

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Departamento de Psicología

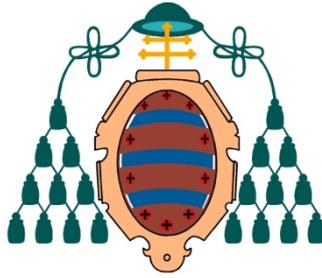
PROGRAMA DE DOCTORADO: PSICOLOGÍA

**SALUD, BIENESTAR Y DESARROLLO DE NIÑOS Y
NIÑAS CON MEDIDA DE SEPARACIÓN FAMILIAR EN
PROTECCIÓN INFANTIL**

Doctoranda:

Alexia Llanos López

2012



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Departamento de Psicología

PROGRAMA DE DOCTORADO: PSICOLOGÍA

**SALUD, BIENESTAR Y DESARROLLO DE NIÑOS Y
NIÑAS CON MEDIDA DE SEPARACIÓN FAMILIAR EN
PROTECCIÓN INFANTIL**

Doctoranda:

Alexia Llanos López

Directora:

Dra. Dña. Amaia Bravo Arteaga

Oviedo, noviembre 2012



RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español/Otro Idioma: Salud, bienestar y desarrollo de niños y niñas con medida de separación familiar en protección infantil	Inglés: Well-being and developmental indicators in children with an out-of-home care intervention
2.- Autor	
Nombre: Alexia Llanos López	
Programa de Doctorado: Psicología	
Órgano responsable: Universidad de Oviedo	

RESUMEN (en español)

INTRODUCCIÓN: El Sistema de Protección a la Infancia actual tiene como reto fundamental conseguir la promoción de un desarrollo personal de la infancia óptimo, siendo así ineludible paliar las consecuencias de la desprotección. En este contexto, en el de atender las necesidades individuales de cada caso, cobra protagonismo la supremacía del interés del menor y, por tanto, se hace indispensable evaluar minuciosamente el estado en el que llega al Sistema cada niño o niña y su situación para poder decidir con criterio los recursos que se pondrán a su disposición.

MÉTODO: El objetivo general de esta Tesis es lograr un primer acercamiento al conocimiento del estado psicológico y evolutivo que presentan los niños y niñas con medida de separación familiar (grupo de acogimiento residencial y familiar) y estudiar las diferencias existentes con el grupo de niños y niñas que permanecen en su casa con sus padres biológicos. Para conseguir este acercamiento, se han propuesto como objetivos específicos la caracterización de cada uno de los grupos, describir el nivel de desarrollo evolutivo y las posibles problemáticas a nivel emocional y conductual de cada grupo, examinando las diferencias entre los mismos. A su vez, también se ha planteado analizar las relaciones existentes entre el desarrollo evolutivo con el estado psicológico de los niños y niñas, con la experiencia de maltrato y con algunos problemas de su contexto familiar.

En este estudio han participado 179 niños de edades comprendidas entre los primeros días de vida y los siete años. Estos participantes configuran los dos grandes grupos dentro de esta investigación: el grupo de comparación y el grupo con medida protectora de separación familiar (acogimiento residencial y familiar). El grupo de comparación se compone por 110 niños y niñas que viven con sus familias sin ningún tipo de relación ni con el sistema de protección ni con los servicios sociales. Estos fueron reclutados desde centros de salud públicos, guarderías públicas y colegios públicos.

Se utilizaron varios instrumentos para hacer la evaluación: la Escala de Desarrollo Battelle, que se puede utilizar desde el nacimiento, el Sistema de Evaluación de la Conducta de niños y adolescentes (BASC), para niños mayores de tres años, y, finalmente, un registro elaborado *ad hoc* para esta investigación dirigido a recabar información sobre cada una de las variables del perfil sociodemográfico, familiar, educativo, de salud y de protección.

RESULTADOS: A modo de síntesis el grupo de acogimiento residencial obtiene en todas las áreas de desarrollo menores puntuaciones que el grupo de acogimiento familiar y de comparación. Las diferencias de estas medias entre los grupos son significativas en la mayoría de las áreas entre el grupo de comparación y acogimiento residencial y entre el de comparación y familiar.

Se evidencia la existencia de un mayor porcentaje de casos que tienen un desarrollo inferior al rango considerado promedio en los grupos de acogimiento residencial y familiar que en el grupo de



comparación. En el caso del grupo de acogimiento residencial este porcentaje asciende a la mitad de los casos y en el grupo de acogimiento familiar al tercio de la muestra.

Se encuentran grandes diferencias en las escalas adaptativas (adaptabilidad y habilidades sociales) entre el grupo de acogimiento residencial y los grupos de acogimiento familiar y de comparación. Existen mayores niveles de problemática clínica en las habilidades de adaptación y socialización en los niños y niñas con medida de acogimiento residencial.

Parece que las áreas del desarrollo más afectadas en cuanto al estado emocional y conductual son las que hacen referencia al ámbito emocional y social: personal/social, adaptativa, comunicativa y global.

Los niños que han sufrido negligencia física y negligencia emocional tienen un desarrollo inferior a la media en las áreas personal, social, comunicativa y cognitiva. Además, parecen ser factores de riesgo para el desarrollo de los niños y niñas que los padres tengan: una discapacidad intelectual, una enfermedad importante, un problema de salud mental, comportamientos autolíticos, drogodependencias, problemas de delincuencia o prisión, económicos o de violencia de género.

IMPLICACIONES: Los niños con medida de separación familiar muestran especiales carencias en todas las áreas de su desarrollo.

Se confirma que los niños y niñas que tienen un desarrollo global inferior a la media manifiestan una mayor inestabilidad emocional y conductual. También se corrobora que los niños que sufren negligencia emocional y física son los que obtienen peores puntuaciones en las áreas del desarrollo referentes a las habilidades personales-sociales, comunicativas y cognitivas. Además, se ratifica que los niños y niñas con problemáticas en su contexto familiar que implican un trato negligente alcanzan niveles de desarrollo inferiores a la media.

Estos resultados implican una clara necesidad de evaluar cada caso que ingrese en el sistema de protección para poder ajustar un programa de intervención capaz de estimular y potenciar las carencias presentes en su nivel de desarrollo. De igual manera apoyan la idea de evitar utilizar la medida de acogimiento residencial para niños menores de 6 años y promover los acogimientos familiares profesionalizados.

Este estudio tiene como limitación importante que se trata de una investigación transversal y no longitudinal. Para valorar de manera apropiada el impacto de la experiencia de maltrato vivida, de la separación o del programa de intervención, es fundamental utilizar un diseño longitudinal que recoja la línea base así como el seguimiento de la evolución de los casos. Esta línea será trabajada en futuras investigaciones.

Palabras clave: separación familiar, acogimiento familiar, acogimiento residencial y evaluación del desarrollo.

RESUMEN (en Inglés)

INTRODUCTION: In contemporary Child Welfare Systems, the main goal to achieve is an optimal personal development for every child. Being primary the fact of attending the individual needs of every case, it becomes essential to evaluate the situation held by every child when they are under the protection of the Child Welfare System, in order to decide the proper resources that should be applied in every case.

METHOD: The main goal of this Thesis is to establish the psychological and developmental state presented by children with an out-of-home care intervention, and to study the differences which may arise between them and children who stay at their home and live with their biological parents.

In this research we have focused in a group of 179 children between 0 and 7 years old. They configure the two main groups to be analyzed: the comparison group and the group of children with an out-of-home care intervention (residential or foster/kinship care).

The evaluations were carried out with standardized instruments: Battelle and BASC (Behavior



Assessment System for Children).

RESULTS: The group of children in residential care has obtained in every area of development lower levels of achievement than the control group. Differences between both groups are significant in almost every area.

The group of children with an out-of-home care intervention presents a bigger percentage of cases in the low range of achievement in developmental areas, which means the presence of special needs that should be objective of individual treatment. The 50% of the residential care group is under the average (of population scales) and the 30% of the children in foster and kinship care are in that low range of achievement.

There are significant differences in adaptation scales (adaptability and social skills) between the control group, the foster and kinship care and the residential care group. Levels of clinical problems in such areas are also higher in children with an out-of-home care intervention.

In relation to emotion and behavioral skills, it seems that the most affected areas of development are: personal/social, adaptation and, communication. Children who suffered physical and emotional negligence show a low development in personal, social, communication and cognitive skills. A risk factor involved in these outcomes could be the fact that in their families there is a significant prevalence of intellectual disability, a severe disease, a mental health problem, suicide behavior, drug-dependency, economic problems or gender violence.

CONCLUSIONS: The results of this Thesis highlight the need of implementing specific procedures in admission to care to assess the level of development and emotional needs of each child, in order to guide the specific and most suitable intervention for every child in care. Individual interventions to promote developmental tasks will facilitate the resilience of these children.

Keywords: out-of-home care, residential care, foster care, kinship care, developmental assessment.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, como no puede ser de otro modo, quisiera mostrar mi gratitud a mi Directora, Amaia Bravo Arteaga, por haberme dado la oportunidad de crecer y aprender junto a ella, por haber confiado en mí en todo momento, por esperarme y respetar mi ritmo, por exigirme y por transmitirme toda su energía para poder terminar este trabajo.

A nivel logístico, agradezco al Programa de Becas para la Formación de Personal Universitario promovido por el Ministerio de Ciencia e Innovación por haber confiado en mí y haberme permitido vivir de la investigación durante cuatro años.

Por supuesto, quiero dar las gracias a todos los niños y niñas que han participado en esta investigación, así como a sus familias. Sin todos ellos, esto no tendría ningún sentido.

Me gustaría agradecer la seriedad y el tiempo empleado en este estudio por los directores y educadores de cada uno de los centros que han participado, sobre todo a Sara y a la Hermana Teresa.

Mostrar mi gratitud, como no, a Marta del Arco, Trinidad Lebrato y especialmente a Pilar Bertrand, Jefas de Sección del Principado de Asturias, por hacer posible que este estudio se iniciara. Así mismo, también quiero agradecer al Gobierno de Cantabria y a LAUKA, el Centro de estudios e intervención familiar de Donostia (San Sebastián, Guipúzcoa), su participación.

Agradezco a mi equipo de investigación, el Grupo de Investigación en Familia e Infancia de la Universidad de Oviedo (GIFI), y en concreto a su Director, Jorge Fernández del Valle, el haberme dado la oportunidad de participar en una investigación I+D como la que sustenta esta Tesis Doctoral.

Quisiera manifestar mi profundo reconocimiento al trabajo de Susana Lázaro, Ana María Sainero, Paula Robledo, Iriana Santos, Mónica López, M^a Jesús Sierra y María Martínez ya que sin su ayuda no hubiera sido posible recabar toda la información manejada para esta investigación.

Me encantaría mostrar aquí mi infinita gratitud a Luis Lozano, mi compañero de batalla en la clínica y en proyectos futuros. Gracias por estar ahí, a mi lado, enseñarme tantas cosas y permitirme soñar y ejecutar mis ilusiones profesionales.

Gracias también a Nacho Pedrosa, Eduardo Cueto y Luis Manuel Lozano por tantas dudas metodológicas resueltas y por esos cafés, llamadas, o chats interminables.

Dejo para el último punto a mi FAMILIA, la red de apoyo fundamental en mi vida. Mis padres... os debo tanto... gracias a vosotros he podido tener una infancia increíblemente feliz, he podido estudiar, salir, divertirme, sentirme apoyada y querida, viajar, hacer cursos, tener un plato calentito en la mesa... TODO, incluso acabar esta Tesis... simplemente GRACIAS. Mi hermana, Rosana, siempre has sido y serás mi luz... me enseñaste a caminar, a dormir, a hablar, a leer, a no tener faltas de ortografía, a obedecer en casa, a no tener miedos, incluso a encontrar el sentido de mi vida... GRACIAS. Mi cuñadín Isma, eres un regalo de cuñado.... tan pronto me montas (junto con mi hermanina) un rap nupcial como me haces la película entera de la boda, una nana brutal para Naiara, el índice de esta Tesis y lo más importante siempre estás ahí, incluso aguantándome en un curso de desarrollo emocional..... GRACIAS por todo esto y sobre todo, por hacer a mi hermana feliz. Borjina, mi muleta, llevamos juntos desde los 16 años y siempre has sido para mi un apoyo fundamental, una vía de escape, mi tranquilidad y seguridad absoluta. Gracias por permitirme refugiarme contigo y desconectar del trabajo. Por último, a mi personita, a Naiara... GRACIAS por aparecer en este mundo sin avisar porque gracias a eso ahora puedo disfrutarte. Lo prometido es deuda.... mamá ha terminado.

Oviedo, noviembre de 2012

Alexia Llanos López

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Presentación.....	15
Parte primera: marco teórico.....	17
Capítulo 1. La protección a la infancia en España: principios y programas de intervención ..	19
1. Situaciones de desprotección Infantil	21
1.1 Definición del concepto de maltrato y desprotección infantil vs. buen trato y protección infantil	21
1.2 Tipologías de las situaciones de desprotección infantil	22
2. Marco legal en protección infantil	24
2.1 Desarrollo de la legislación en materia de protección a la infancia en España	24
2.2 Principios de actuación, funciones y objetivos	27
3. Procedimiento de intervención en el ámbito de protección infantil	29
3.1 Fases de detección, notificación, investigación y evaluación	29
3.2 El plan de intervención: finalidades y medidas.....	30
4. Medidas de separación familiar dentro del sistema de protección infantil	34
4.1 El acogimiento familiar.....	34
4.2 El acogimiento residencial.....	36
5. Síntesis del capítulo	42
Capítulo 2. Investigación actual sobre los efectos en el desarrollo infantil de la separación familiar y la situación de desamparo	43
1. Investigación actual sobre el impacto de la experiencia de maltrato en el desarrollo infantil.	47
1.1 Impacto del maltrato en el desarrollo físico	48
1.2 Impacto del maltrato en el desarrollo cognitivo	49
1.3 Impacto del maltrato en el desarrollo social.....	51
1.4 Impacto del maltrato en el desarrollo emocional.....	53
2. Investigación actual sobre el impacto de las medidas de separación familiar en el desarrollo infantil y la presencia de problemas de conducta	57
2.1 Estudios sobre desarrollo infantil en niños y niñas con medida protectora.....	58
2.2 Estudios sobre problemas emocionales y conductuales en niños y niñas con medida protectora	59

3. Síntesis del capítulo.....	64
Capítulo 3. Evaluación del desarrollo infantil y los problemas emocionales y conductuales.	67
1. Marco teórico de la evaluación: Psicopatología del desarrollo	69
2. Evaluación del desarrollo infantil	72
2.1 Instrumentos	72
2.2 Decisión y justificación de la escala de desarrollo a utilizar.....	76
3. Evaluación del estado emocional y conductual	77
3.1 Instrumentos	77
3.2 Decisión y justificación de la medida a utilizar para el estado emocional y conductual.....	80
4. Síntesis del capítulo.....	80
Parte segunda: trabajo empírico.....	83
Capítulo 4. Método y objetivos	85
1. Planteamiento del problema.....	87
2. Objetivo general y específicos.....	87
3. Hipótesis de la investigación	88
4. Muestra	89
4.1 Grupo con medida protectora de separación familiar.....	89
4.2. Grupo de comparación (sin medida protectora)	90
5. Constructos e indicadores evaluados.....	91
5.1 Perfil sociodemográfico, familiar, educativo y de salud	91
5.2 Perfil de protección	91
5.3 Perfil evolutivo	92
5.4 Perfil emocional y conductual	94
6. Instrumentos	95
6.1 Registro estructurado.....	95
6.2 El Inventario de desarrollo Battelle (BDI).....	96
6.3 El sistema multidimensional para la evaluación de la conducta, BASC	96
7. Procedimiento	97
7.1 Procedimiento en los casos de protección.....	98
7.2 Procedimiento seguido en el grupo de comparación	99
8. Análisis estadísticos.....	100
Capítulo 5. Resultados.....	103
1. Caracterización de los grupos	105

1.1 Edad.....	105
1.2. Sexo	106
1.3 Contexto familiar.....	106
1.4 Salud del niño o la niña	113
1.5 Contexto escolar.....	114
1.6 Contexto de protección.....	115
1.7 Síntesis de la sección	118
2. Nivel de desarrollo en función de la medida protectora	120
2.1 Área persona-social.....	120
2.2 Área adaptativa	123
2.3 Área motora	125
2.4 Área comunicativa.....	128
2.5 Área cognitiva.....	129
2.6 Puntuación Total de la Escala de Desarrollo Battelle	131
2.7 Síntesis de la sección	133
3. Estado emocional y conductual en función de la medida protectora	134
3.1 Exteriorizar problemas	134
3.2 Interiorizar problemas.....	136
3.3 Otros problemas: atipicidad, retraimiento y problemas de atención.....	137
3.4 Habilidades adaptativas	138
3.5 Índice de Síntomas Comportamentales (ISC).....	140
3.6 Resumen de la sección	140
4. Relaciones significativas entre las variables estudiadas	142
4.1 Relaciones entre nivel de desarrollo y estado emocional y conductual.....	142
4.2 Relaciones entre los motivos de ingreso y el nivel de desarrollo	145
4.3 Relaciones entre los problemas familiares y el nivel de desarrollo	147
4.4 Síntesis de la sección	155
Capítulo 6. Discusión	157
1. Caracterización de los grupos	159
2. Estado emocional y conductual	160
3. Desarrollo evolutivo	161
4. Diferencias entre los grupos en su nivel de desarrollo y su estado emocional y conductual.....	162
5. Relación entre el desarrollo evolutivo y el estado emocional y conductual.....	164

Índice de contenidos

6. Relación entre desarrollo evolutivo y experiencia de maltrato	165
7. Relación entre desarrollo evolutivo y problemas en el contexto familiar	166
Capítulo 7. Conclusiones	167
1. Conclusiones.....	169
2. Limitaciones.....	172
3. Principales propuestas que se derivan de este estudio	172
4. Líneas futuras	173
Referencias bibliográficas	175
Anexo	199

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Media de edad en meses según los grupos.....	105
Tabla 2. Porcentajes de familias inmigrantes y de etnia gitana según los grupos.....	107
Tabla 3. Estatus de la pareja de padres biológicos según grupos.....	107
Tabla 4. Número medio de hijos y número medio de hijos en protección según los grupos...107	
Tabla 5. Antecedentes de salud mental (SM) según grupos.....	108
Tabla 6. Antecedentes familiares de comportamiento de autolisis según los grupos.....	109
Tabla 7. Antecedentes familiares de drogodependencias según los grupos.....	110
Tabla 8. Antecedentes familiares de discapacidad según los grupos.....	110
Tabla 9. Actividad laboral en padres y madres biológicos según los grupos.....	111
Tabla 10. Condiciones de la vivienda según los grupos.....	111
Tabla 11. Problemáticas familiares en padres y madres biológicos según los grupos.....	112
Tabla 12. Seguimiento del embarazo según los grupos.....	113
Tabla 13. Salud y tratamientos seguidos en los casos según los grupos.....	113
Tabla 14. Contexto escolar y rendimiento académico según los grupos.....	114
Tabla 15. Situación legal de los casos con medida de separación familiar.....	115
Tabla 16. Plan de caso en los grupos con medida de separación familiar.....	115
Tabla 17. Visitas autorizadas de las familias biológicas en los casos con medida de separación familiar.....	116
Tabla 18. Tiempo transcurrido desde la separación hasta la evaluación de los casos con medida de separación familiar.....	116
Tabla 19. Motivos de ingreso en el sistema de protección a la infancia de los casos con medida de separación familiar.....	116
Tabla 20. Tipos de maltrato sufrido por los casos con medida de separación familiar.....	117
Tabla 21. Actitud frente a la medida de separación familiar de los padres biológicos.....	118
Tabla 22. Medias de las puntuaciones T del ÁREA PERSONAL-SOCIAL según los grupos	120
Tabla 23. Porcentajes de los rangos de la escala PERSONAL-SOCIAL según los grupos.....	121
Tabla 24. Medias de las puntuaciones T del ÁREA ADAPTATIVA según los grupos	122

Indice de tablas

Tabla 25. Porcentajes de los rangos de la escala ADAPTATIVA según los grupos	123
Tabla 26. Medias de las puntuaciones T del ÁREA MOTORA según los grupos	125
Tabla 27. Porcentajes de los rangos de la escala MOTORA según los grupos	126
Tabla 28. Medias de las puntuaciones T del ÁREA COMUNICATIVA según los grupos	127
Tabla 29. Porcentajes de los rangos de la escala COMUNICATIVA según los grupos	128
Tabla 30. Medias de las puntuaciones T del ÁREA COGNITIVA según los grupos	129
Tabla 31. Porcentajes de los rangos de la escala COGNITIVA según los grupos	130
Tabla 32. Medias de las puntuaciones T de la puntuación TOTAL según los grupos	131
Tabla 33. Porcentajes de los rangos de la puntuación TOTAL según los grupos	132
Tabla 34. Medias de las puntuaciones T de las escalas de externalización según los grupos ..	134
Tabla 34. Porcentajes de los rangos de la escala externalización según los grupos	134
Tabla 35. Medias de las puntuaciones T de las escalas de internalización según los grupos...	135
Tabla 36. Porcentajes de los rangos de la escala internalización según los grupos.....	136
Tabla 37. Medias de las puntuaciones T de otros problemas según los grupos	136
Tabla 38. Porcentajes de los rangos de las escalas de otros problemas según los grupos.....	137
Tabla 39. Medias de las puntuaciones T de las escalas adaptativas según los grupos	138
Tabla 40. Porcentajes de los rangos de las escalas adaptativas según los grupos	138
Tabla 41. Medias de las puntuaciones T del Índice de Síntomas Comportamentales (ISC) según los grupos.....	139
Tabla 42. Porcentajes de los rangos del ISC según los grupos	139
Tabla 43. Coeficientes de Correlación de Spearman (r_s) entre el desarrollo y el estado emocional	142
Tabla 44. Coeficientes de Correlación de Spearman (r_s) entre el desarrollo y el estado comportamental (externalizar).....	142
Tabla 45. Coeficientes de Correlación de Spearman (r_s) entre el desarrollo y problemas de atención, atipicidad y retraimiento.....	143
Tabla 46. Coeficientes de Correlación de Spearman (r_s) entre el desarrollo y las habilidades adaptativas.....	144
Tabla 47. Coeficientes de Correlación de Spearman (r_s) entre el desarrollo y el Índice de Síntomas Comportamentales (ISC).....	144
Tabla 48. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle	

en función de los motivos de ingreso en el Sistema de Protección a la Infancia.	145
Tabla 49. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de los tipos de maltrato sufrido.....	146
Tabla 50. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de si el padre o la madre tienen o no discapacidad intelectual.....	147
Tabla 51. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de si el padre o la madre tienen o no una enfermedad importante o crónica.....	148
Tabla 52. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de si tienen o no antecedentes familiares de salud mental y si el padre o la madre tienen problemática de salud mental.....	149
Tabla 53. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de si tienen o no antecedentes familiares de conducta autolítica y si la madre ha mostrado o no este tipo de comportamientos.....	150
Tabla 54. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de si tienen o no antecedentes familiares de drogodependencias y si el padre o la madre tienen problemas de alcoholismo.....	151
Tabla 55. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de si tienen o no antecedentes familiares de drogodependencias y si el padre o la madre tienen problemas de drogadicción.....	151
Tabla 56. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de si el padre o la madre tienen o no problemas de delincuencia.....	152
Tabla 57. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de si el padre o la madre han estado o no en prisión.....	153
Tabla 58. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de si el padre o la madre tienen o no problemas económicos.....	153
Tabla 59. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de si el padre o la madre tienen o no problemas de violencia de género.....	154

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Porcentajes por años según los grupo	106
Gráfico 2. Porcentajes de niños y niñas en función de los grupos.....	106
Gráfico 3. Porcentajes de los rangos de la puntuación total de la escala PERSONAL-SOCIAL según los grupos.....	122
Gráfico 4. Porcentajes de los rangos de la puntuación total de la escala ADAPTATIVA según los grupos.....	124
Gráfico 5. Porcentajes de los rangos de la puntuación total de la escala MOTORA según los grupos.....	126
Gráfico 6. Porcentajes de los rangos de la puntuación total de la escala COMUNICATIVA según los grupos	128
Gráfico 7. Porcentajes de los rangos de la puntuación total de la escala COGNITIVA según los grupos.....	130
Gráfico 8. Porcentajes de los rangos de la puntuación TOTAL según los grupos.....	131
Gráfico 9. Porcentajes de los rangos de la escala externalización según los grupos.....	135
Gráfico 10. Porcentajes de los rangos de la escala problemas de atención según los grupos.....	137
Gráfico 11. Porcentajes de los rangos de la escala habilidades adaptativas según los grupos	139

PRESENTACIÓN

Analizar las necesidades evolutivas de los niños y niñas que se encuentran en el sistema de protección infantil es de suma importancia por diferentes motivos. En primer lugar, por la relación demostrada entre el nivel de desarrollo y el ajuste psicosocial. En segundo lugar, por las posibles consecuencias sobre el éxito o el fracaso de la propia medida de protección y sobre las relaciones diarias con las personas con las que conviven. Finalmente, por la trascendencia de la evaluación para la detección temprana de dificultades de adaptación y para la toma de decisiones en el proceso de intervención. Los datos aportados por diferentes países de la Unión Europea señalan el interés por analizar los problemas psicológicos y del desarrollo de los niños protegidos y tutelados por la administración, con el fin de diseñar programas de intervención adecuados a sus necesidades.

Por esto, el objetivo general para esta Tesis es lograr un primer acercamiento al conocimiento del estado psicológico y evolutivo que presentan los niños y niñas con medida de separación familiar y estudiar las diferencias existentes con los niños y niñas que permanecen en su casa con sus padres biológicos.

En la primera parte de la Tesis se describe el **marco teórico** del estudio. Para ello, se han configurado tres capítulos con el objetivo de presentar el estado de la cuestión en lo que se refiere a desarrollo evolutivo y niños con medida de separación familiar. En el primer capítulo se revisa el estado actual del Sistema de protección en España. La investigación actual sobre los efectos en el desarrollo evolutivo causados por la experiencia de maltrato vivida y de separación familiar, así como el efecto de las medidas protectoras, se expone en el segundo capítulo. En tercer lugar, se repasa el marco teórico utilizado en la evaluación, además de los diferentes tipos de instrumentos diseñados para este tipo de evaluaciones.

En los capítulos siguientes se presenta el **trabajo empírico** del estudio. En el capítulo 4 se detallan los objetivos y la metodología que sustenta esta investigación. En el capítulo 5 se exponen los resultados divididos en cuatro secciones: la primera, se presentan los resultados relativos a la caracterización de los grupos; la segunda, se muestran los datos obtenidos sobre el nivel de desarrollo evolutivo de los niños y niñas; la tercera, se describe el estado emocional y conductual de los niños y niñas; y la cuarta, donde se analizan relaciones significativas entre algunas variables y el desarrollo evolutivo. Una vez descritos y comentados los resultados, en el capítulo 6 se discuten con otros resultados obtenidos por otras investigaciones, a la vez que se considera cada una de las hipótesis propuestas originariamente en el capítulo de metodología. Finalmente, esta parte del trabajo empírico, concluye con una serie de orientaciones y propuestas desarrolladas en el capítulo 7.

PARTE PRIMERA: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. LA PROTECCIÓN A LA INFANCIA EN ESPAÑA: PRINCIPIOS Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

El buen trato y el maltrato siempre han coexistido aunque con otras delimitaciones. Lo que en la actualidad se denomina maltrato, no era así catalogado con anterioridad al Siglo XX puesto que las prácticas que hoy etiquetamos de riesgo eran consideradas como pautas normalizadas en la interacción entre adultos y niños. De hecho, el primer caso de maltrato que aparece en la literatura fue en el año 1874. Mary Ellen, una niña de la ciudad de Nueva York, fue encontrada por un trabajador social encadenada, golpeada y desnutrida. La policía se negaba a intervenir porque no tenían ninguna obligación puesto que el maltrato infantil, por aquella época, no era considerado un delito. Gracias a Henry Berg, quien había fundado unos años antes la Sociedad para la Prevención de la Crueldad con los Animales, el caso fue llevado ante los tribunales.

En España, con anterioridad a la entrada en vigor de la Constitución Española de 1978 y la Ley 21/1987, por la que se modifican determinados artículos del código civil y de la ley de enjuiciamiento civil en materia de adopción, se funcionaba desde un modelo de atención social basado en actuaciones de beneficencia, en el que no existía una red de servicios y recursos articulada. Existían programas, pero descoordinados y dependientes de diferentes instituciones, muchas de ellas religiosas. La ayuda social, por tanto, no existía como derecho, era graciable, de tal forma que dependía de estas mismas instituciones. Nuestros niveles de gestión de los servicios sociales eran precarios. Es a partir de estas publicaciones cuando nuestro país comienza el cambio en materia de infancia. Así, las primeras publicaciones con carácter científico sobre la infancia en situación de riesgo son muy recientes. En concreto, uno de los primeros trabajos fue el realizado por De Paúl y su equipo en 1988 (De Paúl, Alzate, Echeverría y Ortiz, 1988).

Es en este momento, tras la publicación de la Constitución Española, hace apenas treinta años, cuando se crea el Estado de Bienestar y con él aparece la responsabilidad pública en materia social, siendo responsabilidad del Estado proteger a todos los ciudadanos, incluida la infancia de cualquier manifestación de violencia o desprotección. Es entonces cuando comienza a formarse el Sistema de Protección Infantil en España.

