective facial expressions in young children who experienced maltreatment during the first year of life. *Development and psychopathology*, *17*(3), 641-677.

Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2005). Child maltreatment. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *1*, 409-438.

Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and psychopathology*, *18*(3), 623–649. https://doi.org/10.1017/s0954579406060329

Cicchetti, D. y 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 y D. Cohen (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (Vol. 1, págs. 129-201). Hoboken, NJ: John Wiley.

Craik,K. (1943).*The nature of explanation*.Cambridge: Cambridge UniversityPress

Clark, C. A., Woodward, L. J., Horwood, L. J., & Moor, S. (2008). Development of emotional and behavioral regulation in children born extremely preterm and very preterm: Biological and social influences. *Child development*, *79*(5), 1444-1462.

Clemmons, J. C., DiLillo, D., Martinez, I. G., DeGue, S., & Jeffcott, M. (2003). Co-occurring forms of child maltreatment and adult adjustment reported by Latina college students. *Child abuse & neglect*, *27*(7), 751-767.

Clemmons, J. C., Walsh, K., DiLillo, D., & Messman-Moore, T. L. (2007). Unique and Combined Contributions of Multiple Child Abuse Types and Abuse Severity to Adult Trauma Symptomatology. *Child Maltreatment*, *12*(2), 172–181. https://doi.org/10.1177/1077559506298248

Contreras, J.I.,Contreras, L & Rojas, V. (2015). Análisis de programas relacionados con la intervención en niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos: La realidad chilena. *Psicoperspectivas (Valparaiso), 14*(1), 89-102.

Cook, R. (2012). *The ontogenetic origins of mirror neurons; evidence fron tool- use and audiovisual mirror neurons*. London: Biology Letters.

Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of general psychiatry*, *64*(5), 577-584

orba n , , & Patró, R. (2003). *Co se e is si o i s de io e i i ir: mujeres maltratadas e hijos de hogares violentos.* II orna a obr Muj r Sa u Int ra ión o ont xto F ami iar Labora , Murcia.

Cortina M., Liotti G. (2010). The intersubjective and cooperative origins of consciousness: an evolutionary-developmental approach. *J. Am. Acad. PsychPsychiatry* 38, 291–314. 10.1521/jaap.2010.38.2.291

Courtney, M., & Iwaniec, D. (2009). *Residential Care of Children*. New York: Oxford University Press.

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

Cox, C. E., Kotch, J. B., & Everson, M. D. (2003). A longitudinal study of modifying influences in the relationship between domestic violence and child maltreatment. *Journal of Family Violence*, *18*(1), 5-17.

Crittenden, P. M.(b) (1985). Maltreated infants: Vulnerability and resilience. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 26*(1), 85–96. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1985.tb01630.x

Crittenden, P. M. (1990). Internal representational models of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, *11*(3), 259-277.

Crittenden, P. M. (1992). Quality of attachment in the preschool years. *Development and psychopathology*, *4*(2), 209-241.

Crittenden, P. M. (1993). An Information-Processing Perspective on the Behavior of Neglectful Parents. *Criminal Justice and Behavior, 20*(1), 27-48.

Crittenden, P. M. (1999). Child neglect. "Causes and Contributors" in H. Dubowitz (ed.) *Neglected children: Research, Practice, and Policy.* Sage Publications, Thousand Oaks, 47-68.

Crittenden,P.,& Ainsworth, M. (1989). Child maltreatment and attachment theory. In D Cicchetti & V. Carlson (Eds), *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect* (pp.432-463). Cambridge University Press.

Crittenden, P. M., Claussen, A.H., & Sugarman, D.B. (1994). Physical and psychological maltreatment in middle childhood and adolescence. *Development and Psychopathology, 6,* 145-164.

Crittenden, P. M., & Claussen, A. H. (2000). Adaptation to varied environments. *The organization of attachment relationships:Maturation, culture and context*, 235-248.

Crockenberg, S. (1981). Infant irritability, mother responsiveness and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Development*(52), 857-865.

Crume, T. L., DiGuiseppi, C., Byers, T., Sirotnak, A. P., & Garrett, C. J. (2002). Underascertainment of child maltreatment fatalities by death certificates, 1990–1998. *Pediatrics*, *110*(2), e18-e18.

Cryan, G. M., Taborda, R. A., Sadurní Brugué, M., & Sadurni Brugué, G. (2017). Entornos multidisruptivos, traumatizantes y propiciadores de manifestaciones violentas en el mundo contemporáneo analizados desde investigaciones interrelacionadas. Facultad de Psicología-UBA.Investigaciones en Psicología (2017, 22, 1), pp. 7-21

Cyr, C., Euser, E., Bakermans-Krananburg, M.,& Van Ijzendoorrn,M. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of metaanalyses. *Development and Psychopathology*,22 (1), 87-108.. doi:10.1017/S095457940999028

Cyrulnik, B. (2001). *La maravilla del dolor*. *El sentido de la Resiliencia.* Barcelona. Ediciones Granica SA.

Cyrulnik, B. (2003). *Murmure des fantômes (Le)*. Odile Jacob.

Damasio, A. *s de i o e r o io o de e o i os se ti ie tos .* ra oan om n Ro Bar ona ríti a , 2005.

Damonti, P. (2014). *ir d de e ro e si so i or e so r e e si y desarrollo social en Esp* . S ri Do um nto rabajo Ma r i Fun a ión FOESSA, rita E a o a E it or .

David, D. H., & Lyons-Ruth, K. (2005). Differential Attachment Responses of Male and Female Infants to Frightening Maternal Behavior: Tend or Befriend Versus Fight or Flight? *Infant Mental Health Journal, 26*(1), 1–18. https://doi.org/10.1002/imhj.20033

Davies, P.T. y Cummings, E.M. (1994). Marital Conflict and Child Ajustment: An Emotional Security Hypothesis. *Psycological Bulletin*(116 (3)), 387-411.

Davies, P. T., Sturge-Apple, M. L., & Cummings, E. M. (2004). Interdependencies among interparental discord and parenting practices: The role of adult vulnerability and relationship perturbations. *Development and Psychopathology*, *16*(3), 773-797.

Davies, P. T., & Cummings, E. M. (2006). *Interparental discord, family process, and developmental psychopathology.* In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (p. 86–128). John Wiley & Sons, Inc..

Davis, I. P., Landsverk, J., Newton, R., & Ganger, W. (1996). Parental visiting and foster care reunification. *Children and Youth Services Review, 18*(4-5), 363–382. https://doi.org/10.1016/0190-7409(96)00010-2

De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M., ... & Ryan, N. D. (1999). Developmental traumatology part II: brain development. *Biological psychiatry*, *45*(10), 1271-1284.

De Bellis M. D. (2001). Developmental traumatology: the psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and psychopathology*, *13*(3), 539–564.

De Bellis, M. D. (2005). The psychobiology of neglect. *Child maltreatment*, *10*(2), 150-172.

De Bellis, M. D., Keshavan, M. S., Clark, D. B., Casey, B. J., Giedd, J. N., Boring, A. M., ... & Ryan, N. D. (1999). Developmental traumatology part II: brain development. *Biological psychiatry*, *45*(10), 1271-1284.

Delobel-Ayoub, M., Kaminski, M., Marret, S., Burguet, A., Marchand, L., Sylvie, N., ... & Larroque, B. (2006). Behavioral outcome at 3 years of age in very preterm infants: the EPIPAGE study. *Pediatrics*, *117*(6), 1996-2005.

De Onis, M., Onyango, A. W., Borghi, E., Garza, C., Yang, H., & WHO Multicentre Growth Reference Study Group. (2006). Comparison of the World Health Organization (WHO) Child Growth Standards and the National Center for Health Statistics/WHO international growth reference: implications for child health programmes. *Public health nutrition*, *9*(7), 942-947.

De Paúl, J., Alzate, R., Ortiz, M. J., Echeberría, A., & Arruabarrena, M. I. (1988). Maltrato y abandono infantil: Identificación de factores de riesgo. *Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del País Vasco*, 41.

De Paúl, J., & Arruabarrena, M. I. (1995). Behavior problems in school-aged physically abused and neglected children in Spain. *Child abuse & neglect*, *19*(4), 409–418. https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00009-w

D Pa , , Arruabarr na, M I, orr , B Mu oz , R. (1995). La prevalencia del maltrato infantil en la provincia de Gipuzkoa. *Infancia y Aprendizaje*, *71*, 49-58.

De Paúl, J. y Arruabarrena, M.I. (2007). *Manual de protección infantil* (2ª edición). Barcelona: Masson.

De Paúl, J., & Domenech, L. (2000). Childhood history of abuse and child abuse potential in adolescent mothers: A longitudinal study. *Child Abuse & Neglect, 24*(5), 701–713. https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00124-1

De Wolff, M.S. y Van Ijzendoorn, M.H. (1997). Sensitivity and attachment: a meta-analysis of parental antecedents of infant attachment. *Child Development*(68), 571-591.

Deambrosio, M., Gutierrez Saez, M. L., Arán Filippetti, V., & Román, F. (2018). Efectos del maltrato en la neurocognición: un estudio en niños maltratados institucionalizados y no institucionalizados; Universidad de Manizales; Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juve16 13-2018; 239-25

Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and cognitive neuroscience reviews*, *3*(2), 71-100.

Dehon, C. y Scheeringa, M. (2006). Screening for preschool posttraumatic stress disorder with the Child Behavior Checklist. *Journal of Pediatric Psychology*(31(4)), 431-435.

D iu i , M (008) S x-bia ratio o a oi ant/ambi a nt atta m n t in middle childhood. *British Journal of Developmental Psychology*, *26*(3), 369-379.

Del Giudice M. (2009). Sex, attachment, and the development of reproductive strategies. *The Behavioral and brain sciences*, *32*(1),1–67. https://doi.org/10.1017/S0140525X09000016

Delegación de Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de la Presidencia. (Noviembre de 2018). Relaciones con las Cortes e Igualdad. *Boletín estadístico*.

Denham, S. A., Caverly, S., Schmidt, M., Blair, K., DeMulder, E., Caal, S., ... & Mason, T. (2002). Preschool understanding of emotions: Contributions to classroom anger and aggression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *43*(7), 901-916.

Dennett, D. C. (1987). Evolution, error, and intentionality. *Contemporary Materialism*, 254.

Déprez, A., & Wendland, J. (2015). La i i t a r nta z ' n ant a , un r u a littérature. *Annales médico-psychologiques, 173*, 494-498.

DHHS. (2012). Departament of Health and Human Services.*Protocol. Protecting Children*

Diamond, N. y Marrone, M (2003): *Apego e Intersubjetividad*. Wiley. New York

Dobro a -Kro , Nata a A, Bak rman -K ran nbur , Marian , a n I z n oorn, Marinu H, & Juffer, Femmie.(2010). The importance of quality of care: Effects of perinatal HIV in tion an ar in t itutiona r arin on r oo r ' a tta m nt a n in i riminat friendness. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 51*(12), 1368-1376.

Dong, Maxia, Anda, Robert F, Felitti, Vincent J, Dube, Shanta R, Williamson, David F, Thompson, Theodore J, . . . Giles, Wayne H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect, 28*(7), 771-784.

Dörr, A. & Banz, C, (2010). Ventanas de oportunidad y capacidad de establecer vínculo afectivo en niños ferales v/s niños abandonados en instituciones. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*, *6*(1), 38-45.

Dozier, M, Stoval, K. Ch, Albus, K E, & Bates, B. (2001). Attachment for Infants in Foster Care: The Role of Caregiver State of Mind. *Child Development, 72*(5), 1467-1477.

Dozier, M., Zeanah, C. H., Wallin, A. R., & Shauffer, C. (2012). Institutional Care for Young Children: Review of Literature and Policy Implications. *Social issues and policy review*, *6*(1), 1–25. https://doi.org/10.1111/j.1751-2409.2011.01033.x

Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Croft JB, Edwards VJ, Giles WH. Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Negl.* 2001 Dec;25(12):1627-40. doi: 10.1016/s0145-2134(01)00293-9. PMID: 11814159.

E bur a, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar.* Madrid: Siglo XXI

Elder Jr, G. H., Van Nguyen, T., & Caspi, A. (1985). Linking family hardship to children's lives. *Child development*, 361-375.

Elder Jr, G. H., Conger, R. D., Foster, E. M., & Ardelt, M. (1992). Families under economic pressure. *Journal of Family issues*, *13*(1), 5-37.

Edleson, J. L. (1999). i r n' witn in o a u t om ti i o n *Journal of Interpersonal Violence*(14), 839-870.

Egeland, B, & Sroufe, L.A. (1981). Attachment and Early Maltreatment. *Child Development, 52*(1), 44-52.

Egeland, B., & Farber, E. A. (1984). Infant–mother attachment: Factors related to its development and changes over time. *Child Development, 55*(3), 753–771. https://doi.org/10.2307/1130127

Egeland,B .,Deborah Jacobvitz., D & Sroufe, A(1988). Breaking the Cycle of Abuse. *Child Development, 59*(4), 1080-1088.

Eichesteller, G., & Holthoff, S. (2011). Social Pedagogy as an Ethical Orientation Towards Working Whit People. Historical Perpectives. *Children Australia*,*36* (4), 176-186. doi: 10.1375/jcas.364.176.

Ellis, L. K., Rothbart, M. K., & Posner, M. I. (2004). Individual differences in executive att ntion r i t -r u ation an a o nt o o ia b a ior *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1021*(1), 337-340.

Elder, G.H., Van Nguyen, T., & Caspi, A. (1985). Linkin ami a r i to i r n' i *Child Development*(56), 361-375.

Emde, R. N. (1980). Emotional availability: A reciprocal reward system for infants and parents with implications for prevention of psychosocial disorders. *Parent-infant relationships*.

Engle, P. L., & Ricciuti, H. N. (1995). Psychosocial aspects of care and nutrition. *Food and Nutrition Bulletin*, *16*(4), 1-23.

English, D. J. and The LONGSCAN Investigators (1997). Modified maltreatment classification system (MMCS). From http://www.iprc.unc.edu/longscan/

English, D. J., Graham, J. C., Litrownik, A. J., Everson, M. y Bangdiwala, S. L. (2005). Defining maltreatment chronicity: Are there differences in child outcomes? *Child Abuse & Neglect*(29), 575-595.

English, D. J., Upadhyaya, M. P., Litrownik, A. J., Marshall, J. M., Runyan, D. K., Graham, J. C., & Dubowitz, H. (2005). Maltreatment's wake: The relationship of maltreatment dimensions to child outcomes. *Child abuse & neglect*, *29*(5), 597-619.

English, D. J., Graham, J. C., Newton, R. R., Lewis, T. L., Thompson, R., Kotch, J. B., & Weisbart, C. (2009). At-risk and maltreated children exposed to intimate partner aggression/violence: What the conflict looks like and its relationship to child outcomes. *Child Maltreatment*, *14*(2), 157-171

Ertem, L.O. (2000). Intergenerational continuity of child physical abuse:how good is the evidence? *Lancet*, *356*, 814-819.

Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019-2023 Aprobada por Acuerdo de Consejo de Ministros -22 de marzo de 2019-

Ethier, L. S., Lemelin, J. P., & Lacharité, C. (2004). A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child abuse & neglect*, *28*(12), 1265-1278.

Evans, G.W., Gonnella, C., Marcynyszyn, Gentile, L., & Salpekar, N. (2005). The rol of a o in o rt an i r n' o io motiona a ju t m nt *Psychological Science, 16*(7), 560-565

Evans, S. E., Davies, C., & DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and violent behavior*, *13*(2), 131-140.

Ezell, M., Spath, R., Zeira, A., Canali, C., Fernandez, E., Thoburn, J., & Vecchiato, T. (2011). An international classification system for child welfare programs. *Children and Youth Services Review*, *33*(10), 1847-1854.

Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Masson.

