

ARTÍCULO ORIGINAL

Acogimiento residencial: problemas emocionales y conductuales

Lorena Delgado (*)

ldelgado@ambitcp.catsalut.net

Albert Fornieles ()**

albert.fornieles@uab.cat

Universidad Autónoma de Barcelona

Carme Costas (*)

carme.costas@uab.cat

Universidad Autónoma de Barcelona

Carme Brun-Gasca (*)

carme.brun@uab.cat

Universidad Autónoma de Barcelona

RESUMEN: En esta investigación se analizó la prevalencia de problemas emocionales y conductuales en niños en acogimiento residencial así como la influencia del tiempo de institucionalización. La muestra estuvo compuesta por 26 niños de ambos sexos en situación residencial y 45 niños que vivían con sus familias emparejados según edades y sexo. El instrumento de evaluación empleado fue el Behavior Assessment System for Children, BASC: autoinforme, formas padres y profesores. Se encontraron más problemas de conducta externalizada e internalizada, mayores dificultades de socialización y problemas de aprendizaje en los niños en acogimiento residencial. A mayor tiempo de institucionalización la agresividad, los problemas de conducta, y la percepción negativa hacia los profesores se incrementan y disminuye el ajuste personal.

PALABRAS CLAVE: Sistema de Protección a la Infancia, Maltrato Infantil, Acogimiento Residencial, Problemas Emocionales y Conductuales

Residential care: behavioral and emotional problems

ABSTRACT: The prevalence of emotional and behavioral problems affecting children in residential care as well as the influence of the institutionalization length were analyzed. The sample consisted of 26 children in residential care and 45 children living with their families paired according to age and gender. The data collection procedure used was the Behavior Assessment System for Children, BASC :self-report scale, teacher rating scale and parent rating scale. Children in residential care were found to have more behavioral and emotional problems, greater difficulties in adaptation, as well as more learning difficulties. The length of institutionalization time increases aggressiveness, behavioral problems, the negative view towards teacher and decreases personal adjustment.

KEY WORDS: Child Welfare, Child Abuse, Residential Care, Behavioural and Emotional Problems

(*) Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma de Barcelona

(**) Departamento de Psicobiología y Metodología de las Ciencias de la Salud Universidad Autónoma de Barcelona

Fecha de recepción 14/03/2011 · Fecha de aceptación 28/10/2011
 Dirección de contacto:
 Lorena Delgado
 Psicóloga Clínica
 Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón
 CSMIJ Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil
 C/ Puig del Ravell, 10
 08760 Martorell- Barcelona. Spain
 Tel 93 774 21 08 Fax 93 776 95 23
 Cell. (+34) 605 275882

1. INTRODUCCIÓN

Comprender la relación existente entre la problemática social y la salud mental es clave tanto en la etiología de los problemas de salud mental como en su tratamiento.

Los procesos de acogimiento residencial y adopción constituyen un lugar tristemente privilegiado para comprender los efectos del riesgo psicosocial temprano (Johnson, Browne y Hamilton-Giachritsis, 2006). Diferentes investigaciones han señalado su influencia en déficit neuropsicológicos como memoria visual, atención y sistema de control e inhibición de respuestas (Pollak, et al, 2010; Stevens, Sonuga-Barke, Kreppner, Beckectt, Castle, Colvert, 2008; Sullivan, et al. 2006).

Los procesos de institucionalización también se han relacionado con problemas en el sistema neuroendocrino que regula la conducta emocional (Fries, Shirtcliff y Pollak, 2008). En este sentido diferentes autores se centraron en la relación entre los trastornos del apego y la duración de la privación severa (Green y Goldwyn, 2002; Hornor, 2008; Rutter, Kreppner y O'Connor, 2001; Shechory y Sommerfeld, 2007; Zeanah, Sheeringa, Boris, Heller, Smyke y Trapani, 2004; Zeanah, Smyke, Koga y Carlson, 2005; Zegers, 2008).

La mayoría de los estudios señalan que los niños criados en instituciones tienen más problemas emocionales y conductuales así como mayores niveles de ansiedad y depresión (Gunnar y Van Dulmen, 2007; Kjelsberg y Nygren, 2004). Shechory y Sommerfeld (2007) señalaron que una estancia de más de dos años bajo tratamiento residencial se relacionaba con altos niveles de sintomatología internalizada como depresión y ansiedad. Sin embargo Simsek, Erol, Öztop y Münir (2007) destacaron la elevada prevalencia de problemas emocionales y conductuales en chicos criados en instituciones así como mayores puntuaciones en problemas exteriorizados frente a interiorizados.

Aunque estos déficit mejoran tras la adopción ciertos problemas continúan presentes en muchos de ellos (Gunnar y Van Dulmen, 2007; Iftene y Roberts, 2004; Tizard y Hodges, 2006).

La mayoría de los estudios anteriormente citados se han realizado con niños sometidos a carencias ambientales muy severas o con características seguramente diferentes a las que tenemos en España.

En nuestro país el modelo de atención especializado que surge a partir de los años 90 también ha sido implantado de manera muy desigual en las diferentes comunidades autónomas (Bravo y Del Valle, 2009). A pesar de la evolución que han experimentado en España otras medidas de protección alternativas al acogimiento residencial éste sigue desempeñando un papel fundamental y por ahora insustituible. En Cataluña, según datos del mes de diciembre de 2008, de los 7.450 niños con medida de protección de la D.G.A.I.A. (Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia) 2.516 (33,8%) residían en centros (Informe del Defensor de las Personas en Cataluña, 2009).

Los estudios citados también tienen el inconveniente de no diferenciar los efectos que produce el acogimiento residencial de aquellos que son producto de su situación previa de desamparo. Aunque estas experiencias tempranas de institucionalización son claramente un factor de riesgo muy importante para el desarrollo, los programas residenciales no necesariamente tienen que ser una experiencia negativa para todos los niños (Arteaga y del Valle, 2001; Berlin, 2001; Cabrera, 2007; García, de la Herrán e Imaña, 2007).

