

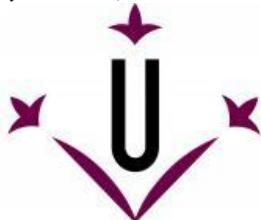
*Relación entre función reflexiva o mentalización
y desarrollo de conductas agresivas
en menores con antecedentes
de maltrato, negligencia y/o abuso sexual*

Tesis realizada por:

Carme Tello i Casany

Tesis dirigida por:

Dr. Josep Pifarré i Paredero



Universitat de Lleida

Facultad de Medicina

2012



"El sollozo del niño maldice más en el silencio que el hombre fuerte en su ira" ("The cry of the children" Elizabeth Barrett Browning)

Agradezco a:

*Maria y Manolo (+)
mis padres.*

*Clara y Rosa
mis hermanas.
por su vinculación afectiva,
apoyo incondicional y acompañamiento
a lo largo de los muchos años
de convivencia mutua*

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a las personas que, de un modo u otro, han contribuido a la realización de esta investigación, especialmente a:

Dr. Josep Pifarré i Paredero por su inestimable apoyo incondicional y ayuda para superar los diferentes avatares que han surgido en el arduo i largo proceso de elaboración de esta investigación.

Dr. Howard Steele, del Center for Attachment Reserch New School for Social Research de New York, por su colaboración tanto para facilitar el test Friend Family Interview (FFI) como por sus aportaciones teórico prácticas y su apoyo en la investigación.

Dra. Francisca Herreros, del equipo de investigación del Center for Attachment Reserch New School for Social Research de New York, que hizo la traducción del test al castellano, validada por el Dr. H.Steele.

Prof. Kaj Björkqvist de la Åbo Akademi University de Finlandia, por su colaboración tanto en facilitar el test Direct & Indirect aggression Scales (DIAS), como en los aspectos bibliográficos.

Sr. Jordi Real por su inestimable ayuda en los aspectos estadísticos de la tesis.

Sra. Rosa Tello por su paciencia y ayuda en la corrección del redactado.

Comité Ético de Investigación Clínica de Sant Joan de Déu (CEIC)

Sra. Dolors Camí y a la Sra. Araceli Lázaro de Atención a la Infancia y Adolescencia de la Generalitat de Cataluña; a los niños, niñas, directores y educadores de los Centros Residenciales de Acción Educativa (CRAE) y del Centro de Acogida de la

Dirección de Atención al Menor (DGAM) de Lleida, por su colaboración en la investigación.

Sr. Antoni López director de los Servicios Territoriales de la Generalitat de Cataluña de Educación de Lleida, a la Sra. Pilar Atiencia y al Sr. Xavier Olivart del EAP-01, y a los niños, niñas y maestros del IES Torre Vicens de Lleida, por su colaboración en la investigación.

A las compañeras: Débora Barrios, Lara Batlle, Rocío Mangues y Teresa Pera por su colaboración en la recogida de datos.

A la PIR Sofía Rotger Della por su colaboración en la corrección del *abstract* en inglés.

Y al resto de colegas que me han facilitado información acerca de sus últimas investigaciones sobre el tema motivo de esta investigación.

INDICE

ABSTRACT	13
1.- INTRODUCCIÓN.....	17
2.- MARCO TEÓRICO	23
2.1 Teoría del Apego (Attachment)	24
Evaluación del apego: “situación con el extraño”.....	27
Líneas actuales de investigación del apego y las neurociencias.....	31
2.2 Funcion Reflexiva o Mentalización (FR).....	35
2.3 Conducta Agresiva	40
Factores neurobiológicos	40
Factores conductuales	45
2.4 Formas de Expresión de la Agresividad	48
Conducta agresiva directa o física	48
Conducta agresiva indirecta	50
“BULLING” o el maltrato entre iguales	52
Conductas agresivas y diferencias de género	60
2.5 Relación entre función reflexiva y conducta agresiva	62
2.6 Maltrato, negligencia y abuso sexual: factores de riesgo y de protección	66
Factores de riesgo	70
Factores de protección y resiliencia	75
2.7 Centros Residenciales de Acción Educativa (CRAE): características de la población atendida	77
3. OBJETIVOS.....	81
4.- HIPÓTESIS.....	83
5. MATERIALES Y MÉTODO.....	85
5.1 Sujetos:	86
5.2 Materiales	88
5.2.1 Perfil Socio-Familiar del Menor	88
5.2.2 <i>Friends and Family Interview (FFI)</i>	89
Clasificación de los diferentes tipos de apego.....	99
5.2.3 Cuestionario <i>Direct and Indirect Aggression (DIAS)</i>	102
5.2.4. Inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI).....	104
5.2.5. Test de matrices progresivas de Raven	106
5.3 Procedimiento	109
5.4 Diseño y análisis estadístico	112
6.- RESULTADOS	117
6.1 Descriptivo de las características sociodemográficas y psicopatologías.	118
6.2 Descripción de escalas de agresión DIAS.....	121
6.3. Puntuaciones del Test RAVEN	122
6.4. Descripción de trastornos.....	123

6.5 Prototipos de personalidad	126
6.6 Preocupaciones expresadas	127
6.7 Puntuaciones relativas a FR según la FFI	131
6.7.1 FR por centro.....	131
6.7.2 FR por sexo.....	132
6.8 Niveles de agresión por centro.....	134
6.9 Relación entre FR y coeficientes intelectual	135
6.10 Relación entre niveles de agresividad y puntuaciones de síndromes clínicos.	
.....	137
6.11 Relación de FR y niveles de agresión.....	138
7.- DISCUSIÓN.....	145
8.- CONCLUSIONES	161
9.-LIMITACIONES.....	163
10 – PROPUESTAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES.....	167
11.- REFERENCIAS.....	169
12.- ANEXOS	223

ANEXOS

Anexo Nº 1 Comité de Ética y de Investigación Clínica (CEIC) de Sant Joan de Déu ...	224
Anexo Nº 2 Carta a la DGAIA para solicitar que se autorice la investigación en los CRAE	225
Anexo Nº 3 Documento de compromiso DGAIA.....	226
Anexo Nº 4 Consentimiento informado al Director-a CRAE y tutor del menor	229
Anexo Nº 5 Consentimiento informado del menor del CRAE	230
Anexo Nº 6 Carta al Director de los Servicios Territoriales de Educación de Lleida para solicitar que autorice la investigación en el IES Torre Vicens	231
Anexo Nº 7 Carta al Director del IES Torre Vicens para solicitar que se autorice la investigación	232
Anexo Nº 8 autorización de los Servicios territoriales de Educación de Lleida	233
Anexo Nº 9 Consentimiento informado de los padres o tutores del menor.....	234
Anexo nº 11 Perfil socio-familiar del menor	236
Anexo nº 12 Autorización para el uso de la Friends and Family Interview	238
Anexo Nº 13 Friends and Family Interview (FFI).....	239
Anexo nº14 Hoja de codificación de Friends and Family Interview (FFI)	243
Anexo Nº 15 Autorización para el uso del Cuestionario Direct and Indirect Aggression (DIAS)	244
Anexo Nº 16 Cuestionario Direct and Indirect Aggression (DIAS)	245
Anexo Nº 17 codificación del Cuestionario Direct and Indirect Aggression (DIAS) ...	246
Anexo Nº 18 Cuadernillo de respuestas del Inventory Clínico (MACI)	248
Anexo Nº 19 Escalas Inventory Clínico MACI	254
Anexo Nº 20 Prototipos de personalidad Inventory Clínico MACI	255
Anexo Nº 21 Puntuaciones de anclaje del Inventory Clínico MACI	256
Anexo Nº 22 Hoja de respuesta informatizada Inventory Clínico MACI.....	257
Anexo Nº 23 Puntuaciones del Test de Matrices Progresivas de RAVEN	258

FIGURAS

Figura 1: Diagrama de cajas: escala agresión física DIAS por institución	121
Figura 2: Diagrama de cajas: escala agresión verbal DIAS por institución	121
Figura 3: Diagrama de cajas: la escala agresión indirecta DIAS por institución	122
Figura 4: Diagrama de cajas: escala coeficientes intelectual RAVEN por institución 123	
Figura 5: Diagrama radial de las puntuaciones medias del MACI.	124
Figura 6: Diagrama cajas escala: trastornos alimentación MACI por institución.	124
Figura 7: Diagrama cajas escala: inclinación abusos substancias MACI por institución	124.
Figura 8: Diagrama cajas: escala predisposición a la delincuencia MACI por institución	125.
Figura 9: Diagrama de cajas: escala propensión a la impulsividad MACI por institución.	125
Figura 10: Diagrama de cajas: escala sentimientos ansiedad MACI por institución.	125
Figura 11: Diagrama de cajas: la escala efecto depresivo MACI por institución.	126
Figura 12: Diagrama de cajas: escala tendencia al suicidio MACI por institución	126
Figura 13: Diagrama radial puntuaciones medias de la frecuencia de preocupaciones expresadas MACI.	128
Figura 14: Diagrama de cajas: escala difusión de la identidad MACI por institución.	128
Figura 15: Diagrama de cajas: escala desvalorización de sí mismo por institución.	128
Figura 16: Diagrama de cajas: escala desagrado por el propio cuerpo por institución.	129
Figura 17: Diagrama de cajas: escala incomodidad respecto del sexo por institución.	129
Figura 18: Diagrama de cajas: escala inseguridad con los iguales por institución.	129
Figura 19: Diagrama de cajas: escala insensibilidad social por institución.	130
Figura 20: Diagrama de cajas: escala discordancia familiar por institución.	130
Figura 21: Diagrama de cajas: escala abusos en la infancia por institución.	130
Figura 22: Diagrama de sectores: distribución de las puntuaciones FR por centro.	132
Figura 23: Diagrama de sectores de la FR por sexos del centro CRAE	133
Figura 24: Diagrama de sectores de La FR por sexos centro IES	134
Figura 25: Gráfico radial puntuaciones medias de las escalas DIAS relativas a tipo de agresión en función del centro.	135

Figura 26: Diagramas de cajas: coeficientes intelectual RAVEN según FR.	
136	
Figura 27: Diagrama de dispersión y recta de ajuste lineal entre Conducta adictiva y escala de agresión verbal.	
	138
Figura 28: Diagrama radial de las puntuaciones medias de tipo de agresión (DIAS) en función de la FR.	
	139
Figura 29: Niveles medios de agresividad por tipo en función de la puntuación de función reflexiva	
	140
Figura 30: Niveles medios de agresividad en relación a la función reflexiva estratificado por institución.	
	141

IMÁGENES

Imagen 1: Phineas Gage.....	39
Imagen 2: Funciones cerebrales de los hemisferios derecho e izquierdo.....	40
Imagen 3: Neuronas espejo.....	42

TABLAS

Tabla 1: Características socio demográficas por centro	119
Tabla 2: Características psicopatológicas del menor de centro CRAE y sus padres	120
Tabla 3: Puntuaciones del test RAVEN por centro	122
Tabla 4: Estadísticos descriptivos de escalas MACI de síndromes clínicos por centro	123
Tabla 5: Frecuencias de prototipos de personalidad del MACI global y por centro	127
Tabla 6: Frecuencia de preocupaciones expresadas MACI	127
Tabla 7: Distribución de puntuaciones relativas a FR por centros	131
Tabla 8: Comparativa de las puntuaciones de la FR entre Centros	131
Tabla 9: Comparativa de las puntuaciones de la FR entre sexos	132
Tabla 10: Comparativa de las puntuaciones de la FR entre sexos por cada centro	133
Tabla 11: Comparativa escalas relativas a tipos de agresión (DIAS) entre Centros	135
Tabla 12: FR en función de niveles de coeficientes intelectual según test Raven	
136	
Tabla 13: Coeficiente de correlación de Pearson de la relación entre las escalas de tipos de agresión y escalas de síndromes clínicos y trastornos de personalidad.	137
Tabla 14: Comparativa de escalas relativas a tipos de agresión (DIAS) entre niveles FR	138
Tabla 15: Coeficiente del modelo Lineal: Nivel de agresión Indirecta en relación a FR ajustado por institución, edad, sexo, síndromes clínicos y prototipos de personalidad.	142
Tabla 16: Coeficiente del modelo Lineal: Nivel de agresión Verbal en relación a Función reflexiva ajustado por institución, edad, sexo, síndromes clínicos y prototipos de personalidad.	143
Tabla 17: Coeficiente del modelo Lineal: Nivel de agresión Física en relación a Función reflexiva ajustado por institución, edad, sexo, síndromes clínicos y prototipos de personalidad.	143

GLOSARIO

AAI Adult Attachment Interview

ACIM Asociación Catalana para la Infancia Maltratada

APIMM Asociación Madrileña de Prevención de los Malos Tratos

AVAIM Asociación Vasca para la Ayuda a la Infancia Maltratada

CEIC Comité de Ética i Investigación Clínica

COF Corteza Orbitofrontal

CRAE Centro residencial de Acción Educativa

CSMIJ Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil

DGAIA Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia

DIAS Direct and Indirect Aggression

EAP Equipo de Atención Pedagógica

EEG Electro Encefalograma

ESO Enseñanza Secundaria Obligatoria

FFI Friends and Family Interview

FAPMI Federación de Asociaciones Prevención Maltrato Infantil

FR Función Reflexiva

IES Instituto de Educación Secundaria

MACI Inventario Clínico para adolescentes de Millon

NIRS Espectroscopia de Infrarrojo Cercano

TEA Trastorno del Espectro Autista

UFAM Unidad Funcional de Atención al Maltrato

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN: El objetivo de esta tesis doctoral ha sido estudiar la relación entre los niveles de función reflexiva (FR) o mentalización y el nivel de conductas agresivas, en población adolescente, y evaluar si estas conductas estaban también relacionadas con antecedentes de maltrato, negligencia y / o abuso sexual en la infancia.

MÉTODO: Se ha evaluado la Función Reflexiva (FR) mediante el cuestionario "*Friends and Family Interview (FFI)*", los 3 tipos de agresividad (física, directa e indirecta) con el cuestionario "DIAS", el coeficiente intelectual con el test RAVEN y la patología y perfiles de personalidad mediante el cuestionario MACI, en una muestra de 100 sujetos de 12 a 17 años. La muestra procede de 50 niños seleccionados de centros de protección de menores (CRAE) y 50 estudiantes de centros de secundaria (IES) de la misma edad y sexo.

RESULTADOS: Los chicos y chicas procedentes de centros CRAE presentan una menor FR, y mayores niveles de agresividad física y verbal que los sujetos de centros IES. En los CRAE, las chicas presentaron una FR superior a la de los chicos. Los sujetos con menor función reflexiva presentaron un coeficiente intelectual menor que los sujetos con una mayor FR. Niveles altos en los tres tipos de conducta agresiva se relacionan con la patología psiquiátrica, especialmente con conductas adictivas y trastornos de la personalidad. En general no se observó una relación clara y estadísticamente significativa entre FR y los tres tipos de conducta agresiva estudiados, aunque si en el subgrupo de adolescentes de centros IES si se observó cierta tendencia al aumento de los niveles de agresividad verbal con la mejora de la FR.

CONCLUSIONES: Los resultados sugieren que parece que hay cierta relación entre la función reflexiva o mentalización y algunas conductas agresivas, en el sentido de que determinados chicos con mayor función reflexiva tienden a tener mayores conductas agresivas sobre todo a nivel verbal, independientemente de su edad, sexo, síndromes clínicos y prototipos de personalidad. Esta relación no se observa de la misma manera en las conductas agresivas de tipo físico.

PALABRAS CLAVE: Función reflexiva, mentalización, vinculación afectiva, conductas agresivas, abuso sexual, maltrato, negligencia, centros de protección de menores, niños, adolescentes

INTRODUCCIÓ: L'objectiu d'aquesta tesi doctoral ha estat estudiar la relació entre els nivells de funció reflexiva (FR) o mentalització i el nivell de conductes agressives, en població adolescent, i avaluar si aquestes conductes estaven també relacionades amb antecedents de maltractament, negligència i / o abús sexual en la infància.

MÈTODE: S'ha avaluat la Funció Reflexiva (FR) mitjançant el qüestionari "*Friends and Family Interview (FFI)*", els 3 tipus d'agressivitat (física, directa i indirecta) amb el qüestionari "*DIAS*", el coeficient intel·lectual amb el test RAVEN i la patologia i perfils de personalitat mitjançant el qüestionari *MACI*, en una mostra de 100 subjectes de 12 a 17 anys. La mostra procedeix de 50 nens seleccionats de centres de protecció de menors (CRAE) i 50 estudiants de centres de secundària (IES) de la mateixa edat i sexe.

RESULTATS: Els nois i noies procedents de centres CRAE presenten una menor FR, i majors nivells d'agressivitat física i verbal que els subjectes de centres IES. En els CRAE, les noies van presentar una FR superior a la dels nois. Els subjectes amb menor funció reflexiva van presentar un coeficient intel·lectual menor que els subjectes amb una major FR. Nivells alts en els tres tipus de conducta agressiva es relacionen amb la patologia psiquiàtrica, especialment amb conductes additives i trastorns de la personalitat. En general no es va observar una relació clara i estadísticament significativa entre FR i els tres tipus de conducta agressiva estudiats, encara que si en el subgrup d'adolescents de centres IES si es va observar certa tendència a l'augment dels nivells d'agressivitat verbal amb la millora de la FR.

CONCLUSIONS: Els resultats suggereixen que sembla que hi ha certa relació entre la funció reflexiva o mentalització i algunes conductes agressives, en el sentit que determinats nois amb major funció reflexiva tendeixen a tenir majors conductes agressives sobretot a nivell verbal, independentment de la seva edat, sexe, síndromes clínics i prototips de personalitat. Aquesta relació no s'observa de la mateixa manera en les conductes agressives de tipus físic.

PARAULES CLAU: Funció reflexiva, mentalització, vinculació afectiva, conductes agressives, abús sexual, maltractament, negligència, centres de protecció de menors, nens, adolescents

INTRODUCTION: The aim of this thesis has been to study the relationship between levels of reflective function (RF) or mentalization and the level of aggressive behaviour in adolescents, and to assess whether these behaviours were also associated with a history of abuse, neglect and/or sexual abuse in childhood.

METHOD: The Reflective Function (RF) was assessed with the “Friends and Family Interview (FFI)” questionnaire, the three types of aggressive behaviour (physical, direct and indirect) with the “DIAS” questionnaire, IQ with the RAVEN test, and pathology and personality profiles with the MACI questionnaire, in a sample of 100 subjects aged between 12 and 17. The sample consists in 50 children selected from child protection centres (CRAE) and 50 children proceeding from secondary school (IES) of the same age and gender.

RESULTS: Boys and girls from CRAE centres have lower RF, and higher levels of verbal and physical aggression than the subjects from IES centres. At the CRAE centres, girls presented a higher RF than boys. The subjects with lower reflective function presented a lower IQ than the ones with a higher RF. High levels in the three types of aggressive behaviour are associated with psychiatric disorders, especially with addictive and personality disorders. Overall, a clear and statistically significant relationship was not observed between RF and the three types of aggressive behaviour studied, although in the subgroup of adolescents from IES centres a certain tendency to an increase in verbal aggressiveness levels was observed in adolescents with higher levels of RF.

CONCLUSIONS: The results suggest that there seems to be some relation between reflective function or mentalization and certain aggressive behaviours, in the sense that some boys with higher reflective function tend to have more aggressive behaviours, specially at a verbal level, regardless of age, gender, clinical syndromes and personality prototypes. This relationship is not observed in physical type aggressive behaviours.

KEYWORDS: Reflective function, mentalization, attachment, aggressive behaviour, sexual abuse, child abuse, neglect, child protection centres, children, adolescents.

1.- INTRODUCCIÓN

En el desempeño profesional, como psicólogos clínicos, del Centro de Salud mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) de Sant Joan de Déu de Lleida, hemos sido observadores privilegiados de los cambios de la sociedad española a nivel de la familia, los hijos y la escuela. Uno de los factores en los que más hemos notado los cambios es en la evolución de los tipos de demanda recibida, relacionada con problemas de salud mental, de la población de cero a dieciocho años. En los últimos treinta años, se ha observado un incremento muy significativo de las derivaciones por trastornos de conducta con comorbilidad de fracaso escolar y consumo de tóxicos y/o adicciones. (Cooley-Strickland, Quille, Griffin, Stuart, Bradshaw y Furr-Holden 2009)

Como decíamos, los importantes cambios sufridos por la sociedad española han provocado modificaciones muy rápidas, y muchas veces poco o mal elaboradas, en los estilos de convivencia familiar. (Elzo Imaz, Laespada Martínez, Martínez Pampliega 2009; Rodríguez, Torrente 2003; Torrubia, Dova, Bonillo, Molinonuevo, Pardo, Pérez 2009).

La incorporación sistemática de la mujer al campo laboral y profesional y el incremento de familias mono parentales y divorcios, ha producido importantes modificaciones, tanto en la estructura de las familias como en las pautas educativas. La falta de tiempo para convivir con los hijos puede intentarse cubrir satisfaciendo las necesidades afectivas con objetos materiales o perdiendo las diferencias generacionales y los valores de autoridad (no confundir con autoritarismo). Esta situación de confusión puede dar lugar a dificultades para utilizar el sentido común en la convivencia y en la educación de los hijos, reforzando las conductas negativas en los mismos. Otro elemento importante ha sido la presión de la sociedad de consumo en la población diana infancia adolescencia, tanto en los códigos culturales y estéticos como morales y éticos.

Estos cambios en la organización de la familia han generado, cada vez en mayor grado, una tendencia a delegar en la escuela muchas funciones sobre la educación de los hijos que, tradicionalmente, eran responsabilidad de los padres. Sabater (1997) dice

que: “*El aprendizaje familiar tiene como trasfondo el más eficaz de los instrumentos de coacción: la amenaza de perder el cariño de aquellos seres sin los que uno no sabe aún cómo sobrevivir. Desde la más tierna infancia, la principal motivación de nuestras actitudes sociales no es el deseo de ser amado (pese a que éste tanto nos condiciona también) ni tampoco el ansia de amar (que sólo nos seduce en nuestros mejores momentos) sino el miedo a dejar de ser amados por quienes más cuentan para nosotros en cada momento de la vida, los padres al principio, los compañeros luego, amantes más tarde, o figuras equivalentes en la última etapa de la existencia*” (Sabater 1997, pp-56-57).

En lo que respecta al ámbito escolar, durante el último cuarto de siglo, se ha observado un fuerte incremento de contextos socioculturales cada vez más violentos que afectan en gran medida a la escuela. Fuentes y Beltrán (1996), plantean que la Educación Secundaria Obligatoria (ESO) puede convertirse en una etapa de riesgo.

La violencia escolar, de todo tipo de violencia, es quizás es la que produce más malestar social porque o se tiende a negarla/minimizarla o se manipula de forma descontextualizada. Tradicionalmente, en nuestro país, la escuela ha sido considerada un lugar de acceso al conocimiento y a la formación del espíritu de los niños. Siempre se consideró a la escuela y a los maestros como forjadores de futuros adultos que pudieran sobrepasar a sus padres, tanto en el ámbito del conocimiento como en el de la formación profesional. Pero actualmente el panorama es muy diferente. La escuela recoge el malestar social y las consecuencias de una sociedad de transición donde los papeles y funciones de la familia y de los individuos no están ni claras ni definidas (Aubert 2001; Sala 2001). El incremento de la violencia en la adolescencia y el hecho de que los actos violentos se den en el medio escolar, especialmente en los Institutos de Enseñanza Secundaria (IES) genera mucha preocupación en la sociedad española, dando lugar a diferentes informes sobre el tema (Defensor del Pueblo 2000, 2007; Síndic el Defensor de les Persones 2006).

Los datos de que disponemos en el Centro de Salud Mental infantil y Juvenil (CSMIJ) Sant Joan de Déu Lleida sugieren una relación entre trastorno del comportamiento y fracaso escolar, especialmente en la etapa correspondiente a la ESO, es decir de los 12 a los 16 años. Esta relación la observamos tanto en población de familias en las que no se ha detectado negligencia, maltrato y/o abuso sexual, como

en la población atendida por la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia (DGAIA). (Tello y Samper 2000).

Los trastornos que son considerados dentro de enfermedad mental, a pesar de contar con programas específicos de atención, son de muy difícil manejo dado su bajo nivel de función reflexiva o mentalización y de habilidades sociales. En los casos de familias distólicas se incrementan los factores de riesgo de que este tipo de conductas deriven hacia psicopatías o trastorno límite de la personalidad en la edad adulta. Por ello es fundamental la colaboración de los padres en el acompañamiento de los hijos en los procesos de cambio. El peor escenario que podemos encontrarnos es el de padres que o bien han perdido toda esperanza en que su hijo pueda cambiar (últimamente asistimos a un fenómeno nuevo que es él de padres que denuncian que sus hijos ejercen conductas violentas contra ellos, solicitando a la DGAIA que se haga cargo de ingresarles en algún Centro Residencial de Acción Educativa (CRAE) o de padres que niegan la gravedad de la problemática ("cosas de chicos, cosas de la edad"). Por otro lado hemos observado que, a pesar de la gravedad de los antecedentes familiares, el hecho de que los menores estén en un CRAE, y el colaborar estrechamente con los educadores, puede facilitar la aplicación del programa terapéutico psiquiátrico psicológico. Esta observación se deriva del hecho que, las familias con importantes distocias, presentan importantes dificultades para asistir regularmente a las visitas de los Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) y para implicarse en los protocolos terapéuticos que se les proponen.

El trabajo de investigación que presentamos, parte de cuyos resultados se obtuvieron en la anterior investigación (Tello, Doménech 2002). Se centra en el análisis de las implicaciones entre la FR o mentalización y el desarrollo de conductas agresivas en una población con antecedentes de malos tratos, negligencia y/o abuso sexual. Intentamos evaluar si existe una relación entre los niveles de FR y el desarrollo de conductas agresivas.

Se escogió la población DGAIA, porque muchas de las conductas agresivas son modelos aprendidos durante la primera infancia (Bolger y Patterson 2001; Doumas, Margolin y

John, 1994; McCloskey y Stuewing 2001; Purdie y Downey, 2000). Esta población, por el tipo de apego establecido con sus figuras de vinculación en los primeros años de vida, es la que presenta el mayor riesgo de repetir, al llegar a la edad adulta, los maltratos y abusos tanto con sus iguales (Bolger y Patterson 2001; Bowers 1990; Cappell y Heiner, 1990; Pedersen 1994; Reese, Ver, Simon, y Ikeda 2000; Simá, Trenado y Alambra 2001) como con sus propios hijos. (Cappell y Heiner 1990; Doumas, Margolin y John 1994; Kashani, Daniel, Dandoy y Holcomb 1992).

En el marco teórico se hizo una revisión y actualización de la literatura referente a los temas de: teoría del apego (*Attachment*) líneas de investigación entre apego y neurociencias, relación entre apego seguro y capacidad de mentalización o FR y conductas agresivas; relación entre FR y conductas agresivas, malos tratos; negligencias y abusos sexuales; transmisión generacional del maltrato y centros residenciales de acción educativa para menores retirados de sus familias como sistema de protección. Para el desarrollo de la investigación se partió de los trabajos de investigación sobre: conductas agresivas (Björkqvist, 1997; Björkqvist, Lagerspetz y Österman 1992b; 1995; Björkqvist, Österman y Kaukiainen 2000; Doumas, Margolin y John, 1994; Murray y Straus, 2001; Pedersen 1994), apego (Bowlby 1969, 1973, 1995; Stern, 1985; Tronick 1989) y Función Reflexiva o mentalización (Fonagy 1991, 1994, 1996, 1998, 1999, 2001, 2002; Fonagy, Leigh, Steele, Steele, Kennedy, Mattoon y Target 1996; Fonagy, Gergely, Jurist y Target 2002; Fonagy, Target, Steele y Steele 1998; Fonagy, Steele y Steele 1991; Fonagy, Steele, Steele, Higgitt y Target 1994; Steele y Steele 2003).

Esta investigación ha sido aprobada por el Comité d'Ética d'Investigació Clínica (CEIC) de Sant Joan de Déu (Anexo nº 1).

Para esta investigación no se ha contado con financiación externa. Los gastos derivados de la misma han sido sufragados por la investigadora.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1 Teoría del Apego (Attachment)

La Teoría del Apego (*Attachment*) se desarrolla a principios de los años cincuenta, desde una perspectiva etológica. Sus principales exponentes son: J. Bowlby y M. Ainsworth (Ainsworth 1968, 1982, 1989; Ainsworth, Bell 1970; Ainsworth, Bell, Stayton, 1971, 1974; Ainsworth, Blehar, Waters, Wall 1978, Ainsworth, Bowlby, 1991; Bowlby, 1939 1940, 1944, 1949, 1951, 1958, 1960a, 1960b, 1968, 1977, 1980, 1984b, 1985, 1988, 1989a; Bowlby, Durban 1939)

En la elaboración y desarrollo de la teoría del apego, Bowlby estuvo muy influido por el contexto científico en el que vivió, determinado por la biología y las ideas evolucionistas de Darwin sobre la selección natural de las especies. Su relación con el biólogo y humanista Julian Huxley y el etólogo Konrad Lorenz, le llevaron a comprobar que no solo existían lazos de unión entre una madre con sus crías de los animales inferiores, sino que verificó que también existía ese vínculo de apego en los animales superiores. Este descubrimiento le llevó a plantearse cuáles podrían ser los tipos de motivaciones que podían unir a un hijo con su madre. Descubrió que en esa unión madre-hijo no solamente se encontraban el sexo y la nutrición, (estudiados por Freud 1905, 1909), sino que para la crianza y el desarrollo de bebé humano era muy importante la forma en cómo se establecía la vinculación afectiva entre ese bebé y su cuidador principal (normalmente la madre).

Bowlby también estuvo influido por Spitz (que en 1940 publicó sus investigaciones sobre los efectos del hospitalismo en los niños) (Van Rosmalen, Van der Hrots, Vander Veer 2012) y por James Robertson. Robertson es recordado como el hombre que revolucionó los hospitales de niños (Alsop-Shields y Mohay 2001). Estuvo destinado en la sala de niños de corta estancia en el Hospital Central Middlesex en Londres. Él y su esposa hicieron una serie de películas sobre lo desgarrador y traumático que era para los niños muy pequeños, ingresados en el hospital, estar separados de sus madres (Robertson 1953a, 1953b). Con Robertson, Bowlby no solamente

estudió los efectos de la separación precoz de los niños y de sus madres, sino que también pudo comprobar que una figura de apego sustituta podía darle consuelo. Esta figura sustituta podía facilitar el establecimiento de un vínculo emocional que impedía el deterioro y que permitía al bebé mantenerse en una situación de seguridad hasta que se reunía con su madre. Estudios actuales indican que la separación de un mes o más del niño de su madre durante los primeros 5 años de vida es de alto riesgo para trastornos relacionados con la salud mental (Steele y Siever 2010).

Durante los años 60, aunque posteriormente tuvieran diferentes discrepancias, que deben situarse en las luchas por el poder de la sociedad psicoanalítica en la Inglaterra de la época (Vab der Horts y Van der Veer 2009), Robertson y Bowlby describieron los patrones de conducta que podemos observar en los niños que sufren un alejamiento súbito y mantenido de sus hogares y que se ven instalados en ambientes extraños: *"Siempre que un niño pequeño que ha tenido oportunidad de desarrollar un vínculo de afecto hacia una figura materna se ve separado de ella contra su voluntad, da muestras de zozobra; y, si por añadidura, se lo coloca en un ambiente extraño y se lo pone al cuidado de una serie de figuras extrañas, esa sensación de zozobra suele tornarse intensa. El modo en que el chiquillo se comporta sigue una secuencia característica. Al principio protesta vigorosamente y trata de recuperar a la madre por todos los medios posibles. Luego parece perder la esperanza de poder hacerlo. Aun así, sigue preocupado y vigila su posible retorno. Posteriormente parece perder el interés por la madre y nace en él un desapego emocional. Sin embargo, siempre que el período de separación no sea demasiado prolongado, ese desapego no se prolonga indefinidamente. Más tarde o más temprano el reencuentro con la madre causa el resurgimiento del apego"* (J. Bowlby 1968, Pp. 45).

Este planteamiento, que supuso una alternativa a la metapsicología tradicional del psicoanálisis (Bowlby 1988), le llevó a mantener un importante pulso con la sociedad psicoanalítica Kleniana de Londres de la época. Desde su práctica clínica, a partir de la observación de niños, Bowlby formuló la teoría de que según la relación que estos niños establecían con sus figuras de apego (la madre o cuidador principal) a edades tempranas, organizarían el tipo de vinculaciones afectivas que establecerían a lo largo de su vida.

Por apego entendemos una disposición a mantener proximidad y contacto (lazo de afecto) con una figura de carácter protector, denominada "figura de apego": *"El comportamiento de apego es una forma de conducta instintiva que se desarrolla en el hombre, al igual que en otros mamíferos, durante la lactancia y tiene como finalidad o meta la proximidad de la figura materna. La función del comportamiento de apego consistiría en la protección contra depredadores. Tal conducta se muestra especialmente intensa durante la niñez, cuando está dirigida hacia figuras parentales, pero continúa activa durante la vida adulta, en la que generalmente es encauzada hacia alguna figura activa y dominante, que con frecuencia se trata de un pariente, pero también a veces de un jefe o alguna persona de más edad que pertenece a la comunidad"* (Bowlby, 1986b. pp.: 111).

El apego estaría relacionado con la protección que esa figura principal de vinculación tiene con el bebé. El temor a la pérdida o el abandono de esa figura será vivido con niveles muy importantes de angustia por el bebé o niño. Bowlby comprobó la existencia de esta angustia de separación al observar, en la Inglaterra de la post-guerra, los efectos negativos padecidos por los niños, que fueron separados de sus padres. También pudo comprobarlo en su trabajo como médico con adolescentes procedentes de familias conflictivas. Estas experiencias fueron determinantes para que Bowlby entendiera los efectos e influencia de los primeros vínculos afectivos y de su transmisión trasnacional en el desarrollo de la personalidad del niño.

Cuando Bowlby (1985) se refiere a la figura de vinculación o de apego, se refiere a si existe o no la posibilidad de que esta figura sea accesible al bebé de forma inmediata y si ésta es capaz de responder de manera apropiada a sus necesidades, dándole protección y consuelo. Esto permitirá también que el niño sea capaz de interactuar con los otros sin ansiedad y poder organizarse y elaborar situaciones traumáticas o problemas emocionales que puedan aparecer a lo largo de su vida.

El tipo de apego no sólo condicionaría el tipo de personalidad sino que también marcaría la manera de relacionarse con los modelos de autoridad. Como ya hemos señalado, la separación producida entre un niño pequeño y su figura de apego le genera grandes niveles de ansiedad y un miedo intensos. Como resultado de esta primera situación de separación traumática, cuando el niño sufra posteriores situaciones de separaciones se reproducirán estos niveles de ansiedad (Brazelton 1992;

Brazelton, Cramer 1993; Bowlby, 1962, 1969, 1973, 1985). Si estas primeras relaciones se desarrollan de forma correcta hablaremos de una base segura.

Se distinguen dos tipos de separaciones padre-hijos: las físicas y las emocionales. A) Las “separaciones físicas” son aquellas en las que por cualquier causa (enfermedad, viaje, muerte) el niño está físicamente separado de sus padres por un tiempo variable (entre 24 horas y varios días) (Por ejemplo: la madre debe ser ingresada para ser operada o por el parto de un hermano); B) Las “separaciones emocionales” son aquellas en las que puede o no existir separación física, pero se verifican parámetros observables de desconexión psicológica de la madre con el bebé. (Por ejemplo: madres deprimidas que no son capaces de intercambio visual, con el bebé cuando están amamantándole o dándole el biberón o que no pueden responder a las necesidades del bebé, porque no pueden reconocer sus señales o decodificarlas adecuadamente en función de las necesidades reales del mismo). (Garelli y Montuori 1997).

Evaluación del apego: “situación con el extraño”.

Para poder hacer una evaluación del apego en un laboratorio experimental, Ainsworth (Ainsworth, 1968; 1982; 1989; Ainsworth y Bell 1970; Ainsworth, Bell y Stayton, 1971; 1974; Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978) diseñó una valoración a la que denominó “Situación con el Extraño”. Ainsworth amuebló una pequeña habitación con tres sillas, dejando un espacio abierto en el medio. Una silla, en uno de los rincones, era para la madre; otra, frente a ella, para una desconocida, y una tercera silla, en el extremo opuesto, se destinaba a sostener una pila de juguetes. La situación se diseñó de forma que fuese lo bastante atrayente como para excitar el interés del niño, pero sin aterrorizarlo. La entrada de una persona desconocida debía ser lo bastante gradual como para que todo atisbo de temor que pudiese provocar fuese atribuido a la falta de familiaridad del pequeño con ella, y no a una conducta abrupta o alarmante (Ainsworth, Bell y Stayton, 1971).

La “Situación con el Extraño” se basa en que las figuras de apego actúan como sustento de la conducta exploratoria y por tanto las separaciones son seguidas de efectos psicológicos y fisiológicos en el niño. Ainsworth partía de la hipótesis de que el tipo de respuestas que el niño mostraba en estas situaciones de laboratorio eran consecuencia del estilo en la interacción madre-hijo en el hogar. Reflejaban, en cierta manera, el grado de disponibilidad materna percibida por el hijo y, en consecuencia, la mayor o menor seguridad o inseguridad experimentada por el mismo. Esta prueba es considerada de gran valor diagnóstico y se usa en la clínica de niños para evaluar la calidad del vínculo entre ellos y sus madres en los primeros años de vida (Garelli y Montuori 1997). Investigaciones posteriores (Shah, Fonagy, Strathearn 2010) sugieren que el tipo de apego de la madre influye en el tipo de respuesta de los hijos en “la Situación Extraña”, y en el tipo de vinculación que efectuara el niño en su futuro adulto con sus propios hijos.

Hay diferentes estudios de validación de la “Situación con el Extraño”, (Main y Solomon 1986 y 1990; van IJzendoorn y Kroonenberg 1988) que señalan que, frente a la tensión que sufre el niño al ser abandonado de forma brusca a una figura extraña y desconocida, su reacción es intentar reorganizarse mediante el llanto o la búsqueda. Cuando el progenitor regresa, el niño que se siente seguro, procurará restablecer la interacción y, si experimenta angustia, tal vez solicitará mimos o consuelo. Este es el tipo de conducta observada en el 65% de los niños de la muestra estudiada por Van IJzendoorn (1988) ya que correspondería a un tipo de comportamiento de apego seguro, aunque no todos los niños reaccionan con este mismo tipo de conducta.

También se han efectuado investigaciones para evaluar el tipo de apego de los niños con impedimentos severos y generalizados en el desarrollo de la interacción social, como los que padecen Trastorno del Espectro Autista (TEA) y el tipo de vinculación que éstos establecen con sus hijos. Uno de estos estudios se efectuó con treinta y seis niños de edades de entre 30 a 63 meses diagnosticados como autistas o que tenían trastorno generalizado del desarrollo, del lenguaje y retraso mental, ya que no mostraron un apego significativamente diferente al observado en la población general. Una mayoría (64%) de los niños con trastorno del desarrollo, manifestaron

algunos cambios de comportamiento en casos de separación, mientras que casi la mitad (44%) mostraron un cambio de estado de ánimo negativo. (Shapiro, Sherman, Calamar, Koch 1987). Otros estudios también confirmaron que los niños con TEA podían mostrar conductas de apego seguro con sus padres y cuidadores, (Rutgers, Bakermans-Kranenburg, Swinkels 2007), que el apego seguro podía ser compatible con los niños que padecían problemas TEA y que la co-morbilidad de sintomas del espectro autista y retraso mental podía estar asociada con el apego inseguro. (Rutgers, Bakermans-Kranenburg, Van Izendoorn, Beckelaer-Onnes 2004). Una investigación con padres de hijos TEA, mediante cuestionarios de auto-reporte, que evaluaban: estilos de crianza de los hijos, eficacia de los padres, experiencias de los padres en los problemas cotidianos, apoyo social que estos padres recibían y problemas psicológicos. Los resultados sugirieron que los padres de niños del grupo TEA tenían una buena capacidad para hacer frente a los retos de criar a n niño con TEA (Rutgers, Van Izendoorn, Bakermans-Kranenburg, Swinkels, Van Daalen, Dietz, Naber, Buitelaar, Van Engeland 2007).

Algunos niños no muestran inclinación o capacidad para utilizar a sus padres como base segura desde la cual explorar el ambiente, por lo que se les denomina “inseguros”. Los niños inseguros, por lo general, se sienten afligidos si se les separa de sus padres, pero suelen comportarse de manera ambivalente al reunirse con ellos. Pueden buscar contacto e interacción, pero rechazan a los padres con cólera cuando estos se lo ofrecen. Los niños que muestran este patrón de conducta durante la evaluación de la “Situación con el Extraño”, son convencionalmente definidos “inseguros–resistentes” o “ambivalentes”. Suelen constituir alrededor del 15% de los niños (Van Izendoorn y Kroonenberg, 1988).

Otros niños inseguros parecen poco afectados por la ausencia de sus padres. En vez de saludarlos al reunirse con ellos, evitan activamente la interacción e ignoran las tentativas de acercamiento de sus padres. Se dice que tales niños demuestran un apego “inseguro-evitativo” y suelen constituir alrededor del 20% de los niños (Van Izendoorn y Kroonenberg, 1988).

Finalmente, un 10% de niños muestran simultáneamente modelos de conducta contradictorios, ejecutan movimientos bizarros, incompletos o inciertos y parecen experimentar confusión o aprensión al acercarse a sus padres. Este tipo de apego “desorganizado”, está relacionado con niños que han sufrido graves fallas en la vinculación de los primeros años de vida (negligencias, malos tratos y/o abusos sexuales). (Main y Solomon 1986,1990).

Así pues, se definen 4 tipos de apego: 1) SEGURO: los otros son considerados como fuente de bienestar y son niños que tienen capacidad para empatizar con el otro y reflexionar sobre sí mismo; 2) PREOCUPADO: los puntos de la historia personal están centrados en el rechazo, la negligencia y la inversión de roles y son niños que tienen muchas dificultades para organizar su historia y sus relaciones interpersonales, tanto pasadas, presentes como futuras; 3) EVITATIVO: son niños que tienden a negar los aspectos difíciles de su infancia, con actitudes de desvalorización hacia el apego; 4) DESORGANIZADO NO RESUELTO: característico de las personas que han tenido pérdidas muy significativas de su figura de apego, maltrato, negligencia y/o abusos sexuales en su infancia, y son niños que presentan graves dificultades en las relaciones interpersonales y tienen un alto riesgo de desarrollar problemas de tipo psiquiátrico y/o de adicciones (Main 2000; Main, Goldwyn 1991; Main, Goldwyn, Hesse, 2003; Main, Kaplan, Cassidy 1985).

Aunque la mayoría de observaciones sobre conductas de apego han tenido lugar con niños pertenecientes a la cultura occidental, la “Situación con el Extraño”, como procedimiento para evaluar el apego, también ha sido validada en otras culturas, como la de indígenas mexicanos (Gojman y Millan 2000), japoneses (Kyoung, Jacobvitz , Hazen, Hoon 2012) o coreanos (Nakagawa, Lamb, Miyaki 1992). El aporte del ambiente sería específico de cada cultura y determinaría las diferencias del individuo y del grupo en cuanto al modo particular de establecer el apego. El entorno es importante porque proporciona a los padres, en lo que se refiere a la crianza de los niños, una historia propia. Historia no sólo en relación con las experiencias de apego, sino también en relación con las actitudes, conductas y normas, basadas en la propia cultura. Todo esto influiría en la manera en que los padres reaccionarían ante las necesidades de apego.

de sus hijos, lo que prepararía a los hijos a adaptarse a las condiciones específicas de la cultura en la que han nacido. (Van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg, y Sagi-Schwartz, 2007).

Líneas actuales de investigación del apego y las neurociencias

Actualmente, las líneas de investigación se centran en la relación entre el apego y las neurociencias, donde el apego funcionaría como un mecanismo bio-social de regulación homeostática. Las investigaciones han demostrado que el vínculo que existe entre el niño y su madre, se puede crear antes de nacer. En el feto se van desarrollando las preferencias específicas de los olores y los sonidos maternos (Cozolino 2006).

Ninguno de nosotros nace con la capacidad de regular nuestras propias reacciones emocionales. Para ello se desarrolla un sistema regulador diádico a partir de las señales de los niños y cómo la madre o figura de apego principal responde a esas señales. A partir de esta respuesta, el bebé aprenderá cómo afrontar las situaciones de estrés en función del tipo de respuesta (si estará o no a su lado para calmarle y restablecer el equilibrio emocional) de esta figura de apego (Gerhardt 2007). Esto no se produce simplemente de forma instintiva, sino que requiere de complejos cambios a nivel neuroendocrino, anatómico, funcional, emocional y cognitivo, tanto en la madre como en el bebé. Estos cambios se activan segundos después del parto, con los primeros contactos de la nueva diáada madre-hijo. Las madres mostrarían una respuesta mayor de oxitocina cuando interactúan con sus bebés, es decir que son más sensibles a los estados de ánimo, emociones y sensaciones físicas (Strathearn, Iyengar, Fonagy, Kim 2012).

Estudios, mediante el uso de la resonancia magnética, han permitido analizar las respuestas neuronales a expresiones faciales y corporales amenazantes. Se observó una correlación entre la afectividad negativa y la no activación de la amígdala, el giro fusiforme, la ínsula y el hipocampo. (Kret, Denollet, Grèzes, Gelder, 2011). Se han observado también alteraciones neuronales asociadas con la ausencia de la figura principal de

apego (Vargas, Chaskel 2007), lo que sugiere que para la maduración de estos circuitos, es decir para que el bebé tenga un desarrollo neuronal, cognitivo y de la regulación de las emociones, es esencial e imprescindible, la sintonía entre la madre (o figura principal de apego) y el bebé. (Paniagua 2004).

El período entre los seis y doce meses de edad es especialmente crítico para el desarrollo de los circuitos del córtex prefrontal que regulan la expresión de los estados afectivos (Shore 1994). Parece imprescindible que, durante este periodo crítico, el bebé tenga una interacción con la madre o figura de apego, que le permita un contacto visual y auditivo que le estimule (sonrisas, palabras amorosas, etc.). Se produce una doble estimulación: las reacciones del bebé se verán influidas por el comportamiento de la madre y, a su vez, las reacciones del bebé estimularán las de la madre. Se cree que estos estímulos y estados de excitación son los que específicamente promueven el crecimiento de axones dopaminérgicos desde el giro singular del sistema límbico hacia el córtex pre-frontal del niño. (Nitschke, Nelson, Rusch, Fox, Oakes, Davidson, 2004).

La actividad pre-frontal parece estar asociada con el apego social. Muchos informes han sugerido que la corteza orbito frontal (COF) juega un papel muy importante en el apego entre madres e hijos, pero hay pocas evidencias neurofisiológicas experimentales. Hay poca información de cómo el área pre-frontal del bebé responde a la madre. Ello es debido a que no es muy adecuado ni prudente el uso de la tomografía por emisión de positrones (técnicas de neuro-imagen) con los bebés. El uso de la nueva técnica NIRS multicanal (espectroscopia de infrarrojo cercano) puede ayudar a aclarar este tema (Minagawa-Kawai, Mori, Hebdon y Dupoux 2008), ya que permite la medición de la respuesta localizada hemodinámica en los lactantes (Minagawa-Kawai, Mori, Naoi y Kojima 2007). Minagawa-Kawai y sus colaboradores (Minagawa-Kawai , Matsuoka, Dan, Naoi, Nakamura, Kojimal 2009), usaron la NIRS para determinar los sustratos neurales que subyacen a la inserción social y emocional entre madres e hijos. Los resultados mostraron que magnitud de la respuesta de las madres se correlacionaba con la conducta positiva de los hijos. La imágenes positivas de sus bebés activaba en las madres la corteza orbito frontal bilateral, mostrando una correlación positiva con las calificaciones del estado de ánimo positivo (Nitschke,

Nelson, Rusch, Fox, Oakes y Davidson 2004). Estos resultados sugirieron el papel de la COF en la regulación y codificación del apego, y que los niños comparten las funciones neuronales con las madres a la edad de 1 año. (Minagawa-Kawai , Matsuoka, Dan, Naoui, Nakamura, Kojimal 2009). La comprensión de cómo una madre responde únicamente a su hijo, cuando sonríe o llora, puede ser el primer paso para comprender la base neural madre-hijo de apego. (Moulson, Fox, Zeanah, Nelson, 2009; Strathearns, Li, Fonagy, Montague 2008).

El estrés temprano puede tener efectos en el comportamiento posterior y en los aspectos neurobiológicos de la persona (Vrticka, Sander, Vielleumier, 2011; 2012b). Si este estrés post-natal es prolongado, afecta a las funciones cognitivas y a regiones cerebrales particularmente sensibles (especialmente la amígdala, o la deficiente organización de las redes corticales) y persisten a lo largo de los años, aumentando el riesgo de psicopatología posterior (Miskovic, Schmidt, Georgiades, Boyle, Macmillan, 2010; Pechtel, Pizzagalli 2011; Keely, Muscatell, Morelli, Falk, Way, Pfeifer, Galinsky, Lieberman, Dapretto, Eisenberger, 2012; Kochanska, Kim 2012).

Estudios recientes sugieren que existe una asociación entre la deprivación emocional temprana y graves dificultades en el desarrollo neurológico del bebé. Estos estudios refieren la existencia de efectos epigenéticos en las interacciones entre los padres y los hijos, amigos y adultos, y consideran que existe una creciente evidencia entre el impacto de estas primeras experiencias adversas y su repercusión posterior en el comportamiento social y reproductivo, durante su edad adulta, (Champagne 2010).

La teoría del apego puede considerarse como una teoría de la regulación emocional, ya que la calidad del cuidado transmite una determinada organización en la que se puede incluir un estilo característico de regulación de las emociones. Los trabajos de Stern, Beebe y Lachmann, Lyons-Ruth y otros, sugieren las sutiles formas mediante las que se transmiten, de una generación a otra, las emociones. (Beebe y Lachmann, 1988; 1994; 1998; 2003; Lyons-Ruth 1996; Lyons-Ruth, Connell, Grunbaum y Botein 1990; Lyons-Ruth y Jacobvitz, 1999; Stern 1997).

En síntesis la teoría del apego propone que:

- 1) Desde sus comienzos, el ser humano desarrolla una intensa vinculación hacia una única persona (en general, la madre) vinculación que, una vez establecida, se mantiene constante.
- 2) La separación de dicha persona (figura de apego) pone en marcha una reacción afectiva observable a través de una serie de manifestaciones de conducta que siguen un patrón constante.
- 3) Este patrón presenta tres fases características que se desarrollan a medida que la separación es más larga. El niño pequeño separado de su madre manifiesta, en el primer momento, protesta; si la separación continúa, desesperación o desesperanza; y, finalmente, si la separación es lo suficientemente larga, desapego.
- 4) La necesidad de apego es primaria y no se “apoya” en otras necesidades básicas (alimentación).
- 5) Las conductas de apego se mantienen a lo largo de toda la vida, activándose en determinadas circunstancias: amenazas de pérdida o pérdida real. (Fernández Galindo 2002).
- 6) Una vinculación temprana segura y mantenida en el tiempo, es fundamental para el desarrollo de una buena salud mental. Si la vinculación es de tipo amenazante o insatisfactoria, generará modalidades no adaptativas de enfrentar los desafíos de la vida. (Fonagy, Gergely, Jurist y Target 2002; Fonagy, Steele, Moran, Steele, Higgitt, ,1991; Fonagy, Steele, Steele, 1991; Fonagy, Steele, Steele, Target 1997; Fonagy y Target 1998)

2.2 Función Reflexiva o Mentalización (FR).

El concepto de FR o mentalización se desarrolla a partir de la teoría del apego (*attachment*) (Bowlby 1969; 1973; 1985; Stern 1997; Tronick 1989; Tronick y Cohn 1989). Como ya hemos comentado anteriormente, el bebé, según el tipo de apego que ha organizado, incorpora un sistema de representaciones a las que Bowlby (1973) denominó "modelos internos de trabajo" (*INTERNAL WORKING MODELS*). Estos *Internal working models* van a permitirle organizar el aprendizaje social y la estructuración de la personalidad. Este proceso se produce porque los *Internal Working Models*, son estrategias del sistema de autorregulación emocional, que es el que facilitará el desarrollo de habilidades de seguridad frente a situaciones de estrés. Estas estrategias le permitirán poder observar los acontecimientos que sucedan a su alrededor: cuáles son sus figuras de vinculación afectiva, dónde puede encontrarlas y cómo puede esperar que respondan, prever respuestas futuras y poder construir sus planes de vida (Kobak y Sceery 1988).

Fonagy (1991) describe la mentalización o FR como la capacidad para la representación mental del funcionamiento psicológico del *self* y del otro, en términos de estados mentales. La mentalización o FR estaría pues ligada a experiencias de seguridad en la primera infancia. La FR facilitaría y mantendría el apego seguro y a la vez facilitaría el desarrollo de la seguridad interna, la autovalía y la autonomía. La Función Reflexiva (FR) estaría relacionada con:

- A. que la madre haya tenido a su vez FR, lo que va a permitirle ser capaz de reconocer los deseos del niño, sus sentimientos e intenciones, permitiendo posteriormente al niño dar sentido no solo a sus propios sentimientos y conductas, sino también las de los otros. La baja o inexistente FR de la madre o sus dificultades para delimitar y contener la experiencia afectiva del niño, suelen tener como consecuencia, que este niño presentará fallas en la formación de su *self*, tanto en los mecanismos de regulación afectiva como en los de integración (Fonagy 1991; Fonagy, Gergely, Jurist y

Target 2002; Fonagy, Gergely, Jurist, y Target 2004; Fonagy, Steele, Moran, Steele y Higgitt 1991; Fonagy, Steele, Steele y Target 1997; Fonagy y Target 1997, 1998 y 2002; Fonagy, Target, Steele y Steele 1998).

- B. que el niño haya podido regularizar su propia experiencia afectiva, lo que va a facilitarle el poder pensar que el otro también piensa y siente.

La FR se refiere también a la capacidad de la persona para poder pensar sobre sus propios pensamientos y poder expresárselos a los otros. Es decir, la persona puede reflexionar y pensar que existen varias formas de pensar sobre determinadas situaciones de la vida, lo que va a permitirle diferenciar la realidad del mundo interno, así como mejorar la comunicación y las conexiones significativas entre el mundo interno y el mundo externo. La conducta se vuelve predecible, es decir, va a permitir a la persona ver las acciones de los otros como significativas, entendiendo los tipos de conducta que pueden desarrollar las otras personas (Marrone 1998).

Si la madre o el padre poseen una FR alta, es más probable que sus hijos establezcan un tipo de vínculo seguro que en los casos en los que la FR de los padres es baja. La capacidad de los padres para reflexionar sobre la intencionalidad de la conducta de sus hijos, permite a los mismos un mejor control y regulación afectiva (Fonagy, Steele y Steele, 1991a). La capacidad de FR en el niño es predecible a los 5 años. El niño suele ser capaz de entender, ya a esa edad, lo que la madre está haciendo y por qué. Un ejemplo podría ser: que cuando el niño pide una cosa la madre le puede responder: "*Vete de la cocina*" o "*Ahora no, estoy cocinando la cena y no puedo estar contigo*". La primera respuesta no es clara ni da elementos al niño para que este pueda entender la intención de la madre. En cambio la segunda respuesta es una forma clara de transmisión del mensaje, que permitirá tanto al niño como al adulto aumentar la autonomía física y mental. (Fonagy, 1997a).

La FR también hace que el mundo de los adultos sea más explicable para el niño, al posibilitarle acceder a la capacidad de poder distinguir entre la realidad y el mundo interno y entre el origen de las ideas propias y las de los otros. También facilita

la coherencia del discurso y la capacidad de comunicar con los otros. Sin una clara representación del estado mental del otro, la comunicación queda limitada. Un fracaso parcial para lograr la integración entre Mundo interno y externo puede conducir a estados neuróticos. En los casos de fracaso, la realidad puede ser experimentada como emocionalmente sin sentido, y puede aumentar el riesgo de padecer trastornos psicopatológicos graves, tales como el trastorno límite de la personalidad o borderline. (Fischer-Kern, Schuster, Kapusta, Tmej, Buchheim, Rentrop, Buchheim, Hörz, Doering, Taubner y Fonagy 2010; Fonagy, 1989, 1991).

La mentalización o FR está profundamente relacionada con el tipo de relación que el bebé ha establecido con su figura de apego. En una primera etapa el bebé funcionaría como un simple reflejo del cuidador y gradualmente va dándose cuenta de sus propios sentimientos a través del aprendizaje y de su experiencia a partir de las respuestas de los otros a su conducta. De esta manera iría organizando el tipo de vinculación y los estados de la mente (*Internal Working Models*) (Fonagy y Target, 1997). Pero, en el caso de los niños que no han recibido respuestas adecuadas porque sus experiencias están escasamente representadas, estos tendrán problemas más adelante para diferenciar la realidad de la fantasía lo que puede llevarles a organizar conductas de tipo violento para expresar, a través de la acción física, sus pensamientos y malestar psíquico (Fonagy, Moran y Target, 1993; Fonagy Target, 1995). La FR permite al individuo tomar decisiones sobre su comportamiento de apego hacia una figura particular, anticipar el futuro y hacer planes, para conseguir operar de forma más eficiente. Los modelos internos dinámicos se constituyen como guía para la interpretación de las experiencias y para la orientación de los comportamientos de apego y van a “dar color” a la forma en cómo el sujeto comprende y cómo éste se comporta en situaciones relevantes en el apego. (Soares y Dias 2007).

Las investigaciones neurobiológicas sobre el concepto de mentalización o FR (Fonagy, Bateman, Bateman 2011), sugieren que existe una relación entre: el estrés, la afectividad y las dificultades para poder discriminar entre los estados mentales propios y ajenos (mentalización o FR). Estas dificultades parecería que generan una pobre integración de los aspectos cognitivos y afectivos y al mal funcionamiento del estrés,

debido a dificultades para discriminar los estados mentales propios y los del otro. (Fonagy, Luyten, Strathear 2011; Zhang, Li, Zhou 2008).

Un buen desarrollo de la FR permite al individuo tener: inteligencia emocional, empatía y asertividad.

La **INTELIGENCIA EMOCIONAL** es la capacidad para reconocer los sentimientos propios y ajenos, y la habilidad para manejarlos. El concepto de "Inteligencia Emocional" enfatiza el papel preponderante que ejercen las emociones dentro del funcionamiento psicológico de una persona cuando ésta se ve enfrentada a momentos difíciles y tareas importantes: los peligros, las pérdidas dolorosas, la persistencia en conseguir una meta a pesar de los fracasos, el enfrentar riesgos, los conflictos con un compañero en el trabajo. En todas estas situaciones hay una involucración emocional que puede resultar en una acción que culmine de modo exitoso o bien interferir negativamente en el desempeño final. Cada emoción ofrece una disposición definida a la acción, de manera que el repertorio emocional de la persona y su forma de operar influirá decisivamente en el éxito o fracaso que obtenga en las tareas que emprenda. (Goleman 1996; 2003; 2006; Goleman, Lantieri 2009).

La **EMPATÍA** es la capacidad cognitiva de percibir en un contexto común lo que otro individuo puede sentir y también es un sentimiento de participación afectiva de una persona en la realidad que afecta a otra. Recientes investigaciones en las neurociencias, sugieren que la empatía tiene bases evolutivas profundas, bioquímicas y neurológicas. Incluso las formas más avanzadas de la empatía en los seres humanos están asociadas a la comunicación afectiva, el apego social y el cuidado parental. La empatía promueve mecanismos biológicos moderadores en respuesta a las señales de angustia y de dolor, modulados por la experiencia previa. Estudios de neuroimagen han documentado un circuito que responde a la percepción de la angustia de los demás. La activación de este circuito refleja una respuesta adversa en el observador y esta información puede actuar como un disparador para inhibir la agresión o generar un sistema de ayuda. En los seres humanos la empatía correlacionaría con un alto nivel de habilidades cognitivas tales como: las funciones ejecutivas, la mentalización o FR y

el lenguaje amplían la gama de comportamiento que pueden ser impulsados por la empatía (Decety 2011).

La empatía y el comportamiento prosocial también se relacionaron con la coherencia en la aplicación de las normas. Los padres que transmiten apoyo y afecto a sus hijos, desarrollan la comunicación en el ámbito familiar, establecen normas familiares y el cumplimiento de las mismas utilizando el razonamiento inductivo como técnica de disciplina, educan con mayor probabilidad hijos sociables, cooperativos y autónomos. Las experiencias que uno ha tenido en la niñez pueden ayudar o afectar negativamente el futuro de la persona. Un niño que crece en una familia que le deja expresar sus sentimientos y que cuando lo hace, éstos no son ignorados, es más que probable que en su futuro como adulto pueda no solamente exteriorizar y expresar sus sentimientos, sino también ser capaz de escuchar y ser solidario con los sentimientos de los otros. Un estudio realizado con adolescentes españoles (Mestre, Tur, Samper, Nácher, Cortés 2007) sobre la relación entre los estilos de crianza, el comportamiento prosocial y la empatía, la agresividad, la inestabilidad emocional y la ira si la crianza la realizaba la madre u otra persona, indicó que cuando es la madre la que ejerce los estilos de crianza, éstos alcanzan mayor poder predictor en el comportamiento prosocial. Hay un consenso generalizado en afirmar que la empatía parece ser el principal motivador de la conducta prosocial así como un mecanismo auto regulador (Bandura, Caprara, Barbaranelli, Gerbino y Pastorelli 2003; Mestre, Samper y Frías 2002). La empatía también reduce la conducta agresiva y es un elemento facilitador para tener o no capacidad para resolver los conflictos. Las personas con empatía suelen escoger métodos para exponerse a los mínimos peligros de su integridad física y tienden a resolver los conflictos de forma pacífica. (Björkqvist, Österman y Kaukiainen 2000).

La **ASERTIVIDAD** es la capacidad para poder confiar y respetarse a uno mismo, valorar los propios sentimientos, estar en contacto con nuestras emociones y confiar en los mensajes que éstas nos envían a través de pensamientos y acciones. Está relacionada directamente con el vínculo seguro, porque si no podemos sentirnos amados, respetados y reconocidos por nuestra principal figura de apego, difícilmente podremos sentirnos valiosos como personas. Así pues, ser asertivo implica tanto ser

capaces de confiar en nosotros mismos como creer en nuestras capacidades y poder trasmitirlo a los otros.

