



Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas

Sara Camps-Pons, José A. Castillo-Garayoa* e Ignacio Cifre

Universitat Ramon Llull, España

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Manuscrito recibido: 19/03/2013
Revisión recibida: 13/11/2013
Aceptado: 22/11/2013

Palabras clave:

Apego
Psicopatología
Adolescentes
Jóvenes
Violencia familiar

RESUMEN

Se estudia la relación entre apego y psicopatología en una muestra de 40 adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato intrafamiliar. El apego se evalúa mediante el cuestionario RQ de Bartholomew, que distingue cuatro estilos de apego en función de la imagen positiva o negativa del *self* y de los demás: apego *seguro*, *preocupado*, *temeroso* y *evitativo*. Los resultados del estudio muestran que el apego inseguro, sobre todo el subtipo *evitativo*, es el más prevalente. Algo más de la mitad de la muestra (52.5%) presenta sintomatología clínicamente significativa (evaluada mediante el SCL-90-R), en especial hostilidad, obsesión-compulsión, ideación paranoide, psicoticismo y sensibilidad interpersonal. Los estilos de apego con una visión negativa del *self* (*preocupado* y *temeroso*) tienden a presentar más sintomatología psicopatológica. Se discuten las implicaciones clínicas de estos resultados.

© 2014 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Todos los derechos reservados.

Attachment and psychopathology in formerly maltreated adolescents and young adults: Clinical implications

ABSTRACT

In this research, the relationship between attachment and psychopathology was studied in a sample of 40 adolescents and young adults who have suffered from intrafamily maltreatment. Attachment was assessed with Bartholomew's RQ, which distinguishes four attachment styles depending on the positive or negative image of the self and others: *secure*, *preoccupied*, *fearful* and *dismissive* attachment. Results show that insecure attachment, particularly the *dismissive* subtype, is the most prevalent one. Slightly more than half of the sample (52.5%) shows clinically significant symptoms (as assessed with the SCL-90-R), particularly hostility, obsessive-compulsive, paranoid ideation, psychoticism, and interpersonal sensitivity. Attachment styles with a negative vision of the self (*preoccupied* and *fearful*) tend to show more psychopathological symptoms. The clinical implications of these results are also discussed.

© 2014 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. All rights reserved.

Keywords:

Attachment
Psychopathology
Adolescents
Young adulthood
Domestic violence

La teoría del apego, formulada por Bowlby, plantea que los humanos presentamos una predisposición biológica a desarrollar un sistema conductual y motivacional que promueve la proximidad con nuestros cuidadores. La relación de apego permitiría obtener protección y seguridad en situaciones de peligro y/o amenaza (Bartholomew y Horowitz, 1991; Bowlby, 1986; Lyddon y Sherry, 2001). La calidad del vínculo, la respuesta sensible y consistente de las figuras de apego a las necesidades del niño, será un factor determinante para el desarrollo de la personalidad y, específicamente, para la generación de los patrones de relación interpersonal que perdurarán en la

adolescencia y la edad adulta (Feeney y Noller, 2001; Lyddon y Sherry, 2001; Meyers, 1998; Rosenstein y Horowitz, 1996; Sherry, Lyddon y Henson, 2007).

Los tipos de apego infantil inicialmente descritos por Ainsworth y Bowlby (1991) han servido de base para desarrollar diferentes clasificaciones de apego adulto. Así, Bartholomew elabora una clasificación dimensional y prototípica del apego a partir de la percepción que una persona tiene de sí misma (*self*) y de los demás (Bartholomew 1990; Bartholomew y Horowitz, 1991). La combinación de una visión positiva o negativa de uno mismo y de los otros da como resultado cuatro estilos de apego: *seguro*, *preocupado*, *temeroso* y *evitativo* (ver figura 1). El estilo de apego *seguro* se caracteriza por el predominio de una valoración positiva de sí mismo y por la capacidad de percibir a los otros como personas en quien confiar, accesibles y sensibles a las propias necesidades. La persona con estilo *evitativo*

*La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a José A. Castillo-Garayoa. Facultat de Psicologia Blanquerna. Universitat Ramon Llull. C/Cister, 34. 08022 Barcelona. E-mail: JosepAntoniCG@blanquerna.url.edu

tiende a evitar la intimidad, tiene una visión positiva de sí mismo y desconfía de los demás, se muestra escéptica en las relaciones de proximidad y se protege poniendo distancia y sobrevalorando su necesidad de independencia (Bartholomew, 1990; Bartholomew y Horowitz, 1991). Por otro lado nos encontramos con los estilos *preocupado* y *temeroso*, que tienen una visión del *self* negativa. El estilo *preocupado* tiende a devaluarse a sí mismo y a ensalzar a los otros, de manera que busca la aprobación y la valoración de los demás. Estas personas pueden confiar ciegamente, sin percibir defectos, limitaciones o riesgos, y son más vulnerables a la soledad y a la depresión. Por último, las personas con estilo de apego *temeroso* tienen una visión negativa tanto del *self* como de los otros, se autodevalúan y tienden a permanecer en un estado de hipervigilancia defensiva y a establecer relaciones en las que se muestran reservados y suspicaces. Buscan la relación y la proximidad pero con desconfianza y miedo a ser rechazados (Castillo y Medina, 2007).

	(+) ----- Percepción del <i>Self</i> ----- (-) (-) ----- Ansiedad ----- (+)	
Percepción de los demás ---- (+) ---- (-) ----- Evitación ----- (+)	Seguro Intimidad y confianza básica	Preocupado Sentimiento de inadecuación personal, búsqueda de aprobación y valoración, confianza ciega.
	Evitativo Escepticismo sobre las relaciones, deseo de invulnerabilidad, falta de empatía y desconfianza distante.	Temeroso Miedo al rechazo, contacto impersonal. Desconfianza temerosa

Figura 1. Modelo de clasificación del apego de Bartholomew.

Además de la clasificación prototípica y dimensional del apego, también es útil considerar la mayor o menor presencia de *ansiedad* y *evitación* en los diferentes tipos de apego. Los tipos de apego *seguro* y *evitativo* (visión positiva del *self*) experimentan menor *ansiedad* en las relaciones interpersonales, más confianza, mientras que la *ansiedad*, el miedo al rechazo, es mayor en los apegos *preocupado* y *temeroso* (visión negativa del *self*). Respecto a la *evitación*, en el apego *seguro* y en el *preocupado* (visión positiva de los demás) habría menos distancia interpersonal, se buscaría más la proximidad, mientras que en los estilos *evitativo* y *temeroso* (visión negativa de los demás) se preferirían relaciones con mayor distancia, menos íntimas.