Hay que destacar que pese al alto riesgo de exclusión social que tienen los niños en acogimiento residencial (Martín y Dávila, 2008; Martín, de Bustillo Díaz, Rodríguez y Pérez, 2008; Martín y de Bustillo, 2009) y a la relevancia del tema se han realizado pocos estudios nacionales sobre la prevalencia de problemas emocionales y conductuales en esta población (Molina, Valle, Rebollo y Muñoz, 2011).

Según Cabrera (2007) la valoración que los propios menores tutelados hacen del servicio que reciben es positiva, aunque tiende a ser peor cuanto más tiempo lleve en los dispositivos de acogimiento residencial. El papel que ejerce la

propia institucionalización en el desarrollo del menor, y sobre todo en aspectos psicológicos y sociales, ha sido un controvertido objeto de debate. Fernández, Álvarez y Bravo (2003) se centraron en analizar el impacto de la institucionalización sobre la integración socio-laboral mientras que Palacios (2003) desestimó el efecto de esta variable en la integración social. Posteriormente (Arteaga y del Valle, 2001; Martín, Rodríguez y Torbay, 2007) destacaron el efecto modulador del tiempo de acogimiento sobre la eficacia de los programas de acogimiento residencial en la mayoría de áreas salvo en integración social y escolar. En este sentido, Fernández-Millán, Hamido-Mohamed y Ortiz-Gómez (2009) encontraron que el tiempo de acogimiento covaría de forma positiva con el comportamiento agresivo y los problemas escolares pero negativamente con adaptación social. Tal como indican Martín, Rodríguez y Torbay (2007) no se trata de limitar al máximo el tiempo de estancia sino de seleccionar en qué casos puede ser más favorable el empleo de dicha medida de protección frente a otras así como incrementar las oportunidades de acceso de estos niños a los diferentes recursos de protección posibles. Por otro lado, para que los programas de acogimiento tengan efecto debe existir un período mínimo de adaptación al nuevo contexto y el tiempo de estancia debe estar superdado a los objetivos planteados en el plan de trabajo.

Aunque el éxito en la educación es un factor crucial que determina los estilos de vida adultos e inserción social (Jackson y Martin, 1998) no existen datos sistemáticos ni estadísticos oficiales sobre el nivel educativo alcanzado a excepción de los estudios realizados en el Reino Unido (Casas Aznar y Boada, 2009). La invisibilidad estadística en la que se encuentran los niños y niñas tutelados bajo el paradigma de la normalización también incluye al ámbito educativo. En una revisión de los estudios realizados en España (Boada y Casas, 2010) se señala que los niños tutelados presentan más problemas de rendimiento académico, obtienen menos graduados en la ESO y que menos de un 6% llegan a cursar estudios universitarios. Al mismo tiempo es un hecho conocido que los jóvenes tutelados abandonan la escuela prematuramente cuando llegan a la edad adulta y deben emanciparse mucho antes que los jóvenes de su edad y dejar de estudiar.

Pachón, Fernández del Valle, Vizcarro, Llapart y Martín (1999) resaltaban que el 69% de

los niños tutelados en el momento del ingreso tenía un nivel de escolarización que no correspondía a su edad y en el 54% su nivel de motivación era bajo, debido a los largos períodos de absentismo escolar que habían tenido. Por otro lado Marín y Dávila (2008) señalaron cómo los niños tutelados son percibidos como más conflictivos y menos integrados en la escuela, tanto por sus iguales como por los profesores, aunque no encontraron diferencias en los problemas de aislamiento. Tal y como hemos comentado existe una escasez de investigación y programas orientados a la inclusión específicos para la población tutelada siendo el ajuste escolar uno de los mayores retos pendientes de Bienestar Social y Educación.

El objetivo de este estudio es examinar la prevalencia de problemas emocionales y conductuales en niños y niñas de Educación Primaria (7-12 años) en acogimiento residencial y determinar el efecto del tiempo de institucionalización en estos problemas. En este sentido las hipótesis que nos planteamos son las siguientes:

- (1) Se espera encontrar mayor presencia de problemas de conducta externalizada e internalizada, así como mayores dificultades de relación social y adaptabilidad en el grupo de acogimiento residencial en relación con el grupo control.
- (2) Se espera encontrar mayores niveles de trastornos de conducta externalizada en aquellos niños que lleven más tiempo en condición de institucionalización.

2. MÉTODO

2.1 Participantes

La muestra estuvo compuesta por 26 niños de ambos sexos en situación residencial (edad media 10,08 años, DT:1,49, rango 7-12 años) y 45 niños que vivían con sus familias emparejados según edades y sexo.

La muestra del grupo en acogimiento residencial (AR) procedía de dos Centros Residenciales de Acción Educativa (CRAES), ambos pertenecientes a entidades de iniciativa social concertados con la DGAIA (Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia). De estos niños, 21 residían en un centro de la

comarca del Baix Llobregat de 40 plazas y 5 residían en otro centro residencial de la comarca de l'Anoia de 20 plazas. Los niños en acogimiento residencial estaban escolarizados en Centros Educativos públicos de Infantil y Primaria (C.E.I.P.).

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

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

	Sexo		Edad	
	$\chi^2 (1) = 6,24; p = .02$ Femenino		$t (69) = 0,11; p = .913$	
AR 36,6% (n=26)	46,15 % (12)	53,85% (14)	Media= 10,08 DT= 1,49	Min= 7,417 Max=12,9 31
Control 63,4% (n1=45)	75,6% (34)	24,4 % (11)	Media= 10,05 DT= 1,58	Min= 7,41 Max=12,9 31
Muestra Total 100% (n=71)	0,65% (46)	0,35% (25)	Media= 10,05 DT= 1,58	Min= 7,41 Max=12,9 31

Tabla 1. Descripción de la Muestra

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

En el 8% se había producido un fracaso de acogimiento en familia ajena y en un 19% había fracasado el acogimiento en familia extensa (con otros familiares). Para el 58% era su primer ingreso en un centro, el 23% había estado en un centro anterior y el 15% habían estado en dos centros antes del actual. Tan sólo en un caso hubo tres cambios de centro previos al ingreso en el CRAE actual.