Como ya definimos anteriormente, la FR sería la capacidad que una persona tiene, en términos de estados mentales, para la representación psicológica del *self* y del otro (Fonagy 1991). Esto nos sugiere que posiblemente un buen nivel de FR se traducirá en la posibilidad de: una mejor comprensión de cómo los otros pueden sentirse en diversas situaciones (**EMPATÍA**) y un mejor desarrollo de las habilidades interpersonales (**ASERTIVIDAD**). Contrariamente, las personas con una FR baja o deficiente probablemente van a presentar más dificultades para poder regular las emociones. (Lopes, Salovey, Beers y Coste 2005).

En resumen podríamos decir que: la FR también estaría relacionada con la capacidad de regular las emociones (*Internal Working Models*), la cantidad o calidad de las relaciones, las interacciones sociales y tener un mayor nivel de inteligencia emocional. La inteligencia emocional permite una regulación efectiva de las emociones y una mejor comprensión de los otros, que afecta directamente a la calidad de las interrelaciones.

2.3 Conducta Agresiva

Son muchos los orígenes que pueden ser factores desencadenantes de conductas agresivas y por lo tanto una sola disciplina o un solo modelo teórico es insuficiente para comprenderlas. Los orígenes desencadenantes suelen ser multicausuales: filogenético, etológico, genético (Rebolledo-Mesa, Polderman y Moya-Albiol 2010), cognitivo, neurológico, económico y cultural, emocional evolutivo y los tipos de relaciones sociales aprendidos en las primeras etapas de la vida (Archer 2009).

Factores neurobiológicos

La historia de Phineas Gage es un ejemplo ilustrativo sobre la complejidad de los factores que pueden intervenir para desencadenar una conducta agresiva. Phineas

Debido a una explosión, Gage sufrió un accidente en el que una barra de más de 3 cm de diámetro y 6 Kg de peso le entro en el cráneo por la mejilla izquierda y salió por la parte superior después de haberle atravesado el cortex cerebral anterior (Imagen 1). Sorprendentemente Gage no solo sobrevivió al accidente, sino que se mantuvo consciente en todo momento. Sobrevivió a la explosión, a la herida, a la medicina de finales del siglo XIX. Fue capaz de andar y hablar razonadamente y transcurridos dos meses se le dio el alta médica. Pero en realidad, Gage ya no era Gage. Se volvió agresivo, impaciente, incapaz de planificar y muy irresponsable. Todo lo contrario del tipo de personalidad que presentaba antes del accidente. A consecuencia de las secuelas del accidente perdió el trabajo y su mujer se divorció de él. Incapaz de mantener un trabajo fijo terminó sus días exhibiendo su herida en un circo. Murió a los 38 años, de una crisis epiléptica. El caso Gage es importante porque se cree que con él se comenzaron a estudiar las bases biológicas de la conducta. (Damasio, Grabowski, Frank, Galaburda y Damasio 1994).

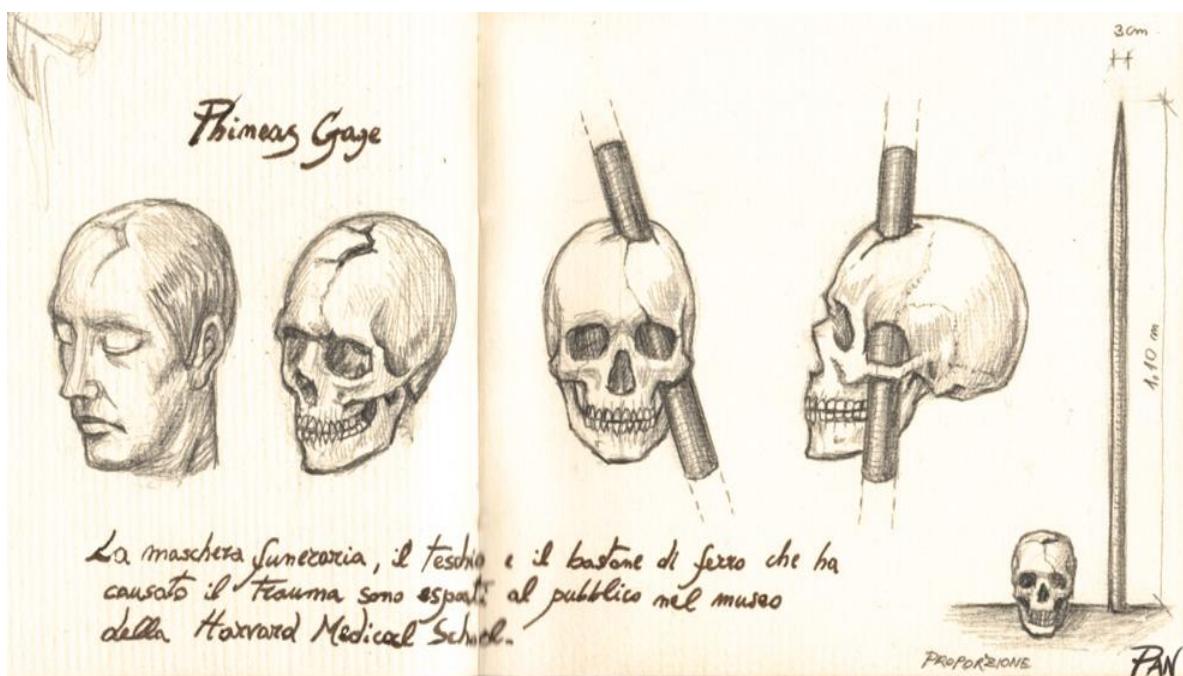


IMAGEN 1: Phineas Gage. Sitio web de esta imagen: iltaccuinodepan.blogspot.com

El caso Gage también es importante para los estudios relacionados con el desarrollo de las neurociencias porque está considerado como una de las primeras evidencias científicas que sugerían que una lesión en el lóbulo frontal podría alterar aspectos de la personalidad, la emoción y la interacción social. Damasio (2001, 2005,

2010) sugiere que existe una relación entre los lóbulos frontales y la emoción, la toma de decisiones y especialmente las funciones ejecutivas. Las funciones ejecutivas son las que nos permiten dirigir nuestra conducta hacia un fin e incluyen la capacidad para planificar, llevar a cabo y corregir nuestra conducta.

La teoría de la mente de Damasio se enmarca en la perspectiva neurológica de redes neurales, que producen en paralelo la progresiva emergencia de una red de sistemas relacionales entre emociones, sentimientos y las bases de estos en el cerebro. Desde este enfoque sensitivo-emocional, se constituiría la conciencia central y la conciencia de ser, la conciencia ampliada y la conciencia de ser autobiográfico, y la emergencia de los procesos cognitivo-lingüísticos a partir de un concepto de mente basado en una noción de sujeto psíquico como propietario-manipulador-actor en un mundo de imágenes. La teoría de Damasio del “marcador somático” sugiere, gracias a los estudios sobre Gage, que ante las consecuencias de una decisión se produce una determinada reacción emocional que es subjetiva, es decir, que se puede “vivenciar”. A su vez tal reacción es somática, o lo que es lo mismo, se traduce en reacciones musculares, neuroendocrinas o neurofisiológicas; es decir; se produciría un cambio corporal que reflejaría un estado emocional, positivo o negativo, que influiría en las decisiones tomadas en un momento determinado (Damasio 2001, 2010) (Imagen 2).

Algunas emociones son fundamentales para lograr el tipo de comportamiento social que consideramos más beneficioso, como pueden ser la compasión, la vergüenza o el orgullo. Es por ello que la educación juega un papel fundamental, ya que enseña a canalizar emociones como estas para lograr que las reacciones resulten adecuadas para la convivencia social. Damasio (2005) sostiene que la separación abismal entre cuerpo y mente, la sugerencia de que razonamiento, juicio moral y sufrimiento derivado del dolor físico o de alteración emocional pueden existir separados del cuerpo, es un error.

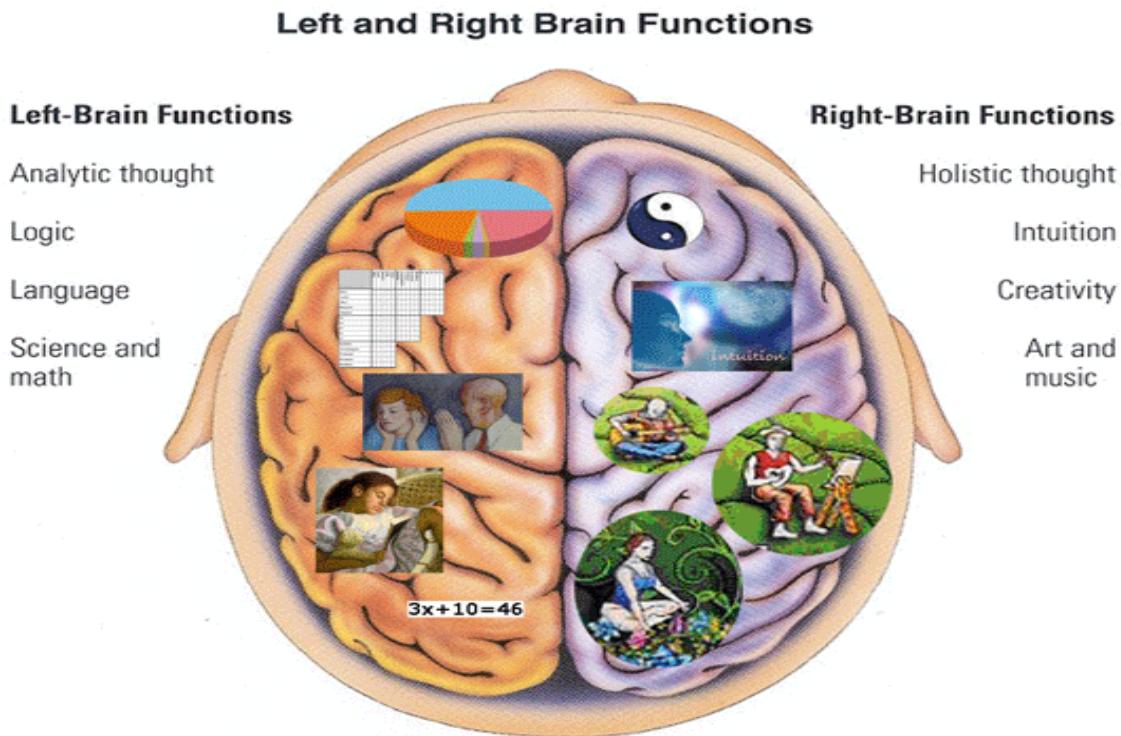


IMAGEN 2: Funciones cerebrales de los hemisferios derecho e izquierdo. Sitio web de esta imagen: ctpsychology.blogspot.com

La capacidad del primate para poder identificar qué tipo de conducta tienen los otros primates y cómo ésta puede afectarle a él, va a permitirle o no tener capacidad de supervivencia y de organización social, a partir del aprendizaje por la imitación. Los seres humanos también son capaces de aprender por la imitación y esta facultad está en la base de la cultura humana. Esta función la ejecutarían las neuronas espejo, que parecen desempeñar un papel fundamental en la comprensión tanto de la acción como de la imitación. Las neuronas espejo (Imagen 3) imitarían como “reflejando” la acción del otro. El observador está él mismo realizando la acción de observar (espejo). En el ser humano estas neuronas espejo se encuentran en el área de Broca y en la corteza parietal. Este tipo de neuronas, además de facilitar y permitir la comprensión de la conducta de las otras personas, desempeñan un papel muy importante dentro de las capacidades cognitivas ligadas a la vida tales como: la empatía y la imitación (Rizzolatti y Craighero 2004; Rizzolatti y Fabbri-Destr 2008; Rizzolatti y Sinigaglia 2008).

La confirmación de la actividad de las neuronas espejo tiene dos importantes consecuencias: obliga a revisar lo que hasta ese momento se afirmaba respecto a las

regiones motoras del cerebro (el sistema motor no puede ser ya concebido como un mero “ejecutor pasivo” de órdenes emitidas por otra región cerebral, parece tratarse más bien de un complejo entramado de zonas corticales diferenciadas, capaces de realizar las funciones sensoriomotoras que parecerían propias de un sistema cognitivo superior) y por otro lado, supone un importante reto para nuestras convicciones filosóficas acerca de la importancia de la comprensión consciente de los actos humanos. Ramachandran sugiere que las neuronas espejo harán por la psicología lo que el ADN hizo por la biología: proporcionarán un marco unificador y ayudarán a explicar una multitud de capacidades mentales que hasta ahora han permanecido misteriosas e inaccesibles a los experimentos. Son la clave del comportamiento social de los individuos (Ramachandran 2003, 2011).



IMAGEN 3: Neuronas espejo. Sitio web: lasreglasdeljuegorehabilitacion.blogspot.com

La adaptación del ser humano al medio es el resultado de un aprendizaje social. El aprendizaje social y la teoría de la imitación sugieren que las personas obtienen las competencias y nuevos modos de comportamiento a través de las consecuencias de respuesta. (Miller y Dollard, 1941). Estudios sobre niños institucionalizados comparados

con niños en familias de acogida sugieren que la institucionalización temprana tiene repercusiones neurobiológicas negativas en las respuestas de la expresión facial de las emociones de miedo y tristeza (Moulson, Westerlund, Fox, Zeanah, Nelson, 2009).

Según Damasio las neuronas espejo forman parte de una red amplia que asocia la información con la experiencia: “se parecen a titiriteros que mueven los hilos de diversos recuerdos”. (Damasio, Meyer 2008; Pp. 168).

Factores conductuales

Bandura sugiere que las personas aprenden conductas a través de la observación de la conducta de los otros “modelos conductuales”. Los padres que maltratan, abusan o son negligentes con sus hijos, no sólo enseñan a sus hijos conductas abusivas y negligentes, sino que también les enseñaran que este tipo de conducta es la forma normal de criar a los hijos. (Bandura 1962,1975; Bandura y Ribes-Inesta 1976; Bandura y Walters 1959).

Los niños que son testigos pasivos de la violencia entre sus padres tienen un alto riesgo de actuar de forma agresiva porque su comportamiento se vería influido por el de sus padres, por lo que existe un alto riesgo de que al llegar a la edad adulta se convierta a su vez en agresor de los miembros de su familia (Sieggel 1992).

El muñeco BOBO es un experimento en él que los niños son testigos de un modelo agresivo: se ataca violentamente a un payaso de plástico llamado el muñeco BOBO. Después del video los niños son colocados en una habitación con juguetes que no pueden tocar, lo que les genera enojo y frustración. El paso siguiente es llevarlos a otra sala con juguetes idénticos al muñeco BOBO. Se observó que el 88% de los niños imitaban el comportamiento agresivo mostrado en el video (Bandura 1973). Según Bandura (1977), en esta conducta estaría influenciada por la exposición del observador (niño en este caso) a un determinado tipo de conducta. La descripción de esta influencia se daría en cuatro pasos: atención, retención, reproducción y motivación.

Las personas que presentan índices altos de agresividad son más propensos a actuar de forma violenta a los que presentan índices más bajos (Bandura, 1976).

Desde la perspectiva de la biología, las conductas agresivas son emociones primarias que cumplen funciones adaptativas como la lucha y la supervivencia. Pero hay que diferenciar conducta agresiva de conductas violentas que estarían ligadas a diferentes patologías. Como antes hemos señalado, los aspectos genéticos y neurológicos son muy importantes para entender cómo delante de una misma situación de agresión y/o violencia, las personas pueden tener diferentes respuestas conductuales. Las bases neuroquímicas de la agresión son extraordinariamente complejas. (Gil-Verona, Pastor Marin J, Paz, Barbosa, Macias, Maniega, Rami-Gonzalez, Boget-Llucià, Picornell 2002).

La teoría del aprendizaje social para explicar la génesis de las conductas agresivas sugiere que las personas, especialmente los niños, tienden a imitar la conducta a partir de la observación personal, el medio ambiente y los medios de comunicación.

Desde el punto de vista cognitivo se plantean una serie de factores que pueden generar la trasmisión del maltrato, tales como: algunas alteraciones en los procesamientos cognitivos vinculados a la flexibilidad para entender la conducta del niño; la falta de habilidades necesarias para un adecuado enfrentamiento y resolución de problemas y la predisposición a experimentar malestar psicológico, frustración y dificultades de comunicación. De acuerdo con esta perspectiva, las limitaciones de los padres para enfrentar adecuadamente la variabilidad del comportamiento infantil, así como la inadecuación en el procesamiento, percepción, evaluación y selección de la información proveniente de la relación padres/hijos, generaría un contexto favorable para el surgimiento de los malos tratos. El perfil de la persona que ejerce violencia puede presentar: habilidades verbales deficitarias, déficit asertivo, dificultades de comunicación, aislamiento emocional e incapacidad para manejar los conflictos. (Arruabarrena y de Paúl 2005; Arruabarrena, de Paúl y Torres 1994; Barudy 1998; Bos, Fox, Zeanah y

Nelson 2009; Bos, Zeanah, Fox, Drury, McLaughlin y Nelson 2011; Bos, Zeanah, Smyke, Fox y Nelson 2010).

Las causas que originan el desarrollo de una conducta agresiva pueden generarse en diferentes contextos: la familia, la escuela, el grupo, los medios de comunicación, etc. Es generalizada la hipótesis de que la violencia genera violencia, que convivir con la violencia aumenta el riesgo de ejercerla o convertirse en agresor. Lo que sí parece que podemos afirmar es que los factores de vulnerabilidad se incrementan mucho si, desde la infancia, se está expuesto a la violencia familiar cotidiana (Bornovalova, Hicks, Iacono y McGue, 2010).

Varios estudios han demostrado que la exposición, en la infancia y la adolescencia, al maltrato, negligencia y/o abuso sexual podría ser un factor de riesgo para el desarrollo de la internalización de los problemas de comportamiento. Los niños que han sido maltratados tienden a tener problemas para procesar correctamente los procesos socio-cognitivos, y esto puede llevarles a aumentar las posibilidades de reaccionar con altos niveles de agresividad en situaciones que pueden ser muy ambiguas desde la perspectiva social, es decir, tener una reacción desmesurada en relación con la gravedad de los hechos amenazantes que la han motivado. Este tipo de conducta también la podemos observar en los niños que han sido simples testigos directos de violencia familiar o de violencia en la comunidad en la que viven. Estudios recientes sugieren que esta exposición a formas extremas de estrés y violencia puede producir cambios en la neurobiología de los niños. Estos cambios pueden ser los causantes del aumento de su hipersensibilidad y reacción agresiva desmesurada frente a una situación que es vivida como de amenaza interpersonal (Bradshaw, 2006).

El comportamiento abusivo y violento genera frustración y enojo, a la vez que socava las capacidades de mentalización. Asimismo, la violencia no sólo produce traumas, sino que incrementa la posibilidad de que la víctima se implique en una violencia traumatizante hacia otros. La transmisión intergeneracional del trauma desde la perspectiva de la violencia sería un alto factor de riesgo. No obstante, el maltrato y el abandono por parte de las figuras de apego no son el único camino hacia la violencia

mentalmente ciega. Debemos tener en cuenta el tipo de temperamento del niño y si éste va o no a predisponerle a desarrollar una buena capacidad de mentalización o FR. (Allen 2012; Altman 2003).

2.4 Formas de Expresión de la Agresividad

Conducta agresiva directa o física

A finales de los años 80, el Prof. Kaj Björkqvist de la Åbo Akademi University (Finlandia), empezó el proyecto de investigación sobre las tendencias del desarrollo en la agresión interpersonal. El proyecto se basa en el estudio de cómo la conducta agresiva humana puede tomar diferentes formas de expresión, tales como: físicas, verbales o indirectas. Björkqvist, Lagerspetz y Österman (1992b) presentaron una teoría según la cual el comportamiento agresivo tenía que aparecer en el orden siguiente: agresión física, verbal directa e indirecta. Diseñaron la escala de agresión directa e indirecta (DIAS) como una medida para cuantificar estos tipos de conductas agresivas.

Definiremos como conducta agresiva directa o física cuando el agresor pasa directamente al acto físico contra la víctima: amenaza o ataca con armas, pega, agrede sexualmente. Para la valoración de estas conductas agresivas es importante tomar en consideración la variable sexo y etapa evolutiva. El que las mujeres tiendan a elegir conductas agresivas de tipo indirecto parecería estar influida por el hecho de que los varones son más fuertes y más agresivos físicamente que las chicas (Eagly y Steffen, 1986; Frodi, Macaulay y Thome 1977; Hyde, 1984, 1990; Maccoby y Jacklin, 1974) y porque el uso de la fuerza física suele ser más peligroso para la integridad física de las chicas que para la de los chicos. Pero la etapa evolutiva también indica un cambio en el tipo de conducta agresiva. Björkqvist (1994) observó que el nivel impulsivo de agresión física que se da en los varones durante la adolescencia se reemplaza gradualmente por la verbal y, en menor medida, por la agresión indirecta, a medida que se hacen adultos.

Los niños con mayor riesgo de disfunción familiar, con padres que emplean medidas disciplinarias mediante la agresión física o verbal (gritos), tendrán mayor riesgo de desarrollar conductas agresivas directas y de que este tipo de conducta

persista en el tiempo en lugar de disminuir con la edad (Knutson, DeGarmo, Koeppel y Reid 2005; Vaillancourt, Miller, Fagbemi, Côté y Tremblay 2007). Los resultados sugieren que los niños que en su infancia presentan una trayectoria de altos niveles de comportamiento agresivo directo lo más probable es que continúen con este estilo de conducta agresiva en la adolescencia y en su vida adulta (Harachi, Fleming, White, Ensminger, Abbott, Catalano y Haggert 2006).

Algunos autores sugieren la relación inversa entre la conducta antisocial y la empatía y el auto concepto en los niños (Garaigordobil, Álvarez, Carralero 2004) y en los adolescentes (Calvo, González, Martorell 2001). Los adolescentes con baja autoestima tenderían a desarrollar conductas amenazantes e intimidatorias hacia los otros.

En Estados Unidos, a finales de los años noventa, se registró un aumento paralelo de conductas agresivas directas físicas en chicos y chicas. En el caso de las chicas se observó una tendencia al aumento de violencia en la temprana adolescencia, (Chesney-Lind y Brown 1999; Henington, Hughes, Cavell y Thompson 1998). Existen muchas referencias bibliográficas sobre la agresividad física en los chicos, pero sobre las chicas no es tan amplia. Algunos autores como Artz (1998) sugieren que las deficiencias en el aprendizaje escolar pueden generar un aumento del riesgo de desarrollar comportamientos agresivos en los adolescentes. Un bajo o pobre rendimiento académico parecería tener un efecto más fuerte en las chicas que en los chicos, en relación con los comportamientos agresivos (Rankin 1980). Artz (1998) también sugiere que las conductas agresivas físicas de algunas chicas hacia las otras chicas podrían estar influidas por un intento de mostrar que no son inferiores a los hombres, usando de este modo la conducta agresiva directa como una forma de sobre compensación. Especialmente se observan conductas agresivas directas o físicas en chicas que han sido objeto de algún tipo de maltrato y/o abuso (Alfaro 1981).

Los primeros estudios sobre la participación femenina en bandas callejeras juveniles informaban que su participación era escasa y estaba muy influida por seguir a la pareja más que por iniciativa propia. No obstante, actualmente estamos observando que existe una mayor participación de las chicas y también un incremento

de sus conductas violentas, pero se siguen manteniendo diferencias significativas entre ambos en relación con las conductas agresivas directas o físicas. Aunque estudios recientes confirman una mayor participación femenina en las conductas antisociales (Garaigordobil y Oñederra 2008).

En la etapa preescolar (2-4 años) los niños muestran ya conductas físicamente agresivas, (rabietas, agresiones a adultos, muñecos o animales), a medida que van socializándose empieza a descender este tipo de conductas. Esto está relacionado con el proceso madurativo y las habilidades y competencias sociales para resolver sus conflictos. Tremblay (2000) sugiere que la etapa de los tres a los diez años es predictiva del tipo de inclinaciones agresivas o antisociales más graves que se desarrollaran o no a lo largo de la vida. Rutter (2000) sugiere que cuanto mayor sea el número de infracciones o conductas antisociales que se cometan, mayor será la probabilidad de que se den conductas agresivas violentas, apareciendo éstas, a finales de la adolescencia y principios de la edad adulta.

Conducta agresiva indirecta

La agresión indirecta consiste en actos tales como: las murmuraciones, calumniar, chismorrear, difundir rumores malignos, establecer estrategias y alianzas contra terceros, con la exclusión de un niño del grupo de juego, o escribir notas críticas. A diferencia de las agresiones directas, las agresiones indirectas se pueden realizar únicamente cuando existe una estructura social, como mínimo, de tres personas (Xie, Cairn y Cairns 2002).

Este tipo de agresión indirecta actúa de tal modo que el que la recibe no es capaz de identificar quien es el autor de la misma. En la agresión indirecta, el agresor no agrede directamente, sino que se queda en la sombra, utilizando a los componentes del grupo social para dañar al sujeto que es víctima de su agresión. De este modo evita la confrontación directa porque su finalidad es dañar sin ser identificado (Björkqvist, Lagerspetz y Kaukianen 1992). La agresión relacional o agresión social (Crick y Grotpeter 1995) estaría relacionada con la agresión indirecta. Archer y

Coyne (2005) sugieren que la agresión indirecta sería la conducta agresiva mejor elaborada y que correlacionaría con niveles altos de inteligencia. Se distingue claramente de la agresión directa porque la víctima tiene menos capacidad de defensa y de respuesta. Además, las secuelas psicológicas derivadas suelen ser más estresantes y profundas que las derivadas de la agresión directa. La agresión directa deja secuelas físicas que se pueden ver, medir y castigar. Las secuelas de la agresión indirecta son mucho más dañinas porque no se detectan fácilmente, no son medibles y por tanto son muy difíciles de ser controladas y castigadas (Owens, Shute y Slee 2004; Salmivalli, Kaukainen y Lagerspetz 2000).

Desde el punto de vista histórico, la agresión indirecta es un término que ha pasado a través de diversas etapas antes de recibir el significado actualmente aceptado. El concepto fue acuñado por Buss (1961), que hizo una distinción entre: agresión física y verbal, y agresión directa e indirecta. Björkqvist define este concepto en su artículo “El desarrollo de estrategias agresivas directas e indirectas en varones y hembras” (Björkqvist, Österman y Kaukianen 1992). Este artículo sugiere que los diferentes estilos de conducta agresiva: física, verbal e indirecta, no son solamente tres estrategias diferentes, sino que constituyen tres fases relacionadas con el proceso evolutivo de las personas. Estas conductas estarían influidas por las diferentes fases evolutivas y tenderían a expresarse de diferentes formas en la niñez y en la adolescencia (Tapper y Boulton 2000). Los niños pequeños, que aún no habrían desarrollado suficientemente las habilidades verbales y sociales, tenderían a utilizar más la agresión física que la verbal o indirecta. Los niños pequeños (se podrían comparar con las actitudes agresivas de los animales), que carecen de habilidades verbales, tienen que recurrir a la agresión física (golpear, morder, empujar). A medida que estos niños crecen pueden desarrollar mayor capacidad verbal, con lo que el factor verbal se agregaría a la actividad agresiva (gritar, amenazar, insultar).

Tanto los niños como las niñas son iguales a la hora de expresar la agresión verbal (Björkqvist, Lagerspetz y Kaukainen 1992a; Frodi, Macaulay y Thome 1977; y Hyde 1984, 1990), es decir que ambos sexos tendrían igual capacidad de desarrollar el razonamiento verbal. Pero, en el caso de los chicos, al tener una mayor fuerza física que las chicas,

sus amenazas tendrían una carga más creíble y asustarían más, que si las mismas amenazas las profieren las chicas. (Hubbard 2001; Kinney, Smith y Donzella 2001).

Cuando las habilidades verbales y sociales se van desarrollando, facilitan que se pueda expresar la agresión sin tener que recurrir a la fuerza física. Las técnicas agresivas poco sutiles tienden a ser sustituidas gradualmente por otras más refinadas según la etapa evolutiva. Del mismo modo, cuando la inteligencia emocional se desarrolla suficientemente, también se es más capaz de utilizar la conducta agresiva indirecta. Es decir, se puede manipular al otro de forma psicológica con la misma intensidad y agresividad que si se utiliza la agresión física, pero sin tocarle y sin el riesgo de padecer una venganza o una agresión física directa. La posibilidad de desarrollar la agresión indirecta implica, como ya hemos comentado anteriormente, que la víctima no es atacada directamente por el agresor, sino que son otros, mediante la manipulación social que el agresor ejerce, los que ejercen la agresión sobre la víctima. En este estilo de agresión el agresor no es identificado por la víctima y por tanto no puede haber contraataque por parte de ésta. Con algunas excepciones, es un comportamiento agresivo altamente favorable para el agresor ya que la relación entre el efecto deseado y el daño causado es elevada. Para poder desarrollar este tipo de agresión se requiere inteligencia emocional, que no es muy común en niños y jóvenes.

También debemos considerar a los espectadores del “*BULLING*”, es decir, al resto del grupo que contempla las actuaciones del agresor y que no hace nada para ayudar a la víctima. Podría parecer que adoptan una conducta sumisa frente al líder por temor a las represalias y ser ellos los que estén en el lugar de la víctima, pero lo cierto es que obtienen un placer sádico en la contemplación de los hechos. En ambos casos, son chicos con muy baja FR, que no son capaces de empatizar con el otro y no son asertivos (Ortega 1992b).

“BULLING” o el maltrato entre iguales

Bully es una palabra inglesa que significa matón y “*BULLING*” es la palabra que normalmente se usa para hacer referencia a la intimidación, el uso de la fuerza o la

coacción entre el grupo de iguales en la escuela, especialmente si esto implica tener poder sobre el otro.

Los estudios sobre malos tratos entre escolares son bastante recientes. El primer trabajo sistemático se inició en 1970 por Olweus (1978, 1979, 1983, 1991, 1998) en la Universidad de Bergen (Noruega). Olweus utilizó el Cuestionario Abusador Víctima (Olweus 1994, 1996) que sirvió para medir el maltrato entre iguales. Este cuestionario se estandarizó para ser usado en otros países como instrumento de medida para comparar la incidencia del maltrato entre iguales.

Olweus, (1983) define “*BULLING*” como una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza un alumno o alumna contra otro, al que escoge como víctima de repetidos ataques. Esta acción, negativa e intencionada, sitúa la víctima en una posición de la que difícilmente puede escapar por sus propios medios. La continuidad de estas relaciones provoca en las víctimas efectos claramente negativos: ansiedad, descenso de la autoestima, y cuadros depresivos, que dificultan su integración en el medio escolar y el desarrollo normal de los aprendizajes. Smith y Sharp, (1994) lo definen como un abuso sistemático de poder. Ortega (1998) plantea que el “*BULLING*” es un comportamiento prolongado de insultos, rechazo social, intimidación y/o agresividad física de unos alumnos contra otros, que se convierten en víctimas de sus compañeros. Es un fenómeno complejo que da lugar a diferentes roles: agresor (el que comienza y mantiene el abuso); víctima (sujeto que es blanco del abuso); defensor (compañero/a que defiende a la víctima, la consuela y apoya bien directamente bien denunciando a otros lo sucedido); colaborador del agresor (el que sigue la línea de comportamiento del agresor respecto de la víctima, aunque él no lleve la iniciativa); animador (reforzador de la conducta del agresor, que se ríe de la víctima y que anima al agresor a continuar); neutral (compañero/a ajeno a lo que sucede, que no toma parte y que es ajeno al maltrato) (Ortega 2002).

Diferentes estudios han corroborado que los niños víctimas de agresiones directas o indirectas, van a presentar problemas adaptativos si no reciben la ayuda psicoterapéutica adecuada, pudiendo desarrollar fracaso escolar, participar en

conductas delictivas, patología de la personalidad (trastorno límite de la personalidad) o depresión con intentos autolíticos (Richardson y Green 1999).

Durante la década de los 90, la violencia en las escuelas, se convirtió en un problema grave en los Estados Unidos. También en Europa se detectó el problema. La investigación efectuada en diferentes países de la comunidad europea: "Violence in schools: the response in Europe", dirigido y editado por Smith (2003), es un estudio imprescindible para la compresión del fenómeno del "*BULLING*". Los representantes españoles fueron: Rosario Ortega, Isabel Fernández y Rosario del Rey. Este estudio examina la violencia escolar, no sólo en los países europeos, sino que también analiza las implicaciones de la misma en Israel, Australia y los Estados Unidos. Se efectuó a partir del Consejo de Europa (*la iniciativa Connect*), para apoyar la colaboración entre los países europeos. La Comisión Europea bajo el Quinto Programa Marco, que incluye la iniciativa Connect, financió 60 proyectos de educación, de los cuales seis fueron sobre el tema de la violencia escolar. En el capítulo dedicado a la situación en España, Ortega señala que el tipo más frecuente de violencia escolar sería: el insulto (33,8%), la critica (31,2%) y la marginación (30,1%) (Ortega, R.; del Rey, R.; Fernández I., 2003).

La preocupación sobre el "*BULLING*" en España, ha quedado reflejada en los informes sobre este tema del Defensor del Pueblo de España (2000 y 2007), Barómetro del CIS (2002) y del Síndic de Greuges de Catalunya (2006, 2011) y por importantes expertos sobre el tema. Aunque no seremos exhaustivos en su detalle, ya que este no es el objetivo de la presente investigación, creemos importante destacar las investigaciones llevadas a cabo por: Ortega, del Barrio, Fuentes y Beltrán.

Algunos sucesos de violencia escolar de los que dieron cuenta los medios de comunicación a finales de los años 90 del pasado siglo, pusieron de manifiesto la existencia de un problema de fondo en la convivencia del alumnado en el ámbito escolar al que era necesario prestar una atención inmediata. La experiencia de otros países, los trabajos e investigaciones en ellos realizados y los resultados obtenidos alertaban sobre la imperiosa necesidad de iniciar, de inmediato, políticas de prevención y resolución de conflictos escolares antes de que la dimensión del

problema lo hiciera incontrolable y causara daños irremediables a sus víctimas, al derecho a la educación y al sistema educativo.

A lo largo de 1998 y 1999, con la colaboración de UNICEF, se procedió a un estudio epidemiológico entre la población escolar, que supuso sensibilizar a la población sobre el problema y la puesta en marcha de líneas de prevención y resolución de conflictos. No obstante, después de los años transcurridos, des del estudio, no han disminuido sino aumentado las situaciones de violencia escolar, algunas de ellas de extrema gravedad, que han puesto en una grave situación la convivencia en los centros educativos. A lo largo del curso 2005-2006 se seleccionaron un total de 600 centros públicos, privados y concertados de todo el territorio nacional. La comparación de los resultados en relación con los obtenidos en el 2000, permitían afirmar que el panorama del maltrato entre iguales por abuso de poder había mejorado en estos años. El porcentaje de incidencia total de alumnos víctimas de insultos pasa del 39,1% al 27% y el de víctimas de mote ofensivo del 37,7% al 26%. Disminuyeron también los porcentajes declarados de víctimas de otras conductas más graves como ciertas agresiones físicas indirectas y alguna forma de amenaza. Y también disminuyó el acoso sexual, que ya tenía porcentajes muy reducidos en el informe presentado en el año 2000. Sin embargo, otras conductas padecidas por los alumnos, como la exclusión social más directa (no dejar participar), o ciertas formas de agresión física, así como las modalidades más graves de amenazas, se mantenían en niveles similares a los del 2000. El informe sugería que parecía que las políticas preventivas y las líneas de intervención habían favorecido una disminución significativa en algunas conductas de “*BULLING*” (Defensor del Pueblo de España 2007).

El estudio efectuado por el CIS (2002), constató que existía una importante preocupación en la sociedad española sobre la situación de la enseñanza y el incremento de la violencia y la agresividad en las aulas. De dicho estudio se desprenden las siguientes opiniones con relación a la situación escolar: el 65.5% consideraba que en los colegios e institutos no había suficiente disciplina; el 64.9% que el personal docente no tenían toda la autoridad que necesitaban; el 89.8 % consideraba que los alumnos deberían respetar más a los profesores; el 64,2%

consideraba que los directores de los centros deberían tener más autoridad; el 69.0% consideraba que los profesores deberían tener la facultad de imponer castigos a los chicos; el 44.8% consideraba que el tipo de castigo más adecuado era imponer tareas extra y el 14.0% expulsar de clase, el 52.8% consideraba que los estudiantes de los colegios e institutos se esfuerzan poco por estudiar y aprender y el 42.5% que se les exige poco a los alumnos, el 68.6% consideraba que existía excesiva tolerancia y, finalmente, el 63.7% consideraba que la responsabilidad, en lo referente al desarrollo social y personal de los jóvenes, debería ser compartida a partes iguales entre la familia y el centro educativo. (Barómetro del CIS 2002).

También en el Parlamento de Cataluña se elaboró un informe sobre convivencia y conflictos en los centros educativos. Este informe se elaboró en base a las quejas y consultas que los ciudadanos le habían dirigido. Se revisaron otros estudios sobre el tema y los resultados de una investigación efectuada en 9 centros de 1º y 4º de la ESO, con una muestra de 1200 alumnos de. La tipología de quejas recibidas fueron de carácter diverso, aunque se apreciaron elementos comunes que se repetían, tales como: retraso de los centros educativos en identificar y diagnosticar las situaciones de “*BULLING*”, tendencia a minimizar el problema o considerarlo un hecho aislado. Por ello dentro de las recomendaciones una de ellas fue que los centros implementaran líneas de actuación que permitieran desarrollar procesos de detección, dado que el “*BULLING*” es una situación lo suficientemente grave, conocida por todos los compañeros y respecto de la cual la escuela debería de tener herramientas para poder detectarlo. También se constataron discrepancias entre la valoración que hacían las familias y la de los servicios educativos en relación con el tipo y modo de comunicación establecida entre ambos y la calidad del trato recibido. (El Sindic de Greuges de Catalunya 2006)

Algunas de las principales recomendaciones que formuló este informe fueron: apoyar a los centros mediante recursos, asesoramiento y formación del profesorado; promover su participación en programas y planes de mejora de la convivencia; extender la práctica de tutorías individuales; trabajar sistemáticamente las habilidades grupales; garantizar la supervisión o la observación educativa de los tiempos y los

espacios no lectivos; reforzar la colaboración familia escuela; incrementar la participación del alumnado y de las familias en la elaboración, aplicación y revisión de las normas de convivencia; y otorgar a la disciplina en el aula el valor instrumental que le corresponde.

El equipo dirigido por Rosa Ortega, que formó parte del equipo de Smith (Ortega 1994a; 1994b; 1997; 1998; 2002; 2003; 2001; Ortega y del Rey 2001), realizó, en la comunidad de Andalucía, tres amplios estudios sobre el maltrato entre alumnos en el medio escolar. Los resultados del estudio sevillano (Ortega, 1994a; Ortega y Angulo 1998; Ortega y Mora-Merchán 1997 y 2000), sirvieron para comparar los resultados obtenidos en el estudio nacional. El instrumento utilizado para el estudio nacional que se expone en el Informe del Defensor del Pueblo, fue el “*Cuestionario Sobre Intimidación y Maltrato Entre Iguales*”, diseñado por Ortega, Mora y Mora-Merchán (1997).

Cristina del Barrio, además de colaborar en la elaboración del Informe del Defensor del Pueblo, también ha trabajado sobre los aspectos relacionados con la exclusión social en los institutos de enseñanza secundaria. (Del Barrio, C.; Martin, E.; Montero, I.; Gutiérrez, H. Fernández, I. 2003; Del Barrio, C.; Martin, E.; Montero, I.; Gutiérrez, H. Fernández, I. 2003) y sobre la prevención de conductas agresivas en la infancia y adolescencia (Del Barrio V, Carrasco MA, Rodríguez, MA, Gordillo R 2009).

El Departamento de Pedagogía de la Universidad Rovira i Virgili de Tarragona, efectuó una investigación sobre: las causas de la violencia urbana, la formación de bandas juveniles peligrosas, cómo afectaban las acciones delictivas de los otros al conjunto de la juventud de la ESO, y la mejor forma de prevenir estos actos desde la acción educativa institucional. El estudio de Fuentes y Beltrán (1996) sugería que el origen de la violencia juvenil parecería estar relacionado con:

- A. sistemas familiares en los que hay poca implicación parental para dar a los hijos pautas educativas que les ayuden a elaborar situaciones de frustración, lo que favorece conductas tendentes a la satisfacción inmediata de sus deseos sin tener en cuenta los deseos y necesidades de los otros;

- B. las relaciones afectivas entre los amigos son las relaciones más apreciadas, por lo que es muy importante el ser aceptado por el grupo;
- C. las instituciones educativas son los lugares naturales de reunión y no necesariamente todos tienen elementos para poder crear un clima humano de calidad;
- D. la Educación Secundaria puede convertirse en una etapa de riesgo en la consumación de actos violentos por jóvenes y niños cada vez en edades más tempranas, si los currículos escolares no tienen en cuenta la crisis de algunas familias y los problemas emocionales de chicos y chicas que tienen en las bandas su hogar alternativo. (Fuentes y Beltrán 1996).

Las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) han supuesto una revolución total en la sociedad y en sus usos y costumbres. Son un instrumento indispensable para trabajar y comunicarse. Su uso se ha extendido de forma tan rápida que resulta muy difícil no encontrar un adolescente (y niños mucho más pequeños) que no tengan acceso a un teléfono móvil o a Internet (Castellana, Sánchez, Graner, Beranu y Fargues 2007). Y estas nuevas tecnologías han facilitado una nueva forma de “BULLING” denominada “CYBERBULLING”.

El profesor Smith (1989) fue uno de los primeros en interesarse en el tema. Según Smith y colaboradores, el “CYBERBULLING”, es un subtipo de “BULLING”, donde el acoso, de forma intencionada, por parte de un grupo o un individuo, se efectuaría usando las nuevas tecnologías y las redes sociales. Estas serían un instrumento para el chantaje y la difusión de material personal sin el consentimiento de la víctima, (Smith, Mahdavi, Carvalho y Tippett 2006). Smith (2006) plantea dividir el “CYBERBULLING”. en siete subtipos:

- 1) mensajes de texto recibidos en el teléfono móvil;

- 2) fotografías o vídeos realizados con las cámaras de los móviles y posteriormente enviadas o usadas para amenazar a la víctima con hacerlo;
- 3) llamadas acosadoras al teléfono móvil;
- 4) E-mails insultantes y/o amenazantes;
- 5) salas de Chat en las que se agrede a uno de los participantes o se le excluye socialmente;
- 6) el acoso mediante los programas de mensajería instantánea (a través de programas como el *Messenger*);
- 7) páginas Web donde se difama a la víctima, se “cuelga” información personal o se hacen concursos en los que se ridiculiza a los demás. A diferencia del “BULLING” presenta más indefensión para la víctima ya que no existen lugares seguros, viviendo bajo una constante agresión, es observada por una gran cantidad de espectadores y el agresor puede quedar más fácilmente en el anonimato. (Ortega, Calmaestra y Mora Merchan 2008).

El primer trabajo de investigación sobre el “CYBERBULLING”, fue realizado por Finkelhor, Mitchell y Wolak (2000), mediante una encuesta telefónica a gran escala dentro de Estados Unidos. Los resultados pusieron de manifiesto que el 6% de los adolescentes eran acosados a través de Internet. De ellos el 33% lo era a través de programas de mensajería instantánea, el 32% en las salas de Chat y el 19% a través del e-mail. Los estudios realizados por Li (2006, 2007) en Canadá, presentan tendencias parecidas. En un estudio con 177 participantes, 80 chicos y 97 chicas, en el que se apreciaba de nuevo un elevado porcentaje de “CYBERBULLING”, una cuarta parte de ellos afirman haber estado implicados en este problema. Smith y sus colaboradores (2006) detectaron que un 15,6% del alumnado declara haber sido víctima de “CYBERBULLING” una o dos veces, mientras que el 6,6% declara una frecuencia mayor, casi una vez a la semana o más de una vez a la semana. El propio profesor Smith y colaboradores (2006), encontraron relación entre las formas de “BULLING” tradicional con las de “CYBERBULLING”. En Suecia se efectuó una encuesta a 360 adolescentes (de edades comprendidas entre los 12 y 20 años) para examinar la naturaleza y el alcance de “CYBERBULLING”, en las escuelas suecas. Se observó una incidencia significativa en las escuelas secundarias con poca diferencias de género (Slonjer y Smith 2008).

En España no existen muchas investigaciones al respecto, no obstante en el Informe del Defensor del Pueblo (2006) se detectó un 5,5% de *cyber-víctimas*, de ellas el 5,1% lo es de forma esporádica (menos de una vez a la semana) y el 0,4% con una frecuencia superior a una vez por semana. Se encontraron porcentajes similares respecto a los agresores: 5,4% en la muestra total, de los cuales el 4,8% lo es de forma eventual y 0,6% de forma frecuente. El mismo informe comenta que uno de cada cuatro escolares ha sido testigo de fenómenos de “*CYBERBULLING*”, ya sea de forma eventual (22%) o de forma prolongada (3%) (Ortega, Calmaestra y Mora Merchan 2008).

Ortega y sus colaboradores investigaron una población de 880 escolares de los cuatro cursos de la ESO (Enseñanza Secundaria Obligatoria), las variables curso y sexo con relación al fenómeno de “*CYBERBULLING*”, cuál sería la frecuencia de los subtipos de “*CYBERBULLING*”, y establecer la relación entre los perfiles de “*BULLING*” y “*CYBERBULLING*”. Los resultados señalaron que solo un 3,8% de los escolares encuestados están implicados en la vertiente severa del “*CYBERBULLING*”, (1,7% como agresores, un 1,5% como víctimas y un 0,6% como agresores victimizados), considerando de forma conjunta las agresiones a través del teléfono móvil y a través de Internet. La variable sexo presentó diferencias significativas en cuanto a los roles de los implicados ya que las chicas eran victimizadas en un porcentaje superior al de los chicos. En relación con la implicación entre el “*BULLING*” tradicional y la participación en situaciones de “*CYBERBULLING*”, se observó que existía una elevada continuidad, siendo frecuente que los implicados en episodios de “*BULLING*” mantengan su papel cuando se implican en situaciones de “*CYBERBULLING*”, (Ortega, Calmaestra y Mora Merchan 2008).

Conductas agresivas y diferencias de género

Björkqvist (1994) y Feshbach (1969) observaron el comportamiento desarrollado por un grupo de chicas adolescentes cuando querían excluir del grupo a personas nuevas que deseaban pertenecer al mismo. Las chicas, en lugar de establecer una agresión directa hacia los recién llegados, usaron la agresión indirecta como forma de

manipular al grupo. Este estudio es el primero en el que se observó la preferencia femenina por la agresión indirecta, entendida como una forma de manipulación social. También se podría pensar que la mayor frecuencia de conductas de este tipo entre las mujeres, podría ser debida al hecho de que este tipo de conducta agresiva indirecta no estaría tan mal visto dentro del perfil tradicional de la feminidad como las conductas de tipo agresivo directo (Little, Jones, Henrich y Hawley 2003).

Las niñas suelen diferenciarse de los niños en el tipo de conducta agresiva que exhiben. Mientras que los niños tienden a inflijir dolor corporal, las niñas con mayor frecuencia, aunque no exclusivamente, prefieren participar en la agresión encubierta o relacional. Las niñas tienden a valorar las relaciones íntimas con las chicas, mientras que los niños suelen formar lazos sociales a través de actividades de grupo. Niñas agresivas a menudo pueden llegar a tener áreas de poder mediante la manipulación de la amistad. Por ejemplo, pueden insistir en que sus amigos ignoren a un niño/ niña en particular, que le excluyan de su grupo, realizaran pactos secretos para humillarlos, extendiendo rumores acerca de él/ella.

Se ha observado que los grupos dirigidos por niñas agresivas presentan un mayor nivel de exclusividad y temor al aislamiento en caso de rechazo que en el caso de los varones. Las niñas, en cambio, suelen sentirse presionadas para aceptar la situación y no mostrar las emociones negativas. (Crick. 1995; Crick y Grotpeter 1995).

Los resultados obtenidos hasta el momento por estas líneas de investigación, sugieren que la agresión indirecta es el tipo de comportamiento hostil más típico de las chicas que de los chicos (Björkqvist, Lagerspetz y Kaukiainen 1992 a; Björkqvist y Niemelä 1992; Lagerspetz, Björkqvist y Peltonen 1988; Österman, Jörkqvist, Lagerspetz, Kaukiainen, Huesmann y Fraczek 1994a). Estos datos han sido confirmados por otros investigadores independientes. (Durkin 1995; Franzoi 1996; Fry y Hines 1993; Owen 1996). También sugieren que el comportamiento agresivo y las diferencias de sexo, como ya hemos dicho anteriormente, cambian a lo largo de la vida, especialmente en las etapas evolutivas de la infancia y de la adolescencia.

El hecho que los chicos tengan tendencia a grandes grupos de amigos con amistades más lábiles y las chicas grupos más pequeños con amistades más profundas, puede ser una de las causas de que las chicas utilicen más la agresión indirecta. (Goodwin, 1990; Kankaanranta, Lagerspetz y Björkqvist 1993; Lagerspetz, Björkqvist y Peltonen 1988). Hacer daño a través de la relación social parece ser un tipo de respuesta muy utilizada por las niñas desde la etapa preescolar a la adolescencia (Bowie 2007).

No se puede afirmar que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación a la elección de la modalidad de agresividad indirecta. Algunos investigadores han encontrado diferencia a favor de las mujeres en la elección de este tipo de conducta (Björkqvist, Österman, Lagerspetz 1994a; Crick y Grotpeter, 1995; Lagerspetz, Björkqvist y Peltonen., 1988), pero otros indican que no hay diferencias significativas. (Salmivalli y Kaukiainen, 2004).

En lo que si parecería existir consenso entre investigadores es en que los niveles de agresión física y directa se dan más en los varones que en las mujeres (Archer y Côté, 2005; Card, Stucky, Sawalani y Little, 2008; Sánchez, Moreira y Miron 2011).

La literatura también nos indica que las diferencias entre hombres y mujeres varía según el tipo de conducta agresiva que se analiza (Campbell 2005 y 2007). Es decir: a) los varones tenderían a desarrollar con mayor frecuencia conductas de tipo agresivo físico, proactivo y verbal que las mujeres, b) que en general el tipo de conducta agresiva desarrollado por las mujeres sería la de tipo indirecto.

2.5 Relación entre función reflexiva y conducta agresiva

La calidad de la mentalización o FR, en la medida que están asociadas con la autorregulación afectiva, sería un factor inhibidor de las conductas agresivas. Esto sería posible, como ya hemos comentado anteriormente, porque se facilita la capacidad de empatía y de poder ser receptivos emocionalmente a los estados

mentales de los otros. Al contrario, una baja FR sugeriría menor capacidad de empatía con el otro y el incremento de actuaciones violentas (Finzi, Ram, Har-Even, Shnit y Weizman 2001).

La agresividad también puede ser un tipo de conducta de defensa frente al sentimiento de sentirse amenazado. Estaría relacionada con los tres primeros años de la vida del niño, cuando aprende o no a entender los estados mentales del otro (MENTALIZACIÓN). Si en esta etapa de formación, el niño vive el objeto de apego como impredecible u hostil, esto le impedirá que la FR se establezca adecuadamente. En su lugar desarrollara defensas de tipo hostil agresivo o de inhibición. Con el tiempo, la agresión, la tendencia a conductas violentas y problemas psicopatológicos afines (psicopatía, adicciones etc.) sería la forma de relación con los otros. En los estudios que intentan evaluar las variables predictivas de los tipos de agresividad, se han estudiado especialmente las relaciones entre la empatía, distorsiones cognitivas, agresión física, violencia y delincuencia en los adolescentes. (Fonagy, Gergely, Jurist y Target 2004; Fonagy, Moran y Target 1993).

El trauma juega un papel importante en la psicogénesis de la violencia (Johnson, Cohen, Brown, Smailes y Bernstein, 1999). Cuando el suceso traumático está producido por la figura de apego el trauma interferiría gravemente el desarrollo del niño. Los niños maltratados severamente muestran una persistencia a reproducir los tipos de vínculos padecidos y de interpretar de esa manera la realidad. La disociación para el psicoanálisis es un mecanismo de defensa que consiste en escindir elementos disruptivos para el yo, del resto de la psique. Esto se traduce en que el sujeto convive con fuertes incongruencias, sin lograr conciencia de ello y en una incapacidad parcial para reflexionar sobre él mismo y poder pensar sobre los sentimientos de los otros. Este tipo de conductas suelen persistir en la edad adulta y desempeñan un papel muy importante en las conductas violentas.

Otros factores que pueden influir en el desarrollo o no de conductas agresivas son: TEMPERAMENTO, CARÁCTER y COEFICIENTES INTELECTUAL.

Rutter (1982) definió el término **TEMPERAMENTO** como la tendencia innata, propia de un individuo, a reaccionar con un cierto estilo ante los estímulos del ambiente. Se trata de un modo espontáneo y natural de reaccionar, no aprendido, ni inducido por el ambiente o la educación. Es la simple manifestación de las disposiciones psíquicas condicionadas por la constitución orgánica peculiar del individuo. Por eso, el temperamento se observa mejor en niños y animales. Dependiendo de su constitución corporal (especialmente los sistemas neurovegetativo y endocrino), el temperamento es hereditario, innato e invariable, constituyendo en la personalidad una raíz biológicamente permanente. Solo pueden alterar el temperamento los cambios biológicos del individuo, debidos, por ejemplo, al envejecimiento o a la acción esporádica de agentes químicos, tales como las drogas o el alcohol. El temperamento sería la tendencia “primaria”, espontánea y natural, a reaccionar con un cierto estilo.

El **CARÁCTER** es muy diferente al temperamento al estar relacionado con una tendencia “secundaria” ya que es adquirido y está influenciado por el ambiente y por la educación. Es decir que el carácter puede adquirirse, modificarse y perderse. El carácter individual se forma tomando como base el temperamento individual y las modificaciones conductuales de todo tipo a los que el individuo queda sometido. Por ejemplo, una persona espontáneamente impulsiva (temperamento) tendrá esta tendencia toda su vida, pero si aprende a controlarlo y a obrar reflexivamente, su conducta práctica se sobrepondrá a tal tendencia impidiendo sus perniciosos efectos. Su nueva tendencia a actuar de esta manera es su “carácter”. (Rutter 1982). No obstante, estudios recientes, no han demostrado de forma incuestionable que las dificultades temperamentales observadas durante los primeros años de vida de un individuo, puedan ser un factor de predicción de los posteriores problemas de conducta que pueda desarrollar en su vida adulta (Belsky, Hsieh y Crnic 1998; Aguilar, Sroufe y Egeland 2000).

Parece existir un cierto acuerdo entre los autores en que, según el tipo de vinculación afectiva que tenga el niño, éste va a tener más posibilidades de desarrollar uno u otro tipo de conducta agresiva, porque los problemas observados en el tipo de

apego establecido en los primeros años de vida aumentan los factores de riesgo para desarrollar posteriormente problemas de conducta y trastornos de la personalidad. (Belsky, Hsieh y Crnic 1998; Hill, 2002; Shaw, Owens, Vondra, Keenan y Winslow 1996).

Se ha comprobado que teniendo desarrollados unos buenos modelos internos (*Internal Working Models*) estos actuarían como moduladores de las conductas agresivas. Esto será así porque son facilitadores del desarrollo de habilidades para organizar estrategias de acuerdo y de resolución de conflictos (Brando, Valera y Zarate 2008; Markovits y St-Onge 2009). Pero, si el desarrollo de estos *Internal Working Models* es deficitario o presenta graves dificultades, ello unido al apego inseguro (evitativo, preocupado y especialmente el desorganizado), se generarán más altos índices de impulsividad y mayor baja autoestima (López, Sánchez, Pérez-Nieto y Poveda 2008; Vigil-Colet y Morales-Vives 2005; Vigil-Colet, Morales-Vives y Tous 2008). Esto conllevará a un incremento de los trastornos de conducta agresiva directa (Brando, Valera, Zarate 2008; Fearon, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Lapsley y Roisman 2010; Herbert y Martínez 2001). Estos niños al llegar a la adolescencia, suelen derivar en el desarrollo de trastornos de la personalidad de tipo disocial, trastorno límite de la personalidad o adicciones. La gravedad de estos trastornos y la resistencia al tratamiento estarían relacionadas con la baja FR (Fischer-Kern, Schuster, Kapusta, Tmej, Buchheim, Rentrop, Buchheim, Hörrz, Doering, Taubner y Fonagy 2010).

Diferentes autores han correlacionado el **COEFICIENTES INTELECTUAL** bajo y conductas agresivas en niños con antecedentes de malos tratos. Los resultados sugieren que, en relación con los niños no maltratados, estos obtienen resultados más bajos en las pruebas de coeficientes intelectual. Su desarrollo cognitivo, el rendimiento en la lectoescritura y en el lenguaje estarían por debajo de lo esperado para su etapa evolutiva (Delaney-Black, Covington, Odersman, Nordstrom-Klee, Templin, Ager, Jannise, Skol, 2002; Moreno Manso, Rabazo Mandez, García Baamonde 2006; Pino, Herruzo 2000). Si a estos déficits cognitivos les unimos una vinculación de tipo desorganizada con su cuidador principal, tienen un alto factor de riesgo para desarrollar conductas agresivas (Lyons-Ruth 1996).

Estos déficits intelectuales implicarían una menor aptitud verbal que influiría sobre la capacidad para resolver conflictos sociales, aumentando la probabilidad de responder con conductas agresivas ante situaciones de frustración o de sentirse atacado (Morales Vives 2005). Pero también, las personas con un coeficiente intelectual alto tienen una mayor capacidad para poder llevar a cabo el procesamiento de información acerca de las emociones de los otros y saber cómo usar esta información en beneficio propio. Ello sugiere que si no tienen una función reflexiva alta, pueden perfectamente desarrollar conductas agresivas de tipo indirecto, dado que su capacidad intelectual alta va a permitirle manipular al otro y quedar salvaguardado de las consecuencias de su actuación.

2.6 Maltrato, negligencia y abuso sexual: factores de riesgo y de protección

Existen diferentes definiciones del maltrato, el abuso y la negligencia en la infancia. La OMS nos dice que: “*se denomina maltrato infantil o abuso infantil a cualquier acción (FÍSICA, SEXUAL O EMOCIONAL) u omisión no accidental en el trato hacia un menor, por parte de sus padres o cuidadores, que le ocasiona daño físico o psicológico y que amenaza su desarrollo tanto físico como psicológico. Se distinguen cinco tipos básicos de maltrato infantil: abuso físico; abuso sexual, maltrato emocional, abandono físico y abandono emocional*”. La UNICEF lo define como: “*niños que sufren ocasional o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en el entorno social. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo y parcial*” (Convención sobre los derechos del niño 1989). Nosotros utilizaremos la definición que del maltrato hace el “*El llibre d'en Pau*” (Generalitat de Catalunya 1996) por su significado en Cataluña, como trabajo pionero, no sólo para los profesionales de sanidad, sino de todos los profesiones implicados en el trabajo con niños y adolescentes:

MALTRATO FÍSICO:

“Cualquier acción no accidental por parte de los padres o personas cuidadoras de los niños que les provoca daño físico o enfermedad”. (El llibre d'en Pau. Pp.21).

MALTRATO POR NEGLIGENCIA Y ABANDONO:

“Aquellas situaciones en las que las necesidades básicas del niño (físicas, sociales i psicopedagógicas) no son atendidas de manera temporal o permanente, por ningún miembro del grupo con el que él convive”. (El llibre d'en Pau. Pp. 37).

MALTRATO PSICOLÓGICO O EMOCIONAL:

“Es aquella situación crónica en la cual los adultos responsables del niño, con actuaciones o privaciones le provocan sentimientos negativos hacia su propia autoestima y limitan sus iniciativas”. (El llibre d'en Pau. Pp. 47).

MALTRATO SEXUAL:

“Es aquella actuación en la cual un niño o un adolescente participa en actividades sexuales que violan los tabúes sociales y legales de la sociedad, que el niño no comprende o para los cuales no está preparado de acuerdo con su desarrollo y que por tanto no puede dar su consentimiento”. (El llibre d'en Pau. Pp. 57).

OTROS TIPOS DE MALOS TRATOS:

“No son exclusivos del ámbito familiar. Cualquier profesional relacionado directa o indirectamente con el mundo de la infancia y adolescencia (sanidad, educación, organismos de la administración) puede generar situaciones por acción u omisión que impidan el mejor desarrollo de los niños y jóvenes. Pueden presentarse en actuaciones con contacto directo con el niño o bien en actos y disposiciones que no tienen suficientemente en cuenta los intereses reales de la infancia en general. La iatrogenia por la falta de preparación de los profesionales o bien la falta de coordinación entre ellos, pueden ser buenos ejemplos”. (El llibre d'en Pau. Pp.65).

A lo largo de la historia de la humanidad el niño ha sido sujeto pasivo de maltrato, negligencia y abuso. Si hacemos un repaso tanto por la literatura como por la historia nos dan ejemplos se repiten: Saturno devora a sus hijos; Medea, como venganza y para hacer sufrir a Jason, también mata a los suyos; Abraham que estuvo a punto de sacrificar a su hijo Isaac por decreto divino; la matanza de los inocentes ordenada por Herodes; los egipcios ofrendaban una niña al río Nilo para que fertilizara mejor la cosecha anual. El Derecho Romano otorgaba al *pater famili* derechos de vida

o muerte sobre sus hijos, pudiendo a su gusto venderlos, matarlos, castigarlos o abandonarlos a su gusto; el infanticidio también fue una forma de eliminar a los niños con defectos físicos; durante el nazismo se ordenaba matarlos con el fin de alcanzar la supuesta pureza de la raza aria; y un largo etcétera que continua en la actualidad: prostitución infantil, pederastia, tráfico de niños para la prostitución, el trabajo infantil de los niños o enrolados a la fuerza como soldados.

Se identificarán muchos casos de malos tratos entre los siglos XVII y XVIII. A principios del siglo XIX se creó en los Estados Unidos la primera organización “*CHILD WELFARE MOVEMENT*” dedicada a ayudar a niños desamparados. Posteriormente surgieron otras organizaciones contra el maltrato infantil tal como la *Sociedad Neoyorquina para la Reforma de los Delincuentes Juveniles* en 1825. En 1874, en New York una niña de 9 años fue cruelmente maltratada por sus padres, fue el primer proceso judicial en el que se defendía a una menor por malos tratos recibidos de adultos. Una trabajadora de caridad ayudó a la criatura y acudió a la Sociedad Americana para la Prevención de crueldad con los animales. El argumento de la defensa fue que una niña merecía tanta protección como un perro callejero. Resultaría grotesco sino fuera de tanta gravedad, el hecho de existían leyes de protección de los animales y que no existiera ninguna ley que protegiera a los niños. A raíz de este suceso, se creó, en New York, la primera *The Society for the Prevention of Cruelty to Children*. Posteriormente se crearon otras de carácter similar en otros países, como *The National Society for the Prevention of Cruelty to Children, en Londres*.