En la adolescencia, los estilos de apego adquieren un protagonismo especial, ya que es un periodo evolutivo en el que se establecen vínculos intensos de amistad y de pareja. También se incrementa la capacidad reflexiva sobre uno mismo y los demás, lo que favorece que se revisen los vínculos establecidos con los progenitores o figuras sustitutivas (Allen, McElhaney, Kuperminc y Jodl, 2004; Allen, Moore, Kuperminc y Bell, 1998; Sánchez-Queija y Oliva, 2003). Además, la relación entre apego y salud mental, como veremos a continuación, está sólidamente establecida.

Un apego *seguro* permite a la persona conseguir con facilidad proximidad, confianza y reciprocidad en las relaciones íntimas, relaciones más abiertas, productivas y flexibles, favoreciéndose así un funcionamiento psicossocial saludable (Allen et al., 1998; McLewin y Muller, 2006). Los adolescentes y jóvenes en los que predomina un apego *seguro* tienden a ser más abiertos, autónomos y socialmente aceptados, presentan menos sintomatología depresiva, menos conductas delictivas y, en general, niveles más bajos de psicopatología (Allen et al., 1998; Allen, Porter, McFarland, McElhaney y Marsh, 2007; Scott Brown y Wright, 2003). Por el contrario, los apegos *inseguros* (*temeroso*, *preocupado*, *evitativo*) se asocian a mayor presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, dificultades de relación y de

adaptación y, en general, a un mayor riesgo de desarrollar trastornos psicopatológicos (Allen, Hauser y Borman-Spurrell, 1996; Allen et al., 2007; Fonagy, et al., 1996; Keskin y Çam, 2010; McLewin y Muller, 2006; Muller, Lemieux y Sicoli, 2001; Scott Brown y Wright, 2003; Soares y Dias, 2007). Específicamente, el apego *evitativo* se relaciona con trastornos de conducta, abuso de sustancias, conductas delictivas y rasgos esquizoides (Allen et al., 1996; Allen, et al., 2007; Lyddon y Sherry, 2001; Rosenstein y Horowitz, 1996 Sherry et al., 2007) y el apego *preocupado* con trastornos afectivos, dificultades en las relaciones interpersonales y patrones dependientes de personalidad (Bartholomew y Horowitz, 1991; Rosenstein y Horowitz, 1996; Sherry et al., 2007). Desde la perspectiva del modelo dimensional de Bartholomew se ha observado que en las personas con una visión negativa del *self* (apegos *preocupado* y *temeroso*) se incrementa la presencia de creencias disfuncionales y la vulnerabilidad a desarrollar psicopatología: la visión negativa de uno mismo sería el factor predictivo más fiable de la aparición de sintomatología, mientras que las personas con una visión positiva del *self* presentan mejor salud mental y más calidad en sus relaciones (McLewin y Muller, 2006; Muller, et al., 2001).

Estos resultados adquieren mayor relevancia en el caso de niños y adolescentes que han sufrido maltrato intrafamiliar, una población numerosa pero que tiende a la invisibilidad (Rodríguez y Morell, 2012). Sufrir maltrato por parte de las figuras de apego coloca a quien lo sufre en una experiencia paradójica: maltrata quien tendría que proteger y ofrecer seguridad y consuelo. De ahí que una de las consecuencias más frecuentes del maltrato sea una vivencia de desprotección en las relaciones, de falta de amor y bienestar (Lynch y Ciacchetti, 2002; Mikulincer, Hirschberger, Nachmias y Gillath, 2001). Existe evidencia empírica de una mayor prevalencia de estilos de apego inseguros en los adolescentes que han sufrido maltrato intrafamiliar y, como consecuencia, de mayor vulnerabilidad al desarrollo de psicopatología (problemas de conducta, depresión, suicidio, ira, etc.) y de relaciones interpersonales problemáticas (López-Soler et al., 2012; McLewin y Muller, 2006; Muller, Goebel-Fabri, Diamond y Dinklage, 2000; Muller y Lemieux, 2000; Shaffer, Huston y Egeland, 2008; Thornberry, Henry, Ireland y Smith, 2010).

Con la exposición de estos resultados no se pretende afirmar que haber sufrido maltrato aboca necesariamente a desarrollar apego inseguro y trastornos mentales. De hecho, es posible establecer diferentes tipos de vínculos con los progenitores y/o cuidadores, permitiendo así la vinculación segura con alguna figura significativa (Delgado, Oliva y Sánchez-Queija, 2011; Howes y Hamilton, 1992; Sánchez-Queija y Oliva, 2003). Además, los adolescentes maltratados pueden encontrar a lo largo de su vida a otras personas que les ayuden a elaborar lo vivido y a trabajar para que su manera de relacionarse no se vea afectada negativamente. Es posible que alguna de esas personas sea un profesional, educador social, psicoterapeuta, psicólogo clínico, psiquiatra. Desde esta perspectiva, tener en cuenta el estilo de apego resulta imprescindible para formular la problemática del adolescente, establecer una alianza terapéutica sólida y plantear la intervención. Así, McBride, Atkinson, Quilty y Powell (2006) hallaron que la psicoterapia cognitiva era más eficaz que la terapia interpersonal en pacientes con depresión mayor y apego *evitativo*. El foco en la cognición resultaría menos amenazante para esos pacientes que centrar el tratamiento en cuestiones interpersonales. Muller (2009), sin embargo, propone abordar con el paciente de apego *evitativo* las experiencias dolorosas asociadas a su relación con las figuras de apego.

La investigación, la evaluación clínica individualizada y la intervención psicoterapéutica con niños, adolescentes y jóvenes maltratados son retos urgentes y prioritarios para paliar la "epidemia silenciosa" que afecta a su bienestar psicológico (Rodríguez y Morell, 2012). Asimismo, conviene tener presente el carácter preventivo de las intervenciones que puedan modificar estilos de apego inseguros (Staines, 2012), ya que éste se transmite de forma intergeneracional a través de los *modelos operativos internos*: la imagen de uno mismo

y de los demás que tienen los progenitores influye en la percepción de sus hijos, en su manera de tratarlos y en la calidad de sus respuestas a las demandas de atención y cuidado (Keskin y Çam, 2010; Marrone, 2001). Y también el maltrato puede transmitirse (o interrumpirse su transmisión) de padres a hijos, siendo el vínculo de apego un factor determinante en dicha transmisión (Milan, Lewis, Ethier, Kershaw e Ickovics, 2004).

