

2012

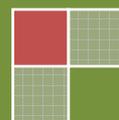
# Infancia y Adolescencia en Acogimiento Residencial

Conductas Exteriorizadas-Interiorizadas y  
Evaluación del Apego

**Lorena Delgado Magro**

Tesis dirigida por:

Dra. Carme Brun-Gasca y Dr. Albert Fornieles.



Departamento de Psicología Clínica y de la Salud

# Acogimiento Residencial

---

Conductas Exteriorizadas-Interiorizadas y  
Evaluación del Apego

**Lorena Delgado Magro**



Doctorado en Psicopatología Infantojuvenil

Tesis dirigida por:

**Dra. Carme Brun-Gasca y Dr. Albert Fornieles.**

**Facultad de Psicología: Departamento de  
Psicología Clínica y de la Salud.**

# Acogimiento Residencial

---

Conductas Exteriorizadas-Interiorizadas y  
Evaluación del Apego

*Lorena Delgado Magro*

Doctorado en Psicopatología Infantojuvenil

Tesis dirigida por: Dra. Carme Brun-Gasca y Dr. Albert Fornieles

Doctorando	Lorena Delgado Magro	Fdo.
Director de la Tesis	Dra. Carme Brun-Gasca	Fdo.
Director de la Tesis	Dr. Albert Fornieles i Deu	Fdo

# AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi más sincero agradecimiento a los profesores Carme Brun y a Albert Fornieles, del Departamento de Psicología Clínica y de la Salud y del Departamento de Psicobiología y Metodología de las Ciencias de la Salud de la UAB y a su vez directores de esta tesis doctoral. Quisiera agradecerles además de su orientación y saber científico, su apoyo, confianza y disponibilidad que me ha permitido finalizar con ilusión este trabajo.

A la profesora Eva Penelo del Departamento de Psicobiología y de Metodología de les Ciències de la Salut de la UAB por sus sugerencias, aportaciones teóricas, metodológicas y analíticas a este estudio.

Mi gratitud a todo el equipo de profesionales y compañeros de los Centros de Salud Mental Infanto Juvenil (CSMIJ) de Martorell y de la Anòia. En especial a Rosa Almiñana Coordinadora del Àrea Infanto-Juvenil del Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental, por su apoyo, y estímulo ofrecido.

Al equipo de orientación psicopedagógica EAP B-26 Martorell y especialmente a su Directora Cristina Sanz por su desinteresada colaboración y ayuda en todo momento.

A la dirección de los tres Centros Residenciales que se volcaron desde el inicio en la investigación y en especial a los educadores y a los niños que viven en estos centros con quien continuamos trabajando y compartiendo experiencias. A todos los centros educativos que participaron y a los profesionales, padres, y alumnos que colaboraron para que el estudio fuera posible.

Finalmente a mi marido por su comprensión y apoyo incondicional.

“LA MAYOR RÉMORA DE LA VIDA ES LA ESPERA  
DEL MAÑANA Y LA PÉRDIDA DEL DÍA DE HOY.”

LUCIO ANNEO SÉNECA

# PRESENTACIÓN

Comprender la relación existente entre la problemática social y la salud mental es clave, tanto en la etiología de los problemas, como en su tratamiento. Los procesos de acogimiento residencial y adopción constituyen un lugar tristemente privilegiado para comprender los efectos del riesgo psicosocial temprano. Los niños y adolescentes en que viven en Acogimiento Residencial (AR) son una población con un alto riesgo de exclusión social lo que en ocasiones parece ser olvidado por la sociedad. Además se han realizado pocos estudios nacionales sobre la prevalencia de problemas emocionales y conductuales en esta población y ninguno del que tengamos constancia en Cataluña.

El objetivo del presente estudio es en primer lugar, evaluar los problemas emocionales-conductuales de estos niños en nuestra comunidad y en un segundo término, la adaptación de un cuestionario de apego para adolescentes que pueda ser útil en la investigación sobre el apego en la población institucionalizada.

En el primer capítulo se realiza una introducción sobre el estado actual y evolución del AR en España y Cataluña, así como una revisión teórica sobre las distintas variables implicadas en el estudio en relación a la población institucionalizada como por ejemplo: problemas exteriorizados-interiorizados, adaptación escolar, efecto del tiempo de institucionalización. Finalmente se introduce la teoría del apego, los instrumentos de evaluación del apego para población adolescente y su relación con la sintomatología.

En el segundo capítulo se describen los tres estudios realizados, analizando y discutiendo los resultados.

En el primer estudio con una muestra de 26 de niños de ciclo de primaria en AR, se evaluaron los problemas emocionales y conductuales con diferentes evaluadores: padres/educadores, profesores y autoinforme.

En el segundo estudio con una muestra de 45 de niños en AR, en los niveles escolares de infantil y primaria, se evaluaron los problemas emocionales-conductuales por un solo evaluador (padres/educadores).

Los padres y profesores indicaron mayores problemas de conducta exteriorizados en tres escalas (Problemas de Conducta, Agresividad y Atención) y menores habilidades adaptativas. Los mejores informadores en sintomatología interiorizada fueron los propios chicos. El sentido de Incapacidad y la propia percepción de Atipicidad son las escalas donde existen mayores diferencias seguidas de las escalas de Estrés social, Depresión y Autoestima. Los niños en situación de AR somatizan menos que sus homólogos criados en familia encontrándose que esta diferencia es más marcada en los niños que en las niñas. El tiempo de institucionalización influye en la sintomatología exteriorizada informada por los adultos, en la valoración negativa de los propios chicos hacia la institución escolar y en su ajuste personal.

En el tercer estudio se describe el procedimiento de adaptación del inventario de apego para padres y pares con adolescentes (IPPA de Armsden y Greenberg, 1987). La adaptación española reveló coeficientes satisfactorios para cada una de las escalas salvo para la Alienación del cuestionario de la madre. Se indica que la estructura de 3 factores (Confianza, Comunicación, Alienación) es el mejor de los modelos propuestos pese a la elevada correlación de las escalas. Los resultados proporcionan evidencia a favor de la

solidez de la estructura de esta medida e indican que la versión española de IPPA consigue replicar fielmente la estructura teórica original.

En el tercer y último capítulo se analizan las implicaciones teóricas y clínicas, las limitaciones del estudio actual y futuras líneas de investigación.

# PRESENTATION

Understanding the relationship between social problems and mental health is key both in the etiology of the aforementioned problems and in their treatment. The residential care and adoption are sadly where the effects of early psychosocial risk can be understood. Children and adolescents living in Residential Care (RC) are at high risk of social exclusion, which seems to be neglected by the society. Nevertheless, there have been very few national studies on the prevalence of emotional and behavioral problems carried out, none in Catalonia, in order to raise the awareness and the importance of the problem. The objective of this study is to evaluate the emotional and behavioral problems of the children in our community and secondly, adapting an attachment questionnaire for adolescents in Spain that may be useful for research on attachment in the institutionalized population.

The first chapter provides an introduction to the current state and evolution of the RC in Spain and Catalonia as well as a theoretical review on the different variables involved in this study in relation to the institutionalized population such as: externalizing and internalizing problems, school adjustment, the effect of the duration of institutionalization. Finally, attachment theory introduces the assessment of attachment systems for adolescents and their relationship to internalizing and externalizing problems.

The second chapter describes both the three studies that were carried out and the analysis and discussions of the results.

In the first study with a sample of 26 primary school children in RC, the emotional and behavioral problems were assessed by different evaluators: parents/educators, teachers

and children themselves. In the second study, with a sample of 45 children in RC at nursery/primary school, the emotional and behavioral problems were assessed by a single evaluator (parents). Parents and teachers marked higher externalizing behavior problems (Behavior Problems, Aggression and Attention scales) and lower adaptive skills. The best informants about internalizing problems were kids themselves. The Sense of their own disability (es una escala y la pongo con Mayúsculas) and self-perception of Atypicality are the scales where the major differences were found followed by the Social stress scale, Depression scale and Self-esteem scale. It has been shown that the children in RC somatize less than their peers raised in a family, but this difference is bigger among boys than among girls. Institutionalization time influences the externalizing problems reported by adults, the negative evaluation of the school by the children and their personal adjustment.

The third Study, describes the procedure for adapting the Inventory of Parents and Peers Attachment for adolescents (Armsden and Greenberg IPPA, 1987). The Spanish adaptation had satisfactory coefficients for each of the subscales except for the Alienation scale in the mother's questionnaire. The three factor structure (Trust, Communication, Alienation) is proposed as the best model despite the high correlation between the scales. The results provide evidence for the robustness of the structure of this measure and indicate that the Spanish version of IPPA faithfully replicates the original theoretical structure.

In the third, and final, chapter, the theoretical and clinical implications, the limitations of the current study and the future research are discussed.

# INDICE DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN .....	v
PRESENTATION .....	viii
1. MARCO TEÓRICO .....	1
1.1 Acogimiento residencial como contexto de desarrollo en infancia y adolescencia.....	1
1.2 Acogimiento Residencial: problemas Externorizados e Internalizados .....	16
1.3 Acogimiento residencial y Adaptación escolar .....	21
1.4 Efecto del tiempo de Institucionalización.....	24
1.5 Teoría del apego y estilos de apego .....	26
1.6 Problemas exteriorizados-internalizados y su relación con el apego.....	29
1.7 La adolescencia y el apego .....	37
1.8 Evaluación del apego en la adolescencia .....	41
2. OBJETIVOS .....	49
2.1 Evaluación de los problemas emocionales y conductuales y efecto del tiempo de institucionalización .....	51
2.1.1 Evaluación de los problemas emocionales y conductuales por diferentes evaluadores .....	51
2.1.2 Evaluación de los problemas emocionales y conductuales en infantil y primaria por un solo observador:.....	51
4.2. Adaptación y validación del cuestionario de evaluación del apego IPPA.....	52
4.2.1 Estructura interna y fiabilidad.....	52

3. ESTUDIO A. ....	53
--------------------	----

**Acogimiento Residencial problemas emocionales y conductuales según los educadores y la escuela**

3.1 INTRODUCCIÓN .....	53
3.1.1 Hipótesis .....	53
3.2 MÉTODO .....	54
3.2.1 Participantes .....	54
3.2.3 Instrumentos.....	56
3.2.4 Procedimiento .....	58
3.3 RESULTADOS .....	60
3. DISCUSIÓN .....	70
3. ESTUDIO B.....	77

**Análisis de los problemas emocionales y conductuales en niños de Infantil y primaria en AR**

4.1 INTRODUCCIÓN .....	77
4.1.1 Hipótesis .....	78
4.2 MÉTODO .....	78
4.2.1 Participantes.....	78
4.2.2 Instrumentos.....	81
4.2.3 Procedimiento .....	82
4.3 RESULTADOS .....	83
4.4. DISCUSIÓN .....	95

5. ESTUDIO C.....	101
<b>Adaptación y validación del (IPPA) Inventario de Evaluación del Apego con Padres y Pares en una muestra de adolescentes españoles</b>	
5. 1 INTRODUCCIÓN .....	101
5.2 MÉTODO .....	107
5.2.1 Participantes.....	110
5.2.2 Instrumentos.....	110
5.2.3 Las técnicas de análisis utilizadas han sido: .....	111
5.3 RESULTADOS .....	113
5.4 DISCUSIÓN .....	123
6. CONCLUSIONES GENERALES.....	130
6.1 Implicaciones teóricas.....	130
6.2 Limitaciones del estudio .....	134
6.3 Futuras Líneas de investigación.....	135
6.4 Implicaciones Clínicas .....	136
Referencias.....	140
CUESTIONARIO BIOGRÁFICO CRAE.....	175
INVENTARIO DE APEGO A PADRES E IGUALES (IPPA) .....	181

# INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. TOTAL DE NIÑOS TUTELADOS EN ESPAÑA .....	5
FIGURA 2. TOTAL DE MEDIDAS ADOPTADAS PARA LA PROTECCIÓN INFANTIL EN ESPAÑA (1996-2009) .....	6
FIGURA 3. REPRESENTACIONES GRÁFICAS DE LA INTERACCIÓN. CONDICIÓN POR SEXO...	91
FIGURA 4. INTERACCIÓN DEL CICLO EVOLUTIVO CON VARIABLES EXTERIORIZADAS.....	92
FIGURA 5. SOLUCIÓN CON CARGAS FACTORIALES Y CORRELACIONES FACTORIALES ESTANDARIZADAS DE LOS MODELOS PARA LA MADRE Y PADRE .....	118
FIGURA 6. SOLUCIÓN CON CARGAS FACTORIALES ESTANDARIZADAS DEL MODELO PARA LOS COMPAÑEROS. ....	119
FIGURA 7. IPPA: CLASIFICACIÓN DE ESTILOS DE APEGO A LA MADRE EN SEGÚN SEXO APLICANDO CRITERIOS DE VIVONA (2000).....	121
FIGURA 8. CLASIFICACIÓN DE LOS ESTILOS DE APEGO AL PADRE SEGÚN SEXO APLICANDO CRITERIOS DE VIVONA (2000).....	121
FIGURA 9. IPPA: CLASIFICACIÓN DE ESTILOS DE APEGO HACIA LOS PARES EN FUNCIÓN DEL SEXO APLICANDO LOS CRITERIOS DE VIVONA, (2000).....	122

# INDICE DE CUADROS

CUADRO 1. CAMBIOS EN EL MODELO DE PROTECCIÓN. ....	3
CUADRO 2. NECESIDADES DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN AR. ....	8
CUADRO 3: TIPOS DE RECURSOS DE ACOGIMIENTO RESIDENCIAL: POR LA FUNCIÓN QUE CUMPLEN. ....	10
CUADRO 4. FUNCIONES DEL ACOGIMIENTO RESIDENCIAL SEGÚN LA FINALIDAD DE LA INTERVENCIÓN PROTECTORA. ....	12
CUADRO 5. FACTORES DE RIESGO. ....	13
CUADRO 6. PERFILES ACTUALES DE LA POBLACIÓN ATENDIDA. ....	14
CUADRO 7. PATRONES EN LOS ESTILOS DE APEGO. ....	26
CUADRO 8. ESTILOS DE APEGO. ....	28
CUADRO 9. ESTILOS DE APEGO SEGÚN LOS CRITERIOS DE VIVONA (2000). ....	47

# INDICE DE TABLAS

TABLA 1A. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA ESTUDIO A .....	55
TABLA 2A. MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS (DT) DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES SEGMENTADAS POR SEXO Y GRUPO. CUESTIONARIO BASC PARA PADRES. . . . .	63
TABLA 3A. MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS (DT) DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES SEGMENTADAS POR SEXO Y GRUPO. CUESTIONARIO BASC PARA PROFESORES.....	66
TABLA 4.A MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS (DT) DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES SEGMENTADAS POR SEXO Y GRUPO.CUESTIONARIO BASC AUTOINFORME. ESTUDIO A .....	68
TABLA 5 A. EFECTO DEL TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACIÓN. ESTUDIO A.....	69
TABLA 6 B. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA. ....	80
TABLA 7 B. MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS (DT) DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES SEGMENTADAS POR GRUPOS. CUESTIONARIO BASC PARA PADRES. ESTUDIO B .....	84
TABLA 8 B. PORCENTAJE DE NIÑOS EN SITUACIÓN DE RIESGO CLÍNICO SEGÚN LAS PUNTUACIONESBASC. ....	86
TABLA 9 B. DIFERENCIAS POR SEXO. ESTUDIO B .....	90
TABLA 10 B. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LINEAL. HABILIDADES ADAPTATIVAS DEL ESTUDIO B .....	93
TABLA 11 B. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LINEAL. EFECTO DEL TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACIÓN MEDIDO EN AÑOS .....	94
TABLA 12 C. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA. ....	110
TABLA 13 C. RESULTADOS DEL ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO DE LAS VERSIONES DEL IPPA.. ESTUDIO C .....	114
TABLA 14 C: CONSISTENCIA INTERNA Y DESCRIPTIVOS DE PUNTUACIONES DE LAS ESCALAS IPPA. ....	115
TABLA 15 C. CORRELACIONES ENTRE LAS PUNTUACIONES DIRECTAS DE LAS SUBESCALAS DEL IPPA. ....	117
TABLA 16 C. ESTILOS DE APEGO SEGÚN ARMSDEM Y GREENBERG, (1987) Y EDAD.....	120
TABLA 17 C. CLASIFICACIÓN DE ESTILOS DE APEGO SEGÚN CRITERIOS DE VIVONA.....	121

# INDICE DE ANEXOS

ANEXO A	CUESTIONARIO DE DATOS SOCIOBIOGRÁFICOS CRAE .....	175
ANEXO B1	CARTA DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO ESCOLAR ESTUDIO C .....	179
ANEXO B2	CARTA A LOS PADRES EXPLICATIVA DEL PROYECTO .....	180
ANEXO C	INVENTARIO EN ESPAÑOL IPPA.....	181

# Infancia y Adolescencia en Acogimiento Residencial

# 1. MARCO TEÓRICO

## 1.1 ACOGIMIENTO RESIDENCIAL COMO CONTEXTO DE DESARROLLO EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA

La protección de menores hace referencia a la suma de medidas tendentes a promocionar y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos que poseen los menores de edad. El acogimiento residencial (a partir de ahora AR) es una medida de protección que adopta la entidad pública competente como forma de ejercicio de guarda de un menor. Se trata de una medida cuya finalidad es ofrecer una atención integral en un entorno residencial a niños, niñas y adolescentes cuyas necesidades materiales, afectivas y educativas no pueden ser cubiertas, al menos temporalmente, en su propia familia. Tiene un carácter instrumental (al servicio de un Plan de Caso que contempla una finalidad estable y normalizada) y temporal (los niños que requieran un hogar por tiempo indefinido deberían orientarse hacia el acogimiento familiar).

Dentro de Europa la prevalencia del cuidado residencial frente a otras medidas de protección es muy variable y en nuestro país, era prácticamente la única opción antes de la reforma legislativa de 1987 de protección del menor.

El acogimiento residencial no es un fenómeno nuevo en nuestra sociedad, habiendo experimentado una constante transformación y adaptación en su tipología, objetivos y legislación. El desarrollo de las instituciones para los niños en situación de desamparo ha sido paralelo a la evolución de la concepción de la infancia, de sus necesidades y de sus derechos en el siglo XX (Ocón Domingo, 2004). La evolución desde la institución

asistencial del pasado, hasta las residencias educativas de la actualidad, ha estado encaminada a conseguir la *normalización* de la vida de los niños, reformulando el sistema de protección desde sucesivos marcos normativos.

Con anterioridad al siglo XX, la protección pública de los niños en situación de maltrato o abandono estaba encaminada a defender a la sociedad de lo que se consideraban «futuros infractores». Éste era un modelo correccionalista que carecía de legislación penal específica, de tal manera que no se diferenciaba entre la atención a los menores abandonados y a los infractores de la ley (Ochaíta y Espinosa, 2001). Es en el último cuarto del siglo XX cuando se genera en España un fuerte movimiento de crítica hacia esas instituciones y hacía el sistema de protección que culminará con la Ley Orgánica 1/96 de Protección Jurídica del Menor. Esta Ley, basada en la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, va a dar lugar a un cambio profundo en el sistema que se descentraliza y pasa a depender de las Comunidades Autónomas. Además de la atención residencial y la adopción, la Ley introduce el acogimiento familiar como un novedoso recurso para los niños en situación «de riesgo» o «desamparo». Por otra parte, a partir de este momento y legalmente en el año 2000 se separan por completo las instituciones de protección y de reforma, regulándose estas últimas por la Ley 5/2000 de Responsabilidad Penal de los Menores.

El modelo de protección tradicional de instituciones con gran número de plazas residenciales fue cambiando a hogares con un menor número de plazas, produciéndose durante la transición un intenso debate sobre el papel del cuidado residencial (ver cuadro1).

El modelo de atención especializado que surgió a partir de los años 90 en la red de protección a la infancia también ha sido implantado de manera muy desigual en las

diferentes comunidades autónomas. El órgano actualmente competente en materia de protección de la infancia y la adolescencia el ámbito estatal es el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Cuadro 1. Cambios en el modelo de protección.

MODELO DE PROTECCIÓN	MODELO DE AR	PERFIL DEL MENOR	PERFIL DE LOS CENTROS
De Beneficencia	Institucional	Todas las edades Carencias familiares socioeconómicas	Macroinstituciones Adultos
Modelo de familia de sustitución	Familia	Todas las edades Carencias familiares socioeconómicas	Hogares/unidades familiares Rol parental del adulto
Modelo de familia e infancia	Especializado	Menores con medida de protección La mayoría adolescentes	Especializado Educador social

Fuente: del Valle, J. F. (2009). Evolución histórica, modelos y funciones del acogimiento residencial. En J. F. del Valle, y A. Bravo (Comp), *Funciones educativas del acogimiento residencial*. (pp. 11) Gobierno de Cantabria Conserjería de Empleo y Bienestar social.

Tras la descentralización del sistema, en 1987, salvo en los aspectos judiciales y en la regulación legislativa marco, las competencias del Gobierno Central en materia de gestión en este ámbito se redujeron prácticamente a temas de coordinación interautonómica y a las de generar datos estadísticos generales. Cada gobierno autonómico debe designar un órgano administrativo responsable de la protección la infancia en su territorio. En Cataluña La Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA) es el organismo que promueve el bienestar de la infancia y la adolescencia en alto riesgo de marginación social y también ejerce la protección y tutela de los niños y adolescentes desamparados. Las prestaciones y los recursos de la DGAIA se ordenan geográficamente en seis Servicios territoriales de atención a la infancia y la adolescencia, que coinciden con

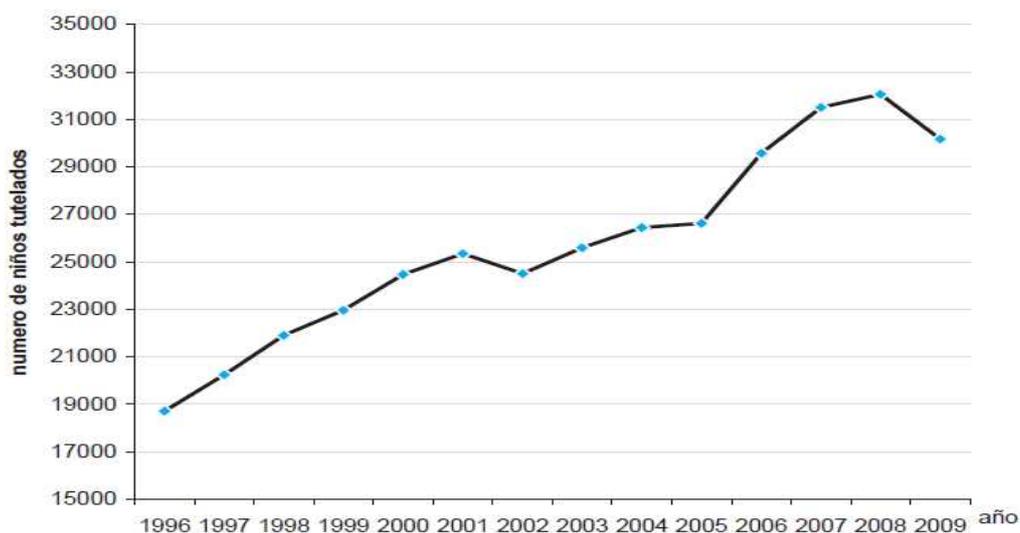
los Servicios territoriales del Departamento de Bienestar Social y Familia. Los Equipos Funcionales de Infancia (EFI) son las unidades básicas de funcionamiento de los Servicios territoriales de la DGAIA. Tienen la responsabilidad de gestionar los expedientes de los niños y adolescentes, las propuestas y medidas que se derivan, elaborar los datos esenciales y coordinarse con los servicios de infancia de su territorio. En Cataluña hay un total de quince EFI distribuidos entre los diferentes Servicios Territoriales y uno específico para los menores de origen extranjero no acompañados.

En dieciséis Comunidades Autónomas se ha desarrollado un sistema de protección con rango normativo que amplía la ley 1/1996 en los aspectos de competencia autonómica (en Ceuta y Melilla, se aplica ésta directamente). Cataluña es la única Comunidad que se ha dotado de un verdadero cuerpo legislativo en materia de protección infantil. El marco legal de Cataluña se ancla en la nueva Ley de los derechos y las oportunidades de la infancia y la adolescencia, aprobada por el Parlament de Catalunya el 12 de mayo de 2010. Esta nueva legislación no se centra únicamente en la infancia en situación de alto riesgo social, sino que presenta un enfoque proactivo dirigido a la población infantil y adolescente en su totalidad. Asimismo, proporciona nuevos mecanismos que permiten la participación de niños y adolescentes en los procesos decisorios que les afectan.

A pesar de los cambios que se han introducido en los centros residenciales de menores, son muchos los que piensan que este tipo de recurso no es el más adecuado para la satisfacción de las necesidades y el óptimo desarrollo de los niños y adolescentes (Fernández y Fuertes, 2000; Ocón, 2003). Sin embargo, el acogimiento residencial ha continuado siendo el recurso de protección más utilizado hasta nuestros días (Fernández, 2003; Martín, Rodríguez y Torbay 2007).

Según datos del Observatorio de la Infancia, organismo dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el año 2009 había 38397 niños en España atendidos por el Sistema Protección Infantil fuera de su medio familiar, de ellos 32693 tutelados y 5694 que se encuentran en régimen de guarda, lo que supone el 478.8 por 100000 niños. En la Figura 1 podemos observar la evolución de los niños acogidos entre 1996 y 2009.

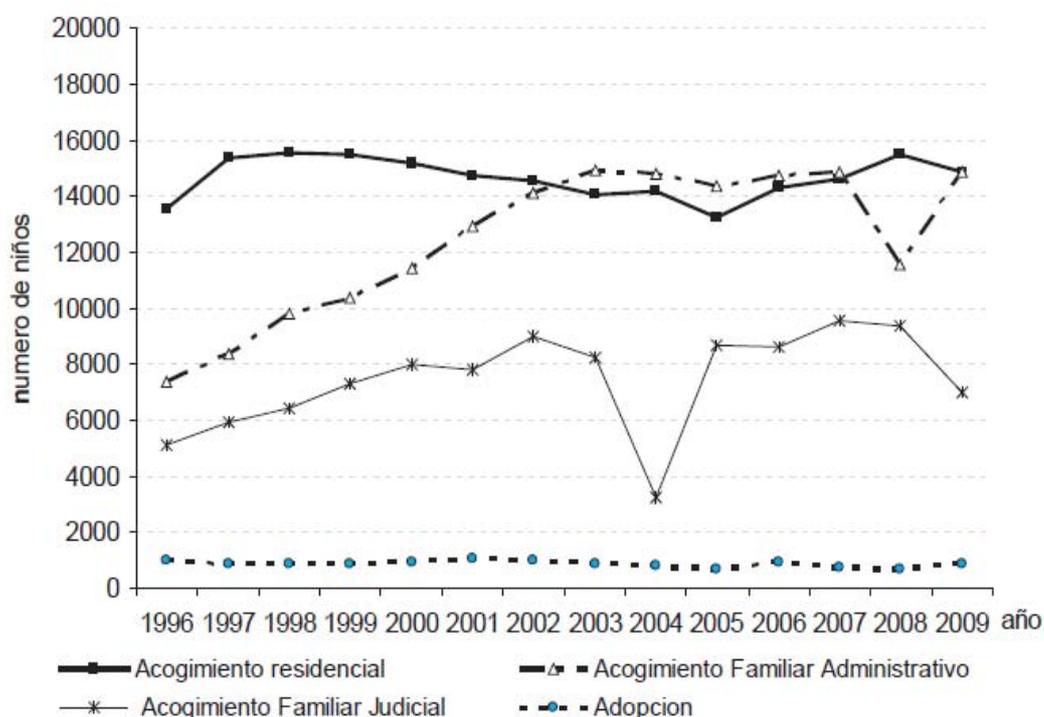
**Figura 1. Total de niños tutelados en España 1**



Cortés, A., Díaz, J. A., Rivera, M., y Muñoz, A. (2012). *Salud de los niños atendidos en el sistema de protección de la infancia: Una guía para profesionales sanitarios y acogedores*. (1st ed.) Sociedad Española de Pediatría Social. Recuperado el 12 julio 2012 de [http://www.juntadeandalucia.es/observatoriodelainfancia/oia/esp/documentos\\_ficha.aspx?id=3591](http://www.juntadeandalucia.es/observatoriodelainfancia/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=3591)

En 2009, 14857 niños fueron atendidos en centros de acogimiento residencial, 21831 en Acogimiento Familiar (judicial y administrativo) y en 883 se formalizó el auto de adopción nacional. La Figura 2 muestra la evolución entre 1992 y 2009.

**Figura 2. Total de medidas adoptadas para la protección infantil en España (1996-2009)**



Cortés, A., Díaz, J. A., Rivera, M., y Muñoz, A. (2012). *Salud de los niños atendidos en el sistema de protección de la infancia: Una guía para profesionales sanitarios y acogedores*. (1st ed.) Sociedad Española de Pediatría Social. Recuperado el 12 julio 2012 de [http://www.juntadeandalucia.es/observatoriodelainfancia/oia/esp/documentos\\_ficha.aspx?id=3591](http://www.juntadeandalucia.es/observatoriodelainfancia/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=3591)

En Cataluña, según datos del mes de diciembre de 2008, de los 7.450 niños con medida de tutela de la DGAIA, 2516 (33.8%) residían en centros (Informe del Defensor de las personas en Cataluña, 2009). Los chicos están tutelados bajo alguna medida de protección de la DGAIA en mayor proporción que las chicas (6.2 chicos menores de cada mil han recibido alguna medida por 5.3 chicas de cada mil). Concretamente, la acogida en familia extensa es la medida más habitual con el 33.2% de las tutelas. La atención en centro residencial es la segunda medida más habitual con el 24.5% de las tutelas y la atención en la familia propia es la tercera con el 15.1% de las tutelas. Desde una perspectiva temporal,

es importante destacar que en los últimos años ha aumentado, en valores tanto absolutos como relativos, el número de niños acogidos en centros residenciales.

Es una realidad que el acogimiento residencial sigue cumpliendo una función esencial en la protección de niños/niñas y en especial de los adolescentes, en situación de desamparo y que es una medida de protección que prevalece sobre las demás. La función que cumple en la actualidad esta medida protectora difícilmente puede ser cubierta por otras alternativas familiares.

Un buen número de niños acogidos en una residencia pasan años muy importantes para su desarrollo dentro del centro (de la Herran, Barriocanal y Martínez, 2008; Fernández y Fuertes, 2000). Esto justifica que sea relevante estudiar el acogimiento residencial, no sólo en función de sus resultados, sino también analizando el proceso de satisfacción de las necesidades infantiles y adolescentes en este peculiar contexto de desarrollo. Como señalan Simón Rueda, López y Linaza (1998), una vez transcurrido el primer año de estancia en el centro, ésta suele continuarse sin demasiados cambios por un periodo promedio de unos cinco años.

Los recursos actuales de acogimiento residencial están diseñados para, de alguna manera, sustituir a la familia en la satisfacción de las necesidades infantiles y adolescentes de salud y de autonomía (ver cuadro 2). Se trata de conseguir que los niños que viven en contextos residenciales puedan lograr, como los que viven con sus familias, determinados niveles de autonomía, de comprensión, de adaptación y de participación activa en su cultura (Rodrigo y Palacios, 1998).

**Cuadro 2. Necesidades de la infancia y adolescencia en AR.**

Salud Física	Autonomía
Alimentación adecuada	Participación activa en las normas
Vivienda adecuada	Vinculación afectiva primaria
Vestidos e higiene adecuados	Interacción con los adultos
Atención sanitaria	Interacción con los iguales
Sueño y descanso	Educación formal
Ejercicio físico	Educación no formal e informal
Espacio exterior adecuado	Juego y tiempo de ocio
Protección de riesgos físicos	Protección de riesgos psicológicos
Necesidades sexuales	

Fuente: Campos, G., Ochaíta Alderete, E., Bayal, E., y Ángeles, M. (2011). El acogimiento residencial como contexto de desarrollo desde la perspectiva de sus profesionales. *Educación y Diversidad: Revista Inter-Universitaria De Investigación Sobre Discapacidad e Interculturalidad*, 5(1), 59-71.

Sin embargo según Campos, Ochaíta y Espinoza, (2011) en un estudio en el que se solicitaba la opinión a los educadores sobre este punto, se refleja que estos no consideran que los centros residenciales deban tener como objetivo asemejarse al funcionamiento de las familias (primer característica del objetivo de normalización descrito anteriormente), ya que creen que las circunstancias de los niños y adolescentes que en ellos residen, así como las características de los centros distan mucho de parecerse al contexto familiar. Los educadores 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. Por otro lado las relaciones afectivas que se establecen son de gran complejidad dado que las condiciones vienen delimitadas por un contrato laboral. El centro está conformado por profesionales que no sustituyen a la familia, sino que acogen al niño durante un tiempo concreto, sin que puedan o deban prestarles apoyo afectivo incondicional durante toda su vida. En este sentido los profesionales creen que siempre

tiene que existir una necesaria distancia emocional para que los niños sean conscientes de que los trabajadores no son sus padres, aunque en gran medida, realicen funciones equivalentes a las de estos. Por una parte se trata de que esa relación afectiva se mantenga de forma estable y dilatada en el tiempo mientras el niño reside en el hogar y, por otra, de que no genere una excesiva dependencia ya que se considera conveniente que se mantenga la vinculación con la familia de origen.

Las Comunidades Autónomas muestran gran diversidad en cuanto se refiere a los centros de atención residencial para los menores protegidos. Su estructura y funcionamiento varía en función de factores como la edad de los niños, el tiempo que se estime que van a permanecer en el sistema, etc. La siguiente clasificación general (ver cuadro 3) ha sido adaptada para incluir también su denominación en Cataluña.

**Cuadro 3: Tipos de recursos de acogimiento residencial: por la función que cumplen.**

<i>Denominación en Cataluña</i>	Descripción	Nº de centros	Nº de plazas
<b>PRIMERA ACOGIDA</b> <i>“Centros de Acogida”</i>	Destinados a proporcionar una atención inmediata a niños, niñas y adolescentes que han tenido que ser separados de sus familias, mientras se completa el estudio y evaluación del caso.	22	585
<b>DE PROTECCIÓN</b> <i>“CRAE Centros Residenciales de Acción educativa”</i>	Recursos en los que la duración de la estancia y los objetivos de trabajo están en función de la finalidad recogida en el Plan de Caso. Son pisos o viviendas unifamiliares en entornos normalizados y vecinales, de tipo familiar, sin elementos de distinción con respecto al entorno, y que acoge a niños, niñas y adolescentes que no presentan una problemática específica, pero que vienen de hogares con carencias en el cuidado por parte de los progenitores	101	1878
<b>AUTONOMIA Y PREPARACIÓN A LA VIDA ADULTA</b> <i>(Incluidos en categoría CRAE)</i>	Ofrecen a adolescentes y jóvenes que necesitan prepararse para poder llevar una vida independiente un contexto de convivencia que facilita su integración social.	No indicado	No indicado
<b>SOCIALIZACIÓN / RÉGIMEN ESPECIAL</b> <i>“CREI Centros Residenciales de Acción Intensiva”</i>	Atienden a adolescentes, mayores de 12 años, que presentan graves problemas de conducta, desajuste social o inadaptación, proporcionándoles una intervención de carácter intensivo, compensatorio e integral de orientación socioeducativa y terapéutica.	3	78

Fuente: Adaptado con modificaciones de del Valle, J. F. (2009). Evolución histórica, modelos y funciones del acogimiento residencial. En J. F. del Valle, y A. Bravo (Comp), *Funciones educativas del acogimiento residencial*. (pp. 11) Gobierno de Cantabria Conserjería de Empleo y Bienestar social

En Cataluña, los Centros Residenciales de Acción Educativa (CRAE) atienden a niños y adolescentes entre los 3 y los 18 años. Los niños y adolescentes que residen en ellos de forma temporal han sido tutelados por la Administración o se encuentran, por imperativo legal, bajo la guarda y responsabilidad del director del centro. El CRAE está abierto 24 horas al día y 365 días al año y depende de del Departamento de Bienestar y Familia de la Generalitat de Catalunya: Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia. Los educadores que constituyen el equipo educativo trabajan según las líneas marcadas en el Proyecto Educativo de Centro (PEC) pero atendiendo siempre a la individualidad de cada niño o adolescente para garantizar la cobertura de las necesidades básicas, la educación, la afectividad, la integración y la promoción sociales, la inserción laboral y el crecimiento hacia la autonomía.

Las funciones básicas de los centros residenciales están estrechamente relacionadas, o incluso podríamos decir que derivan del tipo de intervención que se quiere llevar a cabo con cada niño o niña desde el sistema de protección (ver cuadro 4) El papel de las residencias es cooperar a la consecución del objetivo del plan de intervención protectora.

Es necesario detenernos en la tercera función del cuadro 4 (rehabilitación y tratamiento). El acogimiento residencial debe tener siempre una finalidad terapéutica y rehabilitadora habida cuenta de los daños y las experiencias traumáticas que han sufrido los niños y niñas que deben ser apartados de sus familias. Estas intervenciones deben desarrollarse como una acción más dentro de cualquier hogar o residencia. En estos casos el tiempo de acogimiento residencial debe convertirse en tiempo de tratamiento y superación de esos problemas.

**Cuadro 4. Funciones del acogimiento residencial según la finalidad de la intervención protectora.**

---

1) Emergencia o PRIMERA ACOGIDA

2) PREPARACIÓN PARA

- la reunificación familiar
- integración estable en un entorno residencial especializado
- la separación definitiva
- un acogimiento
- una adopción
- la independencia

3) REHABILITACIÓN Y TRATAMIENTO

---

Adaptado con modificaciones de del Valle, J. F. (2009). Evolución histórica, modelos y funciones del acogimiento residencial. En J. F. del Valle, y A. Bravo (Comp), *Funciones educativas del acogimiento residencial*. (pp. 11) Gobierno de Cantabria Conserjería de Empleo y Bienestar social.

Los problemas de salud física son muy frecuentes en esta población y pueden ser muy diversos (enfermedades pulmonares graves, epilepsia, cardiopatías, encefalopatía, VIH, síndrome de abstinencia al nacer, etc.). Como se puede apreciar en el cuadro 5, existen múltiples factores de riesgo (ver cuadro 5) que posiblemente afectarán al área biopsicosocial del menor durante toda su vida. El tipo de tratamientos recibidos durante su estancia en la residencia mayoritariamente corresponde a servicios médicos y especialmente de tipo psicológico y/o psiquiátrico.