1. Situaciones de desprotección Infantil

1.1 Definición del concepto de maltrato y desprotección infantil vs. buen trato y protección infantil

El concepto de desprotección y maltrato infantil debe ir obligadamente unido al de protección y buen trato infantil puesto que unos delimitan a los otros. Siguiendo a De Paúl (2001) es necesario plantear unos mínimos de lo que es buen trato (un estándar) para entender dónde se posiciona y comienza el maltrato. El maltrato y el buen trato hay que entenderlos como un continuo en el que la gravedad y severidad de las situaciones aumentan a medida que se alejan del mínimo considerado para entrar en el polo de bienestar infantil. Según este autor, una situación podría considerarse de maltrato infantil cuando el

comportamiento parental (por acción u omisión) llega o puede llegar a poner en peligro la salud física y psíquica del niño o niña (De Paúl, 2001). Esta definición se centra en las posibles consecuencias que las actuaciones parentales tienen en el niño o la niña. Así, para valorar adecuadamente los efectos se hace imprescindible tener en cuenta tres factores:

1. *Mantenerse en una perspectiva evolutiva*: la delimitación de un acto como maltratante o negligente debe hacerse teniendo en cuenta la edad del niño o la niña puesto que lo que resulta peligroso en una determinada etapa evolutiva no tiene por qué serlo en otra distinta, incluso puede que en otro momento sea un acto de buen trato.

2. *Presencia de factores de vulnerabilidad en el niño o niña*: un comportamiento no tiene siempre las mismas consecuencias. Depende también de la vulnerabilidad del que lo recibe. De esta forma, puede que un comportamiento no resulte dañino para un niño saludable a todos los niveles y puede tener, sin embargo, unas consecuencias nefastas para otro niño con algún tipo de problemática.

3. *Existencia de daño real o potencial*: en muchas ocasiones ambos coexisten pero en otras el daño real o consecuencias directas no son evidentes y la valoración de la existencia o no de maltrato se realiza sobre una predicción del riesgo que puede suponer mantener al niño en la situación actual si los comportamientos parentales se mantienen.

Dos conceptos clave en el funcionamiento del sistema de protección a la infancia y que tienen que ver con el continuo de maltrato, son “desamparo” y “en riesgo”. El término de “desamparo” aparece definido en la Ley 21/87 como “una situación que se produce de hecho a causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes de guarda de menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material... Entendemos que se apreciará una situación de desamparo cuando se detecten situaciones extremas que requieran una inmediata intervención”. El término “en riesgo” viene definido en la ley 1/1996 como situaciones “caracterizadas por la existencia de un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del núcleo familiar”. De esta forma, un caso de riesgo se caracteriza porque la desprotección no es lo suficientemente severa para llegar a ser considerada la situación de desamparo (De Paúl, 2009). Esta distinción entre casos de riesgo y desamparo tiene gran relevancia en la práctica del sistema de protección infantil puesto que es en la situación de desamparo en la que se precisa tomar medidas de separación familiar, asumiendo la Entidad Pública la tutela del menor con el fin de salvaguardar su integridad y bienestar. Los casos de riesgo implican con frecuencia la adopción de medidas de apoyo a la familia, siendo el objetivo prioritario la preservación de la unidad familiar, sin embargo, también pueden ser aplicadas medidas de separación provisional aunque los padres mantengan la tutela de su hijo.

1.2 Tipologías de las situaciones de desprotección infantil

Desde el punto de vista legal, existen tres tipos de situaciones de desprotección, que se desprenden de la definición de “desamparo”, por las que un niño o niña debe ser objeto de protección por la Administración. Siguiendo a De Paúl (2001) y Becedóniz y González (2007) estas situaciones son:

1.2.1. Situaciones de desamparo derivadas del *inadecuado cumplimiento* de los deberes de protección por parte de los padres/tutores del niño o niña y son las que siguen:

1.2.1.1. Maltrato físico: cualquier acción no accidental por parte de los padres/tutores que provoque daño físico o enfermedad en el menor o le coloque en grave riesgo de padecerlo.

1.2.1.2. Maltrato psíquico: hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacciones infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.

1.2.1.3. Negligencia física: las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y/o cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño o niña.

1.2.1.4. Negligencia psíquica: falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño o niña y falta de iniciativa de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable.

1.2.1.5. Síndrome de Münchhausen por poderes: la persona adulta de la familia causa deliberadamente lesión, enfermedad o desorden al niño o la niña, con el objeto de llamar la atención o lograr algún otro beneficio personal.

1.2.1.6. Maltrato prenatal: falta de cuidado, por acción u omisión, del cuerpo de la futura madre o autosuministro de sustancias o drogas que, de una manera consciente o inconsciente, perjudica al feto.

1.2.1.7. Abuso sexual: cualquier clase de contacto sexual de un adulto con un menor, donde el primero posee una posición de autoridad o de poder sobre el menor, que puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual.

1.2.1.8. Explotación sexual: utilización del menor en la prostitución o en la realización de pornografía con el fin de obtener un beneficio, sea económico, equivalente o de otra índole por parte de los padres o tutores.

1.2.1.9. Explotación laboral: los padres o tutores asignan al menor con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos (domésticos o no) que exceden los límites de lo habitual, deberían ser realizados por adultos, interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del menor, y son asignados al menor con objeto fundamental de obtener un beneficio económico o similar para los padres o estructura familiar.

1.2.1.10. Inducción a la delincuencia: los padres facilitan y refuerzan pautas de conducta antisocial o desviadas (especialmente en el área de la agresividad, sexualidad y drogas) que impiden el normal desarrollo e integración social del

menor. También incluye situaciones en las que los padres utilizan al menor para la realización de acciones delictivas.

1.2.1.11. Incapacidad de control de la conducta del hijo o hija: los padres o tutores hacen dejación de su responsabilidad de controlar y manejar de manera adaptativa en comportamiento de su hijo o hija o intentan hacerlo de manera notoriamente inadecuada y dañina.

1.2.2. Situaciones derivadas del *imposible cumplimiento* por parte de los padres/tutores de los deberes de protección del niño o la niña: se trata de todas aquellas situaciones que por fallecimiento (orfandad del menor), prisión de ambos padres o enfermedad incapacitante, física o mental, de los padres, los niños o niñas no pueden recibir los cuidados y la atención necesarios por parte de los padres o tutores responsables de su cuidado y resulta imposible, temporal o definitivamente que se modifiquen las condiciones que las provocan.

1.2.3. Situaciones derivadas del *incumplimiento* por parte de los padres/tutores de los deberes de protección hacia los niños o niñas: se incluyen todas las situaciones en las que de manera total y absoluta los padres o tutores responsables del niño o niña renuncian (no reconocimiento del niño o la niña ni la paternidad o maternidad por parte de ningún adulto) o abandonan (desaparición o desentendimiento completo) los deberes de protección, encontrándose el niño o la niña en una situación de total desprotección.

2. Marco legal en protección infantil

2.1 Desarrollo de la legislación en materia de protección a la infancia en España

La primera Ley que regula la protección de los niños y las niñas en nuestro país es la Ley de protección de menores del 12 de agosto de 1904. Esta Ley tenía por objeto brindar protección pública a los menores de diez años, protección que comprendía la salud física y moral del niño (Palma del Teso, 2006).

Un hito importante en lo que a legislación en protección de menores se refiere es la aprobación del Texto Refundido sobre Tribunales de Menores por Decreto de 11 de junio de 1948. Según Palma del Teso (2006) la Ley atribuía a la Administración pública amplias facultades para establecer la composición y organización de los Tribunales, a través del Consejo Superior de Protección de Menores, órgano superior de la Obra de Protección de Menores. También reguló conjuntamente la facultad reformadora y protectora de los Tribunales Tutelares. La facultad reformadora comprendía el conocimiento de los delitos e infracciones gubernativas cometidas por los menores, la actuación frente a los menores licenciosos, vagos o los que practicaban la mendicidad o prostitución y el acuerdo de un conjunto de medidas (la amonestación, breve internamiento en un centro, libertad vigilada, custodia por otra persona, familia o sociedad tutelar, ingreso en un centro de observación, educación o reforma o ingreso en un centro especial para “anormales”). La facultad protectora permitía acordar la vigilancia o suspensión de los derechos de la guarda y educación de padres o tutores en el supuesto de inadecuado ejercicio de la patria potestad o la tutela. En el caso de suspensión de los derechos de guarda y educación, el propio Tribunal

debía asumir la acción tutelar y encomendar la custodia del menor a otras personas o entidades.

En 1978, la aprobación de la Constitución determinó un nuevo marco jurídico-político de protección a la infancia. Este marco jurídico quedaría esencialmente delimitado por el reconocimiento del derecho fundamental a la igualdad, el deber de los padres de prestar asistencia de todo orden a sus hijos, la obligación de los poderes públicos de asegurar la protección de la familia, en particular, la protección integral de los hijos y el reconocimiento a los niños de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos. La Constitución de 1978 también estableció el marco de un nuevo modelo de organización territorial del Estado puesto que da derecho de autonomía a las diferentes regiones por lo que se crean las Comunidades Autónomas con capacidad de autogobierno en el ámbito de las competencias que tuvieran atribuidas (Palma del Teso, 2006).

Una vez aprobada la Constitución, el Estado comenzó a traspasar a las Comunidades Autónomas los servicios que hasta el momento venía prestando a través de la Obra de Protección de Menores y la ejecución de las medidas de reforma y protección que entonces adoptaban los Tribunales Tutelares de Menores.

La Protección Infantil en España inicia un cambio muy importante y espectacular con la entrada en vigor de la *Ley 21/1987*, de 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción, además de la transferencia a los Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas las competencias de protección infantil. Según González Soler (2000) la *Ley 21/1987* deja claros los principios que deben inspirar el sistema general de protección a la infancia:

1. Principio de la reinserción en la propia familia. Este principio ha sido matizado en la reforma de 1996, subordinándolo a otro principio, el de la salvaguarda del interés del niño.
2. Principio del mantenimiento de la unidad familiar. Se ha de procurar que la guarda de los hermanos se confíe a una misma institución y persona.
3. Proscripción de la institucionalización. Se deduce de los anteriores principios y de la temporalidad de la guarda o de la obligatoriedad de revisar cada seis meses la situación de los niños internados.
4. Desjudicialización de las medidas de protección. Se potencia claramente el papel de las entidades públicas con competencia en protección infantil, reduciéndose simultáneamente la intervención judicial.
5. Intervención de otras personas. Se prevé únicamente la intervención del niño o niña en la constitución del acogimiento voluntario o de la adopción, cuando tiene doce años cumplidos y es obligatoriamente oírlo cuando tenga suficiente juicio.

Este cambio legislativo y de responsabilidad sobre las competencias en materia de protección a la infancia genera dos procesos fundamentales para el desarrollo del Sistema de Protección Infantil (Senado, 2010):

A. Desjudicialización: las Comunidades Autónomas son ahora las responsables de valorar los escenarios de desprotección pudiendo declarar en situación de desamparo a un niño o niña. A su vez, si declaran la situación de desamparo pueden asumir la tutela de forma automática (tutela administrativa). Esto, sin perjuicio que esta decisión se pueda recurrir y entre en funcionamiento el Sistema Judicial.

B. Descentralización. Con la transferencia de las competencias a las Comunidades Autónomas, cada una de ellas se ha desarrollado en esta materia de manera diferente, incumpliendo los principios de la Ley de 1987 que exigen la existencia de una importante diversidad de recursos y de un elevado número de profesionales con formación específica. De hecho, hay desequilibrios de unas a otras en cuanto a la diversidad de recursos, número de profesionales, etc. El reto del futuro es que se garantice en todo el territorio español el cumplimiento de los principios legales con la consiguiente cobertura de las necesidades de los niños y niñas y sus familias.

Siguiendo a De Paúl (2009) los cambios que se intentaban generar con la nueva Ley se pueden resumir en los siguientes:

1. Mayor detección de los casos de desprotección, independientemente de su gravedad. A lo largo de estos años hay un aumento importante en los casos de protección, gracias a la sensibilización de la población, los maestros, médicos, etc. Este aumento fue tan significativo que la creación de los nuevos recursos nunca es suficiente para cubrir las necesidades de todos los niños y niñas tutelados por las administraciones. Según el último Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia (Dirección General de Política Social, de las Familias y de la Infancia, 2009), con datos del año 2008 de altas anuales, el número de tutelas en aquel año fue de 8.381, un dato muy superior a las 4.705 asumidas en el año 2000.

2. Las Comunidades Autónomas están obligadas a desarrollar y promover, además del acogimiento residencial que ya existía, nuevos programas y recursos capaces de garantizar el interés superior del menor. Entre estas medidas están las que permiten y priorizan el mantenimiento del niño o la niña en un contexto familiar seguro y estable, sea el suyo de origen o en uno alternativo. Para que se preserve en el suyo o se reincorpore a él en un plazo razonable, se deben desarrollar igualmente recursos de apoyo e intervención con las familias para posibilitar su capacitación.

3. Se exige, un aumento en la diversidad de los recursos puesto que la valoración y el tratamiento de cada caso ha de ser individualizado. Las necesidades no tienen por qué ser las mismas en cada niño o joven tutelado, lo cual motiva la necesaria adecuación de los recursos a las necesidades individuales.

4. A la par que un aumento en los recursos, también se hace necesario que el sistema de protección infantil cuente con equipos interdisciplinares que cubran cada ámbito de las necesidades personales, sociales, de salud, educación, etc., de los niños bajo su responsabilidad.

A partir de la publicación de la Ley de protección Jurídica del Menor 1/1996 se produce una segunda descentralización dentro de cada una de dichas Comunidades Autónomas. De

esta forma, se distribuyen las funciones y competencias entre los Servicios Sociales Especializados que pertenecen a los gobiernos autonómicos y los Servicios Sociales de Base dependientes de las entidades locales.

Al ser competencia de la Comunidad Autónoma la declaración en desamparo y la asunción de la tutela automática, serán los Servicios Sociales Especializados en Protección Infantil los encargados de intervenir en los casos en los que se declara la situación en desamparo. Sus recursos se centran en el acogimiento familiar, residencial y la adopción, es decir, su intervención comienza a partir de que se procede a una separación del niño o la niña de su familia de origen.

Los Servicios Sociales de Base son considerados la puerta de entrada al sistema de protección infantil puesto que son los encargados de recibir las notificaciones, investigarlas, evaluar las situaciones en la que se confirma una situación de desprotección, intervenir con las familias y los niños que aún no llegan al rango de desamparo y prevenir todas las situaciones de desprotección. En la Ley 1/1996 aparece el término de “caso de riesgo” para referirse a aquellos casos en los que existe una situación de desprotección pero ésta no alcanza la gravedad para catalogarla en desamparo.

Por todo esto, es evidente, que la eficacia del funcionamiento del sistema de protección depende en gran parte de la capacidad que tengan los Servicios Sociales de Base para prevenir nuevos casos de desprotección, e incluso en desamparo (De Paúl, 2009).

2.2 Principios de actuación, funciones y objetivos

Los **principios** vigentes en la actualidad sobre la actuación en el ámbito de la infancia vienen recogidos en el artículo 11.2 de la ley orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor:

- a) La supremacía del interés del menor: los servicios de protección a la infancia tienen que dirigir sus esfuerzos a buscar la integración del niño en un contexto familiar estable y seguro en el menor tiempo posible, siempre que sea este el mayor beneficio para el niño o la niña. Los criterios de prioridad que se marcan jurídicamente son: su propia familia, acogimiento en familia extensa, acogimiento en familia ajena y sólo para casos excepcionales acogimiento residencial. Este orden de prioridades marca que la primera alternativa siempre ha de ser la preservación familiar y cuando sea inevitable la separación del niño de su familia biológica, la primera alternativa siempre tiene que ser otra familia.
- b) El mantenimiento del menor en el medio familiar de origen salvo que no sea conveniente para su interés.
- c) Su integración familiar y social.
- d) La prevención de todas aquellas situaciones que puedan perjudicar su desarrollo personal.
- e) Sensibilizar a la población ante situaciones de indefensión del menor.
- f) Promover la participación y la solidaridad social.

g) La objetividad, imparcialidad y seguridad jurídica en la actuación protectora garantizando el carácter colegiado e interdisciplinar en la adopción de medidas.

Respecto a los objetivos generales que se establecen para el sistema de protección infantil:

- Prevenir las situaciones de desprotección y hacer desaparecer las ya existentes.
- Garantizar la satisfacción de los niños y niñas.
- Conseguir que las familias puedan ser lo suficientemente competentes para asumir la crianza de sus hijos e hijas.
- Paliar en los niños y niñas las consecuencias derivadas de las situaciones de desprotección.

Finalmente, se enumeran las **funciones** que se derivan de la legislación para el proceso de intervención en protección infantil, (De Paúl, 2009):

1. En caso de notificación de sospecha, hay que *verificar* si realmente existe situación de desprotección o no. Si existe, es obligado conocer el tipo de riesgo que corre ese niño o niña.
2. *Evaluar su entorno* para conocer los factores de riesgo que están incidiendo en la desprotección de ese niño o niña. A la vez que se analiza cuáles son los factores de riesgo de las familias de origen tenemos que analizar cuáles son sus factores de protección, resiliencia y potencialidades (Senado, 2010)
3. A partir de esa evaluación detallada, hay que *elaborar el plan de caso* para ese niño o niña en el que se incluyan los objetivos de intervención, los recursos necesarios para llevar a cabo esos objetivos, el tiempo necesario para conseguirlos y el pronóstico esperable para esa intervención.
4. En los casos de preservación familiar o reincorporación, se deben poner en marcha los recursos pertinentes para una adecuada capacitación de las familias.
5. En caso de separación familiar, el recurso de primera elección será el acogimiento familiar por el hecho de mantener al niño o la niña en un contexto familiar seguro. Para optimizar este recurso es imprescindible una buena evaluación de las familias acogedoras, una acertada elección de la familia acogedora más adecuada para cada caso y, por supuesto, el apoyo técnico y profesional que para cada caso sea necesario.
6. En las situaciones de separación que se considere que el interés superior del niño o niña no está en introducirlo en una familia alternativa, ha de tener a su disposición la posibilidad de ingresar en un centro de acogimiento residencial.
7. Es fundamental *evaluar la posible existencia de daños psicológicos*. Si existieran es obligado proceder al tratamiento que garantice en la medida de lo posible la desaparición de las posibles secuelas derivadas de la situación de desprotección de manera que el niño o la niña pueda alcanzar un óptimo ajuste psicosocial y un buen equilibrio en su salud mental.

3. Procedimiento de intervención en el ámbito de protección infantil

Las situaciones de desprotección infantil suelen ocurrir en la intimidad de la familia, sin testigos y, en muchos casos, sin indicadores evidentes que den pistas sobre su existencia. Además, el desconocimiento de qué es la desprotección, dónde está el límite del buen trato y mal trato, las creencias erróneas sobre el problema y la valoración inadecuada de su gravedad, minimizando sus consecuencias o interpretándolo como un patrón cultural que hay que respetar, hacen que la detección de las situaciones de desprotección infantil no sea nada fácil (Arruabarrena, 2001 y 2009).

3.1 Fases de detección, notificación, investigación y evaluación

Para que los Servicios Sociales comiencen a funcionar, además de la *detección* de la situación de desprotección, es necesario que se ponga en conocimiento de los mismos los casos detectados o sobre los que haya sospecha de maltrato o negligencia. De hecho, existe la obligación legal de notificar este tipo de situaciones, según establece la Ley Orgánica 1/1996, en su artículo 13, en el que se señala que “toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o a sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que necesite”. Aún así, a todos los factores que dificulta la detección, se suman los que obstaculizan la *notificación* de las situaciones ya detectadas. Así, hay que añadir la propia indefensión e incapacidad de los niños y niñas para acceder a los servicios de ayuda (sobre todo los más pequeños), el temor a las consecuencias de informar de la situación, el desconocimiento del papel de los Servicios Sociales y de a quién y cómo informar de las sospechas (Arruabarrena, 2001 y 2009).

Pese a todas las dificultades los casos notificados en España están aumentando, puesto que, como se ha mencionado antes, el número de altas anuales de tutelas desde el año 2000 hasta el 2008 se han duplicado (Dirección General de Política Social, de las Familias y de la Infancia, 2009). Sin embargo, precisamente por estos obstáculos en las fases de detección y notificación, se puede asegurar con total certeza que una parte importante de estos casos permanecen ocultos en el entorno familiar.

En los casos que lleguen a ser notificados, los Servicios Sociales han de llevar a cabo un proceso de recogida de información adicional dirigida a verificar la existencia de desprotección y valorar su gravedad para determinar en qué medida el niño o niña corre peligro y si es necesario adoptar una medida de protección de urgencia. Esta fase es la que se denomina de *investigación* y la llevan los equipos de Servicios Sociales Municipales o Especializados, según lo establezca cada Comunidad Autónoma. Esta fase debe caracterizarse por su rapidez, puesto que es aconsejable que no supere los diez o quince días, a no ser que el caso sea de tal urgencia que se resuelva de forma inmediata. Siguiendo a Arruabarrena (2009), la fase de investigación puede concluir de cuatro formas diferentes:

1. Se verifica que existe la situación de desprotección y además la necesidad de protección es urgente por la gravedad de la situación. En este caso los Servicios Sociales Especializados adoptarán la medida de urgencia que resulte más beneficiosa para el niño o la niña y poder así continuar con la siguiente fase de evaluación.

2. Se verifica la existencia de desprotección pero el niño o la niña no corre peligro. Los Servicios Sociales que llevan el caso (Municipales o Especializados) continúan con el proceso de evaluación.

3. Ni se confirma ni se descarta la situación de desprotección. Los Servicios Sociales que llevan el caso han de establecer un plan de actuación específico que permita conocer con profundidad lo que sucede con el niño o la niña.

4. Se confirma la inexistencia de desprotección. Se procederá con la gestión de las ayudas que necesiten o la derivación a otro tipo de servicios y el cierre del expediente.

Una vez que se ha verificado la existencia de desprotección y su gravedad, se inicia la fase de *evaluación*. Como se apuntaba anteriormente, dependiendo del caso esta fase puede comenzar con el niño o la niña con su familia de origen o, en situaciones más graves, estando ya en una medida protectora dependiente de Servicios Sociales Especializados. El objetivo prioritario en esta fase es ampliar y concretar la información recogida en la fase anterior para tener los datos suficientes que permitan el diseño posterior del mejor plan de actuación posible para ese niño o niña. Por tanto, el plazo de tiempo estimado para esta fase se sitúa entre dos y tres meses aunque, excepcionalmente, existan casos que requieran plazos de tiempo más amplios. A la par que este objetivo prioritario, existe una segunda pretensión, muy importante para el futuro de la intervención, que se refiere a minimizar la resistencia de los miembros de la familia a la intervención de los Servicios Sociales y prepararlos para implicarse en un proceso posterior de cambio. De esta forma, esta fase no es sólo un período de recogida de información, sino que forma parte del propio proceso de intervención (Arruabarrena, 2009).

3.2 El plan de intervención: finalidades y medidas

Recogida toda la información necesaria para tener conocimiento completo de los factores de riesgo y protección (potencialidades o factores resilientes) del contexto familiar del niño o la niña que ha de ser protegido, se está en condiciones de diseñar un *plan de intervención individualizado* para el niño o niña y su familia. Este plan de caso individualizado debe definir, siguiendo a Arruabarrena (2001 y 2009) y Gobierno de Cantabria (2007a, 2007b y 2008a):

1. La finalidad del plan de intervención: para establecer la finalidad hay que tener en cuenta el orden de prioridades que se establece según la legislación vigente:

A. Preservación familiar: se mantiene al niño o la niña con su familia de origen teniendo garantías de que su seguridad e integridad están salvaguardadas y sus necesidades básicas satisfechas.

B. Reunificación familiar: se separa al niño o la niña de manera provisional de su familia de origen para poner solución a determinadas condiciones familiares, siempre con la pretensión de una pronta reagrupación familiar.

C. Integración estable en familia alternativa: se considera que la familia de origen es incompatible con la satisfacción de las necesidades del niño o la niña por lo que se establece la separación definitiva y el acoplamiento a una familia alternativa que sea capaz de proteger completamente a ese niño o niña.

D. Preparación para la vida independiente: se trata de que el o la adolescente aprenda las habilidades necesarias para vivir su vida de manera autónoma, independiente y funcional.

E. Integración estable en entorno residencial especializado: es una alternativa para los niños o niñas que presentan necesidades o patologías especiales (deficiencia mental, lesiones cerebrales, grandes discapacidades,...) que les impide la incorporación de manera estable a un núcleo familiar alternativo y les incapacita para llevar una vida autónoma. De esta forma, se promoverá la integración en algún recurso comunitario (del área de discapacidad, dependencia, salud mental,...) que pueda constituir una respuesta específica a sus necesidades.

2. La medida legal de protección a adoptar: se debe especificar el tipo (guarda o tutela), la modalidad de la guarda (acogimiento en familia extensa o ajena, o acogimiento residencial), la temporalización de la medida y otros factores relevantes para su aplicación (condiciones concretas para la aplicación de la medida, régimen de visitas del menor con sus familiares, etc.).

3. Objetivos, actuaciones y recursos a aplicar y explicar, si se diera el caso, la no coincidencia entre los recursos idóneos y los propuestos.

4. Estimación temporal para el desarrollo del plan de intervención.

5. Plan de contingencias: se tiene que definir un plan alternativo por si el principal fracasa.

6. Acuerdos y compromisos con la familia y otros servicios necesarios para completar la finalidad de la intervención.

7. Fecha y lugar previstos para la revisión del plan: cada cierto tiempo el plan tiene que ser revisado para ver qué se está consiguiendo, si hay que reformularlo, si hay que modificar algo, si el niño o la niña efectivamente se beneficia del plan establecido, etc.

8. Responsable de la coordinación de la ejecución del plan: la figura del responsable es muy importante puesto que es quien se encarga de la coordinación del mismo y de velar porque se cumplan todos los puntos definidos previamente y asegurar la protección de ese niño o niña.

Concretados los puntos que tienen que estar definidos en cada plan individualizado, los programas de protección de los que se disponen, por orden de prioridad, son:

A. Intervención familiar: según establece la legislación vigente, la primera alternativa de intervención que se debe promover en caso de desprotección es el apoyo a la familia para posibilitar que el niño o la niña sea atendido adecuadamente en su familia y evitar la separación. Cuando ésta es inevitable, la segunda alternativa de intervención es conseguir la reunificación en el menor plazo de tiempo posible. Para que estas dos alternativas sean posibles, es necesario el trabajo con las familias de origen del niño o la niña. Según la intervención que desarrollan, se diferencian tres tipos de programas: intervención en crisis, capacitación parental y complemento familiar. Siguiendo el Gobierno de Cantabria (2008a):

A.1. *Intervención en crisis*: este tipo de intervención va destinada a familias afectadas por una situación de crisis que limita de manera significativa la capacidad de los adultos de ejercer de forma adecuada las funciones parentales e implica un riesgo grave e inminente de salida del niño, niña o adolescente del domicilio familiar. El plazo máximo de tiempo que se establece para este tipo de intervenciones es de 8 semanas. La primera condición para que se opte por esta alternativa es que la situación ha de ser de crisis, no de urgencia. En los casos de urgencia, la intervención protectora ha de iniciarse de manera inmediata, mientras que en los casos de crisis, la respuesta inicial de los profesionales puede esperar, entre 24 y 72 horas, sin que esto suponga un riesgo grave para el niño o la niña. Otros factores a tener en cuenta para decidirse por este tipo de intervención son que existe una relación afectiva entre el niño o niña y sus responsables legales, estos aceptan el plan de intervención y quieren evitar la salida del niño o niña del domicilio, valorando además que ésta no sería beneficiosa para el niño o niña y, por último, se estima que de continuar sin ayuda se deterioraría gravemente la situación para el niño o la niña y tendrían que adoptarse medidas de protección.

A.2. *Capacitación parental*: este tipo de intervención familiar se propone cuando en las familias hay al menos una figura adulta con una mínima capacidad para ejercer responsabilidades parentales y, a su vez, se ha valorado que hay posibilidades de cambio, con un tratamiento familiar, en lo que se refiere al comportamiento maltratante o negligente y en lo referido a la resolución de los problemas que impiden o limitan a las figuras parentales para atender adecuadamente a los niños o niñas. El plazo máximo de tiempo que se establece para este tipo de intervenciones es de cuatro años, aunque como media, la intervención debería durar en torno a dos años. Para que los programas de capacitación parental se pongan en marcha, los responsables legales deben acceder a colaborar con los profesionales encargados de cada una de las actividades que se vayan a desarrollar y, sobre todo, debe existir una relación afectiva entre el niño o niña y sus padres y la familia tiene que tener buen pronóstico de recuperación. En el caso de que el niño o niña se mantenga en el domicilio es porque se ha valorado que no es adecuado ni beneficioso para estos la separación de su familia y que de continuar sin ayuda, la situación podría agravarse y tener que tomar medidas de protección. Por el contrario, en el caso de que el niño o niña haya sido separado temporalmente de su familia es porque se ha valorado que no es adecuada o beneficiosa ni la permanencia actual en el domicilio ni la separación definitiva y permanente, debiendo promoverse la reunificación lo antes posible.