Fay-Stammbach, T., Hawes, D. J., & Meredith, P. (2017). Child maltreatment and emotion socialization: Associations with executive function in the preschool years. *Child abuse & neglect*, *64*, 1-12.

Fearon, R. P., & Belsky, J. (2004). Attachment and attention: Protection in relation to gender an umu ati o ia - ont x tua a r it *Child development*, *75*(6), 1677-1693.

Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child development*, *81*(2), 435–456.

Fearon, R. P., & Belsky, J. (2011). Infant-mother attachment and the growth of externalizing problems across the primary-school years. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *52*(7), 782–791. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02350.x

Feeney, J.A. y Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*(58), 281-291.

Feldman, D. E. (2009). Synaptic mechanisms for plasticity in neocortex. *Annual review of neuroscience*, *32*, 33-55.

Feldman, R. (2015). The adaptive human parental brain: implications for children's social development. *Trends in neurosciences*, *38*(6), 387-399.

Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child abuse & neglect*, *32*(6), 607-619.

Fernández del Valle, J., Álvarez, E. y Fernánz, A. (1999). *Y después... ¿qué? Estudio y seguimiento de casos que fueron acogidos en residencias de protección de menores en el Principado de Asturias.*Oviedo: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias.

Fernández del Valle, J., & Casas, F. (2002). Child residential care in the Spanish social protection system. *International Journal of Child & Family Welfare*, *5*(3), 112-128.

Fernández del Valle, J., Bravo, A., Martínez, M. & Santos, I. (2012) Estándares de calidad en el acogimiento residencial. EQUAR. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Fernández del Valle, J., Canali, C., Bravo, A., & Vecchiato, T. (2013). Child protection in Italy and Spain: Influence of the family supported society. *Psychosocial Intervention, 22*(3), 227-237.

Finkelhor D, Ormrod R.K, Turner, H.A (2007) Poly-victimization: A neglected component in child victimization. Child Abuse Neglect 31: 7-26.

Finkelhor, D., Ormrod, R., & Turner, H. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect, 33*(7), 403-411.

Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2015). Prevalence of childhood x o ur to io n , rim , an abu R u t rom t nationa ur o i r n' exposure to violence. *JAMA pediatrics*, *169*(8), 746-754.

Fonagy, P. (1999). Figuras significativas: Teoría del apego.*Tr j o rese t do e e "Gr o si o ti o de dis si so re e des rro o", e re i de so i i Psicoanalítica Americana*. Washington DC.

Fonagy, P. (2000 a). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the american psychoanalytic association*, *48*(4), 1129-1146.

Fonagy, P. (2000 b). Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas Psicoanalíticas nº 4: Revista Internacional de Psicología*

Fonagy, P. (2004). *Teoría del Apego y Psicoanálisis.* Barcelona.

Fonagy, P., Steele, H. y Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*(62), 891-905.

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Dev Psychopathol*, *9*(4), 679-700.

Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews. *London: University College London*, 161-2.

Fonagy, G. Gergely, E. L. Jurist y M. Target. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self.* New York, Other Press Lic.

Fonagy, P. y Target, M. (2002). Early Intervention and the development of self-regulation. *Psychoanal. Inq 22*, 307-335.

Fontana,V.J.(1973).The diagnosis of the maltreatment syndrome in children. *Pediatrics*, *51*(4), 780-782.

Fox, N. A., & Calkins, S. D. (2003). The development of self-control of emotion: Intrinsic and extrinsic influences. *Motivation and emotion*, *27*(1), 7-26.

Foy, D. W., Osato, S. S., Houskamp, B. M. y Neumann, D. A. (1992). *Etiological factors in posttraumatic stress disorder. In P. Saigh (Ed.), Posttraumatic Stress Disorder: A Behavioral Approach to Assessment and Treatment.* Oxford: Pergamon Press.

Fresno, A., Spencer. R., & Retamal, T. (2012). Maltrato infantil y representaciones de apego: Defensas, memoria y estrategias, una revisión. *Universitas Psychologica, 11*(3), 829-838.

Fr no, R A, S n r, R, L i a, B M a ar o, I (016) In r o ami iar a riab i o ó i a a o ia a a a obr za omo r i tor a a i a a r r nta ión a o n ni o r o ar n i . *Salud & Sociedad*, *2*(2), 176-192. https://doi.org/10.22199/ S07187475.2011.0002.00004.

Frith, C. D., & Frith U. (2006). The Neural Basis of Mentalizing. *Neuron, 50*(4), 531-534. doi: 10.1016/j. neuron.2006.05.001

Fury, G., Carlson, E. A., & Sroufe, A. (1997). Children's representations of attachment relationships in family drawings. *Child development*, *68*(6), 1154-1164.

Fusco, R. A. (2017). Socioemotional problems in children exposed to intimate partner violence: mediating effects of attachment and family supports. *Journal of interpersonal violence*, *32*(16), 2515-2532.

Futh, A., O'Connor, T. G., Matias, C., Green, J., & Scott, S. (2008). Attachment narratives and behavioral and emotional symptoms in an ethnically diverse, at-risk sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *47*(6), 709-718.

Gallimore, R., Weisner, T. S., Bernheimer, L. P., Guthrie, D., & Nihira, K. (1993). Family responses to young children with developmental delays: Accommodation activity in ecological and cultural context. *American Journal on Mental Retardation*.

Garcia Quiroga, M., & Hamilton-Giachritsis, C. (2016). Attachment Styles in Children Living in Alternative Care: A Systematic Review of the Literature. *Child & youth care forum*, *45*, 625–653. https://doi.org/10.1007/s10566-015-9342-x

Garcia Quiroga, M., & Hamilton-Giachritsis, C. (2017). The crucial role of the micro caregiving environment: Factors associated with attachment styles in alternative care in Chile. *Child abuse &neglect*, *70*,169–179.

Garcia Quiroga, M. G., Hamilton-Giachritsis, C., & Ibañez Fanés, M. (2017). Attachment representations and socio-emotional difficulties in alternative care: A comparison between residential, foster and family based children in Chile. *Child abuse & neglect*, *70*, 180-189.

Garmezy, N. (1991). Resiliency and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes Associated with Poverty. *American Behavioural Scientist*(34, 4), 416-130.

Gaxiola-Romero, J. C., & Frías-Armenta, M. (2012). Factores protectores, estilos de crianza y maltrato infantil: un modelo ecológico. *Psyecology*, *3*(3), 259-270.

George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *Adult attachment interview*, University of California at Berkeley.

George, C., & Solomon, J. (1990-2016). The attachment doll play assessment: Predictive validity with concurrent mother-child interaction and maternal caregiving representations. *Frontiers in psychology*, *7*, 1594.

Geva, R., & Feldman, R. (2008). A neurobiological model for the effects of early brainstem functioning on the development of behavior and emotion regulation in infants: Implications for prenatal and perinatal risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(10), 1031-1041.

Givaudan, M., & Pick, S. (2014). Desarrollo infantil temprano. La importancia de los padres y el entorno familiar. *Santibañez, L.; Calderón, D.(coords), Los invisibles. Las niñas y los niños de 0 a*, *6*.

Gloger-Tippelt, G., & König, L. (2007). Attachment representations in 6-year-old children from one and two parent families in Germany. *School Psychology International*, *28*(3), 313-330. https://doi.org/10.1177/0143034307078540

Gloger-Tippelt, G., & Kappler, G. (2016). Narratives of attachment in middle childhood: do gender, age, and risk-status matter for the quality of attachment?. *Attachment & human development*, *18*(6), 570-595. https://doi.org/10.1080/14616734.2016.1194440

Gloger-Tippelt, G., Gomille, B., Koenig, L., & Vetter, J. (2002). Attachment representations in 6-year-olds: Related longitudinally to the quality of attachment in infancy and mothers' attachment representations. *Attachment & Human Development*, *4*(3), 318-339.

Goldberg, S., Grusec, J. E., & Jenkins, J. M. (1999). Confidence in protection: Arguments for a narrow definition of attachment. *Journal of family psychology*, *13*(4), 475.

Goldsmith, H. H., & Alansky, J. A. (1987). Maternal and infant temperamental predictors of attachment: meta-analytic review. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, *55*(6), 805.

Golombok, S., & Fivush, R. (1994). *Gender development.* Cambridge University Press.

González de Rivera y Revuelta, J. (2005). *El maltrato psicológico : [cómo defenderse del bullying, el mobbing y otras formas de acoso]* (3ª ed.). Pozuelo de Alarcón(Madrid): Espasa.

Gómez, E., & Kotliarenco, M. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología, 19*(2), Pág. 103-132. doi:10.5354/0719-0581.2010.17112

Gómez de Terreros Guardiola, M. (2006). Maltrato psicológico. Cuadernos de Medicina Forense, 12 (43-44), 113-116.

Gorman-Smith, D., Henry, D. B., & Tolan, P. H. (2004). Exposure to community violence and violence perpetration: The protective effects of family functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *33*(3), 439-449.

Graham-Bermann, S. A., Gruber, G., Howell, K. H., & Girz, L. (2009). Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV). *Child Abuse & Neglect, 33*(9), 648–660. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.01.002

Goldwyn, R., Stanley, C., Smith, V., & Green, J. (2000). The Manchester Child Attachment Story Task: relationship with parental AAI, SAT and child behaviour. *Attachment & Human Development*, *2*(1), 71-84.

Griffin, G., Martinovich, Z., Gawron, T., & Lyons, J. S. (2009). Strengths moderate the impact of trauma on risk behaviors in child welfare. *Residential Treatment for Children & Youth*, *26*(2), 105-118.

Green, J., Stanley, C., Smith, V., & Goldwyn, R. (2000). A new method of evaluating attachment representations in young school-age children: the Manchester Child Attachment Story Task. *Attachment & human development*, *2*(1), 48–70. https://doi.org/10.1080/146167300361318

Greenberg, L. & Paivio, S. (1999), *Trabajar con las emociones en psicoterapia*. Barcelona: Pai ó .

Groark, C. J., McCall, R. B., Fish, L., & Whole Child International Evaluation Team. (2011). Characteristics of environments, caregivers, and children in three Central American orphanages. *Infant Mental Health Journal, 32*(2), 232–250 https://doi.org/10.1002/imhj.20292

Groark, C. J., McCall, R. B., Hawk, B. N., Julian, M. M., Merz, E. C.,Rosas, J.M., Muhamedrahimov, R.J., Palmov,O.I., &Nikiforova, N.V. (2019). Early Caregiver Child Interaction and Children´s Development: Lessons from the St.Petersburg-USA Orphanage Intervention Research Project. *Clinical Child & Family Psychology Review, 22*(2), 208-224. https://doi.org/10.10007/s10567-018-0270-9

Grotberg, E. (2004). *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas.* Bu no Air Pai ó .

Grossmann, K., Grossmann, K.E., Spangler, G., Suess, G., & Unzner; L. (1985). Maternal n it i i t an n wborn ' ori nta tion r on a r at to qua it o atta m nt in northern Germany. En I. y. Bretherton, *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development* (Vol. 50, págs. 233-256). https://doi.org/10.2307/3333836

Grossmann, K., & Grossmann, K. (1991). Attachment quality as an organizer of emotional and behavioural responses in a longitudinal perspective. En C. M.-H. Parkes, *Attachment across the life cycle* (págs. 93-114). New York.

Groh, A. M., Roisman, G. I., van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. P. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: a meta-analytic study. *Child development*, *83*(2), 591–610. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2011.01711.x

Grych, J.H., Jouriles, E. N., Swank, P. R., McDonald, R. y Norwood, W. (2000). Patterns of Adjustment Among Children of Battered Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*(68 (1)), 84-94.

Gunnar, M. R. y Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology, 58*, 145-173.

Gupta, A. (2017). Poverty and child neglect - The elephant in the room? *Families, Relationships and Societies, 6*(1), 21-36.

Haa a a o, , & Aa ton n, (1999) Mot r ' abu i i oo r i t i abu i Abuse Review, 8(4), 231–250.

Hanson, J. L., Adluru, N., Chung, M. K., Alexander, A. L., Davidson, R. J., & Pollak, S. D. (2013). Early neglect is associated with alterations in white matter integrity and cognitive functioning. *Child development*, *84*(5), 1566-1578.

Hannum, H. (2019). Rescuing Human Rights: A Radically Moderate Approach. In *Rescuing Human Rights: A Radically Moderate Approach* . Cambridge University Press

Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American psychologist*, *13*(12), 673.

Healy, K., Darlington, Y., & Feeney, J. A. (2011). Parents' participation in child protection practice: Toward respect and inclusion. *Families in society*, *92*(3), 282-288.

Heberlein, A. S., & Saxe, R. R. (2005). Dissociation between emotion and personality judgments: convergent evidence from functional neuroimaging. *Neuroimage*, *28*(4), 770-777.

Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación: Cómo superar las consecuencias de la violencia* (Espasa Hoy). Madrid: Espasa.

Herrenkohl, T. I., & Herrenkohl, R. C. (2007). Examining the overlap and prediction of multiple forms of child maltreatment, stressors, and socioeconomic status: A longitudinal analysis of youth outcomes. *Journal of Family Violence*, *22*(7), 553-562.

Herrenkohl, T. I., Aisenberg, E., Williams, J. H., & Jenson, J. M. (Eds.). (2011). *Violence in context: Current evidence on risk, protection, and prevention,*5-11.

Herreros, F. (2009, April). *Attachment security of infants living in a Chilean orphanage*. Poster presented at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Denver, CO.

Hess, P. (2003). Visiting between children in care and their families: A look at current policy. *National Resource Center for Foster Care & Permanency Planning. Hunter College School of Social Work*.

Higgins, D. J. (2004). The importance of degree versus type of maltreatment: A cluster analysis of child abuse types. *The Journal of Psychology*, *138*(4), 303-324.

Hill, S. Y., Tessner, K. D., & McDermott, M. D. (2011). Psychopathology in offspring from families of alcohol dependent female probands: a prospective study. *Journal of psychiatric research*, *45*(3), 285–294. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.08.005

Hillson, J. M. & Kuiper, N. A. (1994). A stress and coping model of child maltreatment. *Clinical Psychology Review*(14), 261-285.

Hilweg, W., & Posch, C. (2007). Quality4Children. Estándares para el cuidado de niños fuera de su familia biológica en Europa (Castellano). Innsbruck: FICE, IFCO y Aldeas Infantiles SOS.

Hinde, R.A.(1966). *Animal behavior: a synthesis of ethology and comparative psychology.* McGraw-Hill.

Hodges, J., & Steele, M. (2000). Effects of abuse on attachment representations: Narrative assessments of abused children. *Journal of Child psychotherapy*, *26*(3), 433-455.

Hodges, J., Steele, M., Hillman, S. and Henderson, K. 2003 "Mental representations and defenses in severely maltreated children: A Story Stem Battery and Rating System for clinical assessment and research applications" In *Revealing the inner worlds of young children. The MacArthur Story Stem Battery and Parent–Child Narratives*, Edited by: Emde, R.N., Wolf, D.P. and Oppenheim, D. 240–267. Nueva York, NY: Oxford University Press.

Hodges, J., Steele, M., Hillman, S., Henderson, K., & Kaniuk, J. (2003). Changes in Attachment Representations Over the First Year of Adoptive Placement: Narratives of Maltreated Chidren. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *8*(3), 351–367. https://doi.org/10.1177/1359104503008003006

Hodges, J., Steele, M., Hillman, S., Henderson, K., & Kaniuk, J. (2005). Change and continuity in mental representations of attachment after adoption. *Psychological issues in adoption: Research and practice*, 93-116.

Hofer, M. (1996). On the nature and consequences of early loss. *Psychosomatic Medicine, 58,* 570-581.

Holt, S., Buckley, H., & 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, D. (2005). *Child abuse and neglect: Attachment, development and intervention*. Macmillan International Higher Education.

Howes, C., & Segal, J. (1993). Children's relationships with alternative caregivers: The special case of maltreated children removed from their homes. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *14*(1), 71-81.