**Cuadro 5. Factores de riesgo.**


---

**ANTECEDENTES SOCIOSANITARIOS DE LOS MENORES EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN**

---

1. Factores prenatales y perinatales
2. Factores nutricionales
3. Cuidados médicos inadecuados, inestables o ausentes
4. Maltrato en todas sus formas
5. Déficit afectivos familiares
6. Toxicomanías y alteraciones relacionadas con la sexualidad.
7. Abandonos en hospitales por patologías graves.
8. Inmigración en situación irregular

*\*Frecuente asociación de varias situaciones en el mismo niño*

---

Cortés, A., Díaz, J. A., Rivera, M., y Muñoz, A. (2012). *Salud de los niños atendidos en el sistema de protección de la infancia: Una guía para profesionales sanitarios y acogedores*. (1st ed.) Sociedad Española de Pediatría Social. Recuperado el 12 julio 2012 de [http://www.juntadeandalucia.es/observatoriodelainfancia/oia/esp/documentos\\_ficha.aspx?id=3591](http://www.juntadeandalucia.es/observatoriodelainfancia/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=3591)

Existe un grupo de niños y adolescentes en acogimiento residencial de larga estancia, indefinida o hacia la independencia, compuesto por niños/adolescentes de edades más avanzadas, que presentan un perfil más problemático en relación a su salud por discapacidad (especialmente intelectual, frente a la sensorial o la física), problemas conductuales y bajo rendimiento escolar (ver cuadro 6). Se trata en su mayoría de procesos que se detectaron tempranamente, pero que, por algún motivo se han estancado en etapas posteriores. La procedencia de familia inmigrante es otra variable muy importante, que se encuentra sobretodo en los casos de los niños más pequeños (Bravo Arteaga, 2009).

Las necesidades de atención a problemas emergentes como la llegada de menores extranjeros no acompañados, el incremento de los casos de violencia familiar ejercida por los hijos, la atención terapéutica a niños con problemas emocionales y de salud mental,

entre otros, han provocado una gran crisis e importantes cambios en la estructura y objetivos de los hogares de acogida (Bravo Arteaga, 2009).

**Cuadro 6. Perfiles actuales de la población atendida.**

---

**PERFIL DE LA POBLACIÓN ATENDIDA: ATENCIÓN A NUEVAS NECESIDADES**

---

- Adolescentes sin retorno: preparación para la independencia
- Menores con problemas de conducta
- Menores con problemas de salud mental
- Menores infractores <14 años
- Menores fuera de control parental
- Menores extranjeros no acompañados
- Familias inmigrantes

---

Bravo Arteaga (2009). Perfiles emergentes en la población atendida en acogimiento residencial. En J. F. del Valle, y A. Bravo (Comp), *Funciones educativas del acogimiento residencial*. (pp. 25) Gobierno de Cantabria Conserjería de Empleo y Bienestar social.

El trabajo de los profesionales se ha especializado en la intervención con adolescentes y problemáticas como las descritas. No obstante siguen existiendo unidades dedicadas a los más pequeños, que tienden a disminuir a medida que el acogimiento familiar recibe el impulso necesario (del Valle, 2009)

En la evolución actual y nuevas tendencias del acogimiento residencial se incluiría: el cambio del modelo asistencial a otro más educativo, la disminución del número de niños acogidos en residencias, disminución del tiempo de estancia, el aumento de la edad promedio de los niños acogidos en residencias, cambios en los aspectos arquitectónicos y ubicación de las instituciones, exigencia de unas condiciones mínimas por las

administraciones competentes, reducción del tamaño, utilización de recursos comunitarios, y la diversificación de recursos residenciales.

Los hogares de protección están pensados como recursos de transición, o incluso de emergencia, para aquellos casos que requieren un tiempo de evaluación, de recuperación de sus familias o de preparación para una incorporación a una nueva familia. En ningún caso fueron concebidos como lugares para crecer y desarrollarse durante largos intervalos de tiempo.

## **1.2 ACOGIMIENTO RESIDENCIAL: PROBLEMAS EXTERIORIZADOS E INTERIORIZADOS**

Pese a la relevancia del tema y al alto riesgo de exclusión social que tienen los niños y adolescentes acogidos en una institución, existen escasos estudios a nivel internacional y nacional que hayan utilizado métodos de análisis contrastados para conocer la problemática conductual y emocional de estos niños/adolescentes y ninguno del que tengamos constancia en Cataluña. Dada la escasa investigación existente sobre el tema y el reducido número de programas específicos orientados a la inclusión de la población tutelada, consideramos necesario continuar avanzando en el conocimiento de los problemas que presenta este colectivo.

Según un estudio realizado en siete Comunidades Autónomas diferentes (Castilla y León, Islas Baleares y Canarias, País Vasco, Galicia, Cantabria y Cataluña) las dificultades más frecuentes encontradas en esta población tienen que ver con problemas de conducta y de salud mental (López, Fernández del Valle, Boada y Bravo, 2010). Muchos de los problemas que manifiestan se deben a la situación previa de desamparo. De los que muestran alguna dificultad, afortunadamente, la evolución más común es la mejoría a lo largo del tiempo de acogimiento.

Hace más de 50 años que se conocen los efectos desfavorables de la crianza en instituciones (Bowlby, 1944; Spitz, 1945). Es un hecho conocido que experiencias tempranas pueden tener influencia en desarrollo cerebral y la conducta (Sullivan, *et al.* 2006). La mayoría de los estudios señalan que los niños criados en instituciones son más susceptibles de presentar problemas de comportamiento incluyendo déficit de atención,

formas cuasi-autísticas (Gunnar y Van Dulmen, 2007), trastornos psiquiátricos en la adolescencia y edad adulta (Bos, Zeanah, Fox, Drury, McLaughlin y Nelson, 2011), déficit neuropsicológicos (Nelson, 2007; Pollak, Nelson, Schlaack, Roeber, Wewerka, Wiik *et al.*, 2010) e incluso cambios en la morfología de algunas estructuras cerebrales (Tottenham, *et al.*, 2010).

Las situaciones de AR y adopción pueden considerarse en cierta medida asimilables si consideramos que ha podido estar expuestos a factores de riesgo previos a la adopción semejantes a los primeros.

Dentro de los problemas de comportamiento los problemas exteriorizados son más prevalentes en niños con historias adversas previas a la adopción y en aquellos criados en instituciones (Simsek, Erol, Öztop y Münir, 2007). Estos problemas de conducta se incrementan con la edad de adopción existiendo una fuerte asociación entre la edad de la adopción y la presencia de problemas de conducta durante la adolescencia (Merz y Mc Call, 2010). Aunque estos déficit mejoran tras la adopción ciertos problemas continúan presentes en muchos de los niños y adolescentes (Gunnar y Van Dulmen, 2007).

Los varones en general suelen presentar elevados niveles de agresión y menores síntomas interiorizados (Kjelsberg y Nygren, 2004). El efecto protector del género parece estar relacionado con diferencias biológicas y prácticas culturales de crianza distintas para ambos sexos, siendo las mujeres quien más parecen beneficiarse de la disponibilidad de los cuidados de familias acogedoras (Bos *et al.*, 2011).

Los resultados de un meta-análisis sobre niños adoptados (Swinton, 2011), muestran que tanto en muestras combinadas (adopción nacional e internacional), como en muestras separadas, estos tienen más problemas de comportamiento exteriorizado e

interiorizado que los criados en sus familias. La edad al momento de la evaluación, el género de los adoptados, y la duración del tiempo de convivencia con la familia adoptiva, puede moderar algunos de los problemas de conducta experimentado por las personas adoptadas. La adversidad preadoptiva y la calidad del estudio, sin embargo no han demostrado tener una influencia moderadora sobre el comportamiento de los niños/as adoptados.

En un estudio realizado con adolescentes acogidos en familias (Leathers, 2006), se indica que los factores que influyen en los problemas de comportamiento son diversos: los cambios de emplazamiento, los emplazamientos grupales, la ausencia o inconsistencia de las visitas de los padres, un débil control social, un escaso apego a los cuidadores adoptivos y una pobre implicación con los recursos sociales del entorno. Se encontraron menores problemas de conducta en chicos con mayor apego a sus familias acogedoras y en chicas con un mayor éxito académico. Los cambios de emplazamiento se relacionaron directamente con los problemas de comportamiento en los chicos. Otro estudio similar realizado con adolescentes en familias de acogida indica que los problemas exteriorizados-interiorizados tendían a disminuir a lo largo del tiempo (McWey, Cui y Pazdera, 2010).

En una investigación llevada a cabo con 2067 adolescentes en situación residencial (Handewerk, Clopton, Huefner, Smith, Hoff y Lucas, 2010) se indicaron las siguientes diferencias de género: En la admisión las chicas tenían más problemática que los chicos (comorbilidad diagnóstica, baja autoestima, ideación suicida), también puntuaron más alto que los chicos en síntomas ansiosos y depresivos (evaluados al año del ingreso) pero sin embargo, en el momento de salida del centro, mostraron una mayor reducción de estos síntomas que los chicos.

En otro estudio longitudinal que trataba de determinar cuáles son las características de los jóvenes que se asociaron con problemas emocionales y de conducta en los primeros tres meses de internamiento se apreciaron también diferencias en función del género. En particular, una historia de abuso sexual se asoció con externalización en las niñas e internalización en los niños. Ingresar en el centro con una prescripción de medicación psicotrópica se asoció con internalización en ambos sexos y externalización en los niños solamente (Baker, Archer y Curtis, 2007).

Un estudio realizado en Israel con niños en situación residencial (Attar-Schwartz, S. 2008) mostró que los niños tienen mayores niveles de agresión y menos síntomas internalizados de depresión/ansiedad que en las niñas en el Inventario [*Child Behavior Checklist* CBCL]. Los niños de más edad, de familias no monoparentales y con menos problemas en la calidad del contacto con sus padres, tenían menos problemas psicosociales. Entre las características que se asociaron con mejores resultados se incluyen: niveles más bajos de violencia entre iguales y la realización de un mayor número de actividades después de la escuela. En otro estudio similar (Heflinger, Simpkins, Combs-Orme, 2000) en el que también se utilizó el CBCL para determinar el estado clínico de estos niños bajo custodia del estado se encontró que aproximadamente un tercio (34%) tenían problemas significativos. Las escalas reflejaban mayores dificultades en agresividad, delincuencia y conductas de evitación. El grupo más joven mostraba mayores problemas internalizados en el nivel clínico. Los que vivían en hogares familiares era más probable que tuvieran puntuaciones en el rango no clínico frente aquellos que vivían en hogares residenciales u otros emplazamientos grupales. No se encontraron efectos de género, etnia, estado de adjudicación, o el tiempo bajo custodia.

Por otro lado, la presencia de psicopatología de los padres es un hecho muy frecuente en esta población institucionalizada. En este sentido un meta-análisis sobre la asociación entre psicopatología de los padres y la presencia de conductas exteriorizadas e internalizadas en los niños (Conell y Goodman, 2002), encontró que existía una relación más estrecha entre psicopatología en la madre y conductas internalizadas en los hijos.

Tal y como ha quedado reflejado en los estudios mencionados anteriormente, el apego es una variable relevante en los problemas exteriorizados-internalizados, así como en los tratamientos institucionales y en los procesos terapéuticos (Schuengel y van Ijzendoorn, 2001).

### 1.3 ACOGIMIENTO RESIDENCIAL Y ADAPTACIÓN ESCOLAR

Aunque el éxito en la educación es un factor crucial que determina los estilos de vida adultos y la inserción social (Jackson y Martín, 1998), no existen datos sistemáticos ni estadísticos oficiales sobre el nivel educativo alcanzado. El Reino Unido es el primer país, y de momento el único, que ha iniciado un cambio político y legislativo profundo en relación a la disponibilidad de datos estadísticos sistemáticos sobre los resultados educativos de los jóvenes atendidos en su sistema de protección social a la infancia (Boada y Casas 2010).

Diversas investigaciones científicas muestran que los chicos y chicas que provienen del sistema público de protección social a la infancia están sobrerrepresentados en prácticamente todos los indicadores de desventaja social disponibles en la UE (eg. pobreza, problemas de vivienda, desempleo, actividades delictivas y embarazos adolescentes) y que además presentan niveles muy inferiores a la media poblacional en diversos indicadores de salud y en el nivel de la formación alcanzada (Broad, 2005; Christoffersen, 1994). Se trata por tanto de un grupo de población en alto riesgo de exclusión social no sólo cuando entran en el sistema de protección, sino también después de haber estado en el mismo.

En la revisión de la literatura científica recogida sobre este tema, presentamos una relación de los escasos estudios llevados a cabo en los últimos diez años en España sobre los jóvenes que han pasado por el sistema de protección a la infancia, y en especial, en las modalidades de atención residencial (del Valle, Bravo, Álvarez y Fernanz, 2008; García Barriocanal, Imaña y de la Herrán, 2007; Inglés, 2005 y ASJTET, 2008) y acogimiento

familiar (Montserrat Boada, 2008; del Valle, López, Montserrat y Bravo, 2008). Existen otras publicaciones más recientes que analizan los itinerarios formativos de los jóvenes ex-tutelados derivadas del estudio europeo *Young People from a Public care background Pathways to Education in Europe* (YIPPEE) (Casas, Boada y Malo, 2010).

En una revisión de los estudios existentes en España Boada y Aznar, 2010 señalan que los niños tutelados presentan más problemas de rendimiento académico, obtienen menos graduados en la ESO y que menos de un 6% llegan a cursar estudios universitarios. Al mismo tiempo es un hecho conocido que los jóvenes tutelados abandonan la escuela prematuramente cuando llegan a la edad adulta y deben emanciparse mucho antes que los jóvenes de su edad y dejar de estudiar. El modelo de bienestar español no prevé ayudas de carácter universal que permitan continuar los estudios cuando el joven alcanza los 18 años. Cataluña es una de las pocas Comunidades Autónomas que cuenta con un servicio de atención a los jóvenes ex tutelados en el que se ofrecen ventajas para el acceso a una vivienda, a la formación, la inserción laboral o ayudas económicas. El Área de Apoyo a Jóvenes Tutelados y Extutelados (ASJTET) depende de la DGAIA, está destinada a jóvenes entre 16 y 21 años (especialmente aquellos procedentes de un Acogimiento residencial). Los datos mostrados por el señalan el incremento de la población atendida por estos programas (ASJTET, 2008).

Pachón (1999) resaltaba que el 69% de los niños tutelados en el momento del ingreso tenía un nivel de escolarización que no correspondía a su edad y en el 54% su nivel de motivación era bajo, debido a los largos periodos de absentismo escolar que habían tenido. Por otro lado Martín y Dávila, (2008) señalaron como los niños tutelados son percibidos como más conflictivos y menos integrados en la escuela, tanto por sus iguales

como por los profesores, aunque no encontraron diferencias en los problemas de aislamiento.

Otros estudio realizado en Grecia evaluó la adaptación social, y el comportamiento en la escuela de 41 niños de 9 años de larga estancia en cuidado residencial en comparación con aquellos criados en su familia (Vorria, Wolkind, Rutter, Pickles y Hobsbaum, 1998). Las observaciones realizadas en las aulas mostraron que en comparación con sus compañeros de clase los menores criados en instituciones eran más inatentos, participaban con menos frecuencia en las actividades de clase, tenían más probabilidades de ser pasivos o de estar implicados en actividades alternativas no productivas: En el patio de recreo, rara vez interactuaban con los niños no institucionales y en ambas escalas de evaluación conductual (padres y maestros) mostraron mayor alteración. También mostraron relaciones de confianza menos armoniosas con los compañeros frente a los criados en familias, y buscaban más el afecto de los maestros.

En suma, la situación escolar de los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en el sistema de protección se conoce relativamente poco. Se pone de manifiesto, cómo durante décadas, el tema escolar no ha sido prioritario para la mayoría de los sistemas de protección europeos. A la vez, la mayoría de sistemas educativos no identifican a estos chicos y chicas como un colectivo con necesidades específicas. Esto ha provocado un doble discurso: para los profesionales y responsables de protección, el tema escolar es responsabilidad de la escuela; para los responsables y profesionales del sistema educativo, las necesidades de estos niños y niñas son responsabilidad de los servicios de protección. A ello hay que añadir la invisibilidad estadística, que ha contribuido a que no hubiera debate social ni se implementaran programas desde ninguna de las dos instancias. La situación constituye un reto urgente por la desigualdad

de oportunidades educativas, que supone un alto riesgo de exclusión social para muchos de los jóvenes procedentes del sistema de protección social a la infancia.

#### **1.4 EFECTO DEL TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACIÓN**

Tal y como hemos comentado anteriormente las experiencias tempranas de institucionalización son un factor de riesgo muy importante para el desarrollo (Kreppner *et al.*, 2007) pero los programas residenciales no tienen porqué ser necesariamente una experiencia negativa para todos los niños (Arteaga y del Valle, 2001; Martín, *et al.* 2007).

El papel que ejerce la propia institucionalización en el desarrollo del menor, y sobre todo en aspectos psicológicos y sociales, ha sido un controvertido objeto de debate. Fernández, Álvarez y Bravo, (2003) se centraron en analizar el impacto de la institucionalización sobre la integración socio-laboral posterior, mientras que Palacios (2003) desestimó el efecto del tiempo priorizando los efectos atribuibles a los reiterados cambios residenciales.

La valoración que los propios menores tutelados hacen del servicio que reciben es en general positiva, aunque tiende a ser peor cuanto más tiempo llevan en los dispositivos de acogimiento residencial (Martín y González, 2007). También se ha encontrado que el tiempo de acogimiento tiene un efecto modulador del sobre la eficacia de los programas de acogimiento residencial en la mayoría de áreas, salvo en integración social y escolar (Arteaga y del Valle, 2001; Martín *et al.*, 2007). Fernández-Millán, Hamido-Mohamed y Ortíz-Gómez (2009) encontraron que el tiempo de acogimiento covaría de forma positiva con el comportamiento agresivo y con los problemas escolares y negativamente con la adaptación social. Más recientemente Martín, García y Siverio (2012) indicaron que el

motivo de ingreso y periodo evolutivo tienen un efecto sobre la inadaptación personal autoinformada, pero no así el tiempo de acogimiento.

López *et al.*, (2010) indicaron que el perfil de niños/adolescentes con larga estancia en acogimiento residencial, está compuesto por aquellos con edades más avanzadas, que presentan más problemática en relación a su salud, problemas conductuales y bajo rendimiento escolar. Es difícil determinar si el tiempo influye en estos problemas o los problemas que presentan los niños y adolescentes previamente son una limitación para la implementación de otras medidas de protección.

La gama de problemas y necesidades cambiantes de los niños y adolescentes acogidos ha hecho que los retos que afronta en la actualidad el sistema de acogimiento residencial y los profesionales que en él desarrollan su trabajo sean enormes y requieran reforzar su formación y sus recursos.

Para que los programas de acogimiento tengan efecto debe existir un periodo mínimo de adaptación al nuevo contexto y el tiempo de estancia debe estar supeditado a los objetivos planteados en el plan de trabajo. Tal como indican Martín *et al.*, (2007) no se trata de limitar al máximo el tiempo de estancia, sino de seleccionar en qué casos puede ser más favorable el empleo de dicha medida de protección frente a otras, así como incrementar los recursos individuales y oportunidades de acceso a los diferentes recursos de protección posibles.

### 1.5 TEORÍA DEL APEGO Y ESTILOS DE APEGO

La teoría del apego formulada inicialmente por Bowlby (1969) y Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) explica los efectos de los vínculos tempranos de protección en el desarrollo psicológico del niño, así como los efectos que produce el no haber desarrollado tales vínculos. A lo largo de las distintas interacciones con las figuras cuidadoras el niño va construyendo gradualmente un conjunto de conocimientos y expectativas sobre la forma cómo esas figuras actúan y responden a sus demandas de ayuda y protección.

La interacción entre el niño y sus figuras de apego tiende a convertirse en un sistema representacional interno llamado Modelo de trabajo interno o *Internal Working Models* (IWMs). El IWMs contiene expectativas y estrategias para manejar las relaciones interpersonales, realizar conductas de exploración, regular las emociones y hacer frente al estrés. Incluye tanto la representación mental de la relación con las figuras de apego como la representación mental de sí mismo o *self*.

**Cuadro 7. Patrones en los estilos de apego**

		Modelo de sí mismo	
		Positivo	Negativo
Modelo de los otros	Positivo	<i>Seguro</i>	<i>Ansioso</i>
	Negativo	<i>Evitativo</i>	<i>Temeroso</i>

Fuente: Breñilla, Carreras y Brizzio (2011). Revaluación de los estilos de apego en adultos. Recuperado de [www.adisamef.com/.../apego/6\\_estilos\\_de\\_apego\\_en\\_adultos.pdf](http://www.adisamef.com/.../apego/6_estilos_de_apego_en_adultos.pdf)

Las diferencias existentes en la calidad del lazo afectivo entre hijos y padres se corresponden con diferencias individuales en el modelo de trabajo interno de sí mismo y de los otros. Si un individuo muestra una elevada calidad de apego es más probable que se perciba a sí mismo como una persona valiosa y que perciba que el mundo es más predecible y positivo. Al contrario si muestra una baja calidad de apego es probable que se perciba así mismo como poco valioso y al mundo como impredecible e incluso hostil.

Existe acuerdo entre los autores en la definición de estilo de apego seguro, que se caracteriza por la comodidad con la cercanía en las relaciones y la autonomía. El estilo de apego inseguro sin embargo se designa de diferentes formas según los modelos. Más abajo, en el cuadro 8, podemos encontrar un resumen de la terminología empleada por diferentes autores. Así el *apego ansioso o preocupado* se caracteriza por la preocupación por el abandono y el deseo intenso de intimidad (George, Kaplan y Main, 1985; Hazan y Shaver, 1987; Bartholomew y Horowitz, 1991). El estilo de apego *devaluador o resistente* refiere a la incomodidad con la intimidad y la independencia (George, Kaplan y Main, 1985; Bartholomew y Horowitz, 1991). El estilo de apego *evitativo o temeroso* se manifiesta en la desconfianza y el miedo a que se le pueda herir a uno en las relaciones íntimas (Hazan y Shaver, 1987; Bartholomew y Horowitz, 1991). Estas propuestas constituyen la referencia en el estudio del apego adulto.

Generalmente suele asumirse que el apego se establece tempranamente durante las relaciones del niño con los padres, permaneciendo relativamente estable durante la adolescencia y la vida adulta (Allen y Land, 1999). En este sentido Main, Kaplan y Cassidy (1985) en un estudio realizado con la Entrevista de Apego Adulto [*Adult Attachment Interview AAI*] encontraron una concordancia significativa entre la organización de la

figura de apego en esta entrevista y la organización del comportamiento de apego del niño con esa figura en la situación extraña. Es decir que existe una generalización entre el patrón de apego construido con los padres a otras relaciones desde la infancia (Scheider, Atkinson y Tardif, 2001).

**Cuadro 8. Estilos de apego.**

MODELO	ESTILO DE APEGO			
	SEGURO	INSEGURO		
George, Kaplan y Main (1985)	Autónomo-seguro	Preocupado	Devaluadora	
Hazan y Shaver,(1987)	Seguro	Ansioso-ambivalente	Evitativo	
Bartolomew y Horowitz,(1991)	Seguro	Preocupado	Resistente	Temeroso

Fuente: González, R., Ysern, L., Martorell, C., Matéu, C., y Barreto, P. (2011). Relaciones entre psicopatológica y apego en la adolescencia. *RIDEP*, 1(29), 9-26.

En otro estudio más reciente (Karreman y Vingerhoets, 2012), se pretendía obtener un mejor conocimiento de las asociaciones entre los estilos de apego y el bienestar psicológico, analizando el posible papel de mediación de la regulación emocional (como reevaluación y supresión) y la resiliencia. Se encontró que los estilos de apego seguro y evitativo se asocian a un mayor bienestar, mientras que el apego preocupado era el estilo de apego con el resultado más desfavorable. El apego temeroso sin embargo no estaba directamente relacionado con el bienestar. Los resultados del modelo de mediación múltiple revelaron una relación única con la regulación emocional y la resiliencia para cada estilo de apego, explicando las conexiones con el bienestar. Estos resultados proporcionan evidencias que explicarían por qué las personas difieren en el bienestar psicológico en función del estilo de apego.

## **1.6 PROBLEMAS EXTERIORIZADOS-INTERIORIZADOS Y SU RELACIÓN CON EL APEGO.**

Desde sus inicios, la teoría del apego ha intentado explicar los procesos de desarrollo de la psicopatología en general. Bowlby en 1944 evidenció el impacto de la privación precoz de cuidados familiares en un estudio con 44 jóvenes delincuentes que habían sufrido esta experiencia.

Posteriormente se han realizado diversas investigaciones que resaltan la importancia de la teoría del apego y su relación con la psicopatología (Rutter y Sroufe, 2000) y señalan que las dificultades en las relaciones tempranas a menudo constituyen la base de trastornos en procesos evolutivos que pueden llevar a síntomas psicológicos.

El apego parece tener influencia en la capacidad de regulación emocional (Cook, Chaplin, Sinha, Tebes, y Mayes, 2012) como en los problemas de comportamiento, tanto internalizados (eg. depresión, ansiedad) como exteriorizados (eg. agresión, delincuencia). Los resultados de los estudios longitudinales muestran que el apego evaluado con el *Inventory of parental and peer attachment (IPPA)* y los indicadores de conducta problemática del adolescente se mantienen estables en el tiempo, aunque existan diferencias en la estabilidad entre los constructos (Allen, Porter, McFarland, McElhaney y Marsh, 2007; Buist, Dekovic, Meeus, Marcel, y van Aken, 2004). Por otro lado también conocemos que la adolescencia es un periodo donde los problemas emocionales y conductuales muestran un incremento notable en sus prevalencias (Moffit, 1993).

Las estrategias comportamentales condicionales, un concepto importado de la Biología (Main, 1990), contribuyen también a la comprensión de la relación entre psicopatología y apego. Esas estrategias forman parte del “equipaje” que posee el individuo

para adaptarse al medio, pudiendo distinguirse estrategias primarias y secundarias. Las estrategias primarias se integran en el sistema comportamental principal y son sensibles tanto al contexto como a las condiciones de activación del mismo (por ejemplo, la búsqueda de proximidad de la figura de apego será una estrategia primaria en situación de alarma). Las estrategias secundarias, incluyen patrones comportamentales cuyo objetivo es minimizar o manipular las respuestas no adaptativas del sistema comportamental principal. Estas estrategias secundarias fueron llamadas de minimización-maximización por Main (1990) y de desactivación-hiperactivación por Kobac, Cole, Ferenz-Guillies, Fleming y Gamble (1993).

Main (1995) considera que el rechazo y la resistencia/ambivalencia en las relaciones de apego constituyen estrategias secundarias para afrontar situaciones de estrés. A través del rechazo, los individuos tienden a alejar la atención de condiciones potencialmente amenazantes, en contraste con la hipervigilancia y preocupación hacia la accesibilidad de la figura de apego, característica de los individuos con resistencia o ambivalencia.

A nivel de comportamiento, la desorganización del apego puede manifestarse en situaciones de estrés a través de secuencias o simultaneidad de comportamientos contradictorios, de comportamientos bizarros, de posturas anómalas y de estereotipias, entre otros (Main y Solomon, 1990).

En jóvenes y adultos, la desorganización puede encontrarse en las narrativas sobre experiencias de apego adversas o de naturaleza traumática (eg. experiencias de pérdida o abuso) a través de lapsos en la organización del discurso, en la organización del

pensamiento y a través de reacciones comportamentales que revelen un trastorno significativo.

La segregación de la información traumática, por su naturaleza defensiva, tiene beneficios a corto plazo, permitiendo a los individuos funcionar de forma adaptativa. No obstante, a largo plazo, existen riesgos de falta de adaptación asociados a este proceso, ya que, según Bowlby (1980), los modelos segregados no pueden bloquear la consciencia indefinidamente, por lo que es muy común que esta forma de exclusión defensiva falle en los momentos en que los individuos más necesitan de estas defensas, es decir, cuando experimentan situaciones internas o externas que se evalúan como amenazantes.

De acuerdo con el modelo de desorganización del apego, la sintomatología clínica surge cuando el desajuste del sistema de apego deja inmerso al individuo en sentimientos de desesperanza, vulnerabilidad, miedo al abandono o pérdida de control (George, West y Pettem, 1999).

Se han encontrado diferencias significativas en las clasificaciones del apego entre muestras clínicas y no clínicas (Brown y Wright, 2003). La literatura científica en adolescentes y adultos apoya la existencia de asociaciones entre inseguridad de apego y psicopatología, mientras que el estilo de apego seguro se ha relacionado con adaptación, competencia social y emocional (Allen, Marsh, McFarland, McElhaney, Land, Jold y Peck, 2002). Con todo, las diferentes clasificaciones de apego no se asocian a patologías específicas, en general la literatura relaciona estilos inseguros de apego con varias de ellas. Por ejemplo, la clasificación diagnóstica depresión, no está exclusivamente conectada con la categoría “no resuelto” de apego adulto. Aún más, la relación entre trastorno oposicionista, trastorno disocial y apego indiferente no es convincentemente clara, al igual

que entre trastornos afectivos y el tipo de apego preocupado. Los estudios se encuentran todavía en un abordaje descriptivo, siendo necesario avanzar hacia modelos más comprensivos sobre los mecanismos y procesos inmersos en las relaciones entre apego y psicopatología (Soares y Dias, 2007).

El patrón de “desapego emocional/inhibición” y el patrón de “indiscriminación social/desinhibición” surgen en condiciones similares de riesgo por ambientes de crianza atípicos según Zeanah, y Smyke, (2008). Kreppner, *et al.* (2007) indican que existe una asociación entre el apego desinhibido y la crianza institucional como un tipo de secuela de la misma, pero que no existe un incremento significativo del riesgo en relación a la duración de la privación institucional por debajo de la edad de seis meses.

Los trastornos del apego según (O'Connor, Bredenkamp y Rutter, 1999) están asociados positivamente con la duración de la deprivación severa aunque un número sustancial de niños con factores resilientes no desarrollen estos síntomas. Una edad de adopción tardía se ha relacionado con un mayor volumen de la amígdala, peor regulación emocional y mayores niveles de ansiedad (Tottenham, *et al.*, 2010). El estilo de apego inseguro (incluye el evitativo y ambivalente), en comparación con el estilo de apego seguro, es más frecuente en niños institucionalizados (Muris y Mass, 2004; Wallis y Steele, 2001).

La existencia de traumas no resueltos relacionados con figuras de apego, como abuso psíquico, sexual y de maltrato en la infancia se han relacionado también con apego inseguro (Bailey, Moran y Pederson, 2007; Wallis y Steele, 2001). Asimismo los problemas exteriorizados-internalizados se asocian más frecuentemente con el estilo de

apego inseguro (Brumariu y Kerns 2010; Muris, Meesters y Van den Berg, 2003), existiendo una relativa estabilidad para ambos tipos de conductas.

En los resultados de un estudio reciente realizado en Portugal (Torres, Maia, Veríssimo Fernández y Silva, 2011) también se indica que los niños institucionalizados tienen menor seguridad en las representaciones de apego, menos habilidades verbales y mayor comportamiento agresivo en comparación con niños criados en su familia de alta y baja clase social. Las representaciones de apego se asocian con retirada social y la agresión independientemente de la edad, las habilidades verbales y la educación de los padres. El principal efecto de la institucionalización en la externalización de la conducta agresiva estaba moderado por la seguridad de las representaciones de apego.

Lyons-Ruth, (1993) señaló al apego desorganizado como un precursor en el desarrollo futuro de comportamiento agresivo. Greenberg, Speltz, y DeKlyen, (1993) estudiaron algunos factores asociados al TND (trastorno negativista desafiante) en niños en edad escolar encontrando cuatro dimensiones que predicen, según su investigación, este trastorno: el temperamento difícil, estrategias educativas parentales, la adversidad familiar y el apego inseguro. Ninguna de ellas aisladamente sirve como predictores de riesgo. Cuando un niño presenta al menos dos o más de estos factores de riesgo se incrementaría en 34 veces más la probabilidad de presentar un TND. Desde el punto de vista metodológico esta investigación está considerada como muy importante, así como su defensa de la acumulación de los factores de riesgo en la etiopatogenia de los trastornos de conducta.

Cuando se consideran múltiples factores de riesgo y protección la visión negativa de si mismo parece ser el mayor predictor de psicopatología (Muller y Lemieux, 2000). El

autoconcepto es fundamental para predecir psicopatología actual independientemente de la historia de abuso según McLewin y Muller (2006). Sin embargo, no existe acuerdo sobre esta cuestión, ya que otros autores indican que el autoconcepto no es un buen predictor de los problemas exteriorizados-internalizados (Nishikawa, Sundbom y Hägglöf, 2010).

Los adolescentes con problemas exteriorizados/interiorizados commórbidos puntuaban significativamente más bajo en las tres dimensiones de apego a los padres evaluadas por el IPPA cuando los comparamos con aquellos con problemas internalizados puros, exteriorizados puros y con el grupo control. Los adolescentes con problemas internalizados puros puntuaban más bajo en las dimensiones de apego a los compañeros en comparación con los otros grupos. Existen además diferencias entre sexo y edad en problemas internalizados siendo las mujeres y los adolescentes de mayor edad los que muestran más síntomas internalizados (Tambelli, Laghi, Odornisio, Notari, 2012).

En este sentido Rönnlund y Karlsson (2006) indican que las tres dimensiones de apego (confianza, incomodidad con la cercanía, preocupación en las relaciones) evaluadas por el Cuestionario de Estilo de Apego o *Attachment Style Questionnaire* (ASQ) explican el 48% de la varianza de las escalas internalizados, y que las chicas obtienen mayores problemas en síntomas internalizados del ASQ.

Un estudio con adolescentes (Gaschke y Yeshiva, 1995) encontró que existía una relación diferente para ambos sexos entre las dimensiones del apego, ciertos rasgos afectivos negativos (eg. ansiedad, hostilidad y depresión) y la ideación suicida. En los chicos se encontró una correlación más fuerte entre hostilidad y externalización de la causa del malestar mientras que en las chicas esta correlación se daba entre hostilidad e ideación suicida. En los chicos no se encontró que los rasgos afectivos negativos mediaran la

relación entre las dimensiones de apego y la ideación suicida. En cambio en las chicas la depresión mediaba la relación entre seguridad del apego a la madre e ideación suicida.

En este sentido otros autores (Harrison, Kimberly y Roosevelt, 2010) indican que la percepción de haber recibidos pobres atenciones de figuras cuidadoras incrementan la probabilidad de tener conductas autolesivas. Una baja autoestima media la relación entre la percepción de un pobre apego temprano y autolesiones.

Las relaciones de apego con los padres funcionan como mediador entre los problemas de conducta y los estilos negativos de control ejercidos por estos (Bosman, Braet, Leuwen y Beyers., 2006). También funcionan como mediador entre la presencia de síntomas psicopatológicos en los padres y en los hijos (Woodhouse, Ramos-Marcuse, Ehrlich, Warner y Cassidy, 2010).

La calidad parental también parece moderar la relación entre el apego temprano y la competencia social. Los niños con apego inseguro eran más sensibles a la calidad parental. Esto indica que los niños con apego inseguro son más maleables y abiertos al cambio que los que los que tienen un apego seguro ya establecido (Belsky, y Fearon, 2002).

La percepción de los cuidados parentales en términos de alta sobreprotección, rechazo y baja calidez emocional se ha asociado a altos niveles de psicopatología. (Muris, Mester y van der Beg, 2003). Esta percepción de rechazo y de un haber recibido cuidado ansioso por parte de los padres explican una gran parte de la varianza asociada a de los síntomas exteriorizados e internalizados y el estilo de apego juega un rol menos importante (Roelofts, Meesters Huurne, Bamelis y Muris, 2006). Además la percepción del cuidado parental en el adolescente influye diferencialmente en la sintomatología en función del sexo. En los chicos son la percepción de rechazo del padre y el estilo de apego inseguro

(evitativo/ambivalente) los que predicen mejor sintomatología exteriorizada e interiorizada mientras que en las chicas lo son el rechazo, la sobreprotección y un cuidado ansioso (Nishikawa y Sundbonm, 2009).

En otro estudio se indicó que las descripciones que los adolescentes hacen de la figura materna sólo se relacionaban con la intensidad de problemas exteriorizados en los chicos. Al contrario, las descripciones de la figura paterna estaban más relacionadas con la intensidad de problemas internalizados en las chicas (Besser y Sydney, 2007).

Deković, Buist y Reitz (2004), señalaron que el apego a los compañeros tiene un efecto protector sobre los problemas internalizados pero no para los exteriorizados. El estilo de apego también está relacionado con las conductas sexuales de riesgo. La ansiedad y la incomodidad en las relaciones se asocian a locus de controles externos, a la no utilización de métodos de protección y al uso de drogas previo a la relación sexual (Feeney, Peterson, Gallois y Ferry 2000; Gomez-Zapiain, 2005).

El apego a los padres y a los pares, por lo tanto, parece tener un efecto en los problemas de comportamiento del adolescente. Además Zegers, Schuengel, van Ijzendoorn y Janssens (2010) indicaron también que las representaciones de apego hacia los cuidadores predicen resultados terapéuticos en adolescentes institucionalizados. Cuando los adolescentes perciben al educador como disponible y como una base segura la hostilidad se disminuye.

Estos hallazgos sugieren que existen caminos comunes por los que ambos padres promueven sintomatología en los hijos también existen caminos distintos para el padre y para la madre en función del género de los adolescentes (Roeloffs, Meesters Huurne,

Bamelis y Muris, 2006). Así como la importancia del apego a otras figuras cuidadoras en los resultados terapéuticos de niños y adolescentes en ambientes residenciales.

### **1.7 LA ADOLESCENCIA Y EL APEGO**

La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la adultez que se ha construido culturalmente y que por lo tanto a diferencia de la pubertad no se puede considerar inmutable dadas las diferencias culturales (Arnett, 2000). A lo largo de las últimas décadas se ha venido produciendo un adelanto gradual en la edad de inicio de la pubertad, de tal forma que algunos de los primeros cambios físicos pueden comenzar a edades tan tempranas como los 8 años. Las mejores condiciones de vida, pero también la influencia de ciertos agentes contaminantes sobre el sistema endocrino pueden tener la responsabilidad de este adelanto (Oliva, 2011). Sin embargo el periodo comprendido entre los 18 y los 25 años, que tradicionalmente suponía la adquisición de responsabilidades y roles que marcaban el inicio de la adultez, se ha transformado en una etapa de prolongación de la adolescencia que Arnett (2000) ha denominado “adultez emergente”.