A pesar de la importancia para la prevención y la intervención, son escasos los estudios internacionales y no tenemos constancia de investigaciones realizadas en España que relacionen apego, psicopatología y maltrato. En esta línea, los objetivos del presente estudio son a) evaluar el estilo de apego de un grupo de adolescentes que han sufrido maltrato intrafamiliar y b) explorar la relación entre los estilos de apego y la presencia de sintomatología clínica. A partir de las investigaciones revisadas, se plantea la hipótesis de que los adolescentes con estilos de apego *preocupado* y *temeroso* (visión negativa del *self*) presentarán más sintomatología clínica que aquellos que sean clasificados como *seguros* y/o *evitativos*.

Método

Participantes

La muestra del presente estudio está constituida por 40 adolescentes y jóvenes (a partir de ahora adolescentes-jóvenes), 18 chicos y 22 chicas, con edades comprendidas entre 13 y 22 años ($M = 16.28$, $DT = 1.9$), que son atendidos por el *Servei d'Atenció al Menor* del *Consell Insular* de Menorca ($n = 24$) y por la Asociación Invia de Barcelona ($n = 16$), instituciones que les proporcionan orientación académica, laboral y psicológica. Todos los adolescentes-jóvenes de la muestra han sufrido algún tipo de maltrato: el 70% de la muestra ha sufrido negligencia física y/o emocional, el 27.5% maltrato emocional y/o físico y el 2.5% abuso sexual. Como señalan Arruabarrena y de Paúl (1999), en la *negligencia* las necesidades físicas y emocionales básicas (alimentación, ropa, higiene, protección, afecto, educación, cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ninguno de los adultos que conviven con el niño o la niña. En el *maltrato emocional* hay hostilidad verbal hacia ellos, insultos, desprecio, crítica, amenaza de abandono y/o bloqueo de las iniciativas de interacción por parte de cualquiera de los miembros adultos del grupo familiar. El *maltrato físico* se define como cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico (fracturas, quemaduras, hematomas, mordiscos, etc.) o enfermedad en el niño, o le ponga en riesgo de padecerlo. Finalmente, el *abuso sexual* consiste en el contacto sexual por parte de un adulto que ejerce una posición de poder o autoridad sobre el niño/a.

Por lo que respecta al tipo de residencia de los adolescentes de la muestra, 19 (47.5%) están en acogida con familia extensa, 14 (35%) residen en pisos asistidos, 5 (12.5%) en centros de acogida y 2 (5%) en acogida con familia ajena.

Instrumentos

La sintomatología clínica de los adolescentes se ha evaluado mediante la adaptación española del SCL-90-R (*Symptom Checklist 90 Revised*) de Derogatis (González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez y Rodríguez, 2002). Este cuestionario autoaplicado consta de 90 ítems, cada uno de ellos evaluando la frecuencia de un síntoma psicopatológico en las últimas semanas, en una escala likert de 0 ("nada en absoluto") a 4 ("mucho o extremadamente"). Las dimensiones psicopatológicas evaluadas son somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, fobia, paranoia y psicoticismo. En el presente estudio se considera también un indicador del sufrimiento psicológico global, el GSI (*Global Severity Index*), que tiene en cuenta tanto el número de síntomas que presenta la persona evaluada como la intensidad de dichos síntomas.

El tipo de apego de los adolescentes se ha evaluado mediante el *Cuestionario de Relación* [Relationship Questionnaire, RQ] de Bartholomew y Horowitz (1991), en la adaptación española de Alonso-Arbiol (en Yárnoz, 2008). Este cuestionario recoge una definición prototípica de cada uno de los tipos de apego descritos por Bartholomew y su grupo (Bartholomew y Horowitz, 1991), subrayando las características fundamentales: facilidad para acercarse emocionalmente a los demás, para confiar, aceptación de la soledad (apego *seguro*), sentimiento de bienestar cuando no se tiene una relación afectiva, énfasis en la independencia y la autosuficiencia (apego *evitativo*), deseo de intimidad y percepción de que los demás marcan distancia, sentirse perdido cuando no se está en relación (apego *preocupado*) y malestar al acercarse a los demás, desconfianza y miedo al sufrimiento si no se mantiene distancia (apego *temeroso*). Se pide al sujeto que a) indique cuál de los cuatro prototipos cree que refleja mejor su forma de relacionarse con los demás y b) evalúe su grado de identificación con cada prototipo según una escala likert de 0 a 7, donde 0 es "totalmente en desacuerdo" y 7 "totalmente de acuerdo". Por tanto, el RQ permite clasificar a la persona en una categoría de apego (perspectiva categorial) y tener en cuenta las puntuaciones de cada subtipo de apego (perspectiva dimensional). El cuestionario RQ cuenta con propiedades psicométricas adecuadas de test-retest y de validez de constructo (Yárnoz, Alonso-Arbiol, Plazaola y Sainz de Murieta, 2001).

Procedimiento

Los adolescentes-jóvenes que han participado en este estudio lo han hecho de forma voluntaria, con el previo consentimiento de la institución y de los tutores legales correspondientes. Tanto los tutores legales como los propios adolescentes-jóvenes han firmado el consentimiento informado. Es importante tener en cuenta que se trata de una población altamente vulnerable y de difícil acceso. Para solventar esas dificultades, fueron los profesionales de las instituciones colaboradoras, responsables del seguimiento psicossocial de los adolescentes-jóvenes, quienes administraron los cuestionarios de apego (RQ) y psicopatología (SCL-90-R).

Resultados

Para delimitar el tipo de muestra se han realizado análisis descriptivos de los datos obtenidos. Debido a la limitación en cuanto a tamaño muestral, se han realizado comparaciones no paramétricas (Kruskal-Wallis de muestras independientes) entre los tipos de apego (*seguro*, *evitativo*, *preocupado* y *temeroso*) y la sintomatología psicopatológica (puntuaciones directas del SCL-90-R). Asimismo, se ha utilizado el estadístico correlación de Pearson para calcular la relación entre el valor asignado por el adolescente-joven a cada tipo de apego (cada adolescente-joven evalúa cada tipo de apego en una escala comprendida por valores de 1 a 7) y la sintomatología (escala comprendida por valores de 0 a 4). Los cálculos se han realizado mediante el paquete informático SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versión 19.0 para Windows.

Apego

La mayoría de los adolescentes-jóvenes de la muestra presenta apego *inseguro* (67.5%, 27 adolescentes-jóvenes del total de 40), mientras que el 32.5% se autoperceben con apego *seguro* (13 de 40). De los 27 adolescentes-jóvenes con apego *inseguro*, 15 (37.5%) tienen apego *evitativo*, 8 apego *preocupado* (20.0%) y 4 apego *temeroso* (10.0%).