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

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

2.2 Instrumentos

Los datos biográficos sobre el tipo de crianza e historia social de cada niño se recogieron en un cuestionario creado ad hoc para esta investigación.

El educador social que hacía las funciones de tutor del menor era quien respondía el cuestionario.

Para la evaluación de los problemas emocionales y conductuales se ha utilizado el cuestionario Behavior Assessment System for Children, (BASC) de Reynolds y Kamphaus, (1992) adaptado a la población española con el título *Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes* (González, Fernández, Pérez y Santamaría, 2004). Evalúa la conducta adaptativa e inadaptativa, así como trastornos emocionales, de niños y adolescentes, tanto en el campo escolar como en el clínico y ofrece la posibilidad de recoger esa información de distintas fuentes: Padres, Profesores y Autoinforme. Los baremos están elaborados en puntuaciones T, las cuales se reflejan en un perfil para cada sujeto. Las puntuaciones tienen un significado distinto si se trata de escalas clínicas o de escalas adaptativas. La obtención de puntuaciones altas en las escalas clínicas representa características negativas o no deseables. En cambio, la obtención de puntuaciones altas en las escalas adaptativas representa características positivas y deseables. Las puntuaciones T de 30 o menos en las escalas adaptativas son clínicamente significativas, mientras que en las escalas clínicas lo son las puntuaciones a partir de 70 o más.

Las distintas escalas clínicas y adaptativas que incluye cada cuestionario se pueden apreciar más adelante (ver Tablas 2, 3 y 4).

Estas escalas se agrupan formando cuatro Dimensiones Globales en el cuestionario para padres y cinco en el cuestionario para profesores:

1) *Índice de severidad conductual (ISC)*: incluye las escalas Agresividad, Hiperactividad, Problemas de Atención, Atipicidad, Ansiedad y Depresión; 2) *Exteriorizar problemas*: incluye las escalas Agresividad, Hiperactividad, Problemas de Conducta; 3) *Interiorizar problemas*: formado por las escalas Ansiedad, Depresión y Somatización; 4) *Habilidades Adaptativas*: Adaptabilidad, Habilidades Sociales y Liderazgo; y 5) *Problemas escolares*: incluye los Problemas de Atención y Problemas Aprendizaje.

En el Autoinforme, existen cinco Dimensiones Globales:

1) *Desajuste clínico*: incluye las escalas Ansiedad, Atipicidad, Locus de Control; 2)

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

Aunque el rango de edad de la prueba abarca desde los 3 hasta 18 años en este estudio se empleó el nivel 2 (6-12 años) en sus tres formas: Padres (P), Profesores (T) y Autoinforme (S). Los cuestionarios presentan un coeficiente de consistencia interna (α de Cronbach) entre 0,70 y 0,90 para la forma profesores, entre 0,70 y 0,80 para los padres y entre 0,70 y 0,80 para el autoinforme, según las escalas. Respecto a la fiabilidad test-retest, los estudios realizados con niños españoles obtuvieron valores similares a los originales indicando que las respuestas son consistentes a lo largo del tiempo (González et al., 2004).

2.3 Procedimiento

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

Para la obtención del grupo control se informó del proyecto al Equipo de Atención Psicopedagógica de la zona y éste nos facilitó el contacto con la dirección de todos los centros de la población. Los profesores y los padres que participaron en el estudio recibieron una información muy general sobre sus objetivos, indicándoles que se evaluarían aspectos emocionales y conductuales que presentaban niños de su población. El grupo de comparación se componía de niños del mismo sexo y nivel escolar escolarizados en tres C.E.I.P. de la zona. Se seleccionaron estos tres centros porque disponían

de un mayor número de plazas para niños en Acogimiento Residencial. Enviamos tantas solicitudes como alumnos por aula. En el primer C.E.I.P. se repartieron 200 cuestionarios y se obtuvo una respuesta del 15% (30 casos). Para incrementar la participación en los cursos de segundo, tercero y quinto de Primaria fue necesario contactar con otros dos centros escolares. En un segundo C.E.I.P. se obtuvo una respuesta del 12% (6 casos). En un tercer C.E.I.P., del 18% (9 casos).

Se procedió a la administración colectiva del BASC (forma S: auto-informe) en el propio centro escolar y centro residencial salvo en algún caso en el que se administró individualmente debido a las dificultades de comprensión. La administración se efectuó siempre por el mismo clínico siguiendo las instrucciones estandarizadas. Previamente a la aplicación se solicitó el consentimiento de los padres y tutores legales en el caso de que los niños estuvieran acogidos en un centro. En el Grupo AR los cuestionarios correspondientes a la forma padres fueron cumplimentados por el educador que realizaba funciones de tutor dentro del centro residencial y se complementó la información con la aportada por los profesores.

Los cuestionarios para padres y profesores se enviaron en un sobre cerrado a través del centro escolar con antelación al día de la aplicación. Sólo se incluyeron en la investigación a aquellos niños, cuyos padres/tutores legales habían entregado el consentimiento informado y disponían de las tres formas del cuestionario correctamente cumplimentadas. El análisis de datos se ha realizado con el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows.

3. RESULTADOS

Con el fin de analizar la distribución de sexo y edad respecto a la condición de institucionalización se ha realizado una prueba χ^2 para la variable sexo, y una prueba de comparación de medias para la edad. Se ha encontrado una relación significativa del grupo con el sexo ($\chi^2_{(1)}=6,24$; $P=,02$). En la muestra existían más niños en el grupo de acogimiento residencial AR pero participaron más niñas en el grupo C de niños que vivían con sus familias (ver Tabla 1).