Uno de los principales debates teóricos en el campo de la psicología evolutiva es el referido a la consideración de la adolescencia, bien como un periodo de frecuentes conflictos familiares y de intensos problemas emocionales y conductuales, bien como una transición evolutiva tranquila y sin especiales dificultades (Sánchez-Queija y Oliva, 2003). El punto de coincidencia entre todos los investigadores es que en esta etapa se producen sustanciales transformaciones en la personalidad, al mismo tiempo que se define una identidad sexual y personal independiente de los padres y se elabora un proyecto de vida.

En esta etapa la búsqueda de la autonomía es de crucial importancia, esto hace que las relaciones afectivas con familiares y pares cobren nuevos significados. Así la adolescencia será una etapa de transición de las dependencias de las relaciones parentales a las de los iguales (Berlin y Cassidy, 1999). El adolescente progresivamente da mayor importancia a la relación con los iguales y modifica la relación con sus padres. El apego por tanto parece tener un papel muy importante en la capacidad de los adolescentes para afrontar los cambios en su propio desarrollo y en otros posibles desafíos relacionados con adquirir una mayor autonomía de sus figuras de apego primarias (Brown y Wright, 2001).

El estilo de apego seguro en la adolescencia, se ha relacionado con la capacidad de mantener referencias, mientras se negocia la autonomía con las figuras de apego, y con el desarrollo de estrategias para regular las emociones asociadas a este proceso. Así el adolescente exploraría la independencia cognitiva y la emocional, a través de la adquisición de autonomía en el pensamiento, dentro de una fuerte relación con los padres, que actúan como base segura. La base segura padre-adolescente parece mostrarse en el respeto mutuo en los desacuerdos, la des-idealización del padre, la sensibilidad y el apoyo parental (Allen *et al.*, 2003)

En la literatura se encuentran diferentes versiones de lo que sucede al final de esta etapa. Muchos estudios indican que existe un debilitamiento en las relaciones con los iguales en la medida que abandonan la adolescencia, simultáneamente, ganan confianza en sí mismo y se implican en relaciones de pareja (McElhaney, Allen, Stephenson y Hare, 2009). Otros estudios, sin embargo, indican que existe un fortalecimiento de las relaciones debido a un aumento de la competencia social (Rubin, Coplan, Nelson y Lagace-Seguin,

1999). Estas discrepancias pueden ser debidas a que dichos estudios han prestado atención a diferentes aspectos o facetas de la relación con los iguales.

Según Gallego, Delgado y Sanchez-Queija (2011) el aumento del apego entre iguales está asociado al paso del tiempo. Aquellos adolescentes que recordaban un alto afecto parental obtuvieron puntuaciones superiores en apego con iguales, apoyando la continuidad entre relaciones afectivas en estos momentos temporales. Estos autores también señalan que la influencia materna en las relaciones con iguales resultó ser superior a la paterna.

En otro estudio realizado con el IPPA (Baiocco, Laghi y Paola, 2009) se realizaron clasificaciones en 4 grupos en función de la calidad del apego a padres y amigos: 1) elevado para ambos 2) bajo en ambos 3) elevado en padres y bajo para amigos 4) elevado en amigos y bajo para padres. Se encontró que el grupo 1 y 3 eran los más optimistas y se mostraron más satisfechos con su vida. Además el grupo 1 y 4 expresaron mayores niveles de regulación y autoeficacia.

En cuanto al género y a la edad se han observado diferencias aunque no se ha llegado a un consenso. Respecto a la edad algunos autores no han observado diferencias significativas (Seiffe-Krenke, 2006). Sin embargo otros autores (Carreras, Brizzio, González, Mele y Gasullo, 2008) indican que existen diferencias entre los adolescentes más jóvenes (12-14 años) y los de edades comprendidas entre 18 y 20 años, siendo los más jóvenes los que presentan mayores indicadores de ansiedad en el estilo de apego a pares como en relaciones de mayor intimidad. Pace, San Martín y Zavattini (2011) refieren que son los adolescentes de 16 años los que muestran menos seguridad del apego a los padres frente al resto de edades.

En cuanto al género se ha observado que no está relacionado con la clasificación global del apego (Allen, 1999). Así en los chicos predominaba el apego resistente y en las chicas el autónomo o preocupado y ansioso o temeroso evitativo. En relación también con esta variable, Peace *et al.* (2011) indican que los varones tienen puntuaciones más bajas en la escala alienación del IPPA-padres frente a las chicas. Sin embargo las chicas obtienen mayores puntuaciones en seguridad, confianza y comunicación en el IPPA-pares frente a los varones.

Dentro de las principales conclusiones de un meta-análisis recientemente publicado sobre apego a los pares, Gorresse y Rugieri (2012), destacan que el apego a los padres se correlaciona moderadamente con el apego a los pares. Se encontró que las mujeres se encontraban significativamente más unidas a sus compañeros y que la correlación entre la edad y el apego a los pares no fue significativa.

## 1.8 EVALUACIÓN DEL APEGO EN LA ADOLESCENCIA

El estilo de apego seguro parece tener un papel fundamental a la hora de ayudar al adolescente a afrontar los desafíos que ofrece esta etapa evolutiva.

El apego, como todas las variables psicológicas, es un constructo. Al no poder ser observado directamente debe inferirse a partir de los comportamientos del individuo (Main y Solomon, 1999). En España tanto la investigación fundamentada en la teoría del apego como en la construcción de instrumentos psicométricos ha sido escasa. La mayor parte de los instrumentos utilizados son aquellos diseñados y desarrollados por investigadores en Estados Unidos o Europa y pocos han sido adaptados en España. Es por este motivo que los investigadores y clínicos tienen escasas opciones muy limitadas a la hora de elegir un instrumento autoadministrado para evaluar este constructo.

La evaluación del apego en personas adultas comenzó a finales de los años 80 pero el estudio del apego en la adolescencia ha sido muy limitado hasta hace bastante poco.

La Entrevista del Apego en el adulto [*Adult Attachment Interview* AAI] de George, Kaplan y Main, 1985 es uno de los instrumentos de carácter narrativo más ampliamente utilizados para medir el apego en la edad adulta y en la adolescencia. Evalúa la capacidad de tener acceso a diferentes experiencias y recuerdos sobre el apego y de integrarlas de una forma coherente. Numerosos estudios han discutido la validez del AAI con adolescentes, tanto por la dificultad de evaluar la organización del apego en una etapa evolutiva de mayor ambivalencia hacia las figuras primarias de apego, como por la mayor reticencia de estos en comparación con los adultos a responder entrevistas. Además su aplicación requiere de formación especializada y entrenamiento.

En lo que se refiere a las entrevistas en la preadolescencia y principio de la adolescencia, destacan estas tres: la *Child Attachment Interview* (CAI; Shmueli-Goetz, Target, Fonagy y Datta, 2008), la *Attachment Interview for Childhood and Adolescence* (AICA; Ammaniti, van Ijzendoorn, Speranza y Tambelli, 2000) y la prueba proyectiva *Separation Anxiety Test* (SAT; Wright, Binney y Smith, 1995). También es posible evaluar el apego entrevistando a los cuidadores principales, tal y como se plantea en la *Attachment Disturbances Interview* (ADI; Smyke y Zeanah, 1999).

Entre las principales medidas de autoinforme que permiten evaluar estilos de apego en adolescentes estaría el Cuestionario de Apego en el Adulto [*Adult Attachment Questionnaire* AAQ] de West, Rose, Spreng, Sheldon-Kelly y Adam, 1998 y El cuestionario de estilo de Apego [*Attachment Style Questionnaire* ASQ] de Feeney, Soller y Narran, 1994. Sin embargo ninguno de ellos está adaptado en España.

El cuestionario de trastornos del apego de Randolph [RADQ; *Randolph Attachment Disorder Questionnaire*]. Es una escala de 30 ítems con alternativa de respuesta tipo Likert de 1 a 5 que evalúa el constructo “trastorno del apego”. Fue desarrollado por Margaret Randolph del centro para el tratamiento del apego de Evergarten, USA. Incluye además un sistema de análisis que permite descartar el maltrato sin problemas de apego. Sería una herramienta útil para niños con antecedentes de maltrato pero solo ha sido traducida y adaptado en Chile por Méndez Tapia y González Bravo (2002).

Dentro de los instrumentos validados en nuestro país podemos citar estos tres en los cuales los detendremos más adelante.

El PBI (Parker, Tupling y Brown, 1979). Adaptado por Gómez-Beneyto, Pedrós, Tomás, Aguilar y Leal (1993)

El CaMir (Pierrehumbert, Karmaniola, Sieye, Meisler, Miljkovitch y Halfon, 1996).

Adaptado por Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierhumbert, (2011)

El ARSQ (Scharfe, 1997). Adaptado por Magaz, Chorot, Sandín, Santed y Valiente, (2011)

El Instrumento de Lazos Parentales [*Parental Bonding Instrument PBI*] de Parker, Tupling y Brown, 1979 es una escala que busca evaluar el recuerdo que tiene el individuo sobre el comportamiento y actitud de sus padres durante su infancia- adolescencia, en términos de cuidado y sobreprotección, discriminando la relación con cada uno de los progenitores (madre/padre). Esta prueba consiste en dos escalas denominadas “afecto” y “control” y evalúa los estilos parentales percibidos. Fue adaptada por Vallejo, Villada y Zambrano en población colombiana en el 2007 y en España por Gómez-Beneyto, Pedrós, Tomás, Aguilar y Leal 1993). Estos autores realizaron la traducción al español y administraron el PBI en una muestra de 205 españolas primíparas 3 días posteriores al parto. Evaluaron la fiabilidad, la estructura factorial del IPPA y la validez predictiva de los trastornos afectivos. La versión en español del PBI tiene características psicométricas similares a las descritas en otras culturas. Sin embargo, los resultados sugieren que el poder predictivo del factor "Control" en los trastornos afectivos pueden ser mejorados mediante su división en dos subfactores: "Sobreprotección" y "Moderación".

EP PBI consta de 25 ítems, incluye 13 para afecto y 12 para control. La conversión de estas dimensiones en categorías de apego se realiza según Parker (1989) de la siguiente manera: a) apego seguro: cuidado alto y sobreprotección bajo b) apego preocupado: cuidado y sobreprotección altos o cuidado bajo y sobreprotección alto c) apego evitativo:

cuidado y sobreprotección bajos. El PBI tiene el inconveniente de no evaluar concretamente el constructo apego a figuras parentales sino estilos educativos que tal y como hemos visto anteriormente si se relacionan con el apego y los problemas de conducta exteriorizados-internalizados.

El Cuestionario sobre las de Relaciones de los Adolescentes [*Adolescent Relationship Scales Questionnaire ARSQ*], constituye una adaptación llevada a cabo por Scharfe (1999) del cuestionario para adultos de Bartholomew y Horowitz, (1991). Este cuestionario ha sido adaptado recientemente a España por Magaz, Chorot, Sandín, Santed y Valiente, (2011) y permite obtener puntuaciones para los 4 siguientes estilos de apego: seguro, preocupado, evitativo, miedoso. La versión final de la adaptación incluye solo 12 ítems y su fiabilidad es baja. Tiene el inconveniente de que sólo evalúa apego con iguales.

El CaMir-R (Pierrehumbert, Karmaniola, Sieye, Meisler, Miljkovitch y Halfon, 1996) es otro cuestionario que ha sido adaptado recientemente por Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierhumbert, (2011). Se trata de una versión reducida del cuestionario de apego adulto del CaMir original. Según los autores puede ser administrado independientemente de la estructura familiar en la que esté inmerso el adolescente evaluado y proporciona medidas continuas de las dimensiones de apego en lugar de categoriales. Este instrumento permite obtener 7 dimensiones: 1 (Seguridad), 2 (Preocupación familiar), 3 (Interferencia con los padres), 4 (Autoridad), 5 (Permisividad parental), 6 (Autosuficiencia), 7 (Traumatismo infantil). Sin embargo, los autores indican que la dimensión 5 (Permisividad parental) no obtuvo una consistencia interna adecuada. Este cuestionario evalúa 3 prototipos de apego: Seguro, Evitativo y Preocupado. Para ello se utilizan las correlaciones entre las 7 dimensiones con los prototipos de apego. La

dimensión 1 (Seguridad) se asocia a apego seguro y las dimensiones 3 (Interferencia con los padres), 6 (Autosuficiencia) y 7 (Traumatismo infantil) se asocian a apego inseguro. Sin embargo, la dimensión 2 (Preocupación familiar) no se ha asociado a Apego preocupado y las dimensiones 4 y 5 han mostrado correlaciones de baja magnitud con estilos de apego. Al tratarse de un cuestionario que deriva de un instrumento empleado con adultos el enunciado de los ítems se refiere al pasado y no al presente actual del adolescente con lo que en algún momento puede llevar a confusión por ejemplo en el ítem 25 “De adolescente nadie en mi entorno entendía del todo mis preocupaciones”. Muchos de los ítems incluyen tanto la exposición a cuestiones traumáticas o de violencia como la percepción de estilos educativos en los padres que se confunden con estilos vinculares.

Finalmente cabe destacar el Inventario de Apego a Padres y Pares [*Inventory of Parent and Peer Attachment IPPA*] de Armsdem y Greenberg, 1978. Tiene la ventaja de estar diseñado específicamente para adolescentes. Es uno de los cuestionarios más conocidos y los últimos años se incrementado su utilización en diferentes investigaciones internacionales (Corresse y Ruggieri, 2012; Wilkinson y Walford, 2001). El IPPA evalúa la percepción de la calidad de las relaciones del adolescente con sus padres y sus amigos y se desarrolló con adolescentes desde los 12 a los 19 años. Además de proporciona los tres estilos de apego postulados por Ainsworth: seguro, evitativo y ambivalente. Mide las relaciones del adolescente con sus padres y compañeros.

Jonson, Ketring, Abshire y (2003) construyeron el Inventario de Apego con Padres Revisado [*Revised Inventory of Parental Attachment RIPPA*] con el fin de analizar como se relacionaban los patrones de apego familiares entre adolescentes y sus padres. El RIPPA a

pesar de no tener los mismos factores que el IPPA en su estructura, también evalúa el apego parental.

Si bien en adolescentes las opciones de autoinforme para evaluar el apego son limitadas, lo son más en el caso de los niños. El IPPA ofrece la posibilidad de evaluar mediante autoinforme el apego en niños en algunas de sus adaptaciones como son:

El cuestionario Personas en mi vida [*People in my Life* PIML] de Ridenour, Grenberg y Cook, 1995 evalúa las percepciones sobre las relaciones de apego en niños en edad escolar. Ha sido adaptado en Colombia por Camargo et al (2007) pero no en España.

También derivado del IPPA tenemos la versión revisada [*The Inventory of parent and Peer attachment revised* IPPA-R] de Gullone y Robinson, 2005. Esta fue administrada tanto a adolescentes como a niños y ha ofrecido apoyo para su validez y fiabilidad en niños de entre 9 y 15 años.

La adaptación en España de estos cuestionarios al disponer de la misma estructura factorial que el IPPA, permitiría realizar comparaciones entre distintas etapas evolutivas.

Existe la posibilidad de clasificar de estilos de apego a través de las puntuaciones obtenidas en un inventario. Armsden y Greenberg, 1987 presentaron unas reglas lógicas para la clasificación del apego seguro en “alta seguridad” y “baja seguridad”. Los participantes que obtuvieron alta Confianza y Comunicación y baja Alienación eran designados como de alta seguridad en el apego. Sin embargo los autores sólo pudieron clasificar a los participantes como seguros o inseguros sin poder discriminar los diferentes tipos de inseguridad al apego.

Vivona (2000) sugirió el uso de las tres subescalas del IPPA (Armsden y Greenberg, 1978) para evaluar diferencias individuales en las categorías de apego

señaladas por Ainsworth en 1970 (ver cuadro 9). Las reglas de clasificación de Vivona (2000) con su sintaxis del SPSS fueron facilitadas para esta investigación por la autora.

**Cuadro 9. Estilos de apego según los criterios de Vivona (2000)**

Estilo	Dimensión		
	Confianza	Comunicación	Alienación
Seguro	Alta	Media	Baja
Seguro	Alta	Alta	Baja
Evitativo	Baja	Baja	Alta
Evitativo	Baja	Media	Media
Evitativo	Baja	Baja	Media
Evitativo	Baja	Media	Alta
Ambivalente	Media y <Comunicación	Media	Media
Ambivalente	Media y <Comunicación	Alta	Alta

Tomado de Pardo, M. E., Pineda, S., Carrillo, S., y Castro, J. (2006). Análisis psicométrico del inventario de apego con padres y pares en una muestra de adolescentes colombianos. *Revista Interamericana De Psicología*, 40(3), 289-302.

**Apego Seguro:** cuando ambos niveles de Confianza y Comunicación son medios o altos y los niveles de Alienación son medios o bajos. Las puntuaciones de Alienación deben ser siempre más bajas que las de Comunicación y Confianza.

**Apego Inseguro-Evitativo:** cuando el nivel de Confianza y Comunicación son ambos bajos y la alienación es al menos media. También si la Comunicación es baja y la Confianza media y la alienación alta.

Apego Inseguro-Ambivalente: cuando nivel de comunicación y alienación son al menos medios, la comunicación es mayor que la confianza y la alienación no es menor que la confianza.

El estilo de apego también debe ser un factor a tener en cuenta cuando se evalúan conductas exteriorizadas de forma auto y hetero administrada. Los adolescentes con estilo de apego inseguro-preocupado resaltan un mayor grado de sintomatología frente a otros observadores como padres o compañeros. Los inseguros-evitativos son los que muestran un menor grado de acuerdo con otros observadores externos (Berger, Jodl, Allen y McElhaney, 2005).

## 2. OBJETIVOS

Comprender la relación existente entre la problemática social y la salud mental, es clave, tanto en la etiología de los problemas como en su tratamiento. Los procesos de acogimiento residencial y adopción constituyen un lugar tristemente privilegiado para comprender los efectos del riesgo psicosocial temprano.

La mayoría de los estudios anteriormente citados se han realizado con niños sometidos a carencias ambientales muy severas o con características de institucionalización seguramente diferentes a las que tenemos en España. Aunque los niños y adolescentes en situación de acogimiento residencial tienen un alto riesgo de exclusión social se han realizado pocos estudios nacionales sobre la prevalencia de problemas emocionales y conductuales en esta población y ninguno del que tengamos constancia en Cataluña.

El cambio de modelo en Acogimiento Residencial orientado hacia una atención más especializada llevó a definir los estándares que definían la “buena práctica” y también a un cambio en el enfoque que adoptó la investigación en AR, pasando de estudiar los efectos en el menor, a evaluar los resultados de los programas de acogimiento residencial, tanto desde una perspectiva de evaluación del proceso como desde la evaluación de resultados. Estos trabajos pusieron de manifiesto que los programas de AR logran respuesta a un buen número de las necesidades de los menores, y que muchos de los problemas que manifiestan se deben más a la situación previa de desamparo que los llevó al AR, que a los supuestos efectos negativos que éste puede tener en su desarrollo. En este sentido, en parte, coincidimos con este modelo pero pensamos que debemos ir más allá y reflexionar si estamos aplicando aquellos programas residenciales que son más adecuados para las

dificultades de cada niño o adolescente y profundizar en las propias dificultades del sistema de protección actual sin negar el efecto que puede tener la variable tiempo. Estimamos que es necesario reflexionar sobre el efecto diferencial que esta variable puede tener en distintas etapas evolutivas y realizar un proceso de reevaluación continua sobre la calidad de la atención prestada. Esto se hace es especialmente relevante en aquellos casos en los que se exceden los límites temporales de la función para la que fue concebido un CRAE por razones en ocasiones externas al caso, como la limitada oferta de otras opciones de protección que pueden llevarse a cabo en la práctica y por la falta de recursos de apoyo para posibilitar el retorno a la familia.

En segundo lugar nos interesaba conocer la relación entre los problemas de apego y los problemas de comportamiento interiorizados-exteriores en nuestra población institucionalizada. Ante la dificultad para encontrar autoinformes adaptados en España que se adecuaran a los objetivos de nuestra investigación consideramos de utilidad realizar la adaptación de un cuestionario reconocido a nivel internacional, específico para adolescentes y que ofreciera continuidad en la evaluación de los mismos constructos en la población infantil.

En este sentido el objetivo del presente estudio es doble. En primer lugar evaluar los problemas emocionales y conductuales de niños que se encuentran en situación de Acogimiento residencial y en segundo lugar, la adaptación de un cuestionario de apego para adolescentes

## **2.1 EVALUACIÓN DE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES Y EFECTO DEL TIEMPO DE INSTITUCIONALIZACIÓN**

Por los motivos citados, nos interesaba conocer la prevalencia de los problemas de comportamiento interiorizados-exteriores en niños y niñas de diferentes edades en situación de AR: Determinar el efecto del tiempo de institucionalización en estos problemas y analizar en qué medida las habilidades adaptativas pueden funcionar como factores de protección frente a factores estresantes (cambios de centros, pérdida de figuras de apego significativas, tiempo en acogimiento residencial, etc.). Para ello se han realizado dos estudios..

### **2.1.1 Evaluación de los problemas emocionales y conductuales por diferentes evaluadores**

El primer estudio (A) se llevó a cabo con una muestra de 26 de niños de ciclo de primaria en situación de AR. Se evaluaron los problemas emocionales y conductuales con diferentes evaluadores: padres/educadores, profesores y autoinforme.

### **2.1.2 Evaluación de los problemas emocionales y conductuales en infantil y primaria por un solo observador:**

En un segundo estudio (B) con una muestra más numerosa de 45 de niños en AR. Se evaluaron de los problemas emocionales y conductuales en los niveles escolares de infantil, primaria por un solo evaluador: los padres (en el caso del grupo control) y los educadores del centro (en el caso de niños institucionalizados).

## **4.2. ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL APEGO IPPA**

El segundo objetivo de esta investigación es la adaptación a nuestro país del IPPA Inventario de Apego con Padres y Pares para Adolescentes (Armsden y Greenberg, 1987). Este inventario ha demostrado ser una herramienta válida en otros países de habla inglesa y en Colombia (Pardo, Pineda, Carrillo y Castro, 2006) donde ha sido adaptado al castellano.

La adaptación del IPPA abre grandes posibilidades de cara a la investigación con población adolescentes en nuestro país y ofrece la opción de realizar estudios transculturales. Su utilización amplía la posibilidad de poder analizar la relación entre diferentes estilos de apego y otras variables como pueden ser conductas internalizadas-externalizadas, rasgos de personalidad, autoestima, autoconcepto, relaciones amorosas etc. Además el IPPA ofrece continuidad con el cuestionario de apego Personas en mi Vida PIML (Ridenour, Greenberg y Cook, 2007) para niños de primaria. La utilización de un mismo instrumento adaptado a nuestro país permitiría la comparación y búsqueda de correlaciones con distintos periodos evolutivos (infancia y adolescencia) y posterior vida adulta.

### **4.2.1 Estructura interna y fiabilidad.**

El objetivo será estudiar la estructura interna del IPPA y la relación entre escalas así como su fiabilidad.

### 3. ESTUDIO A.

#### ACOGIMIENTO RESIDENCIAL PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES SEGÚN LOS EDUCADORES Y LA ESCUELA

##### 3.1 INTRODUCCIÓN

La invisibilidad estadística en la que se encuentran los niños y niñas tutelados bajo el paradigma de la normalización abarca tanto la ausencia de investigaciones para conocer la prevalencia de los problemas que presentan, como la falta de programas específicos para este colectivo desde la escuela. Estimamos relevante ampliar el conocimiento de la situación actual para sensibilizar a la sociedad y plantear cambios a nivel político e institucional.

##### 3.1.1 Hipótesis

El objetivo de este estudio es examinar la prevalencia de problemas emocionales y conductuales en niños y niñas de ciclo de primaria (7-12 años) bajo acogimiento residencial según diferentes informantes (padres/educadores, profesores, ellos mismos) y determinar el efecto del tiempo de institucionalización en estos problemas. En este sentido las hipótesis que nos planteamos son las siguientes:

- (1) Se espera encontrar una mayor presencia de problemas de conducta exteriorizada-internalizada, así como mayores dificultades de relación social y adaptabilidad en en grupo AR en relación con en grupo control.
- (2) Los niños institucionalizados que llevan más tiempo en la condición de institucionalización obtendrán puntuaciones más altas en conducta externalizada.

## 3.2 MÉTODO

### 3.2.1 Participantes

La muestra estuvo compuesta por 26 niños de ambos sexos en situación residencial, (edad media 10.08 años, DT:1.49, rango 7-12 años) y 45 niños que vivían con sus familias equiparados según edades (ver Tabla 1)

La muestra del grupo en acogimiento residencial (AR) procedía de dos Centros Residenciales de Acción Educativa (CRAES). Ambos pertenecientes a entidades de iniciativa social concertados con la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia (DGAIA). De estos niños 21 residían en un centro de la comarca del Baix Llobregat de 40 plazas y 5 residían en otro centro residencial de la comarca de l'Anoia de 20 plazas. Los niños en acogimiento residencial estaban escolarizados en Centros Educativos públicos de Infantil y Primaria (C.E.I.P).

El grupo control (C) de niños que vivían con su familia estaba formado por 45 niños de su mismo nivel escolar que estaban escolarizados en 3 C.E.I.P distintos de la comarca del Baix Llobregat.

**Tabla 1. Descripción de la Muestra. EstudioA**

	Sexo		Edad	
	$\chi^2 (1) = 6.24; p = .02$		$t(69) = 0,11; p = .913$	
	Femenino	Masculino		
AR 36.6% (n1=26)	46.15 % (12)	53.85% (14)	Media= 10.08 DT= 1.49	Min= 7.41 Max=12.93
Control 63.4% (n2=45)	75.6% (34)	24.4 % (11)	Media= 10.05 DT= 1.58	Min= 7.41 Max=12.93
Muestra Total 100% (n=71)	0.65% (46)	0.35% (25)	Media= 10.05 DT= 1.58	Min= 7.41 Max=12.93

Nota: En la tabla se indican entre paréntesis las frecuencias

En el grupo AR, el motivo de ingreso es distinto en cada caso siendo todos ellos causa de desamparo. Aunque en la mayoría existe solapamiento sobre el tipo de maltrato recibido el motivo principal había sido en un 69% por negligencia, 15% por maltrato físico, 8% por maltrato emocional, 4% por abuso sexual y en el 4% restante no se disponía de estos datos.

El periodo de desarrollo en el que se había producido la primera retirada de la custodia a los padres era principalmente en edad escolar. En el 53% de los casos se trataba de familias monoparentales. El tiempo de institucionalización variaba de un máximo de 6 años 10 meses a un mínimo de 7 meses. El 63 % llevaba más de dos años en situación de acogimiento residencial.

En el 8% se había producido un fracaso de acogimiento en familia ajena y en un 19% había fracasado el acogimiento en familia extensa (con otros familiares). Para el 58% era su primer ingreso en un centro, el 23% había estado en un centro anterior y el

15% habían estado en dos centros antes del actual. Tan sólo en un caso hubo tres cambios de centro previos al ingreso en el CRAE actual.

Se había producido una separación de sus hermanos o de figuras significativas además de la separación de sus padres en el 65%.

El 54% de los padres, según informan los educadores en el cuestionario de datos biográficos, tenían un trastorno mental diagnosticado o los educadores tenían sospechas de ello aunque no conocían el diagnóstico. En un 61% de los casos alguno de los padres era consumidor de sustancias (alcohol u otros tóxicos) o el educador informaba que tenía esta sospecha. Sólo 6 niños (15%) habían tenido al menos un contacto previo con servicios de salud mental previo al ingreso en el centro pero en la mayoría no había existido un seguimiento continuado.

### 3.2.3 Instrumentos

*Cuestionario ad hoc de datos biográficos:* Los datos biográficos sobre el tipo de crianza e historia social de cada niño se recogieron en un cuestionario creado ad hoc para esta investigación. El educador social que hacía las funciones de tutor del menor era quien respondía el cuestionario (ver anexo A).

Para la evaluación de los problemas emocionales y conductuales se ha utilizado el cuestionario *BASC: Behavior Assessment System for Children* (Reynolds y Kamphaus, 1992; Adaptación Española, TEA, 2004). Evalúa la conducta adaptativa, así como trastornos emocionales, de niños y adolescentes, tanto en el campo escolar como en el clínico.

El rango de edad de la prueba abarca desde los 3 hasta 18 años El cuestionario se compone de 12 escalas (9 escalas clínicas y 3 adaptativas) que se agrupan formando cuatro índices o escalas globales.

En el presente estudio se emplearon las tres formas: Padres (P), Profesores (T), Autoinforme (S) en el nivel 2 (6-12 años).

Los baremos están elaborados en puntuaciones T, las cuales se reflejan en un perfil para cada sujeto. Las puntuaciones tienen un significado distinto si se trata de escalas clínicas o de escalas adaptativas. La obtención de puntuaciones altas en las escalas clínicas representa características negativas o no deseables. En cambio, la obtención de puntuaciones altas en las escalas adaptativas representa características positivas y deseables. Las puntuaciones T de 30 ó menos en las escalas adaptativas son clínicamente significativas, mientras que en las escalas clínicas lo son las puntuaciones a partir de 70.

Las distintas escalas clínicas y adaptativas que incluye cada cuestionario se pueden apreciar en las tablas 2, 3, 4.

Estas escalas se agrupan formando 4 Dimensiones globales en el cuestionario para padres y 5 en el cuestionario para profesores:

- 1) *Índice de severidad conductual (ISC)*: incluye las escalas Agresividad, Hiperactividad, Problemas de Atención, Atipicidad, Ansiedad y Depresión
- 2) *Exteriorizar problemas*: incluye las escalas Agresividad, Hiperactividad, Problemas de conducta
- 3) *Interiorizar problemas*: formado por las escalas Ansiedad, Depresión y Somatización
- 4) *Habilidades Adaptativas*: Adaptabilidad, Habilidades sociales y

Liderazgo 5) *Problemas escolares*: incluye los Problemas de atención y Problemas aprendizaje (solo en el cuestionario profesores).

En el autoinforme. Existen 4 dimensiones globales.

1) *Desajuste clínico*: incluye las escalas Ansiedad, Atipicidad, Locus de Control  
2) *Desajuste escolar*: formado por las escalas Actitud negativa hacia el colegio y Actitud negativa hacia los profesores  
3) *Ajuste personal*: Relaciones interpersonales con los padres, Confianza en si mismo y Autoestima  
4) *Índice de síntomas emocionales (ISE)*: Ansiedad, Relaciones interpersonales, Autoestima, Estrés social, Depresión, Sentido de incapacidad  
5) *La Tríada EAD*: formada por Estrés social, Ansiedad y Depresión.

Los cuestionarios presentan un coeficiente de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) entre .60 y .90 según las escalas. Respecto a la fiabilidad test-retest, los estudios realizados con niños españoles obtuvieron valores similares a los originales indicando que las respuestas son consistentes a lo largo del tiempo (González-Marqués, Fernández-Guinea, Pérez-Hernández, Pereña, y Santamaria, 2004).

#### 3.2.4 Procedimiento

En el mes de diciembre del 2008 se contactó con la dirección del CRAE que contaba con mayor número de plazas. Este centro disponía de un perfil bastante heterogéneo de edades, que abarcaba de los 5 a los 16 años y donde predominaban los niños de ciclo de Primaria. Con el fin de homogeneizar la muestra, se seleccionaron exclusivamente los niños en ciclo de Primaria. Posteriormente se decidió ampliar el número de participantes y en el mes de mayo se contactó con la dirección del segundo

CRAE. Se excluyeron asimismo de la investigación a aquellos que en el momento de la evaluación llevaban menos de un mes en el centro residencial.

Para la obtención del grupo control se informó del proyecto al Equipo de Atención Psicopedagógica de la zona y éste nos facilitó el contacto con la dirección de todos los centros de la población. Los profesores y los padres que participaron en el estudio recibieron una información muy general sobre sus objetivos, indicándoles que se evaluarían aspectos emocionales y conductuales que presentaban niños de su población. El grupo de comparación se componía de niños del mismo nivel escolar escolarizados en tres C.E.I.P. de la zona. Se seleccionaron estos tres centros porque disponían de un mayor número de plazas para niños en Acogimiento Residencial. Enviamos tantas solicitudes como alumnos por aula. En el primer C.E.I.P. se repartieron 200 cuestionarios y se obtuvo una respuesta del 15% (30 casos). Para incrementar la participación en los cursos de segundo, tercero y quinto de primaria fue necesario contactar con otros dos centros escolares. En un segundo C.E.I.P. se obtuvo una respuesta del 12% (6 casos). En un tercer C.E.I.P., del 18% (9 casos). Se procedió a la administración colectiva del BASC (forma S: auto-informe) en el propio centro escolar y centro residencial salvo en algún caso en el que se administró individualmente debido a las dificultades de comprensión. La administración se efectuó siempre por el mismo clínico siguiendo las instrucciones estandarizadas. Previamente a la aplicación se solicitó el consentimiento de los padres y tutores legales en el caso de que los niños estuvieran acogidos en un centro.

En el Grupo AR los cuestionarios correspondientes a la forma padres fueron cumplimentados por el educador que realizaba funciones de tutor dentro del centro

residencial y se complementó la información con la aportada por los profesores. Los cuestionarios para padres y profesores se enviaron en un sobre cerrado a través del centro escolar con antelación al día de la aplicación. Sólo se incluyeron en la investigación a aquellos niños, cuyos padres/tutores legales habían entregado el consentimiento informado y disponían de las tres formas del cuestionario correctamente cumplimentadas. El análisis de datos se ha realizado con el programa estadístico SPSS 17.0 para Window

### 3.3 RESULTADOS

Con el fin de analizar la distribución de sexo y edad respecto a la condición de institucionalización se ha realizado una prueba  $\chi^2$  para la variable sexo, y una prueba de comparación de medias para la edad. Se ha encontrado una relación significativa del grupo con el sexo ( $\chi^2_{(1)}=6.24$ ;  $p=.02$ ). En la muestra existían más niños en el grupo de acogimiento residencial AR pero participaron más niñas en el grupo C de niños que vivían con sus familias (Tabla 1).

#### *Grupo AR/C e interacción del sexo:*

Se realizó un análisis de varianza 2x2 para estudiar las posibles interacciones del sexo con el grupo AR y C. Este mismo análisis se replicó para las versiones autoinforme, profesores y padres. En ningún caso las interacciones entre sexo y grupo fueron significativas. Por tanto interpretaremos en todos los casos los efectos principales de las dos variables independientes. Las medias, las desviaciones típicas y las diferencias significativas (marcadas con asterisco) de las variables sexo y grupo de pertenencia se

pueden apreciar en las tablas 2, 3, 4. En relación al sexo, su efecto es significativo en las siguientes cuatro variables:

Retraimiento, en el cuestionario paterno ( $F_{(1;59)}=5.78$ ;  $p=.019$ ) (Tabla 2). Indicando que los padres o tutores, tienden a ver a los chicos más retraídos que a las chicas.

Relaciones interpersonales, en el autoinforme ( $F_{(1;64)}=4.43$ ;  $p=.039$ ) (Tabla 3). Los chicos se muestran más contentos con sus relaciones interpersonales que las chicas.

Habilidades adaptativas de la respuesta de los profesores ( $F_{(1;58)}=4.06$ ;  $p=.049$ ) (Tabla 4). Los profesores perciben a las chicas con mayores habilidades adaptativas que a los chicos.

El índice F (tendencia a responder de forma excesivamente negativa) de los profesores ( $F_{(1;58)}=4.89$ ;  $p=.031$ ) (Tabla 4). En general los profesores tienden a ver de forma más negativa a los chicos que a las chicas.

*Problemas exteriorizados e internalizados en las escalas del BASC versiones padres, profesores, autoinforme en función del Grupo AR/C:*

Para conocer la presencia de problemas de conducta externalizada-interiorizada, y las dificultades de relación social y adaptabilidad, se realizaron comparaciones por grupo de pertenencia. Se observa que existen bastantes diferencias significativas en las tres formas de la prueba (P/ T /S) tanto en problemas internalizados-exteriorizados como en escalas adaptativas. Son las siguientes:

*a) Problemas exteriorizados en las escalas del BASC del Grupo AR/C:*

En el cuestionario forma padres (Tabla 2) se pueden observar puntuaciones significativamente más elevadas en el grupo AR en las siguientes escalas: Agresividad ( $F_{(1;59)}=10.60$ ;  $p=.02$ ) Problemas de conducta ( $F_{(1;59)}=19.07$ ;  $p<.001$ ) y en la dimensión global de Exteriorizar problemas ( $F_{(1;59)}=10.42$ ;  $p=.002$ ).

En el índice F (tendencia a responder de forma excesivamente negativa) también se encuentran diferencias significativas ( $F(1;59)=6.11$ ,  $p=.016$ ), (Tabla 2) indicando que los tutores del centro residencial perciben de forma más negativa a los chicos institucionalizados frente a los padres.

En el cuestionario forma profesores (Tabla 3) el grupo de AR obtiene puntuaciones más elevadas en todas las escalas exteriorizadas Agresividad ( $F_{(1;58)}=17.39$ ;  $p<.001$ ), Hiperactividad ( $F_{(1;58)}=25.74$ ;  $p<.001$ ), Problemas de conducta ( $F_{(1;58)}=12.87$ ;  $p=.001$ ) y en la Dimensión global de exteriorizar problemas ( $F_{(1;58)}=19.33$ ;  $p<.001$ ) que está formada por las tres escalas anteriores.