Sintomatología psicopatológica

A partir de los criterios de corrección establecidos por el SCL-90-R, 19 de los 40 adolescentes-jóvenes de la muestra (47.5%) presentan niveles de sintomatología equiparables a los de la población normal,

mientras que 21 (52.5%) sufren síntomas psicopatológicos clínicamente significativos. Las dimensiones de mayor prevalencia son *hostilidad* (50% de la muestra), *obsesión-compulsión* (45%), *ideación paranoide* (45%), *psicoticismo* (45%) y *sensibilidad interpersonal* (42.5%). Dichas dimensiones incluyen síntomas de ira, irritabilidad y resentimiento (*hostilidad*), conductas, pensamientos e impulsos que generan ansiedad intensa (*obsesión-compulsión*), desconfianza (*ideación paranoide*), sentimiento de soledad, aislamiento y estilo de vida esquizoide (*psicoticismo*) y timidez, vergüenza, hipersensibilidad e inhibición en las relaciones interpersonales (*sensibilidad interpersonal*).

Apego y sintomatología psicopatológica

La relación entre apego y sintomatología se calcula desde dos perspectivas: teniendo en cuenta las puntuaciones de los adolescentes-jóvenes en cada tipo de apego (perspectiva dimensional) y considerando el apego predominante en cada adolescente-joven, es decir, el tipo de apego al que otorga una puntuación mayor (perspectiva categorial).

Desde la perspectiva dimensional, como puede observarse en la tabla 1, la puntuación en apego *preocupado* correlaciona significativamente con la sintomatología ansiosa, fóbica y paranoide, así como con el global de sintomatología del adolescente o joven (GSI). Las puntuaciones en apego *temeroso* también presentan correlaciones significativas con las dimensiones psicopatológicas de somatización, depresión, ansiedad e ideación paranoide, así como con el GSI.

El instrumento utilizado para evaluar el apego (RQ) también permite valorar la *ansiedad* que suscitan las relaciones interpersonales y el grado de *evitación*, de necesidad, que refiere la persona de mantener proximidad o distancia en las relaciones. La dimensión *ansiedad* se calcula sumando las puntuaciones de apego *preocupado* y *temeroso* y restando las de apego *seguro* y *evitativo*. La dimensión *evitación* es el resultado de sumar apego *evitativo* y *temeroso*, restando apego *seguro* y *preocupado*. Como puede observarse en la tabla 1, la dimensión *ansiedad*, mayor en los tipos de apego con una visión negativa del *self* (*preocupado* y *temeroso*), es la que presenta correlaciones significativas con síntomas de sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, fobia y paranoia, así como con el indicador global de psicopatología GSI.

Considerando el apego predominante de cada adolescente-joven de la muestra (perspectiva categorial), los resultados indican que la sintomatología psicopatológica, en especial depresión, paranoia, sensibilidad interpersonal, ansiedad y fobia, tiende a ser mayor en los que tienen apego *preocupado* y *temeroso* (tabla 2, figura 2), si bien únicamente las diferencias en paranoia alcanzan la significación estadística.

Discusión

En el presente estudio se ha evaluado el estilo de apego y la sintomatología psicopatológica de una muestra de adolescentes-jóvenes que han sufrido maltrato intrafamiliar. Aproximadamente uno de cada tres adolescentes-jóvenes (32.5%) presenta apego *seguro*, mien-

Tabla 1
Correlaciones entre apego y psicopatología

SCL-90-R	Seguro	Evitativo	Preocupado	Temeroso	Ansiedad	Evitación
Somatización (SOM)				-.324*		
Obs-compulsión (OBS)						
Sens. Interpers. (INT)			.486**		.484**	
Depresión (DEP)				.331*	.366*	
Ansiedad (ANS)				.433**	.481**	
Hostilidad (HOS)						
Fobia (FOB)			.476**		.437**	
Paranoia (PAR)	-.324*		.410*	.334*	.313*	.428*
Psicoticismo (PSI)						
GSI			.354*	.348*	.406*	

Nota. Correlación *r* de Pearson. Sólo se reportan en la tabla los valores de significación <.05, **p* < .05 y ***p* < .005

Tabla 2
Sintomatología psicopatológica media en el conjunto de la muestra de adolescentes-jóvenes y en función del tipo de apego predominante

SCL-90-R	Muestra	Apego predominante				Sig.
		Seguro	Evitativo	Preocupado	Temeroso	
Obs.-comp. (OBS)	1.01	0.78	0.92	1.57	0.95	
Hostilidad (HOS)	0.98	0.86	1.11	0.92	1.04	
Depresión (DEP)	0.88	0.76	0.62	1.33	1.38	
Paranoia (PAR)	0.85	0.51	0.72	1.46	1.52	.002**
Sens Interp. (INT)	0.79	0.64	0.57	1.36	1.06	
Ansiedad (ANS)	0.67	0.51	0.50	1.14	0.92	
Somatización (SOM)	0.66	0.61	0.54	0.96	0.67	
Psicoticismo (PSI)	0.41	0.34	0.41	0.47	0.50	
Fobia (FOB)	0.31	0.13	0.26	0.77	1.14	
GSI	0.74	0.60	0.62	1.14	0.92	

Nota. Los asteriscos indican diferencias de sintomatología entre los diferentes tipos de apego; ***p* < .005.

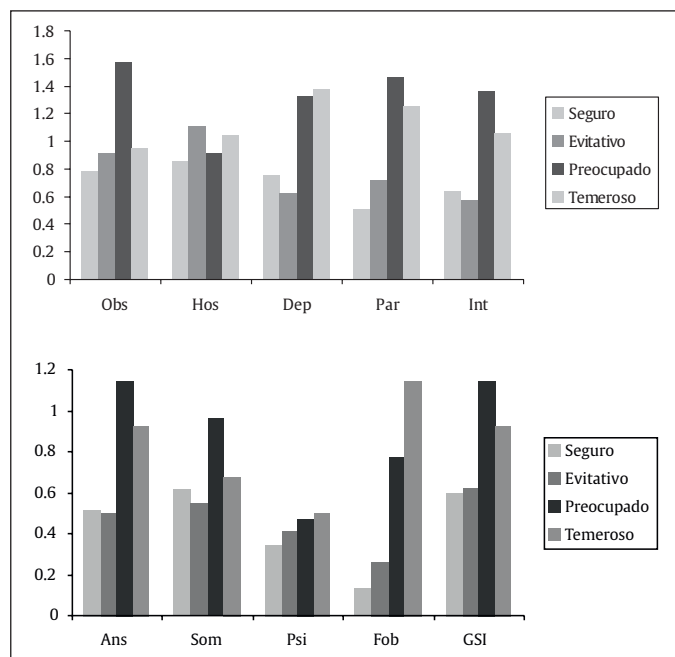


Figura 2. Estilo de apego y sintomatología psicopatológica.

tras que algo más de dos de cada tres (67.5%) presentan apego *inseguro*, sea de tipo *evitativo* (37.5%), *preocupado* (20%) o *temeroso* (10%). En estudios realizados con población general, se observan proporciones inversas: 2 de cada 3 personas presenta apego *seguro* y 1 de cada 3 apego *inseguro* (Yárnoz y Comino, 2011). Por tanto, los datos corroboran que el maltrato intrafamiliar está asociado a una mayor prevalencia de apego *inseguro* (López-Soler et al., 2012; McLewin y Muller, 2006; Shaffer et al., 2008; Thornberry et al., 2010). El maltrato intrafamiliar implicaría un mayor riesgo de dificultades para establecer un auto-concepto y una visión de los demás que permitan regular adecuadamente las emociones y establecer relaciones de confianza, minimizando así la vulnerabilidad a sufrir dificultades psicopatológicas.