Huang, Z. J., Lewin, A., Mitchell, S. J., & Zhang, J. (2012). Variations in the relationship between maternal depression, maternal sensitivity, and child attachment by race/ethnicity and nativity: Findings from a nationally representative cohort study. Maternal and Child Health Journal, 16(1), 40-50.

Hughes, H. M., & Luke, D. A. (1998). Heterogeneity in adjustment among children of battered women. In G. W. Holden, R. Geffner, & E. N. Jouriles (Eds.),Childrenexposed to marital violence: Theory, research, and applied issues(pp. 18 − 1)

Hund, A. R., & Espelage, D. L. (2005). Childhood Sexual Abuse, Disordered Eating, Alexithymia, and General Distress: A Mediation Model. *Journal of Counseling Psychology*, *52*(4), 559-573.

Hut - Bo k , A , L n o k , A A , ran, S A , & Bo a t, A (004) im a t o domestic violence on mothers' prenatal representations of their infants. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of the World Association for Infant Mental Health*, *25*(2), 79-98.

Huth-Bocks, Alissa C, & Hughes, Honore M. (2008). Parenting Stress, Parenting Behavior, an i r n' A ju tm nt in Fami i Ex ri n in Intimat Partn r Violence. *Journal of Family Violence, 23*(4), 243-251.

Ibáñez, M., Iriondo, M. & Poo, P. (2006). Attachement et compétences relationnelles chez le grand prématuré: Facteurs de protection pour son développement. *Spirale*, 1(1), 115-128. https://doi.org/10.3917/spi.037.0115

Ingoldsby, E. M., Shaw, D. S., Owens, E. B., & Winslow, E. B. (1999). A longitudinal study of interparental conflict, emotional and behavioral reactivity, and preschoolers' adjustment problems among low-income families. *Journal of abnormal child psychology*, *27*(5), 343–356. https://doi.org/10.1023/a:1021971700656

Informe del Centro Reina Sofía. (2011). Observatorio de la Infancia. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Isabella, R. (1993). Origins of attachments: Maternal interactive behavior across the first year. *Child Development*(64), 605-621.

Iwaniec, D. (2006). *The emotionally abused and neglected child: Identification, assessment and intervention: A practice handbook*. John Wiley & Sons.

Jaffe, P. G., Wolfe, D. A., & Wilson, S. K. (1990). *Children of battered women*. Sage Publications, Inc.

Jaffe, J., Beebe, B., Feldstein, S., Crown, C. L., & Jasnow, M. D. (2001). Rhythms of dialogue in infancy: coordinated timing in development. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *66*(2), i–132.

Jahromi, L. B., Umaña-Taylor, A. J., Updegraff, K. A., & Lara, E. E. (2012). Birth characteristics and developmental outcomes of infants of Mexican-origin adolescent mothers: Risk and promotive factors. *International Journal of Behavioral Development*, *36*(2), 146-156.

Jiménez, J., Moreno, M. C., Oliva, A., Palacios, J. y Saldaña, D. (1995). *El maltrato infantil en Andalucía.* Junta de Andalucía. Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirección General de Atención al niño.

Jin, M. K., Jacobvitz, D., Hazen, N., & Jung, S. H. (2012). Maternal sensitivity and infant attachment security in Korea: Cross-cultural validation of the Strange Situation. *Attachment & Human Development*, *14*(1), 33-44.

Johnson, D. E., & Gunnar, M. R. (2011). IV. Growth failure in institutionalized children. *Monographs of the Society for research in child development*, *76*(4), 92-126.

Johnson, R., Browne, K., & Hamilton-Giachritsis, C. (2006). Young children in institutional care at risk of harm. *Trauma, violence & abuse*, *7*(1), 34–60. https://doi.org/10.1177/1524838005283696

Jones, L., Bellis, M. A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., ... & Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*, *380*(9845), 899-907.

Jonson-Reid, M., Presnall, N., Drake, B., Fox, L., Bierut, L., Reich, W., ... & Constantino, J. N. (2010). Effects of child maltreatment and inherited liability on antisocial development: an official records study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *49*(4), 321-332.

Jonson-Reid, M., Drake, B., & Zhou, P. (2013). Neglect Subtypes, Race, and Poverty: Individual, Family, and Service Characteristics. *Child Maltreatment*, *18*(1), 30–41. https://doi.org/10.1177/1077559512462452

Julian, M. M., McCall, R. B., Groark, C. J., Muhamedrahimov, R. J., Palmov, O. I., & Nikiforova, N. V. (2019). Development of children adopted to the United States following a social-emotional intervention in St. Petersburg (Russian Federation) institutions. *Applied developmental science*, *23*(3), 273–293. https://doi.org/10.1080/10888691.2017.1420480

Julian, M., & Muzik, M. (2020). Interventions to Enhance Mother-Infant Attachment in the Context of Trauma, Depression, and Substance Abuse. In *Mental Health and Illness of Women* (Mental Health and Illness Worldwide, pp. 403-421). Singapore: Springer Singapore.

Juliano, M. C. C., & Yunes, M. A. M. (2014). Reflections on the social support network as a mechanism for the protection and promotion of resilience. *Ambiente & Sociedade*, *17*, 135-154

Kalebic, K. y Ajdukovic, M. (2011). Risk factors of child physical abuse by parents with mixed anxiety-depressive disorder or posttraumatic stress disorder. *Mental Health*(52), 25-34.

Ka an, N , & Main, M (1986) In tru tion or t a i i ation o i r n' family drawings in terms of representation of attachment. *Unpublished manuscript, University of California, Berkeley*.

Katz, L. F. y Windecker-Nelson, B. (2006). Domestic violence, emotion coaching and child adjustment. *Journal of Family Psychology*(20), 56–67.

Kearney, C. A., Wechsler, A., Kaur, H. y Lemos-Miller, A. (2010). Posttraumatic stress disorder in maltreated youth: A review of contemporary research and thought. *Clinical Child and Family Psychology Review*(13), 46–76.

Kelly, P. A., Viding, E., Puetz, V. B., Palmer, A. L., Mechelli, A., Pingault, J. B., ... & McCrory, E. J. (2015). Sex differences in socioemotional functioning, attentional bias, and gray matter volume in maltreated children: A multilevel investigation. *Development and Psychopathology, 27*, 1591-1609. doi: https://doi.org/10.1017/S0954579415000966

Kempe, C. H., Silverman, N. F., Steele, B. F., Droegemueller, W. y Silver, H. K. (1962). The battered-child syndrome. *Journal of the American Medical Association*(962(181)), 105-112.

Kerig, P.K., y Fedorowicz, A.E.(1999). Assessing maltreatment of children of battered women: Methodological and ethical considerations. *Child Maltreatment, 4*, 103- 115.

Kernic, M.A., Wolf, M.E., Holt, V.L., McKnight, B., Huebner, C.E. y Rivara, F.P. (2003). Behavioral Problems among Children Whose Mothers are Abused by an Intimate Partner. *Child Abuse & Neglect*(27 (11)), 1231–1246.

Kilpatrick, K. L. y Williams, L. M. . (1998). Potencial mediators of post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *Child Abuse & Neglect*(22 (4)), 319-330.

Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry*, *51*(6), 706-716.

Kim, H., Kim, S. A., & Kong, S. (2017). Resilience mediates impact of some childhood ma tr atm nt on o t -traumati tr m t oms in conscripted marines in the Republic of Korea. *Research in nursing & health*, *40*(1), 51-62.

Kingston S. (2013). Economic adversity and depressive symptoms in mothers: Do marital status and perceived social support matter?. *American journal of community psychology*, *52*(3-4), 359–366. https://doi.org/10.1007/s10464-013-9601-7

Kitzmann, K.M., Gaylord, N.K., Holt, A.R. y Kenny, E.D. (2003). Child Witnesses to Domestic Violence: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and ClinicalPsychology*(71 (2)), 339–352.

Klagsbrun, M., & Bowlby, J. (1976). Responses to separation from parents: a clinical test for young children. *British Journal of Projective Psychology & Personality Study*.

Klein, E (2004). CWLA Standards of Excellence for Residential Services. U.S.: Child & Family Pr.

Knorth, E. J., Harder, A. T., Zandberg, T., & Kendrick, A. J. (2008). Under one roof: A review and selective meta-analysis on the outcomes of residential child and youth care. *Children and youth services review*, *30*(2), 123-140.

Knudsen, E. I., Heckman, J. J., Cameron, J. L., & Shonkoff, J. P. (2006). Economic, neurobiological, and behavioral perspectives on building America's future workforce. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, *103*(27), 10155–10162. https://doi.org/10.1073/pnas.0600888103

Knutson, J. F. (1995). Psychological characteristics of maltreated children: Putative risk factors and consequences. *Annual Review of Psychology,46,* 401-431. https://doi.org/10.1146/annurev.ps.46.020195.002153

Kobak, R. (1999). The emotional dynamics of disruptions in attachment relationships: implications for theory, research and clinical intervention. En J. y. Cassidy, *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (págs. 21-43). Nueva York: Guildford Press.

Koós, O., & Gergely, G. (2001). A contingency-based approach to the etiology of 'disorganized' attachment: the 'flickering switch' hypothesis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *65*(3), 397–410.

Kotch, J. B., Lewis, T., Hussey, J. M., English, D., Thompson, R., Litrownik, A. J., Runyan, D. K., Bangdiwala, S. I., Margolis, B., & Dubowitz, H. (2008). Importance of early neglect for childhood aggression. *Pediatrics*, *121*(4), 725–731

Koppitz, E. M. (1968). *Psychological evaluation of children's human figure drawings*. New York.Grune & Stratton.

Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E. y Bagney Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5 ed.). American Psychiatric Association.

Lamb, M. E. & Easterbrooks, M.A (1981). Individual differences in parental sensitivity: Origins, components, and consequences. *Infant social cognition: Empirical and theoretical considerations*, 127-153.

Landsverk, J., Davis, I., Ganger, W., Newton, R., & Johnson, I. (1996). Impact of child psychosocial functioning on reunification from out-of-home placement. *Children and youth services review*, *18*(4-5), 447-462.

Larrieu, J. A., Heller, S. S., Smyke, A. T., & Zeanah, C. H. (2008). Predictors of permanent loss of custody for mothers of infants and toddlers in foster care. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, *29*(1), 48-60.

Lawler, M., Shaver, P., & Goodman, G. (2011). Toward relationship-based child welfare services. *Children and Youth Services Review, 33*(3), 473-480.

Layzer, J. I., Goodson, B. D. y Delange, C. (1986). Children in shelters. Response, 9, 2-5. . En R. S. Lazarus, *str s r o esos o it i os*. Bar ona Martín z - Roca.

Lazenbatt, A. (2010). The impact of abuse and neglect on the health and mental health of children and young people. *Research Briefing, NSPCC Reader in Childhood Studies, Q e e ' s i ersit e st*.

Leaper, C. (2002). *Parenting girls and boys.* In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Children and parenting* (p. 189–225). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Lecannelier, F. (2002). Apego y autorregulación en el desarrollo humano. *Revista Persona y Sociedad, 16*, 99-110

Lecannelier, F. (2009). Apego e Intersubjetividad: El legado de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental. *Segunda Parte. La teoría del Apego. Santiago de Chile, Editorial LOM*.

Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F., & Hoffmann, M. (2011). Apego & Psicopatología: Una Revisión Actualizada Sobre los Modelos Etiológicos Parentales del Apego Desorganizado. *Terapia psicológica*, *29*(1), 107-116.

Lecannelier, F., Silva, J. R., Hoffmann, M., Melo, R., & Morales, R. (2014). Effects of an intervention to promote socioemotional development in terms of attachment security: a study in early institutionalization in Chile. *Infant mental health journal*, *35*(2), 151–159. https://doi.org/10.1002/imhj.21436

Lemmy, D., McFarlane, J., Willson, P. y Malecha, A. (2001). Intimate partner violence. Mother ' r ti o t on i r n *American Journal of Maternal Child Nursing*(26), 98–103.

Levendosky, A. A., Huth-Bocks, A. C., Semel, M. A., & Shapiro, D. L. (2002). Trauma symptoms in preschool-age children exposed to domestic violence. *Journal of interpersonal Violence*, *17*(2), 150-164.

Levey, E. J., Gelaye, B., Bain, P., Rondon, M. B., Borba, C. P., Henderson, D. C., & Williams, M. A. (2017). A systematic review of randomized controlled trials of interventions designed to decrease child abuse in high-risk families. *Child abuse & neglect*, *65*, 48–57. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.004

Lewis, M. D., & Todd, R. M. (2007). The self-regulating brain: Cortical-subcortical feedback and the development of intelligent action. *Cognitive Development*, *22*(4), 406-430.

Ley de Protección a la Infancia de 17 de agosto de 1904. Ministerio de la Gobernación. BOE-A-1904-5148.

Ley de Garantías de los Derechos de la Infancia y Adolescencia en la Comunidad de Madrid, Comunidad de Madrid. 28 de marzo de 1995. BOE-A-1995-18545.

Ley Orgánica 1/1996, de 17 de enero, de Protección Jurídica del Menor. Jefatura del Estado. (Ley No 1069, 1996). BOE_A-1996-1069.

L Or ni a 1/ 004 , 8 i i mbr , M i a Prot ión Int r a ontra a Violencia de n ro. Jefatura del Estado. BOE-A-2004-21760.

L Or ni a 8/ 01 , ju io, mo i i a ión i t ma rot ión a a in an ia a la adolescencia. Jefactura del Estado. BOE-A-2015- 8222.

L Or ni a 8/ 0 1 , Prot ión Int ra a a In an ia a A o n ia r nt a a io n ia atura E ta o (L Or ni a 8/2021, de 4 de junio de 2021) BOE-A-2021-9347.

Lieberman, A. F. (1977). Preschoolers' competence with a peer: Relations with attachment and peer experience. *Child Development*, 1277-1287.

Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ippen, C. G. (2005). Toward evidence-based treatment: child-parent psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *44*(12), 1241–1248. https://doi.org/10.1097/01.chi.0000181047.5970

Lieberman, A. F., Ghosh Ippen, C., & VAN Horn, P. (2006). Child-parent psychotherapy: 6-month follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*(8), 913–918. https://doi.org/10.1097/01.chi.0000222784.03735.92

Lieberman, A. F., Chu, A., Van Horn, P., & Harris, W. W. (2011). Trauma in early childhood: Empirical evidence and clinical implications. *Development and psychopathology*,*23*(2), 397-410.

Lionetti, F., Pastore, M., & Barone, L. (2015). Attachment in institutionalized children: a review and meta-analysis. *Child abuse & neglect*, *42*, 135–145. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.013

Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (p. 291–317). The Guilford Press.

Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training*, *41*(4), 472.

Liotti (008) La r a ión t r a uti a on a i nt bor r in un an i i n t r mino or aniza ión a o En Yarno S, it ora La oría A o n a íni a , I E a ua ión íni a . Ma r i P im ti a, 2008; p. 163-186.

Liotti, G. (2009). Attachment and dissociation. *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*, 53-65.

Lister R.(2013) 'Pow r, not Pit ' Po rt an Human Ri t , Ethics and Social Welfare, 7:2, 109-123, DOI: 10.1080/17496535.2013.779002 INCLUIDO

Litrownik, A. J., Newton, R., Hunter, W. M., English, D., & Everson, M. D. (2003). Exposure to family violence in young at-risk children: A longitudinal look at the effects of victimization and witnessed physical and psychological aggression. *Journal of Family Violence*, *18*(1), 59-73.

Liu, Y., & Merritt, D. H. (2018). Familial financial stress and child internalizing behaviors: ro o ar i r ' ma tr atin b a ior an o ia r i *Child abuse & neglect*, *86*, 324-335.

López, F. (1990). Desarrollo social y de la personalidad. En J. M. Palacios, *Desarrollo psicológico y educación* (Vol. I). Madrid: Alianza.