**Tabla 2. Medias y desviaciones típicas (DT) de las variables dependientes segmentadas por sexo y grupo. Cuestionario BASC para padres. Estudio A**

	Grupo		Sexo	
	Control n=(38)	AR n= (25)	Masculino n=(24)	Femenino n=(39)
	Media y ( DT)	Media y ( DT)	Media y ( DT)	Media y ( DT)
<b>Escalas Clínicas</b>				
Agresividad	<b>50.24 (9.58)**</b>	<b>62.48(16.57)**</b>	57.79 (13.29)	53.44 (14.41)
Hiperactividad	42.21 (9.38)	48.68 (10.29)	49.79 (10.49)	46.56 (9.09)
Problemas de Conducta	<b>49.74 (10.25)**</b>	<b>69.12(19.99)**</b>	63.29 (18.40)	53.82 (16.24)
Problemas de atención	<b>49.11 (9.54)*</b>	<b>58.08 (9.45)*</b>	56.08 (9.32)	50.56 (10.61)
Atipicidad	49.16 (10.18)	46.00 (8.26)	48.38 (10.16)	47.62 (9.23)
Depresión	53.18 (13.18)	58.20(11.41)	57.67 (11.89)	53.64 (13.03)
Ansiedad	51.97 (13.04)	48.40 (10.16)	49.79 (9.51)	51.03 (13.43)
Retraimiento	50.05 (9.90)	51.08 (7.77)	<b>54.04 (8.92)*</b>	<b>48.26 (8.53)*</b>
Somatización	<b>52.03(11.14)**</b>	<b>42.92 (6.05)**</b>	47.79 (13.25)	48.79 (8.38)
<b>Escalas Adaptativas</b>				
Adaptabilidad	<b>50.42 (9.56)**</b>	<b>36.96 (11.98) **</b>	41.54 (11.82)	47.26 (12.42)
Habilidades sociales	<b>54.95 (8.31)**</b>	<b>36.96 (9.63) **</b>	43.63 (11.23)	50.38 (12.65)
Liderazgo	<b>51.84(8.63)**</b>	<b>40.36(10.05)**</b>	45.33 (8.09)	48.49 (12.04)
<b>Dimensiones Globales</b>				
Exteriorizar problemas	<b>49.00(10.49)**</b>	<b>62.24(16.83) **</b>	58.46 (14.93)	51.67 (14.23)
Interioriza Problemas	53.42 (12.62)	50.24(8.29)	52.96 (9.88)	51.67 (11.95)
Habilidades Adaptativas	<b>53.00(8.57)**</b>	<b>35.60 (10.27) **</b>	42.29 (10.04)	48.44 (13.51)
ISC	50.16 (12.14)	55.24 (11.63)	54.63 (10.31)	50.67 (12.99)
Indice F	<b>0.24 (0.751)*</b>	<b>0.84 (1.43)*</b>	0.46 (0.94)	0.50 (1.02)

\* $\leq .05$  \*\* $p \leq .001$

*b) Problemas Internalizados:*

Se pueden observar puntuaciones más elevadas en el grupo AR en las siguientes escalas clínicas del autoinforme (Tabla 4): Estrés social ( $F_{(1;64)}=9.25$ ;  $p=.003$ ), Depresión ( $F_{(1;64)}=9.67$ ;  $p=.003$ ), Sentido de Incapacidad ( $F_{(1;64)}=14.40$ ;  $p<.001$ ) y en el índice de síntomas emocionales ISE ( $F_{(1;64)}=13.05$ ;  $p=.001$ ).

En el cuestionario forma profesores (Tabla 3) también obtienen mayores puntuaciones en dos de las escalas que conforman la tétada EAD como son las escalas de Depresión ( $F_{(1;58)}=13.97$ ;  $p<.001$ ), y Ansiedad ( $F_{(1;64)}=5.93$ ;  $p=.018$ ).

En el caso de los padres/educadores no hay ninguna escala internalizante en la que haya diferencias significativas salvo Somatización. Sin embargo es el grupo C es el que obtiene mayores puntuaciones en la escala de Somatización ( $F_{(1;59)}=16.78$ ;  $p<.001$ ), del cuestionario forma padres (Tabla 2).

En el cuestionario forma padres (Tabla 2) el grupo AR obtiene puntuaciones significativamente menores en las siguientes escalas: Adaptabilidad ( $F_{(1;59)}=19.57$ ;  $p<.001$ ), Habilidades sociales ( $F_{(1;59)}=49.97$ ;  $p<.001$ ) y Liderazgo ( $F_{(1;59)}=19.19$ ;  $p<.001$ ) así como en la dimensión global de Habilidades adaptativas ( $F_{(1;59)}=42.86$ ;  $p<.001$ ) que incluye a las tres escalas anteriores.

En el cuestionario forma profesores (Tabla 3) el grupo AR obtiene puntuaciones más bajas en Adaptabilidad ( $F_{(1;58)}=26.55$ ;  $p<.001$ ), Habilidades sociales ( $F_{(1;58)}=14.42$ ;  $p<.001$ ) y en las dimensiones globales de Habilidades adaptativas ( $F_{(1;58)}=21.61$ ;  $p<.001$ ).

*Habilidades adaptativas en las escalas BASC del Grupo AR/C*

También se pueden observar puntuaciones significativamente inferiores en el autoinforme (Tabla 4) en la escala Autoestima ( $F_{(1;64)}=6.25$ ;  $p=.015$ ) y Ajuste personal ( $F_{(1;64)}=4.67$ ;  $p=.035$ ) junto a un mayor Desajuste clínico ( $F_{(1;64)}=7.69$ ;  $p=.007$ ) y Desajuste escolar ( $F_{(1;64)}=10,52$ ;  $p=.002$ ).

Los niños en el grupo de AR obtienen un peor ajuste personal en el autoinforme. Las puntuaciones en esta escala parece que estén saturadas principalmente por las diferencias en la escala adaptativa de Autoestima ( $F_{(1;64)}=6.25$ ;  $p=.015$ ) ya que no se hallaron diferencias con las otras dos escalas que componen este índice global (Relaciones con los padres y Confianza en si mismo). Es de destacar que el Desajuste clínico parece saturado principalmente por la propia percepción de Atipicidad, ya que en las otras escalas que conforman este índice (Ansiedad y Locus de control) no se encontraron diferencias significativas.

**Tabla 3. Medias y desviaciones típicas (DT) de las variables dependientes segmentadas por sexo y grupo. Cuestionario BASC para profesores. Estudio A**

	Grupo		Sexo	
	Control n=(38)	AR n=(25)	Masculino n=(24)	Femenino n=(39)
	Media y ( DT)	Media y ( DT)	Media y ( DT)	Media y ( DT)
<b>Escalas Clínicas</b>				
Agresividad	<b>47.4 5 (8.27)**</b>	<b>61.96 (16.66)**</b>	56.64 (16.77)	50.95(11.78)
Hiperactividad	<b>44.74 (7.10)**</b>	<b>58.12 (11.33)**</b>	54.48 (11.62)	47.13 (9.85)
Problemas de Conducta	<b>48.21 (11.06)**</b>	<b>63.48 (18.04)**</b>	59.16 (19.07)	51.05 (12.87)
Problemas de atención	<b>44.97 (8.41)**</b>	<b>56.16 (11.46)**</b>	53.16 (11.79)	46.97 (10.04)
Problemas de aprendiz.	<b>48.19 (9.20)*</b>	<b>56.00 (12.04)*</b>	52.60 (12.40)	50.32 (10.12)
Atipicidad	<b>45.81 (13.25)**</b>	<b>59.24(16.71)**</b>	57.20 (19.72)	47.47 (11.64)
Depresión	<b>48.54 (9.72)**</b>	<b>64.16 (18.72)**</b>	58.44 (15.63)	52.26 (15.66)
Ansiedad	<b>49.05(10.62)*</b>	<b>56.84 (12.63)*</b>	54.56 (12.75)	50.66 (11.22)
Retraimiento	46.51 (8.19)	50.60 (10.02)	50.40 (9.99)	46.74 (8.19)
Somatización	53.70 (15.43)	52.20 (11.89)	53.28 (13.93)	53.47 (14.42)
<b>Escalas Adaptativas</b>				
Adaptabilidad	<b>54.46(8.59)**</b>	<b>38.48 (13.20)**</b>	42.36 (13.11)	51.66 (11.87)
Habilidades sociales	<b>56.89(9.98)**</b>	<b>44.76 (11.35)**</b>	47.48 (11.76)	55.11 (11.28)
Liderazgo	<b>51.81(8.48)**</b>	<b>45.72 (7.27)**</b>	46.56 (9.91)	50.95 (9.74)
Hábito de estudio	<b>52.81(8.48)**</b>	<b>42.12 (8.57)**</b>	44.76 (9.14)	50.87 (9.73)
<b>Dimensiones Globales</b>				
Exteriorizar problemas	<b>46.76 (8.93)**</b>	<b>62.36(16.00)**</b>	57.72 (16.48)	49.84 (11.88)
Interioriza Problemas	<b>50.78 (11.11)*</b>	<b>60.20 (14.48)*</b>	54.68 (18.05)	53.98 (12.59)
Problemas Escolares	<b>46.62 (8.84)**</b>	<b>56.88 (11.67)**</b>	<b>51.84(15.24)*</b>	<b>48.92 (10.06)*</b>
Habilidades adaptativas	<b>55.68 (9.18)**</b>	<b>42.08 (10.77)**</b>	<b>44.88 (12.00)*</b>	<b>53.58 (10.39)*</b>
ISC	<b>46.03 (9.52)**</b>	<b>61.92 (16.14)**</b>	57.88 (16.35)	49.00 (12.71)
Índice F	0.30 (0.77)	0.84 (1.55)	1.00*(24)	0.21 (38)

\* $\leq .05$  \*\* $p \leq .001$

*Problemas escolares en las escalas BASC del grupo AR/C*

El grupo AR obtiene más dificultades en la escala problemas de Atención (Tabla 2 y Tabla 3) de los cuestionarios de la forma padres ( $F_{(1;59)}=8.63$ ;  $p=.005$ ) y profesores ( $F_{(1;58)}=13.73$ ;  $p<.001$ ). También obtiene peores resultados en la escala de Problemas de aprendizaje ( $F_{(1;58)}=6.99$ ;  $p=.010$ ) y en la dimensión global de Problemas escolares ( $F_{(1;58)}=11.80$ ;  $p=.001$ ) (Tabla 3) del cuestionario profesores.

En el autoinforme (Tabla 4) el grupo de niños en AR tiene una visión más negativa de la escuela ( $F_{(1;64)}=12,35$ ;  $p=.001$ ) y de los profesores ( $F_{(1;64)}=5.23$ ;  $p=.026$ ) que sus iguales, pero no así de sus pares.

**Tabla 4. Medias y desviaciones típicas (DT) de las variables dependientes segmentadas por sexo y grupo. Cuestionario BASC autoinforme. Estudio A**

	Grupo		Sexo	
	Control n=(38)	AR n= (25)	Masculino n=(24)	Femenino n=(39)
	Media y ( DT)	Media y ( DT)	Media y (DT)	Media y ( DT)
<b>Escalas Clínicas</b>				
Actitud negativa colegio	<b>50.56 (8.80)**</b>	<b>63.08 (16.48)**</b>	56.65 (15.58)	54.04 (12.17)
Actitud negativa profesores	<b>50.78 (11.70)*</b>	<b>58.79 ( 14.56)*</b>	53.48 (14.16)	53.61 (12.90)
Atipicidad	<b>50.00 (10.50)*</b>	<b>63.50(12.65)**</b>	57.83 (13.87)	53.13 (12.30)
Locus de Control	49.73 (13.72)	56.17 (9.916)	53.55 (11.49)	51.26 (13.45)
Estrés social	<b>50.76 (9.75)*</b>	<b>60.17 (11.51)*</b>	54.61 (8.45)	53.74 (12.50)
Ansiedad	49.29 (11.55)	54.83 (11.262)	51.13 (11.46)	51.22 (11.91)
Depresión	<b>51.44(9.80)*</b>	<b>61.21(13.58)*</b>	56.70 (12.11)	53.91 (12.12)
Sentido de Incapacidad	<b>53.07(10.95)**</b>	<b>64.71(12.55)**</b>	56.96 (13.63)	57.20 (12.41)
<b>Escalas Adaptativa</b>				
Relaciones interpersonales	47.89 (11.10)	42.96 (15.16)	<b>49.13(9.97)*</b>	<b>44.70 (13.83)*</b>
Relaciones con los padres	46.96 (12.25)	44.29 (12.97)	44.09 (16.19)	47.00 (10.20)
Autoestima	<b>48.64 (10.85)*</b>	<b>40.46 (14.42)*</b>	44.26 (12.07)	46.57 (13.10)
Confianza en si mismo	48.93 (11.10)	45.04 (10.64)	46.57 (11.25)	48.09 (11.00)
<b>Dimensiones Globales</b>				
Desajuste clínico	<b>49.80(12.62)**</b>	<b>60.13 (11.63)**</b>	55.13 (12.60)	52.52 (13.49)
Desajuste escolar	<b>51.07 (10.78)**</b>	<b>62.87 (15.63)**</b>	56.17 (15.12)	54.67 (13.20)
Ajuste personal	<b>47.47 (11.52)*</b>	<b>40.71 (9.94)*</b>	44.70 (11.54)	45.33 (11.44)
ISE Síntomas Emocionales	<b>51.09 (13.21)**</b>	<b>63.04 (11.07)**</b>	54.22 (15.31)	55.76 (12.95)
<b>Índice F</b>	0.24 (0.75)	0.84 *(1.143)	0.46 (0.94)	0.50 (1.02)

\* $\leq .05$  \*\* $p \leq .001$

*Efecto del tiempo de de institucionalización.*

Con el fin de analizar la influencia del tiempo de institucionalización se llevaron a cabo modelos de regresión simples con el tiempo como variable independiente. Se analizó la asociación entre el tiempo de acogimiento, medido en meses, y la variabilidad de las escalas de los cuestionarios. Puesto que no se trata de datos secuenciales, no es preciso realizar el test Durvin-Watson para verificar el supuesto de independencia (Doménech y Navarro, 2008).

La variable sexo no ha resultado significativa en ningún caso. En la tabla 5 presentamos los análisis de regresión lineales entre el tiempo de institucionalización y las variables dependientes que resultaron significativas: Estas fueron: Problemas de conducta y Agresividad (del cuestionario padres) y Actitud negativa hacia los profesores y Ajuste personal (del autoinforme).

**Tabla 5. Efecto del tiempo de Institucionalización. Estudio A**

Escalas del BASC	A (95% CI) Constante	b (95% CI)	R <sup>2</sup>	F(p)
<b>Padres.</b> Problemas de conducta	53.62 (37.25 ÷ 69.99)	.388 (.03 ÷ .75)	.176	4.91 (.037)
<b>Padres.</b> Agresividad	50.15 (36.46 ÷ 63.83)	.309 (.01 ÷ .61)	.162	4.45 (.046)
<b>Autoinforme.</b> Actitud negativa a los profesores	48.72 (36.56 ÷ 60.87)	.256 (.01 ÷ .52)	.148	4.01 (.05)
<b>Autoinforme:</b> Ajuste personal	47.17 (38.80 ÷ 55.55)	-.164 (-.35 ÷ .02)	.131	3.32 (.08)

Como se puede observar en las pendientes de las regresiones, un mayor tiempo en acogimiento residencial se asocia a mayores problemas de conducta y agresividad, una peor percepción de los niños hacia los profesores de la escuela y un menor ajuste personal.

### 3.4 DISCUSIÓN

En base a los resultados encontrados en la presente investigación se confirman las hipótesis planteadas al inicio de la misma. En el grupo AR se encontraron mayores niveles de conducta exteriorizada corroborando estos datos los resultados de investigaciones previas, tanto en otros países (Gunnar y Van Dulmen, 2007; Kjelsberg y Nygren, 2004; Simsek *et al.*, 2007), como en España (Bravo y Del Valle, 2009; Fernández-Molina, *et al.* 2011).

Se encontraron diferencias significativas en escalas Problemas de conducta y Agresividad de ambos cuestionarios (padres y profesores), también se hallaron diferencias en la escala Hiperactividad del cuestionario profesores. Por otro lado las diferencias encontradas en Problemas Atencionales vendrían a apoyar la idea de que estos se encuentran muy relacionados con las experiencias de riesgo psicosocial temprano y dificultades de regulación emocional (Stevens *et al.*, 2008). Según sus educadores y profesores, los niños en Acogimiento residencial tienen niveles más elevados de conducta exteriorizada. Los niños del grupo AR, a su vez, perciben peor a sus profesores y a la institución escolar.

También se encontraron mayores niveles en sintomatología interiorizada en el grupo AR, tanto en el autoinforme como en el cuestionario de la forma profesores. Tal como indican (Martín y Muñoz de Bustillo, 2009) la valoración que realizan los adultos es fiable cuando se evalúa sintomatología exteriorizada, pero tienen más problemas para apreciar sintomatología interiorizada. En este mismo sentido, en nuestro estudio se observa que los mejores informadores de sintomatología interiorizada son los propios chicos y en segundo lugar los profesores frente a los tutores de la residencia. La autopercepción de Incapacidad y Atipicidad son las dos escalas donde existen mayores diferencias, seguidas de Estrés social, Depresión y problemas de Autoestima.

Los niños bajo AR son percibidos por los adultos con menos habilidades adaptativas y mayores problemas de aprendizaje, sin embargo no encontramos diferencias en la percepción que tienen ellos mismos de la calidad de sus relaciones interpersonales.

En la escala Somatización del cuestionario padres, son los niños criados en su familia los que tienen mayor problemática. Este dato coincide con el estudio de Barcons, Fornieles, Costa, (2011) realizado con una metodología similar en el contexto de la adopción internacional. Pero discrepa de los resultados obtenidos por Fernández y Molina, (2011) con el CBCL. Estos autores encuentran un porcentaje mayor de niños de AR en situación de riesgo clínico en la escala Somatización.

Sería interesante confirmar si los niños institucionalizados expresan en menor medida sus problemas emocionales con somatizaciones o los resultados se deben a otras causas, como un artificio del instrumento de evaluación o las propias dificultades del observador para percibir sintomatología internalizada.

En el presente estudio se observa que a mayor tiempo en situación de acogimiento residencial la valoración hacia los maestros y otras instituciones educativas, se vuelve más negativa a la vez que se incrementan los problemas de conducta y agresividad evaluados por los tutores de la institución. Esto es especialmente significativo ya que según Martín y Dávila, (2008) el apoyo social percibido de los contextos extrafamiliares es el que tiene mayor incidencia positiva en la adaptación de los menores.

Los resultados de este estudio son coherentes con los encontrados por (Fernández-Millán *et al.*, 2009) en una muestra con una franja de edades más amplia (4-18 años) aunque no hemos encontrado una relación entre la sintomatología interiorizada y el tiempo de institucionalización como apuntaban otros autores (Shechory y Sommerfeld, 2007).

El tiempo de AR también disminuye el Ajuste personal del niño. Esta dimensión global del autoinforme (S) está conformada por las siguientes escalas: (Relaciones interpersonales, Relaciones con los padres, Confianza en sí mismo y Autoestima) que pueden tener gran influencia en el desarrollo de los aprendizajes. Aunque tal como hemos indicado es en la escala de Autoestima en la que se observa mayor afectación de las cuatro.

Estos datos contrastan el estudio realizado por Martín, *et al.* (2012) en el que no se encontraron diferencias significativas intergrupos en la escala Inadaptación Personal (IP) del Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI). Los autores indican que la edad correspondiente a la adolescencia (12-18) es la que obtiene mayores puntuaciones en IP en comparación con las demás edades, sin embargo nosotros hayamos un mayor desajuste en edades más tempranas (7-12).

En relación al tiempo de AR nos encontramos que un 63% llevaban más de dos años en dicha situación. Igualmente Martín, *et al.*(2012) en un estudio reciente realizado en Tenerife con 93 niños de una franja más amplia (8-18 años) indicaba que esta proporción era del 84%. Sin embargo los autores concluyen que el tiempo no influye en la inadaptación sino el motivo de ingreso y el periodo evolutivo. Bernedo, Fuentes y Fernández (2008) indicaron también que ni el hecho de haber estado en AR, ni el tiempo de permanencia en él, incidían en la adaptación posterior a otras medidas protectoras, como es el caso del acogimiento en familia extensa.

En España, los pocos trabajos que han analizado los problemas de adaptación de los menores en AR han utilizado una prueba heteroevaluativa distinta a la empleada por nosotros como es el CBCL y también han encontrado una mayor prevalencia de problemas de conducta en niños de AR. Sin embargo indican que esta mayor prevalencia puede ser debida, entre otros aspectos, a los nuevos perfiles de ingreso en AR (Bravo y Del Valle, 2009). También indican que la mayoría se sitúa en el rango de normalidad y tan sólo un porcentaje relativamente bajo, del 16.1%, en el rango clínico (Fernández-Molina, *et al.* 2011). Estas prevalencias se refieren a puntuaciones totales de la escala CBCL en niveles de riesgo clínico, sin analizar detalladamente los resultados.

En nuestro estudio encontramos mayor Desajuste escolar percibido en el grupo AR, pero no que este fuera mayor para el sexo masculino como indican Martín *et al.* (2012). Los autores también indican que la Inadaptación Escolar (IE) es mayor en el grupo de edad (8-11) que se corresponde con la edad de la muestra de nuestro estudio donde también encontramos mayor desajuste escolar.

Los resultados del presente estudio deben ser interpretados con cautela por diversos motivos: En primer lugar, por la escasa representatividad de la muestra. En segundo lugar por la dificultad de clasificar el tipo de maltrato sufrido en función del cuestionario de datos biográficos entregado a los educadores por solapamiento entre los tipos de abusos (Shaffer, 2008). En tercer lugar, dada la excasa tasa de respuesta obtenida se decidió no incorporar a la investigación información sobre el nivel socio económico del grupo control lo que puede haber sesgado los resultados. Finalmente hay que destacar que dado el carácter voluntario del estudio, puede que los padres más implicados y voluntariosos con la escuela sean los que hayan contestado mayoritariamente.

A partir de los datos hallados parece lógico pensar que se requieren posteriores estudios para profundizar sobre si esta problemática hallada en niños de primaria se presenta en edades más tempranas y si se mantiene o aumenta en la adolescencia. Estudiar estas alteraciones desde un punto de vista evolutivo permitiría evaluar en que momento la aplicación de programas educativos pueden tener mayor efecto.

También se requieren investigaciones sobre la relación del tipo de apego y la existencia de problemas conductuales y emocionales tanto en la infancia como en la adolescencia así como el desarrollo de instrumentos para evaluar el apego validados para la población española (O'Connor y Gerard Byrne, 2007).

Finalmente cabe destacar también la utilidad del BASC, de creciente implantación en España, como herramienta para la valoración de problemas emocionales y conductuales; ya que puede emplearse en una amplio rango de edad y con diferentes informantes

Siendo el ajuste escolar uno de los retos pendientes de los programas de acogimiento residencial (Boada y Aznar 2010; Martín *et al.*, 2008). La existencia de programas de inclusión social específicos para niños tutelados, tendrían efectos tanto en su ajuste a la escuela como en la posterior integración social. En este sentido serían precisos cambios legislativos que favorezcan la adopción nacional, el acogimiento familiar, la creación de otro tipo de recursos alternativos a los centros residenciales como los acogimientos familiares profesionalizados y el desarrollo de programas para familias monoparentales o padres con enfermedad mental. El desarrollo de los programas de colaboración entre Servicios Sanitarios y Centros Residenciales de la DGAIA también permitiría un mejor tratamiento institucional de estos chicos especialmente vulnerables.

El panorama «normalizador» no debe, sin embargo, servir de justificación para no profundizar en la situación de los niños/ adolescentes que manifiestan problemas más graves. El modelo normalizado, alejado de la “institución de menores”, para aquellos niños y niñas que requieren de una acogida temporal, parece en el momento actual limitado. El incremento de plazas en centros terapéuticos especializados en menores con distintas problemáticas: trastornos de comportamiento, enfermedad mental, la mejora de la colaboración interdisciplinar entre personal sanitario (no necesariamente como estructura interna de los centros) y educativo parece ser otro de los retos del sistema de protección. Los trastornos del comportamiento constituyen un problema importante dentro del sistema de protección de la infancia y adolescencia pero también para el sistema educativo. Las políticas impulsadas desde los Ministerios de Educación y Sanidad que favorezcan la inserción de programas para realizar un trabajo coordinado sobre los trastornos de comportamiento, podrían tener efectos preventivos sobre la

retroalimentación de percepciones negativas entre profesores y alumnos. También el desarrollo de experiencias ya existentes basadas en la asignación de recursos educativos alternativos a la enseñanza tradicional, para alumnos con retrasos en los aprendizajes y/o problemas conductuales podrían tener un efecto mediador sobre estos problemas.

El cambio de modelo en AR hacia una atención más especializada llevó a definir los estándares que definían la “buena práctica” en la atención prestada. Este cambio de modelo también ha supuesto modificaciones en el enfoque que adopta la investigación en AR, pasando de estudiar los efectos en el menor, a evaluar los resultados de los programas de acogimiento residencial, tanto desde una perspectiva de evaluación del proceso, como desde la evaluación de resultados. Estos trabajos han puesto de manifiesto que los programas de AR dan respuesta a un buen número de las necesidades de los menores, y que muchos de los problemas que estos manifiestan se deben más a la situación previa de desamparo que los llevó al AR, que a los supuestos efectos negativos que éste puede tener en su desarrollo. En este sentido, en parte, coincidimos con este modelo, pero pensamos que debemos ir más allá y reflexionar si estamos aplicando aquellos programas residenciales que son más adecuados para las dificultades de cada niño o adolescente y profundizar en las propias dificultades del sistema de protección, educativo y sanitario. En este sentido en el segundo estudio nos proponemos analizar con más detalle los problemas encontrados y la influencia del tiempo en ellos.

## **4. ESTUDIO B**

### **ANÁLISIS DE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES EN NIÑOS DE INFANTIL Y PRIMARIA EN AR**

#### **4.1 INTRODUCCIÓN**

El AR ha experimentado una constante transformación y adaptación en su tipología, objetivos y legislación. La gama de problemas y necesidades cambiantes de los niños y adolescentes acogidos ha hecho que los retos que afronta en la actualidad el sistema de acogimiento residencial y los profesionales que en él desarrollan su trabajo sean enormes y requieran reforzar su formación y sus recursos

Las dificultades más frecuentes encontradas en esta población tienen que ver con problemas de conducta y de salud mental. Aunque muchos de los problemas que manifiestan se deben a la situación previa de desamparo existe un grupo de niños con larga estancia, indefinida o hacia la independencia queda compuesto por los niños de edades más avanzadas, que presentan un perfil más problemático en relación a su salud por discapacidad (especialmente intelectual), problemas conductuales y bajo rendimiento escolar.

En este segundo estudio, se plantea replicar los resultados del primer estudio empleando una metodología similar y ampliar el análisis de los problemas conductuales/emocionales que presentan estos niños con una muestra más amplia que

incluyera de niños en situación de AR de menor edad. Asimismo analizar con más detalle el efecto de la variable tiempo.

#### 4.1.1 Hipótesis

En la misma línea que el estudio anterior las hipótesis planteadas son las siguientes:

1. Se encontrarán mayores problemas de conducta exteriorizada en el grupo acogimiento residencial (AR) en relación con el Control (C)

2. El grupo AR presentará más dificultades de relación social y adaptabilidad en relación con el grupo control C

3. La presencia de habilidades adaptativas (medidas por las escalas: Adaptabilidad, Habilidades Sociales y Liderazgo del BASC) correlacionará de manera negativa con los problemas de conducta exteriorizados e internalizados.

4. El tiempo de institucionalización tendrá un mayor efecto en las conductas exteriorizadas frente a las interiorizadas.

## 4.2 MÉTODO

### 4.2.1 Participantes

La muestra ( $nI=41$ ) del grupo en acogimiento residencial (AR) procedía de tres Centros Residenciales de Acción Educativa (CRAES) pertenecientes a entidades de iniciativa social concertados con la DGAIA (Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia).

El 58% de los niños vivían en un centro de la comarca del Baix Llobregat (provincia de Barcelona, España) de 40 plazas, un 24% residían en otro centro residencial especializado en primera infancia situado en las afueras de Barcelona y finalmente el 18% restante pertenecía a un centro de la comarca de l'Anoia de 20 plazas.

Los niños en AR estaban escolarizados en distintos Centros Educativos públicos de Infantil y Primaria (C.E.I.P). Se excluyó de la investigación a los que llevaban menos de un mes en la institución y los que habían recibido un dictamen por necesidades educativas especiales.

El grupo (C) de niños que vivían con su familia ( $n=100$ ) estaba formado por niños de su mismo sexo y nivel escolar que estaban escolarizados en 3 C.E.I.P distintos de la comarca del Baix Llobregat.

El tiempo total medio pasado en instituciones para los niños del grupo AR era de dos años y medio. El 51% (23 casos) había estado más de 2 años en una institución aunque la muestra total de niños AR incluía un 50% de niños en edades entre 3-6 años. El límite máximo de tiempo era 6 años y el mínimo de dos meses.

El 71% (32 casos) había ingresado en un centro antes de los 5 años y el 28.9% (13 casos) entre los 6 y los 13 años.

Un 68.9% (31 casos) había ingresado por primera vez en el centro donde residían cuando se realizó la evaluación. Para un 17.8% (8 casos) este era su segundo centro y para el 11.1% (5 casos) era el tercer centro por el que habían pasado. Tal sólo un 2,2% (1 caso) habían estado en más de tres centros previos al actual.

En el grupo de acogimiento residencial AR ( $n=45$ ) el motivo de ingreso es distinto en cada caso siendo todos ellos causa de desamparo. La clasificación empleada puede

consultarse en el anexo A. Aunque en la mayoría existe solapamiento sobre el tipo de maltrato recibido el motivo principal según sus educadores había sido mayoritariamente por negligencia en un 82.2% (37 casos), en un 11.2% (5 casos) por maltrato físico, en un 2.2% (1 caso) maltrato emocional y en un 4.4% (2 casos) no se disponían esta información.

**Tabla 6. Descripción de la Muestra. Estudio B**

	<i>Ciclo escolar</i>		<i>Sexo</i>		<i>Edad</i>	
	$\chi^2_{(1)} = .32 ; p=.57$		$\chi^2_{(1)} = 1.38 ; p=.24$		$t_{(143)} = -0.33 ; p=.74$	
	Infantil	Primaria	Femenino	Masculino		
AR 31% (n1=45)	15.9% (23)	15.2% (22)	13.8% (20)	17% (25)	Media= 7.0 DT= 2.64	Min= 3.54 Max=11.63
Control 69% (n2=100)	31.7% (46)	37.2% (54)	37.9% (55)	31 % (45)	Media= 6.86 DT= 2.39	Min= 3.31 Max=11.68
Muestra Total 100% (n=145)	47.6% (69)	54.4% (76)	51.7% (75)	48.3% (70)	Media= 6.90 DT= 1.58	Min= 3.31 Max=11.68

Nota: Frecuencias indicadas entre paréntesis

Se había producido una separación de hermanos u otras figuras familiares significativas distintas de los padres en un 51.1%.

En el 4.4% se había producido un fracaso en un acogimiento familiar y en el 15.6% había fracasado un acogimiento en su familia extensa.

Antes de producirse la primera retirada de custodia, el 55.6% de los niños había estado sólo al cuidado de la madre, un 42% por ambos padres, en un 2.2% por abuelos u otros familiares.

En el 53.3% alguno de los padres era consumidor de tóxicos y en el 11.1% había sospechas de consumo no confirmadas. En el 24.4% existía un diagnóstico de trastorno mental en algún padre y en un 22.2% los educadores indicaron tener sospechas de consumo pero no se disponía de confirmación.

Sólo el 8.9% de los niños había tenido al menos un contacto previo con servicios de salud mental previo al ingreso en el centro pero en la mayoría no había existido un seguimiento continuado.

#### 4.2.2 Instrumentos

*Cuestionario ad hoc de datos biográficos:* Los datos biográficos sobre el tipo de crianza e historia social de cada niño se recogieron en un cuestionario comentado en el estudio anterior. En este segundo estudio se mejoró el formato para facilitar su lectura y cumplimentación. El educador social que hacía las funciones de tutor del menor era quien respondía el cuestionario.

Para la evaluación de los problemas emocionales y conductuales se utilizó el mismo instrumento del estudio anterior *BASC: Behavior Assessment System for Children* (Reynolds y Kamphaus, 1992; Adaptación Española, TEA, 2004) Se utilizó el cuestionario para padres en el Nivel 1 (3-5 años) y Nivel 2 (6-12 años).

#### 4.2.3 Procedimiento

*Grupo AR:* La muestra se recogió durante el periodo de un año académico (curso 2009-10). Se solicitó el consentimiento informado del director del Centro como tutor legal. Los cuestionarios sobre la historia social y BASC serán completados por el educador que realizará la función de tutor del chico dentro del centro residencial.

*Grupo C:* Para la obtención del grupo control se informó del proyecto al Equipo de Atención psicopedagógica de la zona y éste facilitó el contacto con la dirección de todos los centros de la población de una población. Se seleccionaron tres centros educativos porque disponían de un mayor número de plazas escolares de niños en acogimiento residencial. Enviamos tantas solicitudes como alumnos por aula.

Los profesores y los padres que participaron en el estudio recibieron una información muy general sobre sus objetivos, indicándoles que se evaluarían aspectos emocionales y conductuales que presentaban niños de su población.

Se seleccionaron niños y niñas del mismo nivel escolar. Los cuestionarios para padres se enviaron en un sobre cerrado a través del centro escolar. Sólo se incluyeron en la investigación aquellos niños, cuyos padres habían entregado el consentimiento informado y disponían del cuestionario correctamente cumplimentado.

Para realizar los análisis estadísticos se utilizó el paquete de software estadístico SPSS 19.0. Se realizaron representaciones gráficas y la descripción de todas las variables. Para estudiar las relaciones entre las variables cualitativas se emplearon pruebas  $\chi^2$ . Para estudiar las diferencias entre grupos se llevaron a cabo pruebas T de comparación de medias para datos independientes y ANOVAs para estudiar la interacción de la condición con el sexo. Adicionalmente se realizaron análisis de efectos simples en las variables cuya

interacción resultó significativa o cuasi-significativa. Se utilizaron los modelos de correlación y regresión lineal para modelizar las relaciones entre variables cuantitativas.

#### 4.3 RESULTADOS

Para comprobar la hipótesis 1, se realizaron comparaciones por grupo de pertenencia entre niños institucionalizados y criados en familias.

##### *Problemas exteriorizados en las escalas del BASC del Grupo AR/C,*

Se encontraron diferencias significativas en 3 de las 4 escalas clínicas que miden sintomatología exteriorizada que pueden verse indicadas en la tabla 7.

Agresividad ( $t_{(59.78)}=4.90, p \leq .001$ ; IC95% 6.98 ÷ 16.65)

Problemas de conducta ( $t_{(26.22)}=4.71, p \leq .001$ ; IC95% 10.69 ÷ 27.23)

Problemas de atención ( $t_{(67.83)}=4.91, p \leq .001$ ; IC95% 6.00 ÷ 14.22)

En la Tabla 8 se realizó una comparación entre los niños que obtienen puntuaciones de riesgo a nivel clínico y los que no. Se puede observar como existe un porcentaje de niños significativamente mayor en situación de riesgo y riesgo clínico en las siguientes escalas exteriorizados: en la escala Agresividad están en riesgo clínico (un 22% frente a un 2%), Problemas de Conducta (un 22.2% frente a un 1%) y Problemas de Atención (un 24.4% frente a un 2%).

También se encontraron diferencias significativas en la Dimensión global Exteriorizar problemas ( $t_{(59.42)}=4.22, p \leq .001$ ; IC95% 5.46 ÷ 15.27).

**Tabla 7. Medias y desviaciones típicas (DT) de las variables dependientes segmentadas por grupos. Cuestionario BASC para padres. Estudio B**

	<i>Grupo</i>	
	AR ( <i>n</i> 1=45)	Control ( <i>n</i> 2=100)
	<i>Media y (DT)</i>	<i>Media y (DT)</i>
<b>Escalas Clínicas</b>		
Agresividad	58.69(14.95)**	46.87(9.27)**
Hiperactividad	49.24(10.37)	47.24(8.78)
Problemas de Conducta	69.27(17.82)**	50.31(9.695)**
Problemas de atención	59.87(12.31)**	49.75(9.36)**
Atipicidad	51.11(12.56)*	47.57(8.49)*
Depresión	57.62(11.13)**	49.34(10.77)**
Ansiedad	50.31 (11.03)	49.49(11.09)
Retraimiento	52.18(8.73)	50.30(9.02)
Somatización	46.09(9.94)	48.97(10.083)
<b>Escalas adaptativas</b>		
Adaptabilidad	37.07(10.62) **	51.37(9.29)**
Habilidades sociales	36.80(9.66)**	53.29(9.95)**
Liderazgo	40.18(9.20)**	57.29(15.21)**
<b>Dimensiones Globales</b>		
Exteriorizar problemas	57.29(15.21)**	46.92(9.33)**
Interioriza Problemas	51.93(9.39)	49.40(10.79)
Habilidades adaptativas	39.49(29.42)**	52.80(9.04)**
ISC Índice severidad	56.16(11.46)**	47.59(9.98)**

\*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .001$

*Problemas interiorizados en las escalas del BASC del Grupo AR/C:*

Como se puede observar en la tabla 7 sólo existen diferencias significativas en la escala de Depresión obteniendo el grupo AR las mayores puntuaciones ( $t_{(143)}=4.24$ ,  $p$

$\leq .001$ ; IC95% 4.41÷12.14). No se encontraron diferencias en la Dimensión global internalizar problemas.

En la Tabla 8 se puede observar como existe un porcentaje de niños significativamente mayor en situación de riesgo clínico en el grupo AR en la escala Depresión (un 13.3% frente a un 5%)

En el caso de la variable internalizada Somatización los varones en condición de acogimiento residencial obtienen puntuaciones más bajas en Somatización que los no institucionalizados  $F_{(1,141)}=5.90$ ,  $p=.01$ ; IC95% 1.13÷10.98 (ver Figura 1). No se observa esta diferencia para las mujeres de distinta condición.

#### *Riesgo de desarrollar problemas exteriorizados/interiorizados*

Cuando se analizaron las categorías con/sin riesgo se obtuvieron diferencias significativas en las siguientes escalas Clínicas tanto exteriorizadas como interiorizadas.