A.3. *Complemento familiar*: Este tipo de intervención familiar es la mejor opción cuando aparece un caso de negligencia de gravedad moderada en el que los padres o responsables legales son capaces de ejercer adecuadamente determinadas responsabilidades en el cuidado y atención de los menores, pero sufren una serie de limitaciones crónicas e irresolubles (p. ej. retraso mental ligero, trastorno mental crónico) que les impiden responder mínimamente a algunas necesidades básicas. Además, existe un diagnóstico claro de la imposibilidad para conseguir que los padres o responsables legales puedan ejercer sus responsabilidades parentales de manera adecuada y autónoma, pero el mantenimiento de la convivencia y de los vínculos familiares es vital para el bienestar y desarrollo del niño o niña. De esta forma, se hace imprescindible la

presencia de otros adultos en el domicilio familiar para asegurar que los niños o niñas reciben los cuidados mínimos necesarios y que su integridad y seguridad básicas se encuentran garantizadas. Este tipo de intervención no tiene límite en el tiempo (aunque debe ser revisado como todo plan de intervención para su valoración) y los padres o tutores aceptan la ayuda profesional y acceden a participar en el programa.

B. Acogimiento en familia extensa: este tipo de acogimiento tiene como finalidad proporcionar al menor un núcleo de convivencia familiar adecuado en su entorno (abuelos, tíos, hermanos, etc.). De esta forma, existe una ruptura de la convivencia con sus padres aunque se mantienen las relaciones afectivas y la convivencia en su contexto de origen.

C. Acogimiento en familia ajena: este programa tiene como finalidad proporcionar al menor un núcleo de convivencia familiar adecuado y seguro ajeno a su entorno. Se utilizan cuando la finalidad del plan de intervención conlleva una separación del niño o niña de su contexto familiar de origen, de forma temporal o permanente. Hay diferentes tipos de acogimientos en familia ajena, que se expondrán en el siguiente punto del capítulo. En todos estos tipos, la Administración mantendría la tutela del niño o la niña y sólo cedería a la familia acogedora la guarda del menor.

D. Adopción: es la última medida a adoptar puesto que garantiza una total ruptura con su familia biológica en particular y con toda la vida del niño o la niña en general. Su finalidad es buscar una familia adecuada y un entorno seguro y estable para el niño o la niña. Es la única medida en protección que se constituye por resolución judicial, siendo imprescindible que el juez otorgue a los padres adoptivos los derechos de patria potestad, estableciéndose así una relación paterno-filial. Por este motivo, es una medida que, en cierta manera, se escapa del sistema de protección puesto que los padres adoptivos, en el momento que se les otorga la patria potestad, no requieren para sus decisiones la presencia de la Administración. Así, como expresa Palacios (2009), la adopción tiene un carácter irrevocable, siendo jurídicamente irreversible como lo es la filiación biológica, por lo que no hay diferencias entre ambas filiaciones en los derechos y las obligaciones que generan. La adopción puede ser nacional o internacional, según la nacionalidad de quienes son adoptados. Los datos estadísticos más recientes muestran que las cifras de la adopción nacional se han mantenido estables, mientras que la adopción internacional ha tenido en España un desarrollo extraordinario (Palacios, 2009). En concreto, según los datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2002-2006), el número de altas anuales de adopción internacional en 2002 era de 3625, mientras que en el año 2006 ascendían a 4472. Sin embargo, las cifras de la adopción nacional parecen descender ligeramente puesto que según el Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia (2009) en el año 2000 el número de altas fue de 964 mientras que en el año 2008 se redujo a 672.

E. Acogimiento residencial: es una medida de protección dirigida a cubrir las necesidades del niño o la niña, garantizando su seguridad e integridad y atendiendo a sus características específicas (emergencia, soporte de reunificación, preparación para un acoplamiento, preparación para la independencia y rehabilitación), cuando se valora que el resto de las medidas son incompatibles con el interés superior de este niño o niña.

4. Medidas de separación familiar dentro del sistema de protección infantil

4.1 El acogimiento familiar

El acogimiento familiar cuenta con una larga tradición en muchos países de nuestro entorno. La pretensión de que los niños que no tienen una familia funcional sean acogidos por otra que les proporcione la estabilidad y seguridad que requieren, cuenta con siglos de tradición, aunque con costumbres distintas en función de cada cultura (Del Valle, Bravo y López, 2009). Merecen mención algunos ejemplos de actuaciones que se han mantenido a lo largo de la historia de España:

1. Según Trinidad (1996), en el reglamento de la inclusa de Madrid en el siglo XVIII, se recomendaba que la mayoría de los niños fueran criados en los pueblos y no en las instituciones. Para ello, se buscaba nodrizas que, a cambio de algo de dinero, los criaran hasta los siete años.

2. Como citan Del Valle y sus colaboradores (2009), existió un antecedente al actual acogimiento preadoptivo a través de la figura del prohijamiento, regulada en la Ley de beneficencia de 1822 y anteriormente en una Real Cédula de 1796. Esta figura consistía en que los niños y niñas eran acogidos por familias de manera permanente de tal forma que, tras unos años, podían formalizar la adopción.

3. La denominada colocación familiar que fue regulada en la Orden de 1 de abril de 1937 para la atención a los niños huérfanos y abandonados de la guerra Civil, e impulsada en el Texto Refundido sobre Tribunales Tutelares de Menores y Protección de Menores en 1948. Se trataba de colocar a los niños o niñas en otra familia completa, con indiscutible honorabilidad y que tuviera una vivienda amplia (Del Valle *et al.*, 2009).

4. La aplicación de la guarda y custodia por el Movimiento de Atención a Cierta Infancia (MACI). Esta aplicación, puesta en marcha desde 1975, consistía en solicitar una medida de guardia y custodia, para alguno de los niños que estaban en las instituciones, a cargo de una familia que era selecciona a priori por el MACI. Esta medida, si evolucionaba satisfactoriamente, podía terminar en adopción (Amorós y Palacios, 2004).

El acogimiento familiar, como tal, se introduce en nuestro país mediante la Ley 21/1987 en la que se define como aquella situación en la que “el menor de edad obtiene la plena participación en la vida de la familia acogedora, teniendo ésta las obligaciones de velar por él, tenerlo en su compañía, alimentarlo, educarlo y procurarle una formación integral”. Esta Ley no solo definió la figura del acogimiento familiar, sino que también estableció como prioridad que los niños privados de un ambiente familiar adecuado recibieran cuidados sustitutivos en el marco de otra familia y no exclusivamente en un centro de menores.

La Ley Orgánica 1/1996 desarrolla esta idea y amplía las posibilidades del acogimiento familiar mediante nuevas modalidades y facilitando su aplicación (Del Valle, López, Montserrat y Bravo, 2008 y Del Valle *et al.*, 2009). En función de la finalidad del acogimiento familiar, se distingue entre acogimiento simple, permanente y preadoptivo. El acogimiento simple tendría como finalidad proporcionar al menor un núcleo de convivencia familiar adecuado de manera temporal hasta que se lleve a cabo la reunificación. El objetivo final en el caso del acogimiento

permanente sería proporcionar al menor un núcleo de convivencia familiar adecuado cuando no hay previsión de retorno a la familia de origen aunque no se estime una ruptura total con la familia biológica o acogedora, existiendo de esta forma una vinculación con el niño. El acogimiento preadoptivo, sin embargo, perseguiría el propósito de proporcionar al menor un núcleo de convivencia familiar adecuada cuando no hay previsión de retorno a la familia de origen y se quiere comprobar si hay una adecuada vinculación con esa familia ajena para una posible futura adopción.

Por la forma que se constituye el acogimiento familiar puede tratarse de un acogimiento administrativo (acordado por las partes ante la Administración), acogimiento judicial (cuando se hace necesaria la intervención del juez por desacuerdo de los padres biológicos) y acogimiento provisional o de urgencia (permite poner en acogimiento familiar a un niño de manera inmediata, aunque no exista consentimiento de los padres, en tanto se resuelve el contencioso).

Otro tipo de distinciones, no establecidas por la Ley, son las que hacen referencia al tipo de relación del niño o niña con los acogedores y al tipo de características del niño o niña. Dependiendo de la relación del niño o la niña con los acogedores se diferencian los acogimientos en familia extensa (los acogedores son parientes o allegados) y los acogimientos en familia ajena (los acogedores son extraños para el niño o la niña). En función de las características del menor se distingue entre acogimiento ordinario y especializado. El acogimiento ordinario es el que proporciona un núcleo de convivencia familiar adecuada a niños y niñas que no tengan ninguna necesidad educativa especial. El acogimiento especializado aporta un núcleo de convivencia familiar adecuada a niños y niñas mayores de ocho años, con alguna enfermedad crónica o discapacidad o que forman un grupo de hermanos.

Las cifras del acogimiento familiar no reflejan esa prioridad que se establece en la legislación actual. Aunque los datos presentan una tendencia creciente durante estos últimos años, se quedan muy lejos de los que describen la actividad del acogimiento residencial, medida aplicada, en principio, de forma excepcional. La Estadística Básica de medidas de Protección a la Infancia (Dirección General de Política Social, de las Familias y de la Infancia, 2009) recoge el número de altas anuales en las diferentes medidas de protección. En el año 2000, entre guardas y tutelas, hubo un número de altas en acogimiento familiar (tanto administrativo como judicial) de 3.286 frente a 4.811 en el año 2007. Del año 2007 al año 2008 el número de altas descendió significativamente a 3.246. En el caso del acogimiento residencial, se pasa de 6.037 en el año 2000 a 10.844 en el año 2008. En este año, el número total de altas en tutelas entre todas las medidas fue 8381. Según Del Valle y Bravo (2003), en un estudio que permitió presentar por primera vez datos comparativos entre extensa y ajena, de unos 30.000 niños en acogimiento a finales del año 2002, sobre un 45,3% se encontraba en acogimiento residencial, una cifra parecida en acogimiento con familia extensa (46,8%) y un 7,9% en familia ajena. Si se comparan los datos exclusivamente entre los dos tipos de acogimiento familiar, la proporción es de un 85,5% de extensa frente a un 14,5% de ajena, lo que deja claramente reflejado el peso de los familiares a la hora de adoptar la medida de acogimiento familiar, siendo esta opción altamente beneficiosa tal y como indican los resultados de la literatura nacional e internacional sobre acogimiento familiar (Del Valle *et al.*,

2008, Del Valle, López, Montserrat y Bravo, 2009 y López, Del Valle, Montserrat y Bravo, 2011) Sin embargo, aunque la preferencia por el acogimiento familiar en extensa es evidente, según los datos obtenidos en el estudio de Del Valle y Bravo (2003), es importante señalar que estas cifras engloban los acogimientos que son resultado de la regulación de situaciones de hecho. Lo que estos resultados sí desvelan es la necesidad en España de incentivar el acogimiento familiar como medida protectora.

El modelo de intervención actual en acogimiento familiar lucha por equilibrar la realidad de la práctica con las expectativas legislativas y profesionales de priorizar este tipo de medidas frente a otras que deberían ser mucho más anecdóticas (Senado, 2010). Este modelo de intervención sigue la secuencia de captación-selección-formación-acoplamiento-seguimiento, en el que el reto actual más importante es la última fase junto con la mejora de la captación de nuevas familias (Del Valle *et al.*, 2009). La primera y segunda fase son las que hacen referencia a la captación de familias y a su selección mediante una evaluación psicológica y social al estilo de las que se realizan en el proceso de la adopción. Una vez que las familias hayan sido seleccionadas es necesario formarlas para el proceso del acogimiento y en sus dificultades inherentes. Cuando la familia está preparada es cuando se produce el acoplamiento del niño o la niña en este nuevo contexto familiar. Es imprescindible hacer un buen seguimiento en cada uno de los casos para apoyar en las problemáticas que puedan surgir y para garantizar la protección del niño o niña.

4.2 El acogimiento residencial

Hasta los años 80, el acogimiento de los niños víctimas de una desprotección se realizaba en macroinstituciones capaces de albergar a cientos e incluso miles de niños. El acogimiento en estas instituciones era indiscriminado, es decir, no se evaluaban las necesidades de cada uno de los menores y, por tanto, la intervención no seguía un plan de caso, es decir, las intervenciones no estaban orientadas a la consecución de unos objetivos planificados y definidos. Estas instituciones eran cerradas y autosuficientes, lo que implicaba que no hubiera relación con el exterior, funcionando al margen de la comunidad. Todos los recursos necesarios para la crianza de los menores eran ofrecidos por la propia institución (comida, escuela, ocio, peluquería, etc.). El modelo educativo era instruccional, siendo su objetivo enseñar a los menores un oficio que les permitiera su inserción laboral, dejando a un lado aspectos motivacionales y las habilidades sociales. El personal que allí trabajaba se componía básicamente de cuidadores sin ser preciso una formación profesionalizada en este ámbito. En este tipo de macroinstituciones, a los menores que se acogían se les proporcionaba los cuidados básicos y formativos (Del Valle y Fuertes, 2000 y Fuertes y Del Valle, 2001).

Entre los años 60 y 70 nace el modelo comunitario y con él el movimiento antipsiquiátrico que, además de hacer una crítica concreta a las instituciones psiquiátricas del momento, se propone extender sus principios de actuación a todas aquellas intervenciones y programas centrados en el proceso de institucionalización. En este momento de crispación, los anteriores estudios de Spitz (1945) y Bowlby (1951) sirvieron de fundamento a la exacerbación de dicha crítica. Spitz descubrió retrasos en el desarrollo de los menores acogidos en macroinstituciones que consideró como irreversibles y a este fenómeno lo denominó *Hospitalismo*. Bowlby consideraba esencial el vínculo de una persona adulta en la atención de

un niño para un adecuado e integral desarrollo. Según Bolwby, la privación de este vínculo, que denominó *Privación maternal*, repercute negativamente en el desarrollo del menor. Un ejemplo de esto sería el retraso ponderoestatural. Esta idea de Bolwby fue mal interpretada puesto que se creyó que solo la madre era la persona que tenía que estar en contacto directo con el niño por lo que se pensó que las macroinstituciones no eran un lugar adecuado para el desarrollo de los niños. Así, a partir de estos estudios, se consolidó la idea de que las instituciones tienen efectos negativos en el desarrollo de los menores como retrasos intelectuales, alteraciones afectivas y sociales, etc.

Los estudios realizados en aquel momento presentaban varios problemas metodológicos considerables. Concluían que los indicadores de déficit de desarrollo eran debidos a la estancia en instituciones sin tener en cuenta el estado inicial de los niños cuando eran acogidos por la institución; sin embargo, la presencia de alteraciones en el desarrollo eran altamente probables por la experiencia previa de desprotección. Rutter (1972) realiza una revisión crítica que tuvo un fuerte impacto en la valoración de esta medida. Este autor afirmaba que los efectos nocivos podían deberse no solo al hecho de la institucionalización, sino a las condiciones ambientales deficientes que estas presentaban. A su vez señalaba que en condiciones de cuidado óptimas en los centros de acogida los niños sí mejoraban. De esta forma, defiende la importancia de la evaluación de los centros de acogida y de un funcionamiento basado en la Teoría del Aprendizaje, teniendo en cuenta que el desarrollo varía en función del ambiente, los déficits en el desarrollo se pueden recuperar y, por tanto, es necesario crear un ambiente con unas adecuadas condiciones.

Según Del Valle y Fuertes (2000) y Fuertes y Del Valle (2001), a partir de los años 80 el Modelo Residencial Institucionalizado comienza su renovación hacia un Modelo Familiar. El tamaño de los centros se reduce y empiezan a funcionar las conocidas minirresidencias y hogares como alternativa a la vida familiar, tratando de ser, por tanto, un hogar de sustitución. En estos nuevos espacios prima el trato individualizado con los niños por lo que se necesitarían más profesionales para menos niños. Por esta época se conforma la Red de Servicios Sociales, mejorando así la coordinación entre los servicios y el funcionamiento de los recursos. Esto hace que se comience a evaluar cada caso y sobre él se plantee un plan de caso que sea el que guíe toda la intervención con el menor. Con este cambio aparece la profesionalización de las personas que trabajan en este ámbito y su cometido será diseñar una intervención enfocada a la consecución de unos objetivos. El principio que rige el trabajo en estos hogares y minirresidencias es la normalización, entendiéndolo como tal que el diseño de la convivencia, espacios y rutinas en la vida de estos niños no tiene por qué ser diferente a la de otros niños. Así, no es necesario generar recursos exclusivos para ellos puesto que pueden beneficiarse de los recursos comunitarios, favoreciendo de esta forma su integración. Esto es lo que postula el modelo comunitario, a favor del uso de los recursos de la comunidad en la medida de lo posible. Según estos autores, la interpretación de este principio ha generado rechazo a crear recursos específicos por miedo a estigmatizar a sus usuarios y olvidando así las necesidades particulares de cada niño. Por último, destacar que en este nuevo cambio se apuesta por una educación integral del niño, es decir, potenciar el crecimiento del niño en todas sus facetas (física, psicológica, moral, intelectual, afectiva, etc.).

En los últimos años se está desarrollando un nuevo modelo que diversifica las posibilidades de atención del acogimiento residencial. El Modelo Familiar coexiste hoy en día con el Modelo Especializado puesto que la diversidad de las problemáticas a atender actualmente requiere recursos más específicos. Este nuevo modelo no es una alternativa familiar ya que se apuesta por un programa de intervención intensa para cada menor que garantice la cobertura de las necesidades integrales y específicas de cada uno de ellos (Bravo y Del Valle, 2001 y 2009 y Fuertes y Del Valle, 2001). En este caso, se trata de dar respuesta a la necesidad creciente de seguir un proceso de intervención con el menor y no sólo cuidarle, puesto que los perfiles de estos niños y jóvenes están cambiando y cada vez son más diferentes (Bravo y Del Valle, 2009).

En la actualidad, por tanto, la red de acogimiento residencial ofrece diferentes recursos alternativos para cubrir todas las posibles finalidades del plan de caso de cada niño o niña. Siguiendo a Bravo y Del Valle (2009), Del Valle y Bravo (2007) y Gobierno de Cantabria (2008b), a continuación se exponen los recursos disponibles según las funciones que cumplen:

A. Hogares de acogida de los pequeños hasta tres años. Son hogares que prestan atención a bebés y niños muy pequeños de manera específica. Los expertos afirman que este tipo de hogares deberían desaparecer para que no hubiera ninguna alternativa a una familia estable cuando se tratan de niños o niñas entre cero y tres años. De hecho, una de las conclusiones unánimes que se extrae en el Informe del Senado (2010) es que debería estar prohibido por ley el acogimiento residencial cuando se tratan de niños entre 0 y 3 años. Aunque en un futuro están llamados a desaparecer y en la actualidad tienden a disminuir, es una realidad anacrónica de nuestro sistema de protección a falta del impulso definitivo del acogimiento familiar.

B. Hogares de emergencia y primera acogida. Los principales objetivos asignados a este tipo de hogares son la atención inmediata (protección y seguridad) y el estudio y valoración del caso, con el fin de facilitar que a corto plazo se adopte una medida definitiva.

C. Hogares de convivencia familiar. La función para estos hogares es la de soporte para la reunificación o para el acoplamiento a una familia alternativa y, en algún caso específico, para la integración en un entorno residencial especializado. El principal objetivo asignado a este tipo de hogares es ofrecer una atención basada en la convivencia de niños y niñas de edades distintas. Estos hogares se rigen por el principio de normalización, es decir, proporcionar al menor una vida lo más parecida a los demás niños y niñas de su edad durante el tiempo que precisen estar en acogimiento residencial.

D. Hogares de preparación para la independencia de adolescentes. El principal objetivo asignado a este tipo de hogares es preparar a los menores para la autonomía e independencia y para ello, los adolescentes tienen que tener la máxima participación posible y seguir un entrenamiento con programas dirigidos y con objetivos específicos para conseguir una adecuada transición a la vida independiente. Hay dos tipos de hogares de adolescentes para emancipación: hogares de preparación y pisos tutelados. Los primeros tienen profesionales viviendo con los menores y son los responsables de su entrenamiento. Los segundos, los menores viven en un piso en la comunidad que es revisado a menudo por un profesional.

E. Hogares y centros para adolescentes con problemas emocionales y conductuales. Son los denominados hogares de socialización. El principal objetivo asignado a este tipo de hogares es ofrecer un enfoque alternativo y especializado acompañado de un contexto delimitado y seguro que permita proteger a los adolescentes que representan un grave riesgo para sí mismos o los demás. La acción educativa y la acción terapéutica en estos hogares es intensiva. Ofrecen actividades atractivas y útiles de manera inmediata y han de estar provistos de contención ambiental, social (normativa rígida) y personal (los que allí trabajan tienen que ser especialistas). En este tipo de centros es donde suelen ingresar a su vez los menores infractores que tienen menos de 14 años. Existen también, en algunas comunidades autónomas, los llamados centros terapéuticos que trabajan con población con graves trastornos de salud mental.

F. Hogares para menores extranjeros no acompañados. Son hogares específicos diseñados para atender a menores que proceden de otros países y se encuentran en territorio español sin familia. Cuentan con personal que conoce el idioma y las pautas culturales de estos jóvenes.

En la actualidad el programa de acogimiento residencial afronta según Del Valle (2006) cinco grandes retos:

1. La intensificación de la función evaluadora puesto que se produce un alto número de ingresos con estancias muy breves. Los centros de primera acogida son quienes más deben incidir en el trabajo y las técnicas de evaluación. Es imprescindible que se de una evaluación de necesidades pormenorizada de cada uno de los niños y niñas para adecuar los recursos a las mismas (De Paúl, 2009).

2. Un balance equilibrado entre lo educativo y lo terapéutico ya que llegan cada vez más menores con problemas psicológicos y cuadros clínicos graves. Por esto, hay una necesidad de formación en los educadores acerca de la actuación a seguir con estos casos. Se hace imprescindible tanto la creación de un ambiente terapéutico en la vida cotidiana de estos niños como la coordinación estrecha con servicios terapéuticos. De esta forma, los hogares se deben ajustar a nuevas demandas y ampliar su modelo de intervención (Bravo y Del Valle, 2009), así como el Sistema tiene que conseguir que los niños menores de 12 años puedan acceder a un programa de acogimiento familiar, sobre todo los niños menores de 3 años (Bravo y Del Valle, 2009 y Senado, 2010).

3. Trabajar en clima de conflictividad ya que muchos chicos y chicas presentan comportamientos de enfrentamiento, falta de normas, conflicto, etc. Son jóvenes con trastornos de conducta, fuera del control parental o, incluso, con problemas de salud mental (Bravo y Del Valle, 2009). No son la excepción “*que no encaja aquí*” sino el perfil de mayor demanda en el futuro y al que el acogimiento residencial debe dar respuesta. Este tipo de perfiles requieren formación específica en trabajo con adolescentes y manejo de conflictividad, entornos capaces de ofrecer algo novedoso y motivador para estos chicos y chicas, estructuras con normas y autoridad claramente establecidas, al mismo tiempo que cobertura afectiva. En este sentido, se debe trabajar como prevención de intervenciones de carácter penal y evitando el “*efecto tobogán*”, es decir, evitando deslizar a los menores con perfiles más problemáticos hacia la delincuencia.

4. Menores inmigrantes no acompañados. Su llegada masiva, dificulta la planificación ya que los períodos de tiempo se acortan aún más. Con esta población se hace necesario un trabajo diferenciado, puesto que no es un grupo uniforme, cada menor tiene una historia previa, unos aprendizajes, conocimientos, actitudes, etc. Por tanto, los programas deben estar ajustados a sus necesidades: idioma, aspectos legales, separación de la familia, expectativas e incorporación al mercado laboral, ocio y relaciones, etc. Es imprescindible la resolución de problemas de índole político y administrativo, así como la formación específica de los educadores: idioma, cultura, aspectos jurídicos y objetivos educativos.

5. Transición a la independencia adulta. Hay un aumento considerable de estos perfiles que requieren una intervención generalizada en un período muy corto de tiempo. Además, se da un importante choque entre las habilidades que necesitan desarrollar estos menores y las estructuras de las residencias y hogares (no acceso a cocinar, a las compras, a tareas domésticas, etc.), con, aún, actitudes institucionales paternalistas. Por tanto, se hace imprescindible el desarrollo de programas intensivos de habilidades sociales, sexualidad, prevención y salud, habilidades de independencia, etc., así como de programas de continuidad y seguimiento (pisos tutelados, etc.).

Por último, un reto que ya se viene planteando desde hace algunos años, implantar unos principios de calidad iguales para todos los hogares que garanticen un incremento en la calidad de vida de los menores y del personal. Estos principios de calidad están expuestos en Del Valle y Fuertes (2000) y posteriormente actualizados en Gobierno de Cantabria (2008b) y son:

1. Seguridad, protección y relación: se ha de crear un ambiente seguro y protector mediante la seguridad física en el ambiente, la prevención de relaciones abusivas en el ambiente, la prevención de relaciones abusivas entre compañeros, la prevención de relaciones abusivas con los adultos, el seguimiento en las salidas al domicilio y visitas, el desarrollo de habilidades en los niños y niñas para que sepan protegerse y cuidarse, la cobertura afectiva y la abogacía social, es decir, son aquellos que trabajan con estos niños los primeros que deben defender los derechos de los mismos.

2. Individualidad: las necesidades de cada niño han de ser el eje de actuación de cada intervención, por lo que ha de ser el centro el que se amolde a las necesidades del niño y no a la inversa. Para cada menor ha de existir un plan de caso que garantice la cobertura de todas sus necesidades y un programa individual (PEIS) que guíe el proceso de intervención y que se evalúe mensualmente. Cada menor ha de tener su recibimiento y la atención que merece su adaptación. Todos los niños y niñas han de tener su espacio personalizado y se les ha de respetar su intimidad. Cada hogar debe tener una flexibilidad normativa y organizativa para poder cubrir las necesidades de cada edad, cultura, género, etc. y ha de ser respetuoso con la procedencia cultural de cada menor, siempre que no coarte la libertad de los que allí conviven.

3. Respeto a los derechos: los derechos del niño y la familia han de ser también el eje de actuación en los hogares. Los menores tienen derecho a poder comunicarse con la familia y los profesionales que allí trabajan, a participar en decisiones y en su regulación. El personal ha de ser extremadamente cuidadoso con sus datos personales, manteniendo en todo momento

la confidencialidad de los mismos. El personal no podrá utilizar los motivos de ingreso del menor para su trabajo cotidiano.

4. Cobertura de necesidades básicas: ha de ofrecerse una buena atención en las cuestiones más básicas (contexto de la vivienda, alimentación, ropa, dinero, transporte público).

5. Estudios y formación: ha de buscarse el mejor recurso escolar y formativo. El acceso a los recursos educativos tiene que ser el adecuado a cada caso, no siendo conveniente que los niños del mismo centro acudan al mismo colegio ya que esto favorecería los guetos y dificultaría la integración.

6. Salud y estilos de vida: ha de ofrecerse una buena asistencia sanitaria y educación para la salud. Esto incluiría una exploración inicial, la cobertura sanitaria, acceso a tratamientos específicos necesarios, educación para la salud, educación sexual y prevención de enfermedades de transmisión sexual.

7. Normalización e integración: el patrón de vida ha de ser normalizado. El menor podrá tener ocio y relaciones sociales en la comunidad (no solo en el centro), hacer uso de los medios de comunicación, tener acceso a los recursos comunitarios, disponer de diferentes modelos educativos, seguir una coeducación, tener flexibilidad en la vida cotidiana y disponer de ocio y relaciones en los fines de semana.

8. Desarrollo y autonomía: se ha de preparar para la autonomía e independencia, sobre todo en el caso de los adolescentes. La intervención educativa ha de ser casi permanente, en todos los ámbitos del día a día. La intervención tiene que estar dirigida a subsanar los déficit y los problemas de cada menor. Tiene que haber trabajado las expectativas y la toma de decisiones. El menor ha de ir incrementando sus responsabilidades en la medida que se pueda. Se le ha de ofrecer entrenamiento en habilidades para la independencia y un fuerte apoyo en la salida.

9. Participación de los niños, niñas y adolescentes: la participación en la vida cotidiana es fundamental para un adecuado trabajo educativo. Esta participación ha de ser un derecho y diferencial según las edades y características de los niños, niñas y adolescentes.

10. Ocio y tiempo libre: los niños, niñas y adolescentes han de disponer del tiempo y los recursos necesarios para emplear su ocio en actividades de su preferencia.

11. Incentivos y sanciones: el trabajo educativo ha de fundamentarse en el refuerzo de los comportamientos adecuados. Cuando aparezcan conductas inadecuadas se dispondrá de las sanciones ya establecidas de antemano.

12. Emplazamiento, estructura física y equipamiento: los hogares y centros deben ser lugares de convivencia acogedores, cálidos y con variedad de recursos comunitarios en su entorno.

13. Recursos humanos: es imprescindible que exista un número adecuado de profesionales, que estos hayan sido seleccionados atendiendo a su cualificación y experiencia y que sigan un proceso continuo de formación y supervisión.

14. Gestión y clima social: las organizaciones mostrarán una adecuada estructura para el cumplimiento de sus objetivos: liderazgo, trabajo en equipo, participación, normativa y reconocimiento profesional.

15. Coordinación entre profesionales: el trabajo en acogimiento residencial se basa en la coordinación entre todos los profesionales que trabajan con los niños y niñas.

16. Apoyo a las familias para reunificación: se ha de incorporar a la familia en la intervención, evitando que la familia se acomode. Han de existir estrategias de acercamiento a las familias. Se ha de realizar un trabajo educativo sobre las familias. Las responsabilidades han de ser compartidas. Ha de existir una coordinación estrecha entre la familia y el plan de caso.

5. Síntesis del capítulo

A partir de la publicación de la Constitución Española de 1978 y de la Ley 21/1987 se comienza a crear el Sistema de Protección a la Infancia tal y como se conoce en la actualidad. El cambio en el marco legislativo de Protección a la Infancia fue fundamental para conseguir la creación de recursos y servicios articulados imprescindibles para cubrir las necesidades de los niños, niñas y jóvenes. Son las Comunidades Autónomas las que tienen las competencias en materia de Protección a la Infancia, no sólo el poder de declarar a un niño o niña en desamparo, si no también de crear los recursos suficientes para dar respuesta a cada situación de desprotección, atendiendo de este modo a las necesidades individuales de cada niño y niña. En este punto, el objetivo a perseguir es la promoción de un desarrollo personal óptimo, siendo para esto ineludible conseguir paliar las consecuencias de la desprotección.