La esclavitud se abolió en todo el imperio británico en el año 1833, pero no fue hasta el año 1843, en que Horne dirigió la comisión de investigación en el Parlamento británico sobre las condiciones infráhumanas en las que los niños trabajaban en las minas. Sobre esta investigación la poetisa Elizabeth Barrett Browning escribió el famoso poema “*The cry of the children*” (1846).

Hasta la segunda mitad del siglo XIX no aparecen por vez primera publicaciones en relación con el tema del maltrato, abuso y negligencia infantil. El síndrome del niño golpeado fue descrito por primera vez en 1868 por Ambrosie Tardieu. Posteriormente,

Caffey describió la presencia de hematomas subdurales asociados con alteraciones radiológicas de los huesos largos en los niños, y lo catalogó como negligencia de los padres" (Caffey 1946). Silverman en 1953 y W. Evans en 1955 habían llamado la atención sobre la detección de señales de malos tratos y abusos en los niños. En base a las características clínicas observadas en los casos que ingresaban en el Servicio de Pediatría del Hospital General de Denver (Colorado, Estados Unidos), Kempe publica "The Battered Child Syndrome" ("EL SÍNDROME DEL NIÑO GOLPEADO"). Esta publicación genera una importante toma de conciencia, en la comunidad médica, sobre este problema y se empieza a identificar el abuso y maltrato en los menores. Estos trabajos fueron la manera definitiva de que se tomara en consideración la atención a las víctimas de malos tratos infantiles, incluyendo medidas legislativas de protección y la sensibilización de la opinión pública respecto del problema. En los países europeos más desarrollados, se produjo un fenómeno similar en años posteriores. (Kempe y Kempe 1985; Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller y Silver 1962).

Fontana amplió este concepto (Fontana 1979; Fontana y Besharov 1977) al indicar que estos niños podían ser agredidos no solo en forma física, sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término golpeado por el de maltratado. Actualmente se sigue investigando sobre el concepto de maltrato, intentando abarcar todas las diferentes variaciones y modalidades que pueden existir en relación a la acción de lesionar a un niño (Sáez Crespo, Castro Molina, Martínez Piédrol 2008).

Desde la perspectiva de la legislación y toma de conciencia universal, aunque como ya hemos dicho, la preocupación por los derechos de los niños empieza en el siglo XIX, no es hasta el siglo XX cuando empiezan a ponerse en funcionamiento. Es fundamental el papel jugado por Eglantyne Jebb en la redacción de la *Declaración de Ginebra* de 1924. Durante la Guerra de los Balcanes (1913), Jebb fue testigo del terrible sufrimiento de los refugiados, especialmente de los niños, que se vio agravado con la I Guerra Mundial. Todo ese sufrimiento la hizo convertirse en una militante pacifista que la llevó a proporcionar ayuda real a todos los niños de Europa con la creación de la organización *Save the Children*. Posteriormente después de la II Guerra Mundial, en

1948 se aprobó la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, que implícitamente incluía los derechos de los niños. En 1953, la UNICEF (creada en 1946) se convirtió en un organismo permanente dentro del sistema de las Naciones Unidas encargado de ayudar y proteger a los niños y sus derechos. En 1989 la asamblea general de las Naciones Unidas firma el *Tratado Internacional de la Convención sobre los Derechos del Niño* (CDN). En ella se reconoce al niño como sujeto de derecho y a los adultos sujetos de responsabilidades. Otros tratados posteriores como el *Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño* del 2000, relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía o el *Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño*, también del 2000, relativo a la participación de niños en los conflictos armados.

En 1990 se funda en Madrid la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI), por tres Asociaciones de ámbito autonómico: Asociación Catalana para la Infancia Maltratada (ACIM), Asociación Madrileña de Prevención de los Malos Tratos (APIMM) y Asociación Vasca para la Ayuda a la Infancia Maltratada (AVAIM), todas ellas pioneras en nuestro de país en la prevención, la sensibilización y el abordaje del fenómeno del maltrato y la desprotección infantil. Como generalmente sucede es la presión social la que abre puertas a la conciencia ciudadana. Estas ONGs facilitaron la toma de conciencia por parte de las Administraciones. En el año 1992 se crea en el Hospital Sant Joan de Déu de Espulgues (Barcelona) la Unidad Funcional de Atención al Maltrato (UFAM). La publicación del “Llibre d'en Pau” en 1996 marca en Cataluña, un antes y un después de la conciencia del problema de los malos tratos y abusos sexuales infantiles. No obstante persiste la dificultad de prevención, detección temprana y tratamiento en servicios públicos de esta población. (Generalitat de Catalunya, 1996).

Factores de riesgo

La relación afectiva que se establece en la infancia con las figuras de apego proporciona el prototipo de las relaciones afectivas en etapas posteriores a

través de las representaciones mentales que los menores van formando y que incluyen los recuerdos de su relación con la figura de apego, de sí mismo y de las expectativas que había colocado en esa relación (si se cumplen o no), que serían los modelos internos (*Internal working Models*). Si la vinculación se ha caracterizado por el rechazo, la desatención y la falta de apoyo afectivo se puede generar la transmisión del maltrato infantil a la siguiente generación, porque estos *Internal working Models*, actuarían a modo de esquemas cognitivos aprendidos durante la infancia, facilitando que fuera vivido como “normal” la reproducción del mismo modelo que usaron sus padres con ellos (Milner 2005).

Las relaciones de apego que se forman cuando los niños son pequeños afectan a su modo de establecer relaciones cuando llegan a la edad adulta, incluidas las relaciones con sus propios hijos. De tal manera, los modelos de apego suelen transmitirse de generación en generación. Se han realizado numerosos estudios (Lecannelier, 2002a, 2002b; Marrone 1998) en los que se observa cómo se comportan con sus hijos las madres pertenecientes a diferentes categorías según la clasificación de los estilos de apego del adulto y qué tipos de apego manifiestan sus hijos. Una historia infantil caracterizada por el rechazo, la desatención y la falta de apoyo afectivo puede generar la transmisión del maltrato infantil porque estos *Internal Working Models* funcionarían como esquemas cognitivos persistentes que incidirán en la forma en que estos padres se enfrentaran con sus situaciones infantiles (Mikulincer, Shaver y Horesh 2006).

Diferentes investigaciones (Benoit y Parker 1994; Bretherton 1985,1987; Fonagy, Steele, Moran, Steele y Higgitt 1991) han observado que existe un porcentaje muy elevado (rondaría el 80%) de que las representaciones maternas del apego se transmitan a los hijos. Esto tendría lugar a través de los modelos internos activos construidos durante la infancia y reelaborados posteriormente. En algunos casos (Benoit y Parker, 1994), la transmisión se ha detectado a lo largo de tres generaciones. Esta transmisión parece más clara en el caso de las madres que en el de los padres, probablemente porque los padres suelen pasar menos tiempo interactuando con sus hijos y no suelen representar la figura principal de apego (van IJzendoorn, 1995).

La literatura sugiere que el tipo de apego que tiene la madre es un factor pronóstico del tipo de apego que va a tener su pequeño en la vida adulta. Esto es especialmente observable cuando se refiere a las relaciones clasificadas como seguras en contraste con las inseguras. En el caso de madres con apego evitativo, preocupado o desorganizado, especialmente este último, lo más probable es que tengan hijos con apego de tipo inseguro, y que este hijo, al ser mayor, tienda a repetir relaciones conflictivas con sus propios hijos.

Las madres con apego seguro van a demostrar una mayor sensibilidad con sus hijos, reaccionando oportunamente ante sus demandas de atención, consuelo y comunicación. Los adultos autónomos se muestran más capaces de reaccionar de manera sensible con sus hijos (como ya se explico en la “La situación con el extraño”) y sus hijos acusan una mayor probabilidad de entablar relaciones de apego seguras (Van IJzendoorn, 1995) que en los casos en los que los padres presentaban apego de tipo evitativo, preocupado o desorganizado. Investigaciones efectuadas a madres y padres británicos durante el embarazo, usando la entrevista *Adult attachment Interview (AAI)* evaluaron, con alta fiabilidad, el tipo de relaciones de apego que luego establecerían sus hijos con ellos. Estos descubrimientos fueron extrapolados de un meta-análisis a gran escala de las investigaciones sobre el apego (Van IJzendoorn 1995; Van IJzendoorn, Juffer y Duyvesten 1995), que condujo a la elaboración de la noción de “brecha de transmisión” que destacó el hecho de que los factores que contribuyen a la transmisión intergeneracional del apego aún no han sido identificados con exactitud ni se han llegado a comprender totalmente sus modalidades operativas.

El apego del niño pequeño es decisivo, tanto por el lugar que ocupa al inicio de los caminos del desarrollo como por su relación con numerosas funciones evolutivas cruciales: la afinidad social, la modulación de los estímulos, la regulación emotiva y la curiosidad, por nombrar solamente algunas de ellas. Las experiencias de apego siguen teniendo, incluso dentro de una perspectiva tan compleja, vital importancia para la formación de la persona. (Sroufe, 2005). Aunque la literatura sugiere que las relaciones de apego inseguras están vinculadas con los peores resultados evolutivos, es importante darse cuenta de que en el desarrollo de los niños influyen numerosos

factores. Algunos de ellos pueden provocar un incremento de los riesgos (por ejemplo: niños con problemas de deficiencias físicas o cognitivas) y otros pueden ejercer una función protectora o mitigadora (figuras de vinculación externa a la familia: una vecina, la maestra). Dada la complejidad de la cuestión, cada niño puede tener diferentes variables (relaciones de apego con otras figuras) que pueden evitar esa transmisión patológica.

Fonagy y su equipo (Fonagy, Steele, Steele, Leigh, Kennedy y Mattoon 1995) señalan que a partir de experiencias repetidas con sus figuras de apego, los niños desarrollan expectativas en cuanto a la naturaleza de las interacciones. Así, las relaciones tempranas de apego poseen amplia influencia en la capacidad para regular el estrés, en la regulación de la atención, y en la función mentalizadora de los sujetos (Fonagy y Target, 2002) y en las formas en que procesaran la información de la conducta de las figuras de apego dando lugar a perfiles de personalidad y la tendencia a desarrollar psicopatología (Crittenden, 1990; 1995).

En el apego seguro se presentan mayor cantidad de emociones como confianza, alegría, placer, calma y tranquilidad; en el estilo evitativo predominan emociones de ansiedad, miedo, rabia, hostilidad y desconfianza y, en el estilo ambivalente, resaltan emociones como preocupación, rabia, miedo, estrés y ansiedad. Con respecto a las estrategias de regulación emocional, en el estilo seguro se utilizan mayormente estrategias de búsqueda de proximidad, afiliación, exploración; alta expresión de las emociones y búsqueda de apoyo social. En el estilo evitativo se tiende a utilizar estrategias de inhibición emocional, distanciamiento de lo emocional y de lo afectivo, exclusión de recuerdos y pensamientos dolorosos, inhibición de búsqueda de proximidad, supresión de emociones negativas y distanciamiento de los contextos de apego. En el estilo ambivalente se utilizan con mayor frecuencia estrategias de búsqueda de proximidad hacia las figuras de apego, hiper vigilancia, fumigación y sobre activación general del organismo, inhibición emocional, atención directa al estrés, acceso constante a recuerdos emocionales negativos, activación crónica y disfuncional del sistema de apego (Garrido-Rojas 2006).

En la mujer, el embarazo y nacimiento de su hijo da lugar a la constelación materna (Stern 1997), que debe contar con los elementos necesarios en su entorno familiar y social que le hagan sentir reconocida y contenida. Esta constelación materna producirá, en la madre, una serie de cambios: físicos, biológicos, hormonales, afectivos y psicológicos, que van a implicar un reordenamiento profundo de sus intereses y preocupaciones y la reedición de su propia historia vincular. Pero si en esta se dan factores tales como: embarazos no deseados; la madre tiene: antecedentes o padece trastornos psiquiátricos o adiciones o tiene antecedentes de malos tratos, negligencia y /o abuso sexual en su niñez; no se observan factores de resiliencia o de protección familiar o social; y si, especialmente, el tipo de vínculo que presenta la madre es de tipo no seguro (evitativo, preocupado y especialmente el desorganizado) podemos pensar que existirán importantes factores de estrés materno que dificultaran la correcta vinculación madre-hijo y el posterior correcto desarrollo evolutivo del hijo. El estrés materno parecería estar relacionado con la violencia interpersonal en la interacción entre padres e hijos, relacionado con una disfunción en la relación madre hijo, especialmente en las dificultades que puede tener la madre en interpretar las señales que le emite su hijo. El estrés postraumático materno predice una menor disponibilidad materna después del estrés de separación. Esta disfunción en la relación puede comportar problemas en el bebé tanto a nivel de los aprendizajes como en el desarrollo socio-emocional del mismo. (Schechter, Willheim, Hinojosa, Scholfield-Kleinman, Turner, McCaw y Myers 2010). Se ha observado que, los adolescentes con apego de tipo preocupado, presentan unos niveles más altos de conductas de tipo agresivo directas y comportamientos sexuales inadecuados y/o de riesgo. Es probable que, en este perfil, el adolescente tenga un alto riesgo de presentar conductas impulsivas y hostiles con un alto riesgo de desarrollar un trastorno antisocial o un trastorno límite de la personalidad en la edad adulta temprana. (Feduchi, Mauri, Raventós, Sastre y Tió 2006; Kobacki, Zajac y Smith 2009; Tió 2006).

Uno de los mayores riesgos para los bebés que están en centros de protección de menores radica en el hecho de que el bebé no posea una figura de apego que sea significativa y estable. Esta falta de figura de vinculación influirá negativamente en su desarrollo evolutivo en general. Diferentes estudios han demostrado la necesidad de

que los niños tengan cuidadores con una formación adecuada y que les puedan dedicar el tiempo de atención y continuidad en los cuidados que estos bebés necesitan para su correcta evolución biológica, cognitiva y emocional. (Vorria, Papaligoura, Dunn, Van IJzendoorn, Steele y Kontopoulou 2003).

Factores de protección y resiliencia

Como ya hemos dicho antes, las relaciones de apego forman parte de la esencia misma del desarrollo del funcionamiento emocional y social del individuo: los cambios en las relaciones de apego entre el niño pequeño y su cuidador no tienen una relación necesariamente positiva con un determinado resultado ni conducen inexorablemente a un resultado, sea cual fuere. Hay factores que pueden romper esta transmisión transgeneracional del apego inseguro. Werner (Werner 1989 y 1993; Werner y Smith 1982) estudió a un grupo de personas desde el nacimiento hasta los 40 años. La investigadora notó que algunos niños que estaban aparentemente condenados a presentar problemas en el futuro (considerando todos los factores de riesgo que presentaban), llegaron a ser exitosos en la vida, a constituir familias estables y a contribuir positivamente con la sociedad. Algunos de ellos procedían de los estratos más pobres, de madres solteras adolescentes y de grupos étnicos postergados, además de tener el antecedente de haber sido de bajo peso al nacer. Werner (1993) a partir de la observación de su muestra, definió el concepto de "niños invulnerables". Entendiendo el término "invulnerabilidad" como el desarrollo de personas sanas en circunstancias ambientales insanas. Posteriormente, para definir este tipo de población se usa el término de resiliencia.

RESILIENCIA (del verbo latino *resilio, resilire* que significa saltar hacia atrás, rebotar) es un concepto de la física que describe la capacidad que tiene un cuerpo deformado por una fuerza a volver a recuperar su forma cuando cesa la fuerza causante de esa deformación. (Munist, Santos, Kotliarenco, Suarez Ojeda, Infante, Grotberg 1988; Munist, Suarez Ojeda, Krauskopf, Silber 2007). Nosotros nos referimos a la definición aplicada a la salud mental acuñada por Rutter (1979, 1985, 1990, 2003) que hace referencia a la capacidad de los sujetos para sobreponerse a períodos de dolor emocional y traumas.

La **RESILIENCIA** se definiría como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida “sana” en un medio insano. Estos procesos se realizan a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre los atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. Así la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con el que los niños nacen o que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trata de un proceso que caracteriza un complejo sistema social, en un momento determinado del tiempo (Rutter, 1992; Vanistendael 1994). Si una persona es capaz de organizarse a pesar de las situaciones desfavorables de su vida, tiene una resiliencia adecuada y puede sobreponerse. En los casos de malos tratos o de graves situaciones traumáticas, la resiliencia permite al niño sobrevivir psicológicamente, porque puede evaluar y utilizar las representaciones mentales para valorar la percepción de los padres y de uno mismo (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt, y Target, 1994). Este concepto lo volveremos a retomar cuando hablemos de la población DGAIA (Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia).

Las personas resilientes se caracterizan por tener mejores recursos internos, es decir: niveles más altos de autoestima y mejores habilidades sociales y de afrontamiento. Por otra parte, el haber tenido un mejor apego durante la infancia, facilita que tengan niveles anímicos más estables en la vida adulta, con mayor capacidad de elaborar el trauma generado por el maltrato y una mejor capacidad para asignarles sentido a las experiencias de sufrimiento, un mejor control de impulsos de agresión; una mayor capacidad para empatizar con los otros y con mejores habilidades sociales. A nivel social y familiar, son capaces de hacer frente a los factores de estrés ambientales, tienen una mayor capacidad de apoyo emocional al poder crear redes de apoyo de calidad. Las personas con resiliencia son las que lograran superar la experiencia infantil de maltrato y romper el estereotipo de que el niño abusado será un padre maltratador. (Luthar 2006; Masten y Powell 2003; Riley Masten 2005).

Poseer una sólida mentalización o FR es un elemento protector para la vulnerabilidad en situaciones traumáticas posteriores (Fonagy y Steele 1997). Su existencia nos indica además una buena capacidad de resiliencia. Es decir, de evocar la historia personal sin confundirse y, frente situaciones vitales adversas, ser capaz de

encontrar factores de protección que ayuden a evitar repetir los modelos de conducta negativos aprendidos de las experiencias familiares.

2.7 Centros Residenciales de Acción Educativa (CRAE): características de la población atendida

La historia del acogimiento residencial es muy extensa dado que ha estado presente en la asistencia a los niños abandonados y desprotegidos durante muchos siglos. Estos centros residenciales han tenido diferentes denominaciones, tales como: Casa de Expósitos, Casa de la Misericordia, Casa Cuna, Hospicio, etc. De hecho, durante décadas, la historia de la atención a la infancia desprotegida se basaba en una respuesta única y universal: la colocación del niño en una institución que pudiera cubrir sus necesidades más elementales en sustitución del ambiente familiar, ya fuera por carecer de él, o por ser este deficitario.

A finales del siglo XIX, eran evidentes las lamentables condiciones higiénicas y médicas que padecían una parte importante de la infancia española. Esta situación generó la necesidad de crear instituciones dedicadas a ellos, tales como: los consultorios de niños de pecho y gotas de leche, los sanatorios marinos y las colonias escolares. Estos recursos proporcionaron importantes mejoras en la higiene, salud y en la educación de los menores que pudieron participar en los mismos. En 1878 se fundó la Sociedad Protectora de Niños, gracias al impulso de los reformadores sociales y filántropos que creían que debían salvar a los niños del trabajo, la mendicidad y la brutalidad de sus padres. Pero esa brutalidad y maltrato la circunscribían exclusivamente a las clases bajas (pobres y/u obreras) porque no se consideraba posible que pudiera existir el maltrato o el abuso hacia los niños pertenecientes a las clases altas. Ese fue uno de los motivos por los cuales el tema del maltrato o el abuso se tuviera en cuenta a la hora de legislar. La legislación se centró sólo en el tema del trabajo y la delincuencia infantil. La Ley de Protección a la Infancia de 1904 y su Reglamento de 1908 fueron los vehículos legales en los que se apoyó el cambio de actitud hacia la infancia de una parte importante de la sociedad española. Las normas legales se sustentaban en que los niños disponían de unos derechos

básicos frente al desamparo y explotación al que estaban siendo sometidos muchos de ellos. (Fernández Soria, Mayordomo Pérez 1984).

A mediados del siglo XX (años ochenta) la institucionalización como medida de protección era la respuesta predominante en España. Los organismos implicados en la protección a la infancia a nivel del estado, antes de que las autonomías tuvieran las competencias sobre esta materia y se creara un sistema público de servicios sociales, se caracterizaban por sus grandes inversiones en instituciones. La medida de acogimiento residencial ha experimentado al menos dos transiciones importantes desde aquella época. El acogimiento residencial dejó de ser una medida para la crianza de niños sin hogar y pasó a ser una medida temporal de atención al servicio de la solución definitiva de integración familiar. Esta idea toma como modelo los sistemas de protección de Estados Unidos, la “*permanency planning*” (Maluccio, Fein y Olmstead, 1986), cuya finalidad era la reintegración del menor en un contexto protector familiar, ya sea en familia propia o en una nueva familia. (Balcells 1997; Bravo y Del Valle, 2001; 2003; 2009; Casas 1985; 1988; Lazaro 2008).

Cataluña fue la primera Comunidad Autónoma que con la Ley 11/1985, del 13 de junio, aprobó una regulación, moderna y ajustada a los principios constitucionales, para la protección de los menores desamparados y de los que manifiestan conductas de riesgo social. Aquella Ley abrazaba los tres ámbitos de actuación en los que tradicionalmente se ha estructurado dicha protección: la prevención de la delincuencia infantil y juvenil, el tratamiento de la delincuencia infantil y juvenil y la tutela de los menores cuando falta la potestad parental o esta se ejerce de forma inadecuada. En 1997 se firmó un convenio entre los Departamentos de Sanidad y Justicia de la Generalitat de Cataluña, por el que los Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) se responsabilizaban de la atención psiquiátrica y psicológica de los menores acogidos en Centros Residenciales (CRAE).

Los CRAEs son instituciones para la guarda y educación de los menores a los que se aplica la medida de acogimiento simple en institución, de acuerdo con el informe previo de los técnicos competentes. Sus funciones principales son: promover,

establecer y aplicar medidas técnicas educativas y de inserción social, laboral y familiar y la coordinación con los servicios sociales de base, entidades asociativas y servicios especializados (sanitarios, escolares, trabajo, etc.); con el fin de proporcionar a los menores atendidos, una cobertura total, tal como marca el ordenamiento legal vigente para el ejercicio de la guarda y la educación.

La población acogida en los CRAEs está formada por menores de edades comprendidas entre los 0 y 18 años, procedentes de familias con graves distocias. Por distocias entendemos, por ejemplo: padres toxicómanos o con trastornos mentales; en situación económica muy perentoria, los sin hogar (*homeless*), que viven en viviendas sin las condiciones mínimas de habitabilidad (chabolas), que vivan en albergues y/o utilizan a los hijos para la mendicidad; que los niños sean víctimas o testigos de violencia entre los padres; que carezcan de una familia extensa o de una red social de apoyo; etc.

Últimamente se han producido cambios muy importantes en el perfil tradicional del menor desamparado en España. Desde finales del siglo XX venimos observando modificaciones muy importantes en el entorno de esos menores tales como: la incorporación de la mujer al mundo del trabajo, familias desestructuradas sin soporte de la familia extensa, familias mono parentales, incremento del consumo de tóxicos y alcoholismo, factor altamente de riesgo si también se da en la madre. (Lázaro 2007).

Aunque parece existir una mayor sensibilidad y preocupación en la sociedad sobre el tema de los malos tratos, negligencia y abusos sexuales en la infancia, este tipo de población continua siendo invisible mayoritariamente, por las dificultades en la detección, la efectividad de la atención individual y las dificultades de coordinación en red de los profesionales implicados.

Los cambios sociales y culturales no solo han afectado a las familias del país sino que la sociedad ha recibido un flujo muy importante de emigrantes con valores sociales, familiares, culturales y religiosos muy diferentes a los nuestros. Menores que

han venido con sus familias, emigrando todos juntos, o menores dejados al cuidado de terceros en su país que posteriormente emigran al ser reclamados en los reagrupamientos familiares. El choque cultural de estos menores y su adaptación suelen ser fuente de conflictos y malestar (Capdevila, Ferrer 2004; Setién, Berganza 2005).

Uno de los problemas más graves son los púberes o adolescentes no acompañados que emigran con la ilusión de encontrar trabajo. Un ejemplo de ello es el colectivo de adolescentes emigrantes que están desamparados; se calcula que en la ciudad de Barcelona existen no menos de 300 menores de edad magrebíes que viven en la calle. Son chicos/as que emigran sin su familia a nuestro país con la esperanza de encontrar trabajo, pero lo hacen sin documentación, sin tener la edad necesaria para incorporarse al mundo laboral y, por supuesto, sin calificación profesional. Ello ha generado un colectivo en riesgo social caracterizado por la movilidad geográfica, un desarraigamiento social y familiar, sin identificación y que cometen pequeños delitos para sobrevivir en el país que les acoge. La sociedad no ha estado preparada para dar respuesta al cubrimiento de las necesidades básicas de este nuevo colectivo en riesgo, ya que ha aparecido de forma muy reciente. Así, estos menores, que en el mejor de los casos serán declarados desamparados para ser tutelados y protegidos por la Administración, en la mayoría de los casos rechazan esta tutela huyendo de centros de acogida que están pensados y organizados para un tipo de menores de características y expectativas muy alejadas a las suyas. (Balcells, 2009; Balcells, del Arco y Miñambres 2007; Balcells, Fuentes-Pelaez, Mateo; Mateos y Violant 2010).

La llegada de estos extranjeros menores de edad no acompañados ha tenido gran impacto en los Servicios de Protección a la Infancia derivado de su especial perfil cultural y personal, muy diferente al que hasta ahora estaban acostumbrados, generando la aparición de nuevas necesidades que tienen fuerte incidencia en la organización del sistema de protección de la infancia (Gomez-Granell, Garcia-Mila, Tipoll-Millet y Panchon 2002).

3. OBJETIVOS

Describir y comparar el nivel de FR que presentan los menores de los centros CRAEs e IES de Lleida

Describir y comparar los niveles de los distintos tipos de conducta agresiva (física, verbal o indirecta) entre los menores de los CRAEs e IES de Lleida

Conocer y evaluar la relación entre la FR y los distintos tipos de conducta agresiva (física, verbal e indirecta) considerando el centro a que pertenece el individuo, el sexo, el coeficiente intelectual y la patología clínica.

4.- HIPÓTESIS

H1: Los sujetos de los CRAEs presentan niveles más bajos de FR que los sujetos del IES.

H2: Existen diferencias de la función reflexiva entre sexos tanto en los CRAE como en el IES

H3: Los sujetos de los CRAEs presentan mayores niveles de agresión (física, verbal y indirecta) que los sujetos del IES.

H4: El coeficiente intelectual más bajo se asocia con una función reflexiva más baja.

H5: Los niveles altos en los tres tipos de agresividad se relacionan con la presencia de patología psiquiátrica, especialmente: trastornos de conducta, patología de la personalidad y conductas adictivas.

H6: La función reflexiva se relaciona con los niveles de agresividad

5. MATERIALES Y MÉTODO

5.1 Sujetos:

Los sujetos incluidos en esta investigación han sido 50 chicos y chicas de los Centros Residenciales de Acción Educativa (CRAEs) de Lleida y 50 chicos y chicas del Instituto de enseñanza Secundaria (IES) Torre Vicens de Lleida. La participación de todos los chicos fue totalmente voluntaria y no se les ofreció compensación económica alguna por su participación. Ambos grupos fueron emparejados según su edad y sexo. Las edades de los chicos oscilaron entre los 12 y los 17 años.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: pertenecer a un CRAE de Lleida o estar estudiando en el IES Torre Vicens y tener entre 12 y 17 años cumplidos al momento de la entrevista. Los criterios de exclusión fueron: a) presentar deficiencias cognitivas que impidieran el entendimiento de las pruebas y la entrevista clínica; b) la negativa del menor, los padres o tutores a participar en el estudio.

Para poder llevar a cabo esta investigación, previamente al reclutamiento de los sujetos, se obtuvo la autorización del CEIC de Sant Joan de Déu (Anexo: 1) y todos los participantes firmaron el Consentimiento Informado y de confidencialidad (Anexos: 4, 5, 9, 10)

Los CRAEs en los que se han reclutado los menores para este estudio han sido:

ENRIC LLABERIA: Es un centro propio de la Dirección General de Atención al Menor y el Adolescente (DGAIA) de la Generalitat de Cataluña. Cuenta con 24 plazas para chicos y chicas de 12 a 18 años. Se encuentra situado en la ciudad de Lleida. Es un edificio que está dividido en 2 Llars (casas).

LLARS TORRE VICENS: Es un centro propio de la DGAIA de la Generalitat de Cataluña. Una parte de las Llars (casas) está gestionada por la Generalitat y otra es de gestión privada por parte de la Cooperativa Consop Actua. Cuenta con 60 plazas para chicos y chicas de 0 a 18 años. Se encuentra situado en la ciudad de Lleida. Físicamente

está distribuido en 7 Llars (casas) independientes las unas de las otras: 5 Llars que atienden a menores pre adolescentes, 1 Llar que atiende exclusivamente chicos adolescentes, y otra Llar que tiene funciones de Casa Cuna y de Centro de Acogida, con menores de 0 a 3 años. Cada una de estas Llars cuenta con 8 plazas a excepción del Centro de acogida que tiene 12 plazas.

MARE ESPERANZA: Es un Centro colaborador con la DGAIA de la Generalitat de Cataluña. La dirección y gestión del CRAE y parte del equipo educativo pertenecen a la Congregación religiosa Misioneras Esclavas del Inmaculado Corazón de María. Cuenta con 29 plazas para chicos y chicas de 3 a 18 años. Se encuentra situado en una torre con amplio jardín, en la Carretera de Huesca, a aproximadamente unos 4 Km. del centro de Lleida.

CASA DON BOSCO: Es un Centro colaborador con la DGAIA de la Generalitat de Cataluña. La dirección y gestión del CRAE pertenecen a la orden de los Salesianos. Gestiona 7 plazas de menores de 16 a 18 años

CENTRO DE ACOGIDA DE RAIMAT: es un centro propio de la DGAIA de la Generalitat de Cataluña. Se encuentra situado en una torre con jardín, en el pueblo de Raimat situado a aproximadamente unos 15 Km. de Lleida. Está gestionado por la Fundación Mercè Fontanilles. Es un centro de menores, es un servicio residencial de estancia limitada y transitoria. Su función es la atención inmediata y transitoria de los niños que han padecido negligencia, abandono, malos tratos y/o abusos sexuales, con la finalidad de analizar su problemática mediante un estudio diagnóstico interdisciplinario. Este estudio permite elaborar la propuesta de la medida más adecuada para el menor. La propuesta puede ser: derivarle a un CRAE, retorno a la familia biológica o a la familia extensa (hermanos mayores, abuelos, tíos) o a una familia de acogida. Cuenta con 16 plazas para chicos y chicas de 3 a 18 años. El Centro de acogida para la población de 0 a 3 años es, como ya mencionamos anteriormente, el CRAE Torre Vicens.

Con el objetivo de disponer de un grupo control con el cual comparar los resultados obtenidos en el grupo de menores reclutados de los CRAEs se seleccionó un grupo de menores del Instituto de Enseñanza Secundaria (IES) Torre Vicens de Lleida. El objetivo era reclutar un grupo de menores lo más parecido al grupo de menores de los CRAEs (en cuanto a sexo y edad), perteneciente a la misma población geográfica de los CRAEs pero con menor exposición a situaciones de violencia, negligencias o malos tratos.

IES TORRE VICENS DE LLEIDA es el más antiguo de Lleida. Consta documentación sobre él desde 1842 que se ha recogido en el libro conmemorativo de su 150 aniversario. La población que asiste a este centro escolar pertenece a un nivel socio-económico-cultural dentro de la media de la sociedad leridana. Los índices de fracaso escolar y violencia y/o conflictos en las aulas, también están en la media de la ciudad. La enseñanza abarca población ESO, Bachillerato y Módulos Profesionales.

5.2 Materiales

5.2.1 Perfil Socio-Familiar del Menor

Para recoger información general básica del menor y su situación actual, se creó una hoja de recogida de datos original y específica. Este cuestionario recogía información sobre: sexo, edad, situación escolar, procedencia y motivo de ingreso al CRAE, tipo y origen de la familia, antecedentes patológicos del menor y la familia y problemas conductuales del menor.

Los antecedentes del grupo CRAE fueron aportados por su tutor y extraídos del expediente del menor. Los antecedentes del Grupo IES fueron aportados por los padres y el menor.

El cuestionario de recogida de los datos socio - demográficos se encuentra en el anexo nº 11

5.2.2 Friends and Family Interview (FFI)

La FFI es una entrevista semiestructurada que investiga, cuantifica y mide la relación del menor con sus figuras de referencia y el concepto que se tiene de ellas y de uno mismo

La FFI se fundamenta en la teoría del attachment y se construyó en base a la entrevista *Adult Attachment Interview* (AAI). Main y colaboradores, desarrollaron un modelo de evaluación de la FR similar a como se hace con las respuestas de la AAI (George, Kaplan, Main, 2004; Main, 1993 y 2000; Main, Hesse, 1990; Main, Hesse, 1992; Main, Solomon, 1990). La AAI es una entrevista semiestructurada, que se centra en experiencias de apego temprano y sus efectos. Fue creada en la Universidad de Berkeley a principios de los 80 y finalizada alrededor de 1984-1985 (Main, 1991. 1993.1996, 2000; Main y Cassidy, 1988; Main y Golwiyn, 1984b; Main, Goldwyn y Hesse, 2003; Main y Hesse, 1990, 1992; Main, Hesse y Goldwyn, R. 2008; Main, Kaplan y Cassidy, 1985; Main y Solomon, 1986, 1990).

La FFI es un cuestionario que fue validado en una población de 100 mujeres embarazadas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la University College Hospital (Fonagy, 1999, 2001; Fonagy, Gergely, Jurist y Target 2002; Fonagy, Leigh, Steele, Steele, Kennedy, Mattoon y Target, 1996; Fonagy, Steele, Moran, Steele y Higgitt 1991b; Fonagy, Steel y Steele 1991a; Fonagy, Steele, Steele, Higgitt y Target, 1994; Fonagy, Steele, Steele, Leigh, Kennedy, Mattoon y Target, 1995; Fonagy, Steele, Steele y Target, 1997; Fonagy y Target, 1996, 1997, 1998; Fonagy, Target, Steele y Steele, 1998; Steele, Steele, Croft y Fonagy, 1999; Steele y Steele, 2005; Steele, Steele y Fonagy, 1996; Steele, Steele y Kriss 2009).

Para la validación de la FFI se tomo en cuenta y se valoró si el tipo de vinculación correlacionaba con: 1) la FR o mentalización, 2) el coeficientes intelectual (usando el test de RAVEN para su valoración (Raven, Court, Raven 1986), 3) los tipos de relación de dependencia, independencia y rechazo de las madres, padres y compañeros, con la escala *Epstein's Mother-Father-Peer Scale* (Epstein, 1983) y 4) los tipos de personalidad, con el cuestionario *Eysenck Personality Questionnaire* (Eysenck y Eysenck 1975), y el inventario *Langner 22 Sources of Self Esteem Inventory* (Langner 1962).

La FFI también ha sido validada por el The London Parent-Child Project. Fue un trabajo de investigación longitudinal. La entrevista FFI se ha utilizado para: estudios comparativos con la AAI (Meehan, Levy, Reynoso, Hill y Clarkin 2009); la valoración de las mejoras en la FR durante el transcurso de la psicoterapia psicoanalítica (Levy, Meehan, Kelly, Reynoso, Weber, Clarkin y Kernberg, 2006); la evaluación del trastorno límite de la personalidad (Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg, 2007); el estudio del tipo de vinculación madre hijo y su relación con los síntomas depresivos de los hijos (Kerns, Brumariu y Seiber 2010); el tipo de vinculación afectiva entre los niños procedentes de la adopción internacional y padres adoptantes (Abrines y Barcons, 2009; Barcons, Costas y Fornieles 2011, Pierrehumbert, Muntean, Tomita, Ungureanu y Haberssat 2011).

Una de las críticas que se pueden hacer a esta entrevista es la que hace en su tesis doctoral Westphal (2007) que le cuestiona el no haber reportado *intercoders* (es decir investigadores independientes) ya que este instrumento requiere de formación especializada y de una acreditación previa para su corrección.

La investigadora C. Tello realizó el Curso de formación sobre la aplicación y codificación de la *Entrevista de Apego para Adultos* (AAI) con la docente Dra. S. Gojman de Millan, miembro acreditado para la formación de hispanos parlantes por el equipo de la Dra. Main. La investigadora está acreditada para codificar las categorías organizadas F, E y Ds de la entrevista (que se explicarán más adelante), por los Dra. Main y Dr. Hesse (Universidad de Berkeley) en 2007. La investigadora C. Tello también está autorizada por el Dr. H. Steele para usar la traducción al castellano realizada por la Dra. Herreros (2009) de la FFI y capacitada para interpretar los datos obtenidos y su puntuación. En el año 2009 la investigadora obtuvo la acreditación para la correcta administración de la entrevista. La autorización del Dr. Steele para el uso de la FFI se encuentra en el anexo nº 12, la entrevista FFI en el anexo nº 13 y la hoja de codificación de la FFI en el anexo nº 14.

La FFI consta de 26 preguntas y la puntuación de cada pregunta oscila entre 0 y 3. La puntuación de las preguntas permite evaluar las 6 subescalas (Coherencia, Metacognición o FR, evidencia de disponibilidad de una base segura, evidencia

autoestima, relaciones con los pares y ansiedades y defensas) y obtener una clasificación final de FR. (las puntuaciones oscilan entre 0 y 3).

FFI se empieza a puntuar a partir de la pregunta número 3. Las dos primeras preguntas buscan generar confianza en el entrevistado y aclarar las dudas que este pueda tener sobre la misma. El entrevistador debe apuntar los códigos no verbales observados durante el pase de la FFI, especialmente las expresiones faciales que indiquen tensión y ansiedad y los movimientos corporales o la postura, incluidas las estereotipias de tipo postural. En las notas debe indicarse cualquier situación que pudiera haber resultado traumática en la vida del individuo, como por ejemplo: pérdida o separación de alguna figura de apego importante, cambio de casa, pelea y/o divorcio de los padres. Así mismo, debe tomarse nota si se considera que el sujeto ha sido capaz o no de reorganizarse en relación a esa situación de estrés o de ansiedad.

Las puntuaciones se realizan en función del análisis del discurso del entrevistado, siguiendo las cuatro NORMAS DE GRICE (Escandell 1999; Grice 1975; Levinson 1985; Reyes 1998; Pilleux 2001). De acuerdo con este autor, usamos el lenguaje para diferentes finalidades tales como: especular, rechazar, negar, calificar, preguntar, perdonar, felicitar, saludar, agradecer, etc. Todos estos son actos del habla. El lenguaje puede variar de una cultura a otra y es el reflejo de diferentes sistemas de valores.

Las **MÁXIMAS DE GRICE** son:

- **VERACIDAD:** Alude al hecho de ser sinceros y tener evidencia de lo que uno dice.
Se deben tener en cuenta los siguientes aspectos: *¿Ha dado el niño suficiente evidencia de que sostiene sus ideas? Como entrevistador: ¿Estás convencido de que las experiencias de Apego pasadas del niño fueron como las cuenta él?*
- **ECONOMÍA:** Se refiere a la capacidad de ser sucinto, y sin embargo, completo.
¿Proporciona el niño la cantidad adecuada de información?
- **RELEVANCIA:** Alude a la dirección de la conversación, que ésta verse sobre temas importantes relacionados con lo que se habla. *¿Son triviales y carentes de importancia los*

temas de los que habla el entrevistado? ¿Responde realmente a lo que se le está preguntado o se sale por la tangente?

- **MODO:** Se refiere al hecho de ser claro y ordenado. *¿Muestra el niño un nivel de atención, interés y deferencia adecuados para su edad? ¿En qué medida le es fácil o difícil conectar con el entrevistador y las preguntas de la entrevista?*

Ahora describiremos las seis escalas de la FFI

De acuerdo a la guía de codificación del 2009 de la entrevista FFI (Stelle, Steele y Kriss 2009) las distintas sub-escalas deben puntuarse de la siguiente manera:

1.- COHERENCIA: Mide la capacidad de conectar, relacionar o unir una cosa con otra. Implica una actitud lógica y consecuente en relación con lo que se dice y lo que se hace. Se puntúa de 0 á 3 siguiendo las normas que detallamos a continuación:

0= No hay evidencia de coherencia: Narrativa poco creíble y discurso no articulado.

Muestra marcadas pruebas de contradicción y atención deficiente, está a la defensiva y con tendencia al auto-engaño. A lo largo de la narración se observa ira manifiesta, ansiedad y tiende a repetirse a lo largo de toda la narración. La calidad de la voz es extremadamente pobre y difícil de seguir. Puede expresar frases e ideas extrañas o inadecuadas.

1= Escasa o leve evidencia de coherencia: Falta de ejemplos o estos son contradictorios. Tiende a estar a la defensiva y al autoengaño. Expresa ira, ansiedad.

2= Evidencia moderada de coherencia: Se detectan pocos elementos incoherentes y los ejemplos son elaborados. Hay pocas actitudes defensivas, de autoengaño o ansiedad manifiesta.

3= Marcada evidencia de coherencia: El relato es creíble, completo y preciso en relación con las evaluaciones de las situaciones sociales y sus experiencias personales. Discrimina las experiencias positivas de las negativas y sus implicaciones. No hay evidencia de estar a la defensiva, de que exista autoengaño o ansiedad.

2.- METACOGNICIÓN o FUNCIÓN REFLEXIVA (FR): El concepto de metacognición o FR evalúa la evidencia que tiene el entrevistado de poseer una certeza del desarrollo desde la perspectiva del ciclo vital. Es decir, evalúa: las habilidades para asumir la perspectiva mental y emocional de los otros como la madre y el padre u otra figura de vinculación, el hermano, el mejor amigo, otro amigo (calidad y formas de relacionarse y frecuencia de contactos fuera de la escuela) o el profesor. Al mismo tiempo también valora si presenta o no evidencia de habilidades para comprender los diferentes sentimientos (positivos y negativos) presentes en relación con figuras significativas: uno mismo, madre, padre, amigo, otro amigo, hermano, profesor. Se mide si el chico tiene o no una base segura con la madre, el padre u otra figura de apego, es decir qué tipo de apego tiene. Si expresa o no la importancia del vínculo y si es capaz o no de reconocer su dependencia de estas figuras en el pasado, presente o futuro. En esta sub-escala se analizan los niveles de auto-estima, desde la perspectiva de: competencia social y escolar, identificación de género, representación de imagen corporal y, si hay o no, referencias específicas a características corporales o a partes del cuerpo. Se puntuá de 0 a 3 siguiendo las normas que detallamos a continuación:

0= No hay evidencia de FR: Nada ha cambiado desde que era pequeño y no expresa perspectivas de futuro. El único tipo de respuesta es "no sé". No hay evidencia de competencia social, no tiene ningún amigo y no tiene ni la confianza ni la capacidad para hacerlos. No participa en actividades sociales. La falta de vida social puede ser explicada como que es por elección o por rechazo de los compañeros. La sensación general es de aislamiento social, y en general, dará la impresión que esto no le afecta.

1= Escasa o leve evidencia de FR: Poca capacidad de visión evolutiva de sus experiencias pasadas y presentes y las respuestas en relación con el futuro son poco elaboradas. Evidencia mínima de competencia social, pocos amigos, ninguno de ellos muy cercano. La participación en las actividades sociales con su amigo es mínima fuera de la escuela. Muestra poca confianza en sus habilidades sociales y no da muchas explicaciones sobre su vida social.

2= Evidencia moderada de FR: Clara tendencia al cambio en el tiempo, ya sea del pasado hacia el presente o del presente hacia el futuro. Las respuestas se centran

en que tipos de cambios se producen en las relaciones de forma global (intercambio afectivo, tipo de comunicación) y no solo en aspectos parciales de la misma. Se observa una cierta comprensión de por qué las cosas han cambiado o van a cambiar. No obstante su contenido es vago y los ejemplos que da son inespecíficos o ausentes. Evidencia de muy buena competencia social. Tiene varios amigos, de los cuales al menos uno es bastante cercano, Participa de manera regular en actividades sociales, tanto las que puede proponer de forma espontánea, como las normales (escolares, deportivas), pero hay algunos indicadores de cierto malestar en algunas situaciones sociales o de una cierta poca confianza en él mismo.

3= Marcada evidencia de FR: Los cambios son expresados de forma lógica, tanto en la actitud como en el estilo de la respuesta. La narración está correctamente situada en el espacio/tiempo. Expresa una comprensión clara del por qué se producen los cambios y los ejemplos que da son pertinentes. Muestra un alto nivel de competencia, tiene muchos amigos, además del amigo más próximo. Expresa confianza en sí mismo y en las diferentes situaciones sociales.

3. EVIDENCIA DE DISPONIBILIDAD DE UNA BASE SEGURA: La evidencia de disponer de una base segura es uno de los supuestos básicos del apego. La salud mental del niño mayor continúa dependiendo, como cuando era un bebé, de la intuición de que existe una base segura disponible (madre, padre u otros). Para codificar este apartado se tienen en cuenta las preguntas sobre lo que hace que el niño cuando se siente triste. Se analiza la disponibilidad de la madre, el padre o si existe otra persona no parental que puede ejercer esta función. Otro elemento a tener en cuenta es la respuesta que el entrevistado da a la pregunta de cómo se sintió cuando se separó por primera vez de sus padres. ¿Puede expresar la importancia de las relaciones de apego?. ¿Puede depender de los otros?. ¿Asume su dependencia pasada y/o actual de sus padres?. Se puntúa de 0 a 3 siguiendo las normas que detallamos a continuación:

0= No hay evidencia: No hay ninguna evidencia y tiende a respuestas evitativas

1= Escasa o leve evidencia: No da signos de disponibilidad de los otros

2= Evidencia moderada: Comenta que es capaz de recurrir a otros pero no motu proprio sino porque el entrevistador se lo pregunta directamente.

3= Marcada evidencia: cuando contesta espontáneamente que es capaz de pedir ayuda a alguien

4. EVIDENCIA DE AUTOESTIMA: Se considera por separado: ser social (relaciones con su red social), competencia escolar (tareas, notas, etc. de la escuela), identificación de género (actividades específicas de su género), representación de la imagen corporal (imagen corporal, placer en actividades físicas, etc.) y referencias específicas a características corporales o a partes de su cuerpo. Se puntúa de 0 a 3 siguiendo las normas que detallamos a continuación:

0= No hay evidencia: No hay ninguna evidencia y tiende a respuestas evitativas

1= Escasa o leve evidencia: Muy poca capacidad de reconocimiento de su autoestima

2= Evidencia moderada: Comenta que está satisfecho, pero después de que el entrevistador se lo pregunte directamente.

3= Marcada evidencia: Manifiesta estar orgulloso de su red social, está satisfecho de sus tareas y resultados escolares, se identifica con su género y no presenta dificultades en relación a su esquema corporal.

5. RELACIÓN CON LOS PARES: Se evalúa la calidad de relación con su mejor amigo/a. Para codificar este apartado nos centraremos en la relación más importante identificada por el entrevistador, cuándo este pregunta por lo que más y lo que menos le gusta de su amigo, incluyendo la presencia o ausencia de ideas de envidia. Se puntúa de 0 a 3 siguiendo las normas que detallamos a continuación:

5. a Frecuencia de relación y contacto fuera de la escuela

0= No hay evidencia: se reúnen raramente o de forma irregular fuera de la escuela.

1= Escasa o leve evidencia: se juntan aproximadamente cada quince días.

2= Evidencia moderada: se reúnen regularmente fuera de la escuela una vez por semana.

3= Marcada evidencia: se reúnen frecuentemente de forma regular más de una vez por semana.

5. b Calidad de la relación con su mejor amigo:

0= No hay evidencia: las actividades recreativas son centrales, cuando se reúnen no es por propia iniciativa sino más bien por actividades pre-programadas como la escuela, asociaciones o clubs, etc. Cuando se reúnen sus conductas son de dominancia o de sumisión. No hay contacto cercano/emocional. No discuten problemas. No hay confidencias entre ellos. No revelan información personal.

1= Escasa o leve evidencia: La motivación principal es tener compañía (no estar solo). Las reuniones raramente son organizadas por los dos amigos. Solo se relacionan a través de un soporte instrumental (ir juntos al cine o a un deporte) en lugar de darse apoyo emocional (identificándose con las necesidades emocionales del otro, hablando de sus problemas, confortándole físicamente (abrazos). La relación se centra en actividades comunes (hacer un deporte, ir de compras).

2= Evidencia moderada: la característica principal es la solidaridad: las reuniones son iniciadas y planeadas por los dos amigos, pero el apoyo mutuo es más bien instrumental. Aunque se observa un cierto apoyo emocional, los problemas son discutidos de manera superficial.

3= Marcada evidencia: la amistad se caracteriza por ser cercana, mostrar confianza emocional y una cierta forma de exclusividad. Las reuniones son frecuentes e iniciadas y planeadas por los dos amigos. Se toleran otras amistades y actividades pero, principalmente se prefiere pasar el tiempo con el amigo. Existe un claro apoyo emocional mutuo, ya que las dificultades y problemas son discutidos en primera instancia con este amigo.

6. ANSIEDADES Y DEFENSAS: Se refiere a los mecanismos de defensa y las ansiedades predominantes observadas durante la entrevista. La ansiedad sería un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. Frente a este malestar, el yo tiende a desarrollar un sistema de defensas para poder manejarla o prevenir su surgimiento. En la FFI se analizan:

- **EVITACIÓN:** El niño niega que existan cosas que no le gustan de sí mismo o de los otros. No recurre a otros cuando está triste o afectado y/o no puede recordar haber estado triste o afectado. Tiene un exceso de auto-confianza. También puede mostrar falta de interés por la entrevista y por las relaciones.
- **AMBIVALENCIA:** Existen simultáneamente dos emociones o actitudes opuestas, en relación con una situación o con una misma persona. Es evidente la expresión de sentimiento de amor y odio. En este apartado se pueden incluir tanto niveles normales de ambivalencia como patológicos.
- **DISOCIACIÓN:** Se manifiesta en el contenido y en el afecto, cuando dos o más procesos mentales existen pero están desconectados entre sí. Rompe con la realidad en términos de división o “escisión”. Revela una falta de integración de la psique y dificultades de coherencia con él mismo y falta de regulación emocional. Es evidente la pérdida de memoria de la secuencia en el discurso.
- **PASIVIDAD:** Es patente cuando el discurso incluye susurros, frases inconclusas y dificultad en el uso del lenguaje para contenidos específicos. El tono y/o el contenido del discurso puede cambiar abruptamente. Puede dar la impresión de una cierta dependencia en relación al entrevistador.
- **IDEALIZACIÓN DE LA MADRE:** se codifica teniendo en cuenta las discrepancias entre una valoración positiva y la falta de recuerdos que la apoyen. También se observan dificultades para poder pensar en aspectos negativos o que no le gustan de la madre.
- **IDEALIZACIÓN DEL PADRE:** se codifica teniendo en cuenta las discrepancias entre una valoración positiva y la falta de recuerdos que la apoyen. También se observan dificultades para poder pensar en aspectos negativos o que no le gustan del padre.
- **INVERSIÓN DE ROLES CON LA MADRE i/o EL PADRE:** Presentan actitudes de cuidado y toma de decisiones hacia los padres, ocupando su lugar. En los casos más extremos pueden presentar altos niveles de ansiedad si no pueden dar respuesta a las demandas del padre y/o la madre o hacer de pareja de éste/a.
- **VERGÜENZA HACIA LA MADRE y/o EL PADRE:** en los casos más extremos pueden expresar niveles altos de ira y rabia hacia el parent/madre a lo largo de toda la entrevista.

- TRISTEZA, LLANTO, MIEDO, ANSIEDAD: esta anotación es importante hacerla al final de la entrevista, en el caso de que se hubieran detectado estos elementos a lo largo de la entrevista y en qué tema se han producido.

Se puntuá de 0 a 3, significando cada puntuación: 0 = No hay evidencia, 1= Evidencia leve, 2 = Evidencia moderada y 3 = Marcada evidencia

Finalmente vamos a obtener una clasificación final de la FR

Para valorar si hay o no FR, es necesario que el entrevistado exprese situaciones relacionadas con sus pensamientos y los pensamientos de los otros. Las referencias a la personalidad o al tipo de relaciones se consideran de alto índice de FR siempre que vayan acompañadas de referencias específicas a los estados mentales propios o de los otros. No es sumatoria de las otras escalas sino que se evalúa en función del análisis global de las mismas siguiendo las pautas anteriormente señaladas.

Se puntuá de 0 a 5 y se clasifica de la siguiente manera:

0= FR negativa: Es muy rara pues correspondería al sujeto que se niega sistemáticamente a tomar una postura reflexiva durante toda la entrevista. Una situación extrema podría ser una respuesta de tipo paranoide o con francos trastornos del pensamiento. Las entrevistas de este tipo responden a la hostilidad hacia el entrevistador, actitud evasiva e incongruencias marcadas al menos en 3 preguntas básicas.

1= Ausencia de FR: Los sujetos pueden mencionar alguna vez los estados mentales, pero no dan ninguna imagen del sujeto o sobre cómo piensan de los cuidadores y los sentimientos que esto les hace experimentar. Suelen ser inexactas y llenas de malos entendidos. Evasión de las preguntas, respuestas carentes de detalles y utilización de frases hechas y generalizaciones en relación con la conducta propia o la de los otros. Las entrevistas son egocéntricas, exageran excesivamente la importancia del narrador y le son excesivamente favorables. El sujeto tiende a presentarse a sí mismo de la forma más favorable, lo que puede llevarle a contradicciones marcadas en la presentación del mundo mental de uno mismo y de los otros. Puede generar irritación en el entrevistador.

- 2= FR cuestionable o baja: el discurso contiene elementos de reflexión pero las experiencias no son suficientemente explicadas o no aportan pruebas que corroboren lo que se dice. Aunque el individuo puede dar la impresión de poseer un discurso profundo y detallado, con realidad resulta poco convincente o irrelevante en relación a lo que le está preguntando el entrevistador. No es capaz de evaluar los estados mentales (que piensa el otro y que piensa él) y como repercuten en su propia conducta y en la de los demás. Algunas respuestas pueden ser claramente reflexivas, pero también pueden darse otras que no lo sean.
- 3= FR normal: el sujeto es capaz de explicitar la naturaleza tanto de la conducta como de los estados mentales en relación con el entrevistador. Los modelos de la mente suelen ser simplistas pero es una narrativa coherente, sin clichés, personal y bien integrada. Debe tener al menos uno o dos pasajes claros con puntuación 3.
- 4= Marcada FR: El sujeto es capaz de aportar muchos detalles acerca de los pensamientos y sentimientos. Explica de forma explícita las consecuencias de los estados mentales. Generalmente es capaz de entender el desarrollo y la interacción desde una perspectiva global. En su conjunto es una entrevista que muestra reflexión de forma consistente y es coherente en los diferentes contextos.
- 5= Excepcional FR: La transcripción muestra una sofisticación excepcional y suele sorprender. Los razonamientos son complejos y elaborados. Constantemente se manifiesta con un razonamiento de tipo característico de los estados mentales. Muestra postura reflexiva coherente en todos los contextos. Tiene tres o más casos en los que la respuesta integra varios aspectos de funcionamiento reflexivo desde una perspectiva unificada.

Clasificación de los diferentes tipos de apego.

Siguiendo el método de análisis y calificación de la AAI (Main y Goldwyn, 1991; Main, Goldwyn y Hesse, 2003), podemos obtener cuatro tipos de apego: autónomo seguro

(F), evitativo rechazante (Ds), preocupado (E) y desorganizado no resuelto (U) que se describen a continuación:

AUTÓNOMO SEGURO (F): Los otros son considerados como fuente de bienestar. El sujeto tiene libre acceso a los recuerdos infantiles. El discurso es coherente y el individuo tiene capacidad para reflexionar sobre él mismo. La narrativa muestra conciencia del pasado y de cómo está influyendo en el presente. Los puntos de la historia personal están centrados en base segura o en experiencias adversas contadas de forma coherente. El razonamiento del entrevistado aparece relativamente libre de auto decepción, cómodo con la imperfección aceptando la necesidad de los otros así como la aceptación entre él y sus padres. Este tipo de apego puede clasificarse en los siguientes subgrupos:

F1: Puede organizarse a pesar de dificultades o vinculaciones difíciles sufridas en la infancia. Puede haber padecido abusos pero ha sido capaz de hacer vinculaciones seguras con figuras de apego.

F2: Aunque puede presentar algún tipo de idealización hacia las figuras de apego, es capaz de organizarse y usar correctamente el humor como elemento para entender las dificultades de su historia.

F3: Historia feliz creíble o relato coherente sobre alguna historia traumática.

F4: Preocupación moderada con mayor o menor dificultad en relación con alguna situación traumática.

F5: Algun resentimiento y conflicto en relación con dificultades pasadas, pero con una valoración del apego orientada ampliamente al presente.

EVITATIVO RECHAZANTE (DS): En este tipo de apego el sujeto niega las experiencias negativas. Se observa una alteración de la coherencia entre lo que afirma y el modo en que lo hace. Los puntos de la historia personal están centrados en el rechazo y la negligencia. Los pensamientos del entrevistado aparecen valorando excesivamente la autosuficiencia (aspectos operativos con poca mentalización), tiende a la idealización y mantiene actitudes de desvalorización hacia el apego. Intentará no

mostrar los aspectos duros de su infancia. Este tipo de apego puede clasificarse en los siguientes subgrupos:

DS1: Alta idealización con insistencia en la dificultad de recordar y fuerte reclamo de la normalidad.

DS2: Alta desvalorización.

DS3: Restringido en los sentimientos, que son incoherentes. Dificultades para recordar el pasado y ausencia del afecto apropiado. Reivindicación de la normalidad.

DS4: Elevado e intenso miedo a la pérdida, pero desconectado de la fuente que origina este miedo.

PREOCUPADO (E): En este tipo de apego observamos que la narrativa indica violaciones en la coherencia (economía, relación y modo). Los puntos de la historia personal están centrados en el rechazo, la negligencia y la inversión de roles. Los pensamientos del entrevistado aparecen altamente confusos, dando la impresión de rabia, un discurso pasivo con frases incompletas y voz de niño pequeño. A la vez puede clasificarse en los siguientes subgrupos:

E1: El discurso es pasivo, incapacidad de concentrarse. Historia incoherente, recelosos en relación con el entrevistador.

E2: Habla del presente cuando se está hablando del pasado. Marcados ataques a la relación vincular.

E3: Temerosamente preocupado en relación a traumas del pasado.

DESORGANIZADO NO RESUELTO (U): En este tipo de apego se observa que la narrativa indica ataques a la coherencia por bajadas en el manejo del discurso argumentando la pérdida o trauma, pudiendo incluir una atención excesiva a los detalles. Suelen encontrarse puntos de la historia personal centrados en pérdidas significativas y/o abusos durante la infancia. El pensamiento del entrevistado aparece como absorto, tendiendo a la disociación, la culpa y el miedo.

5.2.3 Cuestionario *Direct and Indirect Aggression (DIAS)*

Este cuestionario fue diseñado por el equipo del Prof. Kaj Björkqvist, Åbo Akademi University de Finlandia, (Björkqvist, Lagerspetz y Österman, 1992b), como un instrumento para poder detectar las diferentes tendencias agresivas en población infantil y adolescente.

Es un cuestionario que mide el tipo de conducta agresiva predominante en el sujeto, ya sea de conducta directa, física e indirecta. Está formado por 24 ítems. Cada ítem indica una posible forma de actuar cuando se tienen problemas o el sujeto se enfada con un compañero o compañera de clase. En las instrucciones se pide al sujeto que conteste las preguntas señalando el número que mejor describe la frecuencia de su conducta.

Los 24 ítems se dividen en sub-escalas. Siete de ellos miden la agresión física, cinco miden la agresión verbal y doce miden la agresión indirecta. Los tipos de respuesta posibles son: 0= Nunca, 1= Casi nunca, 2= A veces, 3= Bastante a menudo y 4 = Muy a menudo. La puntuación mínima de agresión física es 0 y la máxima es 28. La puntuación mínima de agresión verbal es 0 y la máxima es 20. La puntuación mínima de agresión indirecta es 0 y la máxima es 48. Las puntuaciones altas indican un alto grado de conductas agresivas en las tres sub-escalas, mientras que las puntuaciones bajas indican conductas poco agresivas en las tres sub-escalas.

Se permite utilizar el test DIAS de forma gratuita, pero exclusivamente para propósitos no comerciales y siempre que se den las correspondientes referencias. En el caso de utilizar el test DIAS, se recomienda que se informe al equipo del profesor K. Björkqvist tanto sobre el diseño de la investigación como de los resultados de la misma, con el fin de que puedan dar esos resultados como referencia en un futuro. Las referencias correspondientes también se deben hacer en el caso de que sólo se utilicen artículos o partes del test DIAS.

Para éste estudio se ha usado la traducción al castellano del Dr. Fuertes y validada por el Dr. Björkquist. (Björkqvist, Lagerspetz y Österman 1992). Se puede acceder a la misma desde la página: <http://www.vasa.abo.fi/svf/up/Scales/DIAS-Espanol.pdf>.

Para la construcción del DIAS se analizó la conducta agresiva de aproximadamente 5.500 niños escolares, en tres categorías de edad: 8, 11, y 15 años. Las muestras incluyeron subculturas de diferentes países. Por ejemplo: en la India participaron: hindúes, Sihk y musulmanes, en Israel: ortodoxos y no ortodoxos, y en USA blancos caucásicos suburbanos y afro-americanos. Se informó de una consistencia interna entre 0.78 – 0,96 (Björkqvist, Lagerspetz y Kaukiainen 1992).