Algo más de un tercio de la muestra se identifica con el estilo de apego *evitativo*, que prefiere no implicarse en relaciones afectivas, que enfatiza la independencia y la distancia interpersonal. El estilo de apego *evitativo* subraya la autonomía y la autosuficiencia, valores evolutivamente importantes para el adolescente-joven y que están muy presentes en los modelos de socialización vigentes desde hace años (Melero y Cantero, 2008). Pero no conviene olvidar los riesgos que entraña la consolidación de ese patrón relacional: desconfianza, escepticismo sobre las relaciones, frialdad, falta de empatía y rasgos esquizoides de personalidad (Bartholomew, 1990; Bartholomew y Horowitz, 1991; Sherry et al., 2007). La representación que la persona de apego *evitativo* tiene de los demás queda desprovista de connotaciones positivas, de bienestar, amor y protección (Mikulincer et al., 2001). En coherencia con esa visión de los demás, tienden a excluirse defensivamente emociones dolorosas y se inhibe la necesidad y el deseo de vínculo: se desactivan emociones negativas, pero a costa de un alto despliegue de energía y de perder aquellas experiencias positivas asociadas a la intimidad emocional (Howe, 2005; Muller, 2009). El maltrato sufrido podría explicar la alta prevalencia de apego *evitativo*: si los que debían proteger y querer han maltratado, la desconfianza y el deseo de invulnerabilidad pueden generalizarse al conjunto de las relaciones íntimas, de amistad, de pareja y, en el futuro, a la relación con los hijos. La respuesta sensible a las necesidades del otro (pareja, hijos) quedaría afectada en las personas de apego *evitativo*, incrementándose el riesgo de transmisión intergeneracional del maltrato. Muller (2009) destaca la dificultad del trabajo psicoterapéutico con personas de apego *evitativo* que han

sufrido maltrato intrafamiliar, ya que tienden a desconfiar y a mantener una perspectiva de sí mismo/a de fortaleza, independencia y "normalidad". En el trabajo clínico y psicoeducativo cuesta establecer alianza terapéutica y los abandonos del tratamiento son habituales. Según Muller (2009), la intervención debería confrontar la tendencia a minimizar las experiencias traumáticas, favoreciendo la activación y la identificación de las emociones. Si el paciente *evitativo* tiende a eludir lo relacional, el profesional que lo atiende debería tener una actitud contraria, explorando y ayudando a reestructurar los *modelos operativos internos* del paciente, su visión de sí mismo y de los demás. Estudios futuros deberán confirmar la notable presencia de apego *evitativo* entre adolescentes-jóvenes que han sufrido maltrato y si esa presencia es fruto de un énfasis temporal en la autosuficiencia personal o si tiende a determinar a más largo plazo las relaciones del adolescente.

Un 52.5% de la muestra presenta niveles de psicopatología clínicamente significativos. Este resultado remarca la importancia de atender la salud mental de los adolescentes-jóvenes que han sufrido maltrato (Rodríguez y Morell, 2012; Staines, 2012). *Hostilidad, ideación paranoide, obsesión-compulsión, psicoticismo* y *sensibilidad interpersonal* son las escalas del SCL-90-R con puntuaciones más elevadas. Los adolescentes-jóvenes evaluados refieren, por tanto, diversas experiencias negativas que tienen que ver con las relaciones interpersonales: sentimientos de enfado e ira, discusiones (*hostilidad*), tendencia a culpar a los demás, desconfianza, no sentirse comprendido ni valorado (*ideación paranoide*), sentirse herido, incómodo ante los demás, inferior (*sensibilidad interpersonal*), sentimiento de soledad y aislamiento (*psicoticismo*). Si bien sólo se ha hallado relación estadísticamente significativa entre apego e *ideación paranoide*, se observa que los adolescentes-jóvenes con estilos de apego *preocupado* y *temeroso* tienden a presentar más sintomatología clínica que los de apego *seguro* y *evitativo*, corroborando así estudios previos (Rosentein y Horowitz, 1996; Scott Brown y Wright, 2003; Soares y Dias, 2007). La visión negativa de uno mismo, característica del apego *preocupado* y del *temeroso*, potenciaría la vivencia de ansiedad en las relaciones interpersonales y sería la dimensión más determinante para la aparición de psicopatología (McLewin y Muller, 2006; Muller et al., 2000; Muller et al., 2001).

Respecto a las limitaciones de este estudio, una de las principales atañe al tamaño de la muestra. Se necesitaría una muestra más grande para aumentar el poder estadístico. Cabe decir que se trata de una muestra de difícil acceso: son adolescentes-jóvenes que han sufrido experiencias dolorosas, que residen en centros, en pisos asistidos o en familia extensa o de acogida, bajo supervisión institucional. Estas circunstancias han condicionado el acceso a los adolescentes-jóvenes y no han permitido recoger datos necesarios: tanto el maltrato (tipo, duración, intensidad, personas que lo han ejercido) como el tipo de acogimiento de los adolescentes (centro residencial, piso asistido, familia extensa, acogimiento familiar) deberían ser variables recogidas y analizadas con detalle. Respecto a las limitaciones del instrumento de medida del apego (RQ, *Relationship Questionnaire*), señalar que la persona evaluada puede tener dificultades de introspección y/o decidir en qué estilo quiere ser clasificado. Sin embargo, hay autores que defienden la evaluación del apego a través de medidas de autoinforme (Shaver y Mikulincer, 2004) y el RQ no es sensible a sesgos de autoengaño (Yárnoz y Comino, 2011). La decisión de utilizar el RQ tuvo también que ver con que es el instrumento que corresponde al modelo de Bartholomew, que se utiliza como marco teórico de referencia en el presente estudio. Por último, también hay que tener en cuenta que la clasificación de Bartholomew corresponde al estilo de apego adulto y la muestra del presente estudio está compuesta en parte por adolescentes. Ante esta objeción, cabe señalar que las investigaciones revisadas utilizan modelos de apego adulto para clasificar a adolescentes y que hasta el momento no se han desarrollado clasificaciones específicas para el apego en la adolescencia.