López, F., y Ortiz, M. J. (1999). El desarrollo del apego durante la infancia. *Desarrollo afectivo y social*, 41-66.

López, F. (2006). Apego: Estabilidad y cambio a lo largo del ciclo vital. *Infancia Y Aprendizaje, 29*(1), 9-23.

López, M., Fernández del Valle, J.F., Boada, C., Bravo, A. (2010). Niños que esperan. Estudio sobre casos de larga estancia en acogimiento residencial. Ministerio de Sanidad y Política social

Lorenz, Konrad Z. (1935). *El compañero en el ambiente de las aves.* en: J. für Ornithologie 83 (2-3), p. 137 - 215 y p. 289 - 413 (reimpresión de 1965, en: "El comportamiento humano y animal" Vol. 1). -Lorenz, K. (1976). *El Comportamiento animal y humano* (1a.ed.]. ed.). Barcelona: Plaza & Janés.

Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature reviews neuroscience*, *10*(6), 434-445.

Lundy, B. L. (2002). Paternal socio-psychological factors and infant attachment: The mediating role of synchrony in father–infant interactions. *Infant Behavior and Development*, *25*(2), 221-236.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, *71*(3), 543-562.

Lynch, M., & Cicchetti, D. (1998). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community violence, and children's symptomatology. *Development and psychopathology*, *10*(2), 235-257.

Lyons, J. S., Uziel-Miller, N. D., Reyes, F., & Sokol, P. T. (2000). Strengths of children and adolescents in residential settings: Prevalence and associations with psychopathology and discharge placement. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(2), 176–181

Lyons-Ruth, K. (2006). The interface between attachment and intersubjective. *Perspectives from a longitudinal study of disorganized attachment Psychoanalytic Inquiry, 26,* 595–616.

L on -Rut , K , onn , D. B., Grunebaum, H. U., & Botein, S. (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child development*, *61*(1), 85-98.

Lyons-Ruth, K., Easterbrooks, M. A., & Cibelli, C. D. (1997). Infant attachment strategies, infant mental lag, and maternal depressive symptoms: Predictors of internalizing and externalizing problems at age 7. *Developmental Psychology, 33*(4), 681–692. https://doi.org/10.1037/0012-1649.33.4.681

Lyons-Ruth, K., Bronfman, E., & Atwood, G. (1999). A relational diathesis model of hostile-helpless states of mind: Expressions in mother–infant interaction.

Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies.

Lyon-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* (pp. 666-697). New York: Guilford Press

Lyons-Ruth, K., Bureau, J. F., Riley, C. D., & Atlas-Corbett, A. F. (2009). Socially indiscriminate attachment behavior in the strange situation: Convergent and discriminant validity in relation to caregiving risk, later behavior problems, and attachment insecurity. *Development and Psychopathology*, *21*, 355-372.

Lytton, H. (2013). *Parent-child interaction: The socialization process observed in twin and singleton families*. Springer Science & Business Media.

MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., ... & Beardslee, W. R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, *158*(11), 1878-1883.

Madigan, S., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H., Moran, G., Pederson, D. R., & Benoit, D. (2006). Unresolved states of mind, anomalous parental behavior, and disorganized attachment: A review and meta-analysis of a transmission gap. *Attachment & human development*, *8*(2), 89-111.

Maguire-Jack, K., & Showalter, K. (2016). The protective effect of neighborhood social cohesion in child abuse and neglect. *Child abuse & neglect*, *52*, 29-37.

Maguire-Jack, K., & Font, S. A. (2017, a). Community and individual risk factors for physical child abuse and child neglect: Variations by poverty status. *Child maltreatment*, *22*(3), 215-226.

Maguire-Jack, K., & Font, S. A. (2017, b). Intersections of individual and neighborhood disadvantage: Implications for child maltreatment. *Children and youth services review*, *72*, 44-51.

Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human development*, *33*(1), 48-61.

Main, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) vs. multiple (incoherent) models of attachment. *Attachment across the life cycle*, *127*, 159.

Main, Mary., Kaplan, Nancy & Cassidy, Jude. (1985). Security in Infancy, childhood, and adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50*(1/2), 66-104.

Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. En T. y. Brazelton, *Affective development in infancy.* Norwood, NJ: Ablex.

Main, M. y Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age six: predictable from infant attachment classification and stable over a one-month period. *Developmental Psychology*(24), 415-426.

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention (pp. 161-182). Chicago: University of Chicago Press. University of Chicago Press.

Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg,

D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121–160). The University of Chicago Press. DOI: 10.1174/02103709560575523

Manciaux, M. (2003). Maltrato y resiliencia. *La Resiliencia. Resistir y Rehacerse,* 113-120. Gedisa.

Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical psychology review*, *29*(7), 647-657.

Manning, L., Davies, P, y Cicchetti, D. (2014). Interparental Violence and Childhood Adjustment: How and Why Maternal Sensitivity Is a Protective Factor. Child development, 85 (6), 2263-2278. doi:10.1111/cdev.12279.

Manly, J. (2005). Advances in research definitions of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect,29*(5), 425-439.

Manly, J., Cicchetti, D., & Barnett, D. (1994). The impact of subtype, frequency, chronicity and severity of child maltreatment on social competence and behavior problems. Development and Psychopathology, 6 (1), 121-143. doi:10.1017/S0954579400005915

Manly, J. T., Kim, J. E., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and psychopathology*, *13*(4), 759-782.

Margolin, , & or i, E B (004) i r n' Ex o ur to io n in t Fami an Community. *Current Directions in Psychological Science*, *13*(4), 152–155. https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.00296.x

Marrone, M., Diamond, N., Juri, L., & Bleichmar, H. (2001). *La teoría del apego : Un enfoque actual* (Psicología clínica). Madrid: Psimática.

Martin, J. A., & Elmer, E. (1992). Battered children grown up: A follow-up study of individuals severely maltreated as children. *Child Abuse & Neglect, 16*(1), 75–87. https://doi.org/10.1016/0145-2134(92)90009-G

Martin, S. E., & Clements, M. L. (2002). Young children's responding to interparental conflict: Associations with marital aggression and child adjustment. *Journal of Child and Family Studies*, *11*(2), 231-244.

Martinez-Torteya, C., Anne Bogat, G., von Eye, A., & Levendosky, A. A. (2009). Resilience among children exposed to domestic violence: the role of risk and protective factors. *Child development*, *80*(2), 562–577. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01279.x

Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American psychologist*, *53*(2), 205.

Ma t n A S & R , M (00) R i i n in o m nt En R Sn r & S Ló z (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 74-88). Nueva York: Oxford University Press.

Maughan, A., & Cicchetti, D. (2002). Impact of child maltreatment and interadult violence on i r n' motion r u ation abi iti an o io motiona a ju tm nt *Child development*, *73*(5), 1525-1542.

McCall, R.B. (2012). The development and care of institutionally reared children. The Leiden conference on the development and care of children without permanent parents. *Child Development Perspectives, 6*(2), 174-180. doi: 10.1111/j.1750-8606.2011.00231.x

McCall, R. B., Groark, C. J., Fish, L., Muhamedrahimov, R. J., Palmov, O. I., & Nikiforova, N. V. (2013). Maintaining a social-emotional intervention and its benefits for institutionalized children. *Child development*, *84*(5), 1734–1749. https://doi.org/10.1111/cdev.12098

McCall, R. B., Groark, C. J., & Rygaard, N. P. (2014). Global research, practice, and policy issues on the care of infants and young children at risk: The articles in context. *Infant Mental Health Journal, 35*(3), 296.

McCall, R., Groark, C., Hawk, B., Julian, M., Merz, E., Rosas, J., . . . Nikiforova, N. (2019). Early Caregiver– i Int r a tion an i r n' D o m nt L on rom t St Petersburg-USA Orphanage Intervention Research Project. *Clinical Child and Family Psychology Review, 22*(2), 208-224.

McClain, P. W., Sacks, J. J., Froehlke, R. G., & Ewigman, B. G. (1993). Estimates of fatal child abuse and neglect, United States, 1979 through 1988. *Pediatrics*, *91*(2), 338-343.

McClennen, J., Keys, A., & Dugan-Day, M. (2017). *Social work and family violence:Theories, assessment, and intervention /* (Second ed.)

McCall, R. B. (2013). Review: The consequences of early institutionalization: Can institutions be improved? - should they? *Child and Adolescent Mental Health, 18*(4), 193-201.

McCall, R. B., Groark, C. J., Fish, L., Muhamedrahimov, R. J., Palmov, O. I., & Nikiforova, N. V. (2013). Maintaining a social-emotional intervention and its benefits for institutionalized children. *Child development*, *84*(5), 1734–1749. https://doi.org/10.1111/cdev.12098

McCall, R. B., Groark, C. J., & Rygaard, N. P. (2014). Global research, practice, and policy issues on the care of infants and young children at risk: The articles in context. *Infant Mental Health Journal, 35*(3), 296. https://doi.org/10.1002/imhj.21449

McCammon, S. L. (2012). Systems of care as asset-building communities: Implementing strengths-based planning and positive youth development. *American Journal of Community Psychology*, *49*(3), 556-565.

M Dow , D , , Kim, M , O'N i , R Park , R D (00) i r n' motiona r u ation and social competence in middle childhood: The role of maternal and paternal interactive style. *Marriage and Family Review*(34), 345–364.

McFarlane, J., Groff, J., O'Bri n, A Wat on, K (00) B a ior o i r n w o ar exposed and not exposed to intimate partner violence: an analysis of 330 black, white and Hispanic Children. *Pediatrics*(112), 202–207.

McKenzie, R. (2012). *Rethinking orphanages for the 21st century*. Sage Publications.

McLoyd, V. C. (1990).The impact of economic hardship on Black families and children: Psychological distress, parenting, and socioemotional development. *Child development*, *61*(2), 311-346.

McNeill, F., & Weaver, B. (2010). Travelling hopefully: Desistance research and probation practice. In *What Else Works? Creative Work with Offenders and Other Social Excluded People*.

Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal n iti i t Mot r' omm nt on in ant' m nta r o r i t urit o attachment at 12 months. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, *42*(5), 637-648.

Mesa, A., y Gómez, A. (2013). Cambios en la Mentalización de los Afectos en Maestras de Primera Infancia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 11,* 689-701

Miljkovitch, R. (2001). *L'attachement au cours de la vie: Modèles internes opérants et narratifs. Préface de Inge Bretherton*. Presses universitaires de France.

Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Karmaniola, A. & Halfon, O. (2003). Les représentations d'attachement du jeune enfant. Développement d'un système de codage pour les histoires à compléter. *Devenir*, 2(2), 143-177. https://doi.org/10.3917/dev.032.0143

Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., Bretherton, I., & Halfon, O. (2004). Associations between parental and child attachment representations. *Attachment & Human Development*, *6* (3), 305-325.

Miljkovitch, R., Pierrehumbert, B., & Halfon, O. (2007). Three-year-olds' attachment play narratives and their associations with internalizing problems. *Clinical Psychology and Psychotherapy,14*(4), 249-257.

Miljkovitch, R., Moss, E., Bernier, A., Pascuzzo, K., & Sander, E. (2015). Refining the assessment of internal working models: the attachment multiple model interview. *Attachment & Human Development*, *17*(5), 492-521.

Mills-Koonce, W. R., Gariepy, J. L., Propper, C., Sutton, K., Calkins, S., Moore, G., & Cox, M. (2007). Infant and parent factors associated with early maternal sensitivity: A

caregiver-attachment systems approach. *Infant Behavior and Development*, *30*(1), 114-126

Minr, S (1990) ara trítia amiiar r traor n o ao matrato íio y abuso sexual infantil. *Infancia y Sociedad*, 2, 5-15.

Milner, J. S. (1995) La aplicación de la teoría del procesamiento de información social al problema del maltrato físico a niños, *Infancia y Aprendizaje*, 71, pp.125-134.

Mistry, R. S., Biesanz, J. C., Taylor, L. C., Burchinal, M., & Cox, M. J. (2004). Family income and its relation to preschool children's adjustment for families in the NICHD Study of Early Child Care. *Developmental psychology*, *40*(5), 727.

Mitchell, J. P., Macrae, C. N., & Banaji, M. R. (2006). Dissociable medial prefrontal contributions to judgments of similar and dissimilar others. *Neuron*, *50*(4), 655-663.

Miyake, K., Chen, S. J., & Campos, J. J. (1985). Infant temperament, mother's mode of interaction, and attachment in Japan: An interim report. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 276-297.

Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, *198*(4312), 75-78.

Morales, J. M. y Costa, M. (1997). Tendencias actuales en la investigación del maltrato infantil. En J. D. Casado, *Niños maltratados.* Madrid: Díaz de Santos.

Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social development*, *16*(2), 361-388.

Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school age and developmental risk: examining family contexts and behavior problems of controlling-caregiving controlling-punitive,and behaviorally disorganized children. *Developmental psychology*, *40* (4), 519.

Muller, R. T., Gragtmans, K., & Baker, R. (2008). Childhood physical abuse, attachment, and adult social support: Test of a mediational model. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *40*(2), 80.

Muller, R. T., Thornback, K., & Bedi, R. (2012). Attachment as a mediator between childhood maltreatment and adult symptomatology. *Journal of Family Violence*, *27*(3), 243-255.

Murray, L., y Cooper, P. J.(1997). Effects of postnatal depression on infant development. *Archives of disease in childhood*, *77*(2), 99-101.

Murra , L , Woo ar , M , Bri r , S , & Hi w , A (1999) i r n' o ia representations in o ' ou a an t or o min ta k , an t ir r ation to ami a r it and child disturbance. *Social Development*, *8*(2), 179-200.

Musitu, G. y Allatt, P. (1994). *Psicosociología de la familia.* Valencia: Albatros.

Musitu, G., & Cava, M.J. (2001). *La familia y la educación*. Barcelona: Octaedro

Narvaez, D., Panksepp, J., Schore, A. N., & Gleason, T. R. (Eds.). (2012). *Evolution, early experience and human development: From research to practice and policy*. Oxford University Press.

Nelson, C. A., 3rd, Bos, K., Gunnar, M. R., & Sonuga-Barke, E. J. (2011). The Neurobiological Toll of Early Human Deprivation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *76*(4), 127–146. https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2011.00630.x

Nguyen, H. T., Dunne, M. P., & Le, A. V. (2010). Multiple types of child maltreatment and adolescent mental health in Viet Nam. *Bulletin of the World Health Organization*, *88*(1), 22–30. https://doi.org/10.2471/BLT.08.060061

NICHD. Early Child Care Research Network (2006). Child-care effect sizes for the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. *The American psychologist*, *61*(2), 99–116. https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.2.99

Nicolopoulou, A., & Richner, E. S. (2007). From actors to agents to persons: the development of character representation in young children's narratives. *Child development*, *78*(2), 412–429.

Noll, J. G., Trickett, P. K., Harris, W. W., & Putnam, F. W. (2009). The cumulative burden borne by offspring whose mothers were sexually abused as children: descriptive results from a multigenerational study. *Journal of interpersonal violence*, *24*(3), 424–449.

Noonan, C. B., & Pilkington, P. D. (2020). Intimate partner violence and child attachment: a systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, *109*, 104765.

Obra o ić, , S a r, A , & Ma t n, A S (01) Ri k an a r it in o m nta psychopathology: Progress and future directions. In L. C. Mayes & M. Lewis (Eds.), *The Cambridge handbook of environment in human development* (pp. 35–57). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9781139016827.004

Observatorio de la Infancia. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Datos 2018.Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social , 2019.

O'Connor, Thomas G. (2002). Annotation: The `effects' of parenting reconsidered: Findings, challenges, and applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*(5), 555-572.

Ochaíta, E. y Espinosa, M. A. (2001). El menor como sujeto de derechos. En M. T. Martín (Ed.), *La protección de los menores: Derechos y recursos para su atención* (pp. 36-66). Madrid: Cívitas.