Las entrevista DIAS ha sido validada por diferentes estudios transculturales (Björkqvist, Lagerspetz, y Kaukiainen 1992a ; Björkqvist, Österman, y Lagerspetz 1994b; Björkqvist, Österman, y Lagerspetz; 1995; Kaukiainen, Björkqvist, Österman y Lagerspetz 1996; Kaukiainen, Björkqvist, Österman, Lagerspetz y Niskanen 1995; Kaukiainen, Lagerspetz, Björkqvist y Jokila 1993; Lagerspetz y Björkqvist 1994; Österman, Björkqvist y Lagerspetz 1995; Österman, Björkqvist, Lagerspetz, Charpentier, Caprara y Pastorelli 1999; Österman, Björkqvist, Lagerspetz, Kaukiainen, Huesmann y Fraczek 1994a; Österman, Björkqvist, Lagerspetz Kaukiainen, Landau, Fraczek y Caprara 1998; Österman; Björkqvist, Lagerspetz, Landau, Fraczek y Pastorelli 1997).

Recientemente se han publicado investigaciones sobre diferencias culturales y sexuales en las conductas agresivas, comparando una población de estudiantes españoles y japoneses (Ramírez, Andreu, Fujihara, 2001), evaluación de la agresión indirecta en agresores (Anguiano-Carrasco, Vigil-Colet 2011) y diferencias entre el sexo y la edad en las conductas agresivas física, verbal e indirecta (Toldos 2006).

La autorización del Dr. Björkqvist, para el uso de la entrevista DIAS se encuentra en el anexo 15 y la entrevista en el anexo nº 16 y la hoja de codificación en el anexo nº 17

5.2.4. Inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI)

El MACI (Millon, 1991, 1997, 1998; Millon y Davis 1998; Millon y Everly, 1994), fue desarrollado en los Estados Unidos. Es un instrumento del tipo auto informe de construcción racional, que evalúa estilos de personalidad, preocupaciones psicológicas y psicopatología en adolescentes. Los estilos de personalidad son estilos de funcionamiento psicológico relativamente estables que surgen a través del desarrollo infantil y se stabilizan en la adolescencia siendo los precursores de los estilos de personalidad adulta. Las preocupaciones psicológicas se relacionan con aspectos significativos en el contexto de desarrollo del adolescente que pueden causarle preocupación, incluyen aspectos vinculados con el desarrollo de la identidad, la corporalidad, la sexualidad y las relaciones sociales con los pares, la familia y la sociedad mayor. El área psicopatológica incluye los trastornos afectivos y de adaptación social que tienen mayor prevalencia en la adolescencia. Actualmente es el auto informe más usado en la evaluación clínica de adolescentes (Bockian, Harvey y Romm 1999; Camara, Nathan y Puente 2000; Alarcón 2001; Alarcón, Vinet y Salvo 2005; Salvo, Forns y Vinet, 2005).

Para nuestro estudio usamos la adaptación española de Aguirre (2004) en el que la investigadora participó en la coordinación de los grupos clínicos a los que se aplicó, así como en la traducción y revisión de ítems. (Aguirre, Petitbo, Pi y Tello, 2001 y 2002).

Este instrumento permite una fácil identificación y compresión de una amplia gama de dificultades psicológicas propias de los adolescentes. Se trata de un instrumento bastante simple y breve, lo que facilita su uso en los ámbitos clínicos y forenses. Se compone de 160 ítems agrupados en 27 escalas divididas en grandes áreas de acuerdo con la clasificación DSM-IV (APA 1995; Blumentritt, Angle y Brown 2004). Las grandes áreas son:

- PROTOTIPOS DE PERSONALIDAD: con 12 subescalas: Escala 1: Introvertido 44 ítems; Escala 2: Inhibido 37 ítems; Escala 2B: Pesimista 24 ítems, Escala 3: Sumiso

48 ítems; Escala 4: Histriónico 41 ítems, Escala 5: egocéntrico 39 ítems, Escala 6^a: Rebelde 39 ítems, Escala 6B: Rudo 22 ítems, Escala 7: conformista 39 ítems, Escala 8B: Auto punitivo 44 ítems, Escala 9: Tendencia límite 21 ítems.

- PREOCUPACIONES EXPRESADAS: con 8 subescalas: Escala A difusión de la identidad 32 ítems; Escala B Desvalorización de si mismo 38 ítems; Escala C Desagrado por el propio cuerpo 17 ítems; Escala D Incomodidad respecto al sexo 37 ítems; Escala E Inseguridad con los iguales 19 ítems; Escala F Insensibilidad social 39 ítems; Escala G Discordancia familiar 28 ítems; Escala H Abusos de la infancia 24 ítems.
- SÍNDROMES CLÍNICOS: con 7 subescalas: Escala AA Trastornos de la alimentación 20 ítems; Escala BB Inclinación al abuso de sustancias 35 ítems; Escala CC Predisposición a la delincuencia 34 ítems; Escala DD Propensión a la impulsividad 24 ítems; Escala EE Sentimientos de ansiedad 42 ítems; Escala FF Afecto depresivo 33 ítems; Escala GG Tendencias suicidas 25 ítems.

El tipo de respuesta es Verdadero / Falso, asignándose un punto a cada respuesta “verdadero”. Las puntuaciones mínimas y máximas pueden oscilar entre 0 y 115.

La corrección de los cuestionarios se hizo de forma informatizada por TEA Grupo Editorial, obteniéndose un perfil individualizado de cada uno de los sujetos de la muestra. La puntuación de anclaje que puede indicar presencia de trastornos es a partir de 75 puntos

Es un instrumento que posee una buena capacidad de discriminación entre los adolescentes sanos y los que tienen patología clínica (Vinet y Alarcón 2003a), permite identificar la vulnerabilidad psicológica (Pérez, Díaz y Vinet 2005); evalúa el riesgo de presentar trastornos psicopatológicos (Vinet, Salvo y Forns 2005) y a grupos con trastornos clínicos específicos (Díaz 2003; Donnelly 1991; Ehrenberg 1990; Fundez 2007; Fehon, Grilo, Martino y Walter 1996). También se ha aplicado a población no clínica, en diferentes

países y contextos socioculturales (Casullo, Góngora y Castro 1998; Casullo y Castro 2002; Vinet y Alarcón 2003a), para el diagnóstico psicopatológico en población general (Casullo y Castro 2002; Vinet y Lucio 2005; Vinet y Gorns 2005 y 2006; Wasserman 2001) y a jóvenes en situación de vulnerabilidad psicológica y social (Pérez, Dias y Vinet 2005).

Diferentes estudios confirman que es un instrumento útil y con altos niveles de fiabilidad en grupos de adolescentes jóvenes, tanto en población general con problemas clínicos (Burns 2002; Camara, Nathan y Puente 2000; Casullo y Castro 2002; Casullo, Góngora y Castro 1998; Cornell, y Murria 2000; Foster, Hynan y Pantle 1998; Grilo y Pinto, 2004; Grossman, Meagher y Millon 2004; McCann 2006; Kamp, Millon y Tringone 2007; Knoff y Paez 1992), como con problemas de adaptación (Alarcón 2001; Alarcón, Vinet y Salvo 2005; Bockian, Harvey y Romm, 1999; Vinet y González Alarcón 2002) así como de trastornos de la conducta (Ash, Broker y Hoffschmidt 2001; Barnum, Fletcher y Grisso 2001; Bhate, Graham, Nelly y Richardson 2004; Caggiano 2000; Cornell y Murrie, 2002; Stefurak, Calhoun, Glaser, 2004).

El cuadernillo de respuestas del MACI se encuentra en el anexo nº18, las escalas en el anexo nº 19, los prototipos de personalidad en el anexo nº 20, las puntuaciones de anclaje están en el anexo nº 21 y la hoja de respuesta informatizada en el anexo nº22.

5.2.5. Test de matrices progresivas de Raven

El concepto de inteligencia ha generado una gran controversia a lo largo de la historia de la psicología. Se han hecho muchas formulaciones teóricas sobre la importancia del instrumento de medida y cuáles son las características de la información que se desea obtener.

Cuando se diseñan pruebas para medir el CI es importante el factor de la estandarización para evitar que se califique a los individuos de forma incorrecta.

La elección del Test de RAVEN se debió a que, comparado con otros test de inteligencia verbal, analiza mejor y con más claridad los procesos de razonamiento

independientemente del nivel cultural del examinado. También presenta otras ventajas tales como que no requiere gran experiencia por parte del examinador, es de fácil comprensión y se evalúa con rapidez.

El test RAVEN es una prueba factorial que fue construida con el objeto de medir la capacidad intelectual a todos los niveles y para poder ser aplicado a todas las edades, cualquiera que fuese la formación, nacionalidad o estado físico del individuo.

El Test de Matrices Progresivas fue publicado por Raven en 1936. En un primer momento era una escala para adultos y fue editado en blanco y negro. Posteriormente se editó en color una escala especial para niños. En 1947 se presentó la versión del test en forma de tablero. La última revisión fue publicada en 1956. (Raven, 1975; Raven, Raven y Court, 1993; Raven, Court y Raven 2001).

El Test de Matrices progresivas de RAVEN se utiliza como instrumento de investigación básica aplicada a la valoración del coeficiente intelectual. Es un instrumento que tiene un amplio espectro de uso: psicología, psiquiatría, sociología, antropología, escuelas, para la selección de personal de empresas y estamentos militares. Al ser un test no verbal, puede ser aplicado a cualquier persona, independientemente de su idioma o capacidad verbal (incluso a analfabetos o a sordomudos) y no intervienen los conocimientos adquiridos previamente por lo que el grado de escolaridad o la raza o cultura no afectarían los resultados. Al no tener pruebas de tipo manipulativo también se puede aplicar a personas con dificultades motoras. Requiere principalmente la deducción de relaciones entre elementos extraños y es considerado como la mejor medida del factor G (Factor General).

Spearman fue el primero en aplicar el análisis factorial a la investigación de la estructura de la inteligencia. Formuló la teoría de que la inteligencia se compone de un factor general (Factor G) y otros específicos. Creyó en la existencia de un factor general que interviene en todas las fases de la conducta humana y atribuyó a las capacidades específicas un papel determinante en cada actividad. A esta teoría de la inteligencia la denominó Teoría Bifactorial, ya que la inteligencia se compondría tanto del Factor

general (G), que sería hereditario, y que correspondía a una propiedad específica del cerebro, una suerte de energía mental a nivel de la corteza cerebral, que varía de un individuo a otro, pero que se mantiene estable a través del tiempo, como del Factor específico (S), que representa las habilidades específicas de un sujeto frente a determinadas tareas, que también tendría una localización específica en el cerebro. Por lo tanto, si bien la inteligencia es hereditaria en cuanto a su Factor G, es posible que la educación tenga importante incidencia el Factor S. (Jensen 1994; Spearman, 1904, 1923 1927; Spearman, Jones, 1950).

Para este estudio se ha utilizado la versión RAVEN 2001 de la editorial TEA (Raven, Court, Raven, 2001). La elección de este test para evaluar el CI se ha hecho teniendo en cuenta que evaluábamos a una población en la que se encontraban inmigrantes. La literatura indica que esta es una prueba que, al no ser verbal, evalúa mejor a este tipo de poblaciones. (Blanco 2001).

Actualmente existen tres versiones de la prueba, la más usual es la Escala General para sujetos de 12 a 65 años. La segunda conocida como Matrices Progresivas en Color que se aplica a personas entre 3 y 8 años o con deficiencias mentales y por último las Matrices Avanzadas diseñadas para evaluar a las personas con una capacidad superior al promedio.

Para aplicar el test se presentan al sujeto una serie de tarjetas donde hay figuras geométricas en las que falta un elemento y hay que elegir uno para completar la secuencia correctamente.

Los resultados de la prueba permiten categorizar a los individuos en distintos rangos, que oscilan desde el Rango I, que indica un nivel intelectual superior (iguala o sobrepasa el percentil 95) y el Rango V que indica un nivel intelectual deficiente (menor que el percentil 5).

Las Matrices han sido objeto de una enorme cantidad de trabajos de validación y de adaptación transcultural que han mostrado buenas propiedades psicométricas,

tanto en el marco de la Teoría Clásica de los Tests como en el de la Teoría de Respuesta al Ítem (Fernández, Ongarato,Saavedra y Casullo 2004; Fishbein, Warner, Krebs, Trevarthen, Flannery y Hammod 2009; Hazbún, Forno, Marincovich, Duran, Castro e Ivanovic 2003; Newman, Leonard,Baron-Cohen y Blair 2003; Richell, Mitchell, Sendra, Isach,Perez,1983; Rossi, Neer, Lopetegui, 2001; Rushton, Fulker, Neale, Nias y Eysenck 1986; Rushton, 1989a; Rushton y Osborne 1995; Rushton, Ankney, 1996; Torres y Cuesta 1992; Van Nieuwenhuijzen, de Castro, Van Der Valk, Wijnroks, Vermeer y Matiz 2006)

Las puntuaciones por rangos están en el anexo nº 22 y 23

5.3 Procedimiento

Al comienzo del estudio se hicieron reuniones previas con todos los directores de los CRAEs para explicarles en qué consistía la investigación, qué objetivos tenía y cuál iba a ser el procedimiento a aplicar con los menores que voluntariamente quisieran participar. Posteriormente se hicieron reuniones con los menores en cada CRAE para explicarles en qué consistía el estudio y se les pidió que firmaran un consentimiento informado.

En relación al grupo IES, se hicieron reuniones previas con el director del centro y con los representantes del Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico Lleida-1 (EAP) para explicarles en qué consistía la investigación, qué objetivos tenía y cuál iba a ser el procedimiento a aplicar con los menores que voluntariamente quisieran participar. Posteriormente se hicieron reuniones con los menores, para explicar los mismos puntos del estudio y se les pidió a ellos y a sus padres que firmaran un consentimiento informado.

La investigadora principal, la psicóloga Carme Tello, se encargó de coordinar el trabajo de campo (recogida de datos) y cuatro psicólogas clínicas (Débora Barrios, Lara Batlle, Rocío Mangues y Teresa Pera) se encargaron de administrar los instrumentos. Estas cuatro psicólogas trabajan actualmente en el centro de Salud Mental (CSMIJ)

Sant Joan de Déu de Lleida y se encuentran familiarizadas con los instrumentos puesto que los utilizan habitualmente en su práctica clínica.

Los instrumentos se aplicaron de forma individual a cada sujeto, en su institución (CRAE o IES) en una única sesión de entrevista. El pase del total de las pruebas por sujeto duró entre dos horas y media y tres horas, según el ritmo de respuesta de cada sujeto.

Antes de comenzar el estudio, la investigadora realizó, con las psicólogas colaboradoras, tres sesiones en las que se les informó de los aspectos teóricos de las pruebas y se les dio la explicación de la forma en que había que aplicar la entrevista FFI.

La investigadora principal, realizó la grabación en audio de dos entrevistas FFI, teniendo como observadora a cada una de las colaboradoras (cada psicóloga en una sesión individual). Posteriormente, cada colaboradora pasó dos entrevistas FFI actuando la investigadora principal de observadora. Antes de iniciar definitivamente la investigación, se realizó una prueba piloto en la que se valoraron 15 pacientes para poder hacer las correcciones pertinentes de las pruebas antes de aplicarlas su totalidad. Los datos de estos pacientes se incluyeron en este estudio.

Todas las entrevistas realizadas fueron grabadas en audio. Una vez pasada toda la batería de pruebas a cada sujeto, se procedió a su corrección según las pautas marcadas para ello a excepción de la FFI. Las FFI, se pasaron del audio a transcripción escrita para su corrección. Las entrevistas FFI fueron corregidas y puntuadas exclusivamente por la investigadora principal ya que era la única acreditada para poder hacerlo. El tiempo aproximado para la corrección de cada entrevista FFI fue de entre cuatro a cinco horas. Las grabaciones en audio y las transcripciones de las entrevistas de la FFI fueron destruidas una vez calificadas, siguiendo las directrices de la protección de información clínica de menores.

Documentos Informativos y Consentimiento Informado

Una vez diseñada la investigación, esta fue evaluada por el Comité de Ética y de Investigación Clínica (CEIC) de Sant Joan de Déu

Previamente a la selección de los sujetos de la investigación se solicitó permiso a la DGAIA y al Director de los Servicios Territoriales de Educación de Lleida, para que autorizaran la investigación en el IES Torre Vicens. Se explicó a los directores, tutores y menores de los CRAES y al director del EAP, así como los tutores y menores del IES Torres Vicens, los objetivos y metodología de la investigación y se solicitó la participación voluntaria de los menores comprendidos entre las edades de 12 y 17 años. Se les presento una hoja informativa que contenía los objetivos y la metodología de la investigación y se les solicitó la firma del consentimiento informado. A los padres de los chicos del grupo IES Torre Vicens también se les pidió la firma del consentimiento informado.

Los documentos con la explicación de la investigación y consentimientos informados se encuentran en los siguientes anexos:

- Anexo 1 Comité d'Ética d'Investigació Clínica (CEIC) de Sant Joan de Déu
- Anexo 2 Carta a DGAIA para solicitar que se autorice la investigación en los CRAES
- Anexo 3 Documento de compromiso de DGAIA
- Anexo 4 Consentimiento informado del Director-ra CRAE y del tutor del menor
- Anexo 5 Consentimiento informado del menor del CRAE
- Anexo 6 Carta al Director de los Servicios Territoriales de Educación de Lleida para solicitar que autorice la investigación en el IES Torre Vicens
- Anexo 7 Carta al Director de l'IES Torre Vicens para la autorización de la investigación
- Anexo 8 Autorización de los Servicios Territoriales de Educación de Lleida
- Anexo 9 Consentimiento informado de padres o tutor del menor
- Anexo 10 Consentimiento informado del menor

5.4 Diseño y análisis estadístico

Diseño: Investigación de tipo observacional trasversal de una muestra de 100 sujetos de edades comprendidas entre los 12 y 17 años de dos tipos de centros: CRAE e IES, apareados por edad y el sexo.

Muestra: La muestra fue seleccionada en dos tipos de centro para aumentar la variabilidad de los parámetros de interés, FR y niveles de agresividad, según la hipótesis de investigación planteada. Se optó por un diseño apareado por edad y sexo, para garantizar la homogeneidad en cuanto a edad y sexo entre los distintos tipos de centros. El tamaño muestral se fijó en 50 sujetos por tipo de centro (CRAE, IES) considerando la hipótesis de que los sujetos CRAE presentarían menor FR que los sujetos IES bajo los siguientes supuestos específicos: Nivel de FR alta en CRAE del 0,4* versus 0,7* en IES, en un contraste de hipótesis unilateral mediante la prueba χ^2 , con una potencia estadística del 90%, y un nivel de significación del 5%. * Este escenario se basó en resultados de un estudio piloto previo, dado que no se encontró información relativa a la hipótesis principal del estudio y el resultado de las puntuaciones de función reflexiva de este tipo de población. En cualquier caso la muestra prevista total de 100 sujetos, se estimó suficiente para contrastar las restantes hipótesis del estudio.

Análisis estadístico descriptivo: Para describir las características de la muestra se utilizan estadísticos descriptivos como frecuencias (n), porcentajes (%) para las variables cualitativas, y media y desviación típica (dt) para las cuantitativas. La distribución de los valores de las escalas continuas se representa mediante diagramas de cajas diferenciando por tipo de centro (CRAE, IES). Para comparar y representar gráficamente las distintas escalas cuantitativas (puntuaciones MACI y niveles de agresión DIAS) entre grupos (centros, sexo y nivel de FR) se representan diagramas radiales con las puntuaciones medias.

Transformación de datos: las escalas que cuantifican los distintos tipos de agresión (DIAS: agresión física, agresión indirecta y agresión verbal), tienen originalmente un rango teórico de puntuaciones distinto (Ejemplo agresión física

obtiene un máximo teórico de 28 y agresión indirecta tiene un máximo teórico de 48). Así pues, previo al análisis y con el fin de homogeneizar estas escalas y poder comparar entre ellas, se re-escalaron las puntuaciones originales de las escalas de tipos de agresión a un mismo rango de puntuación de 0 a 100, mediante la fórmula= (puntuación/máximo teórico)*100.

La variable Función Reflexiva originalmente contiene 5 categorías (0.Negativa; 1.Ausencia; 2.Cuestionable; 3.Normal; 4.Marcada), y en algunas categorías el resultado reportó pocos efectivos, lo cual invalidaba la posibilidad de aplicar algunas pruebas estadísticas analíticas, como la Chi-cuadrado, así pues en algunos análisis, se reagruparon convenientemente pasando a 3 categorías (1.Negativa-inexistente; 2. Cuestionable o baja; y 3. Normal-marcada) o a dos categorías (1.Negativa-inexistente-cuestionable baja; y 2. Normal-marcada) según procedía.

Evaluación analítica de las hipótesis:

- H1)** Para evaluar si la distribución de la FR era distinta entre instituciones (CRAE e IES) se utilizó la prueba de Chi-cuadrado. Y a nivel gráfico, se representaron diagramas de sectores del porcentaje de sujetos por cada nivel de función reflexiva.
- H2)** Del mismo modo, para evaluar las diferencias en la FR entre sexos primero se realizó la prueba Chi-cuadrado. Y, secundariamente, se evaluó lo mismo, separado por cada tipo de institución, mediante la prueba exacta de Fisher dado que la muestra se vio reducida a la mitad. La distribución porcentual de puntuaciones se graficó mediante diagramas de sectores.
- H3)** La hipótesis de que los sujetos CRAE presentan mayores niveles de agresividad (Escala continua) se contrastó mediante la prueba de la t-student de muestras independientes. Gráficamente se representó cada media con diagramas radiales por cada tipo de escala de agresividad en función del tipo de centro.

- H4)** La hipótesis de que el coeficiente intelectual (escala Raven) tiene relación con la FR, se contrastó, primero, mediante la prueba de significación de la t-student de muestras independientes, la cual evaluó si las medias del CI eran distintas entre 2 niveles de FR (1.Negativa-inexistente-baja versus 2.Normal-marcada) y por otro lado mediante la prueba exacta de Fisher o Chi-cuadrado, para comparar la distribución porcentual de sujetos en cada agrupación del CI entre los 2 niveles de FR. Gráficamente se representa la distribución CI por categoría del FR por categoría mediante diagramas de cajas.
- H5)** Para establecer la relación entre los tres tipos de agresividad versus las puntuaciones de síndromes cínicos y escalas de prototipos de personalidad dos a dos (escalas continuas), se estimaron los coeficiente de correlación lineal de Pearson y su correspondiente test de significación estadística. Gráficamente se representa un diagrama de dispersión de la relación entre dos de las escalas y se sobrepone la recta de regresión lineal ajustada.
- H6)** Relación de FR y niveles de agresión: En un primer paso se contrastan los niveles de agresividad en función de dos niveles de FR mediante la prueba de la t-student de muestras independientes, y se grafican diagramas radiales que representan las medias de cada nivel de agresividad en función de dos categorías agrupadas de FR (FR Negativa, inexistente o baja versus FR normal-marcada).

Se contrasta la existencia de tendencia lineal de la media de cada escala de agresividad en relación a la FR ordinal mediante la prueba “ANOVA de un factor” con el contraste de linealidad. A nivel gráfico se representan las medias de cada escala de agresividad a medida que aumenta la categoría de FR, con gráficos de líneas.

A posteriori de la misma forma se evalúa la relación lineal de cada escala de agresividad versus FR ordinal estratificado por tipo de institución (CRAE, IES).

Por último se examina la relación de FR y tipos de agresividad ajustado mediante la elaboración de 3 modelos de regresión lineal múltiple usando como

variable dependiente cada una de las escalas de agresividad (indirecta, física y verbal) y como variable independiente principal la FR en dos categorías (Negativa baja versus FR normal-marcada) y el resto de variables de ajuste: Coeficientes intelectual Raven, Edad en años, Sexo masculino, Síndromes clínicos MACI (escalas continuas de predisposición a la delincuencia, Propensión a la impulsividad, Sentimientos de ansiedad, Efecto depresivo), Patología de personalidad MACI (escalas dicotómicas de presencia de tendencia límite, egocéntrico, patología rebelde y rudo). La selección de las covariables de ajuste en los modelos se hizo en función de la evidencia teórica y empírica. En el caso de observarse colinealidad entre algunas covariables se optó por excluir la de menor peso teórico. De cada modelo ajustado se reporta el efecto estimado de cada variable sobre el nivel de agresividad con su intervalo de confianza al 95% (IC95%), y su nivel de significación.

Se comprobaron las condiciones de aplicabilidad de cada prueba estadística contrastando previamente la normalidad de las escalas continuas a nivel gráfico, y la igualdad de varianzas mediante la prueba de Levene según procedía. En los modelos de regresión lineal múltiple se comprobó la bondad del ajuste mediante la prueba de normalidad de “Kolmogorov-Smirnov” de los residuos de los modelos.

En todos los contrastes se consideró como estadísticamente significativo valores p inferiores a 0,05.

6.- RESULTADOS

6.1 Descriptivo de las características sociodemográficas y psicopatologías.

En la tabla 1 se presenta la descriptiva de la muestra. En ella se observa cómo el 50% de los sujetos correspondían al centro CRAE y el resto al centro IES y la distribución por edades y sexos es idéntica en ambos grupos.

En relación al origen de la familia los niños del centro CRAE, el 58 % son de origen catalán y un 76% en el Centro IES. La población inmigrante mayoritaria del centro CRAE es la africana (20% del total) y la sudamericana y centroafricana (16% del total) es la predominante en el Centro IES.

La tabla 2 muestra las características psicopatológicas del menor solo en sujetos de los centros CRAE. Un 20% presenta fugas y un 24% agresiones a otros menores. En cuanto a antecedentes patológicos un 30% presenta toxicomanías, más de la mitad de los niños están en tratamiento en el CSJMI y un 32% presenta antecedentes de toxicomanías por parte del padre.

Tabla 1. Características sociodemográficas por centro

Variable	Categoría	Centro		Total n=100 Frecuencia (n)
		CRAE (n=50)	IES (n=50)	
Edad en años		%	(n)	
12		8,0	(4)	8,0 (8)
13		8,0	(4)	8,0 (8)
14		20,0	(10)	20,0 (20)
15		18,0	(9)	18,0 (18)
16		24,0	(12)	24,0 (24)
17±±		22,0	(11)	22,0 (22)
Media (\pm Desviación típica)		15,1	(\pm 1,5)	15,1 (\pm 1,5)
Sexo				
Masculino		52,0	(26)	52,0 (52)
Femenino		48,0	(24)	48,0 (48)
Situación laboral				
Estudiante		90,0	(45)	100,0 (95)
trabajo remunerado		0,0	(0)	0,0 (0)
en el paro		8,0	(4)	0,0 (4)
cobrando algún tipo de ayuda		0,0	(0)	0,0 (0)
de baja		0,0	(0)	0,0 (0)
Otros		2,0	(1)	0,0 (1)
Antecedentes escolares				
sin problemas escolares		16,0	(8)	100,0 (58)
sin escolarización		8,0	(4)	0,0 (4)
repite curso		18,0	(9)	0,0 (9)
escuela especial		16,0	(8)	0,0 (8)
aulas taller		22,0	(11)	0,0 (11)
Escolarizado		20,0	(10)	0,0 (10)
Tipo familia de origen				
tradicional ambos padres		48,0	(24)	80,0 (64)
Monoparental		44,0	(22)	18,0 (31)
familia extensa ni padre ni madre		8,0	(4)	2,0 (5)
Origen de la familia				
Catalana		58,0	(29)	76,0 (67)
Resto de España		6,0	(3)	0,0 (3)
Asiática		0,0	(0)	0,0 (0)
Africana		20,0	(10)	2,0 (11)
Europea		8,0	(4)	6,0 (7)
Norteamericana		0,0	(0)	0,0 (0)
Sudamérica y Centroamérica		8,0	(4)	16,0 (12)

Tabla 2. Características psicopatológicas del menor de centro CRAE y sus padres

Característica psicopatológica	%	(n)
Problemas conductuales menor		
Fugas	20,0	(10)
Delincuencia	16,0	(8)
Prostitución	0,0	(0)
Actos vandálicos	12,0	(6)
Agresiones a otros menores	24,0	(12)
Antecedentes patológicos menor		
Enfermedad somática grave	4,0	(2)
Trastorno de la personalidad	10,0	(5)
Toxicomanías	30,0	(15)
Otro trastorno psiquiátrico	56,0	(28)
Déficit cognitivo	16,0	(8)
Antecedentes tratamiento menor		
Sin tratamiento psicología/ psiquiátrico	46,0	(23)
En tratamiento en el CSMIJ	54,0	(27)
Antecedentes patológicos madre biológica		
Enfermedad somática grave	6,0	(3)
Problemas psiquiátricos	26,0	(13)
Toxicomanías	40,0	(20)
Deficiente mental	6,0	(3)
Antecedentes patológicos padre		
Enfermedad somática grave	4,0	(2)
Antecedentes psiquiátricos	4,0	(2)
Toxicomanías	32,0	(16)
Deficiente mental	2,0	(1)

6.2 Descripción de escalas de agresión DIAS

Las siguientes figuras (1, 2 y 3) muestran diagramas de cajas que representan la distribución de las puntuaciones de escalas de agresión DIAS por institución. La altura de la caja representa la dispersión de la puntuación y la línea horizontal central representa la mediana. Los Sujetos de CRAE presentan mayores puntuaciones medianas, y más dispersión de las escalas de agresividad física y verbal.

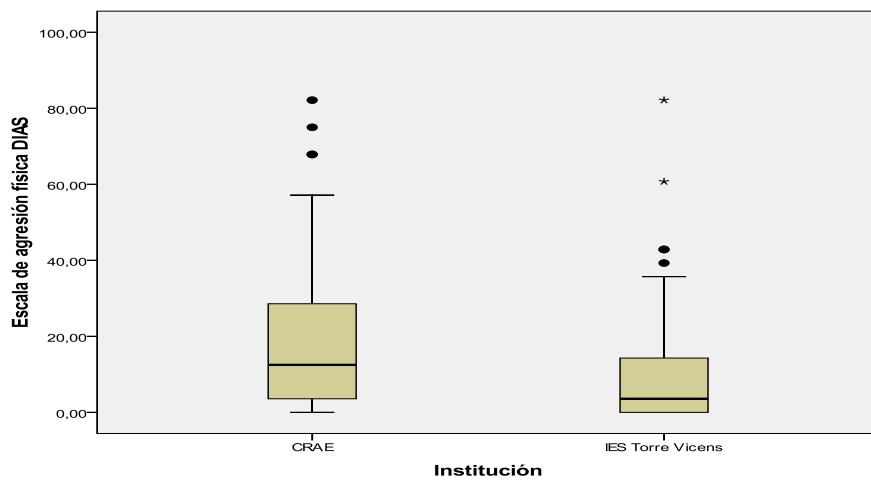


Figura 1. Diagrama de cajas: escala agresión física DIAS por institución

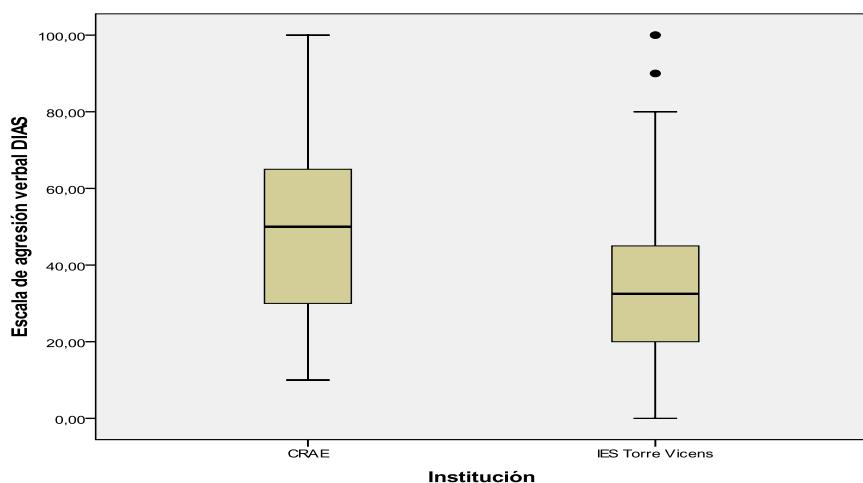
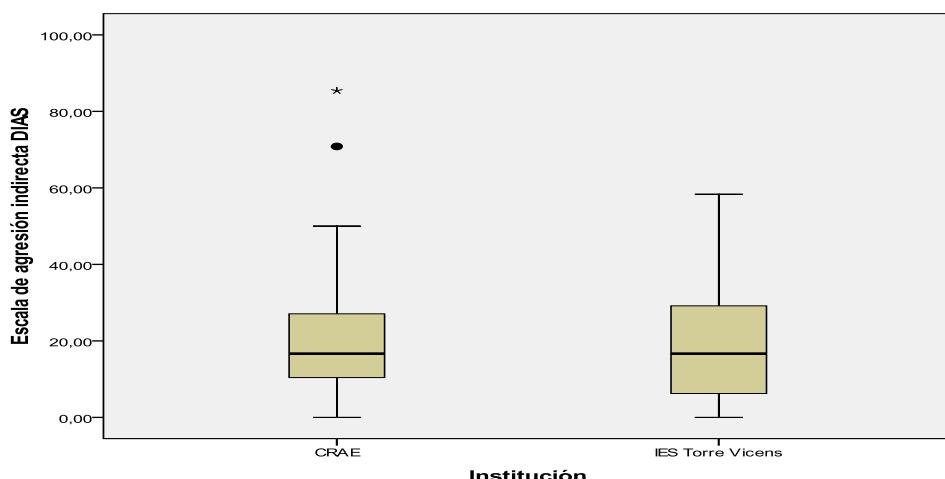


Figura 2. Diagrama de cajas: escala agresión verbal DIAS por institución

**Figura 3. Diagrama de cajas: la escala agresión indirecta DIAS por institución**

6.3. Puntuaciones del Test RAVEN

La figura 4 y la tabla 3 muestran la distribución de puntuaciones del coeficientes intelectual (RAVEN) en función de la institución y la descriptiva de valores. Los sujetos IES presentan puntuaciones medias superiores y con mayor dispersión. Los sujetos IES obtienen una media 10 puntos superior respecto los sujetos de CRAE (95,2 IES versus 84,6 CRAE).

Tabla 3. Puntuaciones del test RAVEN por centro

Coeficientes Intelectual según test Raven:	CRAE		IES		Total	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Intelectualmente superior	0,0	(0)	6,0	(3)	3,0	(3)
Superior capacidad intelectual término medio	8,0	(4)	18,0	(9)	13,0	(13)
Intelectualmente término medio medio	32,0	(16)	34,0	(17)	33,0	(33)
Inferior capacidad intelectual término medio	40,0	(20)	32,0	(16)	36,0	(36)
Deficiencia mental	20,0	(10)	10,0	(5)	15,0	(15)
Media ± dt	84,6	±11,5	95,2	±13,8	89,9	±13,7

dt: Desviación típica.

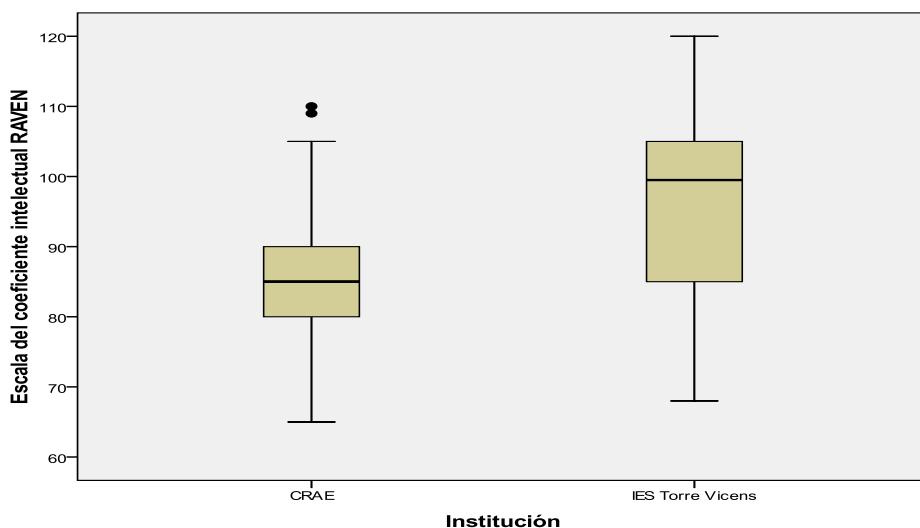


Figura 4. Diagrama de cajas: escala coeficientes intelectual RAVEN por institución

6.4. Descripción de trastornos

La tabla 4 y las figuras 5 hasta 12, muestran los descriptivos, y distribución de las puntuaciones relativas a trastornos (MACI) total y en función del centro. Los sujetos del centro CRAE obtienen en la mayoría de escalas, puntuaciones medias superiores excepto en sentimientos de ansiedad (figura 5). La puntuación con una media mayor se obtiene de la escala relativa a predisposición a la delincuencia en el centro CRAE con una media de 67,3, seguido de la escala relativa a inclinación al abuso de sustancias (65,7). En ambas instituciones las escalas presentan parecida variabilidad.

Tabla 4 Estadísticos descriptivos de escalas MACI de síndromes clínicos por centro

Síndromes clínicos	CRAE		IES		Total	
	Media	$\pm dt$	Media	$\pm dt$	Media	$\pm dt$
Trastornos de la alimentación	52,8	$\pm 16,7$	49,7	$\pm 19,0$	51,3	$\pm 17,9$
Inclinación abuso substancias	65,7	$\pm 27,4$	55,4	$\pm 28,7$	60,6	$\pm 28,4$
Predisposición a la delincuencia	67,3	$\pm 28,3$	63,0	$\pm 22,8$	65,2	$\pm 25,7$
Propensión a la impulsividad	63,7	$\pm 26,0$	53,6	$\pm 23,8$	58,7	$\pm 25,3$
Sentimientos de ansiedad	42,1	$\pm 28,1$	45,5	$\pm 24,0$	43,8	$\pm 26,0$
Efecto depresivo	49,0	$\pm 22,2$	45,5	$\pm 19,0$	47,2	$\pm 20,6$
Tendencia al suicidio	52,9	$\pm 18,9$	46,7	$\pm 19,1$	49,8	$\pm 19,2$

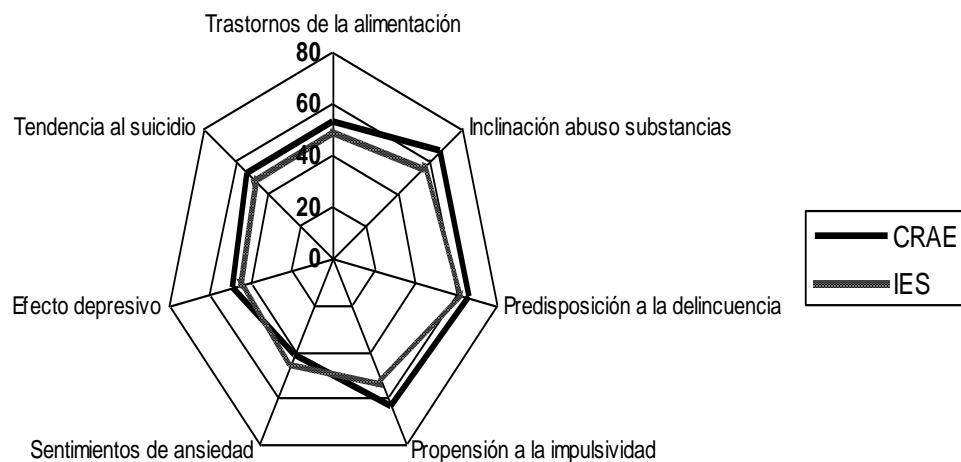


Figura 5 Diagrama radial de las puntuaciones medias del MACI.

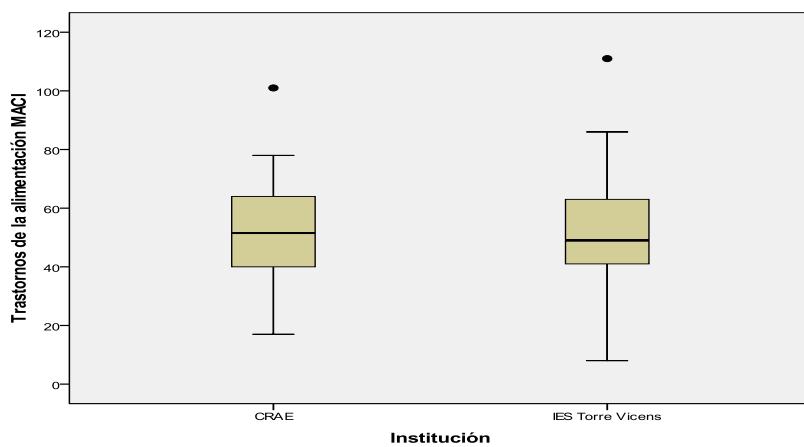


Figura 6. Diagrama cajas escala: trastornos alimentación MACI por institución.

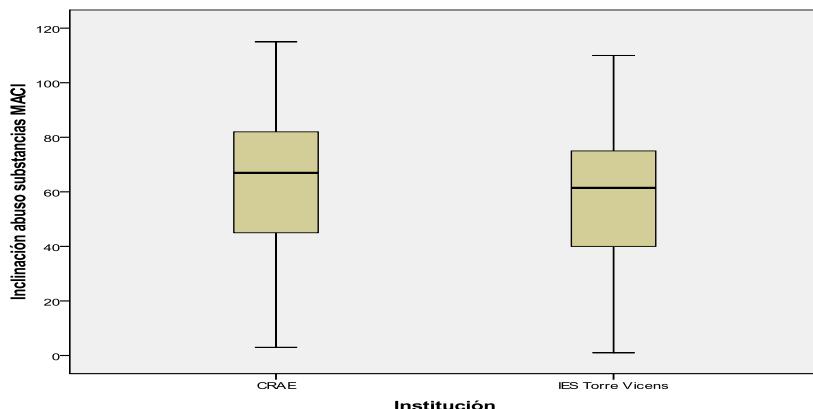


Figura 7, Diagrama cajas escala: inclinación abusos substancias MACI por institución.

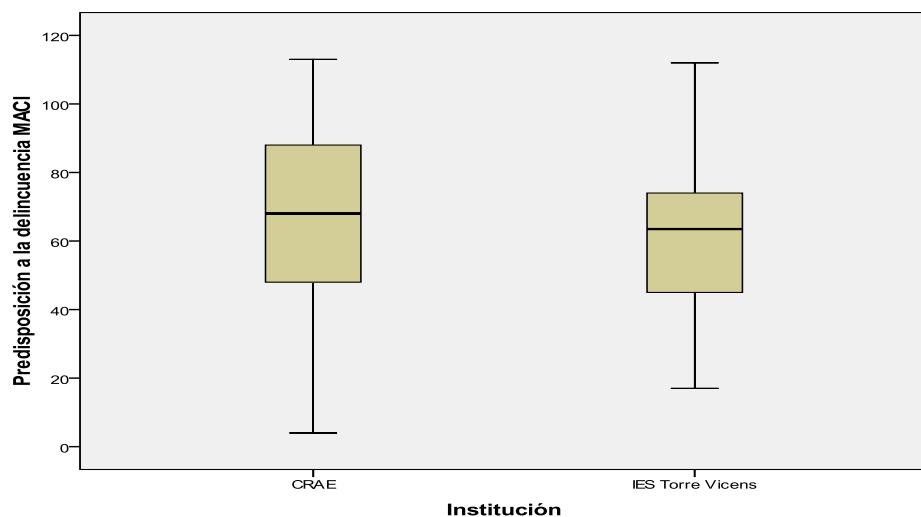


Figura 8.Diagrama cajas: escala predisposición a la delincuencia MACI por institución.

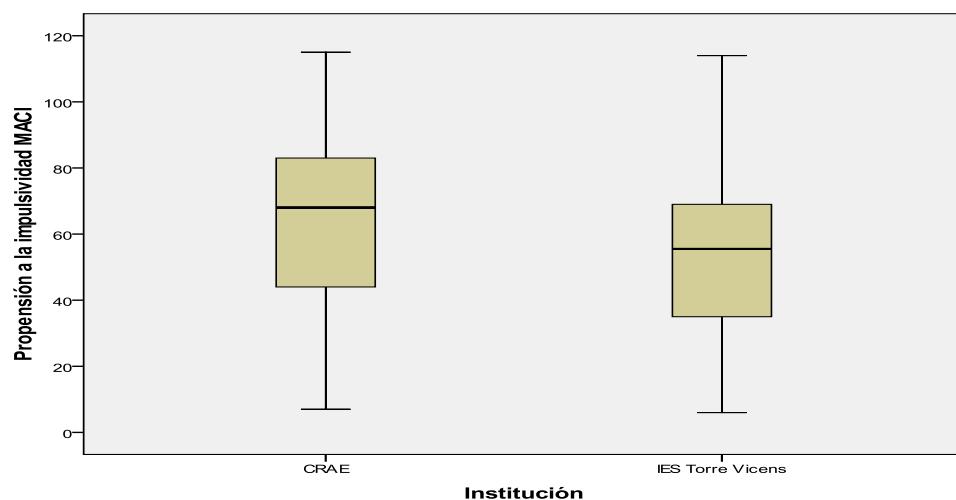


Figura 9.Diagrama de cajas: escala propensión a la impulsividad MACI por institución.

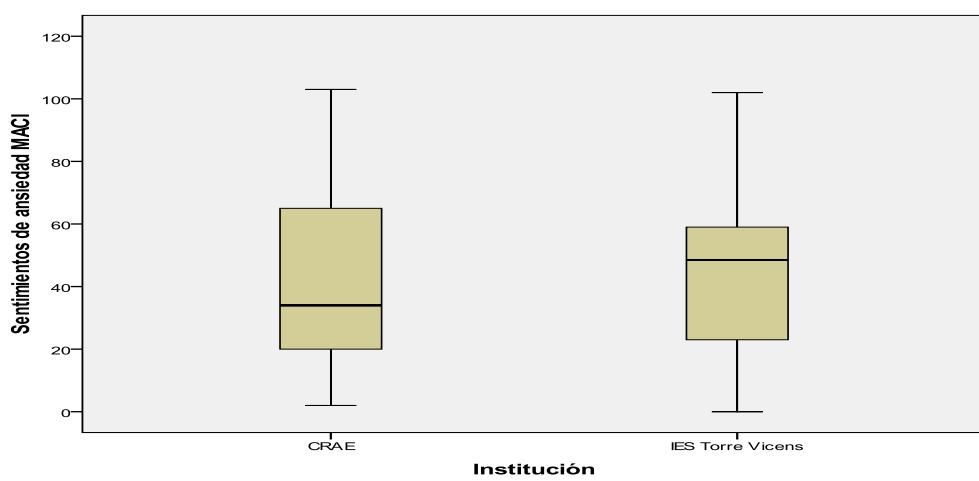


Figura 10. Diagrama de cajas: escala sentimientos ansiedad MACI por institución.

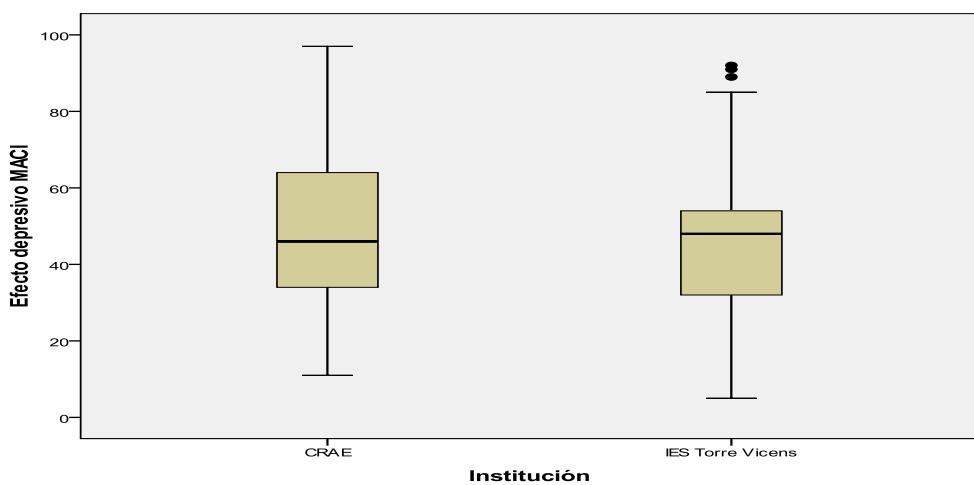


Figura 11. Diagrama de cajas: la escala efecto depresivo MACI por institución.

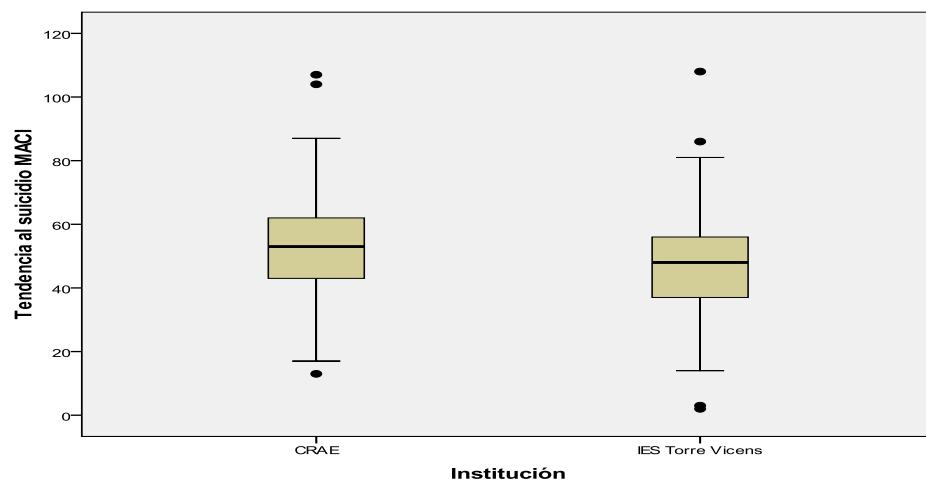


Figura 12. Diagrama de cajas: escala tendencia al suicidio MACI por institución

6.5 Prototipos de personalidad

La tabla 5 muestra las frecuencias relativas al prototipo de personalidad MACI por centro. En ella se observa que el prototipo más frecuente corresponde al egocéntrico tanto en el centro CRAE (52%) como en el IES (48%), seguido del histriónico, el rebelde y el conformista.

Tabla 5 Frecuencias de prototipos de personalidad del MACI global y por centro

Prototipo de personalidad	CRAE		IES		Total	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
Introvertido	6,0	(3)	4,0	(2)	5,0	(5)
Inhibido	2,0	(1)	4,0	(2)	3,0	(3)
Pesimista	10,0	(5)	8,0	(4)	9,0	(9)
Sumiso	24,0	(12)	16,0	(8)	20,0	(20)
Histriónico	46,0	(23)	44,0	(22)	45,0	(45)
Egocéntrico	52,0	(26)	48,0	(24)	50,0	(50)
Rebelde	40,0	(20)	26,0	(13)	33,0	(33)
Rudo	26,0	(13)	18,0	(9)	22,0	(22)
Conformista	22,0	(11)	34,0	(17)	28,0	(28)
Oposicionista	12,0	(6)	8,0	(4)	10,0	(10)
Auto punitivo	8,0	(4)	4,0	(2)	6,0	(6)
Tendencia límite	12,0	(6)	4,0	(2)	8,0	(8)

6.6 Preocupaciones expresadas

La tabla 6 muestra los descriptivos de las escalas relativas a preocupaciones expresadas (MACI). La puntuación mayor, en media, se observa en la escala relativa a insensibilidad social en ambos centros. La puntuación con una mayor diferencia entre centros es la escala relativa a abusos en la infancia, con una puntuación superior en el centro CRAE (61,9 versus 48,1). Las figuras 14 a la 21, muestran la variabilidad de las puntuaciones. La escala relativa a incomodidad respecto al sexo obtiene mayor variabilidad en el centro IES y una puntuación 8 puntos mayor, en media, que en CRAE (Figura 13 y 17). En la mayoría de escalas las puntuaciones presentan mayores medias, en los sujetos del centro CRAE.

Tabla 6.Frecuencia de preocupaciones expresadas MACI

Preocupaciones expresadas	CRAE		IES		Total	
	Media	±dt	Media	±dt	Media	±dt
Difusión de la identidad	49,1	±23,0	42,6	±19,5	45,9	±21,5
Desvalorización de si mismo	50,4	±20,4	47,8	±17,8	49,1	±19,1
Desagrado por el propio cuerpo	49,6	±19,0	47,3	±21,3	48,4	±20,1
Incomodidad respecto al sexo	48,2	±22,6	56,3	±26,4	52,2	±24,8
Inseguridad con los iguales	46,3	±22,2	45,4	±19,2	45,9	±20,7
Insensibilidad social	68,8	±30,3	69,2	±24,6	69,0	±27,5
Discordancia familiar	63,8	±27,1	52,7	±23,9	58,2	±26,0
Abusos en la infancia	61,9	±22,6	48,1	±20,4	55,0	±22,5

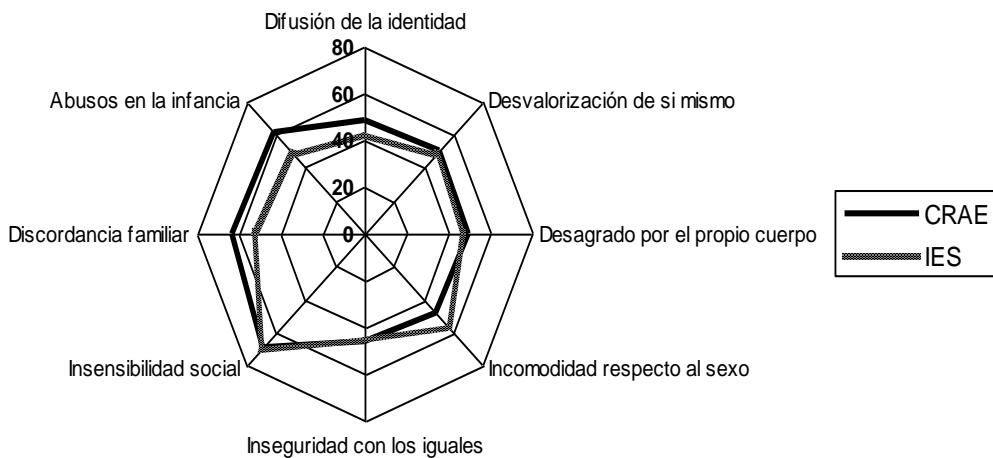


Figura 13. Diagrama radial puntuaciones medias de la frecuencia de preocupaciones expresadas MACI.

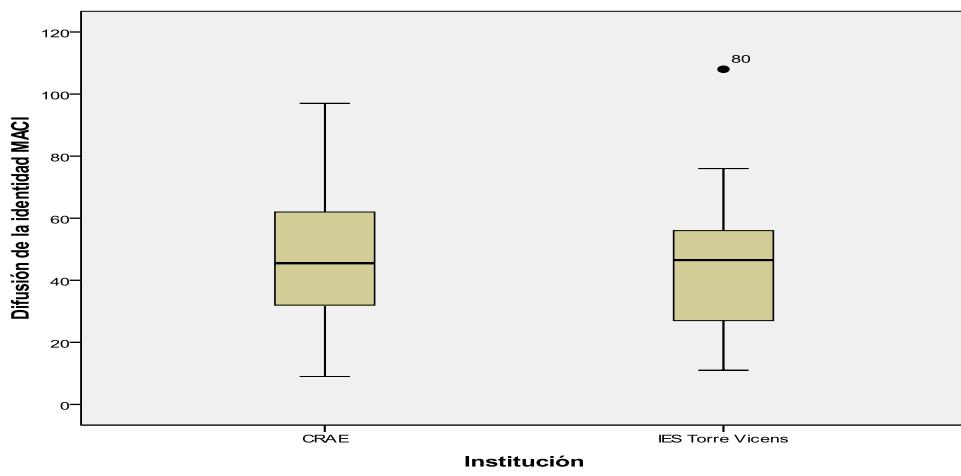


Figura 14. Diagrama de cajas: escala difusión de la identidad MACI por institución.

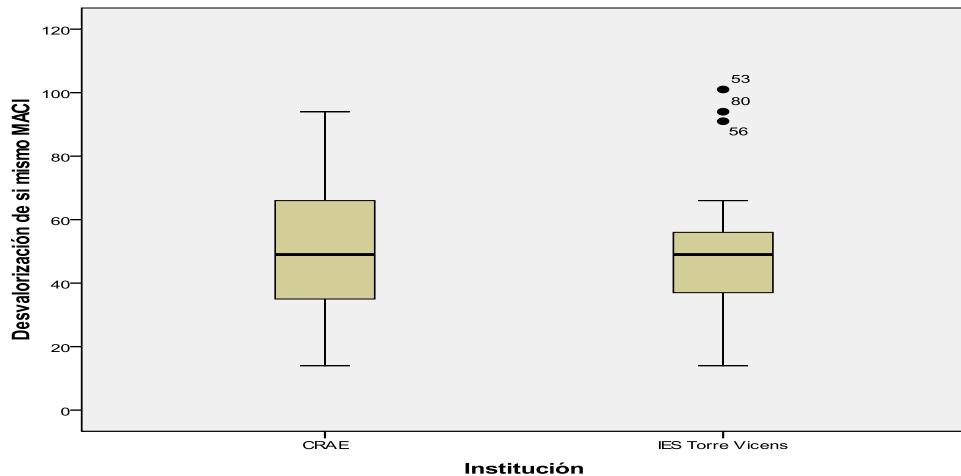


Figura 15. Diagrama de cajas: escala desvalorización de sí mismo por institución.

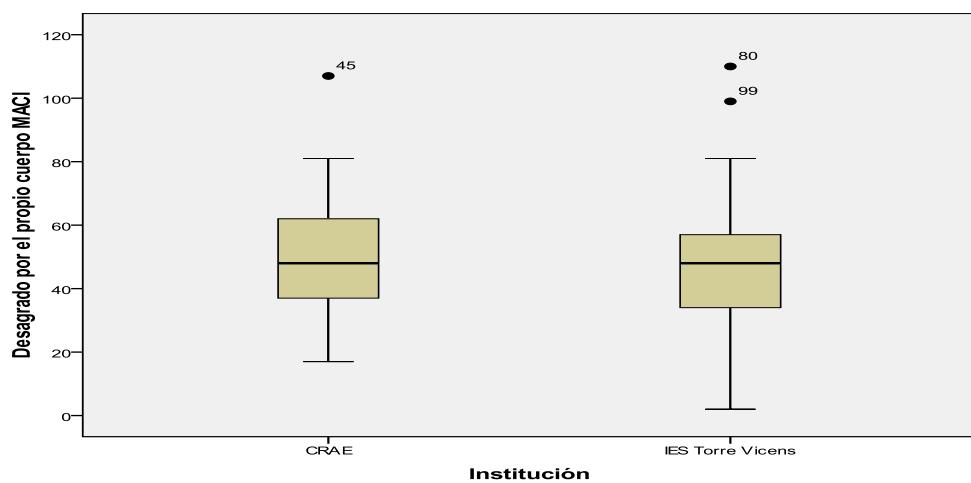


Figura 16. Diagrama de cajas: escala desagrado por el propio cuerpo por institución.

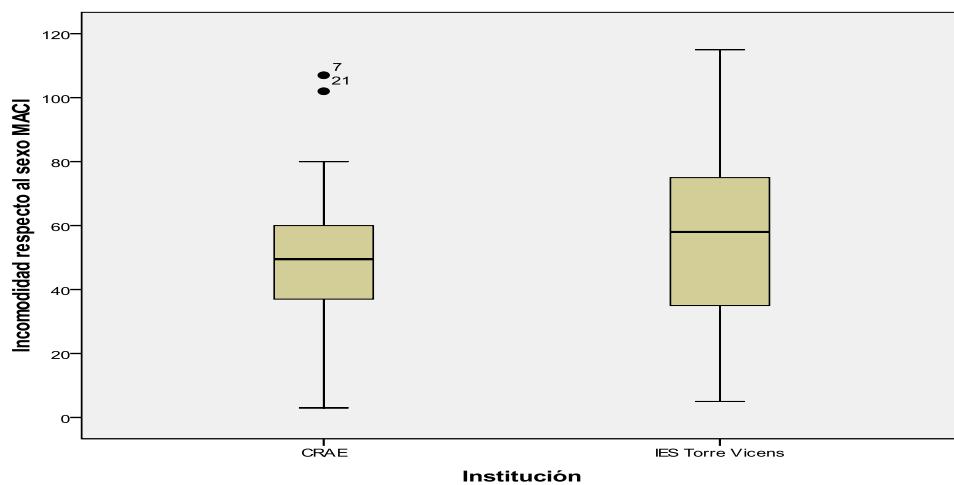


Figura 17. Diagrama de cajas: escala incomodidad respecto del sexo por institución.

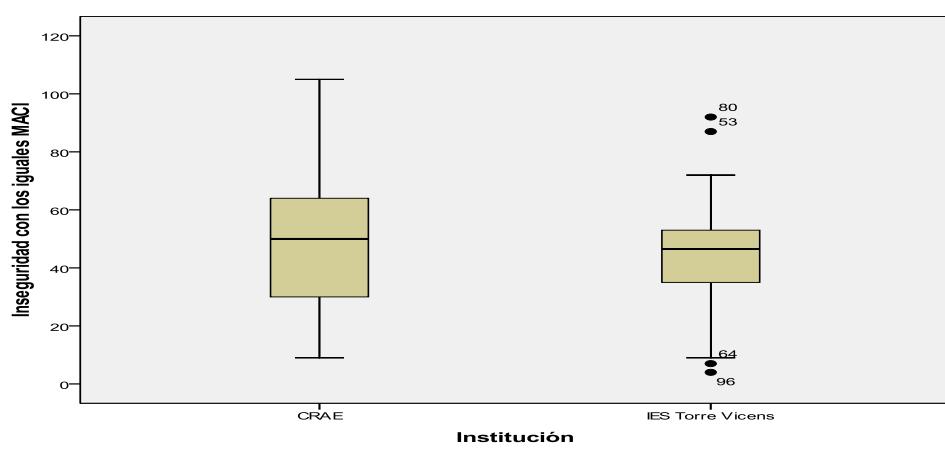


Figura 18. Diagrama de cajas: escala inseguridad con los iguales por institución.