En este contexto, en el de atender las necesidades individuales de cada caso, cobra protagonismo la supremacía del interés del menor y, por tanto, se hace indispensable evaluar minuciosamente el estado en el que llega al Sistema cada niño o niña y su situación para poder decidir con criterio los recursos que se pondrán a su disposición. Parece que los expertos en el tema están absolutamente de acuerdo y tienen muy claro que en niños menores de 12 años la mejor opción es mantenerlos en un contexto familiar y no en los hogares o centros de acogimiento residencial. Esta necesidad infantil es aún mayor cuando los niños y niñas son más pequeños, sobre todo en los casos de niños menores de tres años. Para que esta necesidad sea cubierta las Comunidades Autónomas deben desarrollar sus programas de Intervención Familiar y Acogimiento Familiar, tanto a nivel de familia extensa (apoyando a los acogedores) como de familia ajena (impulsando el acogimiento profesionalizado).

Teniendo en cuenta lo importante que es para el funcionamiento óptimo del Sistema la evaluación tanto de las necesidades de los niños y niñas como del estado en el que llegan, así como las consecuencias de la desprotección, en el próximo capítulo se expone una revisión completa de la investigación actual para este ámbito.

**CAPÍTULO 2. INVESTIGACIÓN ACTUAL SOBRE LOS
EFECTOS EN EL DESARROLLO INFANTIL DE LA
SEPARACIÓN FAMILIAR Y LA SITUACIÓN DE DESAMPARO**

En este capítulo se expondrá la investigación reciente de los efectos que la situación de desamparo y la medida protectora tienen sobre el desarrollo infantil. La primera parte del capítulo (punto 2.1.) se centrará en los efectos que tiene sobre el desarrollo de los niños y niñas el hecho de encontrarse en una situación de desprotección y de maltrato. La segunda parte (punto 2.2.) presentará los efectos que tiene sobre el desarrollo de los niños y niñas en situación de desamparo una medida de protección con separación familiar.

Antes de evidenciar los datos concretos que sobre este tema se encuentran en la investigación, es necesario partir de un marco de referencia desde el que se ordene toda la información importante al respecto. De esta forma, es importante tener en cuenta cómo los expertos organizan todos estos conocimientos. Según López (1995) las necesidades comunes a todos los niños se podrían organizar en tres grandes grupos:

1. Necesidades de carácter físico-biológico: alimentación, temperatura, higiene, sueño, actividad física y lúdica, integridad física y protección de riesgos reales.
2. Necesidades cognitivas: estimulación sensorial, exploración física y social, comprensión de la realidad física y social, adquisición de un sistema de valores y normas.
3. Necesidades emocionales y sociales, en las que el autor establece tres grupos diferenciados:
 - 3.1. Sociales: seguridad emocional, identidad personal y autoestima, red de relaciones sociales, participación y autonomía progresiva, a la vez que necesidad de establecer unos límites al comportamiento.
 - 3.2. Sexuales: contacto sexual
 - 3.3. Con el entorno físico y social: protección de riesgos imaginarios e interacción lúdica.

Los niños que se encuentran en una situación de desprotección han sufrido algún tipo de maltrato en sus diversas manifestaciones que ha podido afectar en mayor o menor medida a su desarrollo físico, cognitivo, emocional y social. De esta forma, tiene unas necesidades añadidas derivadas de esta situación de desprotección (Del Valle y Fuertes, 2000). Siguiendo a estos autores, a continuación, se exponen los efectos más habituales del maltrato en función de la edad del niño o niña (desarrollo evolutivo) y la tipología de necesidad afectada:

1. Efectos del maltrato en el niño o niña de 0 a 2 años

Desarrollo físico. Una nutrición inadecuada mantenida a lo largo del tiempo no sólo afecta al crecimiento del niño de manera negativa sino que además puede provocar daños cerebrales e influir en retrasos en el desarrollo más o menos graves, siendo el caso más extremo el de retraso intelectual. Los golpes en la cabeza pueden tener como consecuencia daños cerebrales con diferentes manifestaciones, como ceguera, epilepsia, sordera, retraso mental, parálisis cerebral, coma, etc. En concreto, los golpes en los oídos, incluso una torta, pueden dañar la estructura interna de este órgano y afectar a la audición. La negligencia física y la ausencia de

cuidados médicos, cuando el niño o niña lo requiere, pueden desarrollar discapacidades y enfermedades crónicas y permanentes (bronquitis, infecciones repetidas, problemas de oído y de visión, asma, etc.). La negligencia también afecta al tono muscular de los niños. Al tener menor estimulación de la necesaria, manifiestan hipotonía, un pobre desarrollo de la psicomotricidad fina y gruesa y de la coordinación.

Desarrollo cognitivo. La ausencia de estimulación en este período de la vida puede afectar severamente al desarrollo cerebral y por lo tanto al desarrollo cognitivo. Es frecuente que los niños que han sufrido maltrato presenten retrasos en el desarrollo del lenguaje y por lo tanto en su desarrollo social, ya que su capacidad de interacción con los demás se ve limitada por sus escasas habilidades comunicativas. Además, también pueden mostrar cierta pasividad cognitiva puesto que no suelen iniciar conductas exploratorias espontáneas y su juego puede ser muy pobre y repetitivo. Como consecuencia de esta pasividad, su capacidad para resolver problemas sencillos y la adquisición de conceptos básicos pueden verse muy afectadas.

Desarrollo social. Una de las consecuencias más importantes de haber vivido una situación de desprotección en este rango de edad es la dificultad para establecer apego con sus cuidadores primarios debido a la escasa experiencia de relaciones placenteras, consistentes y estables con los mismos. A su vez, la capacidad para emitir respuestas a los estímulos sociales también se puede ver comprometida, mostrando cierto desinterés por la interacción con otros adultos. Pueden mostrar también cierta inexpresividad emocional y no suelen experimentar juegos recíprocos de tipo social que impliquen a otros adultos o niños.

Desarrollo emocional. El desarrollo de una confianza básica, base para establecer relaciones sociales saludables, se ve afectado en los niños y niñas en situación de desprotección. Se suelen mostrar aislados, apáticos y con sintomatología depresiva. Junto con este estado de inmovilidad, suelen manifestar otro de hipervigilancia, de tal forma que están siempre en un estado de alerta (sintomatología ansiógena). Es conocido que este tipo de síntomas emocionales en la infancia cursan con irritabilidad por lo que pueden mostrarse agresivos tanto con los objetos como con las personas. En esta edad comienza a forjarse el autoconcepto en las personas. En su caso, los efectos del maltrato y la ausencia de respuesta del ambiente ante sus necesidades y demandas, originan los sentimientos de desvalorización a hacia sí mismo que pueden acompañarlos en el futuro.

2. Efectos del maltrato en el niño o niña de 3 a 6 años

Desarrollo físico. Hay un retraso evidente en el desarrollo físico y especialmente en la altura. Además son habituales los trastornos respiratorios, las infecciones y los problemas con el aparato digestivo. A nivel motor, suelen ser torpes, con escasa coordinación y carencias en las habilidades tanto finas como gruesas. Su tono muscular es bajo.

Desarrollo cognitivo. Con frecuencia aparecen retrasos en el lenguaje más o menos graves. Suelen mostrar dificultades en la pronunciación, en la creación de frases, con el vocabulario, etc. En ocasiones pueden llegar a manifestar mutismos aunque tengan la capacidad para hablar. En cuanto a las habilidades cognitivas, aparecen problemas asociados a la atención y concentración y al interés por los objetos.

Desarrollo social. Pueden mostrar patrones disfuncionales de apego o, incluso, no mostrar ningún tipo de vinculación. Presentan múltiples déficits en sus habilidades sociales: juego recíproco, respetar normas, implicarse en juegos cooperativos, en negociar o compartir. En ocasiones, pueden llegar a ser agresivos e impositivos con los demás. El juego habitual es el juego en solitario o en paralelo, siendo muy dificultoso para ellos implicarse en juegos que impliquen interacción y cooperación o, incluso, los que requieren fantasía y el uso de la imaginación. Pueden presentar una escasa motivación por la experimentación y exploración, limitando así su mundo.

Desarrollo emocional. El miedo puede estar muy presente en sus vidas aunque de diferentes formas: fobias diversas, terrores nocturnos y otros problemas del sueño, ansiedad generalizada, estado de alerta permanente, entre otros. El nivel bajo de autoestima y la escasa confianza en sí mismo comienzan a mostrarse con más fuerza, especialmente cuando se le proponen nuevos retos o cuando habla de sí mismo. Su capacidad de demora de las gratificaciones y la tolerancia a la frustración son escasas puesto que suelen manifestar problemas con el control de impulsos y en su autorregulación emocional. En definitiva, son frecuentes los trastornos emocionales.

A todas estas dificultades en el desarrollo físico, cognitivo, social y emocional de los niños y niñas que han vivido una situación de desprotección, se añaden los efectos derivados por la consecuente separación de sus familias de origen. Además de los propios efectos de las situaciones disfuncionales que han sufrido, se tienen que añadir las consecuencias de su separación familiar.

1. Investigación actual sobre el impacto de la experiencia de maltrato en el desarrollo infantil.

Es conocido, como ya se expone en la introducción a este capítulo, que la experiencia de maltrato y la consiguiente situación de desamparo en un niño puede tener unos efectos perniciosos para su desarrollo evolutivo. Algunos de los estudios más destacados sobre las consecuencias psicológicas y comportamentales del maltrato infantil son los realizados por Allen y Tarnowski (1989), Camras, Grow y Ribordy (1983), Carmen, Rieker y Mills (1984), Egeland, Sroufe y Erickson (1983), Gaudin, Polansky, Kilpatrick y Shilton (1996), González, *et al.* (2001), Green (1978), Kazdin, Moser, Colbus y Bell (1985), Martínez y De Paúl (1993), Milner (1990), Rogeness, Amrung, Macedo, Harris y Fisher (1986), Ruiz y Gallardo (2002), Sandberg y Lynn (1992). En ellos se mencionan consecuencias tales como: alteraciones de conducta, sintomatología de hiperactividad, baja autoestima, intentos de suicidio, actitudes defensivas, sintomatología depresiva, retrasos en el desarrollo, incompetencia en el funcionamiento social y en el reconocimiento e identificación de las emociones (miedo, disgusto, felicidad, tristeza, rabia,...) de los otros a través de la expresión facial, participación en acciones delictivas, reacciones de agresividad verbal y física, deficiencias en el empleo del lenguaje común, incapacidad para abstraer y generalizar los conceptos, trastornos del habla, etc.

Estos efectos más comunes no se dan en todos los niños que sufren maltrato, ni se dan todos los efectos de igual forma. Cómo afecta a un niño concreto su experiencia de maltrato va a depender de muchos factores que tienen que ver con la individualidad de cada una de las personas: historia de maltrato, situación familiar, forma de interpretar y elaborar esa misma

historia de vida, temperamento del propio niño, apoyos sociales, estado emocional, capacidad cognitiva, y un largo etcétera de características personales, familiares, sociales y comunitarias que hacen a cada niño único e irreplicable, incluso en su experiencia de desamparo. De todas formas, gracias a la investigación reciente, se pueden ir concretando necesidades generales que el sistema de protección debe satisfacer, sin perjuicio de atender también a la individualidad de cada niño. Por ejemplo, gracias a estudios en los que se compara el estado emocional de víctimas crónicas de malos tratos y víctimas transitorias, se puede saber que el estado emocional es más inestable en aquellas víctimas que sufren un maltrato de manera cronicada. Además, también se pudo llegar a la conclusión que los niños maltratados de forma crónica tienen mayor probabilidad de puntuar en el rango clínico de agresividad, problemas sociales, aislamiento y en la escala de problemas totales (Ethier, Lemelin y Lacharité, 2004). Así, estos datos tienen que ser considerados por el sistema de protección y tenerlos en cuenta cuando un niño que ha sido maltratado de manera sistemática es declarado en desamparo.

En esta parte del capítulo 2 se presentarán los resultados de la investigación que tienen que ver con los efectos del maltrato en el desarrollo infantil siguiendo la taxonomía elaborada por López (2005), centrándose en las necesidades más propias de los **niños y niñas de 0 a 6 años: físicas, cognitivas, emocionales y sociales**.

1.1 Impacto del maltrato en el desarrollo físico

Tanto en la clasificación de López (1995) como en el material tomado de Del Valle y Fuertes (2000), en las necesidades físicas se incluyen tres subtipos importantes: las que efectivamente tienen que ver con el físico de los niños (daños físicos, médicos, etc), las que tienen que ver con un aspecto de habilidades adaptativas (atención, comida, vestido, responsabilidad personal y aseo) y las que hacen referencia a las habilidades motoras.

Según Cerezo (1995) desde el punto de vista físico, los efectos más graves que puede causar un maltrato físico en un bebé son el hematoma subdural y las lesiones cerebrales. Otra manifestación física importante del maltrato es que el niño manifieste un desarrollo pondoestatural por debajo del percentil tres, sin causa orgánica que lo explique. Un efecto llamativo al respecto de este subdesarrollo físico es que cuando los niños pasan a lugares en los que se les protege, se producen visibles recuperaciones en su talla y peso. De esta forma, según Cerezo (1995) estos niños progresan incluso en el hospital, hecho que no ocurre con otros niños. Por último, se ha observado un fenómeno vascular de manos y pies fríos en bebés y niños que sufren maltrato emocional o abandono, que se manifiesta a través de su piel llena de manchas moradas y rosáceas. Feehan (1992) atribuye este fenómeno a una sobreactivación del sistema nervioso simpático debido al miedo que le produce al bebé no poder predecir con seguridad la respuesta de su madre y su posible distancia emocional.

Desde el punto de vista de las habilidades adaptativas, los niños que han sufrido maltrato tienen un patrón de desarrollo que se aleja de la norma. En primer lugar, los niños que han sufrido maltrato o negligencia suelen manifestar problemas de atención, puntuando más alto en estas escalas que aquellos que han ingresado en el sistema de protección por dificultades económicas en la familia (Cicchetti y Toth, 2000, De Bellis, 2001, De Paúl y Arruabarrena, 1995, Manly, Kim, Rogosch y Cicchetti, 2001 y Simsek, Erol, Öztop y Münir,

2007). En segundo lugar, cuando se mide la autonomía, la exploración independiente y la tolerancia a la frustración en niños de 24 meses, los niños maltratados se vuelven más esquivos, frustrados y desobedientes que los niños no maltratados con similar estatus socioeconómico (Egeland y Sroufe, 1981). Por último, uno de los síntomas más frecuentes entre los niños que han sufrido maltrato es la enuresis nocturna. Según Sempik, Ward y Darker (2008) la enuresis nocturna en estos niños es un indicador importante de su salud física y su bienestar emocional, estando relacionado con dificultades emocionales y conductuales.

Desde el punto de vista de las habilidades motoras, se puede afirmar que es el área del desarrollo que parece estar menos afectada por la historia de maltrato. De hecho, Egeland y Sroufe (1981) y Egeland, Sroufe, y Erickson (1983) realizaron un estudio longitudinal diferenciando los subtipos de maltrato, encontrando un retraso en el desarrollo en los niños maltratados. Los resultados evidenciaron retrasos importantes en todas las áreas del desarrollo: cognitiva, social, lenguaje, autonomía funcional y área motora, aunque en esta última se detectaron los retrasos más leves. Estos hallazgos fueron confirmados por otros estudios tanto clínicos como epidemiológicos, transversales y longitudinales (Barahal et al., 1981; Hoffman-Plotkin y Twentyman, 1984; Salzinger et al., 1984; Sandground, Gaines y Green, 1974).

1.2 Impacto del maltrato en el desarrollo cognitivo

Diferentes estudios señalan los efectos que sobre el desarrollo cognitivo y lingüístico tiene el maltrato infantil, destacando las dificultades que tienen que ver con la resolución de problemas, la adquisición y desarrollo del lenguaje, el vocabulario, el desarrollo morfosintáctico, los déficit en la atención, así como la inadaptación escolar (Allen y Tarnowski, 1989; Gaudin *et al.*, 1996; González *et al.*, 2001; Martínez y De Paúl, 1993; Milner, 1990; Moreno, García-Baamonde y Rabazo, 2007; Moreno, García-Baamonde y Blázquez, 2008; Nair *et al.*, 2003; Rycus y Hughes, 1998; Urquiza y Winn, 1994; Wolfe y Pierre, 1993).

En otros estudios que se centraron en las consecuencias del abandono (Azar, Barnes y Twentyman, 1988; Hoffman-Plotkin y Twentyman, 1984; Martin y Rodeheffer, 1976; Polansky, Chalmers, Battenwieser, y Williams, 1981; Sandground et al., 1974; Salzinger et al., 1984) se encontraron déficits cognitivos entre los niños que sufrían este tipo de maltrato en comparación con los grupos control.

Elmer y Gregg, ya en 1967, encontraron que el 57% de los niños en los que se había detectado maltrato tenían un cociente intelectual inferior a 80 en la Escala de inteligencia de Wechsler para Niños (WISC).

Silvia Cohen (1999) analizó las consecuencias producidas por el maltrato en el funcionamiento intelectual de 30 niños que habían sufrido maltrato. Sus resultados mostraron que solo el 20% de los niños maltratados alcanza un cociente intelectual medio (entre 90 y 109), más de un 17% se ubica en la categoría normal-bajo (80 a 89) y el 63% restante permanece por debajo de la media, situándose el 20% en el límite (70 a 79) y un 43% en la categoría muy bajo (69 o menos). Estos resultados van en la misma línea que los conseguidos por Moreno (2005) quien afirmó que en la muestra que recogió en su estudio de abandono emocional el índice general cognitivo (ICG) fue inferior a lo esperado en la población general.

En cuanto al desarrollo del lenguaje y la comunicación, según varios autores, la negligencia y el maltrato infantil pueden actuar como predictores de las dificultades en la competencia lingüística del niño (Allen y Oliver, 1982; Allen y Wasserman, 1985; Augoustinos, 1987; Cicchetti y Carlson, 1989). Martínez-Fuentes (1996), a su vez, detectó una correlación positiva entre bienestar infantil y desarrollo lingüístico.

Allen y Oliver (1982), Culp, Watkins y Lawrence (1991) y Fox, Long y Langlois (1988) aseguraron que el maltrato, especialmente la negligencia severa, se relaciona con déficits lingüísticos que afectan tanto al lenguaje receptivo como expresivo. Estas carencias se asocian con ambientes de cuidado en los que las figuras de referencia fracasan en aportar un adecuado intercambio de lenguaje social y habilidades verbales (Culp *et al.*, 1991 y Wasserman, Green y Allen, 1983). El apego seguro es fundamental para el desarrollo de la competencia comunicativa, de manera que se puede considerar un factor protector para el desarrollo del lenguaje (Gersten *et al.*, 1986). En el caso de los niños que sufren negligencia, la función principal para la que es utilizado el lenguaje en la interacción con sus madres es como medio para realizar tareas más que para intercambios afectivos o sociales. Este déficit en el uso pragmático del lenguaje para las relaciones sociales puede hacer que se presenten problemas futuros en su habilidad para desarrollar relaciones estrechas y disfrutar de un sentido de pertenencia en la formación posterior de grupos de iguales (Cicchetti y Valentino, 2006).

En la misma línea Moreno (2005) y Moreno, García-Baamonde y Blázquez (2010), en sus estudios sobre competencia comunicativa y grado de adaptación escolar en niños que han sufrido maltrato, pusieron de manifiesto un desarrollo lingüístico por debajo de la edad cronológica de los niños. Estos autores señalaron diferentes niveles de carencias en función de la tipología del maltrato, siendo los niños que han sufrido abandono emocional quienes manifiestan mayores repercusiones, seguidos de los que han sufrido maltrato emocional, abandono físico y maltrato físico.

Respecto al impacto del maltrato en las habilidades escolares es de suponer, por todo lo mencionado anteriormente, que se verán seriamente perturbadas. Con una menor atención, menor desarrollo cognitivo y, sobre todo (tal y como está entendido actualmente el sistema educativo), un déficit importante en el desarrollo del lenguaje es predecible que estos niños tengan mayores dificultades académicas. Si a esto unimos menor tolerancia a la frustración, mayor desobediencia, mayor inestabilidad emocional y mayores problemáticas conductuales, además de las dificultades académicas, estos niños tendrán mayores probabilidades de manifestar inadaptación escolar. Eckenrode y Laird (1991) y Eckenrode, Laird y Doris (1993) aseguraron que los niños maltratados reciben más sanciones disciplinarias y expulsiones y Egeland y sus colaboradores (1983) afirmaron que son más dependientes de los maestros, cuando se comparan con niños de un estatus socioeconómico similar que no han sido maltratados. A su vez, Barahal, Waterman y Martin (1981) encontraron que estos niños alcanzan un menor nivel académico y repiten curso con mayor probabilidad. En la misma línea, los resultados de Moreno *et al.* (2010) indicaron que los niños presentaban inadaptación escolar, manifestándose en una aversión al aprendizaje, indisciplina, baja motivación e interés por el estudio, aversión al profesor e insatisfacción escolar.

Por último, en este apartado del área cognitiva, se hace necesario señalar cómo afecta el maltrato al juego. El Juego es una de las tareas más significativas en desarrollo infantil ya que requiere la integración de habilidades cognitivas, motivacionales, emocionales y sociales (Cicchetti y Valentino, 2006). Los niños maltratados presentan más conductas de imitación y se implican menos en el juego independiente. Las madres de estos niños muestran en la interacción lúdica un menor establecimiento de límites y una menor atención dirigida. Estas diferencias entre los niños maltratados y los que no sufren maltrato se pueden detectar ya a los 12 meses de edad (Valentino, Cicchetti, Toth y Rogosch, 2006).

1.3 Impacto del maltrato en el desarrollo social

En este apartado sobre el impacto del maltrato en el desarrollo social es imprescindible tener en cuenta tres aspectos fundamentales para el desarrollo de las habilidades sociales: el patrón de apego del niño, sus estrategias de interacción social y su red de apoyo social.

Desde la década de los ochenta, se ha incluido en el área especializada de la metodología de evaluación del apego una cuarta categoría denominada patrón desorganizado de apego (D), en la que se clasificarían el mayor porcentaje de los niños maltratados (Crittenden, 1981; Lyons-Ruth, Connell, Zohl y Stahl, 1987; Main y Solomon, 1986). Los niños clasificados como patrón D en el test de Ainsworth (Ainsworth y Wittig, 1969) reaccionan en sus reencuentros con la madre, de una forma desorganizada, sin una estrategia clara para interactuar con la figura de apego en situación de estrés. Carlson, Cicchetti, Barnett y Braunwald (1989) compararon dos grupos de madres: 22 maltratadoras y 21 no maltratadoras y clasificaron a sus niños de 12 meses en función de su conducta de apego, uniendo a las tres categorías clásicas de Ainsworth (A: ansioso-huidizo, B: seguro y C: ansioso-resistente) la categoría D: desorganizado o desorientado. Los resultados mostraron que en el grupo de maltrato el 82% de los niños se clasificaron en el grupo D, frente al 19% del grupo de comparación; mientras que en la categoría de apego seguro se incluyó un 13% de los maltratados y un 53% del grupo de comparación. Las diferencias entre la proporción de apego seguro frente inseguro en los dos grupos fue significativa.

La revisión de Youngblade y Belsky (1990) de un conjunto de 11 trabajos que incluyeron 941 sujetos, sobre la conducta de apego de niños maltratados mostró la convergencia de resultados sobre este tema en los diferentes estudios. En todos los trabajos los niños procedentes de grupos de maltrato se clasificaron en la categoría de apego inseguro en una medida significativamente superior que niños que no sufrían maltrato, equiparados en cuanto a edad y características socioeconómicas. Esta correspondencia en los resultados fue muy importante puesto que en esta revisión se incluían trabajos transversales y longitudinales, con edades desde 12 a 24 meses y aplicaciones standard y modificadas de los métodos de Ainsworth.

Según los resultados anteriores y siguiendo a Cerezo (1995) parece ser que los niños que crecen en ambientes inconsistentes y con un trato insensible hacia sus necesidades, por una pobre estimulación o por ser ésta excesiva, tienen mayor probabilidad de fracasar en el desarrollo de un apego seguro y en sus consiguientes tareas evolutivas. El miedo que estos niños sienten puede activar conflictos entre su tendencia a buscar proximidad con la madre y

su tendencia a evitarla por previas experiencias de rechazo que la convierten en poco predecible.

Como afirmó Lyons-Ruth y Easterbrooks (1995), entre las consecuencias para el desarrollo asociadas con patrones de apego inseguros se encuentra la presencia de sintomatología externalizante e internalizante, un disfuncional manejo del estrés, un inadecuado conocimiento acerca de sí mismos y de los otros y la tendencia a desarrollar conducta disociativa posterior. A su vez, se ha comprobado que los niños maltratados tienen un déficit en el desarrollo de la teoría de la mente. Los modelos representacionales son importantes porque una vez que los modelos de apego se internalizan pueden guiar las relaciones interpersonales posteriores (Ogawa *et al.*, 1997). La generalización del tipo de apego desarrollado con los padres a otras relaciones dentro de la familia y con otro tipo de interacciones sociales es lo que ha fundamentado la idea del mantenimiento de la organización del apego y su manifestación como guía de las representaciones mentales (Bartholemew, 1990, Feldman y Downey, 1994 y Howes y Cicchetti, 1993).

George y Main (1979) realizaron un estudio que probablemente sea el más citado en la literatura por ser de los primeros en comparar la interacción social con sus iguales en niños que sufrieron maltrato físico y niños no maltratados. El estudio se realizó con niños de dos años. Los resultados observacionales mostraron que los niños que sufrieron maltrato físico manifestaban agresividad y evitación hacia sus iguales. Cuando sus iguales les hacían un gesto amistoso, los niños maltratados se debatían en un conflicto de aproximación-evitación y si al final respondían lo hacían de manera indirecta, acercándose por detrás o por un lado. Estos resultados se han seguido registrando en diferentes estudios con niños en edad preescolar. Los niños maltratados muestran una incompetencia social en su interacción con iguales, que se manifiesta en conductas agresivas y/o retraimiento social.

Una variante de este estudio, fue la que registró la actuación de los niños maltratados cuando un igual se muestra compungido o llorando. Los niños no maltratados dieron muestras de consuelo o pena y trataron de reconfortarle mientras que los niños que fueron maltratados físicamente respondían a su compañero con miedo, enfado o incluso golpeándole. Estos resultados fueron obtenidos por Main y George (1985) con niños de dos años. Sin embargo, los resultados se confirmaron, en términos generales con víctimas en edad preescolar, incluso cuando llevaban ya un tiempo sin sufrir maltrato y se relacionaban con niños no maltratados. Las víctimas manifestaron más respuestas inapropiadas, por exceso (agresión) o por defecto (retraimiento), ante un compañero quejoso y apenado que los otros preescolares (Klimes-Dougan y Kistner, 1990).

Los niños maltratados físicamente muestran a menudo conductas de rechazo y también agresivas hacia sus iguales (Hoffman-Plotkin y Twentyman, 1984, Rogosch, Cicchetti y Aber, 1995). Están predispuestos a interpretar las señales relacionadas con situaciones de agresión (Pollak y Tolley-Schell, 2003 y Rieder y Cicchetti, 1989) y, a su vez, tienden a atribuir hostilidad a terceros (Weiss, Dodge, Bates y Pettit, 1992). Tal variedad de conductas a menudo produce dificultades interpersonales en estos niños (Klimes-Dougan y Kistner, 1990 y Rogosch *et al.*, 1995).

Según Cicchetti y Valentino (2006) parecen distinguirse dos trayectorias de interacción social en los niños maltratados, en función de que hayan sufrido un maltrato físico o emocional. Por un lado, los niños que han sido maltratados físicamente parecen entender las claves de la interacción social con menor exactitud y generar en mayor proporción respuestas agresivas ante situaciones sociales. Ya desde la edad preescolar estos niños ocasionan más problemas a sus iguales, interactúan menos con los mismos y cuando interactúan exhiben patrones inadecuados de compromiso, muestran menos conductas pro-sociales y suelen responder con ira y agresividad incluso a gestos amistosos de sus compañeros. Por otro lado, los niños que han sufrido maltrato emocional muestran un aislamiento pasivo así como a una evitación activa, sobre todo en aquellos niños que han sufrido negligencia. Este aislamiento podría ser consecuencia de unas inadecuadas expectativas sociales, que tienen un enorme impacto en sus relaciones. Según estos autores sólo un grupo pequeño ha mostrado tanto conductas agresivas como de aislamiento lo que provoca un rechazo mayor entre sus iguales. Este patrón infrecuente de interacción puede tener que ver con el apego desorganizado y es consistente con las tasas elevadas de bullying y de victimización que se da en niños maltratados (Cicchetti y Valentino, 2006).

En la misma línea, De Paúl y Arruabarrena (1995), en un estudio sobre los problemas de conducta en 41 niños abandonados y maltratados físicamente encontraron que presentaban un mayor número de conductas problema que el grupo control. Ambos grupos mostraban altas puntuaciones en dificultades sociales.

Por último, parece ser muy importante para el desarrollo futuro y adaptación de los niños que sufren maltrato tener una buena red de apoyo social, sobre todo, de adultos de contextos extrafamiliares (Martín y Dávila, 2008).