Como se ha comentado, no nos consta que en España se hayan realizado investigaciones que relacionen apego y psicopatología en adolescentes-jóvenes maltratados. Uno de cada dos adolescentes-jóvenes de la muestra refiere sintomatología clínicamente significativa y dos de cada tres presentan apego *inseguro*, mayoritariamente de carácter *evitativo*. Estos datos subrayan la importancia de la intervención educativa y psicoterapéutica con adolescentes-jóvenes que han sufrido maltrato. La visión negativa de sí mismo sería un elemento a trabajar en los adolescentes-jóvenes de apego *preocupado* y *temeroso*, mientras que uno de los focos de intervención con los adolescentes-jóvenes de apego *evitativo* sería su tendencia a la desactivación emocional y a mantener una falsa auto-imagen de fortaleza y auto-suficiencia. La adolescencia y la primera juventud son etapas importantes para las víctimas de maltrato, periodos óptimos para promover resiliencia y elaborar el daño que ha sufrido su capacidad para la intimidad psicológica (Becoña, 2006; McLewin y Muller, 2006). También por razones preventivas merece la pena intervenir, para intentar que la inseguridad del apego y los patrones de maltrato no se transmitan de generación en generación. Para los chicos y chicas que han sufrido maltrato, la relación psicoterapéutica y/o psico-educativa puede ofrecer la oportunidad de establecer un vínculo que suponga una experiencia emocional correctiva. La intervención debería constituirse en una "base segura" (Bowlby, 1988) desde la que trabajar aspectos dolorosos de la propia vida, incrementar la confianza y mejorar la capacidad para la intimidad.

Extended summary

Bowlby's attachment theory argues that humans have a biological predisposition to develop a behavioural and motivational system that promotes proximity with our caregivers. The attachment relationship would allow us to get protection and security in situations of danger and/or threat (Ainsworth & Bowlby, 1991; Bartholomew & Horowitz, 1991; Bowlby, 1988; Lyddon & Sherry, 2001).

The types of child attachment initially described by Bowlby have been used as the basis to develop different classifications of adult attachment. Thus, Bartholomew set up a dimensional and prototypical classification of attachment from the perception that a person has of him/herself (self) and others (Bartholomew 1990; Bartholomew & Horowitz, 1991). The combination of a positive or negative vision of oneself and others results in four attachment styles: *secure*, *preoccupied*, *fearful*, and *dismissive* (see Figure 1). The *secure* attachment style is characterized by the predominance of a positive assessment of oneself and by the capacity to perceive others as trustworthy, accessible, and sensitive to one's needs. People with a *dismissive* style tend to avoid intimacy, have a positive vision of themselves, and distrust others; they are sceptical in close relationships and protect themselves by keeping their distance and overrating their need of independence (Bartholomew, 1990; Bartholomew & Horowitz, 1991). On the other hand, there are the *preoccupied* and *fearful* styles, which have a negative vision of the self. The *preoccupied* style tends to underrate him/herself and praise others, and so they look for other people's approval. These people can trust blindly, without noticing defects, limitations or risks; they are more vulnerable to loneliness and depression, and tend to develop dependent personality patterns (Lyddon & Sherry, 2001; Sherry et al., 2007). Finally, people with a *fearful* attachment style have a negative image of both the self and others, they underrate themselves, and tend to remain in a state of defensive hypersurveillance and to establish relationships where they are reserved and suspicious. They seek the relationship and proximity but with distrust and fear of being rejected. According to Bartholomew (1990), most people would belong to one of these four attachment styles, but these categories are not intended to be closed and there may be characteristics of different styles in one single individual.

In adolescence, attachment styles become more prominent, as this is an evolutionary period when deep friendship and couple bonds are established. There is also an increase in the capacity of thinking about oneself and others. All this encourages adolescents to revise their bonds with parents or replacing figures (Allen, McElhaney, Kuperminc, & Jodl, 2004; Sánchez-Quejía & Oliva, 2003). *Secure* attachment allows the person to easily get proximity, trust and reciprocity in their close relationships, with these relationships being more open, productive, and flexible, thus promoting healthy psychosocial functioning (McLewin & Muller, 2006). Adolescents with a predominant *secure* attachment tend to be more open, autonomous and socially accepted, they have less depressive symptoms, less criminal behaviours and, in general, lower levels of psychopathology (Allen, Porter, McFarland, McElhaney, & Marsh, 2007; Brown & Wright, 2003). On the contrary, *insecure* attachment styles (*fearful*, *preoccupied*, *dismissive*) are associated to a higher presence of anxious and depressive symptoms, difficulties of relationship and adjustment, and, in general, to a higher risk of developing psychopathological disorders (Allen et al., 2007; Brown & Wright, 2003; Fonagy et al., 1996; Keskin & Çam, 2010; McLewin & Muller, 2006; Muller, Lemieux, & Sicoli, 2001; Pinna, Gauthier, & Van Oirbeek, 2011). From the perspective of Bartholomew's dimensional model, it has been observed that in people with a negative vision of the self (*preoccupied* and *fearful* attachment styles) there is an increase in the presence of dysfunctional beliefs and vulnerability to develop psychopathology: the negative vision of oneself would be the most reliable predicting factor for the emergence of symptoms, whereas people with a positive vision of the self have better mental health and higher quality relationships (McLewin & Muller, 2006; Muller, Lemieux, & Sicoli, 2001).

These results are more relevant in the case of children and adolescents that have suffered from intrafamily maltreatment. Being maltreated by attachment figures places the victim in a paradoxical experience: the abuser is precisely the person who was supposed to give protection, security and comfort. For this, one of the most frequent consequences of maltreatment is an experience of lack of protection in relationships, lack of love and wellbeing (Lynch & Ciacchetti, 2002; Mikulincer, Hirschberger, Nachmias, & Gillath, 2001). There is empirical evidence for a higher incidence of insecure attachment among adolescents that have suffered from intrafamily maltreatment and, as a consequence, of greater vulnerability to developing psychopathology and difficult interpersonal relationships (McLewin & Muller, 2006; Muller, Goebel-Fabri, Diamond, & Dinklage, 2000; Muller & Lemieux, 2000; Shaffer, Huston, & Egeland, 2008; Thornberry, Henry, Ireland, & Smith, 2010). From this perspective, it is essential to consider attachment style to formulate the adolescent's problem, establish a sound therapeutic alliance, and set up the intervention (McBride, Atkinson, Quilty, & Powell, 2006; Muller, 2009).