Oliva, A., Moreno, Ma. C., Palacios, J., & Saldaña D. (1995) Ideas about childhood and tendency foward child abuse, Journal for the Study of Education and Development, 18:71, 111-124, DOI: 10.1174/02103709560575523

ONU. (s.f.). *Convención sobre los Derechos del Niño. Aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.*

ONU. United Nations, *Rethinking Poverty Report on the World Social Situation 2010* (New York, 2009) 45. See <https:// www .un .org/ esa/ socdev/ rwss/ docs/ 2010/ fullreport.pdf> accessed 22 July 2020.

Oppenheim, D., Emde, R. N., & Warren, S. (1997). Children's narrative representations of mothers: Their development and associations with child and mother adaptation. *Child development*, *68*(1), 127-138.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo (2002) : Reducir los riesgos y promover una vida sana. . https://apps.who.int/iris/handle/10665/67455

Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial sobre la Violencia contra los niños (A/61/299): Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños de las Naciones Unidad (2006)

Organización Mundial de la Salud. (OMS). Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia contra los niños 2020: resumen de orientación. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/handle/10665/332450.

Organización Mundial De La Salud (OMS) (2021) Violencia contra la mujer .

Orme, T. C., & Rimmer, J. (1981). Alcoholism and child abuse. A review. *Journal of studies on alcohol*, *42*(3), 273-287.

Ortiz, J.A., dei Schiró, E. D. B., Blanco, O. A. C., & Koller, S. H. (2013). Interventions for enhancing parenting quality in early infancy. In *Parenting in South American and African Contexts*. IntechOpen.

Ortiz, M (1999) E a rro o mo iona En Ló z, F Etx barría, I; Fuentes, M y Ortiz M. Desarrollo afectivo y social. Ma r i Pir mi .

Oshri, A., Sutton, T. E., Clay-Warner, J., & Miller, J. D. (2015). Child maltreatment types and risk behaviors: Associations with attachment style and emotion regulation dimensions. *Personality and Individual Differences*, *73*, 127-133.

Oshri, A., Topple, T. A., & Carlson, M. W. (2017). Positive youth development and resilience: Growth patterns of social skills among youth investigated for maltreatment. *Child development*, *88*(4), 1087-1099.

Osofsky, J. (1995). Children who witness domestic violence: The invisible victims. *Social Policy Reports: Society for Research in Child Development*, 1-16.

Oso k , (00) Pr a n o i r n' Ex o ur to Dom ti io n an i Maltreatment: Implications for Prevention and Intervention. *Clinical Child and Family Psychology Review*(6 (3)), 161–170.

Oswald, S. H., Fegert, J. M., y Goldbeck, L. (2010). Post-Traumatic Stress Symptoms in Foster Children Following Maltreatment and Neglect.Verhaltenstherapie, 20, 37-44. doi: 10.1159/000274622.

Owens, G. P. y Chard, K. M. . (2003). Comorbidity and psychiatric diagnoses among women reporting child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* (27).

Page, T., & Bretherton, I. (2001). Mother- and father-child attachment themes in the story completions of pre-schoolers from post-divorce families: do they predict relationships with peers and teachers?. *Attachment & human development*, *3*(1), 1–29. https://doi.org/10.1080/713761897

Pa a io , , im n z, , O i a , A Sa a a , D. (1998). Ma o trato a o ni o n a ami ia. En J. y. Rodrigo, *Familia y desarrollo humano* (págs. 399-421). Madrid: Alianza.

Palacios, Julio (1997). *Menores marginados:Perspectiva histórica de su educación e integración social*. Madrid: CCS.

Panfile, T. M., & Laible, D. J. (2012). Attachment security and child's empathy: The mediating role of emotion regulation. *Merrill-Palmer Quarterly (1982-)*, 1-21.

Panzer, A. (2006). The neuroendocrinological sequelae of stress during brain development: the impact of child abuse and neglect. *African Journal of Psychiatry*(11), 29-34.

Parkes, A., Sweeting, H & Wight, D. (2015). Parenting Stress and Parent Support Among Mothers With High and Low Education. *Journal of Family Psychology, 29*(6), 907-918. http://dx.doi.org/10.1037/fam000012.

Pears, K. C., Kim, H. K., & Fisher, P. A. (2008). Psychosocial and cognitive functioning of children with specific profiles of maltreatment. *Child abuse & neglect*, *32*(10), 958-971.

Pereda, N & Gallardo-Pujol, D. (2011). Revisión sistemática de las consecuencias neurobiológicas del abuso sexual infantil. *Gaceta Sanitaria*, *25*(3), 233-239.

Perepletchikova, F., & Kaufman, J. (2010). Emotional and behavioral sequelae of childhood maltreatment. *Current opinion in pediatrics*, *22*(5), 610–615. https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e32833e148a

Perez, C. M. y Widom, C. S. (1994). Childhood victimization and long-term intellectual and academic outcomes. *Child Abuse & Neglect*(18 (8)), 617-633.

Perinat, A. y Sadurní, M. (2000). The Ontogenesis of Meaning. An interactional Approach. *Mind, Culture and Acitivity, 6*, 53-76.

Perry, B. D. (1997). *Incubated in terror: Neurodevelopmental factors in the "cycle of violence."* In J. D. Osofsky (Ed.), *Children in a violent society* (p. 124–149). The Guilford Press.

Perry, B. D., & Pollard, R. (1997). Altered brain development following global neglect in early childhood. In *Society for Neuroscience: Proceedings from Annual Meeting, New Orleans*.

Perry, N., Swingler, M., Calkins, S., & Bell, M. (2016). Neurophysiological correlates of attention behavior in early infancy: Implications for emotion regulation during early childhood. *Journal of Experimental Child Psychology, 142*, 245-261.

Piaget, J. (1964). Cognitive Development in Children: Piaget Development and Learning. *Journal of Research in Science Teaching, 2*(3), 176-186.

Pierrehumbert, B., & Ibáñez, M. (2008). Forme et contenu de la production narrative de l'enfant: un apport à la recherche clinique. *Enfance*, *60*(1), 83-92.

Pierrehumbert, B., Santelices, M., Ibáñez, M., Alberdi, M., Ongari, B., Roskam, I., . . . Borghini, A. (2009). Gender and Attachment Representations in the Preschool Years. *Journal of Cross-cultural Psychology, 40*(4), 543-566.

Pinheiro, P., & UNICEF. (2006). *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas*. Ginebra, Suiza: Estudio del Secretario General de la Naciones Unidas sobre la Violencia contra los niños.

Pinel-Jacquemin, S., C. Z., Troupel, O., Raynaud, J. P., & Kelly-Irving, M. (2016). Adversités, enfance et famille: apports d'une approche écosystémique. *Éducation, Santé, Sociétés*, *2*(2), 93-111.

Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia, I PENIA (2006-2009). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006). Aprobado por Acuerdo de Ministros de 16 de junio de 2006.

Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia,II PENIA (2013-2016). Ministerio de Sanidad, Servivios Sociales e Igualdad. Aprobado por acuerdo de Consejo de Ministros de 5 de abril de 2013.

Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España 2013-201 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Publicaciones Paseo del Prado, 18-20, 28014.

Plan Integral de Apoyo a la Familia 2015-2017 (P.IAF). Aprobado por Acuerdo del Consejo de Ministros el 14 de mayo de 2015.

Pollak, S. D., & Kistler, D. J. (2002). Early experience is associated with the development of categorical representations for facial expressions of emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *99*(13), 9072-9076.

Pollak, S. D., & Tolley-Schell, S. A. (2003). Selective attention to facial emotion in physically abused children. *Journal of abnormal psychology*, *112*(3), 323.

Poole, J. C., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2017). Anxiety among adults with a history of childhood adversity: Psychological resilience moderates the indirect effect of emotion dysregulation. *Journal of affective disorders*, *217*, 144-152.

Preston, S. D., & De Waal, F. B. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and brain sciences*, *25*(1), 1-20.

Putnam-Hornstein, E. (2011). Report of maltreatment as a risk factor for injury death: A prospective birth cohort study. *Child maltreatment*, *16*(3), 163-174.

Pynoos, R.S., Steinberg, A. y Piacentini, A.M. (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and intersection with anxiety disorders. *Biological Psychiatry*, *46* (11), 1542-1554.

Raghavan, C., & Kingston, S. (2006). Child sexual abuse and posttraumatic stress disorder: the role of age at first use of substances and lifetime traumatic events. *Journal of traumatic stress*, *19*(2), 269–278. https://doi.org/10.1002/jts.20117

Raitasalo, Kirsimarja, & Holmila, Marja. (2017). Parental substance abuse and risks to children's safety, health and psychological development. *Drugs:Education, Prevention & Policy, 24*(1), 17-22.

Raver, C. C. (2004). Pla in motiona -r u ation in o io u tura an o io onomi contexts. *Child development*, *75*(2), 346-353.

R Euro a Lu a ontra a Pobr za a Ex u ión So ia n E ta o E a o (EAPN-ES) A ba, L A ua i A im n z ,N; Quiroga D; Llano J.C (2020) *est do de o r e e i ie to de i di dor de o r e e si so i e s 2008-2019*.

Redondo, E., Muñoz, R. & Torres Gómez, B. (1998). Manual de buena práctica para la atención residencial a la Infancia y adolescencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales

Ricks, M. (1985). The social transmission of parental behavior: attachment across generations. En I. Bretherton, *Growing points and attachment teorie and research. Monographs of the Society for Research in Child Development 50* (1-2), 211-227.

Righthand. S, Kerr. B & Drach. K, (2013). *Child Maltreatment Risk Assessments. An Evaluation Guide*. Routledge.

Rivière, A. & Soti o, M (1999/ 00) omuni a ión, u n ión mio i umana Lo orí n a r ti a a om r n ión int r r ona En A Ri i r , *r s es o id s , o et rre r ese t i e io sis* (pp. 181-201). Ma r i E ito ria M i a Panamerica

Robertson, J. (1970). Young Children in hospital. Londres. Tavistock Publication. Robertson J. y Bowlby J. (1952) Responses of young children to separation from their mothers. *Courrier Centre International del'Enfance 2,* 131-142.Final del formulario

Robertson J. y Bowlby J. (1952) Responses of young children to separation from their mothers. *Courrier Centre International del'Enfance 2,* 131-142.Final del formulario

Rodrigo, M. J., & Palacios, J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid. Alianza.

Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., Byrne, S., Rodríguez, B., Martín, J. C., Rodríguez, G., & Pérez, L. (2008). Programa Crecer Felices en Familia. Programa de apoyo psicoeducativo para promover el desarrollo infantil. *Valladolid. Junta de Castilla y León*.

Rodriguez, C. M. (2013). Analog of parental empathy: Association with physical child abuse risk and punishment intentions. *Child abuse & neglect*, *37*(8), 493-499.

Rodriguez-Srednicki, O. (2001). Childhood sexual abuse, dissociation and adult self-destructive behavior. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders, 10*(3), 75–90. https://doi.org/10.1300/J070v10n03_05

Rogosch, F. A., Cicchetti, D., Shields, A., & Toth, S. L. (1995). *Parenting dysfunction in child maltreatment.* In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting, Vol. 4. Applied and practical parenting* (p. 127–159). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Román. (2010).*Metodologías para la evalución del apego infantil: de la observación de conductas a la explotación de las presentaciones mentales.* D a rtam nto P i o o ía E o ut i a a E u a ión Fa u ta P i o o ía. Universidad de Sevilla..

Román, M., Palacios, J., Moreno, C., & López, A. (2012). Attachment representations in internationally adopted children. *Attachment & Human Development*, *14*(6), 585-600.

Rosenkranz, S. E., Muller, R. T. y Henderson, J. L. (2013). The Role of Complex PTSD in Mediating Childhood Maltreatment and Substance Abuse Severity Among Youth Seeking Substance Abuse Treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy,* *6*(1), 25–33. https//doi: 10.1037/a0031920

Rothbart, M. K., Posner, M. I., & Kieras, J. (2006). Temperament, Attention, and the Development of Self-Regulation. In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (pp. 338–357)

Rothbart, M. K., & Sheese, B. E. (2007). Temperament and Emotion Regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 331–350). The Guilford Press.

Roy, P., Rutter, M., & Pickles, A. (2004). Institutional care: associations between overactivity and lack of selectivity in social relationships. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 45 4*, 866-73 .

Rubilar, J. V., & Richaud, M. C. (2018). Childhood parenting: Main approaches and aspects analyzed from psychology. In C. H. G. Cadena (Ed.), *Research on Hispanic psychology* (pp. 241–276). Nova Science Publishers.

Rueda, P., Fernández-Berrocal, P., & Baron-Cohen, S. (2015). Dissociation between cognitive and affective empathy in youth with Asperger Syndrome. *European Journal of Developmental Psychology*, *12*(1), 85-98.

Ruiz Rodrigo y Palacio Lis. (1995). *Pauperismo y educación : Siglos XVIII, XIX : Apuntes para una historia de la educación social en España* (Universidad de Valencia Departamento de Educación Comparada e Historia de la Educación. Cuadernos Serie minor).

Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, *8*(3), 324.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.

Rutter. M, Beckett. C, Castle. J, Colvert. E, Kreppner. J, Mehta. M, . . . Sonuga-Barke. E (2007). Effects of profound early institutional deprivation: An overview of findings from a UK longitudinal study of Romanian adoptees. *European Journal of Developmental Psychology, 4*(3), 332-350.

Rutter, M., & Sonuga-Barke, E. J. (2010). X. Conclusions: overview of findings from the era study, inferences, and research implications. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *75*(1), 212–229.

Sa urní Bru u , Marta Sa urní Bru u , Gemma; Perez Burriel Marc; Masiques Illa, Roc (2012). Les Mar amb i i u tat r t nir ura u i in A tiu i rian a 01996 - But tí In n ia. Generalitat de Catalunya

Sadurní, M. y Pérez Burriel, M. (2016). Outlining the windows of achievement of Intersubjective milestones in typically developing toodler. *Infant Mental Health Journal. 37-4*, 356-371.

Sagi, A., Lamb, M.E., Lewkowicz, K.S., Shoham, R., Dvir, R., y Estes, D. (1985). Security of infant-mother,-father, and metapelet attachments among kibbutz-reared Israeli children. En I. y. Bretherton, *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50, No 209.* (Vol. 50 (209), págs. 257-275).

Sa a a , D , im n z, O i a , A (199) E ma trato in anti n E a a un tu i o a tra de los expedientes de menores. *Infancia y Aprendizaje*, *71*, 59-68

Salzinger, S., Feldman, R. S., Hammer, M. y Rosario, M. (1993). The effects of physical abu on i r n' o ia r ation i *Child Development*(64), 169-187.

Sameroff, A. (2006). Identifying Risk and Protective Factors for Healthy Child Development. In A. Clarke-Stewart & J. Dunn (Eds.), *Families count: Effects on child and adolescent development* (pp. 53–76). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511616259.004

Sameroff, A. J., Bartko, W. T., Baldwin, A., Baldwin, C., & Seifer, R. (1999). Family and social influences on the development of child competence. In M. Lewis & C. Feiring (Eds.), *Families, risk, and competence (*pp.161-186). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Sameroff, A. J., & Rosenblum, K. L. (2006). Psychosocial constraints on the development of resilience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1094*, 116–124. https://doi.org/10.1196/annals.1376.010

Sánchez Vidal, M y Tucat, P. (2020). Familias en riesgo. Publicación de Save the Children. Knowedge Sharing Network S.L.

Sanmartín, J. (2008). *Violencia contra niños*. Barcelona: Ariel.

Santibañez, R., Flores, N., & Martín, A. (2018). Familia monomarental y riesgo de exclusión social. *IQual. Revista De Género E Igualdad*, (1), 123-144. https://doi.org/10.6018/iQual.30770

Sastre, A. 2015 (coor.). *Más solas que nunca. La pobreza infantil en familias monomarentales.* País Vasco: Save the Children España. www.savethechildren.es/publicaciones/mas-solas-que-nunca

Schaffer, H.R. y Emerson, P.E. (1964). The development of social attachments in infancy. *Monographs of the Society of Research in Child Development, 29*, 1-77.