1.4 Impacto del maltrato en el desarrollo emocional

La capacidad en desarrollo de los niños para reconocer y responder apropiadamente ante las emociones, es una habilidad social especialmente importante. Sin embargo, los niños maltratados a menudo muestran formas poco usuales de desarrollo emocional. Estos niños obtienen resultados pobres en tareas que miden lo bien que reconocen y expresan las emociones (Camras *et al.*, 1990 y Pollak, Cicchetti, Hornung y Reed, 2000). Por este motivo, los niños que son objeto de maltrato son muy proclives a tener problemas conductuales, emocionales y sociales en su vida posterior (Cicchetti y Manly, 2001).

Durante décadas se ha demostrado con diferentes estudios el efecto negativo del maltrato sobre el desarrollo psicológico y la regulación emocional de los niños. Un estudio destacado al respecto es el de Pino, Herruzo y Moya (2000) en el que se analizaron las consecuencias del abandono físico en el desarrollo psicológico de niños con edades comprendidas entre el año y los cinco años. En este estudio se compararon tres grupos de niños: grupo 1, niños que vivían en un suburbio y sufrían abandono físico; grupo 2, vivían en suburbio sin abandono; y grupo 3, ni suburbio ni abandono. La conclusión fundamental de esta investigación fue que los niños que sufrían abandono físico mostraban un retraso en su desarrollo aproximadamente de ocho meses respecto a su edad cronológica. Sin embargo entre el grupo 2 y 3 no se detectaban diferencias.

Uno de los efectos más llamativo del maltrato en el desarrollo emocional tiene que ver con la expresión de los sentimientos. Según Sroufe (1996) este efecto se detecta en edades muy tempranas. A los tres meses de edad ya se notan diferencias respecto a un desarrollo normalizado en los niños maltratados físicamente. Aparecen mayor proporción de emociones relacionadas con el temor y la ira en las interacciones con su madre. Las expresiones de temor e ira en los niños maltratados de tres meses son muy significativas puesto que en un desarrollo normal de las emociones, éstas se dan aproximadamente de los siete a los nueve meses de edad. Por el contrario, los niños que sufrieron negligencia mostraron unas expresiones emocionales atenuadas y un aumento en la duración de los afectos negativos (Gaensbauer et al., 1981).

Un mecanismo que se propone, subyacente al desarrollo de problemas conductuales en los niños maltratados, es que las experiencias traumáticas, tales como el maltrato, incrementan selectivamente la sensibilidad de los pequeños ante ciertas señales emocionales, clave, especialmente la ira, a costa de su aprendizaje de cómo leer o entender otras emociones (Pollak, 2003). Los niños que han sufrido maltrato físico tienden a percibir las caras furiosas como altamente destacables, en relación a otras emociones. En contraste, los niños que han sido expuestos a situaciones de negligencia tienden a tener dificultades para diferenciar las expresiones faciales de emoción (Pollak *et al.*, 2000 y Cicchetti y Valentino, 2006). En la misma línea, estudios recientes han sugerido que los niños maltratados físicamente despliegan aumentos relativos de la actividad eléctrica cerebral cuando están expuestos específicamente a rostros furiosos (Pollak y Tolley-Schell, 2003, Pollak, Cicchetti, Klorman y Brumaghim, 1997 y Pollak, Klorman, Thatcher y Cicchetti, 2001).

La habilidad para identificar emociones básicas a partir de claves faciales y contextuales se desarrolla normalmente en las edades preescolares. Sin embargo, los niños maltratados han demostrado un reconocimiento de emociones menos exacto. Algunos autores (Cummings, Hennessy, Rabideau y Cicchetti, 1994, Hennessy, Rabideau, Cicchetti y Cummings, 1994 y Maughan y Cicchetti, 2002) mostraron que tienen un sesgo selectivo o una hipersensibilidad a la detección de la ira. Para los niños maltratados físicamente las muestras de ira son un indicador de la potencial amenaza, de tal forma que para ellos es adaptativo estar híper vigilantes a las señales de ira. Este sesgo en la información social hace que en los niños maltratados haya una mayor probabilidad de responder a claves emocionales de ira o agresión.

En las etapas preescolares y escolares persiste este problema de regulación emocional, muestran mayor miedo en respuesta a imágenes de interacciones de adultos con ira. En particular, los niños que vivieron situaciones de maltrato físico mostraban más agresividad durante la exposición a situaciones de enfado entre adultos (Maughan y Cicchetti, 2002). La hipótesis que mantienen Davies y Cummings (1994) sobre que la seguridad emocional se configura en las primeras relaciones de cuidado, encaja completamente con los niños maltratados. Las interacciones impredecibles y amenazantes hacen que incremente la probabilidad de desarrollar una inseguridad emocional en el niño.

En su estudio, De Paúl y Arruabarrena (1995), señalaron que los niños abandonados destacan en conductas externalizadas (conductas delictivas y agresivas), mientras que los

niños víctimas del maltrato físico, destacaban en conductas internalizadas (retraimiento, problemas somáticos y ansiedad-depresión). Estos resultados parecen ir en la línea de los resultados anteriores: los niños que son abandonados no tienen referentes ni límites sociales, por lo que serán más propensos a desarrollar problemas externalizantes, por el contrario, los niños que han sufrido maltrato físico han desarrollado una hipervigilancia a las situaciones de ira por lo que les hace estar con una mayor ansiedad y miedo ante situaciones potenciales de amenaza (ansiedad de anticipación), con mayor desconfianza ante sus interacciones sociales y con una inseguridad emocional que les llevara a tener una emoción negativa.

Independientemente al acuerdo mayoritario, en algunos estudios anteriores a éste los resultados fueron contrarios puesto que los sujetos maltratados por abandono presentaron mayor número de conductas internalizadas, frente a los sujetos maltratados por abuso físico, quienes exhibían mayores puntuaciones en conductas externalizadas (Erickson, Egeland, y Pianta, 1989; Hoffman–Plotkin y Twentyman, 1984).

Sempik, Ward y Darker (2008) realizaron una investigación con el objetivo de examinar las dificultades emocionales y conductuales de niños y jóvenes en el momento de su entrada en el sistema de protección y compararlos con los resultados de la población general (Meltzer, Gatward, Goodman, y Ford, 2000) y de una muestra de niños en hogares de acogida (Meltzer, Corbin, Gatward, Goodman, y Ford, 2003). Para ello valoraron a 249 niños justo antes de entrar en el sistema de protección. El 73% de los niños en este estudio mostraron problemas emocionales o conductuales. El 50% mostraron problemas de comportamiento y el 23% mostraron problemas emocionales. Estos porcentajes fueron mayores que en la población general y en la muestra de niños en acogimiento.

Respecto al riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, se detectó que entre los niños y adolescentes maltratados físicamente el 8% fueron diagnosticados de Trastorno Depresivo Mayor y un 40% de alguna otra alteración del humor (Christozov y Toteva, 1989; Famularo, Kinscherff, y Fenton, 1992; Flisher, Kramer, y Hoven, 1997; Kaplan, Pelcovitz, y Salzinger, 1998; Livingston, Lawson, y Jones, 1993). Brown, Cohen, Johnson, y Smailes (1999) observaron que los adolescentes y jóvenes con historia de maltrato tenían tres veces más probabilidades de padecer una alteración anímica o de efectuar un intento autolítico que los individuos sin historia de maltrato (sobre todo en los casos donde se daban abusos sexuales). Izard y Schwartz (1986) relacionaron la depresión con el estado del niño maltratado según el sexo, encontrando que esta manifestación psicopatológica se exteriorizó en los niños de forma agresiva y en las niñas, con conductas de aislamiento. De hecho, cuando la depresión se une al maltrato aparecen mayores niveles de impulsividad, agresión y suicidio en comparación con pacientes depresivos no maltratados (Brodsky *et al.*, 2001). Los niños que han recibido maltrato físico tienen un mayor riesgo de tener ideas suicidas (Finzi *et al.*, 2001, Thompson *et al.*, 2005) y se suele extender este riesgo a la época adulta (Dube *et al.*, 2001).

Cerezo y Frías (1994) realizaron un estudio comparativo entre víctimas de abuso físico y emocional que llevaban sufriendo maltrato al menos dos años en el momento que fueron evaluadas y niños procedentes, equiparados socioeconómicamente, de la misma comunidad y cuya situación familiar no era problemática. Los resultados, de acuerdo con las predicciones,

indicaron que los niños del grupo de abuso presentaron un nivel significativamente superior de sintomatología depresiva, y un estilo atribucional más depresogénico. Las víctimas manifestaban un afecto negativo en relación al auto-concepto, la salud/enfermedad, las preocupaciones por la muerte, las relaciones sociales y el disfrute de las cosas o experiencias. De una forma gráfica, Cerezo y Frias (1994) resumieron los resultados utilizando la frase «yo siempre todo mal» que recogía las dimensiones de internalidad, estabilidad y globalidad de la atribución depresogénica. Cerezo (1995) afirmó que los niños maltratados no se perciben a sí mismos con la seguridad habitual con que lo hacen los demás niños: una seguridad en sus capacidades y en la estabilidad de las mismas. En efecto, los niños en torno a los diez años suelen atribuirse todo lo bueno y consideran que los errores y fallos se deben a los demás o al azar.

Según Cerezo y Frias (1994) los niños maltratados mostraron mayores sentimientos de cansancio, autoestima más baja y peor autoconocimiento, así como percibieron los eventos aversivos como impredecibles bajo un estilo atribucional de indefensión y desesperanza. El estrés o cansancio extremo, asociado con el maltrato infantil puede llevar también a problemas en la regulación del estrés y de la emoción, incluyendo la depresión (Brown, Cohen, Johnson y Smailes, 1999 y Koverola, Pound, Herger y Lytle, 1993). De esta forma, aparece en la literatura de forma constante la dificultad o el impedimento en el establecimiento de relaciones emocionales seguras (Stern, 1989) y la construcción de una autoestima pobre y negativa (Allen y Tarnowski, 1989; Christozov y Toteva, 1989; Kaufman y Cicchetti, 1989).

Así, es fácil encontrar que los niños maltratados manifiesten un número diverso de problemas de conducta como la desobediencia, irascibilidad y agresividad contra algunos miembros de la familia (Gaensbauer y Sands, 1979; Oldershaw, Waters y Hall, 1986; Reidy, 1977). Tanto los niños que han sido maltratados como los que han sido abandonados son considerados problemáticos, conflictivos o difíciles, según indicación de sus madres, en el sentido de inestabilidad emocional, deficiente capacidad para la intimidad y mayor exhibición de afecto negativo (Mash, Johnson y Kovitz, 1983; Parker y Herrera, 1996). Se ha sugerido que la agresividad parece ser un patrón asociado al niño maltratado físicamente, mientras que, en el caso del abandono, es más frecuente que aparezcan dificultades de funcionamiento social y retraimiento (Bolger, Patterson y Kupersmidt, 1998; Gabel, Swanson y Shindlechter, 1990; Haskett y Kistner, 1991). Briere y Runtz (1988) encuentran que el maltrato psicológico se relacionó con baja autoestima, el maltrato físico con una predisposición muy alta de agresividad hacia los otros y el abuso sexual con una conducta sexual desadaptada. Su análisis indicó que aunque cada tipo de maltrato estaba relacionado con unos efectos específicos, el abuso emocional y el físico daban lugar a problemas psicosociales generalizados. En este sentido, algunos trabajos subrayan la importancia del maltrato emocional como generador de problemas de conducta, dificultades sociales, baja autoestima, conducta suicida, problemas psiquiátricos y hospitalizaciones (McGee, Wolfe y Wilson, 1997; Mullen *et al.*, 1996; Vissing, Strauss, Gelles y Harrop, 1991). Cerezo (1995) aseguró que la investigación sobre maltrato en edades escolares ha constatado, de manera reiterada, que los niños que sufren malos tratos suelen manifestar problemas de conducta o problemas externalizantes, en concreto: conductas de agresividad, verbal y física, hostilidad, oposición, robos, mentiras, absentismo, etc. Según Cicchetti y Valentino (2006) el maltrato además se asocia con una mayor

prevalencia de la sintomatología psiquiátrica de nivel clínico. Por ejemplo se observa una incidencia significativamente más alta del TDAH, el desorden oposicionista desafiante y el desorden del stress postraumático.

Para finalizar y siguiendo a Cerezo (1995) hay que tener presente que no todos los niños maltratados desarrollan problemas. Además, los niños que desarrollan problemas, no todos desarrollan los mismos problemas, no hay un patrón ni cognitivo ni conductual característico o típico de niño maltratado. A su vez, no hay un patrón diferencial de síntomas o problemas, ni cuantitativo ni cualitativo que distinga niños maltratados de la población de niños clínicos. Los niños maltratados se caracterizan por un riesgo incrementado de la resolución fallida de muchas tareas importantes de cada etapa del desarrollo. Esto a su vez incrementa el riesgo de no resolver bien posteriores retos en otras etapas. Como se ha visto, los niños maltratados presentan déficits en sus procesos neuro-biológicos, en la respuesta fisiológica, regulación y diferenciación de las emociones, relaciones de apego, autoestima, el desarrollo representacional, moral, procesos de información social, relaciones con iguales, adaptación a la escuela y organización de la personalidad. Por todo esto, es necesario evaluar individualmente si hay problemas y qué tipo de problemas para poder diseñar una intervención clínica específica.

2. Investigación actual sobre el impacto de las medidas de separación familiar en el desarrollo infantil y la presencia de problemas de conducta

Es esperable que los niños que se encuentran en acogimiento residencial o familiar tengan mayor probabilidad de manifestar problemas emocionales y conductuales que aquellos niños que no forman parte del Sistema de Protección. En primer lugar, la mayoría de estos niños han experimentado una o más formas de malos tratos que han ocasionado su situación de desamparo previa a la medida protectora. Tanto los efectos a corto plazo (Browne y Finkelhor, 1986; Downs, 1993; Friedrich, 1993) como los efectos a largo plazo (Briere y Runtz, 1993; Finkelhor, Hotaling, Lewis, y Smith, 1990; Saunders *et al.*, 1992) del maltrato infantil están bien documentados. En segundo lugar, los niños en acogimiento residencial han sido separados de su familia y además de una forma a veces traumática, por las condiciones en las que ocurre esta separación (Charles y Matheson, 1990). De hecho, el traslado puede generar sentimientos de rechazo, culpa, hostilidad, rabia, abandono, vergüenza y reacciones disociativas en respuesta a la separación de la familia y de la comunidad (Katz, 1987).

Separar a los niños de sus familias de origen y protegerlos en hogares de acogida ha estado siempre asociado con consecuencias negativas en su desarrollo que les ponen en riesgo de sufrir problemas de conducta, psicológicos, de desarrollo y académicos (Curtis, Dale, Kendall y Rockefeller, 1999). Sin embargo, no queda claro en qué medida el grado de consecución de los objetivos de las medidas protectoras sobre el desarrollo infantil se ve mediatizado por los problemas acarreados por la situación de riesgo previa a la declaración de desamparo (Palacios, Jiménez, Oliva, y Saldaña, 1998; Rodríguez *et al.* 2006; Rodríguez, Triana, y Hernández, 2005).

Este apartado 2.2. versará sobre los estudios que han tratado de analizar los efectos que tienen las medidas de separación familiar sobre el desarrollo infantil. Para ello lo he

dividido en dos subapartados: en el primero se expondrán los estudios que existen sobre la influencia que tienen las diferentes medidas de protección en el desarrollo evolutivo y en el segundo se mostrarán los estudios que hay sobre el impacto de las medidas en las problemáticas emocionales y conductuales.

2.1 Estudios sobre desarrollo infantil en niños y niñas con medida protectora

Las investigaciones con niños con medidas de separación familiar muestran que entre el 23% y el 61% de los niños menores de 5 años manifiestan un retraso significativo en su desarrollo (Pollak *et al.*, 2000). Estos datos son alarmantes si se comparan con los de la población general, en la que el porcentaje de retraso en el desarrollo se sitúa entre el 10% y 12% (Hoffman-Plotkin y Twentyman, 1984, Rogosch, Cicchetti y Aber, 1995).

Díaz Aguado y Martínez Arias (1995) tomaron como muestra a menores (niños y adolescentes) maltratados y no maltratados acogidos en familias y hogares de protección. Los datos confirmaron la existencia de problemas emocionales, de autoconcepto y de carácter sexual, así como las relaciones sociales afectivas, inferior competencia social, conducta antisocial y autodestructiva, desarrollo inadecuado de la empatía y dificultades de aprendizaje. Sin embargo, no se tiene en cuenta el tipo de acogimiento como parte del estudio, lo que podría haber proporcionado una idea de la influencia del acogimiento residencial, por lo que de los datos aportados no puede deducirse si son causados por la situación previa al ingreso o por el tiempo transcurrido en el mismo. No obstante, ponen de manifiesto que las investigaciones son escasas y con importantes limitaciones metodológicas.

El estudio Del Valle, Álvarez-Baz, y Bravo (2003) se centra en el impacto del acogimiento residencial en la vida del niño, realizando un estudio de seguimiento donde se evaluaron indicadores de su integración social y laboral tras la salida de la residencia, así como indicadores de bienestar personal y familiar. Este estudio, realizado con una muestra de 282 menores que habían permanecido en una residencia al menos nueve meses, concluye que la variable tiempo (duración de la estancia en residencias) no resulta relevante en relación con la integración final. Sin embargo, en este mismo estudio, se halló una correlación significativa entre fracaso en la posterior integración y los reiterados cambios de residencia.

En los resultados de algunos estudios sobre la evaluación de los programas de acogimiento residencial se encuentra que la experiencia de tener que vivir durante un tiempo en estos dispositivos no parece afectar por igual a todos los menores, no tiene por qué ser necesariamente una experiencia negativa, de hecho, llega a ser beneficiosa para muchos niños (Bravo y Del Valle, 2001; Del Valle, Álvarez-Baz y Bravo, 2003; Kendrick, 2005; Martín, Rodríguez y Torbay, 2007). Aún así, el consenso, como ya se expuso en el capítulo primero, acerca de que los más pequeños deben estar en acogimiento familiar y no residencial, y que lo razonable es que este último atienda una proporción mucho más pequeña de casos, es un hecho (Informe del Senado, 2010 y Palacios, 2003).

Investigaciones previas (Cyrulnik, 2002; Fergusson y Lynskey, 1996; Jackson y Martin, 1998; Masten y Coastworth, 1998) muestran que la presencia de intereses y vínculos afectivos con personas significativas fuera del contexto familiar favorece la manifestación de comportamientos resilientes en circunstancias familiares adversas.

En el ámbito del acogimiento residencial para menores, otros trabajos han mostrado la importancia que tienen las relaciones que el menor establece con sus educadores, al identificarlos como un factor de calidad de los servicios de acogimiento residencial (Dixon y Stein, 2003; Legault, Anawati y Flym, 2006; Martin y González 2007; Ward, 2003).

Un estudio importante sobre desarrollo generalizado en el sistema de protección es el de Stahmer *et al.* (2005). Su objetivo fue determinar el nivel de desarrollo y las necesidades conductuales de los niños pequeños que entran en el sistema de protección a la infancia. Para ello valoraron a 2813 niños menores de 6 años que estaban siendo investigados por posibles malos tratos hacia ellos por sus familias de origen. En el análisis se tomaron medidas del desarrollo en 5 ámbitos: cognitivo, comportamiento, comunicación, social y función adaptativa. Tanto los bebés (40%) como los niños preescolares (50%) en el sistema de protección mostraron grandes necesidades de desarrollo y conductuales. Sin embargo, tan solo unos pocos estaban recibiendo ayuda específica para estas necesidades (sobre un 22,7%).

En el estudio longitudinal de Martín *et al.*, 2007, realizaron una evaluación de los programas de acogimiento residencial. Para ello, tomaron dos medidas separadas en un periodo temporal de nueve meses a 175 participantes. El análisis estadístico mostró que la variable *tiempo de acogimiento* covariaba de forma positiva con las variables: comportamientos agresivos y con problemas escolares y, negativamente, con la variable adaptación social. También aparecía una mejora en la autoestima, aunque esta covariación era más débil.

Martín y Dávila (2008) hallaron que los menores en acogimiento residencial obtuvieron mayores índices de rechazo por parte de sus compañeros del centro escolar para las tareas académicas, pero no para las actividades de ocio. Además, estos niños acogidos eran descritos más frecuentemente con adjetivos negativos.

De la Herrán, García e Imaña (2008) enfocaron su estudio en la integración social de los ex residentes de centros de acogida, encontrando, al compararlos con la población general, los siguientes resultados: su situación laboral era bastante similar, vivían en una proporción superior independientes del núcleo familiar, convivían en pareja y/o tenían hijos en mayor medida, pero también presentaban, como aspecto negativo, una mayor incidencia en experiencias de reclusión.

Lázaro y López (2010) evaluaron la continuidad de las consecuencias personales y sociales del maltrato vivido durante la infancia en población adolescente acogida en centros residenciales. Los resultados señalaron que a pesar de la intervención protectora, el desarrollo social y emocional de los adolescentes con experiencia de maltrato sigue presentando dificultades.

2.2 Estudios sobre problemas emocionales y conductuales en niños y niñas con medida protectora

Durante los últimos 65 años, estudios del desarrollo han mostrado que los niños y adolescentes acogidos en centros y hogares de protección manifiestan mayores problemáticas de conducta de tipo externalizante (como la hiperactividad, la indisciplina en la escuela, la

agresividad, el comportamiento delictivo) e internalizante (que incluyen la depresión, la ansiedad, aislamiento y el trastorno emocional) que los niños de la población general (Cerezo y Frías, 1994; Crouch y Milner, 1993; Egeland, Yates, Appleyard, y van Dulmen, 2002; De Paúl y Arruabarrena, 1995; Ellis, Fisher y Zaharie, 2004; Erickson, Egeland, y Pianta, 1989; Goldfarb, 1943; Hoffman-Plotkin y Twentyman, 1984; Jungmeen y Cicchetti, 2003; Kendall-Tackett y Eckenrode, 1996; Lamphear, 1985; Levendosky, Okun, y Parker, 1995; Maclean, 2003; Maughan y Cicchetti, 2001; McCann, James, Wilson y Dunn, 1996; Prino y Peyrot, 1994; Rogosch y Cicchetti, 1994; Roy, Rutter y Pickles, 2000; Rushton y Minnis, 2002; Shields y Cicchetti, 2001; Shonk y Cicchetti, 2001; Spitz, 1951; The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team, 2005; Tizard y Hodges, 1978; Trickett y McBride-Chang, 1995; Toth, Manly, y Cicchetti, 1992; Vorria et al., 1998; Wodarski, Kurtz, Gaudin, y Howing, 1990; Wolff y Fesseha, 1998). Así, mientras que el porcentaje de problemáticas emocionales y conductuales en los niños y adolescentes de la población general está entre el 2% y el 20% (Brandenburg, Friedman, y Silver, 1990; Roussos et al., 1999), el que hace referencia a muestras de protección a la infancia según los citados estudios asciende hasta superar el 50%. Estos resultados sugieren que los menores con medidas protectoras pueden tener el doble de probabilidades para tener problemas emocionales y de comportamiento que el resto de la población.

En concreto, los estudios que examinan los problemas de comportamiento señalan que entre el 25 y el 40% de los niños menores de 6 años que entran en hogares de acogida tienen problemas significativos en su comportamiento (Camras *et al.*, 1990, Camras, Sachs-Alter y Ribordy, 1996 y Pollak y Tolley-Schell, 2003). Este porcentaje es más elevado que la prevalencia de los problemas de conducta en la población general de preescolares que se estima entre el 3 y 6% (Rieder y Cicchetti, 1989 y Weiss *et al.* 1992).

Las primeras investigaciones con población en protección utilizaron diferentes metodologías. Aún así, en general se detectó un funcionamiento social deficiente y dificultades emocionales a largo plazo como resultado de cambios de hogar durante la estancia en protección (Theis, 1924; Weinstein, 1960).

Los primeros estudios a gran escala de los problemas de salud mental de los niños en acogimiento en los Estados Unidos señalaron diagnósticos frecuentes de depresión y/o ansiedad en estos niños (Shah, 1974; Swire y Kavalier, 1977).

Fanshel y colaboradores llevaron a cabo la primera investigación longitudinal de los problemas de comportamiento manifestados por los niños en acogimiento temporal. El 46% de la muestra (n = 585) estuvieron dados de alta en el hogar de acogida durante un año y el 54% restante durante cinco años o más (Fanshel, Finch, y Grundy, 1989; Fanshel y Shin, 1978).

Los niveles de problemática conductual y sintomatología clínicamente significativa detectados por el Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach y Edelbrock, 1986) son hasta 2,5 veces más frecuentes para los niños en acogimiento residencial que para los niños con similares características sociodemográficas pero que no están en el sistema de protección (Hulsey and White, 1989; McIntyre and Keesler, 1986; Zima *et al.*, 2000).

Según Clausen *et al.* (1998), el 50% de su muestra (140 casos de acogimiento residencial) obtuvo puntuaciones iguales o por encima del rango límite y más del 40% tenían

una puntuación dentro del rango clínico. Como no se tomó una línea base antes del ingreso, la medida con el CBCL es después de 2 ó 4 meses del ingreso, por lo que los niveles en problemática y sintomatología podrían estar relacionados con las experiencias previas de maltrato.

Lyon *et al.* (1998) también encontraron altas tasas de problemas de salud mental en los jóvenes de 15 centros de acogimiento residencial de Illinois. Este estudio reveló que más del 80% de la muestra reunía los criterios para el diagnóstico de algún trastorno de la conducta y que algo más de la mitad de los niños cumplía con los criterios de trastorno emocional.

Handwerk, Lazelere, Soper y Friman (1999) presentaron los datos correspondientes a 97 jóvenes en centros de protección en Nebraska. Las puntuaciones medias estuvieron dentro del rango clínico en las escalas de conducta delictiva, externalización y total de problemas.

Teniendo en cuenta el estado previo al ingreso en protección, Armsden, Pecora, Payne y Szatkiewicz (2000) documentaron el estado emocional de 362 niños de 4 a 18 años justo antes del ingreso en el sistema de protección infantil. Para esta muestra, el 30% de las puntuaciones del CBCL totales se situaron dentro del rango clínico.

Milán y Pinderhughes (2000) examinaron la incidencia de los problemas de internalización y externalización de 32 niños (con edades comprendidas entre los 9 y 13 años). Los informantes fueron las familias adoptivas un mes después del ingreso en el sistema de protección. En este estudio, los niños que perciben sus nuevas relaciones como más afectivas tienden a ser vistos por las madres adoptivas como más sociables y con menor incidencia de problemas internalizantes.

Brady y Caraway (2002) estudiaron a 41 jóvenes de centros de protección en Estados Unidos. La media de las puntuaciones en las escalas del CBCL de total de problemas, internalización y externalización se encontraba en el rango límite o en el rango clínico, encontrándose más del 65% de la muestra en el rango clínico en las tres escalas.

En Shennum, Moreno y Caywood (2002) se estudiaron a 68 jóvenes en centros de acogimiento residencial de California. En la primera evaluación se obtuvieron puntuaciones medias dentro del rango clínico, una vez más, en las escalas de total de problemas, externalización, aislamiento, conducta delictiva y comportamiento agresivo.

Lawrence, Carlson y Egeland (2006) investigaron los efectos del acogimiento en el desarrollo emocional y conductual de los niños teniendo en cuenta una línea base para la adaptación y el estatus socioeconómico a su llegada. Partiendo de una metodología longitudinal se valoraron a 189 participantes, entre 0 y 9 años, divididos en 3 grupos: niños en acogimiento, niños con historia de maltrato pero sin separación familiar (Intervención familiar) y niños sin experiencia de maltrato con similares riesgos a nivel socioeconómico. Se detectaron mayores niveles de problemas de conducta en los niños con separación familiar que en los niños que tienen buen trato y mayores niveles en problemas de internalización para los niños con media de separación frente a los que se mantienen en sus casas con una medida de intervención familiar; estos a su vez mayores niveles que cuando están en familias de acogida extensa y estos mayores que cuando viven en sus casa con buen trato.

Dale, Baker, Anastasio y Purcell (2007) llevaron a cabo una evaluación de los jóvenes que entraron en 13 centros de acogimiento residencial del Estado de Nueva York en el año 2001. Los autores encontraron altos niveles de comportamientos problemáticos, significativamente mayores que los que se daban diez años antes. En concreto, los jóvenes que entraron en acogimiento residencial en el año 2001 fueron más propensos a tener problemas del tipo de abuso de sustancias, comportamientos delictivos y anteriores hospitalizaciones psiquiátricas.

Simsek y sus colaboradores (2007) examinaron la prevalencia de problemas de conducta y emocionales en los niños y los adolescentes de edades comprendidas entre los 6 y los 18 años criados en orfanatos en Turquía, comparándolos con una muestra representativa de la comunidad a nivel nacional de jóvenes, de edades similares, que habían sido criados por sus propias familias. En este caso como en los anteriores, el porcentaje correspondiente al rango clínico en la escala de Problema Total era más alto para los niños y los adolescentes del orfanato que para los de la muestra normativa (el 23,2 %, orfanato vs. el 11 %, comunidad). Para la escala de Internalización, el 15,6% de la muestra del orfanato puntuaba dentro del rango clínico, mientras que en la muestra de la comunidad lo hacía el 8,9%. Por último, para la escala de Externalización, el 22,7% de la muestra del orfanato puntuaba dentro del rango clínico, mientras un 9,3% en la muestra de la comunidad. Estas conclusiones son similares a las conseguidas por Vorria *et al.* (1998).