Agresividad ( $\chi^2(1)=19.68$ ,  $p \leq .001$ ; OR=**3.84**, IC95% 1.20÷11.59)

Problemas de Conducta ( $\chi^2(1)=13.30$ ,  $p \leq .001$ ; OR=**1.9**, IC95% .57÷6.23)

Problemas de Atención ( $\chi^2(1)=20.24$ ,  $p \leq .001$ ; OR=**3.42**, IC95% 1.34÷8.76);

Depresión ( $\chi^2(1)=5.55$ ;  $p \leq .05$ , OR=**2.29**, IC95% .86 ÷ 6.07)

Se encontraron diferencias en la Escala Global de exteriorizar problemas ( $\chi^2(1)=17.92$ ,  $p \leq .05$ )

**Tabla 8. Porcentaje de niños en situación de riesgo clínico según las puntuaciones BASC. Estudio B**

	<i>M (DT)</i>	Rango	Normal		De riesgo		Clínicamente Significativo	
			C	AR	C	AR	C	AR
Agresividad	50.54(12.55)	34-95	91%	60%	7%	17.8%	2%	22.2%
Hiperactividad	47.86(9.31)	24-77	92%	84.4%	6%	13.3%	2%	2.2%
Problemas de Conducta	55.80(15.17)	37-106	91%	66.7%	8%	11.1%	1%	22.2%
Problemas de atención	52.89(11.34)	30-93	86%	51.1%	12%	24.4%	2%	24.4%
Atipicidad	48.67(10.02)	34-92	89%	77.8%	9%	13.3%	2%	8.9%
Depresión	51.91(11.51)	27-86	84%	66.7%	11%	20%	5%	13.3%
Ansiedad	49.74(11.04)	29-105	86%	80%	12%	13.3%	2%	6.7%
Retraimiento	50.88(8.94)	31-79	83%	84.45	16%	11.1%	1%	4.4%
Somatización	48.08(10.09)	29-79	88%	86.7%	8%	13.3%	4%	0%
Adaptabilidad	46.97(11.74)	14-72	88%	37.8%	8%	33.3%	4%	28.9%
Habilidades sociales	48.17(12.45)	0-73	93%	33.3%	6%	48%	1%	17.8%
Liderazgo	48.49(10.44)	20-71	92%	80%	8%	11.1%	0%	8.9%
Exteriorizar problemas	50.14(12.39)	27-91	90%	60%	9%	20%	1%	20%
Interiorizar problemas	50.19(10.41)	26-89	83%	77.8%	13%	20%	4%	2.2%
Habilidades adaptativas	47.29(12.38)	0-72	95%	33.3%	4%	35.6%	1%	31.1%

*Problemas de Adaptabilidad en las escalas del BASC del Grupo AR/C:*

El grupo de AR obtiene puntuaciones más bajas significativamente en todas las escalas adaptativas: Adaptabilidad ( $t_{(141)}=-8.12, p \leq .001; IC95\% -17.88 \div -16.82$ ), Habilidades sociales ( $t_{(143)}=-9.31, p \leq .001; IC95\% -19.98 \div -12.99$ ) y Liderazgo ( $t_{(75)}=-5.09, p \leq .001; IC95\% -16.18 \div -7.08$ ). También existen diferencias en la Dimensión Global de Habilidades adaptativas que se compone de la suma de las tres escalas anteriores ( $t_{(143)}=-10.67, p \leq .001; IC95\% -21.04 \div -14.47$ ) (ver Tabla 7).

En la Tabla 8 se puede observar como existe un porcentaje de niños mayor en situación de riesgo clínico en el grupo AR en las escalas adaptativas: Adaptabilidad (un 28.9% frente a un 4%), Habilidades sociales (17.8% frente a un 1%) y Liderazgo (un 8.9% frente a 0).

*Diferencias por sexo:*

Existen diferencias por sexo en las escalas del cuestionario que pueden observarse en la tabla 9. Los chicos muestran más problemas en las escalas de Hiperactividad ( $t_{(143)}= 2.67, p \leq .05; IC95\% 1.05 \div 7.04$ ) y Problemas de atención ( $t_{(143)}= 2.67, p \leq .05; IC95\% 1.28 \div -8.58$ ), mientras que las chicas disponen de más Habilidades sociales ( $t_{(143)}= -2.01, p \leq .05; IC95\% 2.04 \div -8.16$ )

*Interacción Condición- Sexo:*

Se analizaron los efectos simples de la interacción para las siguientes variables: Atipicidad, Somatización, Habilidades sociales y Liderazgo.

Tal y como hemos comentado antes en la variable somatización los varones en acogimiento residencial somatizan menos en comparación con sus homólogos criados en familias ( $F_{(1;141)}=5.90, p=.01$ ; IC95% 1.13 ÷ 10.98). Estas diferencias se pueden observar en la Figura 3).

En el caso de la variable Habilidades sociales los niños y niñas en condición de AR obtienen peores resultados aunque esta diferencia con respecto a los criados en sus familias es más marcada para las niñas. ( $F_{(1;141)}=69.66, p<.001$ ; IC95% 15.98 ÷ 25.90), (Figura 3).

En el caso de la variable Liderazgo las mujeres en condición de institucionalización obtienen puntuaciones más bajas que las no institucionalizadas ( $F_{(1;73)}=38.18, p<.001$ ; IC95% 12.82 ÷ 25.04). Como se puede observar en la Figura 3 no se observan diferencias para los varones de distinta condición.

En el caso de la escala clínica Atipicidad se puede ver que los niños Institucionalizados son percibidos con mayor de forma más atípica que sus homólogos criados en familias ( $t_{(62.78)}=1.72, p \leq .05$ ; IC95% -0.57 ÷ -7.65). Las niñas Institucionalizadas obtienen una puntuación superior en la escala Atipicidad que las no institucionalizadas  $F_{(1;141)}=7.78, p=.006$ ; IC95% 2.1 ÷ 12.27 (ver Figura 3. No se encuentra esta diferencia en los varones de distinta condición.

### *Diferencias entre periodos evolutivos*

Se analizaron las diferencias entre los periodos evolutivos correspondientes a ciclo de infantil y primaria que se pueden observar en la tabla 9.

Los niños de ciclo de primaria obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que los de infantil en las escalas exteriorizadas Agresividad ( $t_{(143)}=3.81$ ,  $p<.001$ ; IC 95%  $3.66\div 11.55$ ), Hiperactividad ( $t_{(143)}=2.10$ ,  $p<.05$ ; IC 95%  $0.19\div 6.24$ ) y la escala global de Exteriorizar problemas ( $t_{(143)}=3.89$ ,  $p<.001$ ; IC 95%  $1.97\div 3.76$ ). Los niños de ciclo de primaria también obtuvieron mayores puntuaciones en la escala interiorizada de Depresión ( $t_{(143)}=3.02$ ,  $p<.05$ ; IC 95%  $1.86\div 1.95$ ). Entre los ciclos de infantil y primaria existen diferencias para las escalas exteriorizadas ( $\chi^2_{(46)}= 53.63$ ;  $p=.019$ ), pero no para las internalizadas ( $\chi^2_{(39)}= 40.67$ ;  $p=.064$ ).

El efecto del ciclo sobre la escala global de Exteriorizar problemas ( $F_{(3,141)}=7.75$ ,  $p<.001$ ) y de Agresividad ( $F_{(3,141)}=8.74$ ,  $p=.001$ ) puede verse en la figura 4. Los niños de primaria puntúan más alto en estas dos escalas. Esta diferencia es más notable para niños institucionalizados.

**Tabla 9. Diferencias por sexo. Estudio B**

	<b>Masculino</b> n=(70 )	<b>Femenino</b> n=(75)
	Media y ( DT)	Media y ( DT)
Agresividad	51.53(12.75)	49.61(12.38)
Hiperactividad	<b>49.96(9.78)</b>	<b>45.91(8.450)*</b>
Problemas de Conducta	57.94(14.89)	54.16(15.36)
* Problemas de atención	<b>55.44(11.54)</b>	<b>50.51(10.69)*</b>
Atipicidad	48.39(9.84)	48.93(10.26)
Depresión	52.89(11.32)	51.00(11.68)
Ansiedad	49.96(11.05)	49.55(11.10)
Retraimiento	51.93(8.63)	49.91(9.17)
Somatización	48.01(11.57)	48.13(8.57)
Adaptabilidad	45.78(48.08)	48.08(12.65)
Habilidades sociales	<b>46.04(11.61)</b>	<b>50.16(12.96)*</b>
Liderazgo	47.24(8.50)	49.43(11.69)
Exteriorizar problemas	51.97(12.68)	48.43(11.96)
Interioriza Problemas	50.77(10.81)	49.64(10.06)
< Habilidades adaptativas	48.39(23.38)	48.93(13.73)
ISC Índice severidad	51.80(11.38)	48.80(10.82)

\* &gt;.05

Figura 3. Representaciones gráficas de la interacción. Condición de institucionalización por sexo

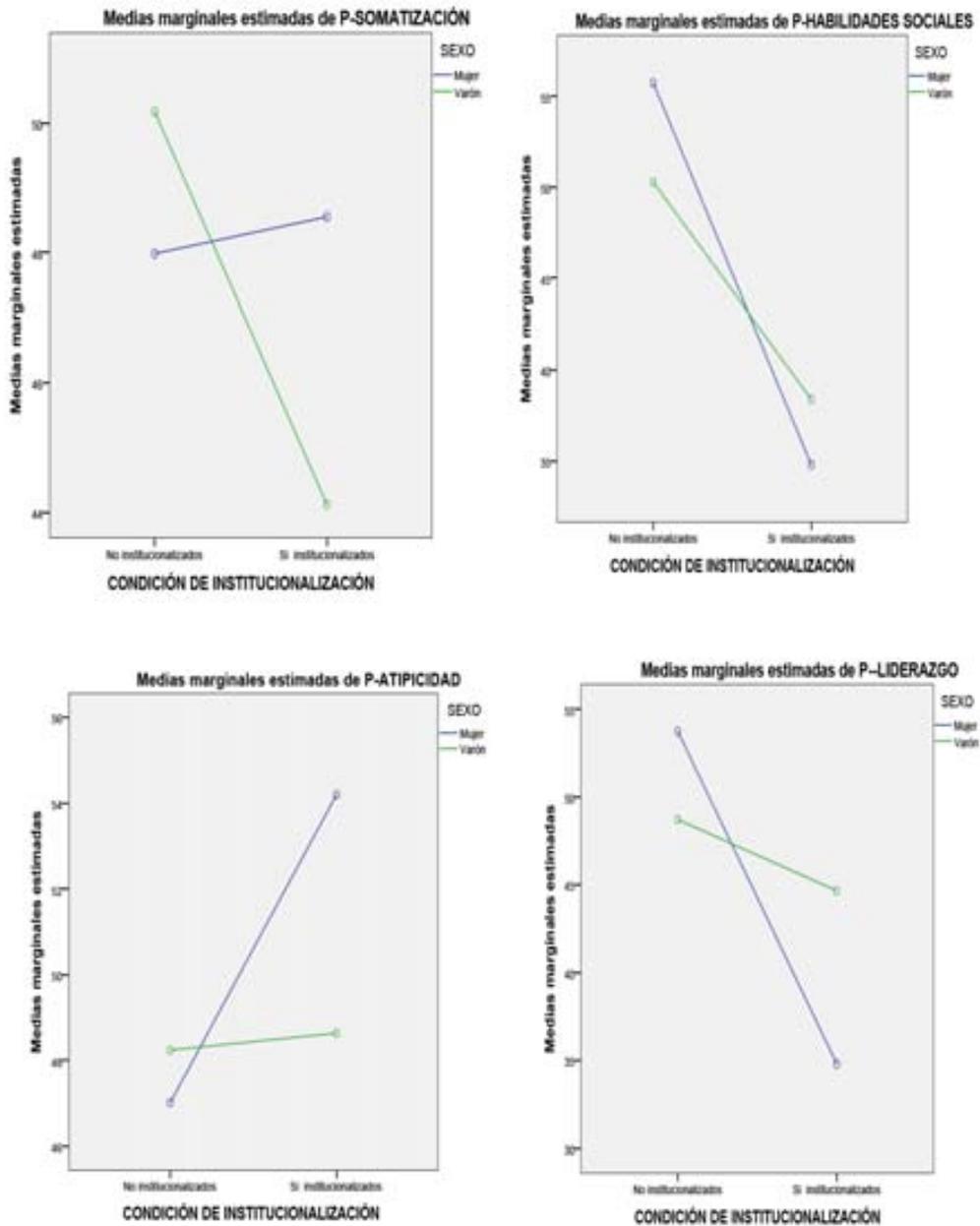
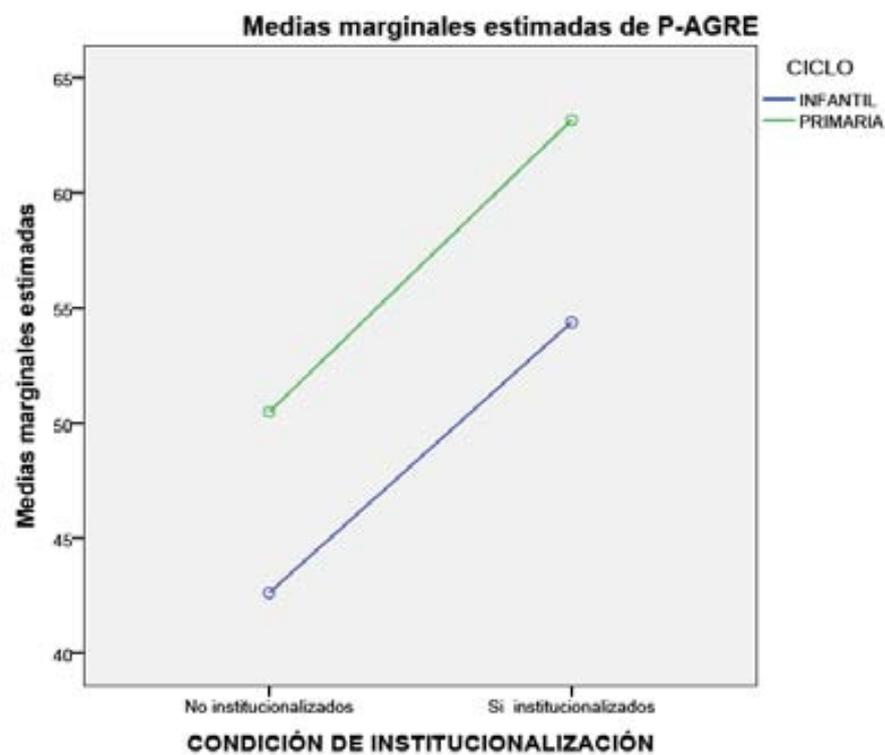
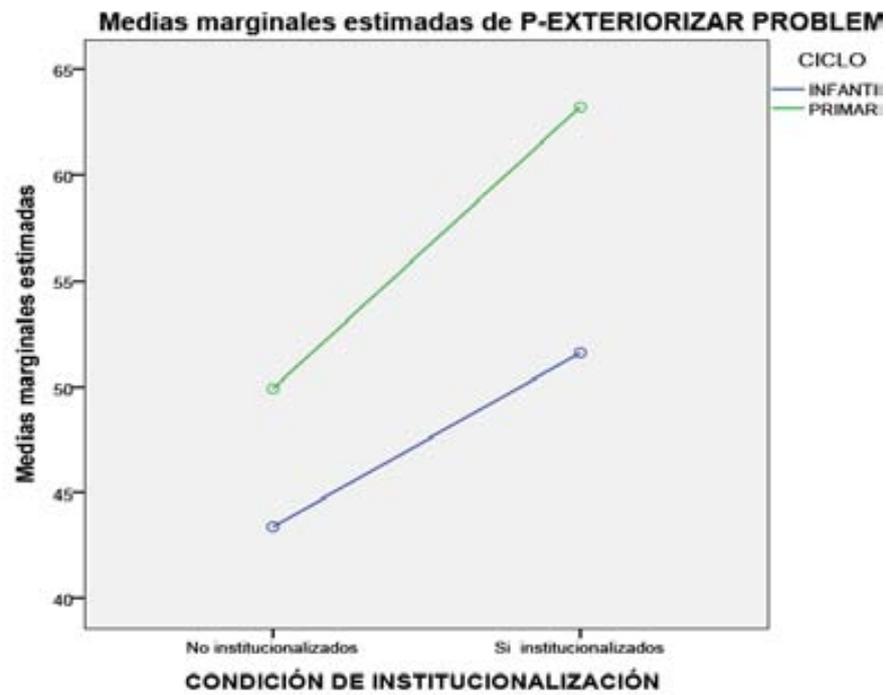


Figura4. Interacción del ciclo evolutivo infantil/primaria con variables exteriorizadas. Exteriorizar problemas y Agresividad del cuestionario BASC.



### *Habilidades adaptativas*

En la hipótesis 3 se esperaba encontrar que la presencia de habilidades adaptativas (medidas por las escalas: Adaptabilidad, Habilidades Sociales y Liderazgo del BASC) correlacionará de manera negativa con los problemas de conducta exteriorizadas e interiorizadas.

Según se puede apreciar en la Tabla 5 para la muestra total, las habilidades adaptativas, tal y como se esperaba, tienen una  $r^2$  mayor con escalas exteriorizadas frente a las interiorizadas.

En los niños del grupo AR existe una  $r^2$  menor que en los del grupo C entre internalizar problemas y habilidades adaptativas.

**Tabla 10. Análisis de Regresión Lineal. Habilidades Adaptativas. Estudio B**

		a (IC 95%) Constante	b (IC 95%) Pendiente	$r^2$	F(p)
N	Exteriorizar problemas	69.73 (62.37 ÷ 77.1)	-0.41(-0.57 ÷ 0.26)	.17	29.52(<.001)
Total	Interiorizar problemas	60 (53.42 ÷ 66.59)	-0.25(-3.42 ÷ -0.07)	.06	9.29 (.003)
AR	Exteriorizar problemas	71.27 (54.45 ÷ 88.21)	-0.25 (-0.86 ÷ 0.64)	.06	3.03 (.08)
	Interiorizar problemas	65.87 (56.09 ÷ 75.65)	-0.4 (-0.67 ÷ -0.13)	.17	8.89 (.005)
C	Exteriorizar problemas	58.37(47.53 ÷ 69.21)	-0.21 (-0.42 ÷ -0.1)	.04	4.52 (.36)
	Interiorizar problemas	59.29(46.63 ÷ 71.95)	-0.16 (-0.42 ÷ -0.5)	.25	2.47 (.12)

### *Tiempo de institucionalización*

En la hipótesis 4 se esperaba encontrar que el *tiempo de institucionalización* tuviera un mayor efecto en las conductas externalizadas frente a las internalizadas

Con el fin de analizar la influencia del tiempo de institucionalización se analizó la asociación entre el tiempo de acogimiento, medido en años y la variabilidad de las escalas de los cuestionarios. La variable sexo no ha resultado significativa en ningún caso. En la Tabla 6 se presentan los análisis de regresión lineales entre el tiempo de institucionalización y aquellas variables dependientes que resultaron significativas: Problemas de conducta exteriorizada y Agresividad (del cuestionario padres)

**Tabla 11. Análisis de Regresión Lineal. Efecto del tiempo de institucionalización medido en años. Estudio B.**

	a (IC 95%) Constante	b (IC 95%) Pendiente	$r^2$	F(p)
Agresividad	3.39 (1.45 ÷ 6.31)	49.34 (42.21 ÷ 56.47)	.195	10.402 (.02)
Exteriorizar problemas	3.72 (1.22 ÷ 6.23)	48.31 (40.97 ÷ 55.67)	.173	9.013 (.004)

Al realizar comparaciones entre el tipo de maltrato sufrido y la problemática actual, según los valores obtenidos en el BASC, no se encontró relación entre el tipo de maltrato sufrido y la gravedad de la sintomatología exteriorizada. Tampoco se encontraron diferencias entre el periodo evolutivo en el que ingresan en un centro la primera vez y la sintomatología externalizada. Estos análisis deben ser tomados con precaución dado el reducido número de casos en cada categoría tipo de maltrato y periodo evolutivo por el reducido tamaño muestral.

#### 4.4. DISCUSIÓN

En base a los resultados encontrados en la presente investigación se confirma parcialmente nuestra primera hipótesis puesto que se encontraron mayores niveles en sintomatología exteriorizada e interiorizada en el grupo AR. Se hayaron diferencias en las escalas exteriorizada de: Problemas de conducta, Agresividad y Problemas de atención. Estos datos corroboran los resultados de investigaciones previas (Fernandez Molina, 2011; Gunnar y Van Dulmen, 2007; Kjelsberg y Nygren, 2004; Simsek *et al.*, 2007). Las diferencias encontradas también en problemas atencionales confirmaría que estos procesos se encuentran muy relacionados con las experiencias de riesgo psicosocial temprano y dificultades de regulación emocional (Stevens *et al.*, 2008).

No se encontraron diferencias en sintomatología interiorizada salvo para la escala de Depresión. Quizá esto sea debido a que los propios chicos son mejores informadores que los adultos respecto a sintomatología internalizante.

Los resultados reflejan una presencia similar de los problemas emocionales y conductuales de manera a la encontrada por Fernández-Molina *et al.*(2011). Estos autores indican que los niños en AR presentan una problemática mayor que los acogidos en familia y adoptados. Para estos autores la mayoría de niños puntúa en el rango normal y sólo un pequeño porcentaje tiene problemas de conducta importantes que les sitúan en el rango clínico de la prueba. Los autores encontraron un 16,1% de niños en AR en riesgo clínico en las puntuaciones totales del CBCL y nosotros hemos encontramos un 17.8% en el rango clínicamente significativo del BASC. También indican que existe un 33.9% de niños en AR que tienen problemas exteriorizados y un 28,6% problemas internalizados en niveles de riesgo clínico. Nosotros encontramos sólo un 20% de problemas exteriorizados y

un 2.2% de problemas interiorizados. Estas diferencias podrían deberse a que en nuestra muestra el 50% son niños pequeños con menor capacidad comunicativa sobre expresiones emocionales frente a niños mayores y en los que podría existir una mayor dificultad de observar sintomatología interiorizada por parte del adulto.

Tal y como encontramos en el estudio anterior el grupo de niños en acogimiento residencial son percibidos por los adultos con menores habilidades adaptativas que aquellos que viven con sus familias.

En la escala Somatización no se observan diferencias significativas entre grupos, contrastando este dato con estudios previos realizados con una metodología similar tanto en adopción internacional (Barcons, Fornieles y Costas, 2011) y acogimiento residencial (Delgado, Fornieles, Costas-Moragas y Brun-Gasca, 2012) en los que se destaca una mayor problemática en los niños criados en su familia y con (Fernandez y Molina, 2012) que encontraron mayores problemás en niños de AR con un instrumento de evaluación distinto. Sin embargo en el presente estudio se encontraron diferencias en función del sexo en esta variable. En el presente estudio los varones en acogimiento residencial somatizan menos en comparación con sus homólogos criados en familias. Sería interesante confirmar si los niños varones institucionalizados expresan en menor medida sus problemas emocionales con somatizaciones o los resultados se deben a otros factores. Una solución sería utilizar distintos métodos de evaluación de esta variable y distintos informantes.

Sorprendentemente las niñas en AR en comparación con los niños en AR son vistas por los adultos de forma más atípica, con menor liderazgo y menos habilidades sociales. Estos datos podrían deberse a sesgos del evaluador más que a diferencias reales ya que tanto en el estudio previo A que hemos presentado anteriormente en el que se utilizó el

mismo instrumento de evaluación se apreció que las niñas solían ser vistas en general con mayores habilidades sociales que los niños por sus profesores y que los padres solían ver a los niños como más retraídos (Delgado, Fornieles, Costas-Moragas y Brun-Gasca, 2012). En el estudio actual también observamos que las niñas tenían mayores habilidades sociales y los niños más problemas en hiperactividad y déficit de atención..

La relación entre habilidades adaptativas y las variables internalizadas, es menor en los niños en AR frente a los criados en sus familias. Una posible explicación posible podría ser que los niños en AR disponen de una menor capacidad para pensar e internalizar los problemas frente a los controles. Sería enriquecedor analizar con más detalle si proporcionar programas de entrenamiento en habilidades adaptativas en estos niños funcionaría como un factor de protección ,especialmente para problemas interiorizados, que se pueden encontrar detrás de los comportamientos disruptivos. En relación al efecto del tiempo de institucionalización lo que se observa en esta investigación es que, a mayor tiempo en situación de acogimiento residencial, se incrementan los problemas de conducta y agresividad informados por los educadores de la institución. Los resultados del actual estudio son coherentes con los resultados encontrados Fernández-Millán *et al.* (2009), en una muestra con una franja de edad más amplia, y por nosotros en un estudio anterior Delgado, *et al.*, (2012). Sin embargo no hemos encontrado una relación entre la sintomatología interiorizada y tiempo de institucionalización como apuntaban otros autores (Shechory y Sommerfeld, 2007).

A diferencia de Martín *et al.* (2012) no se observó que el tipo de maltrato y el periodo evolutivo en el que ingresan por primera vez tuvieran un efecto significativo en las

conductas exteriorizados. Este hecho puede ser debido al número reducido de sujetos dentro de cada categoría .

Los resultados deben ser interpretados con cautela por diferentes motivos. En primer lugar, por la necesidad de comparar Centros Residenciales de diferentes características por la población que atienden. Uno de los CRAES estaba destinado exclusivamente a niños pequeños mientras que en los otros convivían niños de diferentes edades. En segundo lugar por la dificultad de clasificar el tipo de maltrato sufrido en función del cuestionario de datos biográficos entregado a los educadores, por el solapamiento existente entre los tipos de abusos. También por la imposibilidad para conocer la afectación previa tenían los niños, ya que no se cuenta con ningún registro objetivo antes del ingreso en la mayoría de los casos. En tercer lugar, no se solicitó a los padres de los alumnos información sobre su nivel socio económico lo que puede haber sesgado los resultados. Finalmente hay que destacar que dado el carácter voluntario del estudio, puede que los padres más implicados y voluntariosos con la escuela sean los que hayan contestado mayoritariamente.

Realizar estudios físicos y psicológicos previos al ingreso, o en su defecto en los meses iniciales con sistemas de evaluación objetivos ayudaría a los equipos técnicos/educadores a orientar las medidas protectoras más adecuadas para cada caso y a atender mejor las necesidades físicas y emocionales de estos niños y adolescentes. Estipular claramente la temporalidad en la asunción o no de los objetivos del plan de mejora con los padres y de los recursos de ayuda ofrecidos a estos quizá ayudaría en casos enquistados de larga evolución en centros residenciales.

Estudiar estos problemas de conducta desde un punto de vista evolutivo en otras etapas como la adolescencia permitiría conocer en que momento la aplicación de programas educativos pueden tener mayor efecto. También se requieren investigaciones sobre la relación del tipo de apego y la existencia de problemas conductuales y emocionales tanto en la infancia como en la adolescencia (O'Connor, Bredenkamp, y Rutter, 1999; Rutter, Krepper y O'Connor, 2000) así como el desarrollo/o adaptación de instrumentos para evaluar el apego validados para la población española (O'Connor y Gerard Byrne, 2007).

La estancia en residencia no da respuesta a las necesidades, sobre todo emocionales, que tienen los menores (Martín y Dávila, 2008). El tratar de mantener a un niño en su misma comunidad, aun cuando deba dejar el domicilio familiar para ingresar en una residencia, minimizaría los sentimientos de desarraigo, la pérdida del grupo de amigos del barrio y los frecuentes cambios de centro escolar. Los programas de inclusión social específicos para niños tutelados tendrían efectos tanto en su ajuste a la escuela como en la posterior integración social.

La cooperación entre familia y residencia se relaciona positivamente con la autonomía de los menores y adaptación al contexto residencial (Martín, Torbay y Rodríguez, 2008) pero la puesta en marcha de actuaciones encaminadas a establecer unas condiciones suficientes en la familia de origen para posibilitar el retorno definitivo del menor implica la movilización de recursos que actualmente parecen limitados y de escasa flexibilidad. En este sentido también estarían el desarrollo de programas para familias sin recursos económicos o padres con enfermedad mental y cambios legislativos que favorezcan la adopción nacional, el acogimiento familiar.

Los resultados de la presente investigación permiten avanzar en el conocimiento y empezar a salir de la invisibilidad estadística en la que se encuentran los menores tutelados. Aunque muchos de estos niños no tienen dificultades estimamos que el modelo actual normalizador, se muestra limitado para acoger a todos aquellos niños y niñas que requieren de una acogida temporal. La creación una mayor red de centros terapéuticos especializados en menores con distintas problemáticas: trastornos de comportamiento, enfermedad mental así como el incremento en la colaboración interdisciplinar entre personal sanitario y educativo parece ser uno de los retos actuales del sistema de protección.

## 5. ESTUDIO C

### ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DEL (IPPA) INVENTARIO DE EVALUACIÓN DEL APEGO CON PADRES Y PARES EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES ESPAÑOLES

#### 5.1 INTRODUCCIÓN

Las perturbaciones en el desarrollo de vínculo primario constituyen un factor etiopatológico durante la adolescencia. Según Cooper, Shaver y Collins (1998) el estilo de apego seguro parece tener un papel fundamental a la hora de ayudar al adolescente a afrontar los desafíos que ofrece esta etapa evolutiva, por tanto la seguridad en el apego podría ser considerada como un factor de protección en relación al desarrollo afectivo y social

El estudio del apego resulta valioso para comprender cómo influye el vínculo primario, sobre aquel que se mantiene con los pares en la adolescencia. La adolescencia, más que ser una etapa en la que los vínculos de apego se debilitan y desaparecen, es una época en la que éstos sufren una transformación; y son transferidos gradualmente al grupo de pares y a la pareja.

Determinar los estilos de apego en la población adolescente permite realizar inferencias sobre la conducta emocional de los mismos, pero para ello es necesario el empleo de instrumentos válidos, confiables y adaptados a la población objeto de estudio, tal y como ha demostrado ser el IPPA. En España tanto la investigación fundamentada en la

teoría del apego como en la construcción y adaptación de instrumentos psicométricos ha sido escasa (Balluerca, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011; Magaz, Chorot, Sandin, Santed y Valiente, 2011). La mayor parte de los instrumentos utilizados son aquéllos diseñados y desarrollados por investigadores en Estados Unidos o en otros países europeos. Un ejemplo de ello es el *Inventory of Parent and Peer Attachment* (IPPA; Armsdem y Greenberg, 1978).

El IPPA es uno de los instrumentos de autoinforme más utilizados a nivel internacional. Se ha empleado en varios tipos de investigaciones como por ejemplo: en la evaluación del bienestar psicológico (Armsdem y Greenberg, 1987), de la depresión (Smith y Calam, 2009), la delincuencia juvenil (Flight y Forth, 2007), la relaciones románticas (Penagos, Rodríguez y Castro, 2006) etc. Por otra parte, también se han realizado análisis psicométricos sobre su estructura interna y validez (Pardo, Pineda, Carrillo y Castro, 2006).

A diferencia de otros instrumentos de evaluación del apego, el IPPA está diseñado específicamente para adolescentes, ofrece la ventaja de ser autoadministrado además de proporcionar los tres estilos de apego postulados por Ainsworth, Belhar, Walters y Wall, 1978 : seguro, evitativo y ambivalente. Además estudia las relaciones del adolescente con sus progenitores y con sus compañeros. Su adaptación en España ofrece grandes posibilidades tanto para la investigación a nivel nacional, como la realización de estudios transculturales. La adaptación en España de instrumentos con estructura similar derivados del IPPA para la infancia como el PIML (Cook, Grenberg y Kuche, 1995) y el IPPA-R (Gullone y Robinson, 2005) permitiría realizar estudios a lo largo del ciclo vital. Su utilización con adolescentes y específicamente con adolescentes institucionalizados puede ser de gran ayuda tanto en la investigación como en la práctica clínica

El IPPA se desarrolló con adolescentes desde los 12 a los 19 años. La versión original del IPPA, propuesta por Greenberg *et al.* (1984) contenía dos formas de medir la seguridad del apego: hacia los padres (28 ítems) y hacia los compañeros (25 ítems). Posteriormente Armsden y Greenberg (1987), indicaron que una sola escala era insuficiente para describir la complejidad del constructo de apego e incrementaron el número de ítems a 60 (31 ítems) para los padres y (29 ítems) para amigos. Los autores esperaban encontrar dos factores: uno relacionado con una “experiencia (afectiva/cognitiva) positiva” de confianza en el acceso y respuestas de las figuras de apego y otro relacionado con una “experiencia (afectiva/cognitiva) negativa” de enfado y/o desesperanza como resultante de una falta de respuesta o inconsistente respuesta por parte de las figuras de apego”. Sin embargo, en el análisis factorial extrajeron tres factores que eran bastante similares para las dos formas padres/compañeros y que mejoraban la interpretabilidad psicológica. Los factores fueron definidos de la siguiente manera (versión padres a la izquierda del guión / y versión pares a la derecha):

- Confianza: Comprensión parental, respeto y confianza mutua / mutuo respeto y confianza hacia los compañeros.

- Comunicación: Calidad de la comunicación verbal con los padres / calidad percibida de la comunicación

- Alienación: Sentimientos de alienación y aislamiento hacia los padres /alienación de los amigos pero con el reconocimiento de su necesidad de cercanía.

En este estudio de 1987 los autores hallaron una consistencia interna satisfactoria para cada una de las escalas padres/pares ( $\alpha$  Confianza: .91/.91;  $\alpha$  Comunicación: .91/.87;  $\alpha$  Alienación: .86/.72). Las subescalas entre padres y pares mostraron una correlación muy

elevada, y por este motivo los autores usaron finalmente las puntuaciones en seguridad de apego para ambas formas, dichas puntuaciones las obtenían sumando el factor confianza y comunicación y restando el factor alienación.

En un segundo estudio, que publicaron junto al anterior, con el objetivo de determinar la validez convergente del instrumento encontraron que los adolescentes con elevadas puntuaciones en seguridad de apego a sus padres tenían mayor satisfacción con ellos mismos, una mayor probabilidad de buscar apoyo social y menor sintomatología ante eventos vitales.

Dos años más tarde Armsden y Greenberg (1989) propusieron una versión revisada dividiendo la forma de padres en dos formas idénticas para la figura paterna y materna por separado. Esta nueva versión contiene 75 ítems, con 25 ítems para cada una de las figuras de apego: padre, madre y compañeros. Más recientemente Greenberg (2004) ha recomendado el uso de esta nueva versión frente a las anteriores porque permite diferenciar mejor los roles de cada progenitor además de las relaciones con los compañeros.

Se han realizado diferentes investigaciones y en cuanto a las propiedades psicométricas del IPPA resaltan: índices de consistencia interna adecuados para las escalas y subescalas (Armsden y Greenberg, 1987; Pardo, *et al.* 2006; Vivona, 2000.), correlaciones moderadas entre las puntuaciones relativas a ambas figuras parentales y correlaciones bajas entre las puntuaciones correspondientes a padres y amigos (San Martín, Zavatini y Ronconi, 2009)

Johnson, Ketring y Abshire (2003), utilizando un análisis factorial confirmatorio señalaron un mal ajuste del modelo de los tres factores para las formas padre y madre. Estos autores encontraron dos factores que denominaron confianza (que incluía los ítems

originariamente incluidos en confianza y comunicación) y alienación. Sin embargo, en otros estudios dirigidos a validar una versión reducida del IPPA, en Francia Vignoli y Mallet (2004) y en Italia (Guarnieri, Ponti y Tani, 2010) volvieron a encontrar el modelo de tres factores propuesto por Armsden y Greenberg (1987) en ambas formas. Los estudios citados (Armsden y Greenberg, 1987; Jonson, Ketring y Abshire, 2003) incluyeron muy pocos participantes (179 en el primero y 89 en el segundo) por lo que era difícil elegir uno de las dos soluciones, sugiriendo que se requerían nuevos estudios en los que se utilizaran muestras más amplias.

El propósito original del IPPA fue capturar la complejidad del constructo del apego empleando diferentes facetas. Además la justificación teórica para los tres factores viene de la mano de Vivona (2000) que sugirió el uso de las tres subescalas para evaluar diferencias individuales en las siguientes categorías de apego.

En un estudio más reciente realizado en Italia por Pace, San Martín y Zavattini (2011) con una muestra más numerosa de 1059 adolescentes, se comparan los tres modelos propuestos en la literatura: el modelo de un factor (apego seguro), el modelo de dos factores (confianza/comunicación y alienación) y un modelo de tres factores (confianza, comunicación y alienación). En este estudio se encontró apoyo empírico para la estructura factorial de la nueva versión del IPPA (75 ítems) mediante un Análisis Factorial Exploratorio. También se encontró que el modelo de los tres factores para las tres versiones: madre, padre y pares era el que mejor se ajustaba a los datos. En términos de la estructura tridimensional de las tres formas del inventario, los Análisis Factoriales Confirmatorios muestran que el mejor modelo ajustado a los datos es el modelo con tres dimensiones. Este es el equivalente conceptual a un modelo jerárquico con tres factores de

primer orden que dependen funcionalmente de un factor de segundo orden y es compatible con el uso tanto de las puntuaciones globales de seguridad de apego como de las puntuaciones en las subescalas de confianza, comunicación y alienación. En las tres formas, sin embargo, las altas correlaciones entre las variables latentes indican que los constructos no están suficientemente diferenciados y esto arroja alguna duda sobre si la segmentación del inventario en tres subescalas es útil a nivel práctico.

Dentro de las principales conclusiones de un meta-análisis recientemente publicado sobre apego a los iguales Gorresse y Ruggieri (2012) destacan que el apego a los padres se correlaciona moderadamente con el apego a los pares, que las mujeres se encontraban significativamente más unidas a sus compañeros que en los hombres, que la correlación entre la edad y el apego a los pares no fue significativa.

El IPPA ha sido adaptado en diferentes países como Turquía (Günaydin, Selçuk, Sümer y Usyal, 2005), Italia (Baiocco, Laghi y Paola, 2009; Guarnieri, Ponti y Tani, 2010); Francia (Vignoli, 2003) y China (Zhang y Ying-Li, 2011). También ha sido traducida al español y adaptada en Colombia por Pardo, Pineda, Carrillo y Castro (2006). La adaptación colombiana se realizó con 1435 adolescentes de entre 15 y 20 años de estrato socio-económico bajo (14%), medio (64%) y alto (22%). La evaluación psicométrica del IPPA se inició con un análisis factorial de componentes principales con rotación de tipo varimax. Según los autores los resultados mostraron una correspondencia total con la versión original tras excluir del análisis el ítem 9.