Despite the significance for prevention and intervention, we are not aware of any research in Spain that relates attachment, psychopathology, and maltreatment. In this line, the objectives of this study are (a) to assess the attachment style of a group of adolescents that have suffered from intrafamily maltreatment and (b) to establish the relationship between attachment styles and presence of clinical symptoms. On the basis of reviewed literature, it is hypothesized that adolescents with *preoccupied* and *fearful* attachment styles (negative vision of the self) will have more clinical symptoms than adolescents classified as *secure* and/or *dismissive*.

Method

Participants

The sample of this study consisted of 40 adolescents and young adults, 18 boys and 22 girls, with ages ranging from 13 to 22 years ($M = 16.28$, $SD = 1.9$). All of them have suffered from some kind of

maltreatment. Specifically, according to the classification used by the institution of reference, 70% of the sample have suffered from physical and emotional neglect, 27% have suffered from emotional neglect, and 2.5% from sexual abuse.

Instruments

The clinical symptoms of these adolescents were assessed through the Spanish adaptation of Derogatis's SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised) (González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez, & Rodríguez, 2002). The attachment style of adolescents was assessed through the Relationship Questionnaire (RQ) by Bartholomew and Horowitz (1991), in the Spanish adaptation by Alonso-Arbiol (in Yáñez, 2008). This questionnaire has a prototypical definition for every attachment style (Bartholomew & Horowitz, 1991), with stress being put on fundamental characteristics: ability to approach others emotionally, to trust, acceptance of loneliness (*secure* attachment), feeling of wellbeing when being without an emotional relationship, emphasis on independence and self-sufficiency (*dismissive* attachment), wish for intimacy and perception that others keep their distance, feeling lost when being without a relationship (*preoccupied* attachment), and discomfort when approaching others, distrust and fear of suffering if distances are not kept (*fearful* attachment). Subjects were asked to (a) report which of the four prototypes they think reflects their way of relating to others better and (b) to assess their degree of identification with every prototype with a Likert-type scale, from 0 (I totally disagree) to 7 (I totally agree).

Procedure

The adolescents participating in this study were volunteers, with the previous consent from the institution and corresponding legal tutors. Both their legal tutors and the adolescents signed an informed consent form.

Results

Attachment

Most adolescents-young adults in the sample show *insecure* attachment (27, 67.5%). Of the adolescents-young adults with *insecure* attachment, 15 (37.5%) have *dismissive* attachment, 8 (20%) *preoccupied* attachment, and 4 (10%) *fearful* attachment.

Psychopathological symptoms

If we analyze SCL-90-R scores, we can see that 52.5% of the sample (21 adolescents-young adults) have clinically significant psychopathological symptoms. The adolescents-young adults in the sample have more symptoms in the scales of *hostility*, *obsessive-compulsive*, *paranoid ideation*, *psychoticism*, and *interpersonal sensitivity*.

Attachment, and psychopathological symptoms

The correlations are positive between *preoccupied* attachment and symptoms of interpersonal sensitivity, phobia, and paranoid ideation, and between *fearful* attachment and symptoms of somatisation, depression, anxiety, and paranoid ideation. The adolescents-young adults with *preoccupied* and *fearful* attachment (negative vision of the self, *anxiety* dimension of Bartholomew's model) tend to have higher scores in psychopathological scales associated to interpersonal aspects (paranoia, interpersonal sensitivity).

Discussion

In this study, attachment style and psychopathological symptoms were assessed in a sample of adolescents and young adults that have

suffered from intrafamily maltreatment. More than two out of three adolescents (67.5%) have *insecure* attachment style. *Dismissive* attachment, characterized by a positive vision of the self and negative vision of others, is the most prevalent insecure attachment style. Therefore, most adolescents identify with an attachment style that is more comfortable in the absence of emotional relationships, which emphasizes independence, self-sufficiency and interpersonal distance. We can understand that the *dismissive* attachment style highlights autonomy, but we should not forget the risks involved in the consolidation of this relational pattern: distrust, scepticism about relationships, coldness, lack of empathy, and schizoid personality traits (Bartholomew, 1990; Bartholomew & Horowitz, 1991; Sherry et al., 2007). Maltreatment suffered could account for the high prevalence of this *dismissive* attachment style: if those people who were supposed to protect and love them maltreated them, distrust and wish for invulnerability may be generalized to all close relationships, friendships, couple relationships and, in the future, their relationship with their children. In the clinical and psychoeducational task, it is difficult to establish therapeutic alliance, and treatment dropouts are frequent. According to Muller (2009), the intervention should confront the tendency to minimize traumatic experiences by promoting activation and identification of emotions. Further research should confirm the remarkable presence of *dismissive* attachment among formerly maltreated adolescents and young adults.

Half of the sample has clinically significant levels of psychopathology. This result highlights the importance of attending to the mental health of formerly maltreated adolescents and young adults. *Hostility*, *paranoid ideation*, *obsessive-compulsive*, *psychoticism*, and *interpersonal sensitivity* are the SCL-90-R scales with higher scores. The adolescents and young adults in our sample, then, report different negative experiences that have to do with interpersonal relationships: feelings of annoyance and anger, arguments (*hostility*), tendency to blame others, distrust, not feeling understood or appraised (*paranoid ideation*), feeling hurt, uncomfortable in front of others, inferior (*interpersonal sensitivity*). The negative vision of oneself, characteristic of *preoccupied* and *fearful* attachment styles, would be the most determining dimension for the emergence of psychopathology (McLewin & Muller, 2006; Muller et al., 2000; Muller et al., 2001).

Sample size is one limitation of the study. It is worth mentioning that this sample is difficult to have access. There are also limitations in the instrument to assess attachment (RQ, Relationship Questionnaire): the subject may show a distorted image of him/herself and deliberately decide what style he/she wants to be classified in. Besides, the self-report may be biased due to possible difficulties of introspection. Despite these objections, there are also authors who defend an assessment of attachment through self-report measures, in view of the complexity of other existing tests (Shaver & Mikulincer, 2004).

As mentioned before, one in two adolescents in our sample shows clinically significant symptoms and two out of three have *insecure* attachment style, mainly of a *dismissive* character. These data highlight the importance of the educational and psychotherapeutic intervention with formerly maltreated adolescents and young adults. The negative vision of oneself would be an element to work with in adolescents-young adults with *preoccupied* and *fearful* attachment styles, whereas one of the focuses of intervention with adolescents-young with *dismissive* attachment style would be their tendency towards emotional defusion and to keep a false self-image of strength and self-sufficiency. For formerly maltreated young people, the psychotherapeutic and/or psychoeducational relationship may be a chance to establish a bond that represents a corrective emotional experience. The intervention should be built upon a "secure basis" (Bowlby, 1988) from where to work on painful aspects of their own life, increase trust, and improve their capacity for intimacy.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración del Servei d'Atenció al Menor (Consell Insular de Menorca), de la Asociación Invia y del Área de Suport als Joves Tutelats i Extutelats de DGAIA (Generalitat de Catalunya).