Baker y sus colaboradores (2007) realizaron un estudio con una muestra de acogimiento residencial de 2274 jóvenes con una media de edad de 13 años y medio, donde el 64,7% eran varones. En la evaluación de las problemáticas emocionales y conductuales obtuvieron que casi el 10% de los adolescentes se encontraba en el rango clínico de la escala de problemas psicossomáticos, en torno al 15% parecía manifestar problemas de ansiedad y depresión, aislamiento y del pensamiento. Alrededor del 20% puntuaba dentro del rango clínico para conductas agresivas, problemas sociales y problemas de atención. Más del 30% se encontraba en el rango clínico para la conducta delictiva y la escala de internalización y más de la mitad de la muestra tenía problemas en la escala de externalización y total de problemas.

Un estudio sobre los Centros de Protección en España (Llanos *et al.* 2010) muestra una evaluación, utilizando el CBCL (Achenbach y Edelbrock, 1983, 1991), de 468 niños y jóvenes con edades comprendidas entre los 4 y los 18 años pertenecientes a 87 centros de acogida de 9 comunidades autónomas diferentes. El objetivo de este trabajo fue valorar los problemas emocionales y conductuales que se dan en estos niños y jóvenes en residencias de protección a la infancia. Se detectó una alta incidencia de conductas de rechazo y aislamiento, así como las referentes a comportamientos y estados ansiosos o depresivos. Las conductas que tuvieron una mayor frecuencia en esta muestra son las que tienen que ver con comportamientos de carácter agresivo. Destacó la presencia de problemas de atención y problemas de interacción social. El 31% de la muestra puntuaba dentro del rango clínico para problemas de internalización, el 43% se sitúa en el rango clínico para problemas de externalización, el 20% para problemas de atención, el 15% para problemas sociales y, finalmente, el 46% se sitúa en el rango clínico de la escala total de problemática.

Por último, si se comparan las problemáticas existentes en los distintos tipos de medidas en protección a la infancia, según Heflinger y colaboradores (2000) un tercio (34%) de los niños que el Estado tiene bajo tutela tiene importantes problemas de conducta. Las subescalas que reflejan mayores dificultades fueron la de comportamiento agresivo, conducta delictiva, y problemas de aislamiento. El grupo de adolescentes fue significativamente más propenso a tener problemas de Internalización en el nivel clínico, y los que viven en acogimiento familiar fueron más propensos a tener resultados en el rango no clínico que aquellos que viven en centros de protección o en grupos terapéuticos. No hubo efectos de género, de raza, de la condición judicial o del tiempo que llevan bajo tutela.

Las diferencias entre los niños en acogimiento residencial y los que se encuentran en un acogimiento terapéutico (especializado) son notables. Los jóvenes en acogimiento residencial puntúan en mayor proporción dentro del rango clínico que los que están en acogimiento terapéutico. De esta forma, para la escala de ansiedad y depresión el 17,3% en acogimiento residencial frente al 12,9% en acogimiento terapéutico; en internalización, el 40,3% frente al 35,9%; en conducta agresiva, 24,1% frente al 20,6%; en comportamiento delincuente, el 37,3% frente al 24,5%; y, en externalización, el 60,3% frente al 47,9%. Únicamente en la escala de problemas de atención, los niños en acogimiento terapéutico tuvieron un mayor porcentaje (21,8% frente al 17,1% en acogimiento residencial) (Baker et al., 2007).

Respecto a los niños en proceso de adopción o ya adoptados, varios estudios han confirmado que tienen más problemas de salud mental que la población general (Blumberg *et al.*, 1995; Chernoff, Combs-Orme, Risley-Curtiss y Heisler, 1994). Sin embargo, cuando se comparan con población en acogimiento residencial, los resultados muestran que la mayoría de los adolescentes adoptados son clasificados dentro del rango de normalidad, obteniendo las puntuaciones medias más altas en las subescalas de conducta agresiva y de ansiedad/depresión (Fuentes, Bernedo y Fernández, 2004).

En un estudio de Fernández *et al.*, (2002) sobre problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa se trató de identificar, utilizando el CBCL (Achenbach y Edelbrock, 1983, 1991), la presencia, la gravedad y el tipo de problemas de conducta que presentaba una muestra de 181 adolescentes españoles entre los 11 y 18 años que estaban o habían estado en el sistema de protección y de conocer si existen diferencias en problemas de conducta en función del tipo de acogimiento en que se encuentra el adolescente (preadoptivo, residencial y con familia extensa). Los resultados mostraron que la mayoría de adolescentes puntuaban en el rango normal y que sólo un pequeño porcentaje de adolescentes tenían problemas de conducta importantes, que les situaban en el rango clínico de la prueba. Además, se observó que, en general, son los adolescentes adoptados los que obtenían mejores puntuaciones en comparación con los adolescentes acogidos por su familia extensa y los acogidos en centros.

En cuanto a las diferencias entre acogimiento residencial, acogimiento familiar en familia ajena y acogimiento familiar en familia extensa, el acogimiento residencial continúa mostrando mayores niveles de problemáticas en la población que atiende. En el caso del acogimiento en familiar, los jóvenes de la tipología de familia ajena parecen puntuar en mayor

proporción que aquellos niños del grupo de acogimiento en familia extensa (51,8% frente al 35,8% en la escala de total de problemas) (Holtan, Ronning, Handegård y Sourander 2005).

Para rematar este punto del capítulo es necesario retomar las conclusiones generales a las que llega la Investigación actual sobre el impacto de las medidas de separación familiar en el desarrollo infantil y la presencia de problemas de conducta. La primera idea que se obtiene de los estudios expuestos en este apartado 2.2. es que son estudios cuyo objetivo fundamental es valorar el desarrollo y estado de los niños y niñas en el sistema de protección.

En la mayoría de estas investigaciones, las valoraciones se hacen comparando los diferentes programas de protección: acogimiento residencial, acogimiento familiar, intervención familiar, adopción y control. Con estas comparativas, se pretende evaluar el impacto de las medidas en el desarrollo y estado emocional de los niños y niñas aunque no se consigue fundamentalmente por dos motivos: el perfil de cada población de cada una de las medidas es diferente y hay muy pocos estudios que registren la línea base. El perfil de los casos de cada una de las medidas, aunque sea similar a nivel socioeconómico, los motivos de ingreso y la tipología de las problemáticas en el contexto familiar difieren por lo que no se puede atribuir a ciencia cierta que las diferencias sean producto de un impacto directo de los programas de intervención. Además, pocos estudios registran una línea base del estado de los niños y niñas antes de la separación familiar y previamente a adoptar alguna medida y parece no existir ningún estudio que tenga en cuenta los dos momentos. De esta forma, no se puede saber si el estado de los niños y niñas cuando se evalúan se debe a las situaciones de maltrato sufridas y vividas, a la propia separación familiar o al programa de intervención.

En cuanto a los resultados que se obtienen se puede concluir que entre el 23% y el 61% de los niños y niñas con medidas de separación familiar tienen carencias en su nivel de desarrollo frente al 10-20% de los niños y niñas de la población general. Entre el 2% y el 20% de los niños en edad escolar y adolescentes de la población general manifiestan algún problema emocional o del comportamiento, mientras que en sus iguales con medida de separación familiar este porcentaje asciende a más de la mitad. Cuando los niños o niñas con medida de separación familiar son bebés y preescolares (menores de seis años) se detecta que entre el 25% y el 40% de los mismos presenta problemática de internalización o externalización frente al 3-6% de sus iguales en la población general. Algunos estudios revelan que pese a la elevada prevalencia de carencias en el desarrollo y problemas emocionales y conductuales sólo en torno al 20% de estos niños y niñas tienen una ayuda profesional.

3. Síntesis del capítulo

Las consecuencias del maltrato en el desarrollo de los niños y niñas que lo sufren son numerosas y de gravedad. Teniendo en cuenta lo expuesto en este capítulo se puede afirmar que afectan a todos los niveles del desarrollo: físico, cognitivo, emocional y social.

Las secuelas del maltrato en el ámbito físico parecen centrarse en un desarrollo pondoestatural por debajo del percentil correspondiente, así como lesiones cerebrales importantes derivadas de los golpes sufridos. A su vez, los niños y niñas que sufren negligencia

manifiestan con mayor probabilidad un desarrollo psicomotor por debajo de la norma debido a un bajo tono muscular. Las consecuencias del maltrato también se dejan ver en las habilidades adaptativas de tal forma que los niños que lo soportan presentan dificultades atencionales y de responsabilidad personal.

A nivel cognitivo, los efectos de los malos tratos en los niños, mayoritariamente a consecuencia de una infraestimulación, son la limitación de su capacidad cognitiva, problemas de atención y concentración, desinterés por la exploración y retrasos en el desarrollo comunicativo y del lenguaje. Estas carencias normalmente desembocan en una inadaptación escolar y social.

El estado emocional de estos niños es frecuente que no se desarrolle con normalidad y que termine manifestando algún trastorno o disfunción. El miedo, la inseguridad y la desvalorización son algunos de los sentimientos habituales en estos niños y niñas. En los casos que se da negligencia parece usual que presenten problemas de comportamiento por la falta de límites y normas, así como problemas en la autorregulación emocional y el control de los impulsos. Por el contrario, cuando los malos tratos son por abuso provocan una hipervigilancia en los niños y niñas que hace que, además de manifestar una sintomatología ansiosa (propia de este estado de alerta), se muestren desconfiados ante el mundo, desarrollando a su vez una sintomatología depresiva que les hace aislarse y manifestar elevadas dosis de irritabilidad (a veces confundida con problemas de conducta).

Todas las secuelas anteriores unidas a la dificultad que tienen para establecer un apego adecuado con sus cuidadores de referencia, hacen que estos niños muestren un desinterés por la interacción social o que sus formas de interactuar no sean funcionales. De esta forma, una consecuencia generalizada del maltrato es el déficit en habilidades sociales.

Como se puede comprobar las consecuencias del maltrato están bastante claras en la literatura y parecen ser similares a los problemas que se encuentran en la población del sistema de protección. De esta forma, es importante impulsar estudios longitudinales que tengan en cuenta los momentos de antes y después de la separación familiar, así como el desarrollo a lo largo del tiempo en los diferentes programas de intervención para conocer el impacto en el desarrollo de cada una de las medidas.

Debido a las diversas consecuencias derivadas del maltrato es fundamental evaluar cada uno de los casos para poder programar una intervención ajustada a las necesidades individuales y poder así paliar estas secuelas. En el siguiente capítulo se presentarán los instrumentos de evaluación de las diferentes áreas del desarrollo y del estado emocional y conductual más utilizados en la actualidad, analizando los puntos fuertes y débiles de cada uno de ellos.

CAPÍTULO 3. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO INFANTIL Y LOS PROBLEMAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES

Teniendo en cuenta el objetivo de esta Tesis y el método empleado en la investigación es necesario considerar las diferentes opciones que existen para evaluar tanto el desarrollo infantil como el estado emocional y comportamental de los niños.

Para poder valorar estas opciones es imprescindible partir de una perspectiva evolutiva, puesto que las evaluaciones adquieren connotaciones diferentes en función de la edad de los participantes. Por este motivo, en el punto 3.1. de este capítulo se desarrollará el marco teórico desde el que se fundamenta esta investigación: la psicopatología del desarrollo.

A continuación, en el punto 3.2. y 3.3., se expondrán los métodos de evaluación más utilizados a nivel nacional e internacional en las investigaciones y estudios de caso desde una perspectiva evolutiva, presentándose tanto los instrumentos que evalúan el desarrollo (3.2.) como los que se centran en el estado emocional y comportamental de los participantes (3.3.)

1. Marco teórico de la evaluación: Psicopatología del desarrollo

La psicopatología del desarrollo nace como disciplina bajo el impulso organizador de Cicchetti en 1984, pero sobre todo, el auge definitivo llega en 1989 tras inaugurarse una nueva revista: *Development and Psychopathology* (Cicchetti, 1984, 1989). Entre 1984 y 1989 acontecieron muchas reuniones y conferencias para dar un nuevo giro a la psicopatología que por aquel entonces estaba completamente centrada en la psiquiatría y en la etapa adulta y poco en edades tempranas. Se intenta unir los conocimientos de la psicología evolutiva de ese momento con los de la psicopatología, buscando un marco teórico desde el que se pueda explicar por qué un niño se desarrolla normalmente o de manera anómala. De esta forma, la psicopatología del desarrollo considera fundamental resaltar aspectos normalizados para determinar cuales no lo son (Achenbach, 1990; Rolf y Read, 1984). El desarrollo normal, desde este marco, es crítico para conocer el desarrollo disfuncional y viceversa, es decir, entre el desarrollo normal y disfuncional existirá una relación bidireccional. Desde esta perspectiva, para determinar el desarrollo normal o disfuncional se tendrá que acudir al ciclo vital, sus etapas y sus fases, que son las que marcan y delimitan el contenido de las disfunciones psíquicas.

La Psicopatología del desarrollo trata de mostrar los procesos por los que se llega a un resultado tanto de éxito como de fracaso, enfatiza por tanto, el desarrollo de trayectorias vitales que, puestas en práctica, dan lugar a determinados resultados (conductas). Esta disciplina, se define, por tanto, como el estudio de los orígenes y curso del comportamiento disfuncional (Sroufe y Rutter, 1984).

A pesar de las divergencias entre los psicopatólogos en cuanto a los temas que investigan, todos ellos adoptan una postura común, una perspectiva contextual. Los seguidores de este modelo consideran esencial establecer relaciones entre la persona y el contexto donde se desarrolla. Así, tanto el desarrollo adaptado como el inadaptado es necesario explicarlo bajo las relaciones entre el individuo y su contexto. Según la perspectiva

contextual, un problema aparece cuando existe una inadecuada relación o relaciones entre el individuo y su contexto.

Teniendo en cuenta a los autores principales de la psicopatología del desarrollo (Achenbach, 1990; Cicchetti 1984, 1989 y 2003; Rolf y Read, 1984; Sroufe y Rutter, 1984) se pueden considerar las siguientes asunciones básicas:

A. La psicopatología se da en un organismo que se desarrolla. Cualquier disfunción se da en un individuo que está en un proceso de desarrollo, siendo de suma importancia sobre todo en niños y adolescentes, ya que los cambios evolutivos del desarrollo son muy radicales y rápidos en estas etapas. A su vez, se tiene que tener en cuenta, además de los aspectos personales, los aspectos contextuales, puesto que su medio social varía igualmente.

B. La psicopatología del desarrollo se define en referencia a patrones normativos de desarrollo en contextos ambientales normativos. Aquello que se considera disfuncional se define no sólo en base a la conducta sino también a las expectativas que se tienen en esa cultura sobre esa conducta. De esta forma, para determinar si una conducta es adaptada hay que tener en cuenta lo biológico y la influencia cultural o normativa, puesto que cada sociedad selecciona sus conductas valiosas. La desviación se produce por tanto cuando un individuo no practica esas conductas consideradas valiosas en esa cultura y, sin embargo, un individuo consigue el éxito en la medida que practica este tipo de comportamientos.

En psicopatología del desarrollo se dice que un individuo tiene éxito en la adaptación cuando es capaz de tener éxito en las tareas evolutivas prescritas por la sociedad en la que se desarrolla. Las tareas evolutivas son desafíos evolutivos. Algunos de ellos surgen con la propia maduración biológica pero la gran mayoría surgen en los diferentes contextos de desarrollo, es decir, con las experiencias de ese individuo al interactuar con el medio. Tener éxito en las tareas evolutivas implica alcanzar el éxito en el desarrollo e ir adquiriendo las competencias necesarias para la vida. En psicopatología del desarrollo se considera que existen patologías fruto de las carencias o retrasos en las tareas evolutivas.

Algunos ejemplos de las tareas evolutivas que se solicitan en nuestra cultura en las primeras etapas del desarrollo, según Sroufe y Rutter (1984), son:

- 0-1 años: regulación biológica, interacción diádica armoniosa y formación de una relación de apego afectivo.

- 1 y 2 años: Exploración, experimentación y dominio del mundo del objeto (considerando al cuidador como base segura), individuación y autonomía y, por último, responder al control externo de los impulsos.

-3-5 años: Flexible autocontrol, autoresistencia, iniciativa, concepto de identificación y género, establecimiento de un contacto efectivo con los iguales (empatía).

-6-12 años: Comprensión social (equidad y justicia), constancia del género, compañerismo, sentimiento de ser competente y ajuste escolar.

-13 en adelante: Operaciones formales (toma de perspectiva flexible y pensamiento "como si"), amistad, comienzo de las relaciones heterosexuales, emancipación e identidad.

C. Toda psicopatología está influida por complejas interacciones entre las expresiones genéticas y el contexto ambiental del desarrollo, siendo necesario analizar el contexto cuando se estudia el desarrollo. Bronfenbrenner, en su teoría de la ecología del desarrollo humano

(1987), identificó cuatro niveles o estructuras en el ecosistema en el que se desarrolla el individuo: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema.

El *microsistema* siempre toma como referencia a la persona en desarrollo, sus relaciones e interacciones con los contextos próximos (familiar, escolar, laboral, etc.). Los microsistemas importantes varían según va desarrollándose el individuo. Por ejemplo un microsistema importante en la infancia son las relaciones que se establecen en el ámbito escolar, que se cambian por las relaciones en el contexto laboral cuando se es adulto.

El *mesosistema* hace referencia a las relaciones entre dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente. Un ejemplo de mesosistema son las relaciones que se establecen entre la familia y la escuela o entre la familia y el grupo de amigos o más adelante, entre la familia, el trabajo y el grupo de amigos.

El *exosistema* se compone por aquellos entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo pero que sí le influye lo que pueda ocurrir en dichos entornos. Por ejemplo, el trabajo del padre o de la madre influye indirectamente en el desarrollo del niño.

Por último, el *macrosistema* es el conjunto de creencias, actitudes, tradiciones y valores que caracterizan a la cultura en la que el individuo se desarrolla.

D. La Psicopatología es necesario describirla en términos de trayectorias o rutas desviadas en el desarrollo. Por un lado, las disfunciones son multicausales. La mayoría de las formas de psicopatología se producen a partir de influencias causales múltiples, algunas veces se da una causa necesaria pero no suficiente y raramente se desarrollan a partir de un solo motivo. Por otro lado, las trayectorias o rutas de desarrollo pueden ser saludables, si llevan a un éxito en el desarrollo, o no tan saludables si desencadenan una disfunción en el desarrollo.

E. El estudio de la adaptación en todas sus formas, con éxito o sin él, es importante para comprender la psicopatología. La adaptación se compone de competencia y flexibilidad. Una persona es competente cuando es capaz de hacer uso de los recursos ambientales y personales que haya a su disposición para lograr un buen resultado evolutivo. Una persona es flexible cuando se adapta ante circunstancias adversas y es resistente ante situaciones complejas. El estudio de la competencia y la flexibilidad, en definitiva de la resiliencia, es muy importante en psicopatología puesto que permite avanzar en la prevención y en el tratamiento de las conductas disfuncionales.

F. El estudio del desarrollo evolutivo disfuncional contribuye al estudio del desarrollo evolutivo normal y viceversa. Se necesita una perspectiva evolutiva para determinar qué es patológico y qué no lo es. El desarrollo se fundamenta en un contexto de cambio en el que las tareas evolutivas van sucediendo a medida que transcurre el tiempo. Los problemas que se clasifican como normales y transitorios en unas etapas, si finalmente no se superan y permanecen en otras etapas, pueden llegar a convertirse en problemas clínicos.

Considerar la psicopatología del desarrollo como marco teórico en la evaluación del desarrollo y del estado emocional y conductual en la infancia es asegurar, no solo que se tiene en cuenta para esta valoración las características del individuo así como el contexto en el que se desarrolla, si no también que se tienen en cuenta las tareas evolutivas que se tienen que ir superando en cada período de edad. De esta forma, se podrá conocer de manera concreta que

carencias y déficits se tienen en cada caso lo que permitirá elaborar planes concretos de prevención e intervención.

2. Evaluación del desarrollo infantil

Evaluar el desarrollo infantil, desde esta perspectiva, es un proceso complejo que implica la valoración de múltiples áreas de funcionamiento del niño: personal-social, adaptativa, motora, comunicativa y cognitiva, teniendo en cuenta los cambios vinculados a la edad. Debe entenderse también al niño dentro de sus contextos de desarrollo como son el familiar, el de sus iguales y el del colegio, así que deberán tratarse también aspectos de estas interacciones. Además, debe obtenerse información a partir de diferentes fuentes: el propio niño, sus tutores, los profesores. De esta forma, a continuación se exponen los instrumentos más frecuentemente utilizados en la investigación sobre desarrollo infantil, en estudios nacionales e internacionales.

2.1 Instrumentos

Escala de madurez social Vineland (Doll, 1965)

La Escala de madurez social de Vineland fue desarrollada por Edgar Doll en 1965, aunque la primera formulación apareció en 1935. Es una entrevista estructurada para los tutores del niño que proporciona una edad en madurez social. Se entiende por madurez social la capacidad que tiene el niño para cuidarse a sí mismo y relacionarse con otras personas. Esta escala permite evaluar al niño cuando tiene trastornos en el lenguaje. Se ha documentado una alta correlación entre la edad de madurez social de esta escala y la edad mental obtenida en diferentes test de inteligencia.

La prueba consta de ocho áreas de evaluación: Cuidados Generales de sí mismo (SGH), Vestirse (SHD), Comer (SHE), Comunicación, Autodirección (SD), Socialización (S), Locomoción (L) y Ocupación (O). Cada una de ellas contiene ítems que corresponden a una determinada edad de madurez social. Permite diferenciar entre deficiencia mental con incompetencia social y deficiencia mental sin ella. Esta escala proporciona edades de madurez social desde 0-1 año hasta más de 25 años.

Ha sido una escala muy utilizada en las investigaciones con población de protección precisamente por lo importante que es en estos niños el desarrollo social (Clausen *et al.*, 1998; Halfon, Mendonca y Berkowitz, 1995; Hochstadt, Jaudes, Zimo y Schachter, 1987; Horwitz, Owens y Simms, 2000; Pricea y Landsverkb, 1998). Fundamentalmente ha sido destinada para evaluar el impacto del maltrato en el desarrollo social o el nivel de desarrollo social que tienen los niños y niñas en el sistema de protección. A su vez, también ha sido aplicada en algunas investigaciones cuyo objetivo era conocer la adaptación social en los adultos que habían pasado por el sistema de protección.

Como puntos fuertes para la aplicación en este estudio la escala de desarrollo social Vineland cuenta con un amplio rango de edad pudiendo aplicarse desde el nacimiento, valora diferentes áreas del desarrollo (social, psicomotora, comunicativa y adaptativa) y tiene en cuenta los períodos evolutivos. Sin embargo, esta escala en la actualidad ha quedado en

desuso puesto que no hay baremos actualizados. Además, no es una escala completa del desarrollo puesto que no evalúa el área emocional ni el área cognitiva.

Escala de Inteligencia Stanford-Binet (Terman y Merrill, 1960)

La Escala de inteligencia Stanford-Binet, conocida antiguamente también como Terman-Merrill, procede de los trabajos de Terman en la Universidad de Stanford para adaptar la escala de Binet-Simon de 1905 a la población norteamericana. Las dos últimas ediciones de la Stanford-Binet (SB-4 y SB-5) incorporan las principales revisiones en cuanto a fundamentación teórica y contenido de las pruebas de inteligencia. La cuarta edición de la escala de inteligencia Stanford-Binet (SB-4) (Thorndike, Hagen y Sattler, 1986) es una batería de 15 pruebas que cubren un rango de edad de 2 hasta 23 años, aunque no todas las pruebas se aplican a cada grupo de edad. Las pruebas de Relaciones verbales y Construcción de ecuaciones son demasiado difíciles para niños pequeños y generalmente se aplican a sujetos de ocho años en adelante. Por el contrario, Absurdos y Copiado son demasiado fáciles para personas mayores y se suelen aplicar sólo a sujetos menores de 10 años de edad. Seis subtests abarcan todos los grupos de edad: Vocabulario, Comprensión, Cuantificación, Análisis de patrones, Memoria de cuentas y Memoria de oraciones.

La quinta edición de la Stanford-Binet (SB5) supone una extensión de la versión anterior para ampliar la edad de aplicación en población adulta, siendo el rango de edad que abarca desde los 2 hasta los 85 años. La estandarización de la prueba se llevó cabo con una muestra norteamericana de 4800 sujetos (Roid, 2003).

Esta escala se utiliza en la evaluación de la inteligencia sobre todo en el ámbito clínico y en el ámbito escolar. Las primeras versiones de la escala se aplicaron en alguna investigación de la época con niños acogidos (Freeman, Holzinger y Mitchell, 1928) aunque en la actualidad se suelen utilizar otras escalas de inteligencia.

Los puntos a favor de esta escala son su trayectoria y prestigio en la evaluación cognitiva. En contra tiene la edad de aplicación y que sólo contempla al ámbito cognitivo del desarrollo.

K-ABC, Batería de Evaluación de Kaufman para niños (Kaufman y Kaufman, 1983 y 1997)

La batería Kaufman fue desarrollada en 1983 y adaptada por TEA ediciones en 1997. Ofrece una medida de la inteligencia y del rendimiento. Se aplica a niños con edades comprendidas entre los 2 años y medio y los 12 años y medio.

De acuerdo con las aportaciones de la Neurología y la Psicología cognitiva, los autores conciben la inteligencia como un estilo individual de resolver problemas mediante procesos mentales de carácter simultáneo y secuencial. El K-ABC se ha estructurado por ello en 3 escalas que incluyen un total de 16 tests: 7 de ellos integran la Escala de Procesamiento simultáneo (Ventana mágica, Reconocimiento de caras, Cierre gestáltico, Triángulos, Matrices análogas, Memoria espacial y Series de fotos), 3 de Procesamiento secuencial (Movimientos de manos,

Repetición de números y Orden de palabra) y los 6 restantes la de Conocimientos (Vocabulario expresivo, Caras y lugares, Aritmética, Adivinanzas, Lectura y decodificación y Lectura y comprensión).

Es una batería poco utilizada en investigación aunque hay algún estudio que la aplica parcialmente con el objetivo de evaluar el ámbito cognitivo en otras culturas o etnias (Wolff y Fesseha, 1999).

Como puntos a favor, al igual que en el caso anterior, está su prestigio internacional. Sin embargo, únicamente valora el ámbito cognitivo y del lenguaje, no valora el desarrollo desde el nacimiento y prácticamente no se aplica en el ámbito de protección a la infancia.

Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria (Wechsler, 2009)

Esta escala fue diseñada por David Wechsler para conseguir una evaluación completa de la capacidad intelectual de los niños más pequeños: de 2 años y medio a 7 años y 3 meses. La escala ofrece tres índices principales: CI Total, CI Verbal y CI Manipulativo. Su aplicación es individual y lleva un tiempo estimado de entre 30 y 50 minutos, en función de la edad.

La última versión, adaptada al español, incorpora nuevos tests, nuevos índices y baremos contruidos a partir de una muestra de 1.220 niños españoles. Ofrece, como el resto de las escalas de Wechsler, puntuaciones individuales para cada test e índices sobre el funcionamiento intelectual en las áreas cognitivas verbal y manipulativa.

Los tests están agrupados en 2 etapas en función de la edad del niño:

-1ª Etapa: de 2 años y 6 meses a 3 años y 11 meses.

-2ª Etapa: de 4 años a 7 años y 3 meses.

El área verbal evalúa fundamentalmente el nivel de lenguaje del niño, su capacidad para aprender, asimilar y responder eficazmente mediante la utilización de este canal comunicativo. La adquisición correcta del lenguaje a edades tempranas es uno de los indicadores más fiables de las competencias cognitivas. Los test que componen esta área son: información (para los dos grupos de edad) y vocabulario, adivinanzas, comprensión y semejanzas (exclusivamente para la segunda etapa).

El área manipulativa comprende diferentes tests en los que el lenguaje no tiene tanta relevancia. Su valor nos da una idea de las capacidades viso-espaciales, integración sensorial, coordinación visomanual, percepción y discriminación de los detalles relevantes respecto a los accesorios. También del razonamiento lógico, nivel de atención sostenida y concentración entre otras capacidades. Los test que componen el área manipulativa son: cubos, matrices y rompecabezas para las dos etapas y conceptos y figuras incompletas exclusivamente para la segunda etapa.

La velocidad del procesamiento se evalúa a partir de los test de Búsqueda de Símbolos y Claves, supone, según algunos autores, una medida de la capacidad de realizar tareas cognitivas de forma fluida y automática, especialmente cuando se está bajo la presión para

mantener la atención y la concentración. La prueba precisa también de cierta capacidad de planificación.

La escala de Lenguaje General, a pesar de ser opcional, nos aporta información relevante acerca del nivel de lenguaje del niño, en especial, en aquellas circunstancias en las que otro tipo de pruebas más convencionales no las podemos utilizar. Dibujos y nombres se aplican en las dos etapas y son los test que componen esta área.

A partir de las puntuaciones obtenidas en estas áreas se obtiene el Cociente Intelectual Total. Esta puntuación expresa el nivel de inteligencia global del niño. El CIT (CI Total) es la puntuación más fiable de todas las que ofrece el test, por tanto, es la primera que debe analizarse al interpretar el perfil.

En investigación las Escalas Weschler son muy utilizadas así como en el ámbito escolar y clínico. En el ámbito de protección a la infancia se han realizado multitud de estudios tanto a nivel nacional como internacional con estas escalas (Cohen, 1999; Kerman, Wildfire y Barth, 2002; McNichol y Tash, 2001; Milan y Pinderhughes, 2000; Pears y Fisher, 2005; Price *et al.*, 2006; Runyan y Gould, 1985).