Schejtman, C & Vardy, I. (2008). Regulación afectiva diádica y autorregulación en los infantes en el primer año de vida. *Anuario De Investigaciones, 15*, 99-108.

Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, *22*(1-) , 0 1-269.

Schore, A. N. (2013). Bowlby's" environment of evolutionary adaptedness": Recent studies on the interpersonal neurobiology of attachment and emotional development. In D. Narvaez, J. Panksepp, A. N. Schore, & T. R. Gleason (Eds.), *Evolution, early experience and human development: From research to practice and policy* (pp. 31–67). Oxford University Press.

Scott, S. T. (2007). Multiple Traumatic Experiences and the Development of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Interpersonal Violence*, *22*(7), 932–938. https://doi.org/10.1177/0886260507301226

Seay, B., Hansen,E y Harlow,H.F. (1962). Mother-infant separation in monkeys. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *3*, 123–132. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1962.tb02047.x

Seay, Kristen D, & Kohl, Patricia L. (2015). The Comorbid and Individual Impacts of Maternal Depression and Substance Dependence on Parenting and Child Behavior Problems. *Journal of Family Violence,30*(7), 899-910.

Sedlak, A. J., Mettenburg, J., Basena, M., Peta, I., McPherson, K., & Greene, A. (2010). Fourth national incidence study of child abuse and neglect (NIS-4). *Washington, DC: US Department of Health and Human Services*, *9*, 2010.

Seifer, R., & Schiller, M. (1995). The role of parenting sensitivity, infant temperament, and dyadic interaction in attachment theory and assessment. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 146-174.

Shamay-Tsoory, S. G y Aharon-Peretz, J. (2007). Dissociable prefrontal networks for cognitive and affective theory of mind: a lesion study. *Neuropsychologia*, *45*(13), 3054-3067.

Shaw, D.S, & Vondra, J.I. (1995). Infant attachment security and maternal predictors of early behavior problems: A longitudinal study of low-income families. *Journal of Abnormal Child Psychology, 23*(3), 335-357.

Sher-Censor, E., & Oppenheim, D. (2004). Coherence and representations in r oo r ' narratives: associations with attachment in infancy. In M. W. Pratt, B. H. Fiese (Eds.), Family stories and the life course:Across time and generations (pp. 77-107). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Sherman, L. J., Rice, K., & Cassidy, J. (2015). Infant capacities related to building internal working models of attachment figures: A theoretical and empirical review. *Developmental Review*, *37*, 109-141.

Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, & Section on Developmental and Behavioral Pediatrics (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, *129*(1), 232–246.

Slade, A. (2004). The move from categories to process: Attachment phenomena and clinical evaluation. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, *25*(4), 269-283. https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663

Smith-Osborne, A., & Whitehill Bolton, K. (2013). Assessing resilience: A review of measures across the life course. *Journal of evidence-based social work*, *10*(2), 111-126.

Smyke, A. T., Dumitrescu, A., & Zeanah, C. H. (2002). Attachment disturbances in young children. I: The continuum of caretaking casualty. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *41*(8), 972–982.

Smyke, A., Koga, S., Johnson, D., Fox, N., Marshall, P., Nelson, C., & Zeanah, C. (2007). The caregiving context in institution-reared and family-reared infants and toddlers in Romania. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*(2), 210-218.

Soares, Isabel, & Dias, Pedro. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: Contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*(1), 177-195.

So í O a n o , R. (2003). Lo ma o trato a a in an ia A r oxima ión a r ob m a, i nti i a ión a tor ri o r to a r n ión. *El Observador, 23*(8), 37-47.

Sonuga-Barke, E. J., Sergeant, J. A., Nigg, J., & Willcutt, E. (2008). Executive dysfunction and delay aversion in attention deficit hyperactivity disorder: nosologic and diagnostic implications. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *17*(2), 367-384.

Soriano, F. J. (2005). *Prevención y detección del maltrato infantil.* http://www.aepap.org/previnfad/Maltrato.htm. .

Spieker, S. J., & Booth, C. L. (1988). Maternal antecedents of attachment quality. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 95–135). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Spitz, R. A. (1946). Hospitalism: A follow-up report on investigation described in Volume I, 1945. *The psychoanalytic study of the child*, *2*(1), 113-117.

Sroufe, L. A. (1986). Appraisal: Bowlby's contribution to psychoanalytic theory and developmental psychology; Attachment: Separation: Loss. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *27*(6), 841-849.

Sroufe, L. A. (1988). The role of infant-caregiver attachment in development. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 18–38). Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Sroufe (1966). Emotional Development: The Organization of Emotional live in the Early Years (Cambridge Studies in Social and Emotional Development). Cambridge Ubiversity Press: doi: 10:1017/CBO9780511527661

Sroufe, A., (2000). *El desarrollo emocional: La orga i i de id e o io e os ri e ros os* . Mexico: Universidad Ibeoamericana.

Sroufe, L. (2005). Attachment and development: a propective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and Human development* (7349-367. doi:10.1080/14616730500365928

Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child development*, 1184-1199.

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*(5), 1363-1373.

Sroufe, L. A., Coffino, B., & Carlson, E. A. (2010). Conceptualizing the Role of Early Experience: Lessons from the Minnesota Longitudinal Study. *Developmental review : DR*, *30*(1), 36–51.

St. Petersburg-USA Orphanage Research Team. (2005). Characteristics of children, caregivers, and orphanages for young children in St. Petersburg, Russian Federation. *Journal of Applied Developmental Psychology, 26*(5), 477–506. https://doi.org/10.1016/j.appdev.2005.06.002

St. Petersburg-USA Orphanage Research Team. (2008). The effects of early social-emotional and relationship experience on the development of young orphanage children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *73*, 1-296. https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2008.00483.x

Steele, B. F., & Pollock, C. B.(1974) A psychiatric study of parents who abuse infants and ma i r n," *The Battered Childred. by Helfer, RE), 2nd ed., University of Chicago Press, Chicago*, 89-133.

Steele, H., & Steele, M. (2005). *Understanding and Resolving Emotional Conflict: The London Parent-Child Project.* In K. E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters

(Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (p. 137–164). Guilford Publications.

Steele, M., Hodges, J., Kaniuk, J., & Steele, H. (2009). Mental representation and change: Developing attachment relationships in an adoption context. *Psychoanalytic Inquiry*, *30* (1), 25-40.

Stern, D. (1991). *El mundo interpersonal del infante:Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva* (1a ed.]. ed., Paidós psicología profunda 148). Buenos Aires.

Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life.* New York: Norton.

Stievenart, M., Roskam, I., Meunier, J. C., & Van de Moortele, G. (2014). Stability of young children's attachment representations: Influence of children's and caregiver's characteristics. *Journal of applied developmental psychology*, *35*(2), 61-69.

Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., ... & Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and violent behavior*, *14*(1), 13-29.

Stovall, K. C., & Dozier, M. (2000). The development of attachment in new relationships: Single subject analyses for 10 foster infants. *Development and psychopathology*, *12*(2), 133-156.

Streeck-Fischer, A., & Kolk, B.A. (2000). Down will Come Baby, Cradle and All: Diagnostic and Therapeutic Implications of Chronic Trauma on Child Development. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34*, 903 - 918.

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. https://doi.org/10.1177/1077559511398294

Sutton, T. E. (2019). Review of attachment theory: Familial predictors, continuity and change, and intrapersonal and relational outcomes. *Marriage & Family Review, 55*(1), 1–22. https://doi.org/10.1080/01494929.2018.1458001

Swanston, H. Y., Plunkett, A. M., O'Toole, B. I., Shrimpton, S., Parkinson, P. N., & Oates, R. K. (2003). Nine years after child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 27*(8), 967–984. https://doi.org/10.1016/S0145-2134(03)00143-1

Taylor, C. A., Guterman, N. B., Lee, S. J., & Rathouz, P. (2009). Intimate partner violence, maternal stress, nativity, and risk for maternal maltreatment of young children. American Journal of Public Health, 99(1), 175–183.

Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A. R., & Updegraff, J. A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review, 107*(3), 411–429.

https://doi.org/10.1037/0033-295X.107.3.411

Taylor, Z. E., Eisenberg, N., Spinrad, T. L., Eggum, N. D., & Sulik M. J. (2013).The relations of ego-resiliency and emotion socialization to the development of empathy and prosocial behavior across earlychildhood. Emotion, 13 (5), 822-831. http://dx.doi.org/10.1037/a0032894

Tardieu, A. (1868). *Estudio médico-legal sobre los servicios y malos tratos ejercidos sobre la infancia.*

Teicher, M. H., Dumont, N. L., Ito, Y., Vaituzis, C., Giedd, J. N., & Andersen, S. L. (2004). Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biological psychiatry*, *56*(2), 80–85.

Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature reviews neuroscience*, *17*(10), 652.

Teisl, M. y Cicchetti, D. (2008). Physical abuse, cognitive and emotional processes, and aggressive/disruptive behavior problems. *Social Development*(1), 1-23.

Testa, Mark F, & Slack, Kristen Shook. (2002). The gift of kinship foster care. *Children and Youth Services Review, 24*(1), 79-108.

The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team. (2005). Characteristics of children, caregivers, and orphanages for young children in St. Petersburg, Russian Federation. *Applied Developmental Psychology*, *26*, 477-506.

The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team. (2008). The effects of early social-emotional and relationship experience on the development of young orphanage children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *73*, 1-296.

Thoburn, J. (2007). *Globalisation and child welfare: Some lessons from a cross-national study of children in out-of-home care* (Vol. 228). Norwich, England: School of Social Work and Psychosocial Studies, University of East Anglia.

Thoburn, J. (2009). *Reunification of children in out-of-home care to birth parents or relatives: A synthesis of the evidence on processes, practice and outcomes*. http://www.dji.de/pkh/expertise_dji_thoburn_reunification.pdf

Thoburn, J. (2010). Social work with children and families. *The Blackwell Companion to Social Work, eTextbook*, 207.

Thomas, A. y Chess, S. (1977). *Temperament and development.* Nueva York:Brunner/Mazel.

Thompson, Ross A. (2000). The Legacy of Early Attachments. *Child Development,71*(1), 145-152.

Thompson, R. A., & Goodvin, R. (2007). Taming the tempest in the teapot. *Socioemotional development in the toddler years: Transitions and transformations*, 320-341.

Thompson, R. A. (2008). Early attachment and later development: Familiar questions, new answers. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 348–365). The Guilford Press.

Titchener, E. B. (1909). Lectures on the experimental psychology of thought. *New York: McMillan*.

Tizard, B., & Rees, J. (1975). The effect of early institutional rearing on the behaviour problems and affectional relationships of four-year-old children. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 16*(1), 61–73.https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1975.tb01872.x

Tizard, B., & Hodges, J. (1978). The effect of early institutional rearing on the development of eight year old children. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 19*(2), 99–118. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1978.tb00453.x

Tonucci, F., Merlino, M., & Fundación Germán Sánchez Ruipérez. (2001). *La ciudad de los niños : Un modo nuevo de pensar la ciudad* (4ªed. ed., El árbol de la memoria). Madrid: Fundación Germán Sánchez Ruipérez.

Torres, A. y Rodrigo, M.J. (2014). La influencia del apego y el autoconcepto en los problemas de comportamiento de los niños y niñas de familias en desventaja socioeconómica/The influence of attachment and self-concept on behavior problems in children. *Educatio Siglo XXI, 32(1)*, 255-278.

Toth, S. L., Cicchetti, D., Macfie, J., & Emde, R. N. (1997). Representations of self and other in the narratives of neglected, physically abused, and sexually abused preschoolers. *Development and psychopathology*, *9*(4), 781-796.

Toth, S. L., Cicchetti, D., Macfie, J., Maughan, A., & VanMeenen, K. (2000). Narrative representations of caregivers and self in maltreated pre-schoolers. *Attachment & human development*, *2*(3), 271–305. https://doi.org/10.1080/14616730010000849

Toth, S. L., Maughan, A., Manly, J. T., Spagnola, M., & Cicchetti, D. (2002). The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children's representational models: implications for attachment theory. *Development and psychopathology*, *14*(4), 877–908. https://doi.org/10.1017/s095457940200411x

Toth, S.L. y Cicchetti, D. (2010). E Ma trato In anti u Im a to n D arro o P i o o ia Ni o . En *Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia.* Centre of Excellence for Early Childhood Development.

Toth, I., Lakatos, K., & Gervai, J. (2013). Gender differences in children's responses to attachment story stems: True or artefacts?. *2013*(serial), 2-6.

Traube, D. E., James, S., Zhang, J., & Landsverk, J. (2012). A national study of risk and protective factors for substance use among youth in the child welfare system. *Addictive behaviors*, *37*(5), 641–650. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.01.015

Trevarthen, C. (1982). The primary motives for cooperative understanding. In G. Butterworth y P. Light (eds) *Social Cognition: Studies of the development of understanding*, 77-109. Brighton: Harverster

Trevarthen, C. y Aitken, K. (2001). Infant intersubjectivity: research, theory and clinical applications. *J Child Psychological Psychiatry, 42*, 3-48.

Treyvaud, K., Doyle, L. W., Lee, K. J., Roberts, G., Lim, J., Inder, T. E., & Anderson, P. J. (2012). Social–emotional difficulties in very preterm and term 2 year olds predict specific social–emotional problems at the age of 5 years. *Journal of pediatric psychology*, *37*(7), 779-785.

Triseliotis, John. (2010). Contact between Looked after Children and Their Parents: A Level Playing Field? *Adoption & Fostering,34*(3), 59-66.

Tucker, D. M., Derryberry, D., Luu, P., & Phan, K. L. (2000). Anatomy and physiology of human emotion: Vertical integration of brainstem, limbic, and cortical systems. *The neuropsychology of emotion*, *14*, 56-79.

Turner, H. A., Finkelhor, D., & Ormrod, R. (2010). Poly-victimization in a national sample of children and youth. *American journal of preventive medicine*, *38*(3), 323-330. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.012

UNI EF (1999) Ni o io n ia. Innocenti Report Card Digest no 2. Florencia: Innocenti Research Center.

UNI EF (010), “Lo ni o ja o atr : Una tabla clasificatoria de la desigualdad respecto a bi n ta r in anti n a na ion ri a mun o”, *Innocenti Report Card 9*, Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, Florencia.

UNICEF (2014). Ocultos a plena luz: un análisis estadístico de la violencia contra los niños

UNICEF (2016) Estado Mundial de la Infancia , 2016. *Una oportunidad para cada niño.*

UNICEF (2017) *sit i h it io e i e s id s de i os adolescentes*.Nueva York.