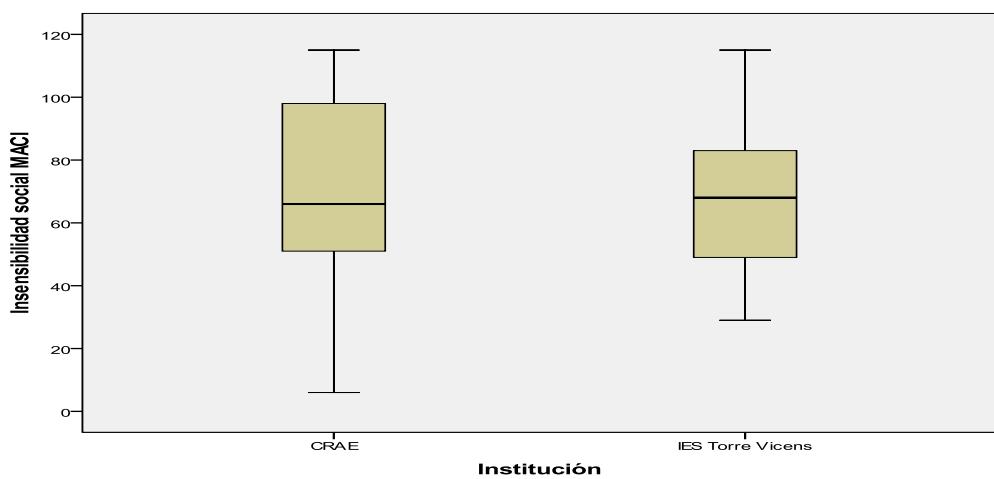


Figura 19. Diagrama de cajas: escala insensibilidad social por institución.

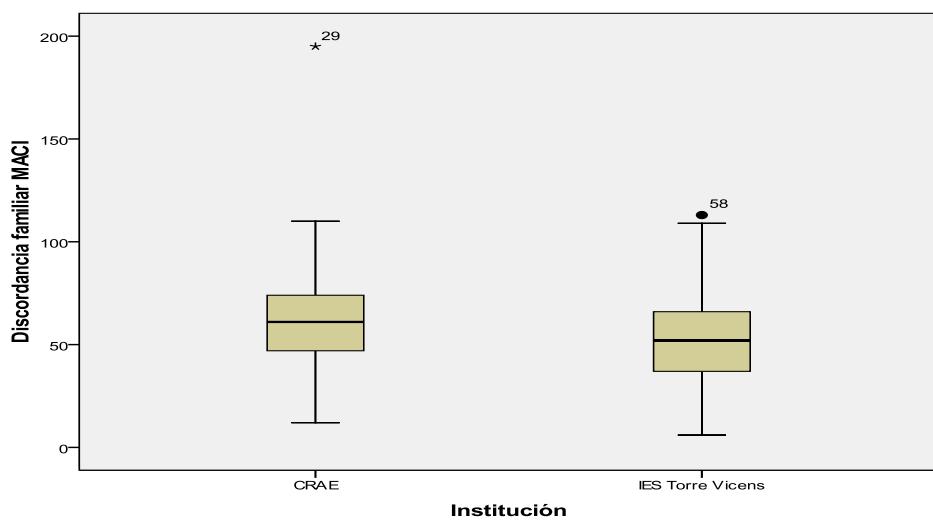


Figura 20. Diagrama de cajas: escala discordancia familiar por institución.

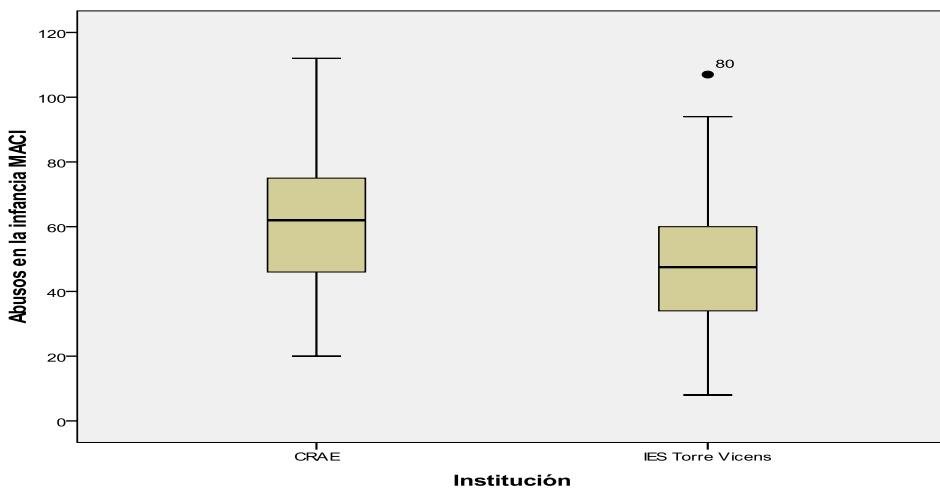


Figura 21. Diagrama de cajas: escala abusos en la infancia por institución.

6.7 Puntuaciones relativas a FR según la FFI

En la siguiente tabla 7 se puede ver que el resultado más frecuente de FR en el total de sujetos es FR cuestionable o baja seguido de Ausencia de FR. Los sujetos del centro CRAE obtienen menor FR, pues obtienen mayores porcentajes de niveles bajos de FR.

Tabla 7 Distribución de puntuaciones relativas a FR por centros

Función Reflexiva	CRAE		IES		Total	
	%	(n)	%	(n)	%	(n)
FR negativa	12,0	(6)	4,0	(2)	8,0	(8)
Ausencia de FR	46,0	(23)	22,0	(11)	34,0	(34)
FR cuestionable o baja	22,0	(11)	52,0	(26)	37,0	(37)
FR normal	18,0	(9)	14,0	(7)	16,0	(16)
Marcada FR	2,0	(1)	8,0	(4)	5,0	(5)

6.7.1 FR por centro

Hipótesis nº 1 a contrastar: Los sujetos de los CRAEs presentan niveles más bajos de FR que los sujetos del IES.

Al comparar la distribución de las puntuaciones de la FR entre centros (CRAE versus IES) se observa que los sujetos del centro CRAE obtienen un porcentaje mayor de sujetos con FR baja (58%:Negativa-Inexistente) frente los sujetos del IES (26%). Por lo tanto los sujetos CRAE obtienen menor FR que los sujetos IES. Las diferencias observadas son estadísticamente significativas (Valor $p<0,05$) (Tabla 8; figura 22 diagrama de sectores).

Tabla 8: Comparativa de las puntuaciones de la FR entre Centros

FR	CRAE		IES		Total		Valor p*
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	
Negativa - Inexistente	58	(29)	26,0	(13)	42	(42)	0,002
Cuestionable o baja	22	(11)	52,0	(26)	37	(37)	
Normal-Marcada	20	(10)	22,0	(37)	21	(21)	

* Valor p resultante de la prueba de independencia de la Chi-cuadrado de Pearson.

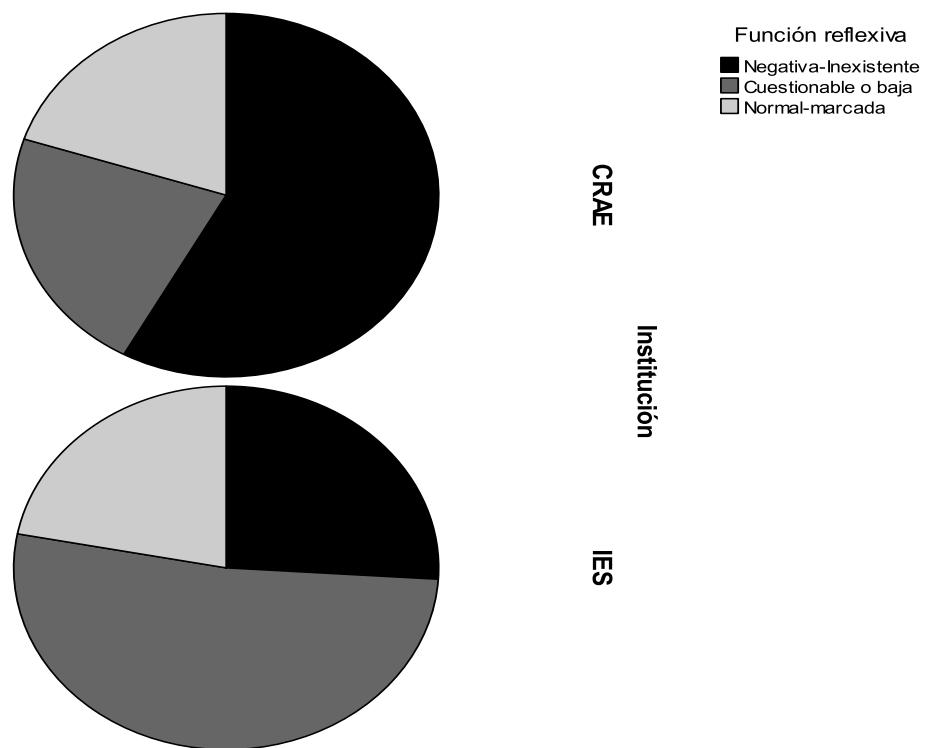


Figura 22. Diagrama de sectores: distribución de las puntuaciones FR por centro.

6.7.2 FR por sexo.

Hipótesis nº 2 a contrastar: Existen diferencias en la FR entre sexos tanto en los CRAE como en el IES

Al comparar la FR entre sexos a nivel general, se observa que la distribución de las puntuaciones no difiere significativamente entre sexos, aunque los sujetos del sexo masculino presentan menor FR, con un porcentaje mayor de FR baja (Tabla 9).

La tabla 10 muestra la misma comparativa separada por centro. Los varones del centro CRAE obtienen un porcentaje de función reflexiva normal-marcada menor que las mujeres (7,7% versus 20%). La distribución de la función reflexiva de hombres y mujeres del CRAE resultó significativamente diferente (valor $p=0,045$). (Figuras 23 y 24 Diagramas de sectores)

Tabla 9.Comparativa de las puntuaciones de la FR entre sexos

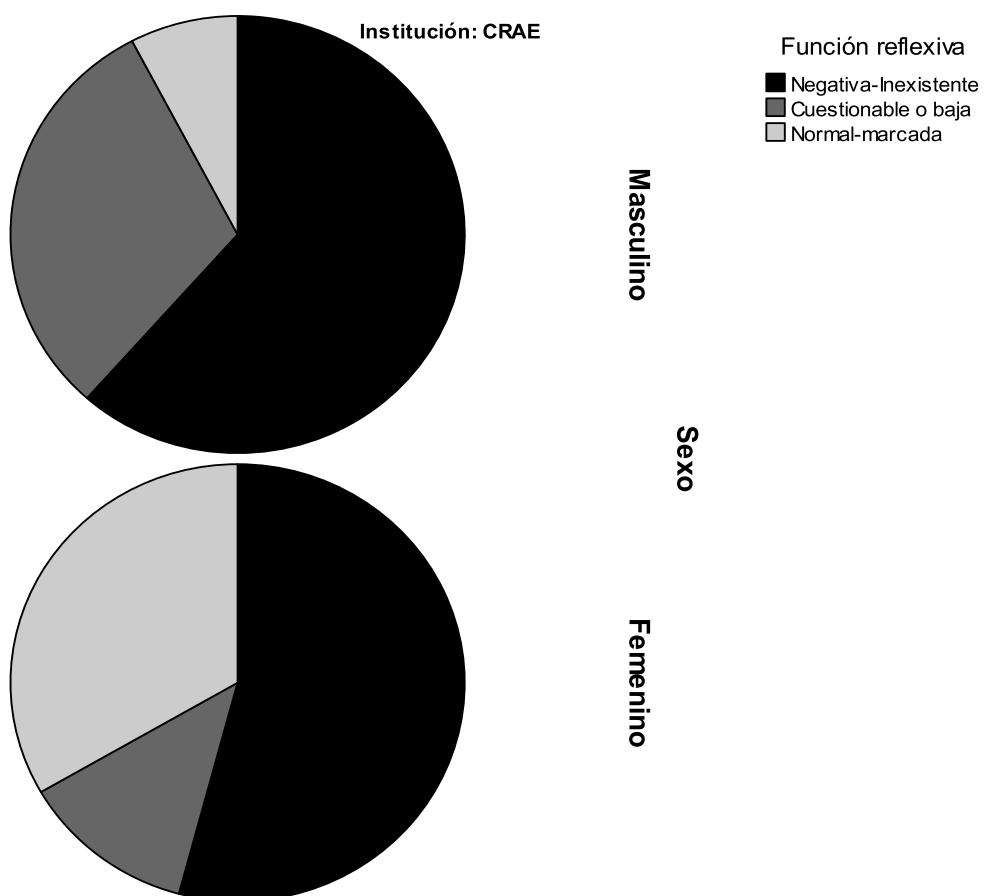
Función reflexiva	masculino		femenino		Total % (n)	Valor p*
	%	(n)	%	(n)		
Negativa - Inexistente	44,2	(23)	26,0	(19)	42,0 (42)	0,352
Cuestionable o baja	40,4	(21)	52,0	(16)	37,0 (37)	
Normal-Marcada	15,4	(8)	22,0	(13)	21,0 (21)	

* Valor p resultante de la prueba de independencia de la chi-cuadrado de Pearson.

Tabla 10:.Comparativa de las puntuaciones de la FR entre sexos por cada centro

FR	Sexo masculino		Sexo Femenino		Total		Valor p
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	
Centro CRAE							
Negativa - Inexistente	61,5	(16)	54,2	(13)	58,0	(29)	0,045 (1)
Cuestionable o baja	30,8	(8)	12,5	(3)	22,0	(11)	
Normal-Marcada	7,7	(2)	33,3	(8)	20,0	(10)	
Centro IES							
Negativa - Inexistente	26,9	(7)	25,0	(6)	26,0	(13)	0,105 (2)
Cuestionable o baja	50,0	(13)	54,2	(13)	52,0	(26)	
Normal-Marcada	23,1	(6)	20,8	(5)	22,0	(11)	

1: Valor p resultante de la prueba exacta de Fisher; 2: Valor p resultante de la prueba de independencia de chi-cuadrado de Pearson.

**Figura 23. Diagrama de sectores de la FR por sexos del centro CRAE**

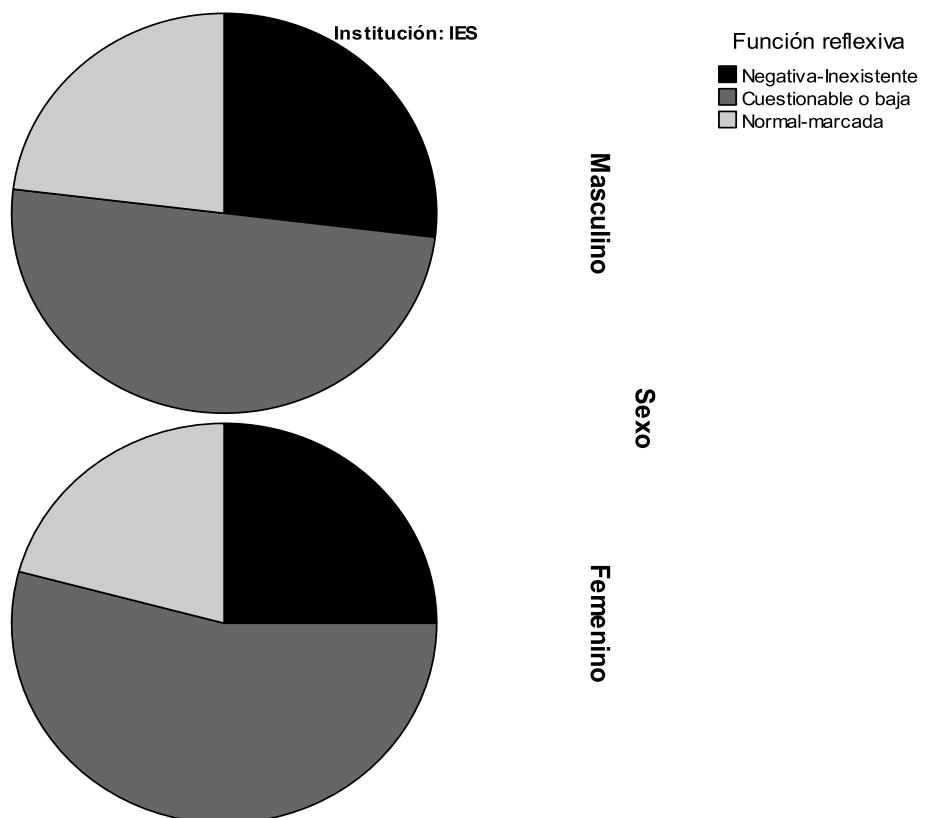


Figura 24. Diagrama de sectores de La FR por sexos centro IES

6.8 Niveles de agresión por centro.

Hipótesis nº 3 a contrastar: Los sujetos de los CRAEs presentan niveles más elevados de agresión física, verbal e indirecta que los sujetos del IES.

En la tabla 11 se presenta la comparativa descriptiva y analítica de las escalas de agresividad entre los centros CRAE y los centros IES. En ella se observa como los sujetos de los centros CRAE presentan niveles medios más elevados de agresión siendo las diferencias estadísticamente significativas (valor $p<0,05$) en el tipo de agresión física y verbal (Tabla 11, Figura 25). En cambio no se observaron diferencias estadísticamente significativas de los niveles medios de agresividad indirecta entre centros.

Tabla 11. Comparativa escalas relativas a tipos de agresión (DIAS) entre Centros

Tipo de agresión	Centro		IES	Valor p*
	Media	±Desv. típ.		
Física	20,4	±21,5	11,9	0,033
Verbal	49,5	±24,3	35,2	0,003
Indirecta	21,4	±17,3	19,5	0,571

* Valor p resultante de la prueba t-student de muestras independientes.

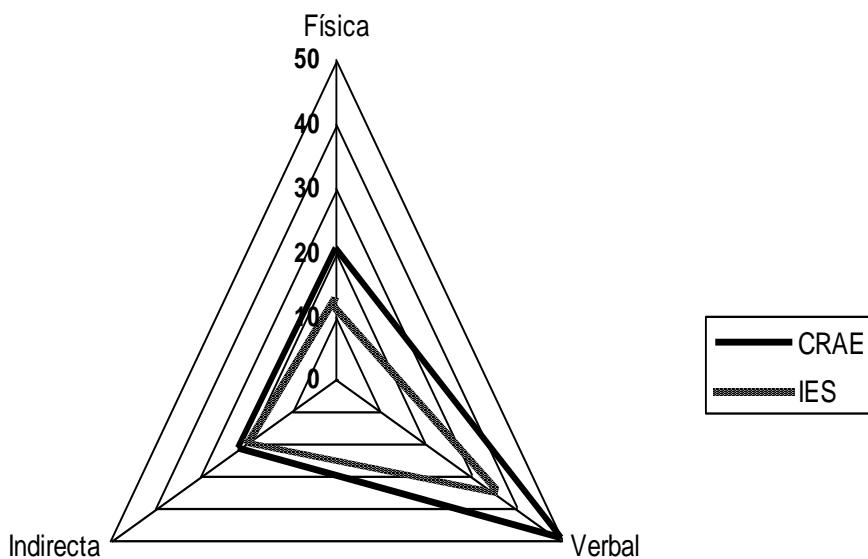


Figura 25. Gráfico radial puntuaciones medias de las escalas DIAS relativas a tipo de agresión en función del centro.

6.9 Relación entre FR y coeficientes intelectual

Hipótesis nº 4 a contrastar: El coeficiente intelectual bajo se asocia con una menor función reflexiva.

Los sujetos con FR baja (negativa, inexistente o baja) presentan un coeficiente intelectual menor en media (8,6 puntos menor) que los sujetos con FR Normal-Marcada, siendo la diferencia estadísticamente significativa (valor $p<0,05$). (Tabla 12). De otro modo los sujetos con FR baja obtienen un mayor porcentaje de sujetos con Coeficiente intelectuales

inferiores a la media en comparación con los individuos de FR alta. Las diferencias en porcentaje también presentan significación estadística (valor $p < 0,05$).

Tabla 12. FR en función de niveles de coeficientes intelectual según test Raven

Coeficientes intelectual (Raven)	FR		Normal-Marcada	valor p
	n	(%)		
Superior en capacidad intelectual al término medio	9	(11,4)	7	(33,3) 0,021 ¹
Intelectualmente término medio	24	(30,4)	9	(42,9)
Inferior a la capacidad intelectual del término medio	33	(41,8)	3	(14,3)
Deficiencia mental	13	(16,5)	2	(9,5)
Media ±dt	88,1	±12,8	96,7	±15,1 0,01 ²

1: Valor p resultante del test exacto de Fisher; 2: Valor p resultante del test de la t-student muestras independientes

Por otro lado, como se observa en la figura 27, existe un gradiente creciente del coeficientes intelectual RAVEN con la FR, presentando valores de CI mayores los participantes con funciones reflexivas mayores, y valores normalmente menores en sujetos con FR menor.

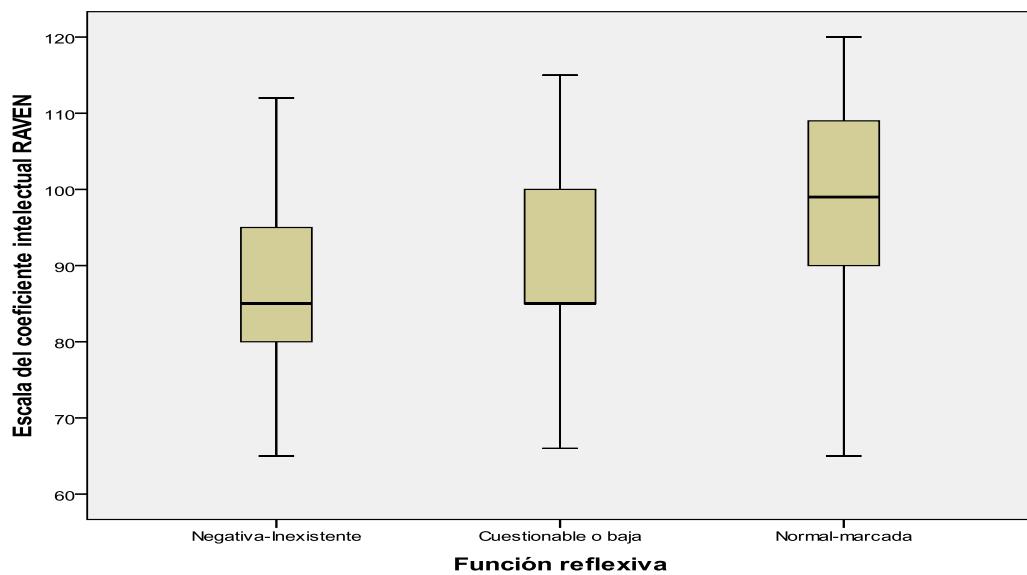


Figura 26. Diagramas de cajas: coeficientes intelectual RAVEN según FR.

6.10 Relación entre niveles de agresividad y puntuaciones de síndromes clínicos.

Hipótesis nº 5 a contrastar: Los niveles altos en los tres tipos de agresividad se relacionan con la presencia de patología psiquiátrica, especialmente: trastornos de conducta, patología de la personalidad y conductas adictivas

La tabla 13 muestra los coeficientes de correlación lineal de Pearson (r) entre las escalas de síndrome clínico y trastornos de personalidad versus las escalas relativas a los tres tipos de agresión. Los coeficientes muestran relación positiva ($r>0$), o sea relación lineal proporcional, y estadísticamente significativa (valor $p<0,05$) entre la mayoría de escalas y las puntuaciones relativas a niveles de agresividad. Por lo tanto puntuaciones altas de síndromes clínicos y trastornos de personalidad llevan resultados altos en las escalas de agresividad, y sujetos con puntuaciones bajas en los síndromes clínicos y trastornos de personalidad generan puntuaciones bajas en las escalas de niveles de agresividad. La única escala que no presenta correlación con las escalas de agresividad es la relativa a inseguridad con los iguales.

La figura 27 muestra la relación lineal encontrada entre conducta adictiva y escala de agresión verbal. En ella se observa la relación proporcional entre ambos parámetros, a mayor puntuación en la conducta adictiva, la agresión verbal tiende a ser mayor.

Tabla 13 Coeficientes de correlación de Pearson de la relación entre las escalas de tipos de agresión y escalas de síndromes clínicos y trastornos de personalidad.

Síndrome clínico	Tipo de agresión		
	Física	Verbal	Indirecta
Patología Psiquiátrica/ Conductas adictivas			
Trastornos de la alimentación	0,36**	0,38**	0,29**
Inclinación abuso substancias	0,48**	0,57**	0,42**
Predisposición a la delincuencia	0,30**	0,36**	0,25*
Propensión a la impulsividad	0,47**	0,59**	0,50**
Trastorno de la personalidad			
Inseguridad con los iguales	-0,03	-0,096	0,003
Insensibilidad social	0,23*	0,32**	0,22*
Discordancia familiar	0,34**	0,49**	0,54**
Abusos en la infancia	0,34**	0,36**	0,33**

* Correlación bilateral significativa al nivel 0,05; ** Correlación significativa bilateral al nivel 0,01.

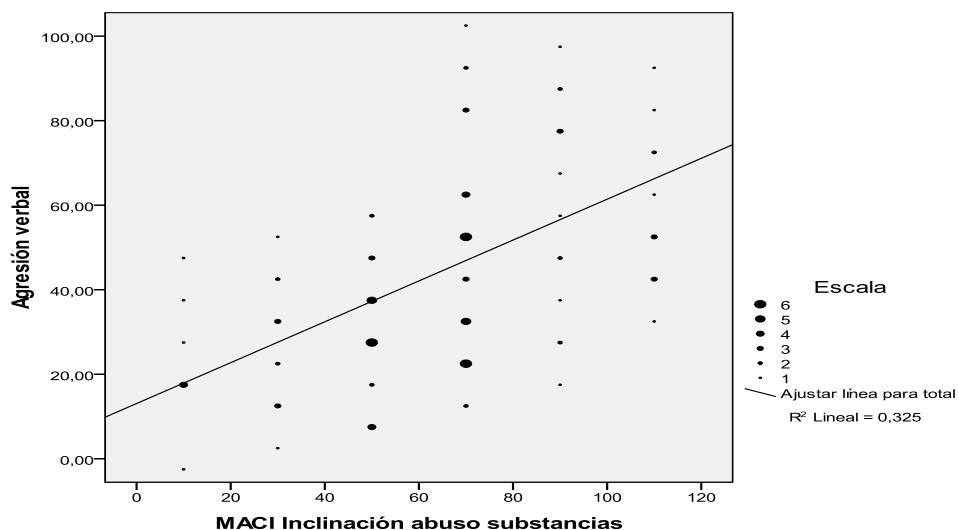


Figura 27. Diagrama de dispersión y recta de ajuste lineal entre Conducta adictiva y escala de agresión verbal.

6.11 Relación de FR y niveles de agresión

Hipótesis nº 6 a contrastar: La FR alta se relaciona con niveles altos de agresión.

En la tabla 14 se presenta la comparativa descriptiva y analítica de los niveles de agresión de los sujetos con FR baja versus los sujetos con FR normal-marcada. Los sujetos con niveles altos de FR (normal- marcada) presentan, en media, mayores niveles de agresión física, verbal y indirecta, pero sin ser las diferencias estadísticamente significativas. En la figura 28 también se puede observar que los sujetos con FR normal-marcada obtienen una media mayor en todos los niveles de agresividad.

Tabla 14:.Comparativa de escalas relativas a tipos de agresión (DIAS) entre niveles FR

Tipo de agresión	Nivel de FR					
	Negativa, Inexistente baja	Normal-marcada	Media	±Desv. típ.	Valor p*	
Física	15,8	17,2	15,8	±19,6	±21,7	0,784
Verbal	41,3	46,2	41,3	±24,4	±23,1	0,414
Indirecta	19,2	25,3	19,2	±16,0	±19,2	0,138

* Valor p resultante de la prueba t-student de muestras independientes.

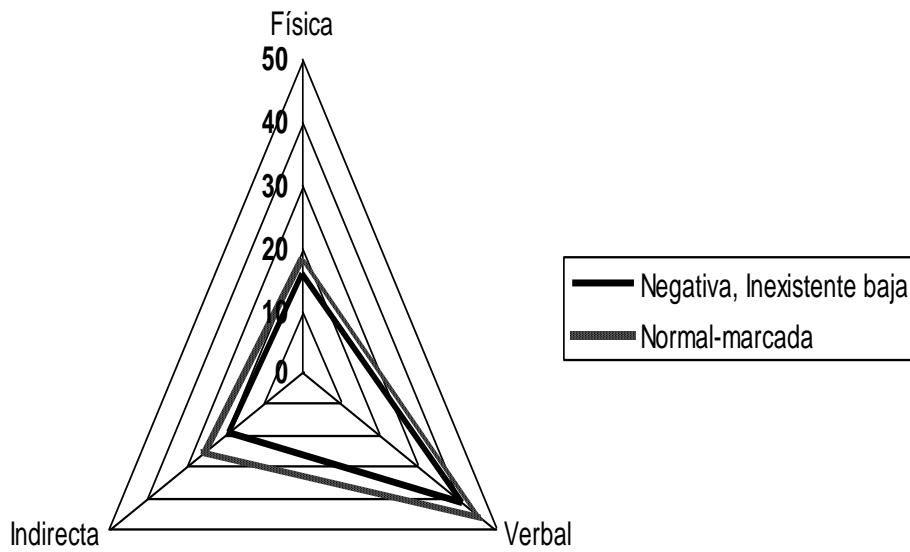


Figura 28. Diagrama radial de las puntuaciones medias de tipo de agresión (DIAS) en función de la FR.

La figura 29 se presenta un gráfico de líneas que representan los niveles de agresividad medios en función del nivel de FR sin agrupar. Esta figura muestra como, no se observa un aparente gradiente de la media de agresividad en función de la puntuación de FR. El resultado de los test de hipótesis para evaluar la posible tendencia lineal entre niveles de agresividad y FR resultó ser no estadísticamente significativa (test ANOVA de un factor con términos lineales: valor p de agresividad física= 0,767; valor p de agresividad verbal=0,966; valor p agresividad indirecta=0,629).

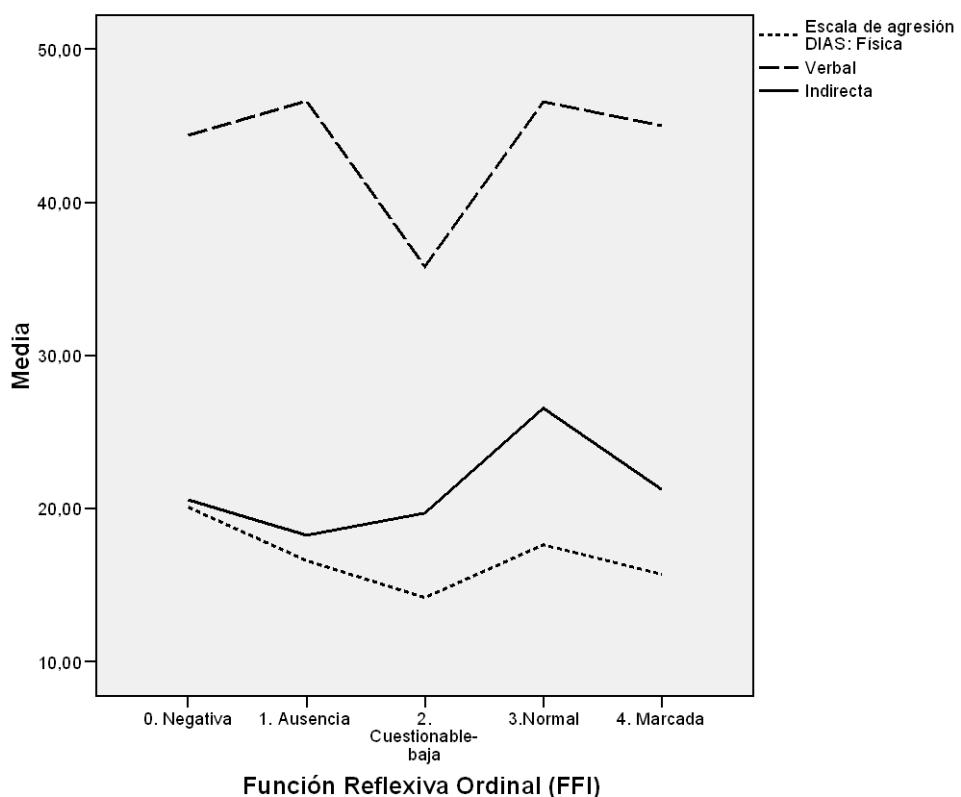


Figura 29. Niveles medios de agresividad por tipo en función de la puntuación de función reflexiva

Relación entre agresividad y FR estratificado por tipo de institución

En la figura 30 se analizan los niveles de agresividad en relación a la FR, estratificado por institución. En los sujetos CRAE, los niveles de agresividad no aumentan, ni disminuyen en relación a FR. En cambio en los sujetos IES se observa una tendencia a incrementar los niveles de agresividad a medida que la FR mejora, siendo el gradiente lineal observado estadísticamente significativo solo para los niveles de agresividad de tipo verbal (valor p del test ANOVA con término lineal=0,048 <0,05).

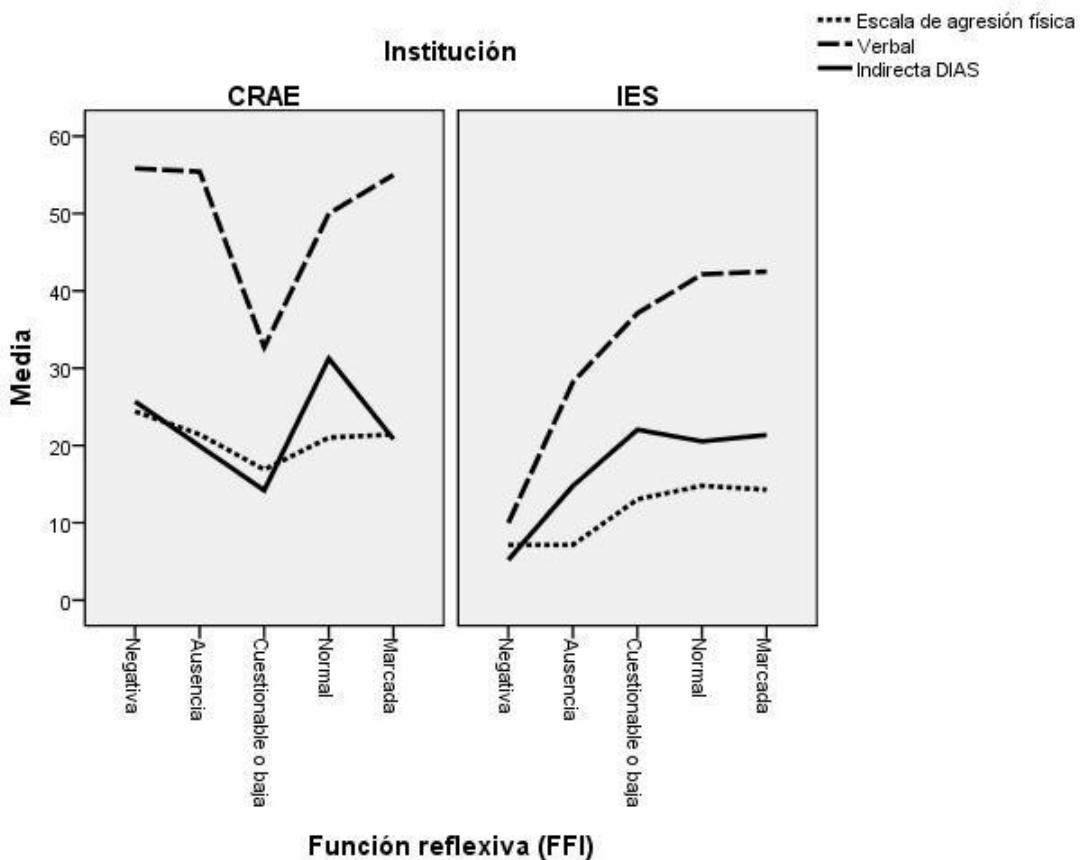


Figura 30. Niveles medios de agresividad en relación a la función reflexiva estratificado por institución.

Relación entre agresividad y FR ajustada por otras covariables

Por último se ajustan modelos de regresión lineal para valorar la relación entre niveles de agresividad y FR ajustada por otras variables posiblemente asociadas al nivel de agresividad, como son la edad, sexo, CI, síndromes clínicos y prototipos de personalidad. Las tablas 15, 16 y 17 presentan los coeficientes de los modelos lineales ajustados para valorar la relación de FR versus escala de agresividad indirecta (tabla 15), agresividad Verbal (Tabla 16) y agresividad Física (Tabla 17). Los coeficientes con signo negativo se interpretan como variables que influyen en el sentido de que disminuyen el nivel de agresividad y, los de signo positivo incrementan el nivel de agresividad medio con el incremento de los valores de la variable que la acompaña.

Escala de agresión indirecta (tabla 15): En la tabla 15 se presentan los coeficientes del modelo ajustado usando como variable dependiente escala de agresión indirecta. Las variables que se relacionan de manera estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con nivel de agresividad indirecta son el sexo y la presencia de tendencia límite. Los sujetos de sexo masculino (coeficientes = -6,97 ; IC95%:-12,6: -1,36), según este modelo, obtendrían casi 7 puntos menos (entre 1,36 y 12,6) de agresividad indirecta que las chicas. Y los sujetos con patológica de tendencia límite obtendrían 14,5 puntos más de agresividad indirecta. La variable de interés Función Reflexiva baja obtiene un coeficiente negativo de -6,19, o sea que aquellos sujetos con menos FR obtendrían una menor agresividad pero sin ser la diferencia estadísticamente significativa (valor $p=0,088$), aunque tiende a la significación (valor $p \approx 0,1$).

Tabla 15. Coeficientes del modelo Lineal: Nivel de agresión **Indirecta** en relación a FR ajustado por institución , edad, sexo ,síndromes clínicos y prototipos de personalidad.

Variable	Coeficientes	p valor	IC95% (Inferior - Superior)
Función reflexiva baja (negativa inexistente) ^d	-6,19	0,088	(-13,33- 0,94)
Escala cociente intelectual (RAVEN) ^c	0,13	0,378	(-0,16- 0,42)
Edad en años ^c	-0,22	0,842	(-2,40- 1,96)
Sexo Masculino *	-6,97*	0,015	(-12,58- -1,36)
Predisposición a la delincuencia (MACI) ^c	-0,05	0,696	(-0,29- 0,19)
Propensión a la impulsividad (MACI) ^c	0,09	0,354	(-0,11- 0,29)
Sentimientos de ansiedad (MACI) ^c	-0,18	0,057	(-0,36- 0,01)
Efecto depresivo (MACI) ^c	0,15	0,175	(-0,07- 0,37)
Presencia de tendencia límite (MACI)^{d*}	14,51*	0,025	(1,85- 27,17)
Presencia de egocéntrico (MACI) ^d	2,36	0,489	(-4,39- 9,12)
Presencia de patología rebelde (MACI) ^d	1,77	0,692	(-7,06- 10,59)
Presencia de patología Rudo (MACI) ^d	5,62	0,211	(-3,25- 14,49)

c: Escala cuantitativa continua; d: variable dicotómica; * valor $p < 0,05$; R^2 del modelo = 0,44.

Escala de agresión Verbal (tabla 16): Según el modelo presentado en la tabla 16 las variables asociadas, con significación estadística (valor $p < 0,05$), sobre agresividad verbal, son la presencia de patología rebelde con un incremento de 12,7 puntos en el nivel de agresividad verbal, y la escala de sentimientos de ansiedad con una influencia negativa de 0,33 puntos menos por cada punto sobre el nivel de agresividad. La FR sigue sin presentar significación estadística después de ajustar, aunque su influencia

obtienen un peso negativo importante (-8,74 puntos), restando puntuación de agresividad verbal en los sujetos con FR baja, y el p valor tiende a la significación (valor p=0,067).

Tabla 16. Coeficientes del modelo Lineal: Nivel de **agresión Verbal** en relación a Función reflexiva ajustado por institución, edad, sexo ,síndromes clínicos y prototipos de personalidad.

Variable	Coeficientes	p valor	IC95%
			(Inferior - Superior)
Función reflexiva baja (negativa inexistente) ^d	-8,74	0,067	(-18,10- 0,63)
Escala cociente intelectual (RAVEN) ^c	-0,23	0,179	(-0,57- 0,11)
Edad en años ^c	-1,67	0,242	(-4,49- 1,15)
Sexo Masculino	-3,48	0,354	(-10,88- 3,93)
Predisposición a la delincuencia (MACI)c	-0,18	0,261	(-0,50- 0,14)
Propensión a la impulsividad (MACI)c	0,18	0,183	(-0,09- 0,44)
Sentimientos de ansiedad (MACI)c*	-0,33	0,008	(-0,57- -0,09)
Efecto depresivo (MACI)c	-0,01	0,967	(-0,29- 0,28)
Presencia de tendencia límite (MACI)d	12,80	0,131	(-3,87- 29,48)
Presencia de egocéntrico (MACI)d	-2,30	0,61	(-11,22- 6,62)
Presencia de patología rebelde (MACI)d*	12,73	0,033	(1,08- 24,38)
Presencia de patología Rudo (MACI)d	7,49	0,2	(-4,04- 19,03)

c: Escala cuantitativa continua; d: Escala dicotómica; * valor p <0,05; R cuadrado del modelo = 0,52.

Escala de agresión Física (tabla 17): Según el modelo presentado la variable que se relaciona con significación estadística (valor p<0,05) con el nivel de agresividad física es la presencia de patología rudo. Estos sujetos presentarían 11,3 puntos más de nivel de agresividad física, independientemente de la edad, sexo y otra patología asociada. La variable FR baja no presenta significación estadística con el nivel de agresividad física después de ajustar.

Tabla 17. Coeficientes del modelo Lineal: Nivel de **agresión Física** en relación a Función reflexiva ajustado por institución , edad, sexo ,síndromes clínicos y prototipos de personalidad.

Variable	Coeficientes	p valor	IC95%
			(Inferior - Superior)
Función reflexiva baja (negativa inexistente) ^d	-4,36	0,335	(-13,29- 4,57)
Escala cociente intelectual (RAVEN) ^c	-0,17	0,292	(-0,50- 0,15)
Edad en años ^c	-1,97	0,149	(-4,65- 0,72)
Sexo Masculino	3,74	0,295	(-3,32- 10,81)
Predisposición a la delincuencia (MACI)c	0,04	0,786	(-0,26- 0,35)
Propensión a la impulsividad (MACI)c	0,08	0,533	(-0,17- 0,33)
Sentimientos de ansiedad (MACI)c	-0,14	0,241	(-0,37- 0,09)
Efecto depresivo (MACI)c	0,11	0,443	(-0,17- 0,38)
Presencia de tendencia límite (MACI)d	-0,79	0,921	(-16,70- 15,11)
Presencia de egocéntrico (MACI)d	-3,37	0,433	(-11,88- 5,14)
Presencia de patología rebelde (MACI)d	6,17	0,273	(-4,94- 17,28)
Presencia de patología Rudo (MACI)d	11,33	0,044	(0,33- 22,33)

c: Escala cuantitativa continua; d: Escala dicotómica; * valor p <0,05; R cuadrado del modelo = 0,36.

7.- DISCUSIÓN

OBJETIVO

El objetivo principal de esta tesis ha sido conocer la existencia de la relación entre la función reflexiva y el desarrollo de conductas agresivas en dos grupos de jóvenes que se diferenciaban en la presencia/ausencia de antecedentes de malos tratos, negligencias o abusos, teniendo en cuenta el posible efecto del coeficientes intelectual y los antecedentes clínicos. Para ello hemos evaluado en una muestra de 100 menores de edad de dos tipos de centros, la función reflexiva con FFI, los 3 tipos de agresividad (física, directa e indirecta) con la escala DIAS, el coeficientes intelectual RAVEN y la patología y perfiles de personalidad con MACI.

DIFERENCIAS ESTRUCTURALES DE LOS SUJETOS CRAE Y IES

Pese a que ambos grupos fueron apareados por sexo y edad, es indudable que se trata de grupos de chicos con importantes diferencias familiares y socio-culturales.

Al analizar las características sociodemográficas y antecedentes escolares de las muestras se constataron las diferencias existentes en cuanto a tipo de escolarización, entre los sujetos del grupo CRAE y los del grupo IES. El 26% de la población CRAE estaba sin escolarizar o presentaban problemas en el seguimiento normal de la escuela, mientras que los sujetos IES no reportaban ningún problema escolar. Esta diferencia puede estar asociada al hecho de que los chicos CRAE, normalmente proceden de familias con un perfil de negligencia y violencia familiar, unido a la carencia de habilidades sociales (Generalitat de Catalunya 1996). Y este perfil habitualmente va ligado a factores de riesgo tanto para el tema de absentismo escolar como para un bajo rendimiento académico. (Rodríguez G, Camacho J, Rodrigo MJ, Martín JC, Márquez ML 2006).

TIPO DE FAMILIA

En cuanto al tipo de familia de procedencia: El 80% de los sujetos de la muestra IES provenía de una familia tradicional (padre y madre biológicos), mientras que en la

muestra CRAE solo el 48% de los chicos procedían de una familia tradicional. La literatura señala cierta relación del tipo de familia mono parental, con el perfil psicoafectivo de los padres y en el grado de capacidad de cuidar a sus hijos. (Rodríguez G, Camacho J, Rodrigo MJ, Martín JC, Márquez ML 2006; Van IJzendoorn, Euser, Prinzie, Buffer, Bakermans-Kranenburg, 2008). Por otro lado, un niño que vive en un ambiente de violencia familiar, aunque no sea víctima directa, tiene mayor riesgo de padecer problemas conductuales, sociales, emocionales y cognitivos en un futuro. (Ybarra, Wilkens, Liberman 2007). A nivel de la literatura consultada, parecería existir una relación entre el tipo de perfil psicoafectivo de los padres y su capacidad o no de cuidar de sus hijos (Rodríguez, Camacho, Rodrigo, Martín y Márquez 2006; Van IJzendoorn, Euser, Prizie y Bakermans-Kreanenburg 2008)

ORIGEN

En cuanto al origen o lugar de nacimiento se constatan evidentes diferencias entre ambas muestra, pues solo El 58% de los niños de la muestra CRAE son de origen catalán, mientras que en grupo IES lo eran la gran mayoría, un 76%. En cuanto a las zonas de origen también se constataron diferencias, los sujetos CRAE tenían una mayoría de sujetos de origen africano (20%) (predominantemente magrebí) y en el grupo IES predominaba con un 16% la población de origen sudamericano. La variable origen se ha analizado como factor mediado en la existencia o no de redes sociales de apoyo, en los perfiles psicoafectivos de los padres en relación a la capacidad de figuras de apego y en cómo estos han podido o no elaborar las variables derivadas el duelo de la emigración. (Gualtero y Gomà 2008). Como ya explicamos el choque entre valores culturales, religiosos y sociales, puede ser un grave detonante de conductas agresivas (Balsells, 2009; Balsells, del Arco y Miñambres 2007; Balcells, Fuentes-Peláez, Mateo; Mateos y Violant 2010).

CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS DEL MENOR Y FAMILIARES

En cuanto a las características psicopatológicas del menor y su familia en los sujetos del grupo CRAE (información solo disponible en el grupo CRAE), sus tutores

declararon varios problemas conductuales, mayoritariamente del tipo agresiones a otros menores en un 24%, fugas en un 20%, delincuencia en un 16% y 6 casos que presentan actos vandálicos. En cuanto a los antecedentes psicopatológicos. el 56% presentaban algún tipo de trastorno psiquiátrico, el 30% tenían problemas con tóxicos, un 16% tenían un déficit cognitivo, un 19% trastorno de la personalidad, y un 54% recibían tratamiento en el CSMIJ de Sant Joan de Déu de Lleida.

Los antecedentes psicopatológicos del menor del grupo CRAE estarían relacionados con los antecedentes patológicos de los padres pues las madres presentaban en un 40% de toxicomanías, un 26% tenían problemas psiquiátricos y 6% deficiencia mental. En este sentido algunos estudios apuntan que tener unos padres con problemas de toxicomanías (especialmente si es la madre es la que padece el trastorno adictivo) es un factor de riesgo para desarrollar conducta negligente, de maltrato o de abuso sexual hacia sus hijos. (Suchman, DeCoste, Leigh, Borelli 2010).

Otras investigaciones sugieren que mayoritariamente las madres que han sufrido abusos y malos tratos, físicos y/o sexuales por parte de sus padres y/o de sus parejas, es más probable de que repitan este esquema de conducta y de comunicación a través de la violencia y el maltrato hacia sus hijos. (Bandura 1962,1975; Bandura y Ribes-Inesta 1976; Bandura y Walters 1959; Lázaro 2007, Varea JM, Val A 200; Well K 2009).

Rutter (1966) señaló que los hijos de padres con trastornos mentales padecían un alto riesgo de padecer problemas en su desarrollo: psicoafectivo, físico, cognitivo, social, emocional y conductual (Barnes, Stein 2000; Murray, Cooper 2003). Si estos padres sufren un Trastorno Limite de la Personalidad (tienen una FR baja o inexistente) (Bateman, Fonagy 2010; 2011) y comorbilidad de consumo de tóxicos, sus hijos son más vulnerables a la negligencia y al maltrato, ya que estos padres tiene más probabilidades de desarrollar conductas de maltrato y negligencia en relación a los otros, especialmente sus hijos y cónyuge. (Barnard, MacKeganey 2004; Cleaver, Nicholson, Tarr, Cleaver 2007; Ramchandani, Stein 2003),

CI, SÍNDROMES CLÍNICOS, PROTÓTIPOS DE PERSONALIDAD ENTRE CENTROS

Los sujetos del grupo CRAE obtienen un menor coeficiente intelectual, mayor puntuación en los síndromes clínicos, como la predisposición a la delincuencia, abuso de sustancias, y mayores preocupaciones expresadas, sobretodo y claramente en cuanto a abusos en la infancia. Estos datos concuerdan con los aspectos de riesgo evolutivo al que están sometidos los niños que padecen una situación de maltrato, negligencia y/o abuso sexual, expuestos en el párrafo anterior (Cleaver, Nicholson, Tarr, Cleaver 2007).

CONSECUENCIAS DEL ABUSO SEXUAL

La teoría del apego pone énfasis en el vínculo desorganizado como patrón de apego predominante en la población víctima de negligencia y abusos sexuales. También sugiere que las madres con este tipo de vínculo tienen un alto riesgo de reproducir el mismo patrón de conducta con su pareja y con sus hijos. (Johnson y Whiffen 2003). Estudios en poblaciones de niños y adolescentes de los Estados Unidos, sugieren que los niños que han sido víctimas de abusos sexuales son más propensos que aquello que no padecieron, a desarrollar conductas de riesgo: tener relaciones sexuales precoces sin protección, con múltiples parejas, más riesgo de trasmisión de enfermedades de trasmisión sexual y embarazos precoces (Homma, Wang, Saewyc y Kishor 2012). Si las víctimas han sido los varones, a diferencia de las mujeres, estos siguen padeciendo el estigma de la masculinidad (miedo a ser tachados de homosexuales o de ser poco hombres), lo que implica que no se denuncien los casos de abusos, con lo que conlleva de factor de riesgo, ya que al no ser detectados no pueden recibir la ayuda necesaria para poder elaborar la situación traumática vivida.

La literatura señala que las víctimas de abusos sexuales tienen efectos a largo plazo (teniendo en cuenta la edad de inicio el abuso, la duración del mismo en el tiempo y la naturaleza del tipo de actividad sexual) muy negativos tanto para su salud mental (depresión ideación autolítica, baja autoestima, toxicomanías, delincuencia,

disfunciones sexuales) como para terceros (agresores sexuales, conductas agresivas). (Romano y Rayleen 2001).

Parece existir una evidencia científica de que los niños abusados en la infancia son la población de mayor riesgo de desarrollar patología en la vida adulta. No obstante, no quedan claros cuales son los mecanismos psíquicos que lo desencadenan. Messman-Moore (Messman-Moore y Long 2003) sugiere que factores tales como: el entorno familiar, la conducta del agresor y los elementos sociales y culturales no solo no protegen sino que culpabilizan a la víctima, deberían ser tenidos en cuenta para valorar su vulnerabilidad.

Una vez descrito el perfil general de la muestra estudiada pasamos a desarrollar los aspectos teóricos ligados a los resultados obtenidos en relación a las seis hipótesis propuestas dentro de este contexto.

HIPOTESIS

H1: Los sujetos de los CRAE presentan niveles más bajos de función reflexiva que los sujetos del IES.

Los sujetos CRAE presentan una menor función reflexiva que los sujetos IES, diferencias estadísticamente significativas. Estos resultados coinciden con la literatura analizada, que sugiere que existiría una estrecha relación entre la capacidad de poder ponerse en el lugar del otro (función reflexiva o mentalización) con la capacidad de haber organizado vinculaciones seguras en la infancia. Es decir, que si los padres han tenido la capacidad de comprender la naturaleza y función de sus propios deseos y pensamientos, también van a poder tener la capacidad de comprender la naturaleza de los estados mentales de su hijo. Este funcionamiento de la función reflexiva del padre (especialmente la madre o cuidador principal) va a permitir que el hijo tenga una experiencia física y psicológica de confort, desarrollando una vinculación segura. (Fonagy, Bateman, Bateman 2011; Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002; Fonagy, Gergely, Jurist y

Target 2004; Fonagy, Gergely y Target 2007; Slade 2003, 2005, Slade, Grienenberger, Bernbach, Levy, Locker 2005).

En la muestra analizada, la mayoría de los niños que han tenido que entrar en la red de protección infantil pertenecen a familias con niveles altos de distocia, y ésta puede ser una de las explicaciones posibles de las diferencias en función reflexiva entre centros que confirma la hipótesis. Notar que en la puntuación función reflexiva marcada solo se dio en 1 caso del grupo CRAES frente a 4 del grupo IES. Todo esto va en el sentido de que el antecedente de maltrato, negligencia y/o abuso generalmente organiza una vinculación afectiva de tipo desorganizado. Si tenemos en cuenta el hecho de que, como ya señalamos en el marco teórico:

- a) los cinco primeros años de vida son cruciales para la organización psíquica y somática del ser humano (Slade y Lieberman 1997),
- b) este niño ha padecido severas situaciones de estrés (Gerhardt 2007; Main 2000; Main, Goldwyn 1991; Main, Goldwyn, Hesse, 2003; Main, Kaplan, Cassidy 1985; Main y Solomon 1986,1990) derivadas de una situación vital amenazante y/o insatisfactoria,
- c) la figura de vinculación es incapaz de empatizar con el hijo (Lecannelier 2002a, 2002b)
- d) se ha mantenido en el tiempo este tipo de vinculación; el niño va a tender a desarrollar conductas de supervivencia. Estas van a ser o no desadaptativas en función si tiene resiliencia o factores externos de protección (Fores y Grane 2008; Marrone 1998; Soares y Dias 2007).

En la validación de la FFI, se observó, en el seguimiento de los bebés durante los primeros cinco años de su vida, que la salud mental de los hijos estaba relacionada con si sus padres (que habían sido evaluados durante el embarazo) tenían o no un funcionamiento reflexivo (FR) alto. Los autoinformes del comportamiento emocional de estos niños, a la edad de 11, años sugirieron que estos presentaban menos problemas si sus padres habían mostrado una alta FR durante su embarazo, 12 años

antes. Es decir, que los padres parecerían tener unas influencias sociales en sus hijos de larga duración. Por lo que es muy probable que la calidad del tipo de vinculación (attachment) efectuada en la infancia y el desarrollo posterior de la FR, pudieran estar relacionados con la capacidad o no de dominio de las emociones, capacidad para resolver los conflictos (Björkqvist, Österman y Kaukiainen 2000). , nivel de autoestima y salud mental iniciada en la infancia y desarrollada hasta la vida adulta. (Fonagy, Steele, Moran, Steele Y Higgitt, 1991; Fonagy, Target, Steele y Steele, 1998).

El proceso de acogida de menores en CRAEs, si bien es llevado a cabo con la intención de proteger al menor, implica una ruptura en la continuidad de los cuidados y un riesgo de iatrogenia, en caso de no tenerse en cuenta, por parte de los cuidadores de los centros, de la necesidad de organizar una vinculación segura cuidador-menor, que genere factores de resiliencia (Leal Guindo 2011; Rutter, Kreppner, O'Connor 2001). Las investigaciones sobre este tipo de población sugieren que, a mayor tiempo de estar institucionalizados, estos menores tienen más riesgo de presentar: problemas de conducta, dificultades sociales de aprendizaje y sociales y desajustes en los aspectos psicoemocionales (Shechory y Sommerfeld 2007). El desarrollo de programas de colaboración entre los Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) y los CRAE permite una atención preferente de esta población. No obstante, el modelo actual de los CRAE, presenta problemas para poder dar atención a determinadas problemáticas (especialmente los trastornos de conducta, los trastornos psiquiátricos y las adicciones) que requerirían otro perfil de centros residenciales y la creación de centros terapéuticos especializados para estos menores. (Delgado, Fornieles, Costas y Brun-Gasca 2012).

H2: Existen diferencias en la FR entre sexos tanto en los CRAE como en el IES

Los resultados obtenidos confirmarían la hipótesis, si sólo se analiza tomando exclusivamente el grupo CRAE. En este grupo los chicos obtienen una función reflexiva normal-marcada menor que las mujeres (7,7% versus 20%). Este resultado apunta a que posiblemente las mujeres de este grupo habrían tenido una mejor vinculación en

sus primeros años de vida, aunque posteriormente se hayan producido situaciones de estrés que han motivado su ingreso en un CRAE (Fonagy, Gergely, Jurist y Target 2002: 2004).

Posiblemente las chicas de esta muestra tengan una buena capacidad de resiliencia, lo que les ha permitido tener una mayor aptitud para poder aceptar o buscar o crear redes de apoyo emocional, como una forma de poder lograr superar su experiencia de maltrato, negligencia o abuso sexual (Egeland, Jacobvitz y Sroufe 1988)

Recientes estudios (Anderson y Bang 2012) sugieren que las chicas que habiendo estado expuestas a violencia familiar obtenían puntuaciones significativamente altas en resiliencia, eran chicas que mostraban una gran capacidad de adaptación, aunque no quedaban totalmente libres de padecer síntomas derivados de la situación traumática y de ciertas limitaciones en el sistema del apego. (Luthar 2006; Masten y Powell 2003; Riley Masten 2005).

H3: Los sujetos de los CRAE presentan mayores niveles de agresión (física, verbal e indirecta) que los sujetos del IES.

Esta hipótesis se cumple, siendo los niveles de agresividad física y verbal mayores en el grupo CRAE. Estos resultados se pueden explicar, en parte, a consecuencia de que los sujetos CRAE, tal como hemos descrito, tienden a tener mayores problemas conductuales, más antecedentes psicopatológicos personales y familiares, mayores trastornos psiquiátricos de base y más problemas de adicción. Al mismo tiempo, estos sujetos tienen altos síndromes clínicos y consecuentemente mayores conductas agresivas. (Fonagy, Bateman y Bateman 2011)

Estos resultados sugieren que la dificultad en la regulación emocional derivada de antecedentes de negligencia, maltrato y/o abuso, compromete la posibilidad de desarrollar una buena regulación emocional (Función Reflexiva). Esta dificultad es un factor de alto riesgo para el desarrollo de conductas agresivas, ya que implica que no

pueden empatizar con los estados mentales del otro. (Bateman y Fonagy 2010, 2011; Finzi, Ram, Har-Even, Shnit, Weizman 2001; Fonagy, Bateman, Bateman 2011).

H4: El coeficiente intelectual más bajo se asocia con una menor función reflexiva.

Los resultados obtenidos sugieren que existe una relación entre habilidades intelectuales y la función reflexiva (FR). Los sujetos con funciones reflexivas bajas presentaron un coeficiente intelectual menor a la media que los sujetos con FR Norma-Marcada o Alta. Estos resultados concuerdan con lo señalado por diferentes autores que relacionan las capacidades verbales y cognitivas con la función reflexiva (Allen, Fonagy y Bateman 2008; Bos, Fox, Zeanah y Nelson 2009; Bos, Zeanah, Fox, Drury, McLaughlin y Nelson 2011; Bos, Zeanah, Smyke, Fox y Nelson 2010; Schechter, Willheim, Hinojosa, Scholfield-Kleinman, Turner, McCaw y Myers 2010).

Como ya señalamos en el marco teórico, la función reflexiva está relacionada con la inteligencia emocional y los estilos de apego organizados en la infancia. El estudio de Jacobsen (Jacobsen, Edelstein y Hofmann 1994) que analizó la relación entre las representaciones de apego, el funcionamiento cognitivo y la confianza en uno mismo en una población entre los 7 y los 17 años, observó que los niños que presentaban un apego seguro se vieron favorecidos en su rendimiento cognitivo en la infancia y adolescencia. Pero los niños con apego inseguro o desorganizado fueron especialmente desfavorecidos en las tareas de razonamiento deductivo (Marcus I Sanders-Reio 2001; Jacobsen, Edelstein, Hofmann 1994; Jacobsen y Hofmann 1997).

Estudios más recientes corroborarían que los estudiantes de primaria con vinculación positiva tendrían resultados académicos más altos y una mayor motivación para el estudio (Moss, St-Laurent 2001; Russell, Diner 2010). En estudiantes de último curso, previo a su ingreso a la universidad, también presentaron un rendimiento académico más alto y éste estaba relacionado con una vinculación de tipo segura (que son los que presentarían niveles más altos de FR y que los peores resultados los obtuvieron los

estudiantes que presentaban una vinculación de tipo preocupado. (Larose, Baernier, Tarabulsky 2005).

H5: Los niveles altos en los tres tipos de agresividad se relacionan con la presencia de patología psiquiátrica, especialmente: trastornos de conducta, patología de la personalidad y conductas adictivas.

Los resultados muestran una correlación lineal positiva y estadísticamente significativa entre las escalas relativas al nivel de agresividad y las puntuaciones de síndrome clínico, a excepción de la relativa a inseguridad entre iguales. Así la relación lineal encontrada indicaría que cuanto mayor es la conducta adictiva y el trastorno de personalidad en general, tienden a ser mayores las puntuaciones relativas a escalas de agresividad.

Existen muchos estudios que correlacionan la conducta agresiva y los trastornos psiquiátricos. Nosotros consideramos, por lo expuesto anteriormente, que debe tenerse en cuenta qué factores han desencadenado este tipo de conductas agresivas. Desde la perspectiva de la función reflexiva y la teoría del apego es una relación ampliamente estudiada. Los datos obtenidos sugieren que cuanto menor sea la función reflexiva, más dificultades se tendrán para poder regular las emociones. (Lopes, Salovey, Beers y Coste 2005), aunque no toda la patología se puede interpretar desde la perspectiva del apego seguro e inseguro o de una buena o mala función reflexiva (Rutter, Kreppner y Sonuga-Barker 2009).

Los déficits socio-cognitivos parecen estar asociados con el trastorno de la conducta y con el comportamiento antisocial y con dificultades interpersonales relacionadas con la depresión (Kyte y Goodyer, 2008) y el trastorno de ansiedad (Banerjee, 2008) en niños y adolescentes.