Grupo AR/C e interacción del sexo:

Se realizó un análisis de varianza 2x2 para estudiar las posibles interacciones del sexo con el grupo AR y C. Este mismo análisis se replicó para las versiones autoinforme, profesores y padres. En ningún caso las interacciones entre sexo y grupo fueron significativas. Por tanto interpretaremos en todos los casos los efectos principales de las dos variables independientes. Las medias, las desviaciones típicas y las diferencias significativas (marcadas con asterisco) de las variables sexo y grupo de pertenencia se pueden apreciar en las tablas 2, 3, 4. Por lo que respecta a la variable sexo, su efecto es significativo en las siguientes cuatro variables:

- (1) Retraimiento, en el cuestionario paterno ($F_{(1,59)}=5,78$; $p=,019$) (Tabla 2). Indicando que los padres o tutores, tienden a ver a los chicos más retraídos que a las chicas.
 - (2) Relaciones interpersonales, en el autoinforme ($F_{(1,64)}=4,43$; $p=,039$) (Tabla 3). Los chicos se muestran más contentos con sus relaciones interpersonales que las chicas.
 - (3) Habilidades adaptativas de la respuesta de los profesores ($F_{(1,58)}=4,06$; $p=,049$) (Tabla 4). Los profesores perciben a las chicas con mayores habilidades adaptativas que a los chicos.
 - (4) El índice F (tendencia a responder de forma excesivamente negativa) de los profesores ($F_{(1,58)}=4,89$; $p=,031$) (Tabla 4). En general los profesores tienden a ver de forma más negativa a los chicos que a las chicas.
- (1) Hipótesis 1.** Se espera encontrar mayor presencia de problemas de conducta externalizada e internalizada, así como mayores dificultades de relación social y adaptabilidad en el grupo de acogimiento residencial en relación con en grupo control.

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

Para conocer la presencia de problemas de conducta exteriorizada e interiorizada y las dificultades de relación social y adaptabilidad se realizaron comparaciones por grupo de pertenencia. Se observa que existen bastantes diferencias significativas en las tres formas de la prueba (Padres, Profesores, Autoinforme) tanto en problemas internalizados, exteriorizados como en adaptabilidad. Son las siguientes:

(a) Problemas exteriorizados:

En el cuestionario forma padres (Tabla 2) se pueden observar puntuaciones significativamente más elevadas en el grupo AR

en las siguientes escalas: Agresividad ($F_{(1,59)}=10,60$; $p=,02$), Problemas de conducta ($F_{(1,59)}=19,07$; $p<,001$) y en la dimensión global de Exteriorizar problemas ($F_{(1,59)}=10,42$; $p=,002$).

BASC para padres	Grupo		Sexo	
	Control n=(38)	AR n= (25)	Masculino n=(24)	Femenino n=(39)
* $\leq .05$ ** $p \leq .01$	Media y (DT)	Media y (DT)	Media y (DT)	Media y (DT)
Escalas Clínicas				
Agresividad	50,24 (9,58)**	62,48(16,57)**	57,79 (13,29)	53,44 (14,41)
Hiperactividad	42,21 (9,38)	48,68 (10,29)	49,79 (10,49)	46,56 (9,09)
Problemas de Conducta	49,74 (10,25)**	69,12(19,99)**	63,29 (18,40)	53,82 (16,24)
Problemas de atención	49,11 (9,54)*	58,08 (9,45)*	56,08 (9,32)	50,56 (10,61)
Atipicidad	49,16 (10,18)	46,00 (8,26)	48,38 (10,16)	47,62 (9,23)
Depresión	53,18 (13,18)	58,20(11,41)	57,67 (11,89)	53,64 (13,03)
Ansiedad	51,97 (13,04)	48,40 (10,16)	49,79 (9,51)	51,03 (13,43)
Retraimiento	50,05 (9,90)	51,08 (7,77)	54,04 (8,92)*	48,26 (8,53)*
Somatización	52,03(11,14)**	42,92 (6,05)**	47,79 (13,25)	48,79 (8,38)
Escalas Adaptativas				
Adaptabilidad	50,42 (9,56)**	36,96 (11,98) **	41,54 (11,82)	47,26 (12,42)
Habilidades sociales	54,95 (8,31)**	36,96 (9,63) **	43,63 (11,23)	50,38 (12,65)
Liderazgo	51,84(8,63)**	40,36(10,05)**	45,33 (8,09)	48,49 (12,04)
Dimensiones Globales				
Exteriorizar problemas	49,00(10,49)**	62,24(16,83) **	58,46 (14,93)	51,67 (14,23)
Interiorizar Problemas	53,42 (12,62)	50,24(8,29)	52,96 (9,88)	51,67 (11,95)
Habilidades Adaptativas	53,00(8,57)**	35,60 (10,27) **	42,29 (10,04)	48,44 (13,51)
ISC Síntomas Comportamentales	50,16 (12,14)	55,24 (11,63)	54,63 (10,31)	50,67 (12,99)
Índice F	0,24 (0,751)*	0,84 (1,43)*	0,46 (0,94)	0,50 (1,02)

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

En el índice F (tendencia a responder de forma excesivamente negativa) también se encuentran diferencias significativas ($F_{(1,59)}=6,11$; $p=,016$) (Tabla 2) indicando que los tutores del centro residencial perciben de forma más negativa a los chicos institucionalizados frente a los padres.

En el cuestionario forma profesores (Tabla 3) el grupo de AR obtiene puntuaciones más elevadas en Agresividad ($F_{(1,58)}=17,39$; $p<,001$), Hiperactividad ($F_{(1,58)}=25,74$; $p<,001$), Problemas de conducta ($F_{(1,58)}=12,87$; $p=,001$) y en la Dimensión global de exteriorizar problemas ($F_{(1,58)}=19,33$; $p<,001$) que está formada por las tres escalas anteriores.