Vanderploeg J, Connell C, Caron C, Saunders L, Katz K, Tebes J., 2007. The impact of parental alcohol or drug removals on foster care placement experiences: a matched comparison group study. *Child Maltreat, 12*(2):125–136.

van den Boom, D. C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among ow r- a m ot r wit irritab in ant *Child development*, *65*(5), 1457-1477.

van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 12*(2), 293–317. https://doi.org/10.1016/S1056-4993(03)00003-8

van der Kolk, B. A. (2007). The Developmental Impact of Childhood Trauma. In L. J. Kirmayer, R. Lemelson, & M. Barad (Eds.), *Understanding trauma: Integrating biological, clinical, and cultural perspectives* (pp. 224–241). Cambridge University Press. https://doi.org/10.1017/CBO9780511500008.016 .

van der Mark, I., IJzendoorn, M., & Bakermans-Kranenburg, M. (2002). Development of Empathy in Girls During the Second Year of Life: Associations with Parenting, Attachment, and Temperament. *Social Development (Oxford, England), 11*(4), 451-468. https://doi.org/10.1111/1467-9507.00210

Vanderploeg J, Connell C, Caron C, Saunders L, Katz K, Tebes J., 2007. The impact of parental alcohol or drug removals on foster care placement experiences: a matched comparison group study. *Child Maltreat, 12*(2):125–136.

van IJzendoorn, M.H. y Kroonenberg, P.M. (1988). Cross-cultural patterns of attachment. A meta-analysis of the strange situation. *Child Development*(59), 147-156.

van IJzendoorn, M.H. y Sagi, A. (1999). Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. En J. y. Cassidy, *Handbook of attachment : theory, research and clinical applications.* (Vol. 99, págs. 713-734). Nueva York: Guildford.

van IJzendoorn, M.H., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganised attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and squeals. *Developmental Psychopathology*(11), 225-249.

van IJzendoorn, M. H., Luijk, M. P. C. M., & Juffer, F. (2008). IQ of children growing up in children's homes: A meta-analysis on IQ delays in orphanages. *Merrill-Palmer Quarterly, 54*(3), 341–366. https://doi.org/10.1353/mpq.0.0002

van IJzendoorn, M. H., Palacios, J., Sonuga-Barke, E. J., Gunnar, M. R., Vorria, P., McCall, R. B., LeMare, L., Bakermans-ranenburg, M. J., Dobrova-Krol, N. A., & Juffer, F. (2011). Children in Institutional Care: Delayed Development and Resilience. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, *76*(4), 8–30. https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.2011.00626.x

Van Stolk, M. (1972). *The battered child in Canada*. Toronto: McClelland &Stewart.

Van Wert, M., Anreiter, I., Fallon, B. A., & Sokolowski, M. B. (2019). Intergenerational transmission of child abuse and neglect: a transdisciplinary analysis. *Gender and the Genome*, *3*, 2470289719826101.

Varela, J y Álvarez-Uría, F. (1991). *Arqueología de la escuela* (Genealogía del Poder 20). Madrid: Las Ediciones de La Piqueta.

Vernberg, E. M., & Varela, R. E. (2001). *Posttraumatic stress disorder: A developmental perspective.* In M.W.Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (p. 386–406). Oxford University Press.

Verschueren, K., Marcoen, A., & Schoefs, V. (1996). The internal working model of the self, attachment, and competence in five-year-olds. *Child development*, *67*(5), 2493–2511.

Viezel, K. D., Freer, B. D., Lowell, A., & Castillo, J. A. (2015). Cognitive abilities of maltreated children. *Psychology in the Schools*, *52*(1), 92-106.

Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2004). Understanding self-regulation. *Handbook of self-regulation*, *19*.

von Klitzing, K., Kelsay, K., Emde, R. N., Robinson, J., & Schmitz, S. (2000). Gender-specific characteristics of 5-year-olds' play narratives and associations with behavior ratings. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(8), 1017–1023. https://doi.org/10.1097/00004583-200008000-00017

von Klitzing, K., Stadelmann, S., & Perren, S. (2007). Story stem narratives of clinical and normal kindergarten children: Are content and performance associated with i r n' social competence? *Attachment & Human Development, 9*(3), 271-286.

Vorria, P., Papaligoura, Z., Dunn, J., van IJzendoorn, M. H., Steele, H., Kontopoulou, A., & Sarafidou, Y. (2003). Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *44*(8), 1208–1220. https://doi.org/10.1111/1469-7610.00202

Wadsby, M., Svedin, C. G., & Sydsjö, G. (2007). Children of mothers at psychosocial risk growing up: a follow up at the age of 16. *Journal of adolescence*, *30*(1), 147–164. https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.08.001

Wan, M. W., & Green, J. (2010). Negative and atypical story content themes depicted by children with behaviour problems. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *51*(10), 1125–1131. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02239.x

Wagle, U. (2018). Rethinking poverty: Definition and measurement. *International Social Science Journal, 68*(227-228), 183-193.

Wardell, J., Strang, N., & Hendershot, C. (2016). Negative urgency mediates the relationship between childhood maltreatment and problems with alcohol and cannabis in late adolescence. *Addictive Behaviors, 56*, 1-7.

Ware, H., Jouriles, E., Spiller, L., McDonald, R., Swank, P., & Norwood, W. (2001). Conduct Problems Among Children at Battered Women's Shelters: Prevalence and Stability of Maternal Reports. *Journal of Family Violence, 16*(3), 291-307.

Waters, E., Wippman, J. y Sroufe, A. (1979). Attachment, positive affect and competences in the peer group: two studies in construct validation. *Child development*(50), 821-829.

Waters, E. y Deane, K. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q- methodology and the organisation of behavior in infancy and early childhood. En I. y. Bretherton, *Growing points of attachment theory and research. Monographs Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development* (Vols. 50 (1-2), págs. 41-65).

Waters, E., Hamilton, C.E. & Weinfield, N.S. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early adulthood: general introduction. *Child Development*(71), 678-683.

Waters, H. S., & Waters, E. (2006). The attachment working models concept: Among other things, we build script-like representations of secure base experiences. *Attachment & human development*, *8*(3), 185-197.

Wat n, N , & Ma Mi an, H L (01) i r n' x o ur to intimat a rtn r io n impacts and interventions. *Paediatrics & Child Health*, *18*(8), 419-422.

Watkins, S. A. (1990). The Mary Ellen myth: Correcting child welfare history. *Social Work*(35(6)), 500-503.

Watson, J. S. (1994). Detection of self: The perfect algorithm. In S. T. Parker, R. W. Mitchell, & M. L. Boccia (Eds.), Self-awareness in animals and humans: Developmental perspectives (pp. 131-148). New York: Cambridge University Press.

Weaver, B. and McNeill, F. (2010) 'Travelling hopefully: Desistance Research and Probation Practice'.*In: J. Brayford, F. Cowe and J. Deering (eds) I What Else Works?: Creative Work with Offenders. Cullompton: Willan; 36 - 60.*

Weinfield, N.S., Sroufe, A. y Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development* (71), 695-702.

Weisner, T. S. (1998). Human development, child well-being, and the cultural project of development. *New directions for child and adolescent development*, *81*, 69-85.

Weisner,T. S. (2002). Ecocultural understanding of children's developmental pathways. *Human development*, *45* (4), 275-281.

Wellman, H. (1992). *The child's theory of mind*. Cambridge, Massachusetts: The Mit Press.

W man, H M , ro , D , & Wat on, (001) M ta -ana i o t or -o -min development: The truth about false belief. *Child development*, *72*(3), 655-684.

Werner, E. E. (2006). What Can We Learn about Resilience from Large-Scale Longitudinal Studies? In S. Goldstein, & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children (pp. 91-106). New York: Springer.*

Werner, E. E. y Smith, R.S. (1982): *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of resilient children and youth*. Nueva York: NcGraw Hill.

White, ME, Albers, E, & Bitonti, C. (1996). Factors in length of foster care: Worker activities and parent-child visitation. *Journal of Sociology and Social Welfare, 23*(2), 75-84.

Whitman, Thomas L, Borkowski, John G, Keogh, Deborah A, & Weed, Keri. (2001). *Interwoven Lives: Adolescent Mothers and Their Children. Research Monographs in Adolescence*. Lawrence Erlbaum Associates.

Widom, C. S. (1989,a). Child abuse, neglect, and adult behavior: Research design and findings on criminality, violence, and child abuse. *American journal of Orthopsychiatry*, *59*(3), 355-367.

Widom, C. S. (1989,b). Child abuse, neglect, and violent criminal behavior. *Criminology*, *27* (2), 251-271.

Widom, C. S. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *American journal of psychiatry*, *156*(8), 1223-1229.

Wilson, S. R., Hayes, J., Bylund, C., Rack, J. J., & Herman, A. P. (2006). Mothers' trait verbal aggressiveness and child abuse potential. *Journal of Family Communication, 6*(4), 279–296. https://doi.org/10.1207/s15327698jfc0604_3

Wilson, K. R., Hansen, D. J., & Li, M. (2011). The traumatic stress response in child maltreatment and resultant neuropsychological effects. *Aggression and Violent Behavior, 16*(2), 87–97. https://doi.org/10.1016/j.avb.2010.12.007

Winnicott, D. W. (1993). *os r o esos de d r i e ie te i it dor . st di os r t eor d e des rr o o e o io* Bu no Air Pai ó .

Wolak, J., & Finkelhor, D. (1998). *Children exposed to partner violence*. Jasinski, J., Williams, L., & Finkelhor, D. (1998). *Partner violence : A comprehensive review of 20 years of research*. (págs. 73-112). Thousand Oaks, CA: Sage.

Woolgar, Matthew, Steele, Howard, Steele, Miriam, Yabsley, Susan, & Fonagy, Peter. (2001). Children's play narrative responses to hypothetical dilemmas and their awareness of moral emotions. *British Journal of Developmental Psychology, 19*(1), 115-128.

Young, L. (1964). *Wednesday's children: A study of child neglect and abuse.* New York: McGraw-Hill.

Youngblade, L. M., & Belsky, J. (1990). Social and emotional consequences of child maltreatment. In R. T. Ammerman & M. Hersen (Eds.), *Children at risk: An evaluation of factors contributing to child abuse and neglect* (pp. 109–146). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4757-2088-4_5

Zaouche-Gaudron, C. (Ed) (2005). *es o dit io s de ie d oris e s i e t -e es s r e d e o e e t des je es e ts ?* Ramon i Saint-A n r .

Zeanah, C. H., Smyke, A. T., & Dumitrescu, A. (2002). Attachment disturbances in young children. II: Indiscriminate behavior and institutional care. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(8), 983–989.

Zeanah, C. H., Scheeringa, M., Boris, N. W., Heller, S. S., Smyke, A. T., & Trapani, J. (2004). Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child abuse & neglect*, *28*(8), 877–888. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.010

Zeanah, C., Smyke, A., Koga, S., Carlson, E., & The Bucharest Early Intervention Project Core Group. (2005). Attachment in Institutionalized and Community Children in Romania. *Child Development, 76*(5), 1015-1028. Retrieved February 19, 2021, from http://www.jstor.org/stable/3696612

Zingraff, M. T., Leiter, J., Myers, K. A., & Johnsen, M. C. (1993). Child maltreatment and youthful problem behavior. *Criminology*, *31*(2), 173-202.

ANEXOS

ANEXO 1. Estudio de seguimiento

El estudio exploratorio llevado a cabo con nueve niños evaluados con la técnica test/retest después de una media temporal de 12 meses muestra un proceso de construcción en la reorganización de los MOI. La selección de esta submuestra se realizó atendiendo al criterio de que todos ellos mostraran inseguridad en el apego en la primera valoración. Muchos de ellos mostraban también desorganización.

En esta submuestra se registró una evolución positiva hacia la modalidad de apego seguro que se conjugaba con un decremento tanto de los índices de apego desactivados como de los índices de desorganización. Cabe aclarar que, solo la medida de desactivación, que no era muy elevada en el conjunto de la muestra en la primera evaluación, aunque si en esta submuestra, presenta un patrón normalizado. Por otra parte, el tipo de apego seguro continúa por debajo de la media poblacional y la desorganización, más allá de su retroceso, permanece más elevada que la media poblacional. A partir de estos resultados inferimos que, la disminución de las estrategias de apego de desactivación puede posibilitar paulatinamente acercamientos interpersonales en que la confianza entre en juego. Esto podría estar favoreciendo la paulatina restructuración en los MOI. En otras palabras, el decrecer de las defensas evitativas que en momentos de desamparo resultaron operativas, puede estar permitiendo que se beneficien de las nuevas experiencias vitales y relacionales facilitadoras del desarrollo. De este modo, los niños pueden estar incorporando, gradualmente, aspectos de una realidad que ha cambiado y así poco a poco ir articulando modificaciones en sus representaciones de apego.

Los resultados obtenidos en esta pequeña submuestra, que no permite generalizar conclusiones, podrían ser atribuidos a una conjunción de factores, entre los que destacamos: a) la mayor edad de los niños y la evolución que su desarrollo pueda estar posibilitando en la construcción de los procesos de mentalización; b) los alcances y limitaciones que conlleva la implementación de la técnica test/retest para este instrumento y c) los efectos que los cuidados y la estabilidad ambiental proporcionada por el Centro puedan estar teniendo sobre el niño.

ANEXO 2. Las relaciones de los niños con el personal educativo.

A modo de anexo considero útil presentar algunos comentarios acerca de las relaciones entre los niños y sus educadores. Como ya describimos en el capítulo dedicado al Método se incorporó al instrumento de valoración utilizado (ASCT) una última historia que fue diseñada para esta investigación.

El objetivo de la presentación de esta historia era explorar si ante una situación de malestar, el niño podría recurrir a esta figura educativa como fuente de seguridad. Se les presentó a todos los niños de la muestra una situación en la que el muñeco protagonista en las distintas historias salía de excursión con un educador o educadora y un grupo de compañeros. Un dolor repentino afectaba al niño y se les preguntaba sobre lo que pasaba a continuación. En la mayoría de los casos explicitaban o mostraban en el juego que recurrían al educador para comunicarle su malestar. Al no estar tipificada esta historia no pudo ser baremada, pero sí aportó datos que parecían indicar que los educadores son figuras de referencia para los niños ante situaciones de estrés y que sentían su apoyo, dadas las respuestas que proporcionaban. En muchas ocasiones se recurría al educador y éste proporcionaba apoyo, se interesaba por las molestias del muñeco niño y muchas veces proporcionaba soluciones que permitían una resolución positiva de la historia, aunque también en otras ocasiones el dolor concluía, pero el muñeco niño no retornaba al juego. Esto parece indicar que tener presente que se puede contar con una figura de referencia podría estar influyendo en una mejor representación de sí mismos y de los adultos cercanos. Las estrategias de hiperactivación, y en menor medida de desactivación, también aparecían en esta parte de la exploración. Sin embargo, los indicadores de desorganización estaban mucho menos presentes en esta historia que cuando la secuencia de juego presentada se desarrollaba en un entorno familiar.

Parece que los niños estudiados son capaces de desarrollar nuevos vínculos y que éstos están asociados con la recuperación de su equilibrio físico y emocional lo que concuerda con la idea dinámica del desarrollo que mantenía Bowlby. Pero, como plantean algunos autores, el alcance y continuidad de esta seguridad en construcción requerirá de estudios, especialmente longitudinales, que puedan aportar una información en proceso de cómo y en qué dirección se

está produciendo, el papel organizativo que desempeña y cómo ayudar al niño, en estas circunstancias difíciles de su vida, a incrementarla (Dozier et al., 2001).

Que la representación de esta figura educativa pueda estar siendo interiorizada como un referente de confort y seguridad para estos niños es un dato interesante, pero para estos acogimientos residenciales se requeriría contar con pruebas e investigaciones más específicas que permitan explorar en profundidad este proceso.