Referencias

- Ainsworth, M. D. S. y Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 331-341.
- Allen, J. P., Hauser, S. T. y Borman Spurrell, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: an 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 254-263.
- Allen, J. P., McElhaney, K. B., Kuperminc, G. P. y Jodl, K. M. (2004). Stability and change in attachment security across adolescence. *Child Development*, 75, 1792-1805.
- Allen, J. P., Moore, C., Kuperminc, G. y Bell, K. (1998). Attachment and adolescent psychosocial functioning. *Child Development*, 69, 1406-1419.
- Allen, J. P., Porter, M., McFarland, C., McElhaney, K. B. y Marsh, P. (2007). The relation of attachment security to adolescent's paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child Development*, 78, 1222-1239.
- Arruabarruena, M. I. y De Paül, J. (1999). *Maltrato a los niños en la familia: Evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K. y Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146.
- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bowlby, J. (1988). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Castillo, J. A. y Medina, P. (2007). Maltrato en la relación de pareja: apego, intimidad y cambios sociales. En A. Talarn (Comp.), *Globalización y salud mental* (pp. 393-416). Barcelona: Herder.
- Delgado, I., Oliva, A. y Sánchez-Queija, I. (2011). Apego a los iguales durante la adolescencia y la adultez emergente. *Anales de Psicología*, 27(1), 155-163.
- Feeney, J. y Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G. ... Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez, M. y Rodríguez, F. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA.
- Howe, D. (2005). *Child abuse and neglect: Attachment, development and intervention*. New York: Palgrave MacMillan.
- Howes, C. y Hamilton, C. E. (1992). Children's relationships with child care teachers: stability and concordance with parental attachments. *Child Development*, 63, 867-878.
- Keskin G. y Çam, O. (2010). Adolescent's strengths and difficulties: approach to attachment styles. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 433-441.
- López-Soler, C., Fernández, M. V., Prieto, M., Alcántara, M. V., Castro, M. y López-Pina, J.A. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales de Psicología*, 28, 780-788.
- Lyddon, W. y Sherry, A. (2001). Developmental personality styles; an attachment theory conceptualization of personality disorders. *Journal of Counseling & Development*, 79, 405-413.
- Lynch, M. y Ciacchetti, D. (2002). Links between community violence and the family system: Evidence from children's feelings of relatedness and perceptions of parent behavior. *Family Process*, 41, 519-53.
- Marrone, M. (2001). Entre la clínica y la investigación. En M. Marrone (Ed.), *La teoría del apego: un enfoque actual* (pp. 49-72). Madrid: Psimática.
- McBride, C., Atkinson, L., Quilty, L. C. y Powell, B. (2006). Attachment as moderator of treatment outcome in major depression: A randomized control trial of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1041-1054.
- McLewin, L. A. y Muller, R. T. (2006). Attachment and social support in the prediction of psychopathology among young adults with and without a history of physical maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 30, 171-191.
- Melero, R. y Cantero, M. J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19, 83-100.
- Meyers, S. A. (1998). Personality correlates of adult attachment style. *The Journal of Social Psychology*, 138, 407-409.
- Mikulincer, M., Hirschberger, G., Nachmias, O. y Gillath, O. (2001). The affective component of the secure base schema: Affective priming with representations of attachment security. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 305-321.
- Milan, S., Lewis, J., Ethier, K., Kershaw, T. y Ickovics, J. R. (2004). The impact of physical maltreatment history on the adolescent mother-infant relationship: Mediating and moderating effects during the transition to early parenthood. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 249-261.
- Muller, R. T. (2009). Trauma and dismissing (avoidant) attachment: intervention strategies in individual psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46(1), 68-81.
- Muller, R. T., Goebel-Fabbri, A. E., Diamond, T. y Dinklage, D. (2000). Social Support and the relationship violence exposure and psychopathology among high risk adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 24, 449-464.
- Muller, R. T. y Lemieux, K. E. (2000). Social Support, attachment, and psychopathology in high risk formerly maltreated adults. *Child Abuse & Neglect*, 24, 883-900.
- Muller, R. T., Lemieux, K. E. y Sicoli, L.A. (2001). Attachment and Psychopathology among formerly maltreated adults. *Journal of Family Violence*, 16(2), 151-168.
- Rodríguez, M. F. y Morell, J. M. (2012). Introducción: acogimiento y adopción: retos e implicaciones para el futuro. *Clínica y Salud*, 23(3), 199-204.
- Rosenstein D. S. y Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and Psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244-253.
- Sánchez-Queija I. y Oliva, A. (2003). Vínculos de apego con los padres y relaciones con los iguales durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 18(3), 71-86.
- Scott Brown, L. y Wright, J. (2003). The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 351-367.
- Shaffer, A., Huston, L. y Egeland, B. (2008). Identification of child maltreatment using a prospective and self-report methodologies: A comparison of maltreatment incidence and relation to later psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 32, 682-692.
- Shaver, P. R. y Mikulincer, M. (2004). What do Self-report attachment measures assess? En W. S. Rholes y J. A. Simpson (Eds.), *Adult Attachment: theory, research and clinical implications* (pp. 17-54). New York: Guilford.
- Sherry, A., Lyddon, W., Henson, R. (2007) Adult attachment and developmental personality styles: An empirical study. *Journal of Counseling & Development*, 85, 337-348.
- Soares, I. y Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 177-195.
- Staines, J. (2012). Fostered children's behavioural and emotional difficulties: Findings from one independent foster care agency. *Clínica y Salud*, 23, 205-219.
- Thornberry, T. P., Henry, K. L., Ireland, T. O. y Smith, C. A. (2010). The Causal Impact of Childhood-Limited Maltreatment and Adolescent Maltreatment on Early Adult Adjustment. *Journal of Adolescent Health*, 46, 359-365.
- Yárnnoz, S. (2008). La evaluación desde la teoría del apego: El lugar de los autoinformes y otros instrumentos en la evaluación del apego en niños, adolescentes y adultos. En S. Yárnnoz (comp.), *La teoría del apego en la clínica, I: Evaluación y clínica* (pp. 95-155). Madrid: Psimática.
- Yárnnoz, S., Alonso-Arbiol, I., Plazaola, M. y Sainz de Murieta, L. M. (2001). Apego en adultos y percepción de los otros. *Anales de Psicología*, 17(2), 159-170.
- Yárnnoz, S. y Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: Análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Acción Psicológica*, 8(2), 67-85.