BASC para profesores	Grupo		Sexo	
	Control n=(38)	AR n=(25)	Masculino n=(24)	Femenino n=(39)
*≤ .05 **p ≤.01	Media y (DT)	Media y (DT)	Media y (DT)	Media y (DT)
Escalas Clínicas				
Agresividad	47,4 5 (8,27)**	61,96 (16,66)**	56,64 (16,77)	50,95(11,78)
Hiperactividad	44,74 (7,10)**	58,12 (11,33)**	54,48 (11,62)	47,13 (9,85)
Problemas de Conducta	48,21 (11,06)**	63,48 (18,04)**	59,16 (19,07)	51,05 (12,87)
Problemas de atención	44,97 (8,41)**	56,16 (11,46)**	53,16 (11,79)	46,97 (10,04)
Problemas de aprendizaje	48,19 (9,20)*	56,00 (12,04)*	52,60 (12,40)	50,32 (10,12)
Atipicidad	45,81 (13,25)**	59,24(16,71)**	57,20 (19,72)	47,47 (11,64)
Depresión	48,54 (9,72)**	64,16 (18,72)**	58,44 (15,63)	52,26 (1566)
Ansiedad	49,05(10,62)*	56,84 (12,63)*	54,56 (12,75)	50,66 (11,22)
Retraimiento	46,51 (8,19)	50,60 (10,02)	50,40 (9,99)	46,74 (8,19)
Somatización	53,70 (15,43)	52,20 (11,89)	53,28 (13,93)	53,47 (14,42)
Escalas Adaptativas				
Adaptabilidad	54,46(8,59)**	38,48 (13,20)**	42,36 (13,11)	51,66 (11,87)
Habilidades sociales	56,89(9,98)**	44,76 (11,35)**	47,48 (11,76)	55,11 (11,28)
Liderazgo	51,81(8,48)**	45,72 (7,27)**	46,56 (9,91)	50,95 (9,74)
Hábito de estudio	52,81(8,48)**	42,12 (8,57)**	44,76 (9,14)	50,87 (9,73)
Dimensiones Globales				
Exteriorizar problemas	46,76 (8,93)**	62,36(16,00)**	57,72 (16,48)	49,84 (11,88)
Interiorizar Problemas	50,78 (11,11)*	60,20 (14,48)*	54,68 (18,05)	53,98 (12,59)
Problemas Escolares	46,62 (8,84)**	56,88 (11,67)**	51,84(15,24)*	48,92 (10,06)*
Habilidades adaptativas	55,68 (9,18)**	42,08 (10,77)**	44,88 (12,00)*	53,58 (10,39)*
ISC Síntomas	46,03 (9,52)**	61,92 (16,14)**	57,88 (16,35)	49,00 (12,71)
Índice F	0,30 (0,77)	0,84 (1,55)	1,00*(24)	0,21 (38)

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

(b) Problemas internalizados:

Se pueden observar puntuaciones más elevadas en el grupo AR en las siguientes escalas clínicas del autoinforme (Tabla 4): Estrés social ($F_{(1,64)}=9,25$; $p=,003$), Depresión ($F_{(1,64)}=9,67$; $p=,003$), Sentido de Incapacidad ($F_{(1,64)}=14,40$; $p<,001$) y en el índice de síntomas emocionales ISE ($F_{(1,64)}=13,05$; $p=,001$). Las puntuaciones son significativamente más bajas en cambio en la escala adaptativa de Autoestima ($F_{(1,64)}=6,25$; $p=,015$).

En el cuestionario forma profesores (Tabla 3) también obtienen mayores puntuaciones en dos de las escalas que conforman la tétada EAD como son las escalas de Depresión ($F_{(1,58)}=13,97$; $p<,001$), y Ansiedad ($F_{(1,64)}=5,93$; $p=,018$).

Sin embargo es el grupo C el que obtiene mayores puntuaciones en la escala de Somatización ($F_{(1,59)}=16,78$; $p<,001$), del cuestionario forma padres (Tabla 2).

	Grupo		Sexo	
	Control n=(38)	AR n=(25)	Masculino n=(24)	Femenino n=(39)
*≤ .05 **p ≤.01	Media y (DT)	Media y (DT)	Media y (DT)	Media y (DT)

Escalas Clínicas				
Actitud negativa colegio	50,56 (8,80)**	63,08 (16,48)**	56,65 (15,58)	54,04 (12,17)
Actitud negativa profesores	50,78 (11,70)*	58,79 (14,56)*	53,48 (14,16)	53,61 (12,90)
Atipicidad	50,00 (10,50)*	63,50(12,65)**	57,83 (13,87)	53,13 (12,30)
Locus de Control	49,73 (13,72)	56,17 (9,916)	53,55 (11,49)	51,26 (13,45)
Estrés social	50,76 (9,75)*	60,17 (11,51)*	54,61 (8,45)	53,74 (12,50)
Ansiedad	49,29 (11,55)	54,83 (11,262)	51,13 (11,46)	51,22 (11,91)
Depresión	51,44(9,80)*	61,21(13,58)*	56,70 (12,11)	53,91 (12,12)
Sentido de Incapacidad	53,07(10,95)**	64,71(12,55)**	56,96 (13,63)	57,20 (12,41)
Escalas Adaptativa				
Relaciones interpersonales	47,89 (11,10)	42,96 (15,16)	49,13(9,97)*	44,70 (13,83)*
Relaciones con los padres	46,96 (12,25)	44,29 (12,97)	44,09 (16,19)	47,00 (10,20)
Autoestima	48,64 (10,85)*	40,46 (14,42)*	44,26 (12,07)	46,57 (13,10)
Confianza en si mismo	48,93 (11,10)	45,04 (10,64)	46,57 (11,25)	48,09 (11,00)
Dimensiones Globales				
Desajuste clínico	49,80(12,62)**	60,13 (11,63)**	55,13 (12,60)	52,52 (13,49)
Desajuste escolar	51,07 (10,78)**	62,87 (15,63)**	56,17 (15,12)	54,67 (13,20)
Ajuste personal	47,47 (11,52)*	40,71 (9,94)*	44,70 (11,54)	45,33 (11,44)
ISE Síntomas Emocionales	51,09 (13,21)**	63,04 (11,07)**	54,22 (15,31)	55,76 (12,95)
Índice F	0,24 (0,75)	0,84 *(1,14)	0,46 (0,94)	0,50 (1,02)