ANEXO 3 Hoja de resultados del codificador "Cartas para completar historias (CCH)"

CALCULO Q-SCORES ESCALAS CCH			prototipos NO modificar				Ejemplo colocar nuevas puntuaciones en lugar del ejemplo	
No	Item		SEGURO	DESACTIVADO	HIPERACTIVADO	DESORGANIZADO	ETAPA 2 LIBRE	ETAPA 3 FORZADA
1	Ausencia de narrativa. El niño se queda inhibido ante el material, Ante la situación, da muestras de rechazo.		2	6	3	6	1	1
2	En el juego o la manipulación, el niño evita ambas figuras parentales. Juega con los personajes niños en lugar de jugar con los personajes adultos.		3	5	4	5	1	2
3	En sus respuestas, el niño evoca las dos figuras parentales (padre y madre).		4	4	5	4	7	6
4	(Partida) Ante la separación, el niño solo reacciona con comportamientos pasivos (p.ej. se queda en la cama, duerme cuando los padres se van, solloza).		2	6	1	4	1	2
5	(Partida) El niño manifiesta/narra sentimientos ligados a la separación (pérdida, ansiedad, tristeza, deseo de que vuelvan).		6	2	7	4	6	5
6	(Partida) El niño enfrenta la ausencia de los padres y no intenta impedir la separación (p.ej. juega con la abuela, pregunta cuándo volverán los padres, etc.).		1	7	1	4	2	3
7	(Partida) Los niños y la abuela permanecen juntos hasta el regreso de los padres.		5	4	7	3	3	3
8	(Partida) El niño no se muestra extremadamente ansioso cuando representa la añoranza por los padres.		4	2	3	3	2	2
9	Distancia simbólica clara entre el niño y el personaje del juego (p.ej. no dice "yo" en vez de "él o "ella" cuando habla de los personajes.		5	5	4	2	5	5
10	Ante los sentimientos negativos (de miedo, de dolor, etc.) evocados en las historias, el niño hace intervenir a los personajes de las figuras parentales, sea cual sea su rol, protector o no.		4	2	4	2	6	5
11	El niño atribuye a la abuela sentimientos positivos (reparadores/protectores).		4	4	5	3	6	4
12	Los personajes reaccionan de forma apropiada y empáticamente ante las emociones de los otros personajes, no las ignoran.		7	2	3	4	6	4
13	El niño atribuye a un personaje niño cualidades de protección (respuestas de confort, ayuda, etc.) más que a los personajes de figuras parentales (al menos una vez).		4	4	5	6	1	1
14	El niño atribuye a las figuras parentales comportamientos de sobreprotección o intrusivos.		3	3	5	5	2	3
15	El niño atribuye a los padres comportamientos de presión y/o control parental. (p.ej. evoca varias veces respuestas de disciplina, de autoridad, etc., por parte de los personajes que representan los padres).		5	2	5	7	3	3
16	La autoridad es ejercida por los personajes de las figuras parentales y no por los personajes niños.		5	4	2	2	7	6
17	El niño atribuye roles y sentimientos diferentes al padre y a la madre.		5	3	3	4	2	4
18	El niño busca la proximidad de su madre.		4	3	5	4	4	4
19	El niño empieza a menudo frases sin acabarlas.		4	5	4	5	3	3

20	El niño necesita ser estimulado por el examinador para completar las historias (p.ej. puede escenificar, pero necesita que lo estimulen).	3	6	5	4	1	3
21	El niño entiende rápidamente la tarea propuesta.	4	4	6	3	5	5
22	El niño describe o comenta el estado emocional de los personajes o los representa a través del comportamiento de los protagonistas.	6	1	5	5	7	7
23	El niño narra verbalmente, comenta y/o explica lo que está representando.	5	3	3	4	7	6
24	El niño diferencia claramente entre generaciones (rol de los padres y de los niños).	5	5	2	2	6	5
25	El niño da imágenes cambiantes y contradictorias de las figuras parentales.	7	3	3	4	6	5
26	El niño propone resoluciones originales de las historias, más que respuestas convencionales y esperables.	6	3	4	5	7	6
27	El niño da una imagen de las figuras parentales como disponibles (accesibles, sensibles, predecibles, adecuadas).	6	3	2	3	4	3
28	El niño entra fácilmente en relación con el examinador.	7	1	1	3	6	5
29	El niño establece interacciones entre los personajes.	6	2	6	4	6	6
30	El niño evita completar las historias propuestas (p.ej. cambia de tema de conversación, pide pasar a la historia siguiente, responde "no lo sé", "no pasa nada").	2	6	3	4	3	3
31	El niño representa afectos (p.ej. enojo, excitación, miedo) que son mediados por el juego, a través de los protagonistas y dentro de la historia (en lugar de arrojar el material en el piso, o golpeando a los personajes contra la mesa).	5	3	4	2	6	5
32	El niño trae temas de agresión y/o destrucción (p.ej. castigos severos, asesinatos)	3	4	5	7	5	4
33	El niño representa en el personaje niño miedo ante una o ambas figuras parentales (p.ej. el niño se esconde temeroso frente a uno de los padres).	3	4	6	6	3	3
34	El niño mantiene el interés en la tarea propuesta durante la administración, aunque sea pobre la narración o actuación en la historia.	5	3	7	3	7	7
35	El niño escenifica o verbaliza resoluciones a las situaciones presentadas (hay un narrativo).	4	4	1	1	4	3
36	El niño muestra comportamientos de ansiedad, gestos, acciones que indican aprehensión o temor (p.ej. comportamientos auto-calmantes como balancearse, chuparse el dedo) acciones compulsivas.	1	7	7	6	1	1
37	El niño parece sentirse incómodo (su discurso y la manipulación de los personajes y accesorios están inhibidos).	1	7	6	6	1	1
38	El niño atribuye claramente emociones a los personajes a través de cambios en el tono de voz y/o adaptando su expresión facial a la historia.	7	1	6	5	5	5
39	El niño introduce temáticas negativas adicionales (p.ej. pega a los personajes) en lugar de resolver la historia como fue presentada.	3	3	5	7	6	6
40	El niño reacciona ante el tema negativo que contiene la historia con una expresión positiva inadecuada (p.ej. risas ante el accidente de un personaje, sadismo).	3	5	4	6	3	3
41	El niño reconoce la situación estresora introducida en la historia por el examinador, proponga o no una resolución.	3	5	2	6	7	7
42	El niño colabora con el entrevistador y se muestra contento al responder.	7	1	3	3	7	7
43	El niño responde principalmente por "si" y "no" ante las preguntas del examinador, no se implica en una narración.	2	6	7	5	1	2
44	El niño representa generalmente una imagen positiva de los padres (p.ej. atribuye comportamientos de afecto, de cuidado).	4	5	2	1	5	5
45	El niño completa las historias únicamente a través de la manipulación de los juguetes, sin narración verbal.	4	4	4	4	2	2
46	El niño es muy colaborativo y se implica mucho en la tarea (p.ej. adapta los movimientos de los personajes de la historia, cambia el tono de voz según los personajes y la narración).	6	1	4	5	6	6
47	Hay discrepancias entre la expresión facial del niño y el contenido de la historia.	2	6	5	6	2	4
48	La tonalidad global de las emociones es positiva (predominio de placer, alegría, etc.)	4	5	3	1	2	3

49	El lenguaje del niño es poco comprensible (p.ej. vocaliza sin articular, onomatopeyas, etc.)	3	5	5	5	1	1
50	Las historias del niño son más verbales que representadas escénicamente.	4	4	4	4	3	4
51	El juego simbólico se mantiene a lo largo de toda la tarea. El niño hace actuar a los personajes, más que comportarse él mismo como si fuera uno de los personajes.	4	4	4	2	6	5
52	El control de los padres (disciplina, enojo) es moderado, ni violento, ni extremo.	3	5	3	1	4	4
53	Las diferentes historias son completadas fácilmente con fluidez y coherencia.	5	3	3	2	2	4
54	Los roles de los personajes padres-niño están invertidos (p.ej. el niño cuida a sus padres; se atribuye un rol propio de los padres; los padres están infantilizados, buscan ser reconfortados, etc.)	3	4	6	7	1	2
55	Cuando se introduce una situación estresora, el niño hace que los personajes se comporten de manera pasiva (p.ej. dice que el personaje-niño va a acostarse).	2	6	2	3	2	2
56	Cuando aparece una situación estresora, el niño evoca un comportamiento de apoyo por parte de los personajes parentales.	5	3	2	2	5	4
57	Cuando surge un conflicto, el niño no puede encontrar una solución y muestra signos de ansiedad.	2	5	6	7	6	6
58	Cuando el niño escenifica comportamientos de protección o de consuelo por parte de los padres, muestra comportamientos de excitación, expresiones exageradas, etc.	3	5	4	5	3	4
59	Pese a ser animado por el examinador a continuar, el niño persiste en responder "no lo sé", en resistirse, en evitar la tarea (p.ej. desvía su atención sobre los objetos).	2	6	3	5	1	2
60	El niño elabora una narrativa (verbal y/o escénico) en lugar de quedarse mudo o manipular el material sin sentido.	4	4	4	4	7	7
61	Figuras parentales representadas como disponibles, confiables, receptivas, respetadas.	6	2	4	3	4	4
62	(Reunión) El comportamiento del niño no se desorganiza ni se vuelve inapropiado (p.ej. no pega a los padres).	5	4	4	1	2	4
63	(Reunión) el niño desvía su atención del tema de la historia o evita que los protagonistas se vuelvan a reunir.	1	7	1	3	5	5
64	(Reunión) La respuesta inicial del niño es representar a los protagonistas infantiles como felices de volver a ver a sus padres.	6	2	6	3	4	4
65	(Reunión) El niño hace marchar de nuevo a los padres (o a uno de los padres) o los padres rechazan al niño.	1	7	2	5	4	4

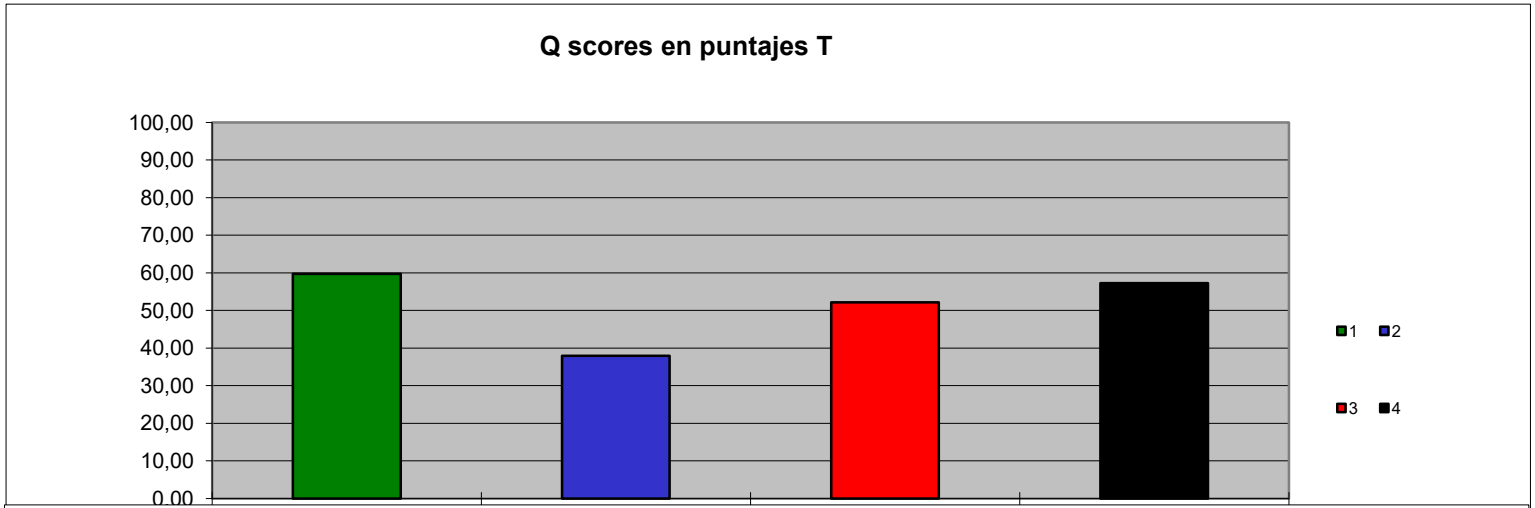
	seguro	desactivado	hiperactivado	desorganizado
Q Scores del examinado	0,49	-0,48	-0,04	-0,20
5 estudios internacionales s N=544, M.	0,28	-0,20	-0,07	-0,37
D.E.	0,22	0,23	0,14	0,23

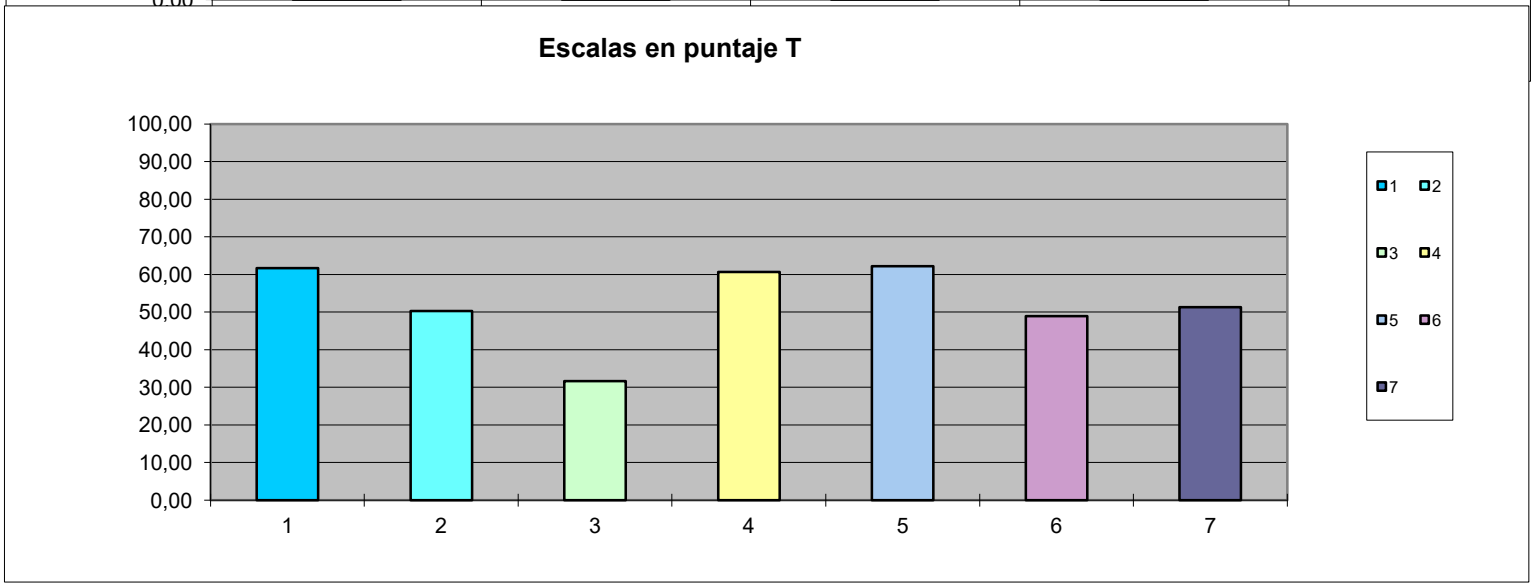
Q scores puntajes T	59,74	37,93	52,19	57,29

Escalas	puntajes escalas sujeto	5 estudios N=544 M	D.E	Puntajes T sujeto
1. Colaboración	5,95	4,94	0,87	61,66
2. Represantaciones de sosten parental	5,07	5,04	0,92	50,29
3. Narrativa positiva	2,78	4,74	1,07	31,66
4. Expresión de afecto apropiada	5,80	4,86	0,88	60,68
5. Reacción ante la separación	5,00	3,78	1,00	62,20
6. Distancia simbólica	4,75	4,85	0,93	48,92
7. Baja habilidad narrativa	3,17	3,04	0,96	51,32

criterios de referencia (N=544, c.f. Enfance, 2008)

Para los puntajes T, Media=50 y Desvio Estandar=10.


Q scores en puntajes T
100,00
90,00
80,00
70,00
60,00
50,00
40,00
30,00
20,00
10,00
0,00
1
2
3
4


Escalas en puntaje T
100,00
90,00
80,00
70,00
60,00
50,00
40,00
30,00
20,00
10,00
0,00
1
2
3
4
5
6
7

De acuerdo con la curva normal: si tomamos 100 sujetos, éste se ubicaría teóricamente en el rango ... th, pasando de al menos a

Percentil seguro	0,97	84
Percentil deactivado	-1,2	11
Percentil hiperactivado	0,2	59
Percentil desorganizado	0,73	77
1_Percentil colaboracion	1,17	88
2_Percentil apoyo parental	0,03	51
3_Percentil narrativa positiva	-1,8	3
4_Percentil afectos apropiados	1,07	86
5_Percentil reacción a la separación	1,22	89
6_Percentil distancia simbólica	-0,1	46
7_Percentil baja habilidad narrativa	0,13	55