Estas escalas miden de una forma exhaustiva las áreas cognitiva, comunicativa y atencional del desarrollo aunque no tienen en cuenta las demás. Su edad de aplicación no incluye los dos primeros años de vida fundamentales para los objetivos de esta Tesis.

MSCA, Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para niños (McCarthy, 2006)

Las escalas McCarthy permiten evaluar mediante una amplia serie de tareas de carácter lúdico aspectos cognitivos y psicomotores del desarrollo del niño. La batería está integrada por 18 tests que dan lugar a 5 escalas (verbal, perceptivo-manipulativa, cuantitativa, memoria y motricidad) además de un índice general cognitivo (ICG). Actualmente se dispone de una nueva versión que incluye materiales y estímulos actualizados junto a una nueva tipificación basada en una amplia muestra representativa de la población española recogida íntegramente en 2005. Las edades de aplicación se encuentran entre los 2 y 8 años y medio.

Estas escalas son ampliamente reconocidas y aplicadas en el contexto escolar y en investigaciones cuyo objetivo es evaluar tanto el ámbito cognitivo como el psicolingüístico en niños pequeños (Moreno, 2005). Una vez más, los puntos débiles para esta Tesis de estas escalas son que no valora todas las áreas del desarrollo y que su edad de aplicación no incluye los dos primeros años.

Inventario de Desarrollo BATTELLE (Newborg, Stock y Wnek, 2004)

Es la escala de desarrollo más utilizada actualmente en investigación puesto que ofrece la medida de las cinco áreas del desarrollo (Personal/Social, Adaptativa, Motora, Comunicación y Cognitiva) contando con información de diferentes fuentes (Palacios, Román y Camacho, 2011; Sánchez-Sandoval, León y Román, 2012; Stahmer *et al.*, 2005).

Formada por más de 300 ítems, puede aplicarse en su forma completa o abreviada (prueba de “screening”); la aplicación de esta última forma economiza tiempo, sin perder fiabilidad pues permite detectar en qué área debe o no hacerse una evaluación completa.

Los procedimientos para obtener la información son de tres tipos: examen estructurado, observación (clase, casa) e información (de profesores, padres o tutores). Las edades de aplicación se encuentran entre los 0 y 95 meses.

El Inventario de Desarrollo Battelle parece ser la opción que buscamos para responder a los objetivos de esta tesis: es utilizada en la investigación nacional e internacional actual en el ámbito de protección, se puede aplicar desde el nacimiento, cuenta con diferentes fuentes de información, evalúa al niño en sus diferentes contextos (familiar, escolar y social) y valora las cinco áreas del desarrollo.

Escalas de desarrollo Merrill-Palmer Revisadas (Roid, G. H. y Sampers, 2011)

Las *Escalas de desarrollo Merrill-Palmer revisadas* (MP-R) (Roid y Sampers, 2004) fueron desarrolladas para dar respuesta a las necesidades de evaluación en la primera infancia. Son el fruto de una profunda revisión y actualización de las *Merrill-Palmer Scales of Mental Tests* (Stutsman, 1931) que, desde su aparición, han gozado de un gran prestigio y aceptación entre los profesionales dedicados a la evaluación infantil.

Las MP-R, al igual que la Battelle, permiten realizar una evaluación comprehensiva del desarrollo incluyendo las cinco áreas principales (cognición, motricidad, lenguaje y comunicación, conducta adaptativa y desarrollo socioemocional) y un conjunto adicional de aspectos que permiten al profesional obtener una imagen global del niño y comprender mejor sus características particulares. Además permite evaluar a los niños desde el nacimiento hasta los 6 años y medio. Este amplio rango de edad supone una enorme ventaja de cara a las evaluaciones longitudinales en las que se examina al niño periódicamente para valorar sus progresos.

Al ser su publicación muy reciente no hay estudios que la utilicen en el ámbito nacional. Junto con la Battelle son las única de las expuestas que evalúa el desarrollo de una forma global desde el nacimiento.

2.2 Decisión y justificación de la escala de desarrollo a utilizar

Teniendo en cuenta que cuando se inició esta investigación en el 2009 no estaban publicadas las Escalas de Merrill-Palmer revisadas, la decisión fue utilizar el Inventario de Desarrollo Battelle puesto que es la única de todas las expuestas anteriormente que permite realizar una evaluación de las cinco principales áreas del desarrollo infantil. Además, su amplio rango de edad permite evaluar desde el nacimiento hasta los 95 meses (8 años). Estas características son fundamentales para la consecución de los objetivos de esta Tesis. Unidos a estos dos motivos básicos también hay otros importantes que completan la elección:

- El planteamiento de la evaluación está centrado en el niño, con tareas muy participativas y basadas en atractivos juguetes, que contribuye a una mejor evaluación de sus habilidades.

- La evaluación es multimodal puesto que combina ítems de observación (en casa y aula), información (de los padres, maestros, educadores) y examen estructurado del niño.
- La combinación de fuentes de información y la utilización de reglas para ajustarse al nivel funcional del niño permiten realizar una evaluación más eficaz y breve (entre 60 y 90 minutos).
- Permite una interpretación referida a baremo (comparar los resultados con los de otros niños de su edad) o referida a criterio (describir el rendimiento del niño en función de lo que es capaz de hacer).
- Presenta una fiabilidad y validez demostrada (Newborg, Stock y Wnek, 2004).
- Por último, pero no por ello menos importantes, es la escala de desarrollo más utilizada en el ámbito de la investigación.

3. Evaluación del estado emocional y conductual

La evaluación del estado emocional y conductual en la infancia se ha desarrollado intensamente en las últimas décadas. Aún así, no es fácil encontrar cuestionarios que valoren el estado emocional y conductual de los niños de manera global y no sólo los problemas relacionados con un ámbito concreto (emocional o conductual) o, incluso, con un trastorno concreto (ansiedad, depresión, delincuencia, adicciones, etc.). Además, siguiendo la perspectiva del desarrollo, es muy importante a su vez que los baremos tengan en cuenta la edad y que la medida implique la interacción del niño en sus diferentes contextos (amigos, familia, colegio, etc.). A continuación, se exponen los cuestionarios que cumplen con estos requisitos fundamentales.

3.1 Instrumentos

CBCL, Child Behavior Checklist (Achenbach, 1991)

El cuestionario CBCL (Child Behavior Checklist) fue diseñado por Achenbach en 1991. En este cuestionario se recoge, en un formato estandarizado, información sobre los problemas emocionales y comportamentales que los niños pudiesen tener.

El *Child Behavior Checklist* (CBCL) forma parte de un sistema de evaluación multiaxial denominado Sistema de Evaluación Empírica de Achenbach (ASEBA). Estos instrumentos de evaluación son investigados, desarrollados y producidos por el Centro de Investigación para niños, jóvenes y familias, localizado en la Universidad de Vermont (EEUU) y dirigido por Thomas M. Achenbach (Achenbach, 1983). Así se han desarrollado diferentes versiones según quien sea el informante: el CBCL en su versión para padres y madres, el TFR en su versión para profesores y el YSR que se trata de la versión autoinformada.

El CBCL está diseñado para ser administrado a los padres de niños con edades comprendidas entre los 4 y 18 años. Los padres han de señalar en qué medida la conducta descrita en cada uno de los ítems es característica o habitual en el niño, asignando una puntuación de 0, si ocurre raramente o es falso, 1, si ocurre en parte o algunas veces, y 2, si es cierto u ocurre casi siempre.

Los resultados obtenidos en la evaluación se estructuran en 10 subescalas aunque sólo 9 de ellas tienen baremos y están relacionadas con uno o varios trastornos psicopatológicos

descritos en el DSM-IV. Estas 9 subescalas son: Aislamiento, Quejas somáticas, Ansiedad y depresión, Conducta delictiva, Conducta agresiva, Problemas de interacción social, Problemas de pensamiento, Problemas de atención y Problemas sexuales. Hay algunos ítems que forman parte de distintas subescalas como son: el ítem 1 (“Comportamiento inmaduro para su edad”) que forma parte de la subescala de Problemas de Atención y Sociales, el ítem 103 (“Infeliz, triste o deprimido”) que forma parte de las subescalas de Aislamiento y Ansiedad y Depresión, el ítem 80 (“Se queda mirando al vacío”) que forma parte de las subescalas de Aislamiento, Problemas de Pensamiento y Atención y el ítem 45 (“Nervioso, muy excitable o tenso”) que forma parte de las subescalas de Ansiedad y depresión y Problemas de Atención.

Las subescalas de Aislamiento, Quejas somáticas y Ansiedad y depresión conforman una escala más general denominada Escala Internalizada que tiene que ver con los problemas emocionales y comportamentales relacionados con la ansiedad y conductas de inhibición.

Las subescalas de Conducta delictiva y Conducta agresiva conforman una escala más general denominada Escala Externalizada, asociada a los problemas emocionales y comportamentales relacionados con conductas agresivas y antisociales.

Por último, el CBCL permite obtener una puntuación Total como resultado del sumatorio de los 118 ítems.

La prueba permite discriminar a los sujetos que se encuentran en el rango clínico, límite o normal en función del sexo y de la edad de los niños (4-11/12-18 años) (Achenbach 1991; Keller *et al.*, 2001). Esta discriminación entre los tres rangos, aunque pueda ser la correcta, se realiza a partir de los baremos establecidos con población estadounidense en los años 90 (Achenbach, 1991).

El CBCL es la prueba más utilizada en investigación con población de protección (Baker *et al.* 2007; Dale *et al.*, 2007; Ethier *et al.*, 2004; Fernández *et al.*, 2002 y 2011; Fernández, Hamido-Mohamed y Ortiz, 2009; Fuentes *et al.*, 2004; Llanos *et al.*, 2010; Simsek *et al.*, 2007).

SDQ, Strengths & Difficulties Questionnaires (Goodman, 1997)

El cuestionario SDQ (Strengths & Difficulties Questionnaire) fue diseñado por Goodman (1997). Es un cuestionario breve de detección de problemas de comportamiento para edades comprendidas entre los 4 y los 16 años. Hay varias versiones para satisfacer las necesidades de investigadores, clínicos y pedagogos: la de padres, profesores y la versión autoinformada.

Para cumplimentarlo, tanto los padres, como los profesores o los adolescentes, han de señalar en qué medida la conducta descrita en cada uno de los ítems es característica o habitual, asignando una puntuación de 0, si es falso, 1, si es cierto en parte, y 2, si es absolutamente cierto.

Todas las versiones del SDQ están formadas por 25 ítems que hacen referencia tanto a conductas positivas como negativas. Estos 25 ítems conforman las 5 escalas que se derivan de su análisis, cada una de ellas formadas por 5 ítems: problemas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta prosocial. Las cuatro

primeras escalas, conforman a su vez una sexta escala denominada Dificultades Totales, formada de esta forma por los 20 ítems que componen las cuatro primeras escalas.

El autoinforme para los adolescentes está formado por los mismos ítems, aunque el texto es ligeramente diferente (Goodman et al, 1998). Otra diferencia entre las dos versiones es que el autoinforme es válido para edades comprendidas entre los 11 y los 16 años y la versión para los padres y profesores es adecuada para edades comprendidas entre los 4 y los 16 años.

Las puntuaciones que conforman los rangos en las versiones del SDQ han sido escogidas de tal manera que el 80% de los niños de la población están dentro de la normalidad, el 10% en el límite y el 10% restante en la anormalidad (sdqinfo, 2012). En un estudio con una muestra de alto riesgo, como sería este que se presenta, donde los falsos positivos no constituyen una preocupación fundamental, puede identificar los casos por una puntuación en el límite o alta en la escala de dificultades total. En un estudio con una muestra de bajo riesgo, donde resulta más importante reducir el índice de falsos positivos, podría identificar los casos por una puntuación alta en la escala de dificultades total.

El SDQ es también un cuestionario, al igual que el CBCL, con una amplia trayectoria en la investigación nacional e internacional en el ámbito de protección (Minnis, et al., 2006; Palacios y Jiménez, 2009; Schofield y Beek, 2005).

BASC, Sistema de Evaluación de la Conducta de niños y adolescentes (Reynolds y Kamphaus, 2004)

El BASC es una medida multimétodo puesto que tiene cinco componentes que valoran al niño desde diferentes perspectivas y pueden ser utilizados de modo conjunto o individualmente: un autoinforme (donde el niño o adolescente describe sus emociones y autopercepciones); dos cuestionarios de valoración, uno para padres y otro para tutores (recogen las descripciones del comportamiento observable del niño en diversos contextos); una historia estructurada del desarrollo (revisa exhaustivamente la información social, psicológica, del desarrollo, educativa y médica del sujeto que puede influir en el diagnóstico y tratamiento); y un sistema de observación del estudiante (registra y clasifica la conducta observada directamente en el aula).

El BASC es multidimensional ya que mide numerosos aspectos del comportamiento y la personalidad, incluyendo dimensiones tanto positivas (adaptativas) como negativas (clínicas).

El autoinforme (S) proporciona información sobre escalas clínicas: Actitud negativa hacia el colegio, Actitud negativa hacia los profesores, Búsqueda de sensaciones, Atipicidad, Locus de control, Somatización, Estrés social, Ansiedad, Depresión y Sentido de incapacidad; y escalas adaptativas: Relaciones interpersonales, Relaciones con los padres, Autoestima y Confianza en sí mismo. Asimismo permite la obtención de cuatro dimensiones globales: Desajuste escolar, Desajuste clínico, Ajuste personal y un índice general, el Índice de síntomas emocionales.

Los cuestionarios de valoración para tutores (T) y para padres (P) miden conductas desadaptativas (escalas clínicas): Agresividad, Hiperactividad, Problemas de conducta, Problemas de atención, Problemas de aprendizaje, Atipicidad, Depresión, Ansiedad, Retraimiento y Somatización; y escalas adaptativas: Adaptabilidad, Habilidades sociales, Liderazgo y Habilidades para el estudio. Como dimensiones globales nos permite calcular cinco valores: Exteriorizar problemas, Interiorizar problemas, Problemas escolares, Habilidades adaptativas y un Índice de síntomas comportamentales.

El BASC ofrece diversos índices de validez que permiten al evaluador calibrar la veracidad y consistencia de cada informante.

Su aplicación puede ser individual y colectiva. El tiempo es variable, entre 10 y 20 minutos los cuestionarios para padres y tutores y aproximadamente 30 minutos el autoinforme. Las edades de aplicación para las escalas de padres y tutores van desde los 3 a los 18 años. Se distinguen tres niveles en función de la edad: Nivel 1 (3 - 6 años); Nivel 2 (6-12 años) y Nivel 3 (12-18 años). El autoinforme es a partir de los 8 años.

El Basc es ampliamente utilizado en los contextos escolares y clínicos. Sin embargo, parece no ser aún aplicado en la investigación.

3.2 Decisión y justificación de la medida a utilizar para el estado emocional y conductual

Si se tuviera en cuenta exclusivamente la trayectoria en investigación a lo largo de los años, sin ninguna duda se optaría por el CBCL o por el SDQ. Sin embargo, al tener en cuenta la consecución de los objetivos de esta Tesis forzosamente es necesario decantarse por el BASC. Fundamentalmente se utilizó el BASC por los siguientes motivos:

- Evalúa tanto el estado emocional como el conductual y, a su vez, tanto escalas adaptativas como clínicas en los niños y niñas.
- Evalúa diferentes contextos de interacción: familiar, escolar y grupo de iguales.
- El rango de edad incluye a niños y niñas a partir de 3 años, por lo que permite incluir un año más en la muestra de esta Tesis que va desde el nacimiento.
- Los ítems cambian en función de la edad por lo que parte de una perspectiva evolutiva.
- Los baremos son de población española relativamente actual (2003).

En definitiva, aporta una información más amplia, con niños más pequeños y más fiable debido a la baremación española y a su perspectiva evolutiva..

4. Síntesis del capítulo

En esta Tesis se ha optado por la Psicopatología del desarrollo como marco teórico de la evaluación puesto que garantiza una perspectiva evolutiva en la misma así como permite conocer qué tareas normativas ha superado y cuáles no.

Siguiendo los principios de este marco teórico y tras valorar los puntos fuertes y débiles de cada uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación del desarrollo y de los problemas emocionales y conductuales en infancia, se ha elegido como instrumento de

evaluación del desarrollo de los niños y niñas para esta Tesis la Escala de Desarrollo Battelle y para valorar el estado emocional y conductual de los mismos, el Sistema de Evaluación de la Conducta de niños y adolescentes (BASC). Estos instrumentos son los que permiten llegar a alcanzar los objetivos centrales de esta Tesis.

En el siguiente capítulo se presenta la metodología utilizada en la investigación y, por tanto, además de conocer los objetivos e hipótesis de la Tesis, el diseño de la investigación, la muestra, el procedimiento y los análisis estadísticos empleados, analizaremos profundamente dichos instrumentos.

PARTE SEGUNDA: TRABAJO EMPÍRICO

CAPÍTULO 4. MÉTODO Y OBJETIVOS

1. Planteamiento del problema

Como se ha expuesto en los capítulos teóricos anteriores existe una necesidad imperiosa de evaluar el estado en el que se encuentran los niños de 0 a 6 años que son protegidos por el sistema con una medida de separación familiar. A esta necesidad hay que unir los escasos estudios encontrados que tratan de valorar el desarrollo evolutivo en niños menores de seis años y que no existe un protocolo de evaluación al ingreso, para niños de estas edades, establecido y consensuado por las diferentes Comunidades Autónomas. Teniendo en cuenta, como se ha demostrado en el segundo capítulo de este trabajo, las graves consecuencias que causan los malos tratos en la infancia a todos los niveles del desarrollo (social y emocional, cognitivo, comunicativo, psicomotor y adaptativo) y conociendo la importancia de la atención temprana y la intervención pronta para la recuperación óptima de estos niños y niñas, surge el planteamiento de esta Tesis con el objetivo general que se presenta a continuación.

2. Objetivo general y específicos

El objetivo general para esta Tesis es de carácter exploratorio, se trata de lograr un primer acercamiento al conocimiento del estado psicológico y evolutivo que presentan los niños y niñas con medida de separación familiar (grupo de acogimiento residencial y familiar) y estudiar las diferencias existentes con el grupo de niños y niñas que permanecen en su casa con sus padres biológicos.

Para alcanzar el objetivo general expuesto hace falta plantearse objetivos más concretos y específicos:

1. Describir las características de cada uno de los tres grupos (acogimiento residencial, acogimiento familiar y los que permanecen con sus padres biológicos) atendiendo a las variables sociodemográficas, de salud, escolares e historia de protección: edad, sexo, contexto familiar (etnia, estatus de la pareja, número de hijos, problemas familiares), embarazo no controlado, parto prematuro, enfermedades, escolarización, motivo de protección y tipo de maltrato, plan de caso y tiempo desde la separación familia.

2. Conocer las características emocionales y conductuales que manifiestan los niños y niñas de cada uno de los grupos y detectar la presencia de posibles problemáticas.

3. Describir el nivel de desarrollo evolutivo de cada uno de los grupos y comparar los resultados con los baremos normativos para niños y niñas de su misma edad.

4. Averiguar el nivel de covariación de la presencia de problemáticas emocionales, conductuales y del desarrollo en cada uno de los grupos.

5. Examinar las diferencias entre los tres grupos en cuanto a sus problemáticas emocionales y conductuales y desarrollo evolutivo, comprobando así los diferentes estados de los niños en función de la medida adoptada.

6. Conocer la relación existente entre la experiencia de maltrato (y su tipología) con el nivel de desarrollo en los niños y niñas.

7. Describir la relación entre algunos problemas del contexto familiar (discapacidad intelectual, salud mental, conductas autolíticas, enfermedad importante, drogodependencias, delincuencia, prisión, problemas económicos y violencia de género) con el nivel de desarrollo en los niños y niñas.

3. Hipótesis de la investigación

A continuación se enumerarán las hipótesis de partida para esta investigación:

1. Los grupos de acogimiento residencial y familiar tendrán mayores niveles de problemáticas familiares y factores de riesgo que el grupo de comparación, pero la distribución de otras variables descriptivas como la edad, sexo y contexto socioeconómico de origen será similar.

2. Teniendo en cuenta los criterios de derivación a acogimiento residencial y familiar, así como el carácter más especializado del primero, a nivel de desarrollo evolutivo, los niños del grupo de comparación obtendrán los mejores resultados en las cinco áreas de desarrollo: personal-social, adaptativa, motora, comunicativa y cognitiva, siendo los niños con medida de acogimiento residencial los que obtendrán peores niveles en todas las áreas.

3. Por los mismos motivos antes indicados, cabría esperar que los niños pertenecientes al grupo de acogimiento residencial muestren mayores niveles de desajuste clínico, mayores problemáticas escolares y menores niveles de habilidades adaptativas que los niños que son acogidos por familias y, a su vez, estos tendrán mayores niveles de problemática asociada que los niños del grupo de comparación.

4. Los niños y niñas que obtengan mayores carencias en su desarrollo serán los que manifiesten un mayor Índice de Sintomatología Comportamental (ISC).

Atendiendo a resultados de investigaciones previas se comprobarán las siguientes hipótesis en esta Tesis:

5. Las mayores diferencias, en cuanto a desarrollo evolutivo se refiere, se obtendrán entre el grupo de comparación y residencial en las medidas personal-social, comunicativa y cognitiva (Cohen, 1999; Díaz-Aguado y Martínez-Arias, 1995; Egeland y Sroufe, 1981; Egeland *et al.*, 1983; Lázaro y López, 2010; Martínez-Fuentes, 1996; Moreno, 2005; Moreno *et al.*, 2010; Pollak *et al.*, 2000; Stahmer *et al.*, 2005).

6. Los niños que hayan sufrido maltrato serán a su vez los que alcancen menores puntuaciones en las habilidades sociales (Chicchetti y Valentino, 2006, Lázaro y López, 2010 y Paúl y Arruabarrena, 1995).

7. Los niños que han sufrido maltrato físico serán los que alcancen mayores carencias a nivel de desarrollo social debido a su hipervigilancia ante situaciones de ira y enfado (George y Main, 1979; Main y George, 1985; Pollak y Tolley-Schell, 2003; Rieder y Cicchetti, 1989; Weiss, *et al.*, 1992).

8. Los niños que han sufrido negligencia emocional y física serán los que obtengan peores puntuaciones en las áreas de desarrollo referentes a lo personal-social, comunicativo y cognitivo (Allen y Oliver, 1982; Cerezo, 1995; Cicchetti y Valentino, 2006; Culp *et al.*, 1991; Fox *et al.*, 1988; Moreno, 2005; Moreno *et al.*, 2010; Pino *et al.*, 2000; Pollak *et al.*, 2000).

9. Los niños con mayores índices de problemáticas familiares que impliquen negligencia (drogodependencias, discapacidad intelectual, salud mental, intentos autolíticos, problemas económicos, etc.) tendrán menores niveles de desarrollo (Cerezo, 1995 y Paúl y Arruabarrena, 1995).

4. Muestra

En este estudio han participado 179 niños de edades comprendidas entre los primeros días de vida y los siete años. Estos participantes configuran los dos grandes grupos dentro de esta investigación: el grupo de comparación y el grupo con medida protectora de separación familiar. El grupo de comparación estaba formado por niños y niñas sin medida protectora, es decir, niños y niñas que convivían con sus padres de manera normalizada. El grupo con medida de separación familiar está subdividido a su vez en dos: el grupo con medida de acogimiento residencial (niños y niñas que vivían en un hogar o centro de acogida) y el grupo con medida de acogimiento familiar (niños y niñas que vivían con una familia de acogida).

La muestra se compuso de niños y niñas menores de 7 años, de modo que se pudo configurar una muestra no excesivamente heterogénea (como lo sería en el caso de incluir a adolescentes, que plantean un tipo de evaluación muy diferente). No obstante, la razón más importante fue que en esta franja de edades se producen procesos evolutivos esenciales, la fragilidad de los niños y niñas es mayor, y la necesidad de un contexto familiar con figuras cercanas y estables también. Es en estas edades donde el debate entre la adecuación de las diferentes medidas de protección ha sido más intenso, como se ha expuesto en el primer capítulo de esta Tesis.

El proceso de incorporación de la muestra al estudio no se basó en un proceso aleatorio dadas las implicaciones éticas de no realizar la evaluación a niños con medida protectora. Se estimó más adecuado seleccionar varias regiones y llevar a cabo la evaluación de todos los niños y niñas con medida que cumplieran los criterios de inclusión que se indicarán más adelante. Debo mencionar en este punto que el objetivo de esta Tesis cubre una importante laguna sobre nuestro conocimiento de las necesidades que tienen estos niños al ser tutelados y las diferencias entre aquellos que son derivados a una u otra medida protectora que implica la separación familiar. Se trata además de responder a un primer objetivo, exploratorio, que ha de tener continuidad mediante el análisis de la evolución de estos casos en un estudio de seguimiento. Este es precisamente el objetivo de posteriores análisis realizados por el mismo equipo tras haber finalizado este primer estudio.

4.1 Grupo con medida protectora de separación familiar

La muestra estuvo configurada por un total de 69 niños y niñas de Asturias, Cantabria y Guipúzcoa con medida de acogimiento residencial o familiar en el periodo comprendido

entre mayo de 2010 y mayo de 2011, que cumplieran los criterios que se mencionan a continuación para cada grupo.

Muestra acogida en centros de protección: configurada por 37 participantes con una media de edad de 23 meses, siendo el porcentaje de niñas de un 46% y de niños un 54%. Como la muestra de este grupo la configuraron los niños y niñas que fueron a vivir a un centro de acogida después de ser separados de sus familias, el total de la muestra procedía de los centros de primera acogida existentes para estos casos en el Principado de Asturias (81%) y en Cantabria (19%). Los criterios de inclusión para este grupo fueron los siguientes:

- Haber sido separado de su familia de origen para ser trasladado a un centro de acogida entre los meses de noviembre de 2009 y noviembre de 2010.

- La edad de los niños y niñas tendría que ser hasta 7 años.
- Llevar al menos 6 meses de convivencia en el centro de acogida.

Los criterios de exclusión fueron:

- Tener 7 años o más.
- Tener alguna medida de protección previa a la del acogimiento residencial.
- Tener una discapacidad que imposibilitara la aplicación de las pruebas elegidas de evaluación.

Muestra en familia de acogida: compuesta por 32 niños y niñas con una media de edad de 32 meses y un porcentaje mayor de niños que de niñas, un 66% frente a un 34%. Para reclutar los participantes que compusieron este grupo fue se recurrió a las familias acogedoras de tres Comunidades Autónomas: Asturias (37%), Cantabria (16%) y Guipúzcoa (47%). Los criterios de inclusión para este grupo fueron los siguientes:

- Llevar al menos 6 meses de convivencia en la familia de acogida.
- La edad de los niños y niñas tendría que ser hasta 7 años.

Los criterios de exclusión fueron:

- Tener 7 años o más.
- Tener alguna medida de protección previa a la del acogimiento familiar.
- Tener una discapacidad que imposibilitara la aplicación de las pruebas elegidas de evaluación.

4.2. Grupo de comparación (sin medida protectora)

El grupo de comparación se reclutó teniendo en cuenta las variables de los grupos de protección, en cuanto a perfil socioeconómico y contexto social. En este sentido se evaluó a 110 niños y niñas en los que la media de edad era de 23 meses y el 52% eran niños y el 48% niñas. La inclusión de estos casos en el estudio se llevó a cabo mediante el contacto con hospitales, centros de atención primaria, guarderías y centros de educación infantil del Principado de Asturias y de áreas afines en cuanto a nivel socioeconómico y presencia de perfiles de riesgo atendidos en la red comunitaria de servicios sociales. Es necesario destacar en este punto la importancia de preservar el anonimato de la muestra por lo que en ningún momento se hará referencia a los nombres de los lugares concretos de procedencia de la muestra. El 30% de los participantes sin medida protectora procedían de centros de salud y hospitales y tenían menos de 5 meses de vida, el 56% fueron reclutados en guarderías de 0 a 3 años y el 14% provenían de centros de educación infantil de 3 a 6 años. Los criterios de inclusión para este grupo fueron los siguientes:

- Tener unas condiciones familiares a nivel socioeconómico similares a las de las familias de origen de los participantes de los grupos de protección.
- La edad de los niños y niñas tendría que ser hasta 7 años.
- Poseer el consentimiento firmado de los padres para la participación en el estudio y de la evaluación de sus hijos.

Los criterios de exclusión fueron:

- Tener 7 años o más.
- Tener alguna medida de protección en la actualidad o previa.
- Tener una discapacidad que imposibilitara la aplicación de las pruebas elegidas de evaluación.

5. Constructos e indicadores evaluados

Para conseguir los objetivos propuestos en esta investigación fue imprescindible recabar información sobre diferentes variables que se pueden agrupar en cuatro grandes constructos:

5.1 Perfil sociodemográfico, familiar, educativo y de salud

Para poder caracterizar y contextualizar cada uno de los grupos incluidos en la investigación se recabó información de los siguientes aspectos:

5.1.1. La *edad* y el *sexo* del niño o niña

5.1.2. El *contexto familiar* de cada participante fue muy importante para poder contextualizar su desarrollo evolutivo y sus problemáticas conductuales y emocionales. En esta investigación interesó particularmente: el tipo de etnia a la que pertenecía (gitana, inmigrante o nacional), el estatus de la pareja de adultos con la que convivía (matrimonio, pareja de hecho, soltero, divorcio, etc), las posibles problemáticas que se vivían en sus familias (desempleo, mendicidad, prostitución, conducta antisocial, prisión, padre o madre fallecido, enfermedades importantes, antecedentes de conducta autolítica, toxicomanías, discapacidad intelectual y problemática de salud mental, el número de hermanos que tenían y las condiciones de la vivienda familiar.