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

(c) Habilidades adaptativas y dificultades de relación social:

En el cuestionario forma padres (Tabla 2) el grupo AR obtiene puntuaciones significativamente menores en las siguientes escalas: Adaptabilidad ($F_{(1,59)}=19,57$; $p<,001$), Habilidades sociales ($F_{(1,59)}=49,97$; $p<,001$) y Liderazgo ($F_{(1,59)}=19,19$; $p<,001$) así como en la dimensión global de Habilidades adaptativas ($F_{(1,59)}=42,86$; $p<,001$) que incluye a las tres escalas anteriores.

En el cuestionario forma profesores (Tabla 3) el grupo AR obtiene puntuaciones más bajas en Adaptabilidad ($F_{(1,58)}=26,55$; $p<,001$), Habilidades sociales ($F_{(1,58)}=14,42$; $p<,001$) y en las dimensiones globales de Habilidades adaptativas ($F_{(1,58)}=21,61$; $p<,001$).

También se pueden observar puntuaciones significativamente inferiores en el autoinforme (Tabla 4) en la escala Autoestima ($F_{(1,64)}=6,25$; $p=0,015$) y Ajuste personal ($F_{(1,64)}=4,67$; $p=0,035$) junto a un mayor Desajuste clínico ($F_{(1,64)}=7,69$;

$p=,007$) y Desajuste escolar ($F_{(1,64)}=10,52$; $p=,002$). Es de destacar que el Desajuste clínico parece saturado principalmente por la propia percepción de Atipicidad, ya que en las otras escalas que conforman este índice (Ansiedad y Locus de control) no se encontraron diferencias significativas.

(d) Problemas de aprendizaje y adaptación escolar:

El grupo AR obtiene más dificultades en la escala Problemas de Atención (ver Tabla 2 y Tabla 3) de los cuestionarios de la forma padres ($F_{(1,59)}=8,63$; $p=,005$) y profesores ($F_{(1,58)}=13,73$; $p<,001$). También obtiene peores resultados en la escala de Problemas de aprendizaje ($F_{(1,58)}=6,99$; $p=,010$) y en la dimensión global de Problemas escolares ($F_{(1,58)}=11,80$; $p=,001$) (Tabla 3) del cuestionario profesores.

En el autoinforme (Tabla 4) el grupo de niños en AR tiene una visión más negativa de la escuela ($F_{(1,64)}=12,35$; $p=,001$) y de los profesores ($F_{(1,64)}=5,23$; $p=,026$) que sus iguales.

(2) Hipótesis 2. Se espera encontrar mayores niveles de trastornos de conducta externalizada en sujetos que lleven más tiempo en condición de institucionalización.

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

La variable sexo no ha resultado significativa en ningún caso. En la Tabla 5 presentamos los análisis de regresión lineales entre el tiempo de institucionalización y las variables dependientes que resultaron significativas: Problemas de Conducta y Agresividad (del cuestionario padres) y Actitud Negativa hacia los Profesores y Ajuste Personal (del autoinforme).

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

Escalas del BASC	a (95% CI) Constante	b (95%CI)	R ²	F(p)
Padres. Problemas de conducta	53,62 (37,25 ÷69,99)	,388 (,03 ÷,75)	,176	4,91 (.037)
Padres. Agresividad	50,15 (36,46 ÷63,83)	,309 (,01 ÷,61)	,162	4,45 (,046)
Autoinforme. Actitud negativa a los profesores	48,72 (36,56 ÷60,87)	,256 (,01 ÷,52)	,148	4,01 (,05)
Autoinforme: Ajuste personal	47,17 (38,80 ÷55,55)	-,164 (-,35 ÷,02)	,131	3,32 (,08)

Tabla 5. Efecto del tiempo de Institucionalización.

4. DISCUSIÓN

Basándose en los resultados encontrados en la presente investigación se confirman las dos hipótesis planteadas al inicio de la misma. En el grupo AR se encontraron mayores niveles de conducta externalizada corroborando estos datos los resultados de investigaciones previas (Gunnar y Van Dulmen, 2007; Kjelsberg y Nygren, 2004; Simsek et al., 2007). Las diferencias en escalas Problemas de Conducta y Agresividad de ambos cuestionarios (padres y profesores) son significativas. También se hallaron diferencias en la escala Hiperactividad del cuestionario profesores. Por otro lado las diferencias encontradas en problemas de atención

confirmarían que estos procesos se encuentran muy relacionados con las experiencias de riesgo psicosocial temprano y dificultades de regulación emocional (Stevens et al., 2008). Según sus educadores y profesores, los niños en Acogimiento Residencial tienen niveles más elevados de conducta externalizada. Los niños del grupo AR, a su vez, perciben peor a sus profesores y a la institución escolar.

En nuestro estudio realizado en Educación Primaria también se encontraron mayores niveles en sintomatología interiorizada en el grupo AR tanto en el autoinforme como en el cuestionario de la forma profesores. Se observa que los mejores informadores de sintomatología interiorizada son

los propios chicos y en segundo lugar los profesores frente a los tutores de la residencia. El Sentido de Incapacidad y la propia Percepción de Atipicidad son las dos escalas donde existen mayores diferencias, seguidas de Estrés Social, Depresión y Problemas de Autoestima.