Se ha observado que los sujetos que han padecido graves negligencias en la infancia pueden padecer, en su adolescencia o en su vida adulta diferentes trastornos psiquiátricos tales como la depresión o la ansiedad. (Maniglio 2010; Shamseddeen,

Rosembaum, Clarke, Vitiello, Dineen, Birmaher, Keller, Emslie, Iyengar, Ryan, McCracken, Porta, Mayes y Brent 2011; Slopen, McLughlin, Fox, Zeanah, Nelson 2012) o de tipo somático (Nelson, Baldwin y Taylor 2012). Mayoritariamente los problemas observados en esta población están relacionados con el trastorno límite de la personalidad, conductas adictivas y delincuencia (Feduchi, Mauri, Raventós, Sastre y Tió 2006; Fischer-Kern, Schuster, Kapusta, Tmej, Buchheim, Rentrop, Buchheim, Hörz, Doering, Taubner y Fonagy 2010; Fonagy, 1989, 1991; Fonagy y Bateman 2007, 2008; Kobacki, Zajac y Smith 2009; Tió 2006). No obstante, pueden modificar esas perspectivas de futuro, teniendo en cuenta su estructura personal de base (como ya indicamos: FR, resiliencia e inteligencia emocional) y obtener buenos resultados psicoterapéuticos (Allen y Fonagy 2012).

H6: La función reflexiva se relaciona con los niveles de agresividad:

A pesar de que los sujetos con niveles altos de Función Reflexiva (normal- marcada) presentan, en media, mayores niveles de agresión física, verbal e indirecta, en ninguno de los tres tipos de agresividad analizados globalmente, las diferencias llegan a ser estadísticamente significativas. Sin embargo cuando se analiza la misma relación separando por tipo de institución, si se encuentra una relación concretamente con mayores niveles de agresividad verbal a medida que mejoraba la FR en los sujetos IES.

Finalmente se hizo un análisis relacionando la Función Reflexiva con los 3 tipos de conductas agresivas estudiadas, de forma multivariante ajustado por otras covariables posiblemente asociadas, reportando los siguientes resultados:

- a) En la escala de Agresión Indirecta se observó que: las chicas mostrarían una marcada tendencia al uso de la agresión indirecta; los sujetos con tendencia a una patología límite de la personalidad también obtendrían una puntuación más alta en agresividad indirecta; y que los sujetos con Función Reflexiva baja también obtendrían (aunque no estrictamente estadísticamente significativa: valor $p=0,088$) una menor puntuación en agresión indirecta.

- b) En la escala de Agresión Verbal se observó que ésta se incrementa, con la presencia de patología rebelde y se relaciona con la escala de ansiedad. La función reflexiva baja disminuye en media los niveles de agresividad verbal aunque, la significación no llegue a ser estrictamente estadísticamente significativa (valor $p=0,067$).
- c) En la escala de Agresión Física, solo se encuentra asociación con la presencia de patología ruda, independientemente de la edad, sexo y otra patología asociada,. El peso de la función reflexiva sobre la agresividad física, disminuye, en comparación con el resto de tipos de agresión, sin encontrar relación significativa, después de ajustar.

Comparadas las escalas de tipo agresión verbal y física, se observó que presentaban patología ruda en la física, y rebelde en la verbal, independientemente de la edad, FR y otra patología asociada. Es decir que habría patrones similares de intimidación y violencia similares entre los dos sexos (Kennedy, Burnett, Edmonds 2011; Leschied, Cummings, Brunschot, Cunningham, Saunders 2000; Garaigordobil y Oñederra 2008; Martino, Ellickson, Klein, McCaffrey, Edelen 2011). No obstante, la literatura consultada sugiere que las conductas agresivas verbales y físicas, cuando se dan en las chicas, sus relaciones suelen ser más caóticas y con graves deficiencias en las relaciones familiares e interpersonales. (Kroneman LM, Loeber R, Hipwell AE, Koot HM 2009).

El que en nuestra muestra no se observa relación entre el género y la elección del tipo de conducta agresiva física y verbal, parecería estar relacionada con bajos niveles de empatía de esta muestra (Jollifre y Farrington 2011) Algunos autores sugieren que si bien el coeficiente intelectual bajo se correlacionaría con mayor agresión directa en las niñas, parecería no tener ninguna relación con el tipo de agresión en los varones. (Valles y Knutson 2008).

Aunque en las chicas, factores tales como haber estado expuestas a un estrés postraumático a edad temprana y tener un coeficiente intelectual serían factores que correlacionaría con conductas agresivas de tipo directo (Físicas y verbales). (Connor,

Steingard, Anderson y Melloni 2003), la mayoría de autores sugieren que mayoritariamente el tipo de elección de conducta agresiva en las mujeres continua siendo la de tipo indirecto (Archer y Côté, 2005; Benenson, Carder, GeibCole 2008; Card, Stucky, Sawalani y Little, 2008; Putallaz y Bierman 2004; Sánchez, Moreira y Miron 2011; Valles y Knutson 2008) que es la que les reporta menos problemas y mayores beneficios (Marks, Hine, Manton, Thorsteinsson 2012).

Que los sujetos de nuestra muestra con tendencia a una patología límite de la personalidad obtengan una puntuación más alta en conductas agresivas indirectas, indica que quizás los resultados obtenidos podrían estar relacionados con perfiles de conductas de tipo psicopático. Aunque la calificación de psicopatía no se puede dar a menores de 18 años, hay que tener en cuenta que, para valorar la patología y perfiles de personalidad, se ha utilizado el inventario cinco de MACI, y este resultado podría estar asociado a la insensibilidad social y a la predisposición a la delincuencia. este perfil se caracterizaría por cierta indiferencia hacia los sentimientos y reacciones de los otros y por la dificultad de adherirse a las normas y reglas sociales. (Vinet, Salvo i Forns 2005). La literatura al respecto sugiere que el perfil del trastorno de la personalidad psicopática es de la persona que tiende a usar al otro y hace empatía negativa, es decir que es capaz de ponerse en el lugar del otro, saber que necesita pero para usarlo en su propio beneficio y en contra del otro y con una clara incapacidad para sentir culpa o responsabilidad por sus actos. (Garrido 2004; Gutierrez, Escarti, Pascual 2011).

El hecho de que a niveles más altos de agresividad verbal correspondan niveles más bajos de ansiedad, estaría confirmando los planteamientos de Achenbach (Achenbach y Rescrola 2001). Achenbach describe dos factores generales de conducta patológica: externalizante (caracterizado por trastornos de conducta, conducta antisocial, agresividad verbal y búsqueda de atención) e Internalizante (caracterizado por ansiedad, depresión, quejas somáticas y problemas de relación. Es decir que contrapondría agresión verbal a ansiedad. La propuesta de Achenbach parece la más consensuada por los estudios revisados, en los que se observaría una correlación entre ser víctima de agresión verbal y/o física y padecer trastorno de ansiedad generalizada. No obstante hemos encontrado algún estudio que estaría en una opinión contraria. En

el estudio efectuado por Kashani (Kashani, Deuser y Reid 1991) en 210 sujetos de 8-12-y 17 años se obtuvieron resultados significativos entre niveles altos de ansiedad y agresividad verbal y física altas; y la investigación de Fava (1997), que a nivel de laboratorio, pudo observar que, usando la clorofenilpiperazina (m-CPP), se podía inducir una respuesta de ira en pacientes con trastorno de ansiedad generalizado. (Fava 1997).

Los sujetos de nuestra muestra con Función Reflexiva baja obtuvieron una menor puntuación en agresión indirecta. Si bien estos resultados no llegan a ser estadísticamente significativos, aunque tienden a la significación (valores $p=0,1$) si parecería que coincidirían con el hecho de que la agresión de tipo indirecta estaría relacionada justamente con la posibilidad de desarrollar estrategias sociales (Archer 2001).

Las conductas agresivas de tipo verbal y físico, como ya explicamos en el marco teórico, los niños que han padecido en ellos mismos conductas agresivas de tipo verbal o físico o que han sido testigos pasivos de este tipo de violencia en su medio familiar, suelen presentar niveles más altos de agresividad física y verbal (Lambert, Boyd, Cammack y Ialongo 2012; Sternberg, Baradaran, Abbott, Lamb y Guterman 2006) ya que son más vulnerables (Bornovalova, Hicks, Iacono y McGue, 2010). Si bien es cierto que las conductas agresivas son multicausales, también es cierto que la acumulación de factores de riesgo (violencia familiar, maltrato, consumo de drogas y alcohol) pueden interactuar y aumentar la probabilidad de que se presente un comportamiento de tipo antisocial y/o delictivo (Ezpeleta 2005; Xie, Cairns y Cairns 2002; Xie, Drabick y Chen 2011).

Los niños que viven en una familia con graves distocias tendrán más riesgo de desarrollar conductas agresivas directas (físicas y/o verbales). (Knutson, DeGarmo, Koepp y Reid 2005; Vaillancourt, Miller, Fagbemi, Côté y Tremblay 2007). También tendrán más riesgo de reproducir ese tipo de conducta vivida y sufrida en su vida adulta, por identificación con sus figuras parentales. (Black, Sussman y Unger, 2010; Fortín, Doucet y Damant 2011; Harachi, Fleming, White, Ensminger, Abbott, Catalano y Haggert 2006). Otros estudios sugieren que estos

antecedentes pueden ser predictivos de conductas violentas y delictivas en la adolescencia y edad adulta (Penney, Lee y Moretti 2010).

El hecho de haber padecido en la infancia graves abusos y negligencias parecería estar relacionado con el riesgo de desarrollar conductas delincuenciales en la vida adulta (Rossegger, Endrass, Urbaniok, Vetter y Maercker 2011). El estudio de una población de presos, con este perfil, puso de manifiesto que los delincuentes más violentos eran los que mostraron mayores y más graves déficits en la función reflexiva, es decir en la capacidad de poder reflexionar sobre su infancia traumática, de cómo les afectó y de cómo su conducta puede afectar a sus víctimas, con las que son incapaces de empatizar. (Levinson y Fonagy 2004).

Diferentes autores sugieren que *Internal Working Models*, serían los facilitadores para el desarrollo de habilidades que permitan organizar estrategias de acuerdo y de resolución de conflictos (Brando, Valera, Zarate 2008; Markovits y St-Onge 2009). Un mal funcionamiento de estos *Internal Working Models*, unido a un apego de tipo inseguro (evitativo o preocupado) o especialmente si el vínculo es de tipo desorganizado, sería un factor de riesgo importante para el incremento especialmente de las conductas agresivas de tipo directo (físicas o verbales) (Brando, Valera, Zarate 2008; Fearon, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Lapsley y Roisman 2010; Herbert y Martínez 2001).

No necesariamente sólo los niños con antecedentes de malos tratos van a presentar conductas agresivas directas (físicas y/o verbales). Pueden o no presentarlas, en todo caso va a depender de factores de protección, muy especialmente de la resiliencia. También pueden darse este tipo de conductas en niños procedentes de familias no distóxicas socialmente hablando, pero que durante la crianza de los mismos, el tipo de vínculo afectivo ha sido no seguro o desorganizado, o han existido déficits importantes en la trasmisión e interiorización de las normas y reglas sociales. (Underwood, Beron y Rosen 2009).

8.- CONCLUSIONES

- A. Los sujetos CRAE (población tutelada por la Administración por presentar malos tratos, negligencias y/o abusos sexuales, que viven en Centros Residenciales de Acción Educativa dependientes de la Generalitat de Cataluña) presentan una menor función reflexiva que los sujetos IES (población no tutelada por la Administración que cursa Educación Secundaria en un Instituto).
- B. Solamente en el grupo CRAE, las chicas presentaron una función reflexiva normal-marcada superior a la de los varones.
- C. Los niños de los centros CRAE, obtuvieron niveles de agresividad física y verbal mayores en comparación con niños adolescentes de la misma edad y sexo de centros de secundaria .
- D. Los adolescentes con menor Función Reflexiva tendieron a presentar cocientes intelectuales menores.
- E. Los niveles altos de conducta agresiva se relacionaron con la patología psiquiátrica, especialmente con conductas adictivas y trastornos de la personalidad.
- F. Parece existir cierta relación entre FR y algunas conductas agresivas, en el sentido de que determinados chicos con mayor función reflexiva tienden a tener mayores conductas agresivas sobre todo a nivel verbal, independientemente de su edad, sexo, síndromes clínicos y prototipos de personalidad. Esta relación no se observa de igual forma en las conductas agresivas de tipo física

9.-LIMITACIONES

Quizás el tamaño de la muestra y por lo tanto la falta de potencia estadística puede haber contribuido a no poder observar de una forma evidente la posible asociación entre FR y niveles de agresividad. Este factor añadido a la naturaleza multifactorial del fenómeno, junto la heterogeneidad de la muestra han dificultado la visibilidad de la relación principal estudiada: FR y agresividad.

Evidentemente se debe tener en cuenta que la naturaleza observacional del estudio, no permite establecer una demostración confirmatoria de una hipotética relación entre FR y conducta agresiva, puesto que este el diseño transversal no permite establecer relaciones de causalidad. Sin embargo, los sesgos derivados de la naturaleza observacional del estudio se han intentado controlar en distintas fases de esta investigación mediante: 1. Incorporando un grupo control de igual edad y sexo , para aumentar la heterogeneidad de la muestra adolescente, intentando llegar a todos los extremos posibles, en cuanto a las variables de interés; 2. Selección de variables posiblemente relacionadas con los factores principales de la investigación : FR y niveles de agresividad; y 3. Controlando en la fase de análisis de datos, al detalle de manera multivariante cada una de los factores recogidos del estudio en los dos grupos de sujetos investigados.

Se debe tener en cuenta que este estudio no puede establecer una demostración confirmatoria de un hipotética relación real de FR y los niveles de agresividad puesto que se trata de un estudio observacional y no permiten establecer relaciones de causalidad. No obstante, Los sesgos derivados de la naturaleza del tipo de investigación se han intentado controlar en el diseño, con la recogida de información relacionada con la FR y niveles de agresividad, incorporando un grupo control para aumentar la variabilidad de las respuestas, y en el posterior análisis, al menos para los factores conocidos y/o recogidos en el estudio.

Pese a que ambos grupos fueron apareados por sexo y edad, y por lo tanto son idénticamente comparables en cuanto a edad y sexo, es indudable que se trata de grupos de chicos con diferencias culturales, sociales y económicas que pueden explicar parte de los resultados y cuyo impacto directo no se ha podido medir y evaluar.

Otro punto es que la información de los antecedentes de las características psicopatológicas del menor y sobre todo de su familia solo se disponía directamente de una parte de los sujetos (CRAE) ya que estos datos provenían de su historial personal a través de los Servicios sociales, Educativos y Sanitarios y de la DGAI. Por lo tanto no se ha podido usar este tipo de información en comparación con el grupo IES. A pesar de todo, y a la luz de los resultados, deducimos a través de las escalas de trastornos de personalidad que los sujetos IES también tenían, en menor medida este tipo de trastornos: Discordancia familiar, abusos en la infancia, etc. Información que si se ha usado como variables de ajuste que podrían explicar los distintos niveles de agresividad.

10 – PROPUESTAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

Incidir en la investigación de las variables que influyen en la transmisión transgeneracional de los maltratos, negligencia y/o abusos sexuales, con el fin de evaluar posibles líneas de trabajo preventivo para evitar el que estos chicos y chicas repitan el ciclo con sus hijos.

Otra línea de investigación podría ser el seguimiento de la población CRAE a cinco y diez años, para poder ver incidencias en su vida como adultos.

11.- REFERENCIAS

Abrines N, Bracons N (2009) Factores de riesgo y de protección en la adopción internacional AFIN. *Adopciones, Familia, Infancia. Newsletter*. 4; 1-8

Achenbach, TM, Rescrola LA (2001) *Manual for the ASEBA school Age Forms & Profiles* Burlington. VT University of Vermon. Research Centre for Children, Youth & Families.

Ainsworth, MDS. (1968), Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant mother relationship. *Child Development*, 40; 969 - 1025.

Ainsworth, MDS. (1982). Attachment: Retrospect and prospect. (Pp. 3-30). In C. M. Parkes and J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The place of attachment in human behavior* New York: Basic Books.

Ainsworth, MDS (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44; 709-716.

Ainsworth MDS, Bell SM. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behaviour of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41; 49-67.

Ainsworth MDS, Bell SM, Stayton D. (1971). Individual differences in Strange Situation behaviour of one-year-olds. (Pp. 17-57). In H. R. Schaffer (Ed.), *The origins of human social relations* London: Academic Press.

Ainsworth MDS, Bell SM, Stayton D. (1974). Infant-mother attachment and social development. In M. P. Richards (Ed.), *The introduction of the child into a social world*. (Pp. 99-135). London: Cambridge University Press.

Ainsworth MDS, Blehar M, Waters E, Wall C. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Ainsworth MDS, Bowlby, J. (1991), An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46; 331-341.

Aguiano-Carrasco C, Vigil-Colet A (2011) Indirect aggression in aggressors and targets Spanish adaptation Indirect Aggression Scales *Psicothème* 23 (1); 146-152.

Aguilar B, Sroufe L, Egeland B (2000) distinguishing the early-onset/persistent and adolescence-onset antisocial behaviour types: from birth to sixteen years. *Development and Psychopathology*, 12, 109-132.

Aguirre G, Petitbo M, Pi M, Tello C, (2001) *El inventario clínico para adolescentes de Milon (MACI) en la clínica del adolescente* Comunicación presentada en el III Congreso Nacional de la Asociación Española de Psicología Clínica y sicopatología (AEPCP) Valencia.

Aguirre G, Petitbo M, Pi M, Tello C, (2002) La personalidad como contexto en la clínica del adolescente. Comunicación presentada en el IV Congreso Nacional sobre trastornos de la personalidad. Bilbao.

Aguirre G, Petitbo M, Pi M, Tello C, (2002) Características de los problemas de conducta en adolescentes. Comunicación presentada en el XV Congreso Nacional de Psicopatología del niño y del adolescente (SEPYPPNA). Granada.

Aguirre (2004) MACI: inventario Clínico para adolescente de Millon (Adaptación española MILLON). Madrid: TEA Publicaciones

Alarcon P (2001) Evaluación psicológica de adolescentes con desadaptación social. Tesis de Magister en Evaluación Psicológica Clínica y Forense. Universidad de Salamanca España.

Alarco P, Vinet E, Salvo S, (2005) Estilo de personalidad y desadaptación social durante la adolescencia Psykhe 14 (1); 3-16.

Alfaro JD. (1981). Report on the relationship between child abuse and neglect and later socially deviant behaviour. En R. J. Hunner and Y. W. Walker (Eds.), Exploring the relationship between child abuse and delinquency. Montclair, NJ: Allanheld, Osmun and Company.

Allen JG. (2003) Mentalizing. Bulletin of the Menninger Clinic, 67, (2); 91-112.

Allen JG (2012) Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma. London. Karnac Books

Allen JG. Fonagy P. (eds.) (2006) Handbook of Mentalization-Based Treatment. New York, John Wiley & Sons, Ltd.

Allen JG, Fonagy P (FRW) P (2012) Restoring mentalizing in attachment relationship. Treating trauma with plain old therapy. Arlington VA. American Psychiatric Publishing.

Allen JC, Fonagy P, Bateman AW (2008) Mentalizing in clinical practice. Arlington VA. Psychiatric Publishing INC.

Alsop-Shields K, Mohay H (2001) John Bowlby and James Robertson: theorists, scientists and crusaders for improvements in the care of children in hospital. Journal of Advance Nursing 35 (1) 50-58.

Altman M (2003) Agresividad y transferencia negativa en el contexto de la teoría del apego y la FR Revista Uruguaya de Psicoanálisis 97, 29-49.

American Psychiatric Association (APA) (1995) DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Traducción al castellano Juan J. López-Ibor Aliño. Barcelona MASSON, S.A.

Anderson KM, Bang EJ (2012) Assessing PTSD and resilience for female who during childhood were exposed to domestic violence. Child and family Social Work. 17, 55-56.

Anguiano-Carrasco C, Vigil-Colet A (2011) Assessing indirect aggression in aggressors and targets: Spanish adaptation of the Indirect Aggression Scales. Psicothema 23, (1); 146-152.

Anthony VL, Bennett AD, Larrea MA, Salekin RT, Ziegler TA. (2003). Predicting dangerousness with two Millon Adolescent Clinical Inventory psychopathy scales: The importance of egocentric and callous traits. Journal of Personality Assessment, 80; 154-163.

Archer J (2001) A strategis approach to aggression. Social Development 10: 267-271.

Archer J (2004) Sex differences in aggression in real-worl settings: A meta-analytic review. Review of General Psychology 8: 291-322.

Archer J (2009) The nature of human aggression. International Journal of Law and Psychiatry 32: 202-208.

Archer J, Côté S. (2005): Sex differences in aggressive behavior: A developmental and evolutionary perspective. (Pp. 425-446). En R.E. Tremblay, W.W. Hartup y J. Archer (Eds.), Developmental Origins of Aggression New York: Guildford Press.

Artz S (1998) Sex, power and violent school girl. Toronto. Trifolium Books.

Artz S (1998). Where have all the school girls gone? Violent girls in the school yard. Child and Youth Care Forum, 27; 77-107.

Arruabarrena MI, De Paúl J (2005). Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento. Madrid: Editorial Pirámide.

Arruabarrena MI, De Paúl J, Torres B. (1994). El maltrato infantil. Detección, notificación, investigación y evaluación. Definición y manifestaciones. Indicadores. Cuaderno 1. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Ash E, Booker A, Hoffschmidt SJ. (2001). Personality features and characteristics of violent events committed by juvenile offenders. Behavioral Sciences and the Law, 19; 81-96.

Atwoo N (2006) Attachment and Resilience: Implications for Children in Care Nicola Atwoo Child Care in Practice. 12(4); 315-330.

- Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Juffer F.(2008) Earlier is better: A meta-analysis of 70 years of intervention improving cognitive development in institutionalized children. *Monoographs of the Society for Research of Child Development.* 73(3):279-293
- Balsells MA (1997) *Maltratamiento infantil i educación familiar.* Lleida, Publicacions Universitat de Lleida.
- Balsells MA (2009). *La infancia en situación de riesgo social y sus familias. Guía para el educador familiar.* Lleida. Editorial de Paris.
- Balsells MA, Del Arco I, Miñambres A. (2007). «Familias, educación y prevención del maltrato infantil». *Bordón.* 59 (1); 31-47.
- Balsells MA, Fuentes-Pelaez N, Mateo M, Mateos A, Violant, V (2010), Innovación socioeducativa para el apoyo de adolescentes en situación de acogimiento familiar *Educar.* 45; 133-140.
- Bandura A. (1962). *Social Learning through Imitation.* Nebrasca. University of Nebraska Press. NE.
- Bandura A. (1973) *Aggression: A social learning analysis.* Oxford. England. Prentice-Hall.
- Bandura A. (1975). *Social Learning & Personality Developmet.* New Jersey. Holt, Rinehart & Winston, INC,
- Bandura A. (1977). *Social learning theory.* Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura A, Ribes-Inesta, E (1976) *Analysis of delinquency and aggression.* New Jersey. Lawrence. Erlbaum Associates, INC,
- Bandura A, Walters RH (1959) *Adolescent aggression.* New York. Ronald Press.
- Bandura A, Caprara GV, Barbaranelli C, Gerbino M, Pastorelli C. (2003). Role of affective self-regulatory efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning. *Child Development,* 74: 769-782
- Barcons N, Costas C. Fornieles A (2011) International Adoption: Evaluation of adaptive and nonadaptive behavior of children adopted Spain. *The Spanish Journal of Psychology,* 14 (1); 123-132.
- Barnard M, MacKeganey N (2004) The impact f parental problem drug use on children: what is the problem and what can be done to help? *Addiction.* 99 (5); 552-559.

- Barnes J, Stein A (2000) Effects of parental psychiatric and physical illness on child development, In; Gelder M, Lopez Ibor JJ, Andreasen N, Eds. New Oxford Textbook of Psychiatry. (Pp. 1848-1855) Oxford. Oxford University Press.
- Barnum R, Fletcher K, Grisso T (2001). Massachusetts Youth Screening Instrument for mental health needs of juvenile justice youths. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 40; 541-548.
- Barret Lf, Gross JJ (2001). Emotional Intelligence. A process model of representation and regulation. En T. J. Mayne y G.A. Bonano (Eds.). Emotions. Current Issues and Future Directions. (Pp. 286-310). New York: The Guilford Press.
- Barudy J (1998). El dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Barcelona: Paidos.
- Bateman AW, Fonagy P (2010) Metalization based treatment for borderline personality disorders World Psychiatry. 9(1); 11-15.
- Bateman AW, Fonagy P (eds.) (2011) Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. Arlington. American Psychiatric Publishing.
- Baumeister R, Bushman B (2008). Social Psychology and Human Nature. Belmont California. Thomson Wadsworth.
- Beach S, Brody G, Todorov A, Gunter T, Philibert R (2011) Methylation at 5HTT mediates the impact of child sex abuse on women's antisocial behavior: an examination of the Iowa adoptee sample. Psychosomatic Medicine. 73 (1); 83-87.
- Beebe B, Lachmann F. (1988). Mother-infant mutual influence and precursors of psychic structure. In A. Goldberg (Ed.), Frontiers in self psychology: Progress in self psychology Vol. 3 (Pp. 3-26). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Beebe B, Lachmann F. (1988). The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self- and object representations. Psychoanalytic Psychology. 5(4); 305-337.
- Beebe B, Lachmann F. (1994). Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. Psychoanalytic Psychology. 11(2); 127-165.
- Beebe B, Lachmann F. (1998). Co-constructing inner and relational processes: Self and mutual regulation in infant research and adult treatment. Psychoanalytic Psychology. 15; 1-37.
- Beebe B, Lachmann F. (2003). Infant research and adult treatment: co-constructing interactions. Hillsdale, NJ: The Analytic Press. Beebe, B., & Lachmann, F. Infant

research and adult treatment: co-constructing interactions. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.

Belsky J, Hsieh KH, Crnic K. (1998) Mothering, fathering, and infant negativity as antecedents of boys' externalising problems and inhibition at age 3 years: differential susceptibility to rearing experience? *Development and Psychopathology*, 10; 301-320.

Banerjee R (2008) Social cognition and anxiety in children. In: Sharp C, Fonagy P, Goodyer I, Sharp P. Eds. *Social cognition and development psychopathology* (Pp. 239-269). New York. Oxford University Press

Benenson JF, Carder HP, GeibCole SJ (2008) The development of boy preferential pleasure in physical aggression. *Aggressive Behaviour*. 34 (2); 154-156.

Benoit A, Parker C (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65; 1444-1456

Bhate S, Graham F, Kelly T, Richardson G. (2004). A personality-based taxonomy of sexually abusive adolescents derived from the Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI). *British Journal of Clinical Psychology*, 43; 285-298.

Bigelow, Maclean, Proctor, Myatt, Gillis, Power. (2010). Maternal sensitivity throughout infancy: Continuity and relation to attachment security. *Behaviour and Development*. 33(1); 50-60.

Bion W R. (1962). *Learning from Experience*. London: Heinemann.

Björkqvist K. (1994). Sex differences in physical, verbal, and indirect aggression: A review of recent research. *Sex Roles*, 30; 177-188.

Björkqvist K. (1997) The inevitability of conflict but not of violence: the theoretical considerations on conflict and aggression. En *Cultural variation in conflict resolution: alternatives to violence*. (Pp. 25-36) Mahwah NJ: Edited by Fry D. & Björkqvist K.

Björkqvist K. (2001) Different names, same issue. *Social Development*. 10; 272-274.

Björkqvist K, Lagerspetz K, Kaurkiainen A. (1992). Do girls manipulate and boys fight? Developmental trends in regard to direct and indirect aggression. *Aggressive Behavior*, 18; 117-127.

Björkqvist K, Lagerspetz K, Österman, K. (1992). *The Direct and Indirect Aggression Scales*. Vasa, Finland: Abo Akademi University, Department of Social Sciences. <http://www.vasa.abo.fi/svf/up/Scales/DIAS-Espanol.pdf>.

- Björkqvist K, Lagerspetz K, Österman, K. (1992b). The Direct and Indirect Aggression Scales (DIAS). Vasa, Finland: Åbo Akademi University, Department of Social Sciences,
- Björkqvist K, Lagerspetz KMJ, Österman K, Kaukiainen A. (1993). Styles of aggression and sex differences: A developmental theory. Aggressive Behaviour, 19; 11-12.
- Björkqvist K, Österman K. (1998). Pro Facultate (No. 4) Scales for research on interpersonal relations. Vasa, Finland: Abo Akademi University.
- Björkqvist K, Österman K, Kaukiainen A. (1992a). The development of direct and indirect aggressive strategies in males and females. In K. Björkqvist & P. Niemela (Eds.). Of mice and women: Aspects of female aggression. San Diego: Academic Press.
- Björkqvist K, Österman K, Kaukiainen A. (1992c). The development of direct and indirect aggressive strategies in males and females. In K. Björkqvist and P. Niemelä (Eds.), Of mice and women: aspects of female aggression (Pp. 51-64). San Diego, CA: Academic Press.
- Björkqvist K, Österman K, Kaukiainen A. (2000) Social intelligence – empathy = aggression? Aggression and Violent Behaviour 5; 191-200.
- Björkqvist K, Österman K, Lagerspetz KMJ. (1994a). Sex differences in covert aggression among adults. Aggressive Behaviour, 20; 27-33.
- Björkqvist K, Österman K, Lagerspetz KMJ. (1994b). Patterns of aggression among adolescents of three age groups: A cross-cultural comparison. XIII biennial Meetings of the International Society of Behavioural Development. Amsterdam, The Netherlands.
- Björkqvist K, Österman K, Lagerspetz KMJ. (1995). Sex differences and developmental trends in aggression: A comparison between Finland, Italy, Israel, and Poland. Aggressive Behaviour, 21; 188.
- Black DS, Sussman S, Unger JB (2010) A further look at the intergenerational transmission of violence: witnessing interparental violence in emerging adulthood. Journal of Interpersonal Violence. 25 (6); 102-1042.
- Blumentritt T, Angle R, Brown J. (2004). MACI personality patterns and DSM-IV symptomatology in a sample of troubled Mexican-American adolescents. Journal of Child and Family Studies, 13 (2); 163-178.

- Bockian N, Harvey M, Romm S. (1999). Factor-based prototypes of the Millon Adolescent Clinical Inventory in adolescents referred for residential treatment. *Journal of Personality Assessment*, 72; 125–143.
- Bornovalova MA, Hicks BM, Iacono WG, McGue M (2010) Familial transmission and Heritability of childhood disruptive disorders, *American journal of psychiatry*. 167 (9); 1066-1074.
- Bos KJ, Fox N, Zeanah CH, Nelson CA (2009) Effects of early psychosocial deprivation on the development of memory and executive function. *Frontiers in behavioral Neuroscience*. 3; 16
- Bos K, Zeanah CH, Fox NA, Drury SS, McLaughlin KA, Nelson CA. (2011) Psychiatric outcomes in young children with a history of institutionalization. *Harvard Review of Psychiatry*. 19(1); 15-24.
- Bos KJ, Zeanah CH, Smyke AT, Fox NA, Nelson CA. (2010) Stereotypes in children with a history of early institutional care. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 164 (5); 406-411.
- Bowie BH (2007) Relational aggression, gender and the developmental process. *Journal of Child Adolescent Psychiatry Nursing* 20 (2) 107-115
- Bowlby J (1940) The influence of the early environment in the development of neurosis and neurotic character. *International Journal of Psychoanalysis*. 1; 154-178.
- Bowlby J (1944) Forty-four juvenile thieves: Their characters and home life" *International Journal of Psychoanalysis*. 21; 154-178
- Bowlby J (1949) The study and reduction of group tension in the family. *Human Relations*. 2(2); 123-128.
- Bowlby J (1951) *Maternal care and mental health*. Geneva: World Health Organization Monograph Series (nº 2).
- Bowlby J (1958) The nature of the child's tie to his mother *International Journal of Psychoanalysis*. 39; 350-373.
- Bowlby J (1960a) Separation anxiety. *International Journal of Psychoanalysis*. 41; 89-113.
- Bowlby J (1960b) Grief and mourning in infancy *Psychoanalytic Study of the Child*. 15; 3-39.
- Bowlby J (1960b) Ethology and the development of object reactions *International Journal of Psychoanalysis*. 41 (II-III): 313-317.

Bowlby J (1968): La Pérdida Afectiva. Barcelona: Ed. Paidós.

Bowlby J (1968): La Separación Afectiva. Barcelona: Ed. Paidós.

Bowlby J (1969). Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Bowlby J. (1973). Attachment and Loss, Vol. 2: Separation: Anxiety and Anger. London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.

Bowlby J (1977) The making and breaking of affectional bonds: I A etiology and psychopathology un the light of attachment theory. British Journal of Psychiatry. 130; 201-210.

Bowlby J (1977) The making and breaking of affectional bonds: II Some principles of psychotherapy). British Journal of Psychiatry. 130; 421-431.

Bowlby J (1980) La pérdida afectiva. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Bowlby J (1984b) Violence in the family as a disorder of the attachment and caregiving system. International Journal of Psychoanalysis. 44; 9-27.

Bowlby J (1985) The rol of childhood experience in cognitive disturbance. En M.J.Mahoney y A. Freeman Cognition and Psychotherapy London ad New York: Plenum Publishing Corp.

Bowlby J (1988) Una base segura Buenos Aires: Ed. Paidós.

Bowlby J (1989a) The rol of attachment in personality development and psychopathology. En S. Greenspan y G. Pollock. The course of life. London: Tavistock Routledge.

Bravo A (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. Psicothema. 13(2); 197-204.

Bravo A, Del Valle JF (2003). Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residencias de protección. Un análisis comparativo con población normativa. Psicothema. 15(1); 136-142.

Bravo A, Del Valle JF (2009) Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil. Papeles del Psicólogo. 30 (1); 42-52.

Bradshaw, CP (2006) Social Cognition as a Mediator of the Influence of Family and Community Violence on Adolescent Development: Implications for Intervention, Annals of the New York Academy of Sciences, 1036; 85-105.

Brando, M., Valera, J. M. y Zarate, Y. (2008). Estilos de Apego y Agresividad en Adolescentes. *Revista Segunda Época*. 1; 27

Brazelton T. (1992). 35 Separations. En: *Touch points: your child's emotional and behavioral development*. Massachusetts: Reading. Perseus Books.

Brazelton T, Cramer B. (1993). *La relación más temprana. Padres, bebés y el drama del apego inicial*. Buenos Aires: Ediciones Paidos.

Bretherton I. (1985). Attachment theory: retrospect and prospect. En I. Bretherton y E. Waters (Eds.). Growing points of attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 50, 209; 1-22.

Bretherton I. (1987). New perspectives on attachment relations: Security, communication, and internal working models. En J. Osofsky (Ed.) *Handbook of infant development*, 2^a ed., New York: John Wiley & Sons, Ltd.

Buckley H, Wheland S (2008) The impact of exposure to domestic violence on children and Young people: a review of the literatura. *Child Abuse & Neglect*. 32; 797-810.

Burns MK. (2002). Self-report objective measures of personality for children: A review of psychometric properties for RQC. *Psychology in the Schools*, 39; 221–234.

Buss AH, Durkee A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 21; 343-349.

Buss AH. (1961). *The Psychology of Aggression*. New York: John Wiley & Sons, Ltd.

Butler E, Lee T, Gross J (2007). Emotion Regulation and Culture: Are There Social Consequences of Emotion Suppression Culture-Specific? *Emotion*, 7(1); 30-48.

Buwald B, Kole MH, Bveenema AH, Huininga M, De Boer SF, Korte SM, Koolhaas JM (2005) Long-term effects of social stress on brain and behavior: a focus on hippocampus functioning. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 29 (1); 83-97.

Caffey J. (1946) Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *American Journal Roentgen Rad.Therapy*; 56; 163-173.

Caggiano AD (2000) Identifying violent-toward-staff juvenile delinquents via the Millon Adolescent Clinical Inventory and neuropsychological measures. *Journal of Offender Rehabilitation*, 32; 147–165.

Calvo AJ, González R, Martorell MC. (2001) Variables relacionadas con la conducta prosocial en la infancia y adolescencia: personalidad, autoconcepto y género. *Infancia y Aprendizaje*, 24 ; 95-111.

Camara WJ, Nathan JS, Puente AE. (2000). Psychological test usage: Implications in professional psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(2); 141-154.

Campbell A. (2005). Aggression (Pp. 628-652) In: *Handbook of Evolutionary Psychology*. Buss, D. New York: John Wiley & Sons, Ltd.

Campbell A. (2007). Sex differences in aggression. In: *Oxford Handbook of Evolutionary Psychology*. Dunbar, L. & Barrett, L. Oxford: Oxford University Press.

Capdevila M, Ferrer M (2004) Estudio sobre los menores extranjeros que llegan solos a Cataluña. En: *Migraciones*. (Pp.121-156). Madrid Universidad Pontificia de Comillas.

Caprara GV, Regalia C, Bandura A. (2002). Longitudinal impact of perceived self-regulatory efficacy on violent conduct. *European Psychologist*, 7; 63-69.

Card NA, Stucky BD, Sawalani GM, Little TD, (2008): Direct and indirect aggression during childhood and adolescence: A meta-analytic review of gender differences, intercorrelations, and relations to maladjustment. *Child Development*, 79, (5); 1185-1229.

Carlson V, Cicchetti D, Barnett D, Braunwold K, (1989) Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25; 525–531.

Casas F. (1985). *Els internaments d'infants a Catalunya*. Barcelona: Caixa de Barcelona.

Casas F. (1988). Las instituciones residenciales para chicos y chicas en dificultades sociofamiliares: apuntes para una discusión. *Menores* (10); 37-50.

Castellana Rosell M, Sanchez-Carbonell X, Graner Jordana C, Beranuy Fargues M (2007) El adolescente ante las tecnologías de la información y de la comunicación: Internet, móvil y videojuegos. *Papeles del psicólogo*, 28(3); 196-204.

Casullo M, Castro A. (2002). Patrones de personalidad, síndromes clínicos y bienestar psicológico en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(2); 129-140.

Casullo M, Góngora V, Castro A. (1998). La adaptación del inventario MACI (Millon Adolescent Clinical Inventory). Un estudio preliminar con estudiantes adolescentes argentinos. *Investigaciones en Psicología*, 3(2); 73-89.

Champagne FA (2010) Epigenetic influence of social experiences across the lifespan. *Development Psychobiological*. 52(4); 299-311.

- Chesney-Lind M. Brown M. (1999) Girls and Violence: An overview. En D.J.Flanery, C.R. Huff, Ed. *Youth violence: prevention, intervention and social policy*. (Pp.171-199) Washington. DC: American Psychiatric Press.
- Cicchetti D, Rogosch FA, Coth SL (2006) Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions, *Development Psychopathology*. 18 (3); 623-649.
- CIS (2002) *Barometro de marzo 2002, Estudio 2452*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Clark C, Caldwell T, Power C, Stansfeld SA. (2010) Does the Influence of Childhood Adversity on Psychopathology Persist Across the Lifecourse? A 45-Year Prospective Epidemiologic Study *Annals of Epidemiology*. 20 (5); 385-394.
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg, OF (2007) Evaluating Three Treatments for Borderline Personality. *American Journal of Psychiatry*; 164; 922–928.
- Cleaver H, Nicholson D, Tarr S, Cleaver D (2007) *Child protection domestic violence and parental substance misuse: family experiences and effective practice*. London. Jessica Kingsley Publishers.
- Collins N, Read SJ (1994). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. In D. Perlman & K. Bartholomew (Eds.), *Advances in personal relationships* Vol. 5 (Pp. 53–90). London: Jessica Kingsley Publishers.
- Cooke DJ, Forth AE, Hare RD editors (1998) *Psychopathy: theory, research and implications for society*. Dordrecht, Kluwer Academic
- Cooley-Strickland M, Quille TJ, Griffin RS, Stuart EA, Bradshaw CP, Furr-Holden D (2009) Community violence and youth: effect t, behaviour, substance use and academics. *Clinical Child Family Psychology Review* 12 (29 127-156)
- Cornell DG, Murrie DC. (2000). The Millon Adolescent Clinical Inventory and psychopathy. *Journal of Personality Assessment*, 75; 110–125.
- Cornell DG, Murrie DC. (2002). Psychopathy screening of incarcerated juveniles: A comparison of measures. *Psychological Assessment*, 14; 390–396.
- Cornell DG, Stafford E. (2003). Psychopathy scores predict adolescent inpatient aggression. *Psychological Assessment* 10; 102–112.
- Cozolino L. (2006). *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment And the Developing Social Brain*. New York: W. W. Norton & Company.

- Cote S, Vaillancourt T, Barker T, Nagin D, Tremblay RE. (2007). The joint development of physical and indirect aggression: Predictors of continuity and change during childhood. *Development and Psychopathology*, 19; 37-55.
- Coyne SM, Archer J, Eslea M, Liechty T (2008) Adolescent Perceptions of Indirect Forms of Relational Aggression: Sex of Perpetrator Effects *Aggressive behavior*. 34; 577-583.
- Crick NR. (1995). Relational aggression: The role of intent attributions, feelings of distress, and provocation type. *Development and Psychopathology*, 7; 313-322.
- Crick NR, Grotjahn JK. (1995). Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment. *Child Development*, 66; 710-722.
- Crittenden P. (1990). Internal representational models of attachment relations. *Infant Mental Health Journal*, 11; 259-277.
- Crittenden P. (1995). Attachment and psychopathology. En S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *John Bowlby's Attachment Theory: Historical, Clinical and Social Significance*. New York: The Analytic Press.
- Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, 22(1); 87-108.
- Damasio AR (2001) *La sensación de lo que ocurre. Cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia*, Madrid: Editorial Debate.
- Damasio AR (2005) *El error de Descartes* (Premio Príncipe de Asturias de Investigación científica y Técnica) Barcelona: Plaza Ediciones.
- Damasio AR (2005) *En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y de los sentimientos*. Barcelona: Plaza Ediciones.
- Damasio AR (2010) *Y el cerebro creó al hombre*. Plaza Ediciones Barcelona
- Damasio H, Grabowski T, Frank R, Galaburda AM, Damasio AR (1994). The return of Phineas Gage: clues about the brain from the skull of a famous patient. *Science*, 264; 1102-1105.
- Damasio A, Meyer K (2008) Behind the looking-glass. *Nature*. 454; 167-168.
- De Bellis M (2005) The Psychobiology of Neglect *Child Maltreatment* 10; 150-171.
- Decety J (2011) The neuroevolution of empathy. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1231, 35-45

- Delaney-Black V, Covington C, Odersman S, Nordstrom-Klee B, Templin T, Ager J, Jannise J; Skol RJ (2002). Violence exposure, trauma and QI and/or reading deficits among urban children. *Archives Pediatric Adolescence Medicine*. 156 (39); 280-285.
- Del Barrio V, Carrasco MA, Rodriguez MA, Gordillo R (2009). Prevention of aggression in childhood and adolescence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9 (2); 101-107.
- Del Barrio C, Martin E, Montero I, Gutierrez H, Fernandez I, (2003) La realidad del maltrato entre iguales en los centros de secundaria españoles. *Infancia y Aprendizaje*. 26; 25-47.
- Del Barrio C, Martin E, Montero I, Gutierrez Rodríguez H, Barrios A (2008) Bullying and social exclusion in Spanish secondary schools. National trends from 999 to 006. *International Journal of clinical and Health Psychology*. 8 (3); 657-677.
- Defensor del Pueblo (2007) *Violencia escolar. El maltrato entre iguales en la Educación Secundaria Obligatoria 1999-2006. Nuevo estudio y actualizaciones del informe 2000.* Madrid: Informes, Estudios y Documentos del defensor del Pueblo Español.
- Díaz J, Blazquez M (2004) El vínculo y psicopatología en la infancia: evaluación y tratamiento. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del Adolescente*. 4 (1); 65-81.
- Donnelly AM (1991). An investigation of the relationship of depression in adolescence to personality styles and traits as measured by the Millon Adolescent Personality Inventory. *Dissertation Abstracts International*, 52; 3289.
- Dubois-Comtois K, Curt C, Moss E (2011) Attachment behavior and mother-child conversations as predictors of attachment representations in middle childhood: A longitudinal study. *Attachment and Human Development* 13 (4); 335-357.
- Durkin K. (1995). *Developmental social psychology. from infancy to old age.* Cambridge: MS: Blackwell.
- Eagly AH, Steffen VJ. (1986). Gender and aggressive behaviour: A meta-analytic review of the social psychological literature. *Psychological Bulletin*, 100; 309-330.
- Egelnd B, Jacobvitz D y Sroufe A (1988) Breaking the cycle of abuse. *Chile Development*. 58(4); 1080-1088.
- Ehrenberg MF. (1990). The Millon Adolescent Personality Inventory profiles of depressed adolescents. *Adolescence*, 25; 415–424.

Ehrensaft MK (2005) Interpersonal relationship and sex differences in the development of conduct problems. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 8(1); 39-63.

Elzo Imaz J (Coordinador), Laespada Martínez MT, Martínez Pampliega (2009) *Models eductius familiars a Catalunya*. Barcelona. Fundación Jaume Bofill. Informes Breus 18 Educació

Emde RN, Buchsbaum H (1990) Didn't I hear my Mommy? Autonomy with connectedness in moral self emergence. In D. Cicchetti & M. Beeghley Eds *The self in transition: From infancy to childhood* (Pp 35-60). Chicago: University of Chicago Press.

Epstein S. (1983). *Scoring and interpretation of the Mother-Father-Peer Scale*. London: Unpublished manuscript.

Erber R, Erber M (2000). The Self-Regulation of Moods: Second Thoughts on the Importance of Happiness in Everyday Life. *Psychological Inquiry*, 11(3); 142-148.

Erber R, Wegner DM, Therriault N (1996). On Being Cool and Collected: Mood Regulation in Anticipation of Social Interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70; 757-766.

Eron LD (1994) Theories of aggression: From drives to cognitions. In: Huesmann LR, editor. *Aggressive behavior: Current perspectives*. (Pp.3-11) New York, NY: Plenum Press.

Escandell Vidal MV. (1999): *Introducción a la pragmática*. Barcelona: Ed. Ariel.

Estévez E, Murgui S, Musitu G, Moreno D. (2008). Adolescent aggression: Effects of gender and family and school environments. *Journal of Adolescence*, 31(4); 433-450.

Ezpeleta L (2005) *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Ed. Masson SA

Eysenck HJ, Eysenck SBG (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. Londres: Hodder & Stoughton

Fava M (1997) Psychopharmacology treatment of pathologic aggression. *Psychiatric clinics of North America* 20 (2) 427-451

Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Lapsley AM, Roisman GI (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*. 81(2); 435-456.

- Feduchi L, Amase L, Raventos P, Sastre V, Tió J. (2006) Reflexiones en torno a la violencia en la adolescencia. *Revista psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 8; 19-26.
- Fehon DC, Grilo CM, Martino S, Walker M. (1996). A comparison of adolescent inpatients with and without substance abuse using the Millon Adolescent Clinical Inventory. *Journal of Youth and Adolescence*, 25; 379–388.
- Fernández Galindo M (2002) teoría del apego y y psicoanálisis. Hacia una convergencia clínica. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 33-34; 5-34.
- Fernández Liporace M, Ongarato P, Saavedra M, Martina Casullo M (2004) El Test de Matrices Progresivas, Escala General: un análisis psicométrico. Evaluar. *Laboratorio de Evaluación Psicológica y Educativa. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba (Argentina)*. 4; 1515 – 1867.
- Fernández Soria JM, Mayordomo Perez A (1984) “Perspectiva histórica de la protección a la infancia en España”, Historia de la educación. *Revista Interuniversitaria*, 3; 191-213.
- Fertuck EA, Mergenthaler E, Target M, Clarkin JF. (2004). Abstracts of the Annual Poster Session of the American Psychoanalytic Association: Initial Validity of a Computerized Text Analysis Measure of Reflective Function. *Journal American Psychoanalytic*. 52; 1215-1217.
- Fertuck EA, Target M, Mergenthaler E, Clarkin JF. (2004) Poster abstract: The development of a computerized linguistic analysis instrument of the reflective functioning measure. *Journal American Psychoanalytic Association*. 52; 473-475.
- Feshbach, ND (1969). Sex differences in children's modes of aggressive responses towards outsiders. *Merrill-Palmer Quarterly*, 15; 249-258.
- Finkelhor D, Mitchell KJ, Wolak J (2000). *Online victimization: a report on the nation's youth*. Alexandria, VA: National Center for Missing and Exploited Children.
- Finzi R, Ram A, Har-Even D, Shnit D, Weizman A (2001) Attachment styles and aggression in physical abused and neglected children *Journal of Youth and Adolescence*. 30 (6); 769-786.
- Fishbein D, Warner T, Krebs C, Trevarthen N, Flannery B, Hammond C (2009) Differential Relationships Between Personal and Community Stressors and Children's Neurocognitive Functioning. *Child Maltreat*. 14 (4); 299-315.
- Fischer-Kern M, Schuster P, Kapusta ND, Tmej A, Buchheim A, Rentrop M, Buchheim P, Hörrz S, Doering S, Taubner S, Fonagy P (2010) The relationship between

personality organization, reflective functioning and psychiatric classification in borderline personality disorders. *Psychoanalytic Psychology*, 27(4); 395-409.

Flynn JR. (1984). The mean IQ of Americans: Massive gains 1932 to 1978. *Psychological Bulletin*, 95; 29-51.

Flynn JR. (1985). Wechsler intelligence tests: Do we really have a criterion of mental retardation? *American Journal of Mental Deficiency*, 90; 236-244.

Flynn JR. (1987). Massive IQ gains in 14 nations: What IQ tests really measure. *Psychological Bulletin*, 101; 171-191.

Flynn JR. (1994). IQ gains over time. In R. J. Sternberg (Ed.), *Encyclopedia of human intelligence* (Pp. 617-623). New York: Macmillan.

Flynn JR. (1999). Searching for justice: The discovery of IQ gains over time. *American Psychologist*, 54; 5-20.

Fonagy P (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of the borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis*. 72; 639-656.

Fonagy P (1999) Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Aperturas Psicoanalíticas*. 3 www.aperturas.org/3fonagy.html

Fonagy P. (2001) *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York: Ed. Other Press.

Fonagy P (2003) The development of psychopathology from infancy to adulthood: The mysterious unfolding of disturbance in time. *Infant Mental Health Journal* 24(3); 212-239.

Fonagy P, Bateman A. (2007) Mentalizing and borderline personality disorder *Journal of mental Health*. 16 (1); 83-110.

Fonagy P, Bateman A. (2008). The development of borderline personality Disorder: A Metalizing model. *Journal of Personality Disorders*, 2 (1); 4-21.

Fonagy P, Bateman A, Bateman A (2011) The widening scope of metalizing: a discussion. *Psychology and Psychotherapy*. 84 (1); 98-110.

Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. (2002): *Affect Regulation, Metallization: Developmental, Clinical and Theoretical Perspectives*, Nueva York: Other Press.

Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. (2004). *Affect Regulation, Metallization, and the Development of the Self*. London: Karnac Books.

- Fonagy P, Gergely G, Target M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of child Psychology and Psychiatry*. 48 (3-4); 288-328.
- Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G (2009) Measuring Reflective Function with a Multidimensional Rating Scale: Comparison with Scoring Reflective Function On the AAI. *Journal American Psychoanalytic Association*, 57; 208-213.
- Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M. (1996). The relationship of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64; 22-31.
- Fonagy P, Luyten P, Strathearn L (2011) Borderline personality disorder, metallization and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health*. 32 (1); 47-69.
- Fonagy P, Moran GS, Target, M (1993) Aggression and the psychological self *International Journal Psychoanalytic*. 74 (3); 471-485.
- Fonagy P, Steele H, Moran G, Steele M, Higgitt A. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 13; 200-217.
- Fonagy P, Steele H, Steele M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62; 891-905.
- Fonagy P, Steele H, Steele M, Higgitt A, Target M. (1994). Theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35; 231-257.
- Fonagy P, Steele M, Steele H, Leigh T, Kennedy R, Mattoon G, Target M. (1995). Attachment, the reflective self and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives*, (Pp. 233-278) Ed. S. Goldberg, R. Muir, J. Kerr. New York: Analytic Press.
- Fonagy P, Steele M, Steele H, Target M. (1997). *Reflective Functioning manual (version 4.1) for application to Adult Attachment Interviews*. London. Unpublished manual, Psychoanalysis Unit, Sub-department of Clinical Health Psychology, University College London.
- Fonagy P, Target M. (1995). Towards understanding violence: The use of the body and the role of the father. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76: 487-502.
- Fonagy P, Target M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalysis* .77; 217-223

- Fonagy P, Target M (1997) Attachment and reflective function: their role in self-organization. *Development Psychopathology*. 9 (4); 679-700.
- Fonagy P, Target M (1998) Metallization and the changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8; 87-114.
- Fonagy P, Target M (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*. 22; 307-335.
- Fonagy P, Target M, Steele H, Steele M. (1998) *Reflective-Functioning Manual, Version 5.0 for Application to Adult Attachment Interviews*. London: University College London.
- Fontana V. (1979) *En defensa del niño maltratado*. México D.F.: Editorial Pax.
- Fontana V, Besharov DJ. (1977) *The maltreated Child: The Maltreated Syndrome in Children. A medical, legal and social guide*. 3º ed. Springfield: Chales C. Thomas.
- Fores A, Grane J (2008) *La resiliencia. Crecer desde la adversidad*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Fortin A, Doucet M, Damant D (2011) Children's appraisals as mediators of the relationship between domestic violence and child adjustment. *Violence and Victims*. 26; 377-392.
- Foster BM, Hynan LS, Pantle ML. (1998). Factor structure of the Millon Adolescent Personality Inventory for psychiatric inpatients. *Psychological Reports*. 82; 267-274.
- Franzoi SL. (1996). *Social Psychology*. Dubuque, IA: Brown and Benchmark.
- Freud S (1905) *Tres ensayos sobre una teoría sexual* Obras completas Tomo X. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Freud S (1909) *Análisis de la fobia de un niño de cinco años* Obras completas Tomo X. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Frodi A, Macaulay J, Thome PR. (1977). Are women always less aggressive than men? A review of the experimental literature. *Psychological Bulletin*. 84; 634-660.
- Fry D P, Hines N. (1993). *Sex differences in indirect and direct aggression in Argentina*. Paper presented at The 3rd European Congress of Psychology, Tampere.Finland.
- Fuentes E, Beltran M. (1996) Violencia y rebelión juveniles. Sobre la educación y la prevención. *Revista de Ciències de l'Educació. Serie IV*, 2; 79-96.

Gao Y, Raine A, Chan F, Venables PH, Mednick SA (2010) Early maternal and paternal bonding, childhood physical abuse and adult psychopathic personality. *Psychological Medicine*, 40 (6); 1007-1006.

Garaigordobil M (2005) Conducta antisocial durante la adolescencia: Correlatos socio-emocionales, predictores y diferencias de género. *Psicología Conductual*. 13 (2); 197-215.

Garaigordobil M, Álvarez Z, Carralero V. (2004). Conducta antisocial en niños de 10 a 12 años: Factores de personalidad asociados y variables predictoras. *Análisis y Modificación de Conducta*. 130; 241-271.

Garaigordobil M, Oñederra JA (2008) Bullying: Incidence of peer violence in the school of the Autonomous Community the Basque country. *International Journal Psychology and Psychotherapy*. 8 (1); 51-62.

Garrido-Rojas L (2006) Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 38 (3); 493-507.

Generalitat de Catalunya (1996) *El llibre de'n Pau Barcelona*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Dep. De Sanitat i Seguretat Social.

Garelli JC. Montuori E. (1997) Vínculo afectivo materno-filial en la primera infancia y teoría del attachment. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 95; 122-126.

Gerhardt S (2007) *Why love matters? How affection shapes a baby's brain*. London and New York: Taylor & Francis. Routledge.

George C, Kaplan N, Main, M (1985) *Adult Attachment Interview* . Berkley. Unpublished manual. Department of Psychology, University of California.

George C, Kaplan N, Main, M (2004) *Entrevista de apego adulto* Unpublished manual. Universidad de California Berkeley. Traducción oficial al español por Gojman de Millan, S.

Gergely G, Watson J. (1996). The social biofeedback model of parental affect-mirroring. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77; 1181-1212.

Gojman S, Millan S, (2000) Attachment patterns and social character in a Nahuatl village. *Socialization processes through social character interviews and videotaped attachment current methodology*. Stuttgart: Fromm Forum. International Erich Fromm Society.

Gojman S, Millan S, (2003) Integrating Attachment and Social Character Approaches to Clinical Training: Case Studies from a Mexican Nahuatl Village, en Cortina M and Marrone. *Attachment Theory and the Psychoanalytic Process*, (Pp. 179-203) Londres Inglaterra & Philadelphia PA USA: Whurr Publishers Ltd.

Gojman S, Millan S, (2008) The AAI and its Contribution to a Therapeutic Intervention Project for Violent, Traumatized and Suicidal Cases, Chapter 12, in Steele and Steele Eds, *Clinical Applications of the Adult Attachment Interview* (pp 297-319) New York and London: The Guilford Press.

Gojman S, Millan S, Millán S, Carlson E, González P, Guzmán ME, Hernández G, Rodarte A, Quintero LA, Sánchez F, Sánchez G. (2011). La Entrevista de Apego Adulto en Español. Capítulo aceptado para publicación en Torres, B., Causadias, J., Posadas, G. Eds. *Investigación y aplicaciones clínicas de la teoría del apego en Iberoamérica*. Madrid: Editorial Psimática.

Goleman D (1996) *Inteligencia emocional* Barcelona: Ed. Kairós.

Goleman D (2003) *Emociones destructivas como entenderlas y superarlas* (4º edición). Barcelona: Ed. Kairos.

Goleman D (2006) *Inteligencia social* Barcelona: Ed. Kairós.

Goleman D, Lantieri M (2009) *Inteligencia emocional infantil y juvenil*. Barcelona: Ed. Aguilar.

Gómez -Granell C, Garcia-Mila M, Tipoll-Millet A, Panchon C (coord.) (2002) *Informe 2002. La infància i les famílies als inicis dels segles XXI..* Barcelona: Institut d'infància i món urbà. Observatori de la infància i la família.

Gómez Muzzio E, Muñoz MM, Santelices MP (2008) Efectividad de las Intervenciones en Apego con Infancia Vulnerada y en Riesgo Social: Un Desafío Prioritario para Chile, *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*. 26 (2); 241-251.

Goodwin MH. (1990). Tactical uses of stories: Participation frameworks within girls' and boys' disputes. *Discourse Processes*, 13; 33-71.

Graham-Bermann SA, Gruber G, Howell KH, Girz L (2009) Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV) *Child Abuse & Neglect*. 33 (9); 648-660

Graham-Bermann SA, Perkins S (2010) effects of early exposure and lifetime exposure to intimate partner violence (IPV) on child adjustment. *Violence and Victims*. 25 (5); 427-433

Gray JA (1971) Sex differences in emotional behaviour in mammals including man: endocrine bases *Acta Psychologica* 35 (1) 29-46.

Greenfield EA (2010) Child abuse as a life-course social determinant of adult health. *Maturitas*. 66(1); 51-55.

Grice HP. (1975). *Logic and conversation". Speech acts (Syntax and Semantics.* Ed. Cole y Morgan. Nueva York: Academic Press.

Grienberger J, Kelly K, Slade A. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment and Human Development.* 7; 299–311.

Grilo CM, Pinto M. (2004). Reliability, diagnostic efficiency, and validity of the Millon Adolescent Clinical Inventory: Examination of selected scales in psychiatrically hospitalized adolescents. *Behaviour Research and Therapy.* 42; 1505–1519.

Grossman SD, Meagher SE, Millon T. (2004). Studying outcomes in adolescents: The Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI) and Millon Adolescent Personality Inventory (MAPI). In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Vol. 2. Instruments for children and adolescents* (Pp. 123–140). Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates.

Gualtero RD, Gomà M (2008) *Immigració estrangera i salut mental infantil juvenil. Aproximació a la situació del Baix Llobregat.* Sant Boi de Llobregat: Fundació Orienta. Departament de Recerca i Publicacions.

Gunnar MR, Cheatham C (2003) Brain and behavior interface: Stress and the developing brain. *Infant Mental Health Journal.* 24(3); 195-211.

Gunnar MR (2010) Reversing the effects of early deprivation after infancy: giving children families may not be enough *Neuroscience.* 4; 179.

Ha C, Sharp C, Goodye I (2011) The role of child and parental mentalizing for the development of conduct problems over time. *European Child Adolesc Psychiatry.* 20; 291–30.

Hall JA. (1978). Gender effects in decoding non verbal cues. *Psychological Bulletin,* 85; 845-857.

Hall JA. (1990). *Non-verbal sex differences: accuracy of communication and expressive style.* Baltimore, MD: John Hopkins University Press.

Harachi TV, Fleming CB, White HR, Ensminger ME, Abott RD, Catalano RF, Haggerty KB (2006) Aggressive behaviour among girls and boys during middle childhood: predictors and squeal of trajectory group membership *Aggressive Behaviour.* 32 (4); 279-293.

Hare RD (1999) *Without conscience: the disturbing world of the psychopaths among us.* New York. The Guilford Press

Haskett ME, Nears K, Ward CS, McPerson AV (2006) Diversity in adjustment of maltreated children: factors associated with resilient functioning. *Clinical Psychology Review*. 26(6); 796-812.

Hasbún Game J, Forno Saprosvich H, Ivanovic Marincovich D, Durán Santana MC, Castro Gómez C, Ivanovic Maricovich R . (2003) Estudio de la capacidad intelectual (Test de matrices progresivas de Raven) en escolares chilenos de 5 a 18 años.: I. Antecedentes generales, normas y recomendaciones. *Iberpsicología: Revista electrónica de la federación Española de asociaciones de Psicología* . 8 (1); 1579-4113.

Hennington C, Hughes JN, Cavell TA, Thompson B. (1998). The role of relational aggression in identifying aggressive boys and girls. *Journal of School Psychology*. 36; 457-477.

Herbert J, Martinez M. (2001) Brain mechanisms in aggressive behaviour. In: *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*, (pp: 67-102) Cambridge, UK: Edited by Jonathan Hill y Barbara Maughan, Cambridge University Press.

Herreros F (2009) *Codificación de la entrevista Friends and Family Interview FFI*, Unpublished manual.