En la evaluación de la confiabilidad de cada escala del IPPA y sus respectivas dimensiones el ítem nueve fue excluido por tres razones: a) este ítem mostró una correlación negativa con los demás ítems del instrumento; b) su inclusión tuvo efectos

negativos sobre la confiabilidad del IPPA; y, c) su redacción era ambigua; los ítems restantes fueron incluidos en todos los análisis.

Todos los estudios mencionados aportaron resultados favorables sobre la fiabilidad y validez del instrumento, así como un método válido de agrupación de la muestra de acuerdo a los estilos de apego propuestos por Ainsworth (1979). La adaptación a nuestro país permitiría continuar avanzando en la investigación sobre el apego en la etapa de la adolescencia. Este es uno de los objetivos del presente trabajo.

## 5.2 MÉTODO

Para el proceso de adaptación y validación del cuestionario IPPA al español se han seguido los criterios propuestos por Hambleton (2005; 2006) y Daouk, McDowall y Rust (2005), que plantean que la adaptación de un instrumento a una nueva lengua (Inglés-Español) y a una nueva cultura debe proporcionar garantías de equivalencia conceptual, lingüística y métrica. Concretamente para la equivalencia lingüística se ha llevado a cabo un proceso de traducción y retrotraducción. Las garantías de equivalencia cultural o psicológica y las garantías de equivalencia estadística se han realizado mediante un estudio de campo piloto y el análisis de las propiedades psicométricas del instrumento.

*Traducción.* Una vez obtenido el consentimiento de los autores originales (Armsden y Greenberg, 1987), los ítems del IPPA fueron traducidos del inglés al español por el investigador principal, posteriormente dicha traducción fue sometida a revisión por dos psicólogos bilingües y finalmente por un experto en traducción del Servicio de Lenguas de la Universitat Autònoma de Barcelona.

*Retrotraducción.* Una vez elaborada la versión preliminar del cuestionario, ésta se envió a un experto externo con alto dominio del inglés para que realizara una retrotraducción de la versión en español nuevamente al inglés. Se comparó la versión retrotraducida con la versión original de los cuestionarios y se comprobó que el significado de los ítems era el mismo y que no había cambios. Una vez logrado el consenso entre los expertos en la comparación con la versión original del cuestionario, se obtuvo un formato piloto del mismo. De esta forma determinamos que nuestra versión traducida era fiel a la original y que estaba lista para ser administrada en una prueba piloto.

*Administración:* A través del Equipo de Atención Psicopedagógica (EAP B-26) se contactó durante el año 2012 con dos centros de secundaria de la zona del Baix Llobregat uno de ellos público y otro concertado. Sólo este segundo centro accedió a participar en las condiciones que requería la colaboración. Se entregaron cartas explicativas del proyecto de investigación y los consentimientos informados a todos los padres de los alumnos desde 1º de ESO hasta 2º de Bachillerato. Junto a la carta explicativa de los objetivos de la investigación se adjuntó otra carta en la que la dirección del centro escolar animaba a padres y alumnos a participar en el proyecto (ver anexo C1). Los alumnos de 2º de bachillerato finalmente no pudieron participar porque la aplicación del cuestionario coincidió con el periodo de exámenes de selectividad.

Los cuestionarios fueron administrados de forma colectiva en el aula con el consentimiento de padres y profesores. Aquellos alumnos que no recibieron consentimiento paterno fueron excluidos de la investigación. También se informó a los alumnos de los objetivos de la investigación, y de que su participación era voluntaria.

Dos psicólogos entrenados por el investigador principal se encargaron de la administración del cuestionario. Tanto a los estudiantes como sus padres fueron informados de su carácter anónimo y confidencial por lo que podían sentirse libres para responder sinceramente a las cuestiones planteadas. Los sujetos eran identificados por un número de cuestionario.

Se realizó una aplicación piloto a un grupo de 30 alumnos de 1º de la ESO. Se eligió el grupo de menor edad donde se consideró que las dificultades de comprensión podrían ser mayores, aunque el cuestionario original esté diseñado también para estas edades. Se encontraron algunas dificultades de comprensión leves que pasamos a detallar:

En el ítem 11 original de la versión madre y padre “*Me molesto mucho más de lo que mi madre pueda percatarse*” y en el 22 de la versión pares “*Me molestan sus comentarios más de lo que ellos se percatan*” se detectó un problema de comprensión por el vocabulario utilizado. Finalmente se decidió cambiar el redactado del ítem para facilitar su comprensión por un lenguaje más coloquial “*Me molesto mucho más de lo que mi madre/padre puede darse cuenta*” “*Me molestan sus comentarios más de lo que ellos se dan cuenta*”. En el caso de los ítems 18 “*No recibo mucha atención de mi Madre/padre*” y 23 “*Mi madre/padre no comprende lo que estoy pasando en estos días*” también se detectó un problema de comprensión al estar estos ítem redactados en negativo. En este caso se considero no realizar cambios para no alterar el sentido del ítem ya que ambos están redactados como ítems inversos. Tras estos cambios se dio por completada la versión definitiva del IPPA.

### 5.2.1 Participantes

Gorsuch (1983) plantea que son necesarios de 3 a 5 sujetos por ítem para obtener valores confiables. El IPPA consta de 75 ítems, por lo tanto se estimó una muestra mínima de 225 adolescentes. La muestra de 231 sujetos pertenecía a un centro concertado que disponía de dos líneas por curso. En cada aula había una media de 30 alumnos. La participación, como se puede observar fue bastante elevada lo que seguramente fue debido a la implicación de la dirección del centro en el proyecto. Las edades estaban comprendidas entre 12.4 y 17.4 años. No se encontraron diferencias en función del sexo (Tabla1).

**Tabla 12. Descripción de la Muestra. Estudio C.**

	<i>Sexo</i>		<i>Edad</i>	
	Hombre	Mujer		
	$\chi^2_{(4)} = 4.65; p=.33$			
<i>Curso 1ºESO</i>	14.7% (34)	9.5% (22)	Media= 12.96 DT= .31	Min= 12.45 Max=13.98
<i>Curso 2ºESO</i>	10.4% (24)	10.4% (24)	Media= 13.98 DT= .27	Min= 13.42 Max=14.41
<i>Curso 3ºESO</i>	12.1% (28)	24 (10.4%)	Media= 14.93 DT= 0.60	Min= 14.55 Max=16.40
<i>Curso 4ºESO</i>	10.4% (24)	9.5% (22)	Media= 15.93 DT= .34	Min= 15.42 Max=17.22
<i>1º Bachiller</i>	7.8% (18)	4.8% (11)	Media= 16.97 DT= .25	Min= 16.45 Max=17.41
<i>Muestra Total</i> 100% (n=231)	50.2% (116)	49.8% (115)	Media= 14.58 DT= 1.40	Min= 12.45 Max=17.41

\* Los paréntesis indican las frecuencias

### 5.2.2 Instrumentos

*El IPPA* (Armsden y Greenberg, 1989) es un instrumento que evalúa el vínculo afectivo, tiene un formato autoadministrado y fue diseñado para adolescentes a partir de los

12 años. La versión original (Armsden y Greenberg, 1984) consistía en 28 ítems para padres y 25 para los amigos. Tal y como se ha anticipado en la introducción, la versión actual se compone de 75 ítems totales con 25 ítems para cada una de las figuras de apego: padre, madre y amigos. Los ítems de este instrumento se responden en una escala Likert de 5 puntos en la que 1 corresponde a “*nunca o casi nunca verdadero*” y 5 “*siempre o casi siempre verdadero*” Se obtiene una puntuación total en seguridad del apego para cada una de estas figuras (padre, madre, compañeros) y puntuaciones en tres subescalas (Confianza, Comunicación y Alienación) cuya puntuación se obtiene del promedio de los ítems correspondientes. La puntuación en seguridad en el apego se obtiene sumando los valores obtenidos en las subescalas de Confianza y Comunicación y restando los valores obtenidos en Alienación. Según Vivona (2000) puede obtenerse cual es el estilo de apego (seguro, evitativo, ambivalente) de cada participante para cada una de las figuras de apego en función de la combinación de puntuaciones en los tres subescalas. Para la versión revisada el alfa de Cronbach fue .87 apego a la madre, .89 al padre y .92 para los amigos (Armsden y Greenberg, 2009). Según los autores las puntuaciones de las escalas no se ven afectadas por el estatus socioeconómico.

### 5.2.3 Las técnicas de análisis utilizadas han sido:

(a) el análisis factorial confirmatorio mediante el estimador de mínimos cuadrados ponderados robustos (WLSMV; *Weighted Least Squares Means and Variante Adjusted*), que utiliza una matriz diagonal de pesos con errores estándar robustos y la prueba  $\chi^2$  ajustada por media y variancia (b) los análisis descriptivos de la muestra y de las subescalas del IPPA para cada figura de apego; (c) el análisis de la consistencia interna de las

subescalas del IPPA mediante el coeficiente alfa de Cronbach y (d) correlaciones de Pearson entre las puntuaciones por subescalas y de sus respectivas medidas de seguridad en el apego para la madre, el padre y los pares.

Para los tres últimos se utilizó el programa SPSS 19.0 y para el primer aspecto el programa MPlus6. En el análisis factorial confirmatorio se han propuesto dos modelos que proporcionarían estructuras alternativas interpretables en el contexto teórico en el que nos movemos. Los dos modelos de menos a más restrictivo (Thompson, 2004) son: M1) modelo en que los ítems son indicadores de tres factores de primer orden (confianza, comunicación y alienación); y M2) modelo de factor único según el cual el constructo apego se relacionaría directamente con cada uno de los ítems de la escala sin ser posible distinguir subescalas. Tal como se desprende de la introducción a este trabajo, el modelo con mayor soporte previo, tanto teórico como empírico, es el modelo M1.

La bondad del ajuste se evaluó con los índices de ajuste comunes (Jackson, Gillaspay, y Purc-Stephenson, 2009):  $\chi^2$ , el índice de ajuste comparativo (CFI; *Comparative fit Index*), el índice de Tucker y Lewis (TLI), y la raíz del error cuadrado de aproximación (RMSEA; *Root Mean Square Error of Approximation*). Los umbrales que se adoptaron fueron los siguientes: RMSEA <.05 y TLI y CFI> 0.95 indican buen ajuste, mientras que el RMSEA <.08 y TLI y CFI> 0.90 presentan un ajuste razonable (Marsh, Hau, y Wen, 2004).

Para el tratamiento de los datos faltantes se optó por una imputación simple basada en la sustitución de éstos por la puntuación media de la persona en esa subescala. Al ser el número de valores perdidos menor al 5% del total de puntos de los datos, esta imputación no tiene consecuencias apreciables sobre los análisis realizados (Graham, 2009).

### 5.3 RESULTADOS

#### *Análisis Factorial Confirmatorio (AFC)*

Se llevó a cabo un Análisis Factorial Confirmatorio con los 25 ítems del IPPA, para los datos relativos a la madre, el padre, y los compañeros por separado. El modelo de 25 ítems y 3-factores obtiene unos índices de bondad de ajuste satisfactorios para las puntuaciones asignadas a la madre [ $\chi^2$  (272) = 460.3; CFI = .93; TLI = .93; RMSEA = .055], al padre [ $\chi^2$  (272) = 511.6; CFI = .96; TLI = .95; RMSEA = .062], y a los compañeros [ $\chi^2$  (272) = 438.4; CFI = .97; TLI = .97; RMSEA = .052].

Todas las cargas factoriales y correlaciones factoriales fueron estadísticamente significativas ( $p < .05$ ) y las cargas factoriales estandarizadas fueron  $\geq .37$ , excepto para el ítem 9, ("*Mi madre / padre espera demasiado de mí*"), el ítem 7 para la madre ("*Mi madre se da cuenta cuando estoy molesta por algo*"), y el ítem 23 también para la madre ("*Mi madre no entiende lo que estoy pasando en estos días*") (ver Figura 5).

Además del modelo de 3 factores propuesto por los autores originales (Armsden y Grenberg, 1987) y obtenido por otros autores (Peace *et al.* 2011); probamos un modelo unidimensional, como modelo alternativo plausible y comparamos ambos modelos anidados mediante la diferencia de ji-cuadrado respecto a la diferencia de grados de libertad (Bryant y Satorra, 2012).

En la Tabla 13 podemos ver como los índices de ajuste son mejores para el modelo de 3 factores (confianza, comunicación y alienación) que el de modelo de un único factor (menor  $\chi^2$  y RMSEA y mayor CFI y TLI). Además, la comparación entre ambos modelos

anidados, es significativa, por lo que el modelo unifactorial empeora de forma estadísticamente significativa el ajuste del modelo de 3 factores.

**Tabla 13: Resultados del análisis factorial confirmatorio de las versiones del IPPA.**

Versión	Modelo	Índices de ajuste				Comparación	
		$\chi^2$ (gl)	CFI	TLI	RMSEA (IC 90%)	$\Delta\chi^2$ ( $\Delta$ gl)	<i>p</i>
Madres	3 factores	460.3 (272)	.934	.927	.055 (.046; .063)		
	1 factor	519.0 (275)	.914	.906	.062 (.054; .070)		
	1f vs. 3f					55.8 (3)	<.001
Padres	3 factores	511.6 (272)	.956	.952	.062 (.054; .071)		
	1 factor	646.1 (275)	.932	.926	.077 (.070; .085)		
	1f vs. 3f					88.9 (3)	<.001
Pares	3 factores	438.4 (272)	.973	.970	.052 (.043; .060)		
	1 factor	509.7 (275)	.962	.958	.061 (.053; .069)		
	1f vs. 3f					62.1 (3)	<.001

### *Análisis descriptivos*

Los estadísticos de la media y la desviación típica para cada uno de las subescalas se muestran en la Tabla 14. Las medias más altas dentro de las escalas de apego se corresponden con las de los pares, seguidas de la madre y el padre. En las tres figuras de apego las medias más altas se encuentran en confianza seguidas de comunicación y finalmente alienación, que obtiene siempre las puntuaciones más bajas.

**Tabla 14: Consistencia interna y descriptivos de puntuaciones de las escalas IPPA. Estudio C**

Version	Escala (mínimo ÷ máximo)	Alfa (n° items)	Media (DT)
Madre	Confianza (10 ÷ 50)	.80 (10)	41.53 (5.35)
	Comunicación (9 ÷ 45)	.81 (9)	32.69 (6.25)
	Alienación (6 ÷ 30)	.60 (6)	12.67 (3.92)
	Puntuación total (25 ÷ 125)	.91 (25)	97.60 (13.33)
Padre	Confianza (10 ÷ 50)	.86 (10)	39.86 (7.45)
	Comunicación (9 ÷ 45)	.85 (9)	29.70 (7.42)
	Alienación (6 ÷ 30)	.70 (6)	13.33 (4.74)
	Puntuación total (25 ÷ 125)	.93 (25)	92.14 (17.52)
Pares	Confianza (10 ÷ 50)	.91 (10)	43.49 (6.44)
	Comunicación (8 ÷ 40)	.87 (8)	32.05 (5.87)
	Alienación (7 ÷ 35)	.68 (7)	13.77 (4.44)
	Puntuación total (25 ÷ 125)	.93 (25)	103.73 (15.12)

#### *Análisis de fiabilidad de consistencia interna*

La consistencia interna para las escalas resultantes fue satisfactoria ( $\alpha \geq .68$ ) (Tabla 3, izq.). A excepción de la escala alienación para la madre ( $\alpha = .60$ ), todas las escalas superan el valor criterio de .70 establecido por Nunnally (1978) para considerar una consistencia interna aceptable en el ámbito de la investigación en Psicología.

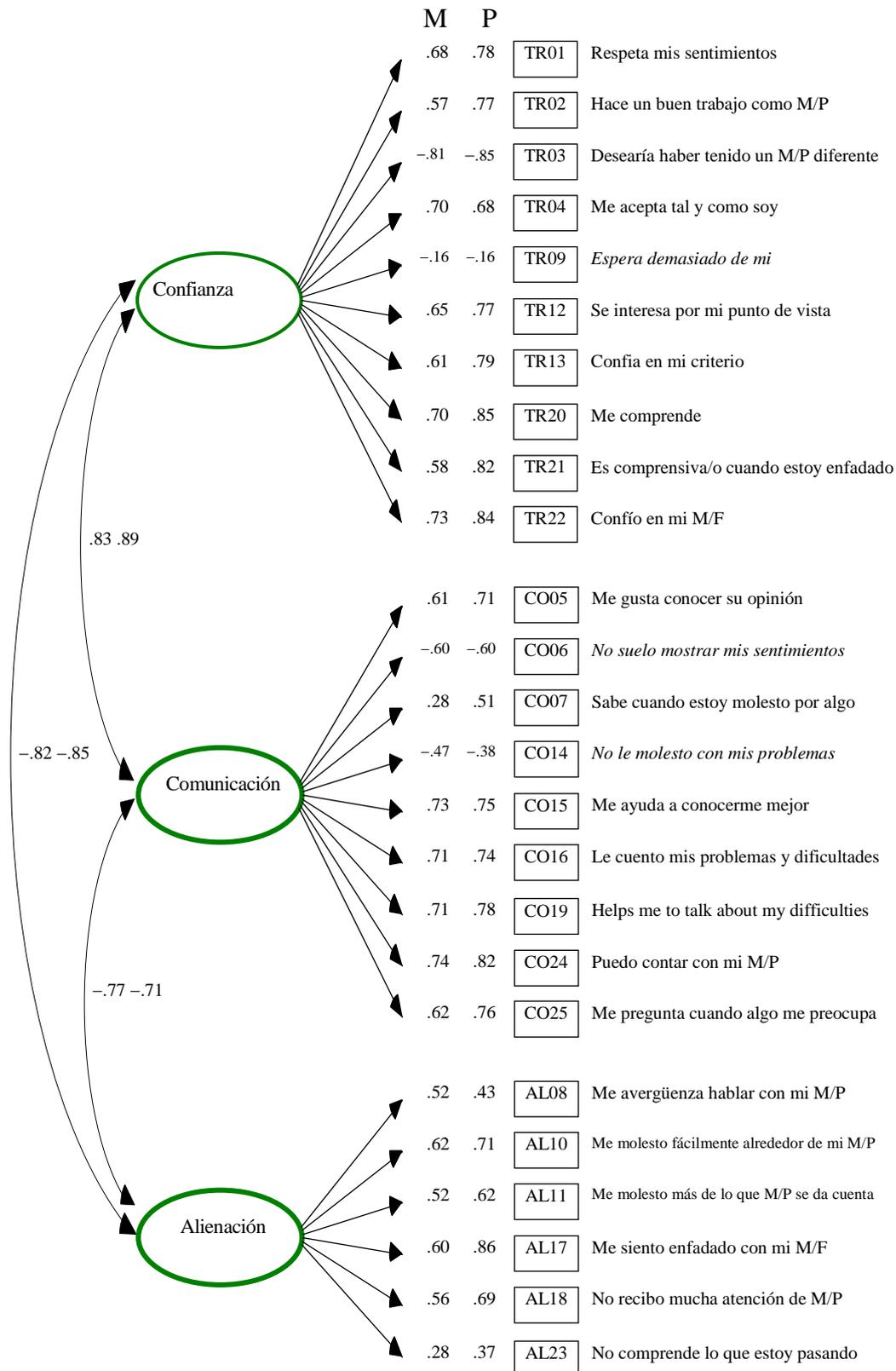
*La correlación entre las puntuaciones de la escala*

La Tabla 15 muestra los coeficientes de correlación entre todas las puntuaciones directas de las subescalas Confianza, Comunicación y Alienación. La estructura de esta tabla sigue la lógica de una matriz multi-rasgo/multi-método, donde los rasgos son los 3 factores (confianza, comunicación y alienación) sin embargo en vez de métodos diferentes lo que tenemos son informes del participante sobre evaluados diferentes. Los triángulos en sombreado indican correlaciones entre factores intra-evaluado; diferente rasgo y mismo evaluado. La diagonal en negrita indican un mismo rasgo y diferente evaluado por lo que los valores obtenidos son más altos que los dos triángulos en fuente normal por encima y debajo de dicha diagonal con diferente rasgo y diferente evaluado. Como puede observarse, las correlaciones entre las escalas Confianza y Comunicación tienen signo positivo mientras que las correlaciones de estas escalas con Alienación son negativas (ver también Figuras 1 y 2). Las puntuaciones totales de los datos asignados a la madre y padre se correlacionaron .34 ( $p < .001$ ), mientras que las correlaciones de la puntuación total de los pares fue ligeramente inferior (.22 y .27 con la madre y padre, respectivamente,  $p \leq .001$ ).

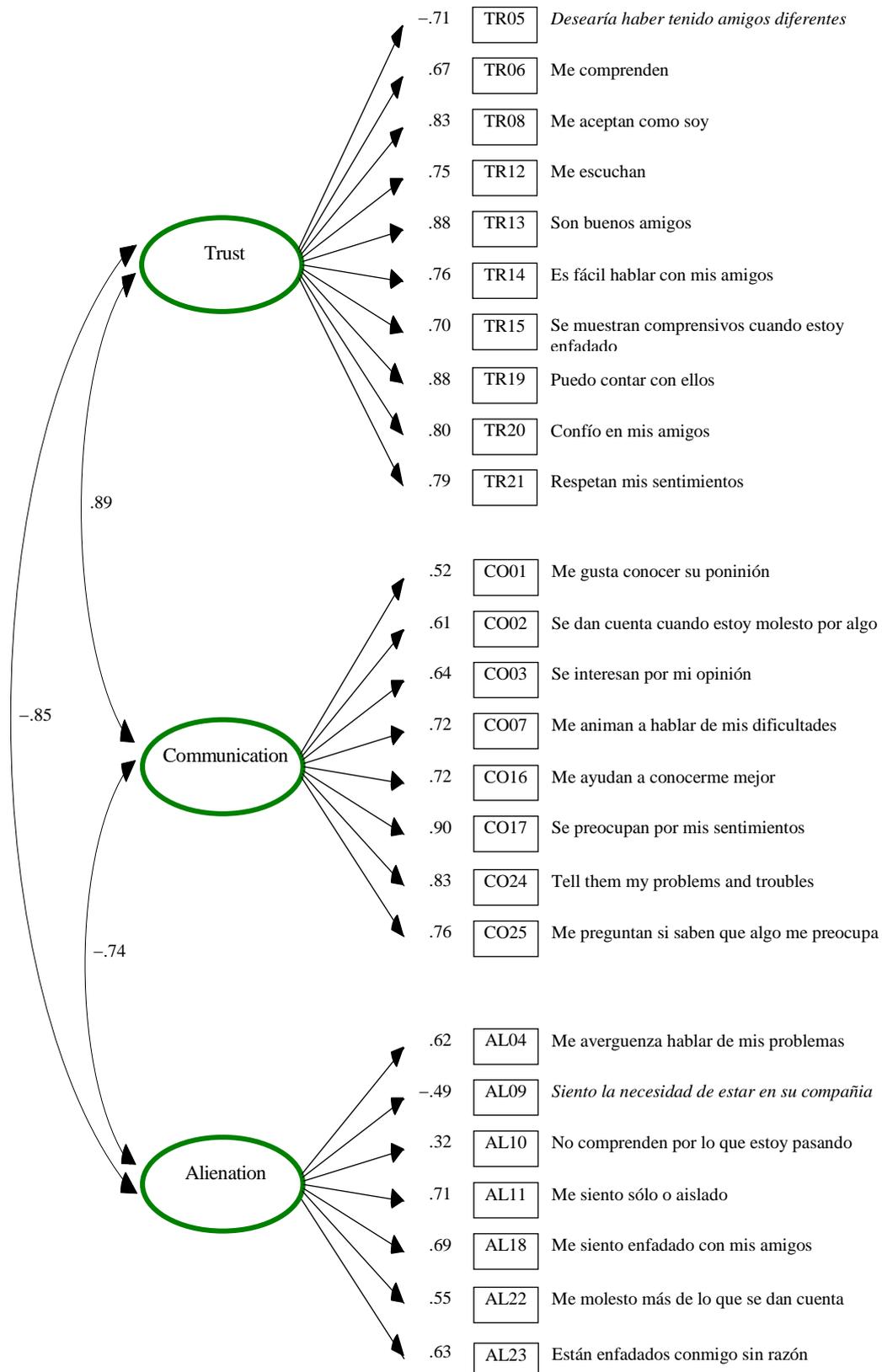
**Tabla 15: Correlaciones entre las puntuaciones directas de las subescalas del IPPA. Estudio C**

	Mother			Father			Peers		
	Conf.	Com.	Alie.	Conf.	Com.	Alie.	Conf.	Com.	Alie.
Madre									
Confianza	<i>1</i>								
Comunicación	<b>.66**</b>	<i>1</i>							
Alienación	<b>-.56**</b>	<b>-.55**</b>	<i>1</i>						
Padre									
Confianza	<b>.30**</b>	<b>.31**</b>	<b>-.17**</b>	<i>1</i>					
Comunicación	<b>.19**</b>	<b>.40**</b>	<b>-.17*</b>	<b>.76**</b>	<i>1</i>				
Alienación	<b>-.17*</b>	<b>-.22**</b>	<b>.31**</b>	<b>-.70**</b>	<b>-.60**</b>	<i>1</i>			
Pares									
Confianza	<b>.16*</b>	<b>.20**</b>	<b>-.11</b>	<b>.21**</b>	<b>.24**</b>	<b>-.21**</b>	<i>1</i>		
Comunicación	<b>.18**</b>	<b>.25**</b>	<b>-.11</b>	<b>.17*</b>	<b>.24**</b>	<b>-.13</b>	<b>.77**</b>	<i>1</i>	
Alienación	<b>-.17*</b>	<b>-.18**</b>	<b>.22**</b>	<b>-.15*</b>	<b>-.19**</b>	<b>.27**</b>	<b>-.72**</b>	<b>-.61**</b>	<i>1</i>

Figura 5. Solución con cargas factoriales y correlaciones factoriales estandarizadas de los modelos para la madre, (M: izquierda); padre, (P: a la derecha) 1



**Figura 6: Solución con cargas factoriales estandarizadas del modelo para los compañeros. En cursiva: los ítems inversos.**



### *Estilos de apego*

El estilo de apego se calculó de dos formas distintas. Primeramente según proponen los autores del IPPA. En segundo término según la clasificación propuesta por Vivona (2000).

Cuando utilizamos el primer criterio de clasificación, el estilo de alta seguridad en el apego predomina frente al de baja seguridad para las tres figuras de apego (padre, madre y amigos), siendo éste superior en lo referente a la madre, luego hacia los amigos y en último lugar para el padre (ver tabla 16)

Al utilizar los criterios de clasificación de Vivona (2000) logramos clasificar al 75% de la muestra (ver tabla 16). Este porcentaje es similar al obtenido por otros autores (Vivona, 2000 y Pardo *et al*, 2006). La diferencia entre estilos de apego por sexo es bastante pequeña (Figuras 7, 8 y 9).

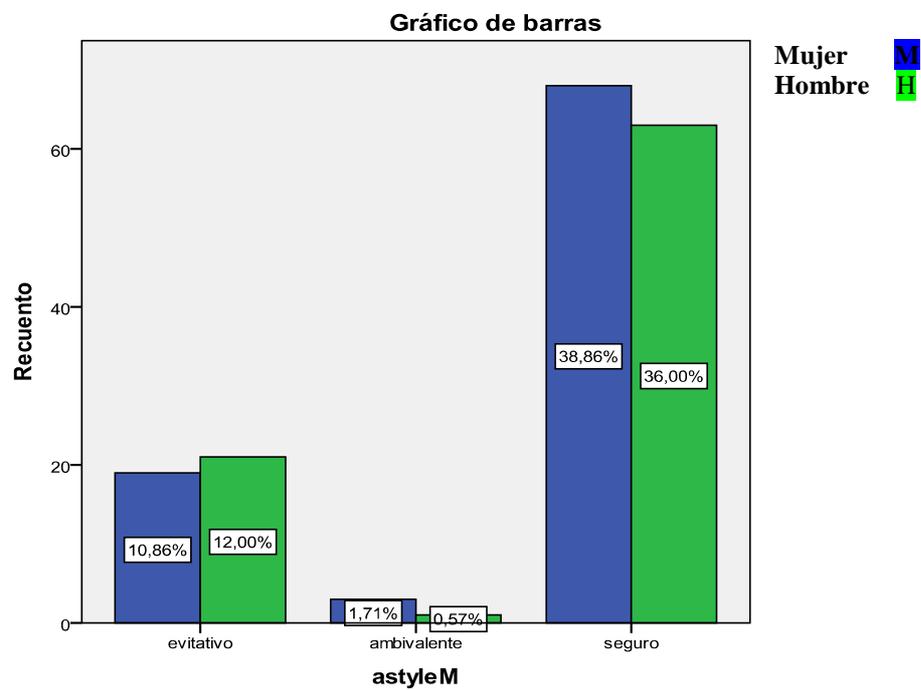
**Tabla 16. Estilos de apego según Armsdem y Greenberg, (1987) y edad**

	Estilo de Apego		Estilo seguro	
	Alta Seguridad	Baja Seguridad	<16 años	>16 años
Madre n=230	79.7% (184)	19.9% (46)	62.89(13.06)	60.19(13.53)
Padre n=223	65.8%(152)	30.7%(71)	52.02(18.10)	57.39(15.99)
Amigos n=224	76.6% (77)	20.3%(47)	<b>64.28(15.07)*</b>	<b>59.22(14.75)*</b>

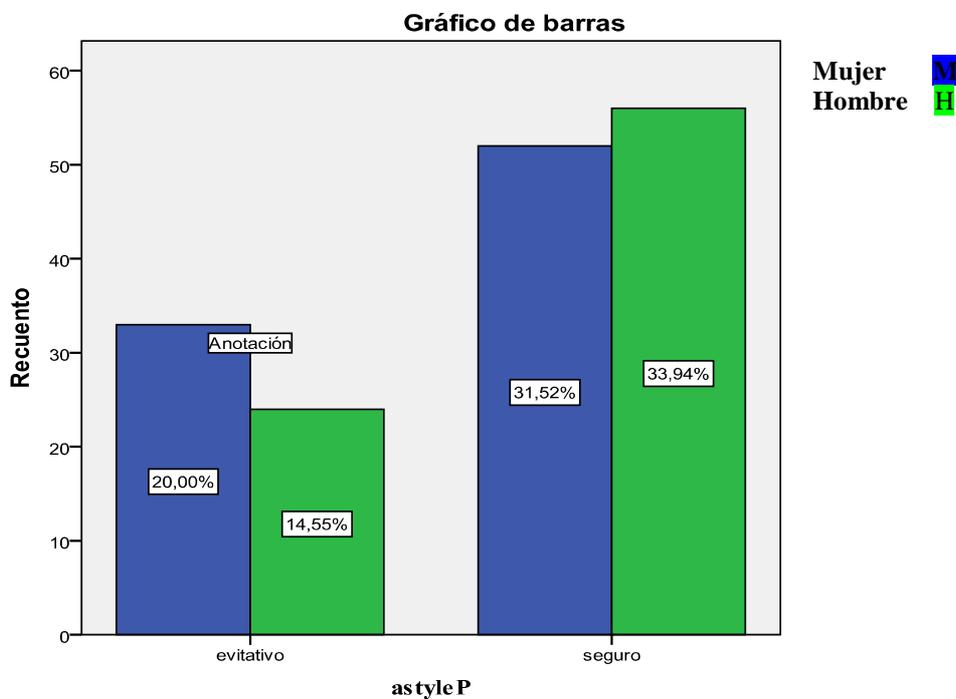
\*<.05

**Tabla 17. Clasificación de Estilos de apego según criterios de Vivona (2000)**

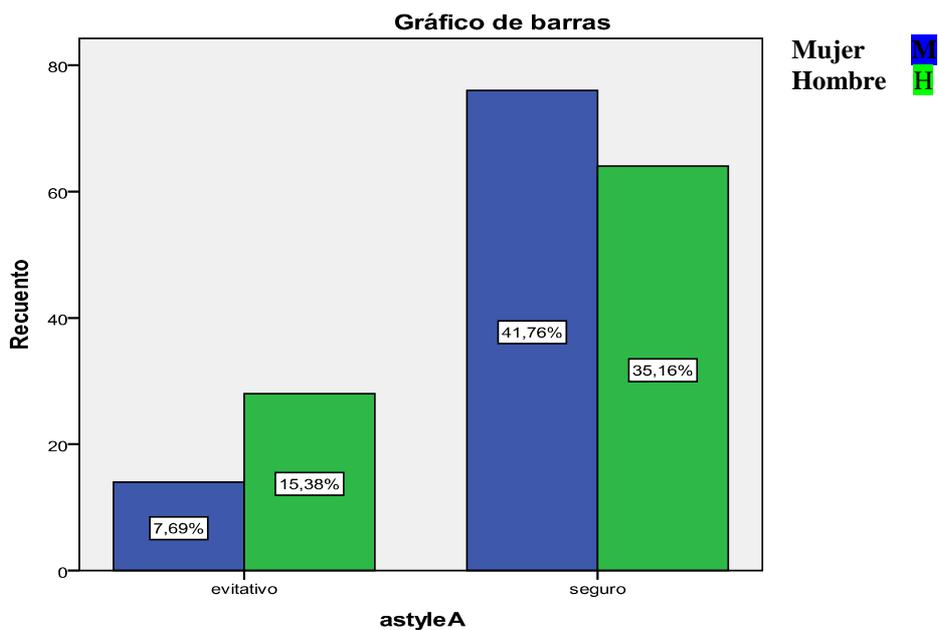
		Seguro	Ambivalente	Evitativo
Madre	175 Clasificados ( <b>75.8 %</b> ) 56 Perdidos (24.2%)	131 (56.7%)	40 (17.3%)	4 (1.7%)
Padre	165 Clasificados ( <b>71.4 %</b> ) 66 Perdidos (29%)	108 (46%)	57 (24.7%)	0
Amigos	182 Clasificados ( <b>78.8 %</b> ) 49 Perdidos (21.2%)	140 (60.6%)	6.42 (18.2%)	0

**Figura 7: IPPA: Clasificación de estilos de apego a la madre según sexo aplicando criterios de Vivona (2000)**

**Figura 8: Clasificación de los estilos de Apego al padre según sexo aplicando criterios de Vivona (2000)**



**Figura 9: IPPA: Clasificación de estilos de apego hacia los pares según sexo aplicando los criterios de Vivona, (2000)**



*Efecto del sexo y edad en las puntuaciones de la escala de seguridad en el apego:*

Las chicas muestran más seguridad hacia los amigos que los chicos ( $t_{(222)}=-2.53$ ;  $p=.012$ ; IC95%  $-8.98 \div -1.12$ ). Respecto a la edad encontramos una mayor seguridad en el apego a los pares en los menores de 16 años ( $F_{(1,222)}= 6.42$ ;  $p=.12$ ) con respecto a edades superiores (ver tabla 4)

*Efecto del sexo en las puntuaciones para las escalas de confianza comunicación y alienación:*

Las chicas obtienen mayores puntuaciones en la escala Comunicación de la madre ( $F_{(1,229)} =5.23$ ,  $p=.02$ ) y en la escala Comunicación con los amigos ( $F_{(1,222)} =16.17$   $p<.001$ ). A diferencia de otros autores no se ha encontrado un efecto significativo para los varones en la escala Alienación paterna.

#### 5.4 DISCUSIÓN

En este estudio se ha iniciado la validación de la versión española del IPPA siguiendo un proceso protocolarizado de traducción-adaptación y posteriormente analizando sus propiedades psicométricas. Se presentan tanto el procedimiento que se ha realizado para garantizar la equivalencia cultural y lingüística de la escala con su versión original, así como análisis que apoyan la consistencia interna, la validez referida a la estructura interna de los ítems y a las relaciones entre las escalas de los tres factores y la estructura factorial del IPPA. En cuanto a la fiabilidad de consistencia interna, la versión española del cuestionario IPPA obtuvo coeficientes satisfactorios para cada una de sus subescalas en la línea de investigaciones previas (Pardo, Pineda, Carrillo y Castro, 2006). No obstante la dimensión alienación, a diferencia de las dimensiones confianza y

comunicación presentó índices de ligeramente más bajos e inferiores a 0.70 en el cuestionario de la madre.

En relación a la estructura dimensional de las tres formas del inventario, el AFC demostró que el modelo que mejor se ajusta a los datos es un modelo con tres dimensiones correlacionadas. En este sentido los resultados son similares a lo reflejado tanto por los autores originales (Armsdem y Greenberg, 1989), como por un estudio reciente en el que comparan la bondad de tres modelos (Pace, Sanmartín y Zavattini, 2011). Entendemos por lo tanto que estos resultados proporcionan evidencia en favor de la solidez de la estructura de esta medida y revelan que la versión española del IPPA consigue replicar fielmente la estructura teórica original. Sin embargo hay que destacar que las subescalas se encuentran altamente correlacionadas, haciendo su independencia cuestionable, tal como indican Armsdem y Greenberg, 1989 y Pace, *et al.*, 2011. Sin embargo cabe destacar que el ajuste del modelo unidimensional fue estadísticamente inferior.

Tal como indica la bibliografía, encontramos que las chicas se encontraban más unidas a sus compañeros que los chicos (Corresse y Rugieri, 1012; Pace, *et al.*). Una posible interpretación según Peace, *et al.* 2011, es que las mujeres durante la adolescencia tienden a desligarse antes de los padres e para investir las relaciones con los pares que los varones.

Aunque los resultados de un meta-análisis indican resultados no concluyentes en relación al efecto de la edad en el apego a los compañeros (Corresse y Rugieri, 1012). En la presente investigación encontramos que los menores de 16 años tenían mayor seguridad en el apego hacia los compañeros. No encontramos tal como indican Pace, *et al.* 2012 una menor seguridad de apego hacia los padres a la edad de 16 años en comparación con otras

frangas de edad. Tampoco se encontraron diferencias significativas en la escala alienación-padres para los varones como apuntaban Pace, *et al.* (2012). Estos autores obtuvieron puntuaciones bajas en Alienación para los varones en la versión paterna y sugirieron que los chicos desarrollan relaciones menos problemáticas con sus padres que las chicas, a las que podría ser más complicada la lucha por la independencia y la autonomía.