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

En la escala Somatización del cuestionario padres son los niños criados en su familia los que tienen mayor problemática. Este dato coincide con el estudio de Barcons, Fornieles y Costa (2011) realizado con una metodología similar en adopción internacional. Sería interesante confirmar si los niños institucionalizados expresan en menor medida sus problemas emocionales con somatizaciones o los resultados se deben a un artificio del instrumento de evaluación.

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

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

A mayor tiempo de acogimiento también se disminuye el Ajuste Personal del niño. Esta dimensión global está conformada por escalas (relaciones interpersonales, relaciones con los padres, confianza en sí mismo y autoestima) que pueden tener gran influencia en el desarrollo de los aprendizajes. El tratar de mantener a un niño en su

misma comunidad, aún cuando deba dejar el domicilio familiar para ingresar en una residencia, evitaría los sentimientos de desarraigo, la pérdida del grupo de amigos del barrio y los frecuentes cambios de centro escolar.

Los resultados deben ser interpretados con cautela por diversos motivos. En primer lugar, por la escasa representatividad de la muestra. En segundo lugar, por la dificultad de clasificar el tipo de maltrato sufrido en función del cuestionario de datos biográficos entregado a los educadores por solapamiento entre los tipos de abusos. En tercer lugar, no se solicitó a los padres de los alumnos información sobre su nivel socioeconómico lo que puede haber sesgado los resultados. Finalmente hay que destacar que dado el carácter voluntario del estudio, puede que los padres más implicados y voluntariosos con la escuela sean los que hayan contestado mayoritariamente.

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

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

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

Siendo el ajuste escolar uno de los retos pendientes de los programas de acogimiento residencial (Casas Aznar y Boada, 2009; Martín et al., 2008), es importante destacar que las políticas sociales que influyan en la adecuación del tiempo de acogimiento residencial a los objetivos marcados en el plan de trabajo individual así como programas de inclusión social específicos para niños tutelados, tendrían efectos tanto en en su

ajuste a la escuela como en la posterior integración social. En este sentido irían cambios legislativos que favorezcan la adopción nacional, el acogimiento familiar, la creación de otro tipo de recursos alternativos a los centros residenciales, como los acogimientos familiares profesionalizados, y el desarrollo de programas para familias monoparentales o padres con enfermedad mental.

El desarrollo de los programas de colaboración entre Servicios Sanitarios y Centros Residenciales de la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia (D.G.A.I.A.) permitiría un mejor tratamiento institucional de estos chicos especialmente vulnerables.

El modelo actual normalizador, alejado de la antigua "institución de menores", parece limitado para acoger a todos aquellos niños y niñas que requieren de una acogida temporal. La creación de centros terapéuticos especializados en menores con distintas problemáticas (trastornos de comportamiento, enfermedad mental) y el incremento en la colaboración interdisciplinar entre personal sanitario (no necesariamente como estructura interna de los centros) y educativo parece ser otro de los retos del sistema de protección.

Los trastornos del comportamiento constituyen un problema importante dentro del sistema de protección de la infancia y adolescencia pero también para el sistema educativo. Las políticas desde los Ministerios de Educación y Sanidad que favorezcan la inserción de programas para realizar un trabajo coordinado sobre los trastornos de comportamiento, podrían tener efectos preventivos sobre la retroalimentación de percepciones negativas entre profesores y alumnos. También el desarrollo de experiencias ya existentes basadas en la asignación de recursos educativos alternativos a la enseñanza tradicional, para alumnos con retrasos en los aprendizajes y/o problemas conductuales, podrían tener un efecto mediador sobre estos problemas.

BIBLIOGRAFÍA

Arteaga, A. B. y del Valle, J. F. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. *Psicothema*, 13 (2), 197-204.

Barcons, N., Fornieles, A. y Costa, C. (2011). Adopción internacional: Evaluación de la conducta adaptativa e inadaptativa de menores adoptados

en España. *The Spanish Journal of Psychology*, 14 (1), 123-132.

- Berlin, I. N. (2001). Critical collaboration in the treatment of attachment disturbed children and adolescents in residential care. *Residential Treatment for Children & Youth*, 19 (2), 1-12.
- Boada, M. y Casas, F. (2010). Educación y jóvenes tutelados: revisión de la literatura científica española. *Educación XXI. Facultad de educación UNED*, 13, 117-138. Recuperado el 1 de enero 2011 de URL <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:EducacionXXI-2010-13-2-5050&dsID=Documento.pdf>
- Bravo, A. y Del Valle, J. F. (2009). Crisis y revisión del acogimiento residencial. su papel en la protección infantil. *Papeles Del Psicólogo*, 30 (1), 42-52.
- Cabrera, M. (2007). La calidad del acogimiento residencial desde la perspectiva de los menores. *Infancia y Aprendizaje*, 30 (1), 25.
- Casas Aznar, F. y Boada, C.M. (2009). Sistema educativo e igualdad de oportunidades entre los jóvenes tutelados: estudios recientes en el Reino Unido. *Psicothema*, 21 (4), 543-547.
- Defensor de las personas de Cataluña. Informe extraordinario Junio 2009. La protección de la infancia en situación de alto riesgo social en Cataluña. Recuperado el 1 de diciembre de 2010 de URL <http://www.sindic.cat/site/unitFiles/.../Informe%20Protecció%20Infància.pdf>
- Fernandez, J., Alvarez, E. y Bravo, A. (2003). Evaluación de resultados a largo plazo en acogimiento residencial de protección a la infancia. *Infancia y Aprendizaje*, 26 (2), 235-249.
- Fernández-Millán, J. M., Hamido-Mohamed, A. y del Mar Ortiz-Gómez, M. (2009). The influence of residential care on abandoned minors. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7(2) 715-728. recuperado el 1 Diciembre 2010 de URL www.investigacion-psicopedagogica.org
- Fries, A. B. W., Shirtcliff, E. A. y Pollak, S. D. (2008). Neuroendocrine dysregulation following early social deprivation in children. *Developmental Psychobiology*, 50 (6), 588.
- García, C., de la Herrán, A. e Imaña, A. (2007). Investigación sobre el acogimiento residencial como medida de protección, una valoración desde jóvenes ex-residentes y sus familias. *Indivisa, Bol. estud.Ivest.*, (8), 27-42.
- González, J., Fernández, S., Pérez, E. y Santamaría, P. (2004). Adaptación española del sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: BASC. TEA Ediciones.