Hesse E. (1999). The Adult Attachment Interview: historical and current perspectives. In J.Cassidy and P. Shaver (Eds.) *Handbook of attachment: theory, research and clinical applications* (pp 395-432). New York and London: Guildford Press.

Hesse E, Hagen NH (2006) Sex differences in indirect aggression Psychological evidence from young adults. *Evolution and Human Behavior*. 27; 231–245.

Hill J. (2002) Biological, psychological and social processes in the conduct disorders. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 43; 133-164.

Hill J, Levy KN, Meehan KB, Reynoso JS. (2007). III. Dimensions and New Measures Relevant to Psychoanalysis: Reliability of a Multidimensional Measure for Scoring Reflective Function. *Journal American Psychoanalytic*. 55; 309-313.

Hodges J, Steele M, Hillman S, Henderson K (2000). Effects of abuse on attachment representations: narrative assessments of abused children. *Journal of Child Psychotherapy*, 26; 433-455.

Hodges J, Steele M, Hillman S, Henderson K (2003). Mental representations and defences in severely maltreated children: A story stem battery and rating system for clinical assessment and research applications In *Revealing the Inner Worlds of Young Children. The MacArthur Story Stem Battery and Parent-Child Narratives* (pp 4-12) Oxford. Eds. Emde, R.N., Wolf, D.P. & Oppenheim, D. Oxford: Oxford University Press.

- Hodges J, Steele M, Hillman S, Henderson K, Kaniuk J. (2003) Changes in Attachment Representations Over the First Year of Adoptive Placement: Narratives of Maltreated Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8 (3); 1359-1045.
- Hodges J, Steele M, Hillman S, Henderson K, Kaniuk J. (2004). Changes and Continuity in Mental Representations of Attachment after Adoption. In Psychological Issues in; *Adoption: Research and Practice* (Pp. 240-267) (Eds.Brodzinsky DM & Palacios J) Westport, Connecticut London: Praeger.
- Hodges J, Steele M, Kaniuk J, Hillman S, Asquith K. (2009). Narratives in assessment and research on the development of attachments in maltreated children. In: *Child Psychotherapy and Research – New approaches, emerging findings*. (Pp. 427-451). Eds. Midgley, J., Anderson J, Grainger E, Vuckovic N, TURwin C. New York: Routledge.
- Hofer MA. (2006). Psychobiological roots of early attachment. Current Directions in Psychological. *Science*, 15; 84-88.
- Homma Y, Wang N, Saewyc E, Kishor N (2012) The relationship between sexual abuse and risky sexual behavior among adolescent boys: a meta-analysis. *Journal of adolescent Health*. 60; 18-24.
- Hovens JGFM, Wiersma J.E, Giltay EJ, Vanoppen P, Spinhoven P, Penn, T (2010) Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 122 (1); 66-74.
- Hughes DA (1997) *Facilitating development attachment: The road to emotional recovery and behavior change with foster and adoptive children*. Northvlele. N.J. Aronson.
- Hughes DA (2003) Psychological intervention for the spectrum of attachment disorders and interfamilial trauma. *Attachment and Human Development*. 5; 271-279.
- Hyde JS. (1984). How large are gender differences in aggression? A developmental meta-analysis. *Developmental Psychology*, 20; 722-736.
- Hyde JS. (1990). Meta-analysis and the psychology of sex differences. *Signs*, 16; 55-73.
- Jacobse T, Edelstein W, Hofmann V (1994) A longitudinal study of the relation between representations of attachment in childhood and cognitive functioning in childhood and adolescence. *Developmental Psychology*. 30(1); 112-124.
- Jacobse T, Hofmann V (1977) Children's attachment representations: longitudinal realtions to School behavior and academci competency in middle childhood and adolescence. *Developmental Psychology*. 33; 703-710.

Jaffe SR, Caspi A, Moffitt TE, Polo-Tomas M, Taylor A (2007) Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: a cumulative stressors model. *Child Abuse and Neglect*. 31(3); 231-253.

Jensen AR (1994) Spearman CE. In RJ Sternberg (Ed.) *Encyclopedia of Intelligence*. Vol.1 (Pp.1007-1014). New York: McMillan Publishing

Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56; 600-605.

Jollifre D, Farrington DP (2011) Examining the relationship between low empathy and bullying. *Aggressive Behaviour*. 36 (6); 540-550.

Jonas S, Bebbington P, Mcmanus S, Meltzer H, Jenkins R, Kuipers E, Cooper C, King M, Brugha T (2011) Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey *Psychological Medicine*. 41(4);709-19.

Kaltiala-Heine R, Rimpela M, Rantanen P, Rimpela A. (2000) Bullying at school an indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal Adolescence*. 23; 6, 661-674.

Kamp J, Millon T, Tringone R. (2007). Clinical utility of two child-oriented inventories: The Millon Pre-Adolescent Clinical Inventory and the Millon Adolescent Clinical Inventory. In S. R. Smith and L. Handler (Eds.), *The clinical assessment of children and adolescents: A practitioner's handbook* (Pp. 267–287). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Kankaanranta RV, Lagerspetz KMJ, Björkqvist K. (1993). Social structure of peer groups and indirect aggression among girls. *Aggressive Behaviour*, 19; 55-60.

Kashani JH, Daniel A, Dandoyac M, Holcomb WR (1992) Family violence: impact on children. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 31; 181-189.

Kashani JH, Deuser W, Reid JC (1991) Aggression and anxiety: a new look at an old notion. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*. 30(2) 218-223

Kaukiainen A, Björkqvist K, Lagerspetz K, Österman K, Salmivalli C, Rothberg S, Ahlbom A, (1999) The relationship between social intelligence, empathy and the three types of aggression *Aggressive Behavior*. 25 (2); 81-89.

Kaukiainen A, Björkqvist K, Österman K, Lagerspetz, KMJ, Niskanen L, (1995). Social intelligence and the use of indirect aggression. *Aggressive Behaviour*. 21; 188-189.

Kaukiainen A, Björkqvist K, Österman K, Lagerspetz, KMJ (1996). Social intelligence and empathy as antecedents of different types of aggression. In C.F. Ferris and T. Grisson (Eds.), Understanding Aggressive Behaviour in Children (Pp. 364-366). New York. Annals of the New York Academy of Sciences.

Kaukiainen A, Lagerspetz, KMJ, Björkqvist K, Jokila M. (1993). Sex differences in indirect aggression during late adolescence. Aggressive Behaviour. 19; 55-56.

Keely A, Muscatell SA, Morelli A, Falk E, Way BM, Pfeifer JH, Galinsky AD, Lieberman MD, Dapretto M, Eisenberger NI (2012) Social status modulates neuronal activity in the metalizing network NeuroImage. 60; 1771-1777.

Kempe RS, Kempe HC (1985). Niños maltratados. Madrid: Ed. Morata

Kempe HC, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK (1962). The Battered Child Syndrome Jama, 181 (1); 17-24.

Kennedy TD, Burnett KF, Edmonds WA (2011) Intellectual, Behavioral and personality correlates of violent versus non violent juvenile offenders. Aggressive Behaviour. 37 (4); 315-352.

Kerns KA, Brumariu LE, Seibert A (2010) Multi-method assessment of mother-child attachment: links parenting and child depressive symptoms in middle childhood. Attachment and Human Development 13 (4); 315-333.

Kinney T, Smith B, Donzella B (2001). The influence of sex, gender, self-discrepancies, and self-awareness on anger and verbal aggressiveness among US college students. Development Psychopathology. 13 (1); 83-96.

Kochanska G, Kim S (2012). Toward a new understanding of legacy of early attachment for future antisocial trajectories: Evidence from two longitudinal studies. Development and Psychopathology. 24; 783-806.

Knoff HM, Paez D. (1992). Investigating the relationship between the Millon Adolescent Personality Inventory and the Personality Inventory for Children with a sample of learning-disabled adolescents. Psychological Reports, 70; 785.

Knutson JF, Degarmo D, Koepke G, Reid JB (2005) Care neglect supervisory neglect and harsh parenting in the development of children's aggression: a replication and extension. Child Maltreatment. 10; 92-107.

Kobacki R, Zajac K, Smith C. (2009) Adolescent attachment and trajectories of hostile-impulsive behavior: implications for the development of personality disorders. Development Psychopathology. 21 (3); 839-851.

- Kochanska G, Kim S (2012). Toward a new understanding of legacy of early attachment for future antisocial trajectories: Evidence from two longitudinal studies. *Development and Psychopathology*, 24; 783-806
- Kret ME, Denollet J, Grèzes J, Gelder B (2011). The role of negative affectivity and social inhibition in perceiving social threat: An fMRI study, *Neuropsychologia*. 49 (5); 1187-1193.
- Kroneman LM, Loeber R, Hipwell AE, Koot HM (2009) Girl's disruptive behavior and this relationship to family functioning. A review. *Journal of Child and Family Studies*. 18(3); 259-273.
- Kobak R, Sceery A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation, and representations of self and others. *Child Development*, 59; 135-146.
- Kyoung Jin M, Jacobvitz D, Hazen N, Hoon Jung S (2012) Maternal sensitivity and infant attachment security in Korea: cross-cultural validation of the Strange Situation. *Attachment and Human Development*. 14 (1); 33-44.
- Kyte Z, Goodyer I (2008) Social cognition in depressed children and adolescents, In: Sharp C, Fonagy P, Goodyer I, Sharp P. Eds. *Social cognition and development psychopathology* (Pp.201-237). New York: Oxford University Press.
- Lagerspetz KMJ, Björkqvist K, (1994). Indirect aggression in boys and girls. In L. Rowell Huesmann (Ed.), *Aggressive Behaviour: Current Perspectives* (Pp. 131-150). New York: Plenum Publishing Corporation.
- Lagerspetz KMJ, Björkqvist K, Peltonen T. (1988). Is indirect aggression typical of females? Gender differences in 11 to 12 year old children. *Aggressive Behaviour*: 14; 403-414.
- Lambert SF, Boyd RC, Cammack NL, Lalongo NS (2012) Relationship proximity to victim of witnessed community violence associations with adolescent internalizing and externalizing behaviours *American Journal of Orthopsychiatry*. 82 (1); 1-9.
- Landau S, Bjorkqvist K, Lagerspetz K, Österman K, Gideon L (2002) The effect of religiosity and ethnic origin on direct and indirect aggression among males and females: Some Israeli findings *Aggressive Behavior*. 28 (49); 281-298.
- Langner TF. (1962). A 22-Item screening score of psychiatric symptoms indicating impairment. *Journal of Health and Human Behavior*, 3; 269-276.
- Lázaro A. (2007). Menores Extranjeros No Acompañados: La situación en España. Prolegómenos. *Derechos y Valores de la Facultad de Derecho*, 10 (19); 149-162.
- Lázaro A. (2008): *L'espai dels Observatoris en el marc de les polítiques públiques d'infància i adolescència*. Barcelona: Educació Social, Fundació Pere Tarrés.

- Lecannelier F (2002a) El legado de los vínculos tempranos: apego y autoregulación. *Revista Chilena de Psicoanálisis*. 19 (2); 191-201.
- Lecannelier F (2002b) Apego y autoregulación en el desarrollo humano. *Revista persona y Sociedad*, 7; 99-110.
- Lecannelier F (2004) los aportes de la teoría de la mente (ToM) a la psicopatología del desarrollo. *Terapia Psicoanalítica*. 22(1); 61-67.
- Leschied AW, Cummings A, Brunschot VW, Cunningham A, Saunders A (2000) *Female adolescent aggression: a review of the literature and the correlates of aggression (Report 2000 – 4)* Canada Ottawa: Solicitor General.
- Levinson S. (1985). *Pragmatics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Levinson A, Fonagy P (2004) Offending and attachment: the relationship between interpersonal awareness and offending in a prisons population with psychiatric disorder. *Canadian Journal of Psychoanalysis*. 12; 225-251.
- Levy KN, Meehan KB, Kelly KM, Reynoso JS, Weber M, Clarkin JF, Kernberg OF. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-ocused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 74; 1027–1040.
- Levy KN, Meehan KB, Reynoso JS, Lenzenweger MF, Clarkin, JF, Kernberg OF. (2005). The relation of reflective functioning to neurocognitive functioning in patients with borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 53; 1305–1309.
- Li Q (2006). Cyberbullying in Schools, A research of gender differences. *School Psychology International*. 21; 157-170.
- Li Q (2007). New bottle but old wine: A research of cyberbullying in schools. Computers, *Human Behavior*, 23; 1777-1791.
- Lieberman AF (1993). *The emotional life of the toddler*. New York: The Free Press.
- Lieberman AF, Pawl JH (1990) Disorders of attachment and secure base behavior in the second year of life. In: MT Greemberg, D. Cicchetti & EM Cummings Eds. *Attachment in preschool years* (pp 375-397) Chicago: University of Chicago Press.
- Little TD, Jones SM, Henrich CC, Hawley PH. (2003). Disentangling the “whys” from the “whats” of aggressive behavior. *International Journal of Behavioral Development*. 27; 122–183.

Lopes P, Salovey P, Beers M, Cote T (2005) Emotion, regulation abilities and the quality of social interaction. *Emotion*. 5 (1); 113-118.

López C, Sánchez A, Pérez-Nieto MA, Poveda M (2008). Impulsividad, autoestima y control cognitivo en la agresividad del adolescente. *EduPsykhé Revista de Psicología y Educación*. 7 (1); 81-99.

Luthar SS (2006) Resilience in development: a synthesis of research across five decades. In: *Development psychopathology: risk, disorder and adaptaction*. Cicchetti D & Cohe DJ (Eds.) Vol. 3. New York. Wiley.

Lyons-Ruth K (1996) Attachment Relationships among Children With Aggressive Behavior Problems: The Role of Disorganized Early Attachment Patterns, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64 (1); 64-73.

Lyons-Ruth K. (2003) "Dissociation and parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research" *Journal of American Psychoanalytic Association*. 51 (3); 883-911.

Lyons-Ruth K. Connell DB, Grunbaum H, Botein S. (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development*. 61; 85–98.

Lyons-Ruth K. JACOBVITZ D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioural and attentional strategies. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (Pp. 520–554). New York: Guilford Press.

Main M, (1991) Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and similar (coherent) vs. multiple (incoherent) model of attachment: Findings directions for future research. En C.M Parkes, J, Stevenson-Hinde and P. Marris *Attachment across the Life Cycle*, (Pp.127- 160) London: Routledge.

Main M (1993). Discourse, prediction, and recent studies in attachment: Implications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 41 (suppl.); 209-243.

Main M (1996) Introduction to the special section on attachment and psychopathology: II Overview of the field of attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64; 237-243.

Main M (2000) The organized categories of infant, child, and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment related stress. *Journal America Psychoanalytic Association*, 48 (4); 1055-1127.

- Main M, Cassidy J (1988) Categories of responses to reunion with the parent at age six: predicted from infant attachment classification and stable over one month period. *Development Psychology*. 24; 415-426.
- Main M, Golwiyn R (1984b) Predicting rejection of her infant from mother's representation of her own experience: Implications for the abused-abusing intergenerational cycle. *International journal of Child Abuse and Neglect*. 8; 203-217.
- Main M, Golwiyn R. (1991). *Adult Attachment Classification System: version 5*. Unpublished manuscript. Berkeley: University of California.
- Main M, Golwiyn R, Hesse E. (2003). *Adult attachment classification system*. Unpublished manuscript. Berkeley: University of California.
- Main M, Hesse E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism? In *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*, (Pp. 161-184). Ed. M. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings. Chicago: University of Chicago Press.
- Main M, Hesse E. (1992). *Frightening/frightened, dissociated, or disorganized behaviour on the part of the parent: A coding system for parent infant interactions*. Unpublished manuscript. Berkeley: University of California.
- Main M, Kaplan N, Cassidy J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 50 (1-2 Serial Nº 209); 66-104.
- Main M, Solomon J. (1986) Discovery of a new, insecure, disorganized disoriented attachment pattern En T.B- Brazelton and M.Yogman. *Affective Development in Infancy* (pp.-95-124) Norwood: Ablex Publishing.
- Main M, Solomon J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*, (Pp. 121-160). Ed. M. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings. Chicago: University of Chicago Press,
- Maluccio AN, Fein E, Olmstead KA (1986) *Permanency planning for children. Concepts and methods*. New York – London: Tavistock Publications
- Maniglio R (2010) Child sexual abuse in the aetiology of depression: a systematic review of reviews. *Depression and Anxiety*. 27 (7); 631-642.

Moreno Manso JM, Rabazo Mandez HJ, García Baamonde ME (2006) Competencia lingüística y estilo cognitivo en niños institucionalizados. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*. 26(2); 115-125.

Marks A, Hine DW, Manton GC, Thorsteinsson EB (2012) Can outcome sex differences in direct and indirect aggression? *Journal of Applied Social Psychology*. 42 (1); 151-169.

Markovits H, ST-Onge MJ (2009) Adolescents' and adults' internal models of conditional strategies for object conflict. *Journal Genetic Psychology*. 170 (2); 135-150.

Marrone M (1987) La teoría del "attachment" en el contexto del pensamiento psicoanalítico. En J.A. Ozamiz *Psicopatología de la Salud Mental* San Sebastián: Tartalo Ediciones.

Marrone M (1992) La teoría del apego en el contexto del pensamiento psicoanalítico contemporáneo *Vertx*. 3 (7); 66-70.

Marrone M (1998) *Attachment and Interaction*. London: Jessica Kingley Publishing.

Marrone M, Diamon N, Juri L (2001) *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.

Martinez Ramirez J, Manuel Andreu J, Fujihara T. (2001) Cultural and sex differences in aggressive: a comparison between Japanese and Spanish student using two different inventories. *Aggressive Behaviour*. 27 (4); 313-322.

Martino SC, Ellickson PL, Klein DJ, McCaffrey D, Edelen MO (2011) Multiople trajectories of physical aggression among adolescent boys and girls. *Aggressive Behaviour*. 34 (1); 61-75.

MacCann JT. (2006). Measuring adolescent personality and psychopathology with the Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI). In S. N. Sparta and G. P. Koocher (Eds.), *Forensic mental health assessment of children and adolescents* (Pp. 424–439). New York: Oxford University Press.

MacCoby EE, Jacklin CN. (1974). *The psychology of sex differences*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Marcus RF, Sanders-Reio J (2001) The influence of attachment on school completion. *School Psychology Quarterly*. 16; 427-444.

McGowan P, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonte B, Szyf M, Turecki G, Meaney MJ (2009) Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience*. 12; 342-348.

- Meehan KB, Levy KN, Reynoso JS, Hill LL, Clarkin JF.(2009) Comparison With Scoring Reflective Function On the AAI Measuring Reflective Function With a Multidimensional Rating Scale. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 57 (1); 208-213.
- Méndez L, Gonzalez L (2000) Descripción de patrones de apego en menores institucionalizado con problemas conductuales. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*. 2 (11); 75-92.
- Mergenthaler E, Bucci W. (1999). Linking verbal and non verbal representations: Computer analysis of referential activity. *British Journal Medical Psychology*. 72; 339-354.
- Messick S. (1995). Validity of psychological assessment. *American Psychologist*. 50; 741-749.
- Mestre V, Samper P, Frías D. (2002): Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: la empatía como factor modulador. *Psicothema*. 14; 227-232.
- Mestre MV, Tur AM, Samper P, Nácher MJ, Cortés MT (2007) Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 39 (82); 211-225.
- Mikolajozaki M, Petrides KV, Hurry J. (2009) Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence, *British Journal of Clinical Psychology*. 48; 181–193.
- Mikulincer M, Gillath O, Halevy V, Avihou N, Avidan S, Eshkoli N. (2001). Attachment theory and reactions to others' needs: Evidence that activation of the sense of attachment security promotes empathic responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81; 1205–1224.
- Mikulincer M, Shaver PR. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. In M.P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* Vol. 35, (Pp. 53–152). San Diego, CA: Academic Press.
- Miller C, Dollard P (1941) *Social learning and Imitation* New Haven: Yale University Press.
- Millon T (1991) Classification in psychopathology: Rationale. *Alternatives and Standards Journal of Abnormal Psychology*. 100; 245-261.
- Millon T (1991) Millon Clinical Multiaxial Inventory: I and II *Journal of Counseling and Development*. 70 (3); 421-426.

Millon T (1997) *The Millon Inventories. Clinical and Personality Assessment* New York: The Guilford Press.

Millon T (1998) *Inventario Clínico Multiaxial de Millon - II*. Madrid: TEA Ediciones.

Millon T (2004) *MACI: Inventario Clínico para adolescente de Millon* (Adaptación española G. Aguirre) Madrid: TEA Publicaciones de psicología aplicada.

Millon T, Davis RD. (1998) *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-V*. Barcelona: Masson SA.

Millon T, EVERLY JR, (1994) *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Masson SA.

Milner RJ, Webster SD. (2005). Identifying schemas in child molesters, rapists and violent offenders. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment*. 17; 425-43.

Minagawa-Kawai Y, Matsuoka S, Dan I, Naooi N, Nakamura K, Kojimal S (2009) Prefrontal Activation Associated with Social Attachment: Facial-Emotion Recognition in Mothers and Infants. *Cerebral Cortex*. 19 (2); 284-292.

Minagawa-Kawai Y, Mori K, Naoi N, Kojima S (2007) Neural attunement processes in infants during the acquisition of a language-specific phonemic contrast. *Journal of Neuroscience*. 27; 315-321.

Minagawa-Kawai Y, Mori K, Hebbden J, Dupoux E (2008) Optical imaging of infants' neurocognitive development: recent advances and perspectives. *Developmental Neurobiology*. 68; 712-728.

Miskovic V, Schmidt LA, Georgiades K, Boyle M, Macmillan HL (2010) adolescent females exposed to child maltreatment exhibit a typical EEG coherence and psychiatric impairment. Linking early adversity, the brain, and psychopathology. *Development Psychopathology*. 22(2); 419-432.

Moran, Forbes, Evans, Tarabulsky, Madigan. (2008). Both maternal sensitivity and atypical maternal behavior independently predict attachment security and disorganization in adolescent mother-infant relationships. *Infant Behavior and Development*. 31(2); 321-325.

Morton J, Frith U. (1995). Causal modeling: A structural approach to developmental psychology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology. Vol. 1: Theory and methods* (Pp. 357-390). New York: John Wiley & Sons, Ltd.

Moulson MC, Fox NA, Zeanah CH, Nelson CA (2009) Early Adverse experiences in the neurobiology of facial emotion processing *Development Psychology*. 45 (1); 17-30.

Moulson MC, Westerlund A, Fox NA, Zeanah CH, Nelson CA (2009) The effects of early experience on face recognition: an event-related potential study of institutionalized children in Romania. *Child Development*. 80(4); 1039-1056.

Munist M, Santos H Kotliarenco MA, Suarez Ojeda EN, Infante F, Grotberg (1988) *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en los adolescentes*. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS), Fundación W- K- Kellogg y Autoridad Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI)

Munist M, Suarez Ojeda D, Krauskopf T, Silber J (2007) *Adolescencia y resiliencia*. Buenos Aires: Editorial Paidos.

Musher-Eizenman DR, Boxer P, Danner S, Dubow EF, Goldstein SE, Heretick DML (2004) Social-cognitive mediators of the relation of environmental and emotion regulation factors to children's aggression. *Aggressive Behavior*. 30 (5); 389-408.

Murray L, Cooper P (2003) Intergenerational transmission of affective and cognitive processes associated with depression: infancy and the preschool years. In: Goodyer I Ed. *Unipolar depression: a lifespan perspective*. Oxford. Oxford University Press.

Nay RE, Wagner MK (1990). Behavioural and psychological correlates of Type A behaviour in children and adolescents: An overview. *Psychology and Health*. 4; 147-157.

Nakagawa M, Lamb M, Miyaki K (1992) Antecedents and correlates of the strange situation behaviour of Japanese infants. *Journal of Cross-Cultural psychology*. 23; 300-310.

Nelson S, Baldwin MP, Taylor RN (2012) Mental health problems and medically unexplained physical symptoms in adult survivors of childhood sexual abuse: an integrative literature review. *Journal of Psychiatry and mental health Nursing*. 19 (83); 211-220.

Nitschke JB, Nelson EE, Rusch BD, Fox AS, Oakes TR, Davidson RJ (2004) Orbit frontal cortex tracks positive mood in mothers viewing pictures of their newborn infants. *Neuroimage*. 21; 538-592.

Nizete-Ly Valles, Knutson JF (2008) Contingent Responses of Mothers and Peers to Indirect and Direct Aggression in Preschool and School-Aged Children. *Aggressive Behaviour*. 34 (5); 497-510.

Ostler T. Bahar OS, Jesse, A (2010) Mentalization in children exposed to parental methamphetamine abuse: relations to children's mental health and behavioral outcomes *Attachment and Human Development*. 12 (3); 193-207.

- Olweus D (1973) Hackkycklingar och oversittare: forkning om skol-mobbning. Estocolmo: Almqvist & Wiksell.
- Olweus D (1978) Aggression in the schools: bulling and whipping boys. Washington. D.C.: Hemisphere.
- Olweus D (1979) stability of aggressive reaction patters in males: a review. Psychological Bulletin. 86; 353-365.
- Olweus D (1983) Low school achievement and aggressive behaviour in adolescent boys. In D, Magnusson y V. Allen Eds. Human Development and Interactions Perspective. (Pp.353-365). New York: Academic Press.
- Olweus D (1991) Ullly/victim problems among school children: Basic facts and effects of a school-based intervention program. En D. Pepler y K. Rubin Eds. The Development and Treatment of Childhood Aggression. (Pp.411-448). Hillsdale, N.J: Laurence Eribaum Associates.
- Olweus D (1993) Bullying in school: what we know and what we can do. Oxford: Blackwell.
- Olweus D (1994). Annotation: Bullying at school: Basic facts and effects of a school based intervention program. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35; 1171-1190.
- Olweus D (1996). The revised Olweus Bully/Victim Questionnaire for Students. Bergen, Norway: University of Berge.
- Olweus D (1998) Conductas de acoso y amenaza entre escolares. Madrid: Ed. Morata.
- Ortega R. (1992b). Relaciones interpersonales en la educación. El problema de la violencia escolar en el siglo que viene. Revista de Educación y Cultura. 14; 23-26.
- Ortega R. (1994a). Violencia Interpersonal en los Centros Educativos de Educación Secundaria. Un Estudio obre Maltrato e Intimidación Entre Compañeros. Revista de Educación. 304; 253-280.
- Ortega R. (1994b) Las Malas Relaciones Interpersonales en la Escuela. Estudio sobre la Violencia y el Maltrato entre Compañeros de Segunda Etapa de EGB. Infancia y Sociedad. 27-28; 191-216.
- Ortega R. (1997) El proyecto Sevilla Anti-violencia Escolar. Un modelo de intervención preventiva contra los malos tratos entre iguales. Revista de Educación. 313; 143-158.

Ortega R. (1998) Indiscipline or violence? The problem of bullying in schoolen. Prospects. *Quarterly Review of Comparative Education*, 28; 587-600.

Ortega R. (2001) The Seville project against school violence: an educational intervention model of an ecological nature (Pp. 143-161) en: Debarbieux & Blaya (dir.): *Violence in Schools: Ten Approaches in Europe*. Paris: European Social Forum.

Ortega R. (2002) *Naturaleza y prevención educativa de la Violencia Escolar. Informe sobre la Investigación de los malos tratos y la exclusión social en el marco de un proyecto europeo*. Trabajo de Cátedra. Segundo Ejercicio. Córdoba: Universidad de Córdoba.

Ortega R. (2003) *Enseñanza de la Prevención de la Violencia Escolar. Informe científico Técnico*. Washington: Interamerican Bank of Development.

Ortega R. (2002) *Naturaleza y prevención educativa de la Violencia Escolar. Informe sobre la Investigación de los malos tratos y la exclusión social en el marco de un proyecto europeo*. Trabajo de Cátedra. Segundo Ejercicio. Córdoba: Universidad de Córdoba.

Ortega R, Calmaestra J, Mora Merchan J (2008) Cyberbullying. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8 (2); 183-192.

Ortega R, Del Rey R. (2001): «Aciertos y desaciertos del proyecto Sevilla Anti-violencia Escolar (SAVE)». *Revista de Educación*, 324; 253-270.

Ortega R, Del Rey R, Fernández I, (2003): «Working together to prevent school violence: The Spanish response», en P. K. Smith: *Violence in Schools: The Response in Europe*. (Pp.153-169). London: Routledge.

Österman K. (2010) *Indirect and Direct Aggression* Österman, K (ed.) Frankfurt am Main, Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Oxford, Wien: Peter Lang International Academic Publishers.

Österman K, Björkqvist K, Lagerspetz KMJ, (1995). Sex differences in styles of conflict resolution: A comparison between Finland, Italy, Israel, and Poland. *Aggressive Behaviour*, 21; 188-192.

Österman K, Björkqvist K, Lagerspetz KMJ, Charpentier S, Caprara GV, Pastorelli C. (1999) Locus of control and three types of aggression. *Aggressive Behaviour*, 25; 61-65.

Österman K, Björkqvist K, Lagerspetz KMJ, Kaukiainen A, Huesmann RL, Fraczek A. (1994a). Peer and self estimated aggression in 8-year old children from five ethnic groups. *Aggressive Behaviour*, 20; 411-428.

Österman K, Björkqvist K, Lagerspetz KMJ, Kaukiainen A, Landau SF, Fraczek A, Caprara GV (1998) Cross-cultural evidence of female indirect aggression. *Aggressive Behaviour*. 24; 1-8.

Österman K, Björkqvist K, Lagerspetz KMJ, Landau SF, Fraczek A, Pastorelli C. (1997). Sex differences in styles of conflict resolution: A developmental and cross-cultural study with data from Finland, Israel, Italy, and Poland. In DP Fry and Björkqvist, K Ed. *Cultural variation in conflict resolution: Alternatives to violence* (Pp.185-197) Mahwah. NJ: Erlbaum.

Ostlerm T, Bahar OS, Jesee A. (2010) Mentalization in children exposed to parental methamphetamine abuse: relations to children's mental health and behavioral outcomes *Attachment and Human Development*. 12 (3); 193-207.

Owen LD. (1996). Sticks and stones and sugar and spice: Girls' and boys' aggression in schools. *Australian Journal of Guidance and Counselling*. 6; 45-55.

Owen LD (2001) Interventions to redress teenage girls = Indirect aggression: a speculative paper. *Aggressive Behaviour*. 27 (3); 192-193.

Owen LD, Macmullin CE. (1995). Gender differences in aggression in children and adolescents in South Australian schools. *International Journal of Adolescence and Youth*. 6 (1-2); 21-35.

Owen LD, Shute R, Slee P (2004) Girl's aggressive behavior. *The Prevention Researcher*. 11 (3); 9-10.

Paniagua C (2004) Convergencias actuales entre la neurociencia y el psicoanálisis. *Ars médica. Revista de Humanidades*. 2; 194-211.

Pearce JW, Pezzot-Pearce TD. (1997). *Psychotherapy of abused and neglected children*. New York: Guilford Press.

Pechtel P, Pizzagalli DA, (2011) Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology*. 214 (1); 55-70.

Penney SR, Lee Z, Moretti (2010) Gender differences in risk factors for violence: an examination of the predictive validity of the structured assessment of violence risk in youth. *Aggressive Behaviour*. 36 (6); 390-404.

Pérez MV, Dias A. Vinet F. (2005) Características psicológicas de adolescentes pertenecientes a comunidades educativas vulnerables *Psicothema*. 17(1); 37-42.

- Pierrehumbert B, Muntean A, Tomita M, Ungureanu R, Haberssat S (2011) The significant behavioral aspects of adopted children within successful adoption in Romania *Revista de cercetare i intervenie social*. 32; 107-130.
- Pilleux M (2001) Competencia comunicativa y análisis del discurso *Estudios Filosóficos*. 36; 143-152
- Pino MJ, Herruezo J (2000) Consecuencias de los malos tratos sobre el desarrollo psicológico. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 32 (2); 253-275.
- Posner MI, Rothbart MK (2000) developing mechanisms of self-regulation. *Development and Psychopathology*. 12; 427-441.
- Rakin JH. (1980) School factors and delinquency interaction by age and sex. *Sociology and Social Research*. 64; 420-343.
- Ramchandani P, Stein A (2003) The impact of psychiatric on children. *British Medical Journal*. 372 (7409); 242-243
- Ramachandran VS (2003) *The Emerging Mind*. London: BBC/Profile Books.
- Ramachandran VS (2011). *The Tell-Tale Brain: a neuroscientist's quest for what makes us human* New York: Norton & Company.
- Ramírez JA, Andreu JM, Fujihara T. (2001). Cultural and sex differences in aggression: comparison between Japanese and Spanish students using two different inventories. *Aggressive Behavior*. 27; 313-322.
- Rakin JH. (1980) School factors and delinquency interaction by age and sex. *Sociology and Social research*. 64; 420-343.
- Raven JC. (1975) *Test de Matrices Progresivas. Escala General. Manual*. Buenos Aires: Paidós.
- Raven JC. Court JH, Raven J (1986). *Manual for Raven's progressive matrices and vocabulary scales*. London: H.K. Lewis and Co.
- Raven JC, Court JH, Raven J (2001) *RAVEN Matrices progresivas Manual 3º Edición* Publicaciones de Psicología Aplicada Serie Menor Nº 230. Madrid: TEA Ediciones SA.
- Raven J, Raven JC. Court JH, (1993). *Test de Matrices Progresivas. Manual*. Buenos Aires: Paidós.
- Rebollo-Mesa I, Polderman T, Moya-Albiol L (2010) Genética de la violencia humana. *Revista de neurología*. 50 (9); 533-540.

- Renn P (2006) Attachment, trauma and violence: understanding the destructive trends from the perspective of attachment theory. En: Harding, C. (ed.) Aggression and Destructiveness: Psychoanalytic Perspectives. New York: Routledge.
- Renn P (2002) The link between childhood trauma and later violent offending: the application of attachment theory in probation setting. Attachment and Human Development. 4 (3): 294-317.
- Renn P (2006) Attachment, trauma and violence: understanding the destructive trends from the perspective of attachment theory. En: Harding, C. (ed.) Aggression and Destructiveness: Psychoanalytic Perspectives. New York: Routledge.
- Renouf A, Brendgen M, Parent S, Vitaro F, Zelazo P, Boivin M, Dionne G, Tremblay RE, Pérusse D, Séguin JR, (2010) Relations between theory of mind and indirect and physical aggression in kindergarten: Evidence of the moderating role of prosocial behaviors. Social Development. 19 (3); 535-555.
- Reyes G. (1998): El abecé de la pragmática, Madrid: Arco Libros.
- Richardson DR, Green LR (1999) Social sanction and threat explanations of gender effects on direct and indirect aggression. Aggressive Behaviour. 25 (6); 425-434.
- Richell RA, Mitchell GV, Newman A, Leonard D, Baron-Cohen RJ, Blair J (2003) Unit on Affective Cognitive Neuroscience, Mood and Anxiety Disorders Program, National Inst. Neuropsychologia. 41; 523–526.
- Riley JR, Masten AS (2005) Resiliencia in context. In DeVries Peters R, Leandbeater B, McMahon RJ (Eds.) Resilience in children, families and communities: Linking context to practice and policy. (Pp.13-26) New York. Kluwer Academic/Plenum Publishers
- Rivers I, Smith PK. (1994). Types of bullying behaviour and their correlates. Aggressive Behaviour. 20; 359-368.
- Rizzolatti G, Craighero L (2004) The mirror neuron system. Annual Review of Neuroscience. 27: 169-192.
- Rizzolatti G, Fabbri-Destr M (2008) The mirror system and its role in social cognition. Current Opinion in Neurobiology. 18; 179-184.
- Rizzolatti G, Sinigaglia C (2008) Further reflections on how we interpret the actions of others. Nature. 455; 589.

Robertson J. (1953a). A two-year-old goes to hospital (Film). (Available through the Penn State Audiovisual Services). London: Tavistock Child Development Research Unit, University Park, PA.

Robertson J. (1953b). Some responses of young children to loss of maternal care. Nursing Care. 49; 382-386.

Rodríguez AN, Torrente G (2003) Interacción familiar y conducta antisocial. Boletín de Psicología 78; 7-19

Rodríguez G, Camacho J, Rodrigo MJ, Martin JC, Marquez ML (2006) Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarios de servicios sociales municipales. Psicothema. 18 (2); 200-206.

Rossegger U, Endrass J, Urbaniok F, Vetter S, Maercker U (2011) From victim to offender: characteristics of sexually abuse violent and sex offenders. Nervenarzt. 82 (7); 866-872.

Rossi Casé L, Neer R, Lopetegui S. (2001) Test de matrices progresivas de Raven: construcción de baremos y constatación del "Efecto Flynn". Orientación y Sociedad. 3; 1-11.

Rushton JP. (1989a). The evolution of racial differences: A response to M. Lynn. Journal of Research in Personality. 23; 7-20.

Rushton JP. ANKEY CD (1996) Brain size and cognitive ability: Correlations with age, sex, social class, and race. Psychonomic Bulletin and Review. 3; 21-36.

Rushton JP. Fulker DW, Neale MC, Nias DK, Eysenck HJ (1986) Altruism and aggression: The heritability of individual differences. Journal of Personality and Social Psychology. 50; 1192-1198.

Rushton JP. Osborne RT (1995) Genetic and environmental contributions to cranial capacity estimated in Black and White adolescents. Intelligence. 20; 1-13.

Rutgers A, Bakermans-Kranenburg MJ, Swinkels SHN (2007) Autism and attachment. The attachment Q-Sort. Autism. 11 (2) 187-200

Rutgers A, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Izendoorn MH, Beckelaer-Onnes IA (2004) Autism and attachment: a meta-analytic review. Journal of child Psychology and Psychiatry 45 (6) 1123-1134

Rutgers AH, Van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Swinkels SH, Van Daalen E, Dietz C, Naber FBA, Buitelaar JK, Van Engeland H (2007) Autism, attachment and parenting: a comparison of children with autism spectrum disorder, mental retardation, language disorder and non-clinical children. Journal of abnormal child psychopathology. 35 (5) 859-870

- Rutter M (1966) *Children of sick parents: an environmental study and psychiatric*. Maudsley Monographs. Oxford. Oxford University Press
- Rutter M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In: M. W. Kent & J. E. Rolf (Eds), *Primary prevention of psychopathology: Social competence in children* (Pp. 49-62). Hanover, NH: University Press of New England.
- Rutter M (1982). Temperament: Concepts, issues and problems. In Ciba Foundation Symposium 89, *Temperamental differences in infants and young children*. (Pp. 1-19.) R. Porter & C.C. Collins (Eds.). London: Pitman.
- Rutter M (1985). Resilience in the face of adversity - protective factors and resistance to psychiatric-disorder. *British Journal of Psychiatry*. 147; 598-611.
- Rutter M (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: J. Rolf, A. S. Masten, D. Chichetti, K. H. Nuechterlin & S. Weintraub (Eds), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (Pp. 181-214). New York: Cambridge University Press.
- Rutter M (2000). Psychosocial influences: Critiques, findings, and research needs. *Development and Psychopathology*. 12; 375-405.
- Rutter M (2003). Genetic influences on risk and protection: Implications for understanding resilience. In: S. S. Luthar (Eds), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (Pp. 489-509). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rutter M, Kreppner J, Sonuga-Barker (2009) Emanuele Miller lectura: Attachment insecurity, disinhibited attachment and attachment disorders: where do research findings leave the concepts? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 50 (5); 529-543.
- Sáez Crespo M, Castro Molina, Martínez Piédrol M (2008) *Curso de cuidados de enfermería en el maltrato infantil* Madrid: Escuela universitaria de enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense.
- Sabater, F. (1997) *El valor de educar*. Barcelona: Ed. Ariel.
- Salmivalli C, Kaukanen A (2004) Female aggression" revisited: Variable- and person-centered approaches to studying gender differences in different types of aggression. *Aggressive Behaviour*. 30 (2); 158-163.
- Salmivalli C, Kaukiainen A. Lagerspetz K (2000) Aggression and sociometric status among peers: Do gender and type of aggression matter. *Scandinavian Journal of Psychology*. 41; 17-24

- Salvo S, Forns M, Vinet EV. (2005). Adolescentes no consultantes en riesgo: Una evaluación a través del MACI. [Non-consulting at-risk adolescents: An assessment using the MACI]. *Anuario de Psicología*. 36; 83–97.
- Sánchez A, Moreira V, Miron L (2011) Sexo, Género y Agresión Análisis de la relación en una muestra de universitarios. *Boletín de Psicología*. 101; 35-50
- Santor DA, Ingram A, Kusumakar V (2003) Influence of executive functioning difficulties on verbal aggression in adolescents: Moderating effects of winning and losing and increasing and decreasing levels of provocation. *Aggressive Behavior*. 29 (6); 475-488.
- Schaffer HR, Crook CK (1978) The role of the mother in early development. En: *Issues in childhood social development*. London: Mc Graw E. Methuen.
- Schechter DS, Willheim E, Hinojosa C, Scholfield-Kleinman K, Turner JB, Mccaw J, Myers MM. (2010). Subjective and objective measures of parent-child relationship dysfunction, child separation distress, and joint attention. *Psychiatry*. 73 (2); 130-144.
- Schober G, Björkqvist K, Somppi S (2009) Identifying a new subcategory of aggression: sex differences in direct non-verbal aggression. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*. 1 (3); 58-70.
- Schuntermann P (2007) The Sibling Experience: Growing Up with a Child Who Has Pervasive Developmental Disorder or Mental Retardation. *Harvard Review of Psychiatry*. 15 (3); 93-108.
- Sendra Sala JM, Isach Perez X (1983) Inteligencia y medio ambiente. Estudio mediante el tests de Raven. *Quaderns de Psicologia*. 11; 7-13.
- Setién ML, Berganza I (2005) Menores extranjeros no acompañados; una movilidad de jóvenes con expectativas de adultos. En Julia Gonzalez Ferreras y María Luisa Setién Eds. *Diversidad migratoria. Distintos protagonistas, diferentes contextos*. (Pp.65-92). Bilbao. Universidad de Déusto.
- Shah PE, Fonagy P, Strathearn L (2010) Is attachment transmitted across generations? The plot thickens. *Clinical Child Psychology Psychiatry*. 15 (3); 329-345.
- Shamseddine W, Rosembaum A, Clarke G , Vitiello B,Dineen K, Birmaher B, Keller MB, Emslie G, Iyengar S, Ryan ND, McCracken J, Porta G, Mayes T, Brent DA (2011) Impact of physical and sexual abuse on treatment response in the Treatment of Resistant Depression in Adolescent Study (TORDIA). *Journal of the American Academy of Child and adolescent Psychiatry*. 50 (3); 293-301.

- Shapiro T, Sherman M, Calamari G, Koch D (1987) Attachment in autism and other developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 26 (4) 480-484
- Shaw DS, Owens EB, Vondra JI, Keenan K, Winslow EB (1996) Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavioural problems. *Development and Psychopathology*. 8; 679-700.
- Shore AN, (1994) *Affect regulation and the origin of the self*. Hillsdale (NJ): L. Erlbaum.
- Siegel A (2005) *The neurobiology of aggression and rage*. Boca Raton FL: CRC Press.
- Siegel A, Roeling TAP, Gregg TR, Kruk MR (1999) Neuropharmacology of brain stimulation evoked aggression. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 23; 359-389.
- Siegel A, Victoroff J (2009) Understanding human aggression: New insights from neuroscience. *International Journal of Law and Psychiatry*. 32; 209-215.
- Siegel L (1992) *Criminology*. Sant Paul Minnesota. West Publishing Company
- Síndic el Defensor de les Persones (2006) *Convivencia i conflictes als Centres educatius. Informe extraordinary*. Barcelona: Sindic de Greuges de Catalunya.
- Síndic el Defensor de les Persones (2011) Acoso escolar. En: *Informe al Parlament 2011* (Pp. 100-101) Barcelona: Sindic de Greuges de Catalunya.
- Slade A (2003) Intersubjectivity and maternal reflective function. *Psychoanalytic Inquiry*. 23; 521-529.
- Slade A (2005) parental reflective functioning: An introduction. *Attachment and Human Development*. 7 (3); 269-281.
- Slade A, Grienberger J, Bernbach E, Levy D, Locker A (2005) Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: a preliminary study. *Attachment and Human Development*. 7(3); 283-98.
- Slade A, Lieberman AF (1997) Affective development during the fourth and fifth years of life. (Pp. 112-121). In: *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry* Volume 1, J. Noshpitz. Editor in Chief, S. Greenspan. S. Wieder & J. Osofsky. New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Slopen N, McLughlin KA, Fox NA, Zeanah CH, Nelson CA (2012) Alterations in neuronal processing and psychopathology in children raised in institutions *Archives Genetic Psychiatry*. 1; 9.

Smetama JC. (1997). Parenting and the development of social knowledge reconceptualized. A social domain analysis. En J.E. Grusec y L.Kuczynski (eds.). *Parenting and children's internalization of values: a handbook of contemporary theory* (Pp. 162-192). New York: John Wiley & Sons, Ltd.

Smith PK (1989). *The Silent Nightmare: Bullying and Victimization in School Peer Groups*. Paper presentado en el Annual Congress British Psychological Society. London.

Smith PK (coord.) (2003): *Violence in Schools: The Response in Europe*. London: Routledge.

Smith PK, Mahdavi J, Carvalho C, Tippett N (2006). *An investigation into cyberbullying, its forms, awareness and impact, and the relationship between age and gender in cyberbullying*. A Report to the Anti-Bullying Alliance. Reserch Report Publisched by DfES (Department for Education and Skills). London.

Smith PK, Sharp S. (1994): *School Bullying: insights and perspectives*. London: Routledge.

Soares I, Dia 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.

Spearman C. (1904)."General intelligence", objectively determined and measured. *American Journal of Psychology*. 15; 201-293.

Spearman C (1923). *The nature of 'intelligence' and the principles of cognition* (2nd Ed.). London: Macmillan.

Spearman C (1927). *The abilities of man*. London: Macmillan.

Spearman C, Jones LW (1950). *Human ability*. London: Macmillan.

Sroufe LA. (1985). Attachment classification from the perspective of infant- caregiver relationships and infant temperament. *Child Development*. 56; 1-14.

Sroufe LA (1988). The role of infant-caregiver attachment in adult development. In J. Belsky and T. Nezworski. *Clinical implications of attachment* (Pp. 18-38). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Sroufe LA. (1997) Psychopathology as outcome of development. *Development and Psychopathology*. 9; 251-268.

Sroufe LA, Egeland B, Carlson ES, Collins WA (2005) *The development of the person: The Minnesota Study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press.

- Sroufe LA, Egeland B, Kreutzer T (1990) The fate of early experience following developmental change: longitudinal approaches to individual adaptation in childhood. *Child Development*. 61; 1363-1373.
- Sroufe LA, Waters B. (1977). Attachment as an organizational construct. *Child Development*. 49; 1184-1199.
- Strack F, Déutsch R (2004) Reflective and Impulsive Determinants of Social Behavior. *Personality and Social Psychology Review*. 8 (3); 220–247.
- Strathearn L, Iyengar U, Fonagy P, Kim S (2012) Maternal oxytocin response during mother infant interaction: associations with adult temperament. *Hormones and Behavior*. 61 (3); 429-435.
- Strathearns L, Li J, Fonagy P, Montague PR (2008). What's in a smile? Maternal brain responses to infant facial cues. *Paediatrics*. 122(1); 40-51.
- Steele H. (1991). *Adult personality characteristics and family functioning: The development and validation of an interview-based technique*. Unpublished doctoral dissertation. London: University of London.
- Steele H, Hodges J, Kaniuk J, Steele H, D'agostino D, Blom I, Hillman S, Henderson K, (2007). Intervening with maltreated children and their adoptive families: identifying attachmentfacilitative behaviours. In: *Attachment theory in clinical work in children*. Eds. Oppenheim, D., and Goldsmith, D.F. New York: The Guilford Press.
- Steele H, Siever L (2010) An attachment perspective on borderline personaliy disorder: advances in gene-environment considerations. *Current Psychiatry Reports*. 12 (1); 61-67.
- Steele H, Steele M (2005).The construct of coherence as an indicator of attachment security in middle childhood: The Friends and Family Interview In K.Kerns and R. Richardson (Eds) *Attachment in middle childhood* (Pp 137-160) New York: Guilford Press.
- Steele H, Steele M, Croft, C., Fonagy, P. (1999). Infant-Mother Attachment at One Year predicts Children's Understanding of Mixed Emotions at Six Years. *Social Development*. 8; 161-177.
- Steele H, Steele M, Fonagy P. (1996). Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants: Evidence for a relationship-specific perspective. *Child Development*. 67; 541-555.
- Steele H, Steele M, Kriss A (2009) *The Friends and Family Interview (FFI) Coding Guidelines Center for Attachment Research, New School for Social Research.*

Draft 3.1: 7/29/09 London: Unpublished manuscript, all queries to:
steeleh@newschool.edu

Steele M, Hodges J, Kaniuk J, Steele H, Hillman S, Asquith K. (2008). Forecasting outcomes in previously maltreated children: The use of the AAI in a longitudinal adoption study. In: *Clinical Applications of the Adult Attachment Interview* (Eds. Steele H. & Steele M.). New York: The Guilford Press.

Steele M, Hodges J, Kaniuk J, Henderson K, Hillman S, Bennett P. (1999). *The use of story stem narratives in assessing the inner world of the child: Implications for adoptive placements. Assessment Preparation and Support*, London: British Agencies for adoption and Fostering Press.

Steele M, Hodges J, Kaniuk J, Steele H, D'agostino D, Blom I, Hillman S, Henderson K. (2007). Intervening with maltreated children and their adoptive families: identifying attachmentfacilitative behaviours. In: *Attachment theory in clinical work in children*. Eds. Oppenheim, D., and Goldsmith, D.F. New York: The Guilford Press.

Steele M, Hodges J, Kaniuk J, Steele H, D'agostino D, Blom I, Hillman S, Henderson K. (2007). Intervening with maltreated children and their adoptive families: identifying attachmentfacilitative behaviours. In: *Attachment theory in clinical work in children*. Eds. Oppenheim, D., and Goldsmith, D.F. New York: The Guilford Press.

Steele M, Hodges J, Kaniuk J, Hillman S, Henderson K. (2003). Attachment Representations and Adoption: associations between maternal states of mind and emotion narratives in previously maltreated children. *Journal of Child Psychotherapy*. 29 (2); 187-205.

Steele M, Steele H, Woolgar M, Yabsley S. Johnson D, Fonagy P, Croft C. (2003). An attachment perspective on children's emotion narratives: Links across generations. In R. Emde, D. Wolf, and D. Oppenheim (Eds). *Revealing the Inner Worlds of Young Children* (Pp. 163-181). Oxford: Oxford University Press.

Stefurak T, Calhoun GB Glaser BA. (2004). Personality typologies of male juvenile offenders using a cluster analysis of the Millon Adolescent Clinical Inventory. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. 48; 96-110.

Stern D (1997) *La constelación materna*. Barcelona: Editorial Paidós.

Sternberg KJ, Baradaran LP, Abbott GB, Lamb ME, Guterman E (2006) Type of violence, age and gender differences in the effects of family violence on children's behavior problems: a mega-analysis. *Developmental Review*. 26 (1); 89-112.

Suchman NE, DeCoste C, Leigh D, Borelli J (2010) Reflective functioning in mothers with drug use disorders; implications for dyadic interactions with infants and toddlers. *Attachment and Human Development*. 12 (6); 567-585.

Suess GJ, Grossmann K, Sroufe LA. (1992). Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaptation in preschool: From dyadic to individual organisation of self. *International Journal of Behavioral Development*. 15; 43-65.

Tackett JL, Waldman ID, Lahey BB. (2009) Etiology and measurement of relational aggression: A multi-informant behavior genetic investigation. *Journal of Abnormal Psychology*. 118 (4); 722-733.

Tapper K, Boulton M. (2000) Social representations of physical, Verbal and Indirect aggression in children: sex and age differences. *Aggressive Behavior*. 26 (6); 442-454.

Thomson RA (2000) The legacy of early attachment. *Child Development*. 71 (1); 145-152.

Tello C (1996) *Trastorns del comportament a l'adolescència: lloc de la família*. Ponencia presentada en las: III Jornades sobre l'adolescència i les seves crisis . UCA (Unitat de Crisis d'Adolescents) de Sant Boi (Barcelona).

Tello C (1998) Els trastorns del comportament, un TMS (Trastorn Mental Sever) oblidat? *ACSAM*. 5; 8.

Tello C (2001) “Analysis of the Difficulties in Therapeutic Approach to Sexual Aggressors of Under 18 Years of Age”. *Aggressive Behaviour*. 7 (3); 165-166.

Tello C, Domenech A. (2002) *Estudio de las características de las conductas agresivas de tipo: físico, verbal e indirecto, en adolescentes (12-16 años) con antecedentes de maltratos, negligencias y/o abusos sexuales*. Trabajo de investigación presentado en el Curso de doctorado del Departamento de Psicología Social y de la Salud de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Tello C, Domenech A. (2003) Poster: *“A study of the characteristics of aggressive behaviour of the physical, verbal and indirect type in adolescents (aged 12-16) with a history of abuse, negligence and/or sexual abuse”* presentado en la XI European Conference on Development Psychology. Milan (Italia).

Tello C, Jimenez MJ. (1998). *Violence envers les enfants et conséquences envers les enfants et conséquences sur l'évolution ultérieure de ceux-ci. Prise en charge dès le réseau public de la santé mentale en Catalogne des troubles de comportement chez les enfants et les jeunes*. Ponencia presentada en el: IIIème. Colloque euroregional a la violence et l'enfant. Font Romeu (Francia).

Tello C, Miranda A, Longan E. (1998) Abordaje del abuso sexual a niños y adolescentes atendidos en el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil de Lleida (CSMIJ) de Lleida. Comunicación presentada en el: 2º Congreso Europeo de Psicopatología del Niño y el Adolescente. Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent (DEPEA) Sevilla.

Tello C, Samper I. (2000) Commorbilité échec scolaire et troubles du comportement, un nouveau défi pour les Centres de Santé Mentale Infantile et Juvénile (CSMIJ) de Lleida. Ponencia presentada en el: Congres European En Sante Mentale Au Troiseme Millenaire "Vers de Nouvelles Practiques de Soins "Clermont -Ferrant (Francia).

Tello C. Pedra A. Samper I, Miranda A, Longan E. (2001) Impacto de las toxicomanias parentales en los malos tratos. Comunicación presentada en el: III Congreso Europeo de Psicopatología del Niño y del Adolescente. Association Européenne de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent (DEPEA), Liboa (Portugal) 31 mayo-2 junio 2001 (Trabajo citado en: "Document de support Estudi N°1 : La qualitat de vida dels usuaris dels programmes de metadona" (2002) Director de la investigació Alonso Varea, JM. Barcelona: Generalitat de Catalunya Departament de Benestar i Familia (Pp. 6-51-52-56-207).

Tió J. (2006). Salud Mental y Justicia Juvenil, en La Continuidad de Cuidados y el Trabajo en Red en Salud mental. Estudios. 35; 303-326.

Tió J. (2011). La problemática de la vinculación en un programa de atención en Salud Mental a adolescentes provenientes de Justicia juvenil. Madrid: Ed. Psimática.

Toldos MP. (2006). Sex and age difference in self-estimated physical, verbal, and indirect aggression in Spanish adolescents. Aggressive Behavior. 31; 13-2.

Torregrosa MS, Inglés CJ, Estévez-López E, Musitu G, García-Fernández JM. (2011) Evaluación de la conducta violenta en la adolescencia: Revisión de cuestionarios, inventarios y escalas en población española Aula Abierta. 39 (1): 37-50.

Torres E, Cuesta M (1992) La revisión de las propiedades psicométricas del Test de Matrices Progresivas de Raven (Escala superior) Psicothema. 4 (1); 261-267.

Torrubia R, Dova E (Coordinadores) Bonillo A, Molinonuevo B, Pardo Y, Pérez C (2009) Familia i educación a Catalunya. Barcelona. Fundación Jaume Bofill. Publicacions Digitals 5

Tremblay RE (2000) The development of aggressive behavior during childhood: What have we learned in the past century? Journal of Behavioral Development. 24 (2); 129-141.

- Tronick E. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*. 44(2); 112–119.
- Tronick E, Cohn J. (1989). Infant–mother face-to-face interaction: Age and gender differences in coordination and miscoordination. *Child Development*. 59; 85–92.
- Underwood MK, Beron KJ, Rosen LH (2009) Continuity and change in social and physical aggression from middle childhood through early adolescence. *Aggressive Behaviour*. 35 (5); 357-375.
- Vaillancourt T. (2005). Indirect aggression among humans: Social construct or evolutionary adaptation? In R.E. Tremblay, W.H. Hartup, and J. Archer (eds.), *Developmental origins of aggression* (Pp. 158-177). New York: Guilford Press.
- Vaillancourt T, Brendgen M, Boivin M, Tremblay RE (2003) A longitudinal confirmatory factor analysis of indirect and physical aggression: evidence of two factors over time?. *Child Development*. 74 (6); 1628-1638.
- Vaillancourt T, Hymel S. (2004). The social context of children aggression. In M. Moretti, M. Jackson, and C. Odgers (Eds.), *Girls and aggression: Contributing factors and intervention principles*. (Pp.57-74) New York: Kluwer Academic publishers.
- Vaillancourt T, Hymel S (2006) Aggression and social status: The moderating roles of sex and peer-valued characteristics. *Aggressive Behavior*. 32; 396–408.
- Vaillancourt T, Miller JL, Fagbemi J, Côté S, Tremblay RE (2007). Trajectories and predictors of indirect aggression: Results from a nationally representative longitudinal study of Canadian children aged 2–10. *Aggressive Behavior*. 33 (4); 314–326.
- Valles NL, Knutson JF (2008) Contingent responses of mother and peers to indirect and direct aggression in preschool and school aged children. *Aggressive Behaviour*. 34 (5); 497-510.
- Van der Horts FC, Van der Veer R (2009) Separation and divergence: the untold story of James Robertson's and John Bowlby's theoretical dispute on mother-child separation. *Journal of the History of Behavioural Sciences*. 45 (3); 236-252.
- Van IJzendoorn MH. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*. 117; 387-403.
- Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ, Sagi-Schwartz A. (2007) “Attachment across diverse socio cultural contexts: the limits of universality” en Rubin, K. (ed.) *Parental Beliefs, Parenting and Child Development in Cross-Cultural Perspective*, Londres: Psychology Press.

- Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. (2010). Invariance of adult attachment across gender, age, culture, and socioeconomic status? *Journal of Social and Personal Relationships*. 27; 200-208.
- Van IJzendoorn MH, Dijkstra J, Bus AG (1995). Attachment, intelligence and language: a meta-analysis. *Social Development* 4(2) 115-129
- Van IJzendoorn MH, Euser EM, Prinzie P, Buffer F, Bakermans-Kranenburg MJ (2008) Elevate risk of child maltreatment in families with stepparents but not with adoptive. *Child Maltreatment*. 14; 369-375
- Van IJzendoorn MH, Juffer F, Duyvesten MGC (1995) Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 36; 225-248.
- Van IJzendoorn MH, Kroonenberg PM. (1988) "Cross-cultural patterns of attachment: a metaanalysis of the Strange Situation", *Child Development*. 59; 147–56.
- Van Rosmalen L, Van der Hrots FCP, Vander Veer R (2012) Of monkeys and men: Spits and Harlow on the consequences of maternal deprivation. *Attachment and Human Development*. 14 (4); 425-437
- Vanistendael, S. (1994). *La resiliencia: un concepto largo tiempo ignorado*. Ginebra, Suiza: BICE (International Catholic Child Bureau)
- Van Nieuwenhuijzen M, De Castro Bo, Van Der Valk I, Wijnroks L, Vermeer A, Matthys W. (2006), Do social information-processing models explain aggressive behaviour by children with mild intellectual disabilities in residential care?. *Journal of Intellectual Disability Research*. 50; 801–812.
- Vargas Rueda A, Chaskel R (2007) Neurobiología del apego". *Avances en Psiquiatría Biológica*. 8; 43-56.
- Varea JM, Val A (2003) Programas de Metadona y calidad de vida, aspectos laborales y familiares. *Revista de treball Social*. 170; 6-40.
- Vieira M, Fernandez I, Quevedo G. (1989) Violence, bullying and counselling in the Iberian Peninsula. (Pp. 35-52) En E. Roland y E. Munthe (Eds.) *Bullying: An International Perspective*. Londres: David Fulton.
- Vigil-Colet A, Morales-Vives F. (2005). How impulsivity is related to intelligence and academic achievement. *The Spanish Journal of Psychology*. 8; 199–204.
- Vigil-Colet A, Morales-Vives F, Tous J. (2008). The Relationships between Functional and Dysfunctional Impulsivity and Aggression across Different Samples. *Spanish Journal of Psychology*. 11; 480-487 .

- Vinet E, Alarcón P. (2003a). El Inventory Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) en la evaluación de adolescentes chilenos. *Psykhe*. 1(1); 39-55.
- Vinet E, Forns M (2006) El inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI) y su capacidad para discriminar entre población general y clínica. *Psykhe*. 15 (2); 69-80.
- Vinet E, Forns M (2008) normas chilenas para el MACI: una integración de criterios categoriales y dimensionales, *Terapia Psicologica*. 26 (2); 151-163.
- Vinet E, González ME, Alarcón P. (2002). *MACI in Chile: A study with two groups presenting psychological problems*. Trabajo presentado en The Ninth Annual Millon Clinical Inventories Conference. Minneapolis. USA.
- Vinet E, Lucio ME. (2005). Aplicabilidad de las normas mexicanas y estadounidenses del MMPI-A en la evaluación de adolescentes chilenos. *Revista Mexicana de Psicología*. 22 (2); 519-528.
- Vinet E, Salvo S, Forns M. (2005). Adolescentes no-consultantes en riesgo: Una evaluación a través del MACI. *Anuario de Psicología*. 36 (1); 83-97.
- Vorria P, Papaligoura Z, Dunn J, Van IJzendoorn MH, Steele H, Kontopoulou A, Sarafidou Y (2003) Early experiences and attachment relationships of Greek infants in residential group care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 44 (8); 1208–1220.
- Vrticka P, Sander D, Vuilleumier P (2011) Effects of emotion regulation strategy on brain responses to the valence and social content of visual scenes. *Neuropsychology*. 49 (5); 1067-1082.
- Vrticka P, Sander D, Vuilleumier P (2012b) Influence of adult attachment style on the perception of social and non social emotional scenes. *Journal of Social and Personal Relationships*. 19 (4); 437-441.
- Wasserman AH. (2001). Exploring normal adolescent sex offenders: Investigating moral rigidity. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. 61 (11-B); 6122.
- Well K (2009) Substance Abuse and Chile Maltreatment. *Pediatric Clinical North America*. 56; 345-362
- Werner E, Smith R. (1982). *Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth*. Nueva York: McGraw Hill
- Werner E. (1989). "High-Risk Children in Young Adulthood: A Longitudinal Study from Birth to 32 Years." *American Journal of Orthopsychiatry*. 59 (1); 79-81.