En la presente investigación se emplearon dos criterios de clasificación distintos propuestos por diferentes autores. El segundo criterio de clasificación propuesto por Vivona (2000) a diferencia del de Amsden y Greenberg, (1987) permite obtener distintos tipos de apego inseguro (evitativo y ambivalente). En un primer estudio Vivona logró clasificar el 84% de una muestra total de 148 adolescentes en los tres estilos de apego parental. En un segundo estudio la autora para validar los resultados anteriores analizó además otras variables (preocupación y autonomía) que permitían una mayor discriminación entre los estilos de apego ambivalente y evitativo. En este segundo estudio se logró clasificar el 74% de una muestra total de 152 adolescentes en cada uno de los estilos de apego. Pardo et al, 2006 en otro estudio posterior consiguieron clasificar al 100%. En la presente investigación logramos clasificar un 75.8% de los participantes en la versión madre, 71.4% en la versión padre y un 78% en la versión pares. No se observaron grandes diferencias por sexo.

Los porcentajes dentro de cada categoría se corresponden relativamente con la bibliografía (Dávila, Burge y Hammen, 1997). Ésta señala que dos tercios de la población se correspondieran a un estilo de apego seguro y que el tercio restante correspondiera a los estilos de apego inseguro; dentro de éste se espera que el porcentaje de individuos clasificados con un estilo de apego inseguro evitativo supere el de individuos clasificados

con un estilo de apego inseguro ambivalente. En el presente estudio se encontró que tan sólo un 4% de la muestra podía clasificarse como ambivalente en relación al apego a la madre.

En nuestra muestra los estilos predominantes son los seguros y evitativo. Esto sugiere la necesidad de otros instrumentos para ampliar los criterios de clasificación entre los estilos de apego inseguro y ambivalente tal como sugiere Vivona (2000) pese a que en su estudio las escalas preocupación y percepción de autonomía no lograron diferenciar estilos evitativos de ambivalentes.

Son varias las limitaciones del estudio que deberían tomarse en consideración para futuras investigaciones. En primer lugar, la escasa representatividad de la muestra en relación al tamaño muestral, al rango de edad como al contexto sociocultural y económico, aunque los autores del instrumento indiquen que puede ser aplicable en cualquier nivel socioeconómico.

Otra limitación es la falta de evidencias para la validez convergente y divergente del IPPA en este estudio, aunque si podemos indicar que dicho aspecto ha sido estudiado en otras investigaciones. En un estudio previo relacionaron el apego con variables el autoconcepto y el apoyo social percibido (Pardo *et al*, 2006). Los resultados de las correlaciones entre el IPPA y la Escala de Autoconcepto de Ténésis mostraron asociaciones significativas positivas entre las dimensiones de Confianza y Comunicación (IPPA) y el puntaje total de autoconcepto. Las puntuaciones de las tres dimensiones del autoconcepto evaluadas por este instrumento (ser personal, ser familiar, ser social) también mostraron correlaciones positivas con las escalas Confianza y Comunicación del IPPA. Por el contrario, las correlaciones entre la dimensión de Alienación (IPPA) y las dimensiones de

autoconcepto fueron negativas. En una misma línea los resultados de las correlaciones entre el IPPA y el cuestionario de Apoyo Social, mostraron asociaciones significativas positivas entre las dimensiones de Confianza y Comunicación con las dimensiones de Apoyo Social y correlaciones negativas entre la dimensión de Alienación y las dimensiones del cuestionario de Apoyo Social

En otro estudio al valorar la validez convergente se obtuvieron correlaciones elevadas entre el IPPA y la Escala de Afecto y Normas para los hijos (EA-H y ENE-H) (Bersabé, Fuentes y Métrico, 2001)

En el estudio mencionado anteriormente sobre la adaptación del IPPA en una muestra de adolescentes Colombianos (Pardo et al, 2006) al estudiar la validez de criterio se obtuvieron correlaciones de moderadas a bajas con el PBI.

Aunque algunos ven el IPPA como una medida de apego percibido, otros autores argumentan que este instrumento evalúa cualidades de relación que sólo están periféricamente relacionadas con el fenómeno base segura, y por tanto es más bien visto como una medida más amplia de la calidad de la relación padre-hijo en lugar de una medida específica de apego (Heiss, Berman y Sperling, 1996).

Recientemente se han publicado trabajos que resaltan la bondad de otras escalas sobre el IPPA para la evaluación del apego. Wilkinson, (2010) indica que la Escala de Apego entre adolescentes (AFAS; *Adolescent Friendship Attachment*), que el mismo desarrolló, y especialmente sus escalas (ansiedad y evitación) predecían mejor la depresión, autoestima, autocompetencia y las actitudes escolares que la escala de formato breve del IPPA. También (Van Ryzin y Leve, 2012) han demostrado que la Escala de Seguridad de Kerns, Klepac y Cole (1996) es, en general, un predictor más fuerte que el IPPA para la

evaluación del apego. Ninguna de estas escalas está adaptada en España, la primera evalúa apego a los iguales y la segunda apego a la figura materna en lugar del apego a ambos progenitores como lo hace el IPPA. Una línea futura de investigación sería realizar comparaciones en relación a la validez predictiva de las diferentes escalas cuando progresivamente sean adaptadas a la población española.

Por otro lado el contenido de algunos de los ítems del IPPA no es claramente atribuible a las subescalas a las que pertenecen y por ese motivo las tres subescalas se encuentran muy correlacionadas. Dado que el propósito original de la IPPA era proporcionar a los investigadores y clínicos una medida multidimensional que tenga en cuenta la complejidad del sistema de apego, podría ser útil para mejorar el inventario, centrarse más en estas tres subdimensiones y aquellos elementos que reflejan la identificación de estas dimensiones más específicamente, de modo que estén más diferenciados y configuren subescalas más homogéneas. Vignoli y Mallet (2004) seleccionaron, sobre la base del AFE, los ítems que estaban mejor representados, tanto conceptual como estadísticamente, en las tres subdimensiones de los cuestionarios del padre y madre, para posteriormente desarrollar una forma breve del inventario con seis ítems para la Comunicación, cuatro para Confianza y cuatro para Alienación. Las tres subescalas en términos de contenido se ajustaban mejor a sus respectivos constructos y mostraron intercorrelaciones inferiores a las subescalas originales. Estamos de acuerdo con los autores en que este estudio puede servir de base para el desarrollo de un inventario multidimensional más complejo.

La posibilidad de realizar clasificaciones sobre estilos de apego basándonos en el modelo propuesto por Vivona (2000) y estudiar su validez predictiva sobre conductas exteriorizados e internalizados también abriría una nueva línea de investigación.

Asimismo en futuras investigaciones sería de utilidad completar los análisis respecto de otras propiedades del cuestionario, tales como la fiabilidad test-retest y realizar estudios longitudinales desde la adolescencia a la vida adulta para valorar la estabilidad del apego a padres y pares a lo largo de diferentes etapas en la adolescencia, juventud y edad adulta.

En los últimos años se ha comprobado un crecimiento en la publicación de trabajos de adaptación y validación de cuestionarios del ámbito de la Psicología. Ello es atribuible a que tanto para la investigación como para el trabajo de campo resulta imprescindible contar con instrumentos adaptados al idioma y a la cultura de los usuarios. De este objetivo surgió el interés de contar con una herramienta de fácil aplicación para los administradores y de fácil comprensión para los adolescentes que pudiera evaluar la calidad del apego. La versión española del IPPA ha revelado datos satisfactorios ajustándose al modelo teórico subyacente y mostrando alta consistencia interna y validez. Dado que el apego es una variable de gran implicación clínica en diferentes variables psicopatológicas resultará muy interesante de cara a la futura investigación en España con adolescentes en general y en situación de acogimiento residencial o adopción.

## 6. CONCLUSIONES GENERALES

### 6.1 IMPLICACIONES TEÓRICAS

En base a los resultados encontrados en la presente investigación podemos indicar que existe una mayor presencia de problemas de conductas exteriorizadas en niños de AR. En los dos estudios realizados se hallaron diferencias en las escalas Problemas de conducta, Agresividad, y de Atención. Los profesores también perciben mayores problemas en la escala exteriorizada de Hiperactividad. Estos datos corroboran los resultados de investigaciones previas (Gunnar y Van Dulmen, 2007; Kjelsberg y Nygren, 2004; Simsek *et al.*, 2007). Las diferencias encontradas en problemas atencionales confirmarían que estos procesos se encuentran muy relacionados con las experiencias de riesgo psicosocial temprano y dificultades de regulación emocional (Stevens *et al.*, 2008).

También se encontraron mayores niveles en sintomatología interiorizada en el grupo AR en el primer estudio tanto en el autoinforme (escalas de Depresión, Estrés social y Sentido de incapacidad), como en el cuestionario de la forma profesores (escalas Depresión y Ansiedad). En el segundo estudio se encontraron mayores niveles en sintomatología interiorizada en el grupo de AR en escala de Depresión la versión padres. Se observa que los mejores informadores de sintomatología interiorizada son los propios chicos seguidos de los profesores y por último los tutores de la residencia. El Sentido de Incapacidad y la propia percepción de Atipicidad son las dos escalas donde existen mayores diferencias seguidas de Estrés social, Depresión y problemas de Autoestima.

En relación a la sintomatología internalizada hemos encontrado resultados contradictorios en la escala Somatización del cuestionario padres. En el primer estudio se

observa que los niños AR somatizan menos que los criados en sus familias, coincidiendo con otro estudio realizado en adopción internacional con una metodología similar (Barcons, Fornieles y Costas. 2011) donde se destaca una mayor problemática en los niños criados en su familia. Sin embargo en el segundo estudio, en el que se incluía una muestra de niños más pequeños, no se registraron diferencias significativas entre grupos en dicha variable. Si se observó en cambio que los varones en acogimiento residencial somatizan menos en comparación con sus homólogos criados en familias.

Los resultados reflejan prevalencias similares a los problemas emocionales y conductuales que los encontrados recientemente por Fernández-Molina *et al.* (2011). La mayoría de niños puntúa en el rango normal y que sólo un pequeño porcentaje tiene problemas de conducta importantes que les sitúan en el rango clínico de la prueba.

En ambos estudios hemos encontrado que el grupo de niños en AR son percibidos por los adultos con menores habilidades adaptativas que aquellos que viven con sus familias. También son percibidos por los profesores con mayores problemas de aprendizaje. Sin embargo no se encontraron diferencias en la percepción que los propios niños tienen sobre la calidad de sus relaciones interpersonales. Este dato coincide con otro estudio en el que se evalúa inadaptación percibida y en el que no se hallaron diferencias significativas (Martín *et al.*, 2012).

Como ya hemos mencionado, aunque los adultos no sean unos buenos observadores de sintomatología interiorizada, se encontró una correlación negativa más fuerte en el grupo AR frente a los criados en sus familias entre las habilidades adaptativas y las variables interiorizadas (evaluadas por los adultos).

En sendos de los estudios presentados anteriormente se ha encontrado que el tiempo de institucionalización influye en la sintomatología exteriorizada pero no la en sintomatología interiorizada. Los resultados del actual estudio son coherentes con los resultados encontrados Fernández-Millán *et al.* (2009) en una muestra con una franja de edad más amplia. Sin embargo no se ha encontrado una relación entre la sintomatología interiorizada y tiempo de institucionalización como apuntaban otros autores (Shechory y Sommerfeld, 2007) sino sólo con sintomatología exteriorizada. Shechory y Sommerfeld (2007) encontraron que pasar más de dos años en AR estaba relacionado con mayor ansiedad y depresión. Estas discrepancias con el presente estudio pueden ser debidas a diferencias en la edad de la muestra empleada. En el segundo estudio la mitad de la muestra 51,1% había estado más de dos años en situación de acogimiento, pero incluía un 50% (23) de niños en cilo de infantil (3-6 años). Obviamente, la capacidad de autoinformar y de observar de sintomatología interiorizada se incrementa con la edad.

A mayor tiempo en situación de acogimiento residencial la valoración de los niños hacia los maestros y otras instituciones educativas se vuelve más negativa a la vez que se incrementan los problemas de conducta y agresividad evaluados por los tutores de la institución. Esto es especialmente significativo ya que según Martín y Dávila, (2008) el apoyo social percibido de los contextos extrafamiliares es el que tiene mayor incidencia positiva en la adaptación de los menores.

El tiempo de acogimiento también disminuye el Ajuste Personal del niño. Esta dimensión global está conformada por escalas relaciones interpersonales, relaciones con los padres, confianza en sí mismo y autoestima que pueden tener gran influencia en el desarrollo de los aprendizajes.

El tratar de mantener a un niño en su misma comunidad, aun cuando deba dejar el domicilio familiar para ingresar en una residencia evitaría los sentimientos de desarraigo, la pérdida del grupo de amigos del barrio y los frecuentes cambios de centro escolar.

Martín *et al.* (2012) indicaron que el tiempo de acogimiento no tiene efecto sobre la inadaptación personal autoinformada, pero sí que lo tienen el motivo de ingreso y periodo evolutivo. Coincidimos con estos autores en que el motivo de ingreso (incluyendo todas las variedades de maltrato) y el periodo evolutivo (edad de ingreso/ edad de evaluación) pueden influir en gran manera en un peor ajuste y adaptación personal junto con el del tiempo de acogida. No obstante en la presente investigación no se obtuvo apoyo para esta afirmación quizás debido al reducido número de niños dentro de cada categoría de la clasificación de maltrato y periodo evolutivo. En este sentido y tal como indican nuestros datos, el periodo evolutivo en que se evalúa al niño (infantil/primaria) puede tener una influencia sobre la aparición y expresión de conductas exteriorizadas e interiorizadas, y esto a su vez sobre la percepción del entorno e inadaptación del niño a los diferentes contextos.

También nos parece plausible como indican Martín, *et al.* (2012) que sea la etapa de la adolescencia donde se obtengan mayores puntuaciones en inadaptación personal pero sin que esto sea algo exclusivo para la población institucionalizada aunque se puedan encontrar diferencias intergrupo de una peor adaptación en adolescentes en AR.

En la adaptación del Inventario de Apego con Padres y Pares (IPPA) de Armsden y Greenberg (1987) se analizó la fiabilidad y dimensionalidad de las puntuaciones de la escala. La adaptación española consigue replicar la estructura original del instrumento demostrando que puede ser utilizado tanto en la práctica clínica e investigación. Se

obtuvieron coeficientes de consistencia interna satisfactorios para cada una de las tres formas del cuestionario (madre .90/padre .93/pares .93), así como para cada una de las escalas, excepto para la escala alienación de la versión madre. El Análisis Factorial Confirmatorio demostró que el modelo de tres factores es el mejor de los modelos propuestos (RMSEA =.055 madre/ .062 padre/ .052 pares) aunque las tres escalas se encuentran muy correlacionadas entre sí. También se muestra soporte para la utilización de ambos de los criterios de clasificación del apego propuestos por estos dos autores (Armsden y Greenber, 1987; Vivona, 2000).

## 6.2 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Tal y como hemos comentado previamente estos resultados deben ser interpretados con cautela.

En primer lugar por la dificultad de disponer de una muestra más amplia y representativa de Centros Residenciales de diferentes características. En segundo lugar por la dificultad de clasificar el tipo de maltrato sufrido en función del cuestionario de datos biográficos entregado a los educadores por el solapamiento existente entre los tipos de abusos. También por la imposibilidad de conocer que varianza de los problemas exteriorizados explica el maltrato previo y cual el tiempo pasado en instituciones puesto que no existen evaluaciones objetivas previas al ingreso en el centro residencial. En tercer lugar no se solicitó a los padres de los alumnos información sobre su nivel socio económico lo que puede haber sesgado los resultados. Finalmente hay que destacar que dado el carácter voluntario del estudio puede representar que los padres más implicados y voluntariosos con la escuela sean los que hayan contestado mayoritariamente.

En relación al IPPA sería conveniente completar los análisis de validez de constructo y de fiabilidad test retest así como aplicar el IPPA tanto en niveles socioeconómicos distintos, como otras poblaciones de riesgo social.

### 6.3 FUTURAS LINEAS DE INVESTIGACIÓN

Estudiar estos problemas de comportamiento desde un punto de vista evolutivo (estudios longitudinales) y su relación con el estilo de apego permitiría evaluar en que momento y que tipo de programas educativos pueden tener mayor efecto.

También se requieren instrumentos validados para evaluar el apego en la población española que sean equiparables en diferentes periodos evolutivos. Cabe destacar la utilidad del BASC, de creciente implantación en España, como herramienta para la valoración de problemas emocionales y conductuales; ya que puede emplearse en una amplio rango de edad y con diferentes informantes.

Sería conveniente analizar con más detalle si la presencia de unas buenas habilidades adaptativas en estos niños funcionan como un factor de protección especialmente para problemas internalizados que se pueden encontrar detrás de los comportamientos disruptivos para poder ser implementadas en programas educativos residenciales. También continuar estudiando el papel de la somatización en el contexto residencial.

Sería de interés confirmar si los niños varones institucionalizados expresan en menor medida sus problemas emocionales con somatizaciones o los resultados se deben a

otros factores. Para ello consideramos necesaria la utilización de diferentes instrumentos de evaluación en la misma muestra (CBCL, BASC.... u otros)

Es necesario analizar con más detalle la relación entre los problemas de conducta exteriorizados-internalizados y el tipo de apego con padres y pares en función del género. La adaptación de instrumentos de autoinforme como el IPPA para la evaluación del apego en los adolescentes nos permitirá avanzar en la investigación en este sentido.

Conocer si existen diferencias o patrones comunes los niños y adolescentes institucionalizados en relación a otras poblaciones de riesgo en variables como: problemas exteriorizados e internalizados, en estilos de apego, nivel escolar para valorar la conveniencia de crear de novo o ampliar recursos existentes para poblaciones de riesgo.

En relación a la población institucionalizada sería importante determinar si los principales efectos de la institucionalización pueden ser moderados por las distintas representaciones de apego. En este sentido comprobar si un apego seguro a los compañeros es un factor de protección frente a patología internalizante para niños institucionalizados tal como apuntaban (Dekovic, Buist y Reitz, 2004).

Comprovar en que medida el estilo de Apego influye en el estilo de respuesta a autoinformes como el BASC y al posible grado de acuerdo entre el adolescentes y otros observadores en sintomatología exteriorizada e internalizada.

#### 6.4 IMPLICACIONES CLÍNICAS

Este trabajo aporta una visión más exacta y comprensiva de la realidad de nuestros recursos residenciales del sistema de protección a la infancia y adolescencia, tanto para los

profesionales, como para los gestores que planifican los recursos que atienden a la infancia en desprotección.

Los resultados de la presente investigación permiten avanzar en el conocimiento y empezar a salir de la invisibilidad estadística en la que se encuentran estos menores tutelados. El modelo actual normalizador se muestra limitado para acoger a todos aquellos niños y niñas que requieren de una acogida temporal. La creación una mayor red de centros terapéuticos especializados en menores con distintas problemáticas: trastornos de comportamiento, enfermedad mental así como el incremento en la colaboración interdisciplinar entre personal sanitario y educativo parece ser uno de los retos actuales del sistema de protección.

La estancia en residencia no da respuesta a las necesidades, sobre todo emocionales, que tienen los menores (Martín y Dávila. 2008). El tratar de mantener a un niño en su misma comunidad, aun cuando deba dejar el domicilio familiar para ingresar en una residencia, minimizaría los sentimientos de desarraigo, la pérdida del grupo de amigos del barrio y los frecuentes cambios de centro escolar. Asimismo se ha de trabajar en aras de la necesaria cooperación entre familia y residencia (Martín, *et al.* 2008). La existencia de programas de inclusión social específicos para niños tutelados tendrían efectos tanto en su ajuste a la escuela como en la posterior integración social. La puesta en marcha de actuaciones encaminadas a establecer unas condiciones suficientes en la familia de origen para posibilitar el retorno definitivo del menor implica una apuesta por la movilización de recursos que actualmente parecen limitados y de escasa flexibilidad. En este sentido estarían el desarrollo de programas para familias sin recursos económicos o padres con enfermedad mental. La definitiva implementación de aquellos cambios legislativos que

favorecen la adopción nacional y el acogimiento familiar para aquellos niños en los que no es posible un retorno con la familia de origen.

La adaptación de instrumentos de autoinforme como el IPPA para la evaluación del apego en los adolescentes nos permitirá avanzar en la investigación con adolescentes de riesgo como con muestras no clínicas.

# *REFERENCIAS*

## Referencias

- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978). In (Ed.), *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Allen, J. P., y Land, D. (1999). Attachment in adolescence. *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. Nueva York: Guildford press, 319-335.
- Allen, J. P., Marsh, P., McFarland, C., McElhaney, K. B., Land, D. J., Jodl, K. M., y Peck, S. (2002). Attachment and autonomy as predictors of the development of social skills and delinquency during midadolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology; Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 56.
- Allen, J. P., McElhaney, K. B., Land, D. J., Kuperminc, G. P., Moore, C. W., O'Beirne-Kelly, H., y Kilmer, S. L. (2003). A secure base in adolescence: Markers of attachment security in the mother-adolescent relationship. *Child Development*, 74(1), 292-307. doi: 10.1111/1467-8624.t01-1-00536
- Allen, J. P., Porter, M., McFarland, C., McElhaney, K. B., y Marsh, P. (2007). The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behaviour. *Child Development*, 78(4), 1222-1239. doi: 10.1111/j.1467-8624.2007.01062.x

- Ammaniti, M., Van Ijzendoorn, M. H., Speranza, A. M., y Tambelli, R. (2000). Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence: An exploration of stability and change. *Attachment y Human Development*, 2(3), 328-346. doi: 10.1080/14616730010001587
- Aparicio, A. M. (2008). Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. *Anales De Psicología*, 24(1), 77-87.
- Armsden, G. C., y Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5), 427-454. doi: 10.1007/BF02202939
- Armsden, G. C., y Greenberg, M. T. (2009). *Inventory of parent and peer attachment (IPPA)* University of Washington.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469. doi: 10.1037/0003-066X.55.5.469
- Arteaga, A. B., y del Valle, J. F. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. *Psicothema*, 13(2), 197-204.
- ASJTET. (2008). Estudi sobre els joves residents en recursos de la DGAIA. L'Àrea de suport als joves tutelats i extutelats (ASJTET), principal recurs de sortida. *Generalitat De Catalunya. Butlletí d'Infància*, 21, 2-7.

- Attar-Schwartz, S. (2008). Emotional, behavioural and social problems among Israeli children in residential care: A multi-level analysis. *Children and Youth Services Review, 30*(2), 229-248. doi: 10.1016/j.childyouth.2007.09.009
- Bailey, H. N., Moran, G., Pederson, D. R., Bento, S., Abrams, K., Ainsworth, M., . . . Blehar, M. (2007). Understanding the transmission of attachment using variable- and relationship-centered approaches. *Development and Psychopathology, 19*(2), 313. doi: 10.1017/S0954579407070162
- Baiocco, R., Laghi, F., y Paola, R. (2009). Le escale IPPA per l'attaccamento nei confronti dei genitori e del gruppo dei pari in adolescenza: Un contributo alla validazione italiana. [La escala IPPA para el apego a los padres y pares en la adolescencia: una contribución a la validación italiana]. *Psicologia Clinica Dello Sviluppo, 13*(2), 355-384. doi: 10.1449/30135
- Baker, A. J. L., Archer, M., y Curtis, P. (2007). Youth characteristics associated with behavioural and mental health problems during the transition to residential treatment centres: The odyssey project population. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program, 86*(6), 5-29.

- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., y Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, (3), 486-494.  
<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72718925022>
- Barcons-Castel, N., Fornieles-Deu, A., y Costas-Moragas, C. (2011). International adoption: Assessment of adaptive and maladaptive behaviour of adopted minors in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, (1), 123-132. doi: 10.5209/rev\_SJOP.2011.v14.n1.10
- Bartholomew, K., y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology; Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226. doi: 10.1037/0022-3514.61.2.226
- Belsky, J., y Fearon, R. M. P. (2002). Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development: Does continuity in development depend upon continuity of caregiving? *Attachment y Human Development*, 4(3), 361-387. doi: 10.1080/14616730210167267
- Berger, L. E., Jodl, K. M., Allen, J. P., McElhaney, K. B., y Kuperminc, G. P. (2005). When adolescents disagree with others about their symptoms: Differences in attachment organization as an explanation of discrepancies between adolescent, parent, and peer reports of behavior problems. *Development and Psychopathology*, 17(2), 509-528. doi: <http://10.1017/S0954579405050248>

- Berlin, I. N. (2001). Critical collaboration in the treatment of attachment disturbed children and adolescents in residential care. *Residential Treatment for Children y Youth*, 19(2), 1-12. doi: 10.1300/J007v19n02\_01
- Berlin, L. J., y Cassidy, J. (1999). Relations among relationships: Contributions from attachment theory and research. En J. Cassidy, y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (pp. 688-712). New York: Guilford Press.
- Bernedo, I. M., Fuentes, M. J. y Fernández, M. (2008). Behavioral problems in adolescents raised by their grandparents. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 453-463.
- Bersabé, R., Fuentes, M. J., y Motrico, E. (2001). Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema*, 13(4), 678-684.
- Besser, A., y Blatt, S. J. (2007). Identity consolidation and internalizing and externalizing problem behaviors in early adolescence. *Psychoanalytic Psychology*; *Psychoanalytic Psychology*, 24(1), 126. doi: 10.1037/0736-9735.24.1.126
- Bimmel, N., Juffer, F., van IJzendoorn, M. H., y Bakermans-Kranenburg, M. J. (2003). Problem behavior of internationally adopted adolescents: A review and meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 11(2), 64-77.  
doi:10.1080/10673220303955

- Boada, C. M., y Aznar, F. C. (2010). Educación y jóvenes ex-tutelados: Revisión de la literatura científica española. *Educación XXI*, (2), 117-138. Recuperado de [http://www.uned.es/educacionXX1/pdfs/13-2-005\\_Carmen%20Montserrat.pdf](http://www.uned.es/educacionXX1/pdfs/13-2-005_Carmen%20Montserrat.pdf)
- Bos, K., Zeanah, C. H., Fox, N. A., Drury, S. S., McLaughlin, K. A., y Nelson, C. A. (2011). Psychiatric outcomes in young children with a history of institutionalization. *Harvard Review of Psychiatry*, 19(1), 15-24. doi: 10.3109/10673229.2011.549773
- Bosmans, G., Braet, C., Leeuwen, K. V., y Beyers, W. (2006). Do parenting behaviors predict externalizing behavior in adolescence, or is attachment the neglected 3rd factor? *Journal of Youth and Adolescence*, 35(3), 354-364. doi: 10.1007/s10964-005-9026-1
- Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: Their characters and home-life. *International Journal of Psycho-Analysis*, 25, 19-53.
- Bowlby, J. (1979). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bowlby, J. (1980). In (Ed.), *Attachment and loss: Loss, sadness and depression..* Londres: Basic Books.

- Bravo Arteaga, A. (2009). Perfiles emergentes en la población atendida en acogimiento residencial. En J. F. del Valle, y A. Bravo (Comp), *Funciones educativas del acogimiento residencial*. Gobierno de Cantabria Conserjería de Empleo y Bienestar social. Recuperado de <http://158.109.131.198/catedra/images/biblioinfancia/Intervencion%20en%20Acogimiento%20residencial%20Oviedo%202009.pdf>
- Broad, R. (2005). *Improving the health and well-being of young people leaving care*. Lyme Regis: Russell House Press.
- Brown, L. S., y Wright, J. (2001). Attachment theory in adolescence and its relevance to developmental psychopathology. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 8(1), 15-32. doi: 10.1002/cpp.274
- Brown, L. S., y Wright, J. (2003). The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(4), 351-367. doi: 10.1348/147608303770584728
- Brumariu, L. E., y Kerns, K. A. (2010). Parent–child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Development and Psychopathology*, 22(01), 177-203. doi: 10.1017/S0954579409990344
- Bryant, FB y Satorra, A. (En prensa). Principles and Practice of Scaled Difference Chi-Square Testing. Structural Equation Modeling. Recuperado de <http://www.econ.upf.edu/~satorra/dades/BryantSatorraInPressSEM2011.pdf>

Bryant, F. B., y Satorra, A. (en prensa). Principles and practice of scaled difference chi-square testing. *Structural Equation Modeling*,

Buist, K. L., Deković, M., Meeus, W., y van Aken, M. A. G. (2004). The reciprocal relationship between early adolescent attachment and internalizing and externalizing problem behaviour. *Journal of Adolescence*, 27(3), 251-266. doi: 10.1016/j.adolescence.2003.11.012

Campos, G., Ochaíta Alderete, E., Bayal, E., y Angeles, M. (2011). El acogimiento residencial como contexto de desarrollo desde la perspectiva de sus profesionales. *Educacion y Diversidad: Revista Inter-Universitaria De Investigación Sobre Discapacidad e Interculturalidad*, 5(1), 59-71.

Carrasco-Ortiz, M. A., Rodríguez-Testal, J. F., y Hesse, B. M. (2001). Problemas de conducta de una muestra de menores institucionalizados con antecedentes de maltrato. *Child Abuse and Neglect*, 25(6), 819-838.

Carreras, M. A., Brizzio, A., González, R., Mele, S., y Casullo, M. M. (2008). Los estilos de apego en los vínculos románticos y no románticos. Estudio comparativo con adolescentes argentinos y españoles. *Revista Iberoamericana De Diagnostico y Evaluación Psicológica*, 1(25), 107-124.

Casas, F., Montserrat, C., y Malo, S. (2010). Spanish national report summary: Education and young people from a public care background. Recuperado de <http://tcru.ioe.ac.uk/yippee/>

- Cassidy, J., y Shaver, P. R. (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Castellanos, S. (2006). The relationship between attachment theory, external social factors, and violent behavior among adolescent males. ProQuest Information and Learning. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 67(3).
- Christoffersen, M. N. (1994). A follow-up study of long term effects of unemployment on children: Loss of self-esteem and self-destructive behavior among adolescents. *Childhood*, 2(4), 212-220. doi: 10.1177/090756829400200405
- Connell, A. M., y Goodman, S. H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128(5), 746. doi: 10.1037/0033-2909.128.5.746
- Cook, E. C., Chaplin, T. M., Sinha, R., Tebes, J. K., y Mayes, L. C. (2012). The stress response and adolescents' adjustment: The impact of child maltreatment. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(8), 1067-1077. doi: 10.1007/s10964-012-9746-y
- Cooper, M. L., Shaver, P. R., y Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1380. doi:10.1037/0022-3514.74.5.1380

- Cortés, A., Díaz, J. A., Rivera, M., y Muñoz, A. (2012). *Salud de los niños atendidos en el sistema de protección de la infancia: Una guía para profesionales sanitarios y acogedores*. (1st ed.) Sociedad Española de Pediatría Social. Recuperado de <http://www.pediatriasocial.es/Documentos/guiaSEPSacogimiento.pdf>
- Daouk, L., Rust, J., y McDowall, A. (2005). Testing across languages and cultures. *Selection and Development Review*, 21(4), 11.
- Dávila, J., Burge, D., & Hammen, E. (1997). Why does attachment style change? *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 826-838
- de la Herrán, A., Barriocanal, C. G., y Martínez, A. I. (2008). Valoración del acogimiento residencial en centros de protección de menores: La vivencias de los jóvenes y sus familias. *Tendencias Pedagógicas*, 13, 193.
- de la Herrán, A., García, C., e Imaña, A. (2008). Informe sobre el acogimiento residencial en centros de protección de menores: La vivencia de jóvenes ex-residentes y sus familias. *REICE.Revista Iberoamericana Sobre Calidad, Eficacia y Cambio En Educación*, (003), 139-155.
- Deković, M., Buist, K. L., y Reitz, E. (2004). Stability and changes in problem behavior during adolescence: Latent growth analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(1), 1-12. doi: 10.1023/A:1027305312204

- del Valle, J. F. (2009). Evolución histórica, modelos y funciones del acogimiento residencial. In J. F. del Valle, y A. Bravo (Eds.), *Funciones educativas del acogimiento residencial*. Gobierno de Cantabria Conserjería de Empleo y Bienestar social. Recuperado de <http://158.109.131.198/catedra/images/biblioinfancia/Intervencion%20en%20Acogimiento%20residencial%20Oviedo%202009.pdf>
- del Valle, J., y Bravo Arteaga, A. (2002). Maltrato infantil: Situación actual y respuestas sociales. *Psicothema*, 14(Suplemento), 118-123.
- del Valle, J., Bravo, A., Alvarez, E. y Fernanz, A. (2008). Adult self-sufficiency and social adjustment in care leavers from children's homes: a long-term assessment. *Child and Family Social Work*, 13, 12–22.
- del Valle, J. F., López, M., Montserrat, C. y Bravo, A. (2008). *El acogimiento familiar en España: Una evaluación de resultados*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Observatorio de la infancia.
- del Valle, J. F. (2009). Evolución histórica, modelos y funciones del acogimiento residencial. En J. F. del Valle, y A. Bravo (Comp), *Funciones educativas del acogimiento residencial*. (pp. 11) Gobierno de Cantabria Conserjería de Empleo y Bienestar social.
- Delgado, A. O., Jiménez, Á. P., y Queija, I. S. (2002). Relaciones con padres e iguales como predictoras del ajuste emocional y conductual durante la adolescencia. *Apuntes De Psicología*, 20(2), 225-241.

- Delgado, L., Fornieles, A., Costas-Moragas, C., y Brun-Gasca, C. (2012). Acogimiento residencial: Problemas emocionales y conductuales. *Revista De Investigación En Educación*, 10(1), 158-171. Recuperado de <http://webs.uvigo.es/reined/ojs/index.php/reined/article/viewFile/383/220>
- Doménech i Massons, J. M., y Navarro Pastor, J. B. (2008). *Metodología de la investigación en ciencias de la salud: Regresión lineal múltiple con predictores cuantitativos y categóricos*. Barcelona: Signo Impresió Gráfica, S.A.
- Earl, R. M., y Burns, N. R. (2009). Experiences of peer aggression and parental attachment are correlated in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 47(7), 748-752. doi: 10.1016/j.paid.2009.06.014
- Eceiza, A., Ortiz, M. J., y Apodaca, P. (2011). Apego y afiliación: La seguridad del apego y las relaciones entre iguales en la infancia. *Infancia y Aprendizaje / Journal for the Study of Education and Development*, 34(2), 235-246. doi: 10.1174/021037011795377610
- Feeney, J. A., Peterson, C., Gallois, C., y Terry, D. J. (2000). Attachment style as a predictor of sexual attitudes and behavior in late adolescence. *Psychology and Health*, 14(6), 1105-1122. doi: 10.1080/08870440008407370
- Fernández, J., Fuertes, J. (2000). In (Ed.), *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Pirámide.

- Fernández, J., Alvarez, E., y Bravo, A. (2003). Evaluación de resultados a largo plazo en acogimiento residencial de protección a la infancia assessment of long-term outcome in child residential care. *Infancia y Aprendizaje*, 26(2), 235-249. doi: <http://dx.doi.org/10.1174/021037003321827803>
- Fernández-Millán, J. M., Hamido-Mohamed, A., y del Mar Ortiz-Gómez, M. (2009). The influence of residential care on abandoned minors. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7(2), 715-728. Recuperado de <http://www.investigacion-psicopedagogica.org>.
- Fernández-Molina, M., Valle, J., Rebollo, F., Jesús, M., Muñoz, B., María, I., y Arteaga, B. (2011). Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa. *Psicothema*, 23(1), 1-6.
- Flight, J. I., y Forth, A. E. (2007). Instrumentally violent youths. *Criminal Justice and Behavior*, 34(6), 739. doi: 10.1177/0093854807299462
- Gallego, I. D., Delgado, A. O., y Sánchez-Queija, I. (2011). Apego a los iguales durante la adolescencia y la adultez emergente. *Anales De Psicología*, 27(1), 155-163.
- García Barriocanal, C., Gascón, H., y Imaña Martínez, A. (2007). Investigación sobre el acogimiento residencial como medida de protección. Una valoración desde jóvenes ex-residentes y sus familias. *Indivisa: Boletín De Estudios e Investigación*, (8), 27-42.

- García Barriocanal, C., Imaña, A. y de la Herrán, A. (2007). *El acogimiento residencial como medida de protección al menor*. Madrid: Defensor del menor en la Comunidad de Madrid.
- Gaschke, Y. N. (1995). *Attachment, Negative Affect, and Suicidal Ideation among Adolescents* (Tesis de Doctorado). Ferkauf Graduate School of Psychology, Yeshiva University. New York.
- George, C., Kaplan, N., y Main, M. (1985). Adult attachment interview (AAI). *Unpublished Manuscript, University of California at Berkeley*.
- George, C., West, M., y Pettem, O. (1999). The adult attachment projective: Disorganization of adult attachment at the level of representation. In J. Solomon, y C. George (Eds.), *Attachment disorganization*. (pp. 318-346). Nueva York: Guilford Press.
- Gomez-Beneyto, M., Pedros, A., Tomas, A., Aguilar, K., & Leal, C. (1993). Psychometric properties of the parental bonding instrument in a Spanish sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28(5), 252-255. doi: 10.1007/BF00788745
- Gómez-Zapiain, J. (2005). Apego y comportamiento sexual en la adolescencia, en relación con la disposición a asumir riesgos asociados a la experiencia erótica. *Infancia y Aprendizaje*, 28(3), 293-308.
- González, J., Fernández, S., Pérez, E., y Santamaría, P. (2004). Adaptación española del sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: BASC.

- Gorrese, A., y Ruggieri, R. (2012). Peer attachment: A meta-analytic review of gender and age differences and associations with parent attachment. *Journal of Youth and Adolescence*, , 1-23. doi: 10.1007/s10964-012-9759-6
- Gorsuch, R. L. (1983). *Factor Analysis*, Second edn, Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Graham, J. W. (2009). Missing data analysis: Making it work in the real world. *Annual Review of Psychology*, 60, 549-576. doi: 58.110405.085530
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L., y DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 5(1-2), 191-213. doi: 10.1017/S095457940000434X
- Guarnieri, S., Ponti, L., y Tani, F. (2010). The inventory of parent and peer attachment (IPPA): A study on the validity of styles of adolescent attachment to parents and peers in an Italian sample. *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 17(3), 103-130.
- Gullone, E., y Robinson, K. (2005). The inventory of parent and peer Attachment— Revised (IPPA-R) for children: A psychometric investigation. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 12(1), 67-79. doi: 10.1002/cpp.433
- Günaydın, G., Selçuk, E., Sümer, N., y Uysal, A. (2005). The psychometric evaluation of a shortform of inventory of parent and Peer Attachment. *Turkish Psychological Articles*, 8, 13-23.