- Green, J. y Goldwyn, R. (2002). Annotation: Attachment disorganisation and psychopathology: New findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (7), 835-846.
- Gunnar, M. R. y Van Dulmen, M. H. M. (2007). Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children. *Development and Psychopathology*, 19 (01), 129-148.
- Hornor, G. (2008). Reactive attachment disorder. *Journal of Pediatric Health Care*, 22 (4), 234-239.
- Iftene, F. y Roberts, N. (2004). Romanian adolescents: Literature review and psychiatric presentation of romanian adolescents adopted in romania and in canada. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 13 (4), 110.
- Jackson, S. y Martin, P. (1998). Surviving the care system: education and resilience. *Journal of Adolescence*, 21, 569-583.
- Johnson, R., Browne, K. y Hamilton-Giachritsis, C. (2006). Young children in institutional care at risk of harm. *Trauma, Violence, & Abuse*, 7 (1), 34-60.
- Kjelsberg, E. y Nygren, P. (2004). The prevalence of emotional and behavioural problems in institutionalized childcare clients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58 (4), 319-325.
- Martín, E. y Dávila, L. M. (2008). Redes de apoyo social y adaptación de los menores en acogimiento residencial. *Psicothema*, 20 (2), 229-235.
- Martín, E., de Bustillo Díaz, M.C., Rodríguez, M. y Pérez, Y. (2008). De la residencia a la escuela. *Psicothema*, 20 (3), 376.
- Martín, E. y de Bustillo, M. C. (2009). School adjustment of children in residential care: A multi-source analysis. *The Spanish Journal of Psychology*, 12 (2), 462-470.
- Martín, E., Rodríguez, T. y Torbay, Á. (2007). Evaluación diferencial de los programas de acogimiento residencial para menores. *Psicothema*, 19 (3), 406-412.
- Molina, F., Valle, J., Rebollo, F., Jesús, M., Muñoz, B., María, I. et al. (2011). Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa. *Psicothema*, 23 (1), 1-6.
- Navarro, J.B. y Domènech, (2008). Modelos de Regresión lineal. Bellaterra: Laboratori d'Estadística Aplicada.
- O'Connor, T. G. y Gerard Byrne, J. (2007). Attachment measures for research and practice. *Child and Adolescent Mental Health*, 12 (4), 187-192.
- Pachón, C., Fernández del Valle, J., Vizcarro, M., Llapart, V. y Martín, C. (1999). Situación de menores de 16 a 18 años en centros de protección. Recuperado el 1 de diciembre de 2010 de URL <http://www.dulac.org/PDFs/resinvmenores.pdf>.
- Palacios, J. (2003). Instituciones para niños: Protección o riesgo? institutions for children: Protection or risk? *Infancia y Aprendizaje*, 26 (3), 353-363.
- Pollak, S. D., Nelson, C. A., Schlaak, M. F., Roeber, B. J., Wewerka, S. S., Wiik, K.L., Fern, K.A., Loman, M.M. y Gunnar, M.R. (2010). Neurodevelopmental effects of early deprivation in post-institutionalized children. *Child Developmental*, 81 (1), 224-236.
- Reynolds, C. R. y Kamphaus, R. W. (1992). *BASC: Behaviour assesment system for children*. Circle Pines, MN: American Guidance Services .
- Rutter, M. L., Kreppner, J. M. y O'Connor, T. G. (2001). Specificity and heterogeneity in children's responses to profound institutional privation. *The British Journal of Psychiatry*, 179 (2), 97-103.
- Shechory, M. y Sommerfeld, E. (2007). Attachment style, home-leaving age and behavioral problems among residential care children. *Child Psychiatry and Human Development*, 37 (4), 361-373.
- Simsek, Z., Erol, N., Öztop, D. y Münir, K. (2007). Prevalence and predictors of emotional and behavioral problems reported by teachers among institutionally reared children and adolescents in turkish orphanages compared with community controls. *Children and Youth Services Review*, 29 (7), 883-899.
- Stevens, S. E., Sonuga-Barke, E. J. S., Kreppner, J. M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., Hawkins, A. y Rutter, M. (2008). Inattention/Overactivity following early severe institutional deprivation: Presentation and associations in early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36 (3), 385-398.
- Sullivan, R., Wilson, D.A., Feldon, J., Yee, B.K., Meyer, U., Richter-Levin, G., Avi, A., Toosry, M., Gruss, M., Bock, J., Helmeke, C. y Braun, K. (2006). The international society for developmental psychobiology annual meeting symposium: Impact of early life experiences on brain and behavioural development. *Developmental Psychobiology*, 48 (7), 583-602.
- Tizard, B. y Hodges, J. (2006). The effect of early institutional rearing on the development of eight year old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19 (2), 99-118.

Zeanah, C. H., Scheeringa, M., Boris, N. W., Heller, S. S., Smyke, A. T. y Trapani, J. (2004). Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse & Neglect*, 28 (8), 877-888.

Zeanah, C. H., Smyke, A. T., Koga, S. F. y Carlson, E. (2005). Attachment in institutionalized and

community children in romania. *Child Development*, 76 (5), 1015-1028.

Zegers, M. A. M. (2008). Attachment and problem behavior of adolescents during residential treatment. *Attachment & Human Development*, 10 (1), 91-103.