Werner E. (1993). "Protective Factors and Individual Resilience." En Meisels S. y Shonkoff J. (Eds.). *Handbook of Early Childhood Intervention* (1993). Nueva York: Cambridge University Press.

Westphal E. (2007) *Development of a projective technique to assess experience of attachment in middle childhood: a pilot study*. Thesis Doctor of Clinical Psychology. Victoria University. Melbourne (Australia).

Whiting B, Edwards CP. (1973). Cross-cultural analysis of sex differences in the behaviour of children aged three to eleven. *Journal of Social Psychology*. 91; 171-188.

Whitney I, Smith P. (1993). A survey of the nature and extent of bullying in junior/middle and secondary schools. *Educational Research*. 35; 3-25.

Xie H, Cairns RB, Cairns BD. (2002). The development of social aggression and physical aggression: a narrative analysis of interpersonal conflicts. *Aggressive Behavior*. 28; 341-35.

Xie HL, Drabick DAG, Chen DAE (2011) Developmental trajectories of aggression from late childhood through adolescence: similarities and differences across gender. *Aggressive behaviour*. 37 (5); 387-404.

Ybarra, G. J., Wilkens, S. L., Lieberman, A. F. (2007). The influence of domestic violence on preschooler behavior and functioning. *Journal of Family Violence*. 22 (1); 33 - 42.

Zainuddin R, Taluja TH. (1990). Aggression and locus of control among undergraduate students. *Journal of Personality and Clinical Studies*. 6; 211-215.

Zeanah CH, Smyke AT, Koga SF, Carlson E, (2005) Bucharest Early Intervention Project Core Group. Attachment in institutionalized and community children. *Romania. Child Development*. 76(5); 1015-1028.

Zhang X, Li T, Zhou X (2008) Brain responses to facial expressions by adults with different attachment orientations *Neuroreport*. 19 (49); 437-441.

12.- ANEXOS

Anexo Nº 1 Comité de Ética y de Investigación Clínica (CEIC) de Sant Joan de Déu



INFORME DEL COMITE ETICO DE INVESTIGACION CLINICA

Don Jesús Pineda Sánchez, Secretario del Comité Ético de Investigación Clínica
Fundació Sant Joan de Déu Esplugues de Llobregat (Barcelona)

CERTIFICA

Que en la reunión del Comité Ético de Investigación Clínica de la Fundació Sant Joan de Déu celebrada el día 28 de mayo de 2009 se valoró la realización de la tesis doctoral titulada "Relación entre la función reflexiva y el desarrollo de conductas agresivas en una población de menores (11 a 18 años) con antecedentes de maltrato, negligencia y/o abuso sexual" de la Dra. Carmen Tello Casany y se informó favorablemente.

Lo que firmo en Esplugues de Llobregat (Barcelona), a 4 de junio de dos mil nueve.

Firmado:

Don Jesus Pineda Sánchez
Secretario CEIC Fundación SJD

Espacio reservado para firma

Recerca, Docència, Innovació, Ciència i Societat

Edifici Occent Sant Joan de Déu
Santa Rosa, 39-57, 4a planta
08950 Esplugues de Llobregat / Barcelona
Telèfon 93 600 97 51 - Fax 93 600 97 71
e-mail: rjpd@sjdca.org
www.sjd.org



Anexo Nº 2 Carta a la DGAIA para solicitar que se autorice la investigación en los CRAE

Sr/a Dolors Camí
Cap de Secció d'Atenció a la Infància i a l'Adolescència (DGAIA)
Generalitat de Catalunya

Lleida

Senyor:/a

L'any 2001 vaig fer el DEA sobre: "Estudio de las características de las conductas agresivas de tipo: físico, verbal e indirecto, en adolescentes (12-16años) con antecedentes de maltratos, negligencias y/o abusos sexuales " en el que van participar els CRAES de Lleida. Actualment estic fent el projecte de tesis doctoral a l'Universitat de Lleida sobre: "Relación entre la FR y el desarrollo de conductas agresivas en una población de menores (11 a 18 años) con antecedentes de maltrato, negligencia y/o abuso sexual" ('adjunto un resum de la mateixa), dirigida pel Dr.Piferre cap de Server de Psiquiatria de l'Hospital Santa Maria de Lleida i la Dra. Pinto de la Unitat de Recerca de San Joan de Déu Serveis de Salut Mental, i amb el recolzament del Dr. Kaj Bjorkqvist de l'Universitat Vasa de Finlandia i el Dr. H.Steele , Ph. D. Associate Professor of Psychology New School for Social Research, (New York - USA).,

La finalitat de la investigació es comprovar si la variable Funció Reflexiva es un factor de protecció per evitar el desenvolupament de conductes violentes en una població amb antecedents socio-familiars de risc, atesa en els CRAEs de Lleida.

El motiu d'adreçar-me a vostè es per demanar-li permís per poder passar els protocols de la investigació (preservant l'anonymat i el secret professional) als menors dels CRAEs de Lleida.

Esperant les seves notícies, rebi les meves cordials salutacions

Sra. Carme Tello i Casany
Psicologa Clínica
Responsable Formació, docencia i recerca
Sant Joan de Déu Lleida Serveis de Salud Mental
Col. Nº 15

Anexo Nº 3 Documento de compromiso DGAIA**DOCUMENT DE COMPROMÍS**

Dins dels objectius de la Secretaria d'Infància i Adolescència del Departament d'Acció Social i Ciutadania, està el de promoure i/o facilitar investigacions que permetin actualitzar l'anàlisi de necessitats en l'àmbit de la infància i adolescència per millorar la nostra intervenció quotidiana, i ens facilitin la elaboració de polítiques preventives a mig i llarg plac.

En aquest sentit, s'ha resolt donar autorització a utilitzar les dades recollides amb anterioritat per al Projecte de tesi Doctoral “*Relación entre la función reflexiva y el desarrollo de las conductas agresivas en una población de menores (11 a 18 años) con antecedentes de maltrato, negligencia y/o abuso sexual*” de la Sra. Carme Tello i Casany.

La senyora TELLO s'assabenta que aquest suport /o col·laboració a la recerca/investigació no constitueix cap dret amb aquesta Secretaria.

I es compromet a:

- 1.- Complir el definit a la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal pel que respecte als infants i adolescents tutelats i les seves famílies.
- 2.- Dur a terme efectivament l'estudi proposat i lliurar una còpia en català a la Secretaria d'Infància i Adolescència d'acord amb les condicions fixades en aquest compromís.
- 3.- Donar compte a la Secretaria d'Infància i Adolescència dels progressos en l'elaboració del treball, de les seves principals incidències i del compliment dels terminis previstos. El seguiment es realitzarà a través de la Sra. Dolors Camí i Solé, Cap del Servei Territorial d'Infància i Adolescència de Lleida.
- 4.- Seguir les directrius de la Secretaria pel que fa a les coordinacions amb els professionals, Serveis i/o Unitats implicades.
- 5.- L'propietat intel·lectual del treball serà del/la seu/va autor/a. I farà constar que el treball ha rebut, per a la seva realització, el suport tècnic de la Secretaria d'Infància i Adolescència com a organisme dependent del Departament d'Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya.
En cas de publicació lliurà gratuïtament tres exemplars que seran dipositats al Fons Documental. I es farà divulgació pública a través de la seva presentació des de la Secretaria d'Infància i Adolescència.

6.- Acomplir els compromisos d'aquest document

La Secretaria podrà suspendre o deixar sense efecte aquest ajut tècnic si creu que el treball en execució no s'ajusta al projecte aprovat o en cas que no es compleixin els acords adquirits.

La Secretaria es reserva el dret a resoldre tots els dubtes i les incidències que puguin sorgir en el desenvolupament del present treball, en tot allò que no s'hagi previst en aquest document.

I perquè consti i com a prova de conformitat i acceptació, signo el present document per duplicat al seu únic efecte, a Barcelona, .

Signat: Autor/a  Araceli Lázaro Aparicio	Conforme Analista de programes
Vist i plau Secretària d'Infància i Adolescència	
Imma Pérez i Rovira	

Condicions generals de la col·laboració.

- Els centres i/o espais de convivència dels nens/es i adolescents ha de ser considerats com a vida **privada**, i per tant, s'evitaran les incursions professionals que no siguin les dels seus adults de referència.
- No es pot consultat documentació dels nens als centres, i cal una autorització explícita de la DGAIA per accedir a documentació d'expedients.
- Les entrevistes amb professionals de la Xarxa de Serveis finançats per la Secretaria d'Infància i Adolescència es seleccionaran amb coneixement del corresponent responsable (DGAIA/ ICAA/ Àrea de Suport als Joves...)
- Les dades que es facilitaran seran les dades contrastades i publicades de la Unitat corresponent.

Anexo Nº 4 Consentimiento informado al Director-a CRAE y tutor del menor

CONSENTIMENT INFORMAT

CRAE _____

DIRECTOR : _____

Lleida, a de del 20____

El Sr. /Sra _____ amb DNI _____ declara que se li ha sol·licitat permís perquè el menor _____ particisi en l'estudi d'investigació "Relació entre la FR y el desenvolupament de conductes agresives en una població de menors (12 a 18 anys) con antecedents de maltractat, negligència i/o abús sexual"

Declaro que he estat informat de l'estudi, dels propòsits del mateix i de la metodologia que es va a utilitzar per a portar-lo a terme.

La participació del menor en aquest estudi, consistirà en: Perfil socio-familiar, Perfil rendiment acadèmic (recol·lida feta amb el seu tutor), RAVEN, (Matrices Progresivas), de passi individual, MACI, (Inventari Clínic de Millon para Adolescentes) y DIAS (Direct and Indirect Aggression) de passi col·lectiu y FFI (Friends and Family Interview) entrevista gravada en àudio.

La informació que ens faciliti serà completament CONFIDENCIAL y la seva col·laboració és totalment voluntària.

Les dades recollides per a aquest estudi estan dintre d'un marc de confidencialitat i solament seran utilitzats a l'efecte d'investigació.

Les dades es tractaran de manera grupal, i en cap cas s'utilitzaran els resultats individuals per altres fins més enllà de l'estudi.

Després de ser informat del que es va a estudiar, consisteix en que el menor _____ particisi en aquesta investigació

Signa director/a CRAE

Anexo Nº 5 Consentimiento informado del menor del CRAE

**CONSENTIMENT INFORMAT
(Menor)**

NOM.....

COGNOMS.....

CRAE.....

Lleida a de del 20.....

Declaro que he estat informat de l'estudi d'investigació "Relación entre la FR y el desarrollo de conductas agresivas en una población de menores (12 a 18 años) con antecedentes de maltrato, negligencia i/o abuso sexual", , dels propòsits del mateix i de la metodologia que es va a utilitzar per a portar-lo a terme.

La meva participació en aquest estudi, consistirà en: Perfil socio-familiar, Perfil rendiment acadèmic (recollida feta amb el seu tutor), RAVEN, (Matrices Progresivas), de passi individual, MACI, (Inventario Clínico de Millon para Adolescentes) y DIAS (Direct and Indirect Agresión) de passi col·lectiu y FFI (Friends and Family Interview) entrevista gravada en àudio.

La informació que faciliti serà completament CONFIDENCIAL y la meva col·laboració és totalment voluntària.

Les dades recollides per a aquest estudi estan dintre d'un marc de confidencialitat i solament seran utilitzats a l'efecte d'investigació.

Després de ser informat del que es va a estudiar, consisteixo en participar en aquesta investigació

Signatura de.....

Anexo Nº 6 Carta al Director de los Servicios Territoriales de Educación de Lleida para solicitar que autorice la investigación en el IES Torre Vicens

Sr. Antoni Lopez
Director dels Serveis territorials d'Educació a Lleida
Generalitat de Catalunya

Lleida 19 de juliol del 2010

Senyor:

L'any 2001 vaig fer el DEA sobre: "Estudio de las características de las conductas agresivas de tipo: físico, verbal e indirecto, en adolescentes (12-16años) con antecedentes de maltratos, negligencias y/o abusos sexuales " en el que van participar els CRAES de Lleida. Actualment estic fent el projecte de tesis doctoral a l'Universitat de Lleida sobre: "Relación entre la FR y el desarrollo de conductas agresivas en una población de menores (11 a 18 años) con antecedentes de maltrato, negligencia y/o abuso sexual" ('adjunto un resum de la mateixa), dirigida pel Dr.Piferre cap de Server de Psiquiatria de l'Hospital Santa Maria de Lleida i la Dra. Pinto de la Unitat de Recerca de San Joan de Déu Serveis de Salut Mental, i amb el recolzament del Dr. Kaj Bjorkqvist de l'Universitat Vasa de Finlàndia i el Dr. H. Steele , Ph. D. Associate Professor of Psychology New School for Social Research, (New York - USA).

La finalitat de la investigació es comprobar si la variable Funció Reflexiva es un factor de protección per evitar el desenvolupament de conductes vioentes en una població amb antecedents socio – familiars de risc, atesa en els CRAE de Lleida.

El motiu d'adreçar-me a vostè es per demanar-li permís per poder passar els protocols de la investigació (preservant l'anonimat i el secret professional) com a grup control, a 50 menors del IES Torres Vicens de Lleida.

Hem tingut una reunió el dia 14-07-10 amb el Director del IES Torre Vicens Sr. Andreu Sobrevia Claveria hi esta d'acord en que es pugui fer aquesta investigació. També ens hem posat en contacte amb el Sr. Xavier Olivart i la Sra. Pilar Atienza de l'EAP-01

Esperant les seves notícies, rebi les meves cordials salutacions

Sra. Carme Tello i Casany
Psicòloga Clínica
Col. Nº 15
Responsable Formació, docència i recerca
Sant Joan de Déu Lleida Serveis de Salut Mental

Anexo Nº 7 Carta al Director del IES Torre Vicens para solicitar que se autorice la investigación

Sr/a.....

Lleida

Senyor:/a

L'any 2001 vaig fer el DEA sobre: "Estudio de las características de las conductas agresivas de tipo: físico, verbal e indirecto, en adolescentes (12-16años) con antecedentes de maltratos, negligencias y/o abusos sexuales " en el que van participar els CRAES de Lleida. Actualment estic fent el projecte de tesis doctoral a l'Universitat de Lleida sobre: "Relación entre la FR y el desarrollo de conductas agresivas en una población de menores (11 a 18 años) con antecedentes de maltrato, negligencia y/o abuso sexual" ('adjunto un resum de la mateixa), dirigida pel Dr.Piferre cap de Server de Psiquiatria de l'Hospital Santa Maria de Lleida i la Dra. Pinto de la Unitat de Recerca de San Joan de Déu Serveis de Salut Mental, i amb el recolzament del Dr. Kaj Bjorkqvist de l'Universitat Vasa de Finlàndia i el Dr. H. Steele , Ph. D. Associate Professor of Psychology New School for Social Research, (New York - USA)., La finalitat de la investigació es comprovar si la variable Funció Reflexiva es un factor de protecció per evitar el desenvolupament de conductes violentes en una població amb antecedents socio-familiars de risc, atesa en els CRAEs de Lleida.

El motiu d'adreçar-me a vostè es per demanar-li permís per poder passar els protocols de la investigació (preservant l'anonimat i el secret professional) als menors del IES Torre Vicens

Esperant les seves notícies, rebi les meves cordials salutacions

Sra. Carme Tello i Casany
Psicòloga Clínica
Responsable Formació, docència i recerca
Sant Joan de Déu Lleida Serveis de Salut Mental
Col. Nº 15

Anexo Nº 8 autorización de los Servicios territoriales de Educación de Lleida



Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació
Serveis Territorials a Lleida

Sra. Carme Tello i Casany
Responsable Formació,
docència i recerca
Sant Joan de Deu Lleida
Serveis de Salut Mental
C/ Bisbe Torres, 2
25002 Lleida

Generalitat de Catalunya
Departament d'Educació
Serveis Territorials a Lleida

006676 14.09.10 09:40

Núm. Data Hora
Registre de Sortida 0206

Senyora,

En resposta a la seva petició de poder passar els protocols de la investigació de la seva tesis doctoral "Relación entre la función reflexiva y el desarrollo de conductas agresivas en una población de menores (11 a 18 años) con antecedentes de maltrato, negligencia y/o abuso sexual", a 50 menors de l'Institut Torrevicens de Lleida, us autoritzo a realitzar aquesta activitat d'investigació en l'esmentat centre.

Atentament,


Antonio López López
Director dels Serveis Territorials d'Educació

Lleida, 10 de setembre de 2010

ALL/XAP/afa
Secretaria del director dels Serveis Territorials
Assumpte: autorització

Pica d'Estats, 2
25006 Lleida

Tel. 973 27 99 99
Fax 973 27 99 97

www.gencat.net/educacio

Anexo Nº 9 Consentimiento informado de los padres o tutores del menor

CONSENTIMENT INFORMAT
(Pare – Mare – Tutor)

MENOR.....

PARE / MARE / TUTOR.....

Lleida a de del 20.....

El Sr. /Sra..... amb DNI declara que se li ha sol·licitat permís perquè el menor..... participi en l'estudi d'investigació "Relación entre la FR y el desarrollo de conductas agresivas en una población de menores (12 a 18 años) con antecedentes de maltrato, negligencia i/o abuso sexual"

Declaro que he estat informat de l'estudi, dels propòsits del mateix i de la metodologia que es va a utilitzar per a portar-lo a terme.

La participació del menor en aquest estudi, consistirà en: Perfil socio-familiar, (recol·lida feta amb el seu tutor), RAVEN, (Matrices Progresivas), de passi individual, MACI, (Inventario Clínico de Millon para Adolescentes) y DIAS (Direct and Indirect Agresión) de passi col·lectiu y FFI (Friends and Family Interview) entrevista gravada en àudio.

La informació que ens faciliti serà completament CONFIDENCIAL y la seva col·laboració és totalment voluntària.

Les dades recollides per a aquest estudi estan dintre d'un marc de confidencialitat i solament seran utilitzats a l'efecte d'investigació.

Les dades es tractaran de manera grupal, i en cap cas s'utilitzaran els resultats individuals per altres fins més enllà de l'estudi.

Després de ser informat del que es va a estudiar, consisteix en que el menor participi en aquesta investigació

Sugna Pare / Mare / Tutor

Anexo Nº 10 Consentimiento informado del menor

CONSENTIMENT INFORMAT
(Menor)

NOM.....

COGNOMS.....

Lleida a..... de..... del 20.....

Declaro que he estat informat de l'estudi d'investigació "Relación entre la FR y el desarrollo de conductas agresivas en una población de menores (12 a 18 años) con antecedentes de maltrato, negligencia i/o abuso sexual", , dels propòsits del mateix i de la metodologia que es va a utilitzar per a portar-lo a terme.

La meva participació en aquest estudi, consistirà en: Perfil socio-familiar, (recol·lida feta amb el seu tutor), RAVEN, (Matrices Progresivas), de passi individual, MACI, (Inventario Clínico de Millon para Adolescentes) y DIAS (Direct and Indirect Agresión) de passi col·lectiu y FFI (Friends and Family Interview) entrevista gravada en àudio.

La informació que faciliti serà completament CONFIDENCIAL y la meva col·laboració és totalment voluntària.

Les dades recollides per a aquest estudi estan dintre d'un marc de confidencialitat i solament seran utilitzats a l'efecte d'investigació.

Després de ser informat del que es va a estudiar, consisteix en participar en aquesta investigació

Signatura de

Anexo nº 11 Perfil socio-familiar del menor

SUJETO Nº.....EDAD.....FECHA ACIMIENTO.....
 SEXO.....INSTITUCIÓN.....

SITUACIÓN ESCOLAR Y/O LABORAL ACTUAL(marcar 1)		Si	NO
Estudiante			
Trabajando de manera remunerada			
En el paro			
Cobrando algún tipo de ayuda o pensión, no trabaja			
De baja ILT/maternal			
Otros (indicar)			
ANTECEDENTES ESCOLARES		Si	NO
Sin escolarización			
Repite curso			
Escuela Especial			
Aulas Taller			
MOTIVO INGRESO CRAE		Si	NO
Abandono			
Renuncia			
Negligencia			
Maltrato			
Abuso sexual			
PROCEDENCIA AL INGRESO CRAE		Si	NO
Familia biológica			
Familia extensa			
Familia de acogida			
Familia adoptiva			
Centro de acogida			
Otro CRAE			
Sin papeles			
TIPO DE FAMILIA DE ORIGEN		Si	NO
Tradicional ambos padres			
Monoparental			
Familia extensa ni padre ni madre			
ORIGEN DE LA FAMILIA		Indicar país	
Catalana			
Resto España			
Asiática			
Africana			
Europea			
Norteamericana			
Sudamérica y Centroamericana			

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	MADRE		PADRE	
	Si	No	Si	No
Sin antecedentes				
Enfermedad somática grave (indicar cuál)				
Problemas psiquiátrico (indicar cuál)				
Toxicomanías (indicar cuál)				
ANTECEDENTES PATOLOGICOS del menor	Indicar cual		Si	No
Sin antecedentes				
Enfermedad somática grave				
Trastorno psiquiátrico				
Trastorno de la personalidad				
Toxicomanías				
Déficit cognitivo				
Actualmente tratamiento en CSMIJ				
PROBLEMAS CONDUCTUALES del menor	Si	NO		
Fugas				
Delincuencia				
Prostitución				
Actos vandálicos				
Agresiones a otros menores				
Sin problemas				

Anexo nº 12 Autorización para el uso de la Friends and Family Interview



Sub-Department of Clinical Health Psychology
UNIVERSITY COLLEGE LONDON
GOWER STREET LONDON WC1E 6BT

Howard Steele, PhD
Senior Lecturer in Psychology
Director, Attachment Research Unit
Affiliate Student Tutor for Psychology
UCL: 020-7679-5941
Code from overseas: +44 20
Fax: 020-7916-1989
E-mail: h.steele@ucl.ac.uk

June 24, 2004

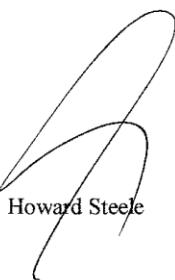
To Whom It May Concern:

I confirm that I am supervising the project detailed below by **CARME TELLO**, c/Sant Marius 22 3º2º, 08022 Barcelona, Spain.

TITLE: Reflective functioning: a protective factor of aggressive behaviour

SUMMARY (Project's Objectives and Methodology):

The aim is to investigate if the variable 'reflective functioning' is a protective factor in the prevention of violent behaviour to develop in a population with precursors of socio-familial risk (attended by the Residential Centres of Educational Action, CRAEs, of Lleida of the General Office of Children's and Adolescent's Attention of the Generalitat of Cataluña). The adolescents that obtain significantly high scores will be compared, in reflective functioning, with the ones that do not and the type of aggression they develop will be analysed. For this, all adolescents from 13 to 17 years of age and residents of the CRAEs of Lleida will be selected. What will be assessed: socio-familial profile, academic performance, The Direct and Indirect Aggression Scales (DIAS), The Friends and Family Interview (FFI) and Milon Adolescent Clinical Inventory (MACI)



A handwritten signature in black ink, appearing to read "Howard Steele".

Anexo Nº 13 Friends and Family Interview (FFI)

14.02.08 TESTING VERSION 1.0 SP (3.2F2SP) DESARROLLADO POR HOWARD STEELE AND MIRIAM STEELE, (H.STEELE@UCL.AC.UK)

ENTREVISTA DE AMIGOS Y FAMILIARES**Introducción.**

Me gustaría saber acerca de ti, que tipo de persona eres, qué es lo que más te gusta hacer. También me gustaría saber acerca de tus relaciones con tus amigos y familiares. En general todos tenemos cosas que nos gustan más de nosotros mismos y de otras personas, y otras cosas que nos gustan menos (o nada) acerca de nosotros mismos o de otras personas.

Podemos hablar sobre esto mientras te hago las siguientes preguntas.

Recuérdale de su derecho a no contestar y sobre confidencialidad.

Quiero que te quede claro que está bien si no quieres contestar alguna de estas preguntas. Sólo tienes que decírmelo y pasamos a la siguiente pregunta. Y recuerda que todo lo que me digas aquí queda entre nosotros y nadie más lo va a saber, así que me puedes contar lo que quieras.

¿Tienes alguna pregunta antes de empezar?

PARTE 1: Si mismo

Escribe los nombres para preguntar por los hermanos más adelante.

Elije una de las actividades y pide un ejemplo.

Busca adjetivos o frases descriptivas.

Ejemplo específico.

Ejemplo específico.

Ejemplo específico.

1. ¿Me podrías describir a las personas más cercanas a ti de tu familia? Los que viven en tu casa o los que son cercanos a ti pero no viven contigo.

2. Para hacerme una mejor idea de como eres ¿me podrías contar que tipo de cosas te gusta hacer?

Me puedes contar de alguna vez en que estabas haciendo [X] –por ejemplo: ¿Quién estaba ahí, ¿qué hiciste? ¿Cómo te sentiste? ¿Qué sucedió al final?

3. Me has contado acerca de lo que más te gusta hacer. ¿me puedes contar ahora como eres tú como persona?

¿Que sabría acerca de ti alguien que te conoce bien?

4. ¿Que es lo que más te gusta de ti mismo? ¿Cuál es tu característica favorita?

¿Me puedes contar de alguna vez en que fuiste así/hiciste eso?

¿Qué es lo que menos te gusta de ti mismo? ¿Hay algo que no te guste mucho de ti?

¿Me puedes contar de alguna vez en que fuiste así/hiciste eso?

5. ¿Qué haces usualmente cuando estas triste o preocupado?

¿Qué pasa después?

¿Hay alguien con quien hablar o a quien pedir ayuda?

¿Me puedes contar de alguna vez en que estuviste triste o preocupado?

14.02.08 TESTING VERSION 1.0 SP (3.2F2SP) DESARROLLADO POR HOWARD STEELE AND MIRIAM STEELE, (H.STEELE@UCL.AC.UK)

2: ESCUELA-AMIGOS

Descripción General.

Ahora te preguntaré acerca de como te sientes en la escuela y como es tu relación con tus amigos.

6. ¿Cómo es para ti estar en la escuela? Como te sientes ahí?

7. ¿Has tenido exámenes últimamente?

¿Ha cambiado tu relación con tus amigos por estos exámenes?

8. ¿Te vas a cambiar de escuela luego?

¿Cómo te sientes acerca de esto?

¿Piensas que tu relación con tus amigos va a cambiar por eso?

¿Cómo crees que te vas a sentir en tu nueva escuela?

¿Crees que te será fácil hacer nuevos amigos?

Profesor/a favorito/a o del curso preferido.

9. Ahora te voy a hacer preguntas acerca de tu profesor/a
¿Cómo es él/ella?

¿Qué es lo que más te gusta de él/ella?

¿Me puedes dar un ejemplo de alguna vez en que él/ella fue así/hizo eso?

¿Qué crees que tu profesor/a piensa de ti?

Obtener ideas de amigos en general.

10. Ahora hablaremos de tus amigos. ¿Me puedes nombrar a tres de tus mejores amigos?

¿Quién dirías que es tu mejor amigo?

¿Cuánto tiempo han sido amigos?

¿Qué tipo de cosas hacen juntos?

¿Cuán a menudo se ven con tu amigo?

Ve si pasan tiempo fuera de la escuela también.

SI NADIE, pregunta:
¿Te gustaría tener un mejor amigo?
Si no, pregunta de algún amigo cercano.

Hechos específicos.

11. ¿Qué es lo que más te gusta de tu relación con [X]?

¿Qué es lo que menos te gusta de tu amistad con [X]?

12. ¿Te has enojado alguna vez con [X]?

¿Cómo comenzó?

¿Qué hiciste tú, cómo respondiste?

¿Cómo terminó todo?

¿Cómo te sentiste? ¿Cómo crees que él se sintió?

13. ¿Has tenido alguna vez envidia de tu amigo?

¿Me puedes contar de alguna vez en que él te dio envidia?

¿Crees que [X] ha tenido envidia de ti alguna vez?

¿Me puedes contar de alguna vez que esto pasó?

14. ¿Qué crees que [X] piensa de ti?

14.02.08 TESTING VERSION 1.0 SP (3.2F2SP) DESARROLLADO POR HOWARD STEELE AND MIRIAM STEELE, (H.STEELE@UCL.AC.UK)

3: PADRES Y HERMANOS

Si no da un ejemplo específico pídele que te describa con un ejemplo.

Ahora me gustaría preguntarte acerca de las relaciones en tu familia.

15. ¿Me puedes contar un poco acerca de tu relación con tu mamá?

¿Cómo te sientes cuando tu y tu mamá están juntos?
¿Me puedes contar de alguna vez en que fue [te sentiste] así?

16. ¿Qué es lo mejor de tu relación con tu mamá?

¿Me puedes contar de alguna vez en que fue [te sentiste] así?

¿Qué es lo que menos te gusta de tu relación con tu mamá?

¿Me puedes contar de alguna vez en que fue [te sentiste] así?

17. ¿Qué crees que tu mamá piensa de ti?

18. ¿Me puedes contar un poco acerca de tu relación con tu papá?

¿Cómo te sientes cuando tu y tu papá están juntos?
¿Me puedes contar de alguna vez en que fue [te sentiste] así?

19. ¿Qué es lo mejor de tu relación con tu papá?

¿Me puedes contar de alguna vez en que fue [te sentiste] así?

¿Qué es lo que menos te gusta de tu relación con tu papá?

¿Me puedes contar de alguna vez en que fue [te sentiste] así?

20. ¿Qué crees que tu papá piensa de ti?

21. ¿Te acuerdas de la primera vez que te separaste de tus padres?

¿Qué edad tenías?
¿Te acuerdas de cómo te sentiste?
¿Cómo crees que tus padres se sintieron esa vez?

22. Ahora me gustaría saber de tu relación con [tu hermano / tu hermana].

¿Cómo es cuando tu y X están juntos?
¿Qué tipo de cosas hacen juntos?
¿Me puedes dar un ejemplo?

¿Conversas con X de cosas importantes o cosas que te ponen triste o te preocupan?
¿Te pide ayuda o te cuenta cosas importantes?
¿Me puedes dar un ejemplo?

"Quizá la primera vez que fuiste al colegio o que pasaste la noche en la casa de un amigo..."

SI EL NIÑO TIENE HERMANOS HAZ PREGUNTA 22 y 23 POR CADA UNO, SI NO PASA A LA PREGUNTA 24.

Alternativa: Puedes contar con la ayuda de X?

14.02.08 TESTING VERSION 1.0 Sp (3.2F2Sp) DESARROLLADO POR HOWARD STEELE AND MIRIAM STEELE, (H.STEELE@UCL.AC.UK)

3: (Continuación)	<p>23. ¿Qué es lo que mas te gusta de [X]? ¿Qué es lo que menos te gusta de [X]?</p>
Relaciones entre padres.	<p>24. Ahora me gustaría preguntarte de nuevo acerca de tus padres, pero no de tu relación con ellos si no de cómo es la relación entre ellos dos.</p> <p>¿Pelean entre ellos alguna vez? ¿Cómo te sientes cuando pelean? ¿Te acuerdas de alguna vez en que pelearon recientemente? ¿Me puedes contar como fue, por qué estaban peleando? ¿Cómo te sentiste?</p>
Solo si no menciona una pelea específica.	<p>¿Te puedes imaginar como te sentirías si los vieras peleando?</p> <p>25. Ahora, ¿Si miras hacia atrás en el tiempo crees que tu relación con tus padres ha cambiado desde que eras pequeño?</p> <p>26. ¿Cómo crees que tu relación con tus padres será en el futuro, por ejemplo, en unos 5 años más?</p>
Termino de la entrevista.	<p>Nos has contado mucho acerca de ti mismo, de tus amigos, de tu escuela y de tu familia. Nos hemos podido hacer una mejor idea de cómo eres como persona.</p>
Algo que agregar/corregir	<p>¿Hay algo más que te gustaría agregar? ¿Algo que pienses que es importante acerca de ti que no hemos preguntado? ¿Algo más que te gustaría contarnos?</p>
Pide comentarios.	<p>¿Qué piensas acerca de estas preguntas?</p> <p>¿Qué preguntas te parecieron más difíciles/fáciles de contestar? ¿Hubo alguna pregunta que te molestó o te puso triste?</p> <p>Recuerda que todo lo que nos has contado hoy es confidencial, lo que significa que no le contaremos a nadie de lo que nos has dicho aquí.</p> <p>¿Tienes alguna pregunta antes de terminar?</p> <p><i>¡Muchas gracias por tu ayuda!</i></p>

Anexo nº14 Hoja de codificación de Friends and Family Interview (FFI)

Hoja de codificación de la Entrevista Sobre Amigos y Familiares
(Friends and Family Interview, FFI, Steele y Steele, 2006)

(0=no hay evidencia; 1=escasa o leve evidencia; 2=evidencia moderada; 3=marcada evidencia)

1.	COHERENCIA	
1.1	Veracidad:	
1.2	Economía:	
1.3	Relevancia:	
1.4	Modo:	
1.5	Coherencia Global:	
2.	METACOGNICIÓN/FUNCIÓN REFLEXIVA	
2.1	Evidencia de poseer una perspectiva del desarrollo del ciclo vital:	
2.2	Evidencia de habilidades para asumir la perspectiva mental/emocional de otra persona	
2.2.1	Madre:	
2.2.2	Padre:	
2.2.3	Mejor Amigo:	
2.2.4	Otro Amigo:	
2.2.5	Hermano:	
2.2.6	Profesor:	
2.3	Evidencia de habilidad de comprender los diversos sentimientos (positivos y negativos) presentes en relaciones significativas	
2.3.1	Si Mismo:	
2.3.2	Madre:	
2.3.3	Padre:	
2.3.4	Mejor Amigo:	
2.3.5	Otro Amigo:	
2.3.6	Hermano:	
2.3.7	Profesor:	
3.	EVIDENCIA DE DISPONIBILIDAD DE UNA BASE SEGURA	
3.1	Evidencia de la disponibilidad de la Madre:	
3.2	Evidencia de la disponibilidad del Padre:	
3.3	Evidencia de disponibilidad de una base segura que no es el padre o la madre:	
4.	EVIDENCIA DE AUTO-ESTIMA	
4.1	Competencia Social:	
4.2	Competencia Escolar:	
4.3	Identificación de Género:	
4.4	Representación/Imagen Corporal:	
4.5	Referencias específicas a características corporales o partes del cuerpo:	
5.	RELACIONES DE PARES	
5.1	Frecuencia de contacto fuera de la escuela:	
5.3	Calidad de la relación con su mejor amigo:	
6.	ANSIEDAD Y DEFENSAS	
6.1	Evitación:	
6.2	Ambivalencia:	
6.3	Disociación:	
6.4	Tristeza, llanto y/o miedo, manifestaciones de ansiedad:	
6.5	Pasividad:	
6.6	Idealización de la Madre:	
6.7	Idealización del Padre:	
6.8	Inversión de Roles	
6.8	Inversión de Roles con la Madre:	
6.8	Inversión de Roles con el Padre:	
6.9	Vergüenza con respecto a:	
6.9	Madre:	
6.9	Padre:	
7.	CLASIFICACIÓN	

Anexo Nº 15 Autorización para el uso del Cuestionario Direct and Indirect Aggression (DIAS)

Kaj Bjorkqvist para usuario
mostrar detalles 01/12/09

Dear Carme Tello,

Of course you have my permission! It sounds like a very interesting study. I wish you the best of luck with your research, and please keep me informed about your results.

Best regards, Kaj Björkqvist

Kaj Björkqvist, Ph.D., Faculty Dean
Professor of Developmental Psychology
Åbo Akademi University, Vasa, Finland
P.O.B. 311, FIN-65101 Vasa, Finland
Phone: ++358-6-3247469 (office)
++358-50-5489519 (mobile)
<http://www.vasa.abo.fi/svf/up/kaj.htm>

At 12:12 1.12.2009, you wrote:

Hi

The year 2001 did the "Study of characteristics of the type of aggressive behaviour: physical, verbal and indirect in adolescents (12- 16 years old) with a history of abuse, neglect and / or sexual abuse" test was used DIAS

I have submitted a proposal for a thesis at the University of Lleida for the Faculty of medicine "Relationship between the reflective function and developing aggressive behaviour in a population of children (12 to 17 year with a history of abuse, neglect and / or sexual abuse" It's directed by Dr. Piferre the Head of Psychiatry Service of Hospital Santa maria from Lleida and Dr. Pinto of the Research Unit of Sant Joan de Déu Mental Health Services.

The purpose of this researcher is to check whether the variable "reflective function" (I'm working with test FFI of Dr.H.Steele) is a protective factor for preventing the development of violent behaviours in a population with social and family backgrounds that are at risk CRAES (Residential Care Education Centres, a branch of protection childhood an adolescenthood welfare)

I ask you permission to reuse your test DIAS (Direct & Indirect aggression Scales)

Sincerely
Sra. Carme Tello i Casany
Psicòloga clínica
CSMIJ Sant Joan de Déu Lleida

Anexo Nº 16 Cuestionario Direct and Indirect Aggression (DIAS)

Indica como actúas cuando tienes problemas o te enfadas con un compañero o compañera de clase. Contesta las preguntas siguientes señalando el número que mejor describe la frecuencia de su conducta.

0 = Nunca, 1 = Casi nunca, 2 = A veces, 3 = Bastante a menudo, 4 = Muy a menudo.

1. ¿Le pegas?	0	1	2	3	4
2. ¿No le dejas que se una al grupo?.....	0	1	2	3	4
3. ¿Le gritas o discutes con él?	0	1	2	3	4
4. ¿Te hace amigo de otro para vengarte?.	0	1	2	3	4
5. ¿Le das patadas?	0	1	2	3	4
6. ¿No le haces caso?	0	1	2	3	4
7. ¿Le Insultas?	0	1	2	3	4
8. ¿Cotilleas de él?	0	1	2	3	4
9. ¿Le pones la zancadilla?	0	1	2	3	4
10. ¿Hablas mal o cuenta mentiras de él?	0	1	2	3	4
11. ¿Dices que le vas a pegar?	0	1	2	3	4
12. ¿Planeas a escondidas fastidiarle?	0	1	2	3	4
13. ¿Le empujas?	0	1	2	3	4
14. ¿Cuentas cosas malas de él a sus espaldas?	0	1	2	3	4
15. ¿Le pones sobrenombres o mote?	0	1	2	3	4
16. ¿Les dices a los otros: "Tenemos que dejarlo/a solo/a"?	0	1	2	3	4
17. ¿Le quitas las cosas?	0	1	2	3	4
18. ¿Cuenta secretos de él a otras personas?	0	1	2	3	4
19. ¿Le molestas?	0	1	2	3	4
20. ¿Escribe pequeñas notas criticándole?	0	1	2	3	4
21. ¿Le empujas y le haces caer al suelo?	0	1	2	3	4
22. ¿Criticas el pelo o la ropa que lleva?	0	1	2	3	4
23. ¿Le arrastras?	0	1	2	3	4
24. ¿Tratas de que no le caiga bien a otras personas?	0	1	2	3	4

Anexo Nº 17 codificación del Cuestionario Direct and Indirect Aggression (DIAS)

AGRESIÓN FÍSICA:	1. ¿Le pega? 5. ¿Le da patadas? 9. ¿Le pone la zancadilla? 13. ¿Lo empuja? 17. ¿Le quita las cosas al otro? 21. ¿Empuja al otro y lo hace caer al suelo? 23. ¿Arrastra al otro?
AGRESIÓN VERBAL:	3. ¿Le grita o discute con él? 7. ¿Lo Insulta? 11. ¿Dice que le va a pegar? 15. ¿Le pone sobrenombres o moteos? 19. ¿Molesta al otro?
AGRESIÓN INDIRECTA:	2. ¿No le deja que se una al grupo? 4. ¿Se hace amigo de otro para vengarse? 6. ¿No le hace caso? 8. ¿Cotillea de él? 10. ¿Habla mal o cuenta mentiras de él/ella? 12. ¿Planea a escondidas fastidiar al otro? 14. ¿Cuenta cosas malas del otro a sus espaldas? 16. Les dice a otros: "¿Tenemos que dejarlo/a solo/a?" 18. ¿Cuenta secretos del otro a otras personas? 20. ¿Escribe pequeñas notas criticando al otro? 22. ¿Critica el pelo o la ropa del otro? 24. ¿Trata de que no le caiga bien a otras personas?

Las respuestas posibles son:

- 0 = Nunca
- 1 = Casi nunca
- 2 = A veces
- 3 = Bastante a menudo
- 4 = Muy a menudo.

TIPO AGRESION	Ítems	PUNTUACIÓN MINIMA Y MÁXIMA
FISICA:	7	0 - 28
VERBAL	5	0 - 20
INDIRECTA:	12	0 - 48

Anexo Nº 18 Cuadernillo de respuestas del Inventory Clinico (MACI)



- 1 Yo prefiero mucho más seguir a otro en vez de mandar.
- 2 Estoy bastante seguro de que sé quién soy y de lo que quiero en la vida.
- 3 Yo no necesito tener amistades íntimas como los otros jóvenes.
- 4 A menudo me fastidia hacer las cosas que los otros quieren que haga.
- 5 Me esfuerzo al máximo para no herir los sentimientos de otras personas.
- 6 Puedo confiar en que mis padres serán comprensivos conmigo.
- 7 Algunas personas piensan de mí que soy un poco creído.
- 8 Nunca tomaría drogas, pasase lo que pasase.
- 9 Siempre trato de hacer lo que es adecuado.
- 10 Me gusta mi aspecto.
- 11 Aunque a veces me descontrolo comiendo, odio cuando aumento de peso.
- 12 Parece que nada de lo que pasa me hace sentir ni triste ni feliz.
- 13 Parece que tengo problemas para llevarme bien con otros adolescentes de mi edad.
- 14 Me da mucha vergüenza contarle a otras personas cómo abusaron de mí.
- 15 Nunca he hecho nada por lo que hubiera podido ser arrestado.
- 16 Pienso que todos estarían mejor si yo estuviera muerto.
- 17 A veces, cuando estoy lejos de mi casa, empiezo a sentirme tenso y con miedo.
- 18 Generalmente actúo de forma rápida, sin pensar.
- 19 Supongo que soy un quejica que espera que pase lo peor.
- 20 No es raro sentirse solo y no deseado.
- 21 El castigo nunca me ha frenado para hacer lo que yo quería.
- 22 Parece ser que la bebida ha sido un problema para varios miembros de mi familia.
- 23 Me gusta seguir instrucciones y hacer lo que otros esperan de mí.
- 24 Me parece que encajo enseguida en cualquier grupo de chicos o chicas.
- 25 Muy poco de lo que he hecho ha sido apreciado por los demás.
- 26 Odio no tener ni el aspecto ni la inteligencia que quisiera tener.
- 27 Me gusta mi hogar.
- 28 Algunas veces meto miedo a otros chicos o chicas para que hagan lo que yo quiero.
- 29 Aunque la gente me dice que estoy delgado o delgada, yo sigo creyendo que peso demasiado.
- 30 Cuando tomo unas copas me siento más seguro de mí mismo.
- 31 La mayoría de la gente es más atractiva que yo.
- 32 Cuando estoy en medio de una multitud, a menudo siento que me va a dar un ataque de pánico o que me voy a desmayar.
- 33 A veces me provoca el vómito después de comer mucho.



NO TE DETENGAS, CONTINÚA
EN LA PÁGINA SIGUIENTE. ➤

- 34** Con frecuencia me siento como si no tuviera rumbo, como perdido en la vida.
- 35** Parece que no les caigo bien a la mayoría de los jóvenes.
- 36** Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo o sola.
- 37** Implicarse en los problemas de otros es una pérdida de tiempo.
- 38** Muchas veces siento que otros no quieren ser amistosos conmigo.
- 39** No me importa mucho lo que otros jóvenes piensan de mí.
- 40** Solía «cocalarme» tanto (con alcohol o drogas) que no sabía lo que estaba haciendo.
- 41** No me importa decirle a la gente cosas que no le gusta oír.
- 42** Me veo a mí mismo muy lejos de lo que en realidad me gustaría ser.
- 43** Las cosas en mi vida van de mal en peor.
- 44** Tan pronto como tengo el impulso de hacer algo, lo hago.
- 45** A mí nunca me han llamado «delincuente juvenil».
- 46** Con frecuencia yo soy mi peor enemigo.
- 47** Muy pocas cosas o actividades parecen darme placer.
- 48** Siempre pienso en ponerme a dieta, aun cuando la gente me dice que estoy demasiado delgado o delgada.
- 49** Es muy difícil, para mí, sentir lástima por las personas que siempre están preocupadas por alguna cosa.
- 50** Es bueno tener una rutina para hacer la mayoría de las cosas.

- 51** No creo tener tanto interés por el sexo como la gente de mi edad.
- 52** No veo nada malo en utilizar a otros para conseguir lo que quiero.
- 53** Preferiría estar en cualquier lugar en vez de en casa.
- 54** A veces me siento tan desbordado que querría dañarme gravemente.
- 55** No creo haber sido abusado sexualmente.
- 56** Soy un tipo de persona teatral a quien le gusta llamar la atención.
- 57** Puedo beber más cerveza o licor que la mayoría de mis amigos.
- 58** Los padres y maestros son demasiado duros con los jóvenes que no siguen las reglas.
- 59** Me gusta mucho coquetear (ligar).
- 60** No me molesta ver a alguien sufriendo.
- 61** Al parecer no tengo muchos sentimientos por los demás.
- 62** Disfruto pensando en el sexo.
- 63** Me preocupa mucho pensar en que me dejen solo y abandonado.
- 64** Con frecuencia estoy triste y siento que nadie me quiere.
- 65** Se supone que debo ser delgado o delgada, pero siento que mis muslos y mi trasero son demasiado grandes.
- 66** Con frecuencia me lo merezco cuando los otros me critican.
- 67** La gente me presiona para que haga más de lo que es justo.
- 68** Creo que tengo un buen cuerpo.



NO TE DETENGAS, CONTINÚA
EN LA PÁGINA SIGUIENTE. ▶

- 69** Socialmente, siento que me dejan de lado.
- 70** Hago amigos y amigas fácilmente.
- 71** Soy una persona un tanto asustadiza y ansiosa.
- 72** Odio recordar algunas de las formas en que abusaron de mí.
- 73** No soy diferente a muchos jóvenes que roban cosas de vez en cuando.
- 74** Prefiero actuar primero y pensarlo después.
- 75** He pasado por períodos en los que he fumado «canutos» varias veces a la semana.
- 76** Hay tantas normas en mi camino, que es difícil hacer lo que quiero.
- 77** Cuando las cosas se ponen aburridas, me gusta crear un poco de emoción.
- 78** A veces yo haría algo cruel para hacer infeliz a alguien.
- 79** Paso mucho tiempo preocupándome acerca de mi futuro.
- 80** Con frecuencia siento que no me merezco las cosas buenas que hay en mi vida.
- 81** Me da un poco de tristeza cuando veo a alguien que se siente solo.
- 82** Como poco delante de otros, pero después me atiborro cuando estoy solo o sola.
- 83** Mi familia siempre está gritando y peleándose.
- 84** A veces me siento muy infeliz de ser quien soy.
- 85** Al parecer yo no disfruto estando con gente.

- 86** Tengo ciertas capacidades que otros jóvenes quisieran tener.
- 87** Me siento muy incómodo con la gente, a menos que esté seguro de que realmente les gusto.
- 88** Matarme sería la manera más fácil de resolver mis problemas.
- 89** A veces me confunde o me turba que la gente sea amable conmigo.
- 90** La bebida parece que me ayuda mucho cuando me siento deprimido.
- 91** Casi nunca espero algún acontecimiento con placer o emoción.
- 92** Soy muy bueno inventando excusas para salir de los problemas.
- 93** Es muy importante que los niños aprendan a obedecer a los mayores.
- 94** El sexo es algo placentero.
- 95** A nadie le importa realmente si yo vivo o si me muero.
- 96** Deberíamos respetar a nuestros mayores y no pensar que nosotros sabemos más.
- 97** A veces siento placer lastimando a alguien físicamente.
- 98** A veces me siento mal después de que me haya pasado algo bueno.
- 99** No creo que la gente me vea como una persona atractiva.
- 100** Socialmente soy solitario, pero no me importa.
- 101** Casi todo lo que intento me resulta fácil.
- 102** Hay veces en las que siento que soy mucho más joven de lo que我真的 soy.



NO TE DETENGAS, CONTINÚA
EN LA PÁGINA SIGUIENTE. ➤

- | | |
|---|---|
| <p>103 Me gusta ser el centro de atención.</p> <p>104 Si quiero hacer algo, simplemente lo hago, sin pensar en lo que pueda pasar.</p> <p>105 Tengo un temor terrible de que, por muy delgado o delgada que esté, volveré a subir de peso si como.</p> <p>106 No me acerco mucho a las personas porque me da miedo que se burlen de mí.</p> <p>107 Cada vez con más frecuencia he pensado en terminar con mi vida.</p> <p>108 A veces me rebajo a mí mismo para que otra persona se sienta mejor.</p> <p>109 Me da mucho miedo cuando pienso en estar completamente solo en el mundo.</p> <p>110 Las cosas buenas no duran.</p> <p>111 He tenido algunos choques con la ley.</p> <p>112 Me gustaría cambiar mi cuerpo por el de alguna otra persona.</p> <p>113 Hay muchas ocasiones en las que desearía ser mucho más joven de nuevo.</p> <p>114 No he visto un automóvil en los últimos diez años.</p> <p>115 Otras personas de mi edad parecen estar más seguras que yo de saber quiénes son y lo que quieren.</p> <p>116 Muchas veces me desconcierta pensar en el sexo.</p> <p>117 Hago lo que quiero sin preocuparme de si afecta a otros.</p> <p>118 Muchas de las cosas que hoy parecen buenas, se volverán malas más adelante.</p> <p>119 Parece que la gente de mi edad nunca me llama para que salgamos juntos.</p> | <p>120 Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin un «canuto».</p> <p>121 Yo hago que mi vida sea peor de lo que debería ser.</p> <p>122 Prefiero que me digan lo que tengo que hacer en lugar de tener que decidir por mí mismo.</p> <p>123 He intentado suicidarme, en el pasado.</p> <p>124 Me pego grandes atracones de comida un par de veces a la semana.</p> <p>125 Últimamente parece que me deprimo por cosas pequeñas.</p> <p>126 El año pasado crucé el Atlántico en avión 30 veces.</p> <p>127 Hay veces en las que preferiría ser otra persona.</p> <p>128 No me importa tratar mal a la gente para demostrar mi poder.</p> <p>129 Me avergüenzo de algunas cosas terribles que me han hecho los adultos.</p> <p>130 Intento hacer todo lo que hago lo más perfectamente que puedo.</p> <p>131 Estoy contento con la forma en que mi cuerpo se ha desarrollado.</p> <p>132 Con frecuencia me asusto cuando pienso en las cosas que tengo que hacer.</p> <p>133 Últimamente me siento inquieto y nervioso casi todo el tiempo.</p> <p>134 Yo acostumbraba a probar drogas duras para ver el efecto que hacían.</p> <p>135 Con mi simpatía puedo conseguir que la gente me dé casi todo lo que quiero.</p> |
|---|---|



NO TE DETENGAS, CONTINÚA
EN LA PÁGINA SIGUIENTE. ➤

- 136** Muchos otros jóvenes consiguen oportunidades que yo no consigo.
- 137** Hubo personas que hicieron cosas sexuales conmigo cuando yo, todavía, no podía entender.
- 138** Con frecuencia sigo comiendo hasta que me siento enfermo o enferma.
- 139** En un grupo, yo me burlaría de alguien sólo para humillarle.
- 140** No me gusta ser la persona en la que me he convertido.
- 141** Al parecer siempre echo a perder las cosas buenas que me pasan.
- 142** Aunque quiero tener amigos, no tengo casi ninguno.
- 143** Me agrada que ahora los sentimientos acerca del sexo se hayan convertido en una parte de mi vida.
- 144** Soy capaz de pasar mucha hambre con tal de ser más delgado o delgada de lo que soy.
- 145** Soy muy maduro para mi edad y sé lo que quiero hacer en la vida.
- 146** En muchas cosas me siento muy superior a la mayoría de la gente.
- 147** Mi futuro me parece sin esperanza.
- 148** A mis padres les ha costado mucho mantenerme en el camino recto.
- 149** Cuando no me salgo con la mía, me descontrolo fácilmente.
- 150** A veces me divierte hacer ciertas cosas que son ilegales.
- 151** Supongo que dependo demasiado de otros para que me ayuden.
- 152** Mis amigos y yo podemos acabar muy borrachos cuando lo estamos pasando bien.

- 153** La mayor parte del tiempo me siento solo y vacío.
- 154** Me siento totalmente sin objetivos y sin saber adónde voy.
- 155** Decir mentiras es una cosa muy normal.
- 156** He estado pensando en cómo y cuándo suicidarme.
- 157** Me gusta provocar peleas.
- 158** Hay veces en las que parece que no le importo a nadie en mi casa.
- 159** Es bueno tener una forma regular de hacer las cosas para no cometer errores.
- 160** Probablemente me merezco muchos de los problemas que tengo.



**FIN DE LA PRUEBA.
POR FAVOR, COMPRUEBA
QUE NO HAS DEJADO
NINGUNA FRASE SIN
CONTESTAR.**

Anexo Nº 19 Escalas Inventory Clínico MACI

Prototipos de personalidad:	Escala 1 Introvertido 44 ítems
	Escala 2A Inhibido 37 ítems
	Escala 2B Pesimista 24 ítems
	Escala 3 Sumiso 48 ítems
	Escala 4 Histriónico 41 ítems
	Escala 5 Egocéntrico 39 ítems
	Escala 6A Rebelde 39 ítems
	Escala 6B Rudo 22 ítems
	Escala 7 Conformista 39 ítems
	Escala 8A Oposiciónista 43 ítems
Preocupaciones expresadas	Escala 8B Auto punitivo 44 ítems
	Escala 9 Tendencia límite 21 ítems
	Escala A difusión de la identidad 32 ítems
	Escala B Desvalorización de si mismo 38 ítems
	Escala C Desagrado por el propio cuerpo 17 ítems
	Escala D Incomodidad respecto al sexo 37 ítems
	Escala E Inseguridad con los iguales 19 ítems
	Escala F Insensibilidad social 39 ítems
Síndromes clínicos	Escala G Discordancia familiar 28 ítems
	Escala H Abusos de la infancia 24 ítems
	Escala AA Trastornos de la alimentación 20 ítems
	Escala BB Inclinación al abuso de sustancias 35 ítems
	Escala CC Predisposición a la delincuencia 34 ítems
	Escala DD Propensión a la impulsividad 24 ítems
	Escala EE Sentimientos de ansiedad 42 ítems
	Escala FF Afecto depresivo 33 ítems
	Escala GG Tendencias suicidas 25 ítems

Anexo Nº 20 Prototipos de personalidad Inventory Clinico MACI

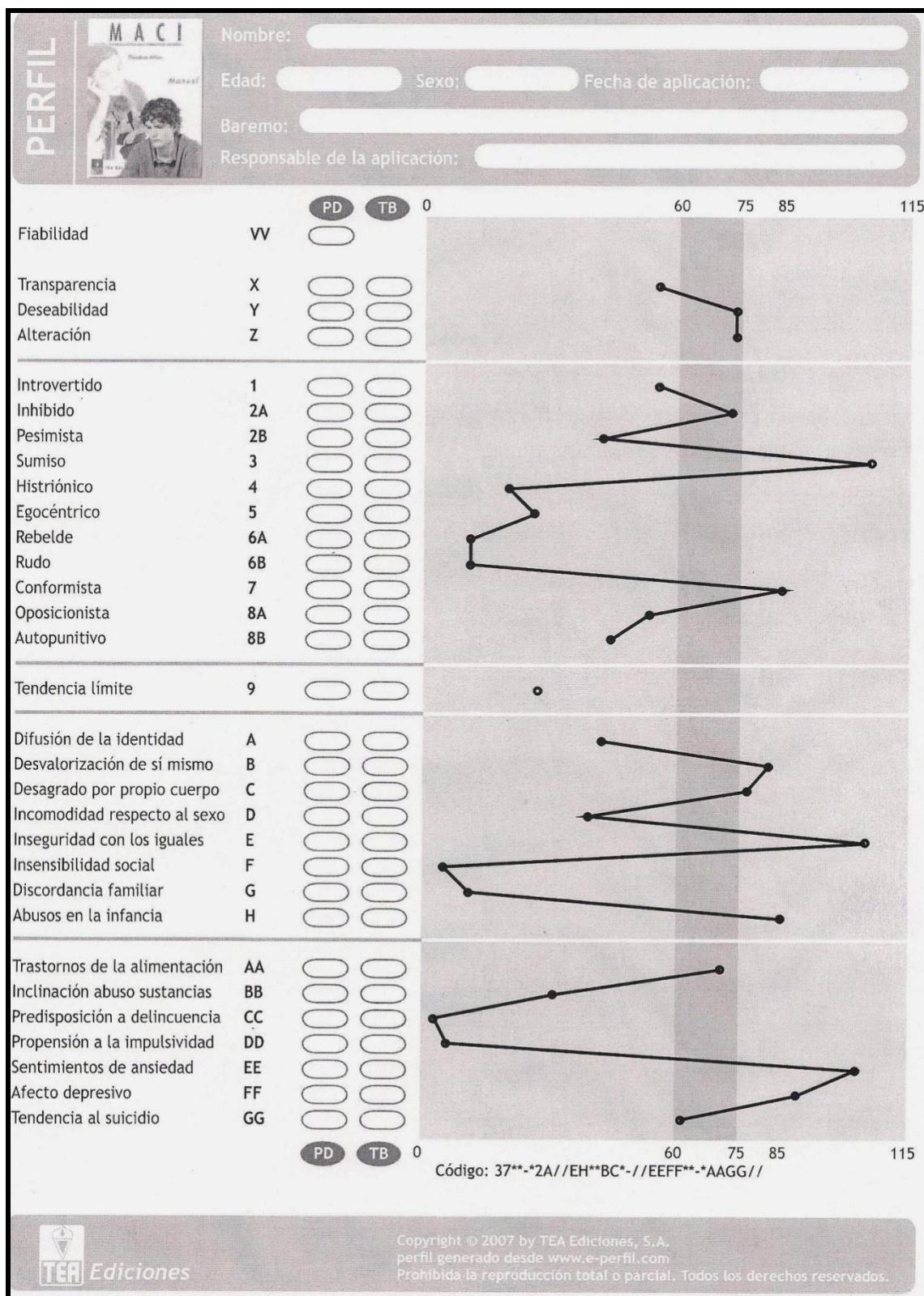
Variable	CARACTERISTICAS	
Maci1	Introvertido	Tranquilos, reservados, tienden a no implicarse emocionalmente. Indiferentes en relación a las personas que le rodean
Maci2A	Inhibido	Vergonzosos, incómodos en la relación con los otros. No verbaliza sus sentimientos. Aunque algunas veces se sienten solos prefieren evitar la intimidad con la otra persona por temor al rechazo
Maci2B	Pesimista	Abatidos, desanimados desde la infancia. Perspectiva vital pesimista y ven el futuro como algo amenazador y triste. Tendencia a desarrollar sentimientos de culpa y remordimiento, Se ven inútiles
Maci3	Sumiso	Bondadosos, sentimentales y amables en la relación con los demás, pero con dificultades para tener iniciativa o asumir el rol de líder
Maci4	Histriónico	Habladores, con encanto social, exhibicionistas o emocionalmente expresivos. Las relaciones son intensas pero cortas. Buscan experiencias interesantes y nuevas formas de excitación, Frecuentemente les aburre la rutina y las relaciones durante demasiado tiempo
Maci5	Egocéntrico	Seguros de si mismo y de sus capacidades y frecuentemente son vistos por los otros como pendientes de si mismo y narcisista. Tiene mucha confianza en si mismos y a menudo son arrogantes sin compartir o preocuparse por las necesidades de los otros
Maci6A	Rebelde	Suelen actuar de forma antisocial, con dificultades para aceptar normas socialmente aceptadas. Marcadas conductas que llevan a conflictos con los padres, la escuela y las autoridades legales
Maci6B	Rudo	Duros y obstinados que tienden a dominar y abusar de los otros. Frecuentemente cuestionan los derechos de los otros y pretenden controlar todas las situaciones. Suelen ser directos y poco amables y tienden a impacientarse con los problemas o debilidades de los otros
Maci7	Conformista	Formales, eficientes y respetuosos. Tienden ha hacer lo correcto y lo adecuado. Las emociones suelen estar controladas. Prefieren hacer su vida de forma ordenada y bien planificada
Maci8A	Oposiciónista	Descontentos, hoscos, pasivo-agresivos. Suelen tener conductas no previsibles. Pueden tener dificultades para controlar su mal humor
Maci8B	Auto punitivo	Suelen ser sus peores enemigos y a veces dan la impresión de que les gusta sufrir. Parece que impide esfuerzos de los otros para ayudarle
Maci9	Tendencia Limite	Graves trastornos de la personalidad graves. Inestabilidad afectiva, relaciones interpersonales erráticas, hostilidad comportamientos caprichosos, temor al abandono y acciones autodestructivas.

Anexo Nº 21 Puntuaciones de anclaje del Inventory Clinico MACI

En la transformación de puntuaciones se han mantenido los siguientes puntos de anclaje de las puntuaciones TB

Puntuaciones	Centil
20	10
40	30
50	Corresponde a la media normativa
75-85	Están determinadas por las tasas de prevalencia
TB 115	Corresponde a la máxima PD obtenida
Resto Puntuaciones TB	Se obtienen por interpoblación entre los puntos establecidos

Anexo Nº 22 Hoja de respuesta informatizada Inventario Clínico MACI



Anexo Nº 23 Puntuaciones del Test de Matrices Progresivas de RAVEN

RANGO	CATEGORIA
I	Intelectualmente superior (iguala o sobrepasa el percentil 95*)
II	Superior al término medio (iguala o supera el percentil 75). II +; igual o superior al percentil 90.
III	Término medio (entre los percentiles 25 y 75). III +; sobrepasa el percentil 50. III - ; inferior al percentil 50.
IV	Inferior al término medio (igual o menor al percentil 25). IV - ; igual o menor al percentil 10.
V	Intelectualmente deficiente (menor que el percentil 5)