- Gunnar, M. R., y Van Dulmen, M. H. M. (2007). Behavior problems in post institutionalized internationally adopted children. *Development and Psychopathology*, 19(01), 129-148. doi: 10.1017/S0954579407070071
- Hambleton, R. K. (2005). Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In R. K. Hambleton, P. F. Merenda, & C. D. Spielberger (Eds.), *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp. 3-38). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hambleton, R. (2006). International Test Commission Guidelines for adapting tests. Conference presented at the 5th Conference of the International Test Commission. Retrieved July 26, 2007, from <http://www.intestcom.org/keynotesb.htm>
- Handwerk, M. L., Clopton, K., Huefner, J. C., Smith, G. L., Hoff, K. E., y Lucas, C. P. (2006). Gender differences in adolescents in residential treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 312-324. doi: 10.1037/0002-9432.76.3.312
- Harrison, K. D. (2010). *Self Injury among a College Population: The Role of Attachment, Self Esteem, and Emotional Expression as Risk Factors* (Tesis de Doctorado). Roosevelt University. Chicago.
- Hazan, C., y Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511. doi: 10.1037/0022-3514.52.3.511

- Heflinger, C. A., Simpkins, C. G., y Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review*, 22(1), 55-73. doi: 10.1016/S0190-7409(99)00073-0
- Inglés, A. (2005). (Dir), *Aprendiendo a volar. Estudio para el análisis de los programas europeos mentor 15 y ulises dedicados al proceso de socialización de adolescentes y jóvenes tutelados que han alcanzado la mayoría de edad o están cerca de ella*. Murcia: Fundación Diagrama.
- Jackson, D. L., Gillaspay Jr, J. A., y Purc-Stephenson, R. (2009). Reporting practices in confirmatory factor analysis: An overview and some recommendations. *Psychological Methods*, 14(1), 6. doi: 10.1037/a0014694
- Jackson, S., y Martin, P. Y. (1998). Surviving the care system: Education and resilience. *Journal of Adolescence*, 21(5), 569-583. doi: 10.1006/jado.1998.0178
- Jariot García, M., Rodríguez Parrón, M., Sala Roca, J., y Villalba, A. (2008). El proceso de desinternamiento de jóvenes ex tutelados para favorecer una inserción sociolaboral positiva: Análisis de la situación actual en los centros residenciales de acción educativa de Cataluña. *Bordón.Revista De Pedagogía*, 60(3), 49-66.
- Johnson, L. N., Ketring, S. A., y Abshire, C. (2003). The revised inventory of parent attachment: Measuring attachment in families. *Contemporary Family Therapy*, 25(3), 333-349. doi: 10.1023/A:1024563422543

- Karreman, A., y Vingerhoets, A. J. J. M. (2012). Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality and Individual Differences*, doi: 10.1016/j.paid.2012.06.014
- Kerns, K. A., Schlegelmich, A., Morgan, T. A. y Abraham, M. M. (2005). Assessing attachment in middle childhood. En K. Kerns y R. Richardon, (Eds.), *Attachment in middle childhood* (pp. 46-69). Nueva York: Guilford.
- Kjelsberg, E., y Nygren, P. (2004). The prevalence of emotional and behavioural problems in institutionalized childcare clients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(4), 319-325. doi: 10.1080/08039480410005846
- Kobak, R. R., Cole, H. E., Ferenz-Gillies, R., Fleming, W. S., y Gamble, W. (1993). Attachment and emotion regulation during mother-teen problem solving: A control theory analysis. *Child Development*, 64(1), 231-245. doi: 10.1111/j.1467-8624.1993.tb02906.x
- Kreppner, J. M., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., . . . Sonuga-Barke, E. J. S. (2007). Normality and impairment following profound early institutional deprivation: A longitudinal follow-up into early adolescence. *Developmental Psychology*, 43(4), 931. doi: 10.1037/0012-1649.43.4.931
- Leathers, S. J. (2006). Placement disruption and negative placement outcomes among adolescents in long-term foster care: The role of behavior problems. *Child Abuse y Neglect*, 30(3), 307-324. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.09.003>

López, M., Fernandez 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. Recuperado de

<http://www.gifi.es/administrador/publicaciones/archives/infanciaespera.pdf>

López, M., Montserrat, C., y Valle, J. F. (2010). El acogimiento en familia ajena en

España. Una evaluación de la práctica y sus resultados. *Infancia y Aprendizaje:*

*Revista Trimestral De Estudios e Investigación*, 33(2), 269-280.

doi:10.1174/021037010791114616

Lyons-Ruth, K., Alpern, L., y Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment

classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-

aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Development*, 64(2), 572-

585. doi: 10.1037/0012-1649.33.4.681

Magaz, A. M., Chorot, P., Sandin, B., Santed, M. A., y Valiente, R. M. (2011). Estilos de

apego y acoso entre iguales (bullying) en adolescentes. *Revista De Psicopatología y*

*Psicología Clínica*, 16(3), 207-221.

Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies,

changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human*

*Development*, doi: 10.1159/000276502

- Main, M., Kaplan, N., y Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In Bretherton, I. y Waters, E. (Ed.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the society for Research in Child Development*, (pp. 66-104). JSTOR.
- Main, M., y Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the ainsworth strange situation. In M. T. Greenberg, y D. Cicchetti (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. (pp. 121-160). EEUU: Universidad de Chicago.
- Marsh, H. W., Hau, K. T., y Wen, Z. (2004). In search of golden rules: Comment on hypothesis-testing approaches to setting cut-off values for fit indexes and dangers in overgeneralizing hu and bentler's (1999) findings. *Structural Equation Modeling*, 11(3), 320-341. doi: 10.1207/s15328007sem1103\_2
- Martín, E., y Dávila, L. M. (2008). Redes de apoyo social y adaptación de los menores en acogimiento residencial. *Psicothema*, 20(2), 229-235.
- Martín, E., de Bustillo Díaz, M., del Carmen, M., Rodríguez, M., y Pérez, Y. (2008). De la residencia a la escuela. *Psicothema*, 20(3), 376.
- Martín, E., y de Bustillo, M. C. M. (2009). School adjustment of children in residential care: A multi-source analysis. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2), 462-470.

Martín, E., García, M. D., y Siverio, M. Á. (2012). Inadaptación autopercebida de los menores en acogimiento residencial. *Anales De Psicología*, 28(2), 541-547. doi: 10.6018/analesps.28.2.148921

Martin, E., y Gonzalez, M. S. (2007). La calidad del acogimiento residencial desde la perspectiva de los menores. *Infancia y Aprendizaje*, 30(1), 25-38. doi:10.1174/021037007779849727

Martín, E., y Rodríguez, T. (2007). Evaluación diferencial de los programas de acogimiento residencial para menores. *Psicothema*, 19(3), 406-412.

Martínez Festerazzi, V. S., y Castañeiras, C. E. Influencia de los otros significativos en el desarrollo del autoconcepto en adolescentes. Recuperado de [http://vcongresopsicologia.seadpsi.com.ar/trabajos/e7.3-000392-12-10-11\\_00-08-44.pdf](http://vcongresopsicologia.seadpsi.com.ar/trabajos/e7.3-000392-12-10-11_00-08-44.pdf)

McLewin, L. A., y Muller, R. T. (2006). Attachment and social support in the prediction of psychopathology among young adults with and without a history of physical maltreatment. *Child Abuse y Neglect*, 30(2), 171-191. doi: 10.1016/j.chiabu.2005.10.004

McWey, L. M., Cui, M., y Pazdera, A. L. (2010). Changes in externalizing and internalizing problems of adolescents in foster care. *Journal of Marriage and Family*, 72(5), 1128-1140. doi: 10.1111/j.1741-3737.2010.00754.x

- Merz, E. C., y McCall, R. B. (2010). Behavior problems in children adopted from psychosocially depriving institutions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(4), 459-470. doi: 10.1007/s10802-009-9383-4
- Millán, J. M. F., Hamido-Mohamed, A., y Gómez, M. M. O. (2009). Influencia del acogimiento residencial en los menores en desamparo. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7(2), 715-728. Recuperado de [http://www.investigacionpsicopedagogica.org/revista/articulos/18/espanol/Art\\_18\\_285.pdf](http://www.investigacionpsicopedagogica.org/revista/articulos/18/espanol/Art_18_285.pdf)
- Minnis, H., Marwick, H., Arthur, J., y McLaughlin, A. (2006). Reactive attachment disorder—a theoretical model beyond attachment. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 15(6), 336-342. doi: 10.1007/s00787-006-0539-2
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review; Psychological Review*, 100(4), 674. doi: 10.1037/0033-295X.100.4.674
- Montserrat Boada, C., y Casas Aznar, F. (2010). Educación y jóvenes ex-tutelados: Revisión de la literatura científica española. *Educación XXI*, 13(2), 117-138.
- Moreno Manso, J. M., García-Baamonde Sánchez, M. E., y Blázquez Alonso, M. (2010). Desarrollo lingüístico y adaptación escolar en niños en acogimiento residencial. *Anales de psicología*, 26 (1), 189-196. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16713758022>

- Muller, R. T., Sicoli, L. A., y Lemieux, K. E. (2000). Relationship between attachment style and posttraumatic stress symptomatology among adults who report the experience of childhood abuse. *Journal of Traumatic Stress, 13*(2), 321-332. doi: 10.1023/A:1007752719557
- Muris, P., y Maas, A. (2004). Strengths and difficulties as correlates of attachment style in institutionalized and non-institutionalized children with below-average intellectual abilities. *Child Psychiatry and Human Development, 34*(4), 317-328.
- Muris, P., Meesters, C., y van den Berg, S. (2003). Internalizing and externalizing problems as correlates of self-reported attachment style and perceived parental rearing in normal adolescents. *Journal of Child and Family Studies, 12*(2), 171-183. doi: 10.1023/A:1022858715598
- Nelson, C. A. (2007). A neurobiological perspective on early human deprivation. *Child Development Perspectives, 1*(1), 13-18. doi: 10.1111/j.1750-8606.2007.00004.x
- Nishikawa, S., Sundbom, E., y Hägglöf, B. (2010). Influence of perceived parental rearing on adolescent self-concept and internalizing and externalizing problems in Japan. *Journal of Child and Family Studies, 19*(1), 57-66. doi: 10.1007/s10826-009-9281-y
- Ochaita, E., y Espinosa, A. (2001). Needs of children and adolescents as a basis for the justification of their rights. *Int'l J. Child. Rts., 9*, 313-337. doi: 10.1163/15718180120495008

- Ocón Domingo, J. (2004). Un análisis comparativo de las medidas alternativas de protección de menores en Andalucía y España. *Cuadernos De Trabajo Social*, (17), 63-81. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/.../7607>
- O'Connor, T. G., Bredenkamp, D., y Rutter, M. (1999). Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation. *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 10-29. doi: 10.1002/(SICI)1097-0355(199921)20:1<10::AID-IMHJ2>3.0.CO;2-S
- O'Connor, T. G., y Gerard Byrne, J. (2007). Attachment measures for research and practice. *Child and Adolescent Mental Health*, 12(4), 187-192. doi: 10.1111/j.1475-3588.2007.00444.x
- Oliva, A. (2011). Apego en la adolescencia. *Acción Psicológica*, 8(2), 55-66.
- Onaylı, S., Erdur-Baker, Ö., y Aksöz, İ. (2010). The Turkish adaptation of the mother-adult daughter questionnaire. *Procedia-Social and Behavioural Sciences*, 5, 1516-1520. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.07.318
- Oswald, S. H., Heil, K., y Goldbeck, L. (2010). History of maltreatment and mental health problems in foster children: A review of the literature. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(5):462-72.

- Pace, C. S., San Martini, P., y Zavattini, G. C. (2011). The factor structure of the inventory of parent and peer attachment (IPPA): A survey of Italian adolescents. *Personality and Individual Differences*, 51(2), 83. doi./10.1016/j.paid.2011.03.006
- Pachón, C., Fernández del Valle, J., Vizcarro, M., Llapart, V., Martín, C. (1999). Situación de menores de 16 a 18 años en centros de protección. Recuperado de <http://www.dulac.org/PDFs/resinvmenores.pdf>.
- Palacios, J. (2003). Instituciones para niños: Protección o riesgo? Institutions for children: Protection or risk? *Infancia y Aprendizaje*, 26(3), 353-363. doi: 10.1174/021037003322299098
- Pardo, M. E., Pineda, S., Carrillo, S., y Castro, J. (2006). Análisis psicométrico del inventario de apego con padres y pares en una muestra de adolescentes colombianos. *Revista Interamericana De Psicología*, 40(3), 289-302.
- Parker, G., Tupling, H., y Brown, L. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1-10.
- Penagos, A., Rodríguez, M., Carrillo, S., y Castro, J. (2006). Apego, relaciones románticas y autoconcepto en adolescentes bogotanos. *Univ.Psychol.Bogotá (Colombia)*, 5(1), 21-36.
- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R., y Halfon, O. (1996). Les modèles de relations. *Développement d'un Autoquestionnaire d'attachement Pour Adultes in Psychiatrie De l'enfant*, 39, 1.

Pollak, S. D., Nelson, C. A., Schlaak, M. F., Roeber, B. J., Wewerka, S. S., Wiik, K. L., . . .

Gunnar, M. (2010). Neurodevelopmental effects of early deprivation in post-institutionalized children. *Child Developmental*, *81*(1), 224-236. doi: 10.1111/j.1467-7687.2009.00852.x

Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (1992). *BASC: Behavior assessment system for children*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Ridenour, T. A., Greenberg, M. T., y Cook, E. T. (2006). Structure and validity of people in my life: A self-report measure of attachment in late childhood. *Journal of Youth and Adolescence*, *35*(6), 1037-1053. doi: 10.1007/s10964-006-9070-5

Rodrigo, M. J., y Palacios, J. (1998). In (Ed.), *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza editorial.

Rönnlund, M., y Karlsson, E. (2006). The relation between dimensions of attachment and internalizing or externalizing problems during adolescence. *The Journal of Genetic Psychology*, *167*(1), 47-63. doi: 10.3200/GNTP.167.1.47-63

Rubin, K. H., Coplan, R. J., Nelson, L., Cheah, C., y Lagace-Seguin, D. (1999). Peer relationships in childhood. *Developmental Psychology: An Advanced Textbook*, *4*, 451-502.

- Rutter, M., Colvert, E., Kreppner, J., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., . . . Sonuga-Barke, E. J. S. (2007). Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and non-deprived adoptees. I: Disinhibited attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1), 17-30.
- Rutter, M. L., Kreppner, J. M., y O'Connor, T. G. (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *The British Journal of Psychiatry*, 179(2), 97-103. doi: 10.1192/bjp.179.2.97
- Rutter, M., y Sroufe, L. A. (2000). Developmental psychopathology: Concepts and challenges. *Development and Psychopathology*, 12(3), 265-296.
- San Martini, P., Zavattini, G. C., y Ronconi, S. (2009). L'inventario per l'attaccamento ai genitori ed ai pari (IPPA-inventory of parent and peer attachment). un'indagine psicometrica su un campione italiano di adolescenti. *Giornale Italiano Di Psicologia*, 36(1), 199-228. doi: 10.1016/j.paid.2011.03.006
- Sánchez-Queija, I., y Oliva, A. (2003). Vinculos de apego con los padres y relaciones con los iguales durante la adolescencia attachment to parents and peer relationships during adolescence. *Revista De Psicologia Social*, 18(1), 71-86.  
doi:10.1174/02134740360521796
- Scharfe, E. (1997). A test of Bartholomew's four category model of attachment in a clinical sample of adolescents. *Dissertation Abstracts International, Section B :The Science and Engineering*, 58, 2138.

- Schneider, B. H., Atkinson, L., y Tardif, C. (2001). Child–parent attachment and children's peer relations: A quantitative review. *Developmental Psychology*, 37(1), 86. doi: 10.1037/0012-1649.37.1.86
- Schuengel, C., y van Ijzendoorn, M. H. (2001). Attachment in mental health institutions: A critical review of assumptions, clinical implications, and research strategies. *Attachment y Human Development*, 3(3), 304-323. doi: 10.1080/14616730110096906
- Seiffe-Krenke, I. (2006). Leaving home or still in the nest? parent-child relationships and psychological health as predictors of different leaving home patterns. *Developmental Psychology*, 42(5), 864. doi: 10.1037/0012-1649.42.5.864
- Selçuk, E., Günaydın, G., Sümer, N., y Uysal, A. (2005). Yetişkin bağlanma boyutları için yeni bir ölçüm: Yakın ilişkilerde yaşantılar envanteri-II'nin türk örnekleminde psikometrik açıdan değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 8(16), 1-11.
- Sellick, C. (1998). The use of institutional care for children across europe. *European Journal of Social Work*, 1(3), 301-310.
- Shaffer, A., Huston, L., y Egeland, B. (2008). Identification of child maltreatment using prospective and self-report methodologies: A comparison of maltreatment incidence and relation to later psychopathology. *Child Abuse y Neglect*, 32(7), 682-692. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.09.010

- Shechory, M., y Sommerfeld, E. (2007). Attachment style, home-leaving age and behavioral problems among residential care children. *Child Psychiatry and Human Development*, 37(4), 361-373. doi: 10.1007/s10578-007-0051-z
- Sheridan, M., Drury, S., McLaughlin, K., y Almas, A. (2010). Early institutionalization: Neurobiological consequences and genetic modifiers. *Neuropsychology Review*, , 1-16.
- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Fonagy, P., y Datta, A. (2008). The child attachment interview: A psychometric study of reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 44(4), 939. doi:10.1037/0012-1649.44.4.939
- Simón Rueda, C., Linaza, J. L., y López Taboada, J. L. (1998). *La población infantil en situación de desamparo en la comunidad de Madrid*. Madrid: Cuadernos técnicos de Servicios sociales. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Simsek, Z., Erol, N., Öztop, D., y Münir, K. (2007). Prevalence and predictors of emotional and behavioral problems reported by teachers among institutionally reared children and adolescents in Turkish orphanages compared with community controls. *Children and Youth Services Review*, 29(7), 883-899. doi: 10.1016/j.chilyouth.2007.01.004
- Smith, M., Calam, R., & Bolton, C. (2009). Psychological factors linked to self-reported depression symptoms in late adolescence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(01), 73-85. doi: 10.1017/S1352465808004724

- Smyke A, Zeanah CH. Disturbances of Attachment Interview. New Orleans, LA: Tulane University School of Medicine, Department of Psychiatry; 1999.
- Soares, I., y Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: Contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 177-195. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33770112.pdf>
- Spitz, R. A. (1945). Hospitalism—An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Stevens, S. E., Sonuga-Barke, E. J. S., Kreppner, J. M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., . . . Rutter, M. (2008). Inattention/Overactivity following early severe institutional deprivation: Presentation and associations in early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(3), 385-398. doi: 10.1007/s10802-007-9185-5
- Sullivan, R., Wilson, D. A., Feldon, J., Yee, B. K., Meyer, U., Richter-Levin, G., . . . Bock, J. (2006). The international society for developmental psychobiology annual meeting symposium: Impact of early life experiences on brain and behavioral development. *Developmental Psychobiology*, 48(7), 583. doi: 10.1002/dev.20170
- Swinton, J. J. (2011). *Adoptees and Behavior Problems: A Meta-Analysis*, Kansas State University. (Tesis de doctorado). Recuperado de <http://krex.k-state.edu/dspace/handle/2097/13098>

- Tambelli, R., Laghi, F., Odorisio, F., y Notari, V. (2012). Attachment relationships and internalizing and externalizing problems among italian adolescents. *Children and Youth Services Review*, doi: 10.1016/j.childyouth.2012.04.004
- Thompson, B. (2004). *Exploratory and confirmatory factor analysis: Understanding concepts and applications*. Washington, DC, US: American Psychological Association. doi: 10.1037/10694-000
- Tizard, B., y Hodges, J. (2006). The effect of early institutional rearing on the development of eight year old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19(2), 99-118. doi: 10.1111/j.1469-7610.1978.tb00453.x
- Torres, N., Maia, J., Veríssimo, M., Fernandes, M., y Silva, F. (2012). Attachment security representations in institutionalized children and children living with their families: Links to problem behaviour. *Clinical Psychology y Psychotherapy*, 19(1), 25-36. doi:10.1002/cpp.739/full
- Tottenham, N., Hare, T. A., Quinn, B. T., McCarry, T. W., Nurse, M., Gilhooly, T., . . . Casey, B. J. (2010). Prolonged institutional rearing is associated with atypically large amygdala volume and difficulties in emotion regulation. *Developmental Science*, 13(1), 46-61. doi: 10.1111/j.1467-7687.2009.00852.x
- Van Ryzin, M. J., y Leve, L. D. (2011). Validity evidence for the security scale as a measure of perceived attachment security in adolescence. *Journal of Adolescence*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.07.014>

- Vignoli, E., y Mallet, P. (2004). Validation of a brief measure of adolescents' parent attachment based on armsden and Greenberg's three-dimension model. *Revue Européenne De Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 54(4), 251-260. doi: 10.1016/j.erap.2004.04.003
- Vivona, J. M. (2000). Parental attachment styles of late adolescents: Qualities of attachment relationships and consequences for adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), 316. doi: 10.1037/0022-0167.47.3.316
- Vorria, P., Wolkind, S., Rutter, M., Pickles, A., y Hobsbaum, A. (1998). A comparative study of greek children in Long-term residential group care and in Two-parent families: I. social, emotional, and behavioural differences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(2), 225-236. doi: 10.1111/1469-7610.00316
- Wallis, P., y Steele, H. (2001). Attachment representations in adolescence: Further evidence from psychiatric residential settings. *Attachment y Human Development*, 3(3), 259-268. doi: 10.1080/14616730110096870
- Weingold, R. (2011). *Family dynamics: A systematic investigation of parenting styles, parent and peer attachment, locus of control, and social behaviors*. Seton Hall University. New Yersey. (Tesis de doctorado). Recuperado de <http://scholarship.shu.edu/dissertations/38>

- West, M., Rose, M. S., Spreng, S., Sheldon-Keller, A., y Adam, K. (1998). Adolescent attachment questionnaire: A brief assessment of attachment in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 27(5), 661-673. doi: 10.1023/A:1022891225542
- Wilkinson, R., y Walford, W. (2001). Attachment and personality in the psychological health of adolescents. *Personality and Individual Differences*, 31(4), 473-484. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00151-3
- Woodhouse, S. S., Ramos-Marcuse, F., Ehrlich, K. B., Warner, S., y Cassidy, J. (2009). The role of adolescent attachment in moderating and mediating the links between parent and adolescent psychological symptoms. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 39(1), 51-63. doi: 10.1080/15374410903401096
- Wright, J. C., Binney, V., y Smith, P. K. (1995). Security of attachment in 8–12-year-olds: A revised version of the separation anxiety test, its psychometric properties and clinical interpretation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(5), 757-774. doi: 10.1111/j.1469-7610.1995.tb01327.x/abstract
- Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga, S. F., y Carlson, E. (2005). Attachment in institutionalized and community children in romania. *Child Development*, 76(5), 1015-1028. doi: 10.1111/j.1467-8624.2005.00894.x
- Zeanah, C. H., & Smyke, A. T. (2008). Attachment disorders in family and social context. *Infant Mental Health Journal*, 29(3), 219-233. doi: 10.1002/imhj.20176

- Zegers, M. A. M. (2008). Attachment and problem behavior of adolescents during residential treatment. *Attachment y Human Development, 10*(1), 91-103. doi: 10.1080/14616730701868621
- Zegers, M. A. M., Schuengel, C., IJzendoorn, M. H., y Janssens, J. M. A. M. (2006). Attachment representations of institutionalized adolescents and their professional caregivers: Predicting the development of therapeutic relationships. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(3), 325-334. doi: 10.1037/0002-9432.76.3.325
- Zhang, Y. (2011). Chinese version of revised inventory of parent and peer attachment in junior students. *Chinese Mental Health, 1*(25), 70.

# *ANEXOS*

**ANEXO A****CUESTIONARIO BIOGRÁFICO CRAE**

(A rellenar por el tutor del centro)

NOMBRE DEL CHICO/A:

FECHA DE NACIMIENTO:

NOMBRE DEL TUTOR:

Sexo:  Hombre  MujerCurso actual: ¿Lleva más de 3 meses en el centro?  Sí  No¿Tiene alguna discapacidad?  Sí  No

¿De qué tipo?

 Física Psíquica

Aclare su respuesta

---

---

2. Motivo técnico de la retirada de custodia, según informes

---

---

3. Fecha en la que se produce la primera retirada de custodia a los padres

día \_\_\_\_\_ / mes \_\_\_\_\_ / año \_\_\_\_\_

4. Fecha de ingreso en CRAE La Inmaculada vs el Polzet

día \_\_\_\_\_ / mes \_\_\_\_\_ / año \_\_\_\_\_

5. Señalar con un círculo el tipo de maltrato.

Aclaración (Marcar un número del 1 al 5)	
Tipo de maltrato	Clasificación
Abuso sexual	Cualquier abuso sexual (puede incluir cualquier otro tipo)
Maltrato físico	No abuso sexual. cualquier maltrato físico (puede incluir la negligencia infantil)
Negligencia infantil	No abuso sexual/maltrato físico. cualquier experiencia de negligencia infantil (puede incluir el maltrato emocional)
Maltrato emocional	Maltrato emocional de forma aislada (no otros tipos concurrentes)

1 Maltrato físico  
 2 Abuso Sexual  
 3 Negligencia física  
 4 Maltrato emocional

6. Período de Desarrollo en que se produce la primera retirada

Aclaración
(Marcar con un círculo un número del 1 al 9)

1. Nacimiento-6 meses  
 2. 7-11 meses  
 3. 12-17 meses (1-1.5 años)  
 4. 18-36 meses (1.5- 3 años)  
 5. 37-71 meses (3-5 años)  
 6. 72-95 meses (6-7 años)  
 7. 96-131 meses (8-10 años)  
 8. 132-156 meses (11-13 años)  
 9. de 157 meses (más de 13 años)

7. Personas con las que ha vivido como cuidadores principales hasta la primera separación (*marcar con un círculo*)

1. ambos padres
2. madre
3. padre
4. abuelos
5. otros

8. Presencia de enfermedad mental en alguno de los padres (*Marcar con un círculo*)

0. NO
1. SI
2. Muchas sospechas pero nunca ha sido diagnosticado
3. N/S

9. Presencia de alcoholismo o uso de otras drogas en los padres (*Marcar con un círculo*)

0. NO
1. SI
2. Muchas sospechas pero nunca ha sido diagnosticado
3. N/S

10. Se han producido separaciones de sus hermanos (*Marcar con un círculo*)

0. NO
1. SI

<b>FECHA DE SEPARACIÓN</b>	<b>ACLARAR DE FORMA RESUMIDA EL MOTIVO</b>

11 Se han producido otras separaciones de figuras significativas distintas de los padres por fallecimiento u otros motivos (*Marcar con un círculo*)

0. NO
1. SI

ESPECIFICAR \_\_\_\_\_

12. ¿Han existido periodos de acogimiento con familia extensa o ajena antes de la primera institucionalización? (*Marcar con un círculo*)

0. NO
1. SI

## 12.1 Especificar la duración y el motivo del cese de la convivencia

	<i>PERIODO DE CONVIVENCIA EN MESES</i>	<i>ESPECIFICAR MOTIVO DEL CESE</i>
<b>FAMILIA AJENA</b>		
	<i>PERIODO DE CONVIVENCIA EN MESES</i>	<i>ESPECIFICAR MOTIVO DEL CESE</i>
<b>FAMILIA EXTENSA (Especificar con quien)</b>		

## 13. Ingresos previos en otros centros distintos al actual (indicar cuales)

<i>NOMBRE DEL CENTRO</i>	<i>TIPO DE CENTRO</i>	<i>FECHA DE INGRESO</i>	<i>FECHA DE ALTA</i>	<i>DURACIÓN TOTAL DEL INGRESO (en meses)</i>
1				
2				
3				
4				
<b>Sumatorio total</b>				

14. Detallar enfermedades médicas o tratamientos psicológicos previos a la retirada si se conocen (*Aunque se conocieran después DEL INGRESO en el CRAE*)

---



---

## ANEXO B1



### **Benvolgudes famílies.**

us fem arribar una carta en la que s'explica la proposta de col·laborar amb la Universitat Autònoma per validar una prova per a adolescents. Com queda clar en la carta explicativa totes les famílies són ben lliures d'autoritzar la participació del seu fill/filla en l'estudi. Tot i així, valorem que és una oportunitat per enriquir-nos del treballar en xarxa entre l'escola i entitats externes.

Salutacions.

Equip de direcció.

Olesa de Montserrat. 30 de maig de 2012.

## ANEXO B2



### **Benvolgudes famílies:**

Em dirigeixo a vostès per sol·licitar la seva participació en un projecte d'investigació de la facultat de psicologia de la Universitat Autònoma de Barcelona. El projecte, que està dirigit pels professors Carme Brun-Gasca i Albert Fornieles serà dut a terme per la psicòloga clínica Lorena Delgado. La seva contribució en aquest estudi ens ajudarà a comprendre i ajudar a altres adolescents i a les seves famílies.

L'objectiu de l'estudi és l'adaptació al nostre país d'un qüestionari reconegut a nivell internacional. Aquest qüestionari aprofundeix en la percepció de les relacions de l'adolescent amb els seus pares i amics.

L'aplicació del qüestionari es realitzarà en el propi centre escolar de forma col·lectiva. El temps aproximat per emplenar-lo és de 15 minuts. Les dades seran confidencials i només seran utilitzades per a finalitats de la investigació. La identitat de cada participant serà estrictament anònima. Un nombre d'identificació apareixerà en cada qüestionari per assegurar la protecció dels adolescents i les seves famílies.

La contribució del seu fill és extremadament valuosa per a nosaltres. Si desitgen que participi en aquest estudi signin el full de consentiment i facin-lo arribar al centre educatiu del seu fill.

Moltes gràcies per la seva col·laboració.

## ANEXO C

### INVENTARIO DE APEGO A PADRES E IGUALES (IPPA)

©Gay Armsden, Ph.D. and Mark T. Greenberg, Ph.D.<sup>1</sup>

Este cuestionario explora las relaciones que mantienes con la gente que es importante en tu vida; tu madre, tu padre y tus amigos íntimos. Lee detenidamente las indicaciones de cada

#### Parte I

Las siguientes afirmaciones están relacionadas con los sentimientos hacia tu **madre** o hacia la persona que haya actuado como una madre contigo. Si te ha cuidado más de una persona (por ejemplo, madre biológica y madre adoptiva) responde a las preguntas pensando en la persona que piensas que ha influido más en tu vida. Lee cada afirmación y rodea con un círculo el número que refleje mejor el grado de veracidad que dicha frase tiene para ti.

	Nunca o casi nunca verdadero	No muy a menudo verdadero	A veces verdadero	A menudo verdadero	Siempre o casi siempre verdadero
1. Mi madre respeta mis sentimientos	1	2	3	4	5
2. Creo que mi madre hace un buen trabajo como madre	1	2	3	4	5
3. Desearía haber tenido una madre diferente	1	2	3	4	5
4. Mi madre me acepta tal y como soy	1	2	3	4	5
5. Me gusta conocer la opinión de mi madre sobre las cosas que me preocupan	1	2	3	4	5
6. Siento que es inútil mostrar mis sentimientos a mi madre	1	2	3	4	5
7. Mi madre sabe cuando estoy enfadado por algo	1	2	3	4	5
8. Hablar de mis problemas con mi madre me hace sentir avergonzado o tonto	1	2	3	4	5

<sup>1</sup> Address for Dr. Greenberg: Dept. of Human Development, Penn State University, State College, PA 16802.

	Nunca o casi nunca verdadero	No muy a menudo verdadero	A veces verdadero	A menudo verdadero	Siempre o casi siempre verdadero
9. Mi madre espera demasiado de mí	1	2	3	4	5
10. Me molesto fácilmente cuando estoy cerca de mi madre	1	2	3	4	5
11. Me molesto mucho más de lo que mi madre puede darse cuenta	1	2	3	4	5
12. Cuando conversamos mi madre se interesa por mi punto de vista	1	2	3	4	5
13. Mi madre confía en mi criterio	1	2	3	4	5
14. Mi madre tiene sus propios problemas, por eso no la molesto con los míos	1	2	3	4	5
15. Mi madre me ayuda a conocerme mejor	1	2	3	4	5
16. Le cuento a mi madre mis problemas y dificultades	1	2	3	4	5
17. Me siento enfadado con mi madre.	1	2	3	4	5
18. No recibo mucha atención de mi madre	1	2	3	4	5
19. Mi madre me ayuda a hablar de mis dificultades	1	2	3	4	5
20. Mi madre me comprende	1	2	3	4	5
21. Cuando estoy enfadado por algo mi madre intenta ser comprensiva	1	2	3	4	5
22. Confío en mi madre	1	2	3	4	5
23. Mi madre no comprende lo que estoy pasando últimamente	1	2	3	4	5
24. Puedo contar con mi madre cuando necesito quitarme un peso de encima	1	2	3	4	5
25. Si mi madre sabe que algo me preocupa me pregunta por ello	1	2	3	4	5

## Parte II

Este apartado tiene que ver con tus sentimientos hacia tu **padre** o el hombre que haya actuado como un padre contigo. Si te ha cuidado más de una persona (por ejemplo padre biológico y padre adoptivo) responde a las preguntas pensando en la persona que piensas que más ha influido más en tu vida. Lee cada afirmación y rodea con un círculo el número que refleje mejor el grado de veracidad que dicha frase tiene para ti.

	Nunca o casi nunca verdadero	No muy a menudo verdadero	A veces verdadero	A menudo verdadero	Siempre o casi siempre verdadero
1. Mi padre respeta mis sentimientos	1	2	3	4	5
2. Creo que mi padre hace un buen trabajo como padre	1	2	3	4	5
3. Desearía haber tenido un padre diferente	1	2	3	4	5
4. Mi padre me acepta tal y como soy	1	2	3	4	5
5. Me gusta conocer la opinión de mi padre sobre las cosas que me preocupan.	1	2	3	4	5
6. Siento que es inútil mostrar mis sentimientos a mi padre	1	2	3	4	5
7. Mi padre sabe cuando estoy enfadado por algo	1	2	3	4	5
8. Hablar de mis problemas con mi padre me hace sentir avergonzado o tonto	1	2	3	4	5
9. Mi padre espera demasiado de mí	1	2	3	4	5
10. Me molesto fácilmente cuando estoy con mi padre	1	2	3	4	5
11. Me molesto mucho más de lo que mi padre puede darse cuenta	1	2	3	4	5
12. Cuando conversamos mi padre se interesa por mi punto de vista	1	2	3	4	5
13. Mi padre confía en mi criterio	1	2	3	4	5
14. Mi padre tiene sus propios problemas, por eso no le molesto con	1	2	3	4	5

los míos

	Nunca o casi nunca verdadero	No muy a menudo verdadero	A veces verdadero	A menudo verdadero	Siempre o casi siempre verdadero
15. Mi padre me ayuda a conocerme mejor	1	2	3	4	5
16. Le cuento a mi padre mis problemas y dificultades	1	2	3	4	5
17. Me siento enfadado con mi padre	1	2	3	4	5
18. No recibo mucha atención de mi padre	1	2	3	4	5
19. Mi padre me ayuda a hablar de mis dificultades	1	2	3	4	5
20. Mi padre me comprende	1	2	3	4	5
21. Cuando estoy enfadado por algo mi padre intenta ser comprensivo.	1	2	3	4	5
22. Confío en mi padre	1	2	3	4	5
23. Mi padre no comprende por lo que estoy pasando últimamente	1	2	3	4	5
24. Puedo contar con mi padre cuando necesito quitarme un peso de encima	1	2	3	4	5
25. Si mi padre sabe que algo me preocupa me pregunta por ello	1	2	3	4	5

### Parte III

Este apartado trata sobre los sentimientos y relaciones que tienes con **tus amigos** más cercanos. Lee cada frase y rodea con un círculo el número que refleje mejor el grado de veracidad que dicha frase tiene para ti.

	Nunca o casi nunca verdadero	No muy a menudo verdadero	A veces verdadero	A menudo verdadero	Siempre o casi siempre verdadero
1. Me gusta saber la opinión de mis amigos acerca de lo que me preocupa	1	2	3	4	5
2. Mis amigos pueden darse cuenta cuando estoy molesto por algo	1	2	3	4	5
3. Cuando conversamos mis amigos se interesan por mi punto de vista	1	2	3	4	5
4. Hablar de mis problemas con mis amigos me hace sentir avergonzado o tonto	1	2	3	4	5
5. Desearía haber tenido amigos diferentes.	1	2	3	4	5
6. Mis amigos me comprenden	1	2	3	4	5
7. Mis amigos me animan a hablar de mis problemas	1	2	3	4	5
8. Mis amigos me aceptan tal y como soy	1	2	3	4	5
9. Siento la necesidad de estar en compañía de mis amigos muy a menudo	1	2	3	4	5
10. Mis amigos no comprenden por lo que estoy pasando últimamente	1	2	3	4	5
11. Me siento solo o apartado cuando estoy con mis amigos	1	2	3	4	5
12. Mis amigos escuchan lo que digo	1	2	3	4	5
13. Siento que mis amigos son buenos amigos	1	2	3	4	5
14. Es fácil hablar con mis amigos	1	2	3	4	5
15. Cuando estoy enfadado por algo mis amigos se muestran comprensivos conmigo	1	2	3	4	5

	Nunca o casi nunca verdadero	No muy a menudo verdadero	A veces verdadero	A menudo verdadero	Siempre o casi siempre verdadero
16. Mis amigos me ayudan a comprenderme mejor	1	2	3	4	5
17. Mis amigos se preocupan de cómo me siento	1	2	3	4	5
18. Me siento enfadado con mis amigos	1	2	3	4	5
19. Puedo contar con ellos cuando necesito desahogarme	1	2	3	4	5
20. Confío en mis amigos	1	2	3	4	5
21. Mis amigos respetan mis sentimientos	1	2	3	4	5
22. Me molestan sus comentarios más de lo que ellos se dan cuenta	1	2	3	4	5
23. Tengo la sensación de que mis amigos están molestos conmigo sin motivo alguno	1	2	3	4	5
24. Puedo contar a mis amigos mis problemas y dificultades	1	2	3	4	5
25. Si mis amigos saben que algo me preocupa me preguntan por ello	1	2	3	4	5