5.1.3. Respecto al *contexto escolar* se registró el nivel de escolarización de cada uno de los participantes mayores de 3 años.

5.1.4. Del *contexto de salud* fueron seleccionados los siguientes indicadores: si ha tenido enfermedades importantes, trabajo de estimulación temprana, logopedia o psicomotricidad y detección de alteraciones en su desarrollo o en el ámbito emocional/ conductual. La variable discapacidad en el niño no se ha tenido en cuenta puesto que fue, como se mencionó con anterioridad, un criterio de exclusión de la muestra.

5.2 Perfil de protección

Para conseguir caracterizar a los grupos de acogimiento residencial y familiar, así como poder analizar el impacto del maltrato en el desarrollo evolutivo de los niños, fue necesario recabar información sobre los motivos por los que se adoptó la medida protectora, el tipo de

maltrato sufrido, el plan de caso y medida legal asumida, si hay permiso para las visitas legales y el tiempo desde el alta en una medida de separación hasta la evaluación.

5.3 Perfil evolutivo

Uno de los objetivos para esta investigación fue conocer el estado del desarrollo evolutivo de cada uno de los grupos y analizar las diferencias entre los mismos. Los indicadores evolutivos que se emplearon se pueden agrupar en cinco áreas de desarrollo: personal/social, adaptativa, motora, comunicación y cognitiva.

5.3.1. **Personal/Social:** incluye las capacidades y características que permiten al niño establecer interacciones sociales significativas. Las conductas apreciadas se agrupan en seis variables:

5.3.1.1. *Interacción con el adulto.* Se refiere a la calidad y frecuencia de las interacciones del niño con adultos. Éstas incluyen comportamientos como el apego infantil, la respuesta al inicio de contactos sociales y la utilización de los adultos como recurso.

5.3.1.2. *Expresión de sentimientos/afecto.* Es la capacidad del niño para expresar sentimientos, como afecto o cólera, en la forma y situaciones adecuadas, así como los componentes afectivos de la conducta: sentimientos y actitudes del niño en diferentes ambientes.

5.3.1.3. *Autoconcepto.* Hace referencia al desarrollo de la conciencia y el conocimiento que el niño tiene de sí mismo (reconocimiento de su yo físico, sentimientos, intereses y preferencias), así como los sentimientos de autoestima en diversas situaciones.

5.3.1.4. *Interacción con los compañeros.* Se entiende por la calidad y frecuencia de las interacciones con los compañeros de su misma edad, incluyendo la capacidad de hacer amistades y establecer relaciones personales, responder e iniciar contactos sociales con los compañeros, interactuar eficazmente en un grupo pequeño y cooperar.

5.3.1.5. *Colaboración.* Es la capacidad del niño para enfrentarse a su entorno o medio de forma eficaz, ya sea tolerando frustraciones, superando agresiones de compañeros, obedeciendo, resolviendo problemas o adaptándose a las normas.

5.3.1.6. *Rol Social.* Se refiere a la capacidad para reconocer que niños y adultos tienen papeles distintos en situaciones diferentes y determinar qué es lo que se espera de ellos en cada situación. Además busca evaluar la capacidad para comprender las razones por las que se adoptan algunos comportamientos sociales, por ejemplo, cooperación, ayuda, honradez, distinción entre lo bueno y malo, sinceridad y otras conductas personales características del desarrollo ético. Por último, intenta evaluar la capacidad de percibir y aceptar diferencias entre sí mismo y los demás, comprender los puntos de vista, percepciones y sentimientos de los demás y mostrar solidaridad para ellos.

5.3.2. **Adaptativa:** se centra en la capacidad del niño para utilizar la información y las habilidades evaluadas en las otras áreas. Tiene en cuenta las habilidades de autoayuda y las tareas que dichas habilidades requieren, agrupadas en cinco variables:

5.3.2.1. *Atención.* Se trata de la capacidad del niño para prestar atención visual y auditiva a estímulos del entorno durante espacios de tiempo variables.

5.3.2.2. *Comida.* Es la capacidad del niño para comer, beber y realizar eficazmente las tareas relacionadas con la alimentación.

5.3.2.3. *Vestido.* Hace referencia a la capacidad del niño para ponerse, quitarse, abrocharse y desabrocharse diferentes prendas de ropa y ocuparse de todo lo relativo a la vestimenta, según lo esperado para su edad.

5.3.2.4. *Responsabilidad Personal.* Se centra en la capacidad del niño para asumir responsabilidades, moverse por la casa y el barrio realizando quehaceres sencillos. Asimismo mide la capacidad de iniciar juegos y otras actividades significativas, mantenerse adecuadamente en la realización de una tarea y obtener reconocimiento por lo realizado.

5.3.2.5. *Aseo.* Se refiere al control de las necesidades físicas y la capacidad para prepararse para ir a dormir, bañarse y realizar otros tipos de aspectos del aseo.

5.3.3. **Motora.** Se centra en la evaluación del desarrollo motor grueso y la capacidad del niño para usar y controlar los músculos del cuerpo (desarrollo de la motricidad gruesa y fina), agrupándose dichas conductas en cinco variables:

5.3.3.1. *Control Muscular.* Se entiende por el desarrollo motor grueso y la capacidad del niño para establecer y mantener el control, principalmente sobre los músculos que utiliza para sentarse, estar de pie, pasar objetos de una mano a otra y realizar tareas semejantes.

5.3.3.2. *Coordinación Corporal.* Son los aspectos del desarrollo motor grueso: la capacidad del niño para utilizar su sistema muscular y para establecer un control y una coordinación corporal cada vez mayores (por ejemplo, cambiar la posición del cuerpo, rodar en el suelo, dar patadas, tirar y recoger objetos, dar saltos, hacer flexiones y realizar saltos de longitud).

5.3.3.3. *Locomoción.* Se refiere a aspectos del desarrollo motor grueso: la capacidad del niño de utilizar los sistemas de musculatura de forma integrada con el fin de trasladarse de un sitio a otro (por ejemplo, arrastrarse, gatear, andar, correr, saltar o subir y bajar escaleras).

5.3.3.4. *Motricidad Fina.* Es el desarrollo del control y coordinación muscular del niño, especialmente de la musculatura fina de brazos y manos que permite llevar a cabo tareas cada vez más complejas como tomar y soltar objetos, abrir y cerrar puertas y cajones, ensartar cuentas, pasar páginas, cortar, doblar papel y utilizar el lápiz correctamente.

5.3.3.5. *Motricidad Perceptiva:* Hace referencia a los aspectos del desarrollo motor fino: la capacidad del niño para integrar la coordinación muscular y las

habilidades perceptivas en actividades concretas, como formar torres, colocar anillas en un soporte, copiar círculos, cuadrados, dibujar y escribir.

5.3.4. **Comunicación:** este constructo tiene que ver con la recepción y expresión de información, y los pensamientos e ideas por medios verbales y no verbales, encuadrados en dos variables:

5.3.4.1. *Comunicación Receptiva.* Tiene que ver con la discriminación, reconocimiento y comprensión de sonidos y palabras, así como la información recibida a través de gestos, signos u otros medios no verbales.

5.3.4.2. *Comunicación Perceptiva.* Hace referencia a la producción y uso de sonidos, palabras o gestos como medio de transmitir información a los demás.

5.3.5. **Cognitiva:** Se centra en las habilidades y capacidades de tipo conceptual, agrupadas en cuatro variables:

5.3.5.1. *Discriminación Perceptiva.* Son las interacciones sensoriomotoras activas del niño con su entorno inmediato.

5.3.5.2. *Memoria.* Es la capacidad del niño o niña para recuperar información cuando se le dan pistas adecuadas.

5.3.5.3. *Razonamiento y Habilidades Escolares.* Se centra en las habilidades de pensamiento crítico que el niño necesita para percibir, identificar y resolver problemas; analizar y valorar los elementos de una situación, los componentes que faltan, las contradicciones y las incoherencias; juzgar y valorar ideas, procesos y productos.

5.3.5.4. *Desarrollo Conceptual.* Es la capacidad del niño para captar conceptos y establecer relaciones.

5.4 Perfil emocional y conductual

Para conocer el estado emocional y comportamental de cada participante se valoró el ajuste personal y clínico de los mismos, teniendo en cuenta sus habilidades adaptativas (para el ajuste personal) y sus problemas clínicos (para el ajuste clínico). De esta forma, se ha podido valorar las diferentes problemáticas internalizantes y externalizantes de cada uno de los niños.

5.4.1. Problemas clínicos:

5.4.1.1 *Hiperactividad:* se refiere a ser excesivamente activo, precipitación en el trabajo o en actividades y actuar sin pensar.

5.4.1.2 *Agresividad:* tendencia a actuar de manera hostil (verbal o físicamente) y amenazadora hacia los demás.

5.4.1.3 *Depresión:* sentimientos de infelicidad, tristeza y estrés que pueden resultar en la incapacidad de llevar a cabo actividades cotidianas (síntomas neurovegetativos o pensamientos suicidas).

5.4.1.4 *Somatización:* la persona se muestra demasiado sensible y se queja de pequeñas dolencias físicas.

5.4.1.5 *Ansiedad*: la tendencia a estar nervioso, con miedo y preocupado por problemas reales o imaginarios.

5.4.1.6 *Problemas de atención*: se distrae fácilmente y tiene la capacidad de concentrarse sólo momentáneamente.

5.4.1.7 *Atipicidad*: comportarse de manera inmadura y extraña. Se asocia comúnmente con psicosis (por ejemplo, alucinaciones visuales o auditivas).

5.4.1.8 *Aislamiento*: se aleja de los demás y rechaza todo contacto social.

5.4.2. **Habilidades adaptativas**:

5.4.2.1 *Adaptabilidad*: se refiere a la habilidad para adaptarse a cambios ambientales.

5.4.2.2 *Habilidades sociales*: son las habilidades necesarias para interactuar eficazmente con compañeros y adultos en el hogar, la escuela y la comunidad.

6. Instrumentos

Para esta investigación se han utilizado tres instrumentos:

6.1 Registro estructurado

Es un registro elaborado *ad hoc* para esta investigación dirigido a recabar información sobre cada una de las variables del perfil sociodemográfico, familiar, educativo, de salud y de protección (ver Anexo). Se hicieron dos versiones diferentes de este registro: una para el grupo con medida de separación familiar y la otra para el grupo de comparación. Estas dos versiones se diferenciaron en la parte que hace referencia al registro de las variables del perfil de protección. Así, las variables evaluadas por las dos versiones fueron:

- Datos del informante.
- Datos básicos del niño o niña: fecha de nacimiento, sexo, si es huérfano, si es extranjero o de etnia gitana.
- Situación escolar: si está escolarizado o no.
- Datos sobre salud: embarazo y enfermedades importantes.
- Datos sobre salud mental: si hay algún diagnóstico en el niño o en su familia.
- Datos sobre la conducta suicida: si hay antecedentes de comportamientos suicidas en su familia.
- Datos sobre consumo y adicción: antecedentes de drogodependencias en su familia.
- Contexto familiar: datos sobre el padre y la madre, situación laboral, problemáticas familiares, el estatus de la pareja y el número de hijos.

Las variables registradas específicamente en la versión del grupo con medida de separación familiar fueron:

- Intervención en protección: fecha de alta en protección, fecha de alta en el hogar actual, situación legal del niño o niña, motivos de protección y tipos de maltrato.
- Plan de caso: si tiene plan de caso y si lo tiene su finalidad.

6.2 El Inventario de desarrollo Battelle (BDI)

De Newborg, Stock y Wnek, adaptación española de De la Cruz y González (1996). Se trata de una batería para evaluar las habilidades fundamentales del desarrollo en niños y niñas con edades comprendidas entre el nacimiento y los ocho años. Su aplicación es individual y está tipificada. Esta prueba, elaborada por un grupo de profesionales de diversos campos se desarrolló inicialmente en el año 1984, aunque la adaptación española es del año 1996. Uno de los propósitos fundamentales con el que se creó la prueba fue el de poder proporcionar información sobre los puntos fuertes y débiles en diversas áreas del desarrollo del niño, para facilitar la elaboración de programas de intervención individualizados. Se utiliza en el ámbito clínico, en la evaluación en edades tempranas y en el área de la educación especial.

Es un inventario bastante completo en cuanto a los procedimientos para la obtención de datos, ya que además de utilizar la observación, usa el examen estructurado y también recoge información de personas relevantes en la vida del niño. En mi investigación, el informante cambiaba en función del grupo al que pertenecía el niño o niña. En el caso del grupo normativo fueron los padres biológicos los que cumplimentaron el cuestionario, en el grupo de acogimiento familiar, fueron los acogedores los que me informaron, y, por último, en el grupo de acogimiento residencial fue el educador tutor quien se encargó de completar el cuestionario, dado que era quien podía observar cotidianamente al niño en su contexto de convivencia.

Su formato de aplicación y puntuación posee mayor objetividad y rigor que los utilizados en la mayoría de los inventarios de desarrollo. Los ítems se presentan en un formato normalizado que especifica la conducta que se va a evaluar, los materiales necesarios, los procedimientos de administración y los criterios para puntuar la respuesta. El psicólogo que puntúa ha de señalar en qué medida la conducta descrita en cada uno de los ítems está consolidada (2), parcialmente aprendida (1) o aún está por aprender (0). En cada una de las subescalas se ha de conseguir un suelo, con el que se asegura que los ítems por debajo de ese nivel están absolutamente consolidados, y un techo, que determina el punto a partir del cual el desarrollo en esa subárea está aún por iniciarse. Está compuesta por 341 ítems divididos en las áreas y subáreas que se han desarrollado y explicado en el anterior apartado (personal/social, adaptativa, motora, comunicación y cognitiva).

La escala proporciona una puntuación total en desarrollo general o puntuaciones parciales en cada una de las escalas y subescalas. Las puntuaciones directas se pueden transformar en puntuaciones estandarizadas atendiendo a los baremos según edad y sexo que aporta el instrumento. Respecto a la consistencia interna del Inventario de desarrollo Battelle, el coeficiente alfa obtenido ha sido de 0.737 (De la Cruz y González, 1996).

6.3 El sistema multidimensional para la evaluación de la conducta, BASC

Del inglés Behavior Assessment System for Children (BASC, Reynolds y Kamphaus, 1992). En esta investigación se ha utilizado la versión española de González, Fernández, Pérez y Santamaría (2004).

El BASC incluye escalas de validez y control internas, demostrando tener suficiente fiabilidad y validez para proporcionar una información pertinente y completa (González *et al.*, 2004), que se relaciona mucho con los criterios diagnósticos de numerosas categorías diagnósticas del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

La escala BASC es multidimensional porque valora diferentes aspectos de la conducta y del ámbito emocional, incluyendo para ello escalas positivas (adaptativas) y negativas (clínicas). De esta forma, además de permitir valorar diferentes problemas de conducta y trastornos emocionales, también facilita información sobre posibles habilidades positivas que se pueden rescatar para el proceso de intervención.

BASC es un conjunto de instrumentos que ofrece la posibilidad de recoger esta información tanto de los padres y profesores (escalas P y escalas T) como del propio sujeto (escalas S). Añade a estas fuentes de información un sistema de observación del sujeto (O) y un formato de historia clínica (H). Además, hay diferentes versiones en función de la edad de la persona que se quiere valorar: nivel 1, para preescolares (3-5 años); nivel 2, para niños y niñas de primaria (6-11 años); nivel 3, para adolescentes (12 a 18 años). En el caso de los autoinformes, habría dos niveles, el 2 y 3, a partir de los 8 años.

Estos instrumentos pueden ser usados de modo conjunto o por separado. En este caso, se ha utilizado la escala para padres y madres del Basc para los niveles de edad 1 y 2 (3-6 años). Al igual que en la Battelle, la persona responsable de la cumplimentación fue, dependiendo del grupo al que pertenecía el niño valorado, los padres biológicos, las familias acogedoras o el educador de referencia.

Para cumplimentarlo, el adulto ha de señalar en qué medida la conducta descrita en cada uno de los ítems es característica o habitual, asignando una puntuación de A, si es nunca, B, si es alguna vez, C, si es frecuentemente, y, D, si es casi siempre.

Los 134 ítems que componen la escala para padres y madres se dividen en las escalas clínicas (hiperactividad, agresividad, problemas de conducta, depresión, somatización, ansiedad, problemas de atención, problemas de aprendizaje, atipicidad y aislamiento) y adaptativas (adaptabilidad, compañerismo, habilidades sociales y habilidades para el estudio) explicadas en el apartado anterior.

Los resultados que la prueba nos ofrece son varios: la puntuación directa y típica en cada una de las escalas clínicas y adaptativas, una puntuación en problemática internalizante y externalizante, así como en habilidades adaptativas y, por último, un índice de problemática general (ISC).

7. Procedimiento

El objetivo de esta Tesis Doctoral se enmarca en un investigación más amplia de diseño longitudinal financiada por el plan nacional I+D+I, en la que se ha ido haciendo un seguimiento del desarrollo evolutivo de los niños y niñas con medida protectora de separación familiar a lo largo de tres años.

En este apartado se describirá el procedimiento llevado a cabo para dar respuesta a los objetivos concretos de esta Tesis. Dichos objetivos se orientan a la caracterización de los grupos y el análisis de las diferencias entre ellos en el nivel de desarrollo y aspectos conductuales y emocionales.

7.1 Procedimiento en los casos de protección

Los grupos de acogimiento residencial y acogimiento familiar procedían de tres comunidades autónomas: Asturias, Cantabria y Guipúzcoa, como se ha explicado en el apartado de participantes. Se eligieron estas administraciones por su cercanía geográfica y facilitar así los desplazamientos para las evaluaciones. Las tres administraciones se vincularon al proyecto mediante el pertinente escrito en el que se comprometieron a prestar el apoyo de sus técnicos a las evaluaciones y la recogida de información que requería el estudio.

Dada la complejidad de los casos de protección infantil y de la variedad de datos que se manejan en ellos, un estudio como el que se planteó sólo fue posible contando con la colaboración de los técnicos de protección infantil en la recogida y facilitación de los datos.

El equipo de investigación al que pertenezco contó con un profesional de trabajo social que se encargó de la coordinación con los técnicos de los servicios de protección infantil de las diferentes comunidades y de la cumplimentación del registro estructurado.

Durante los meses de mayo de 2010 y mayo de 2011 se fueron evaluando todos los casos de niños y niñas hasta 7 años para los que las administraciones colaboradoras hubieran adoptado una medida de separación familiar y cumplieran los criterios de inclusión en el estudio. Habiendo transcurrido un período mínimo de 6 meses desde la separación de la familia, se realizó la evaluación del nivel de desarrollo y el estado emocional y conductual, cuyos resultados se analizaron en esta investigación, con el fin de asegurar que hubiera transcurrido suficiente tiempo para facilitar la adaptación del niño al nuevo contexto de convivencia. Se adoptó este criterio por no ser posible evaluar todos los casos de protección en el momento del alta para tomar como referencia su nivel de desarrollo previo a la intervención protectora. Si bien esta evaluación inicial se pudo llevar a cabo en los casos de acogimiento residencial no fue así en el grupo de acogimiento familiar. Dado que el objetivo de esta tesis es comparar los niveles de desarrollo en un momento dado, se optó por analizar medidas que aseguraran ese período previo de estabilización en todos los casos.

Una vez alcanzada la fecha prevista de evaluación (al menos 6 meses desde la separación del niño de su familia de origen), el evaluador contactaba con el centro de acogida o con la familia acogedora para su valoración. El lugar de valoración dependía de las necesidades de cada caso. Para el grupo de acogimiento residencial era frecuente realizar la evaluación en el propio centro de acogida, mientras que para las familias acogedoras era más cómodo realizar las valoraciones en sus casas o en sitios neutros como la sede de la entidad colaboradora.

El día y hora acordado, la persona encargada de la valoración del caso se desplazaba al lugar donde al niño le resultara más cómodo y a solas, en una habitación tranquila, se le aplicaba el *Inventario de desarrollo Battelle*. Al terminar la evaluación observacional con el

niño o niña, se entrevistaba al adulto de referencia para completar el BASC y finalizar los ítems pendientes de la Battelle en los que se necesita la información del adulto.

Después de haber finalizado la evaluación, se corregían las pruebas y, con un plazo máximo de 15 días, se hacía entrega de un informe de la evaluación psicológica a la sección correspondiente.

Finalizada la fase de investigación del caso, la trabajadora social recababa la información referente al registro estructurado.

7.2 Procedimiento seguido en el grupo de comparación

Para poder formar este grupo normativo se incluyeron familias voluntarias sin ningún tipo de medida en protección, con niños y niñas con edades comprendidas entre el nacimiento y los 7 años y con características socioeconómicas similares a las familias de los casos de protección. Los casos de niños y niñas con más de 4 meses de edad se incorporaron a la muestra gracias a la colaboración de dos guarderías y un colegio público de la región asturiana. Los bebés de 0 a 6 meses se obtuvieron en su mayoría de centros de salud y uno de los hospitales del municipio de Gijón.

Se redactó una carta de presentación del estudio que se hizo llegar a guarderías y colegios públicos que estuvieran en barrios con características socioeconómicas concretas: barrios de nivel socioeconómico medio-bajo, con presencia de población de etnia gitana e inmigrante y problemática de desempleo.

Al igual que sucede con los grupos de protección, la selección de la muestra no siguió criterios aleatorios, pero sí se tuvieron en cuenta varios indicadores socioeconómicos, culturales, así como la edad y sexo de los niños y niñas, para obtener un grupo que posibilitara una comparación adecuada a los fines de la investigación. Esta muestra, por tanto, representa el perfil de familias con indicadores socioeconómicos y culturales similares a las de los niños protegidos por el sistema de infancia.

En las guarderías y en el colegio se hicieron reuniones de presentación a los directores para que fueran ellos los que presentaran a los padres y madres el estudio. Las familias voluntarias firmaron la hoja de consentimiento y dejaron sus datos para poder contactar con ellos. En los centros de salud y en el hospital se explicó a los pediatras y obstetrias el estudio para que fueran ellos los que presentaran individualmente en su consulta a las familias la posibilidad de participar en la investigación. Al igual que en los centros educativos, las familias voluntarias firmaron el consentimiento y dejaron sus datos personales para realizar el contacto.

Con los datos personales y el consentimiento de las familias, la persona encargada de la evaluación del niño o niña contactaba con la familia para su valoración. La muestra normativa se reclutó desde mayo de 2010 hasta diciembre del mismo año.

El lugar de valoración dependía de las necesidades de cada caso. En cada zona se disponía de una sala en el centro social del barrio para poder hacer en la misma las valoraciones, también se disponía de espacios habilitados en las guarderías y en el colegio, en

los centros de salud y aun así, hubo familias que optaron por llevar a cabo la evaluación en su domicilio.

El día y hora acordado, al igual que en los casos de protección, el evaluador se desplazaba al lugar donde al niño le resultara más cómodo y a solas, en una habitación tranquila, se le aplicaba el Inventario de desarrollo Battelle. Al terminar la evaluación observacional con el niño o niña, se entrevistaba al adulto de referencia para completar el BASC, finalizar los ítems pendientes de la Battelle en los que se necesita la información del adulto y recabar la información referente al registro estructurado para este grupo.

Después de haber finalizado la evaluación, se corrigieron las pruebas y, con un plazo máximo de un mes, se hacía entrega de un informe de la evaluación psicológica a los padres.

8. Análisis estadísticos

Una vez completada la evaluación en cada uno de los casos, los datos eran introducidos en una base del programa estadístico SPSS creada ad hoc para esta investigación y, finalmente, se procedió con el análisis estadístico de los mismos.

Para realizar los análisis estadísticos se recurrió a pruebas univariadas (medidas de tendencia central y dispersión) y bivariadas (Chi-Cuadrado, prueba *T* de Student para muestras independientes, ANOVA de un factor y coeficiente de correlación de Spearman). Se optó por las pruebas no paramétricas (U de mann-Whitney y Kruskal-Wallis) cuando no se rechazaba la hipótesis nula de igualdad de las varianzas (homocedasticidad) o cuando los grupos tenían menos de 30 casos.

Para conseguir los resultados que conformaron el capítulo que hace referencia a la caracterización de cada uno de los grupos, se utilizaron las pruebas univariadas y los estadísticos descriptivos de frecuencias, así como la prueba de Chi-cuadrado para analizar la relación entre cada una de las variables y la medida adoptada (acogimiento residencial, familiar o el grupo de comparación). Se tuvo en cuenta el Coeficiente de Contingencia (C) para valorar la fuerza de estas relaciones.

Para analizar el nivel de desarrollo evolutivo así como los posibles problemas comportamentales y emocionales de cada grupo experimental, se utilizaron dos tipos de análisis. El primero tuvo que ver con el manejo de las medidas de tendencia central para averiguar el promedio de la puntuación *T* de cada escala, así como la prueba ANOVA (cuando no se cumplían los supuestos la prueba Kruskal-Wallis) para comparar las medias de cada una de las escalas entre los tres grupos. En estos casos se usó la prueba Scheffé para la comparación múltiple a posteriori de los grupos y determinar entre qué grupos se daban las diferencias. El segundo tipo de análisis es el que utilizó los estadísticos descriptivos para el porcentaje de casos situados en cada uno de los rangos de las diferentes escalas. En este caso, se recurrió de nuevo a la prueba Chi-cuadrado para analizar la relación entre estas distribuciones y el pertenecer a un tipo u otro de muestra. De la misma forma, se tuvo en cuenta el Coeficiente de Contingencia para averiguar la fuerza de dicha relación.

En la exploración de la relación entre desarrollo evolutivo y las problemáticas emocionales y conductuales se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman puesto que

se tomaron los rangos de las escalas para este análisis y estos se consideran variables ordinales.

Por último, en la comprobación de la relación entre el desarrollo evolutivo y los motivos de ingreso, tipo de maltrato, así como algunos problemas del contexto familiar, se utilizó la Prueba t de Student para muestras independientes puesto que se analizó las diferencias en las medias de las puntuaciones T entre los que sí cumplen la variable y los que no la cumplen (ej: los que sufren negligencia física y los que no la sufren).

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

1. Caracterización de los grupos

A lo largo de este apartado se describirán las características sociodemográficas, así como los contextos familiar, de salud, escolar y de protección para cada uno de los tres grupos que componen la muestra: *acogimiento residencial*, *acogimiento familiar* y *de comparación* (sin medida de separación familiar ni de apoyo por parte de los servicios sociales). De esta forma, los resultados se mostrarán de manera comparativa, señalando las diferencias significativas entre los grupos. Cuando se den diferencias significativas a un nivel de confianza del 95%, es decir una $p < 0,05$, se marcará con un asterisco (*) además de añadir el *Coefficiente de Contingencia* (C) cuando las variables sean categóricas o el resultado de la prueba de Scheffé cuando la variable analizada entre los grupos sea cuantitativa.

El *Coefficiente de Contingencia* (C) indica la fuerza de la relación entre ambas variables. Así, mayor fuerza existirá entre dos variables cuando este Coeficiente esté más próximo a 1. La prueba Scheffé es una medida de comparaciones múltiples entre los grupos. Se utiliza como prueba post-hoc cuando se realiza un análisis de la varianza. Esta prueba se utiliza cuando los grupos no tienen el mismo número de integrantes, como es nuestro caso, y se quiere saber entre qué grupos concretos existen las diferencias. En estos casos, además del asterisco, se indicará entre qué grupos hay las diferencias. Así, 1-3 querrá decir que las diferencias se dan entre el grupo indicado como 1 y el grupo indicado como 3.

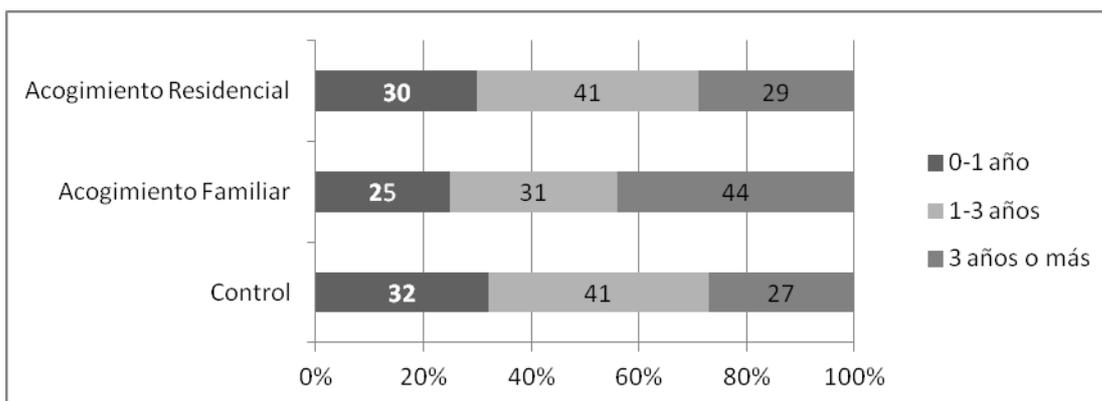
1.1 Edad

La media de edad en el grupo de *acogimiento residencial* es de 28 meses con una desviación típica de 20 meses (tabla 1). El 30% de la muestra en este grupo tiene menos de un año, el 41% tiene entre uno y tres años y el 29% tiene tres años o más (ver gráfico 1). En el grupo de *acogimiento familiar*, como se puede comprobar en la tabla 1, la media de edad se sitúa en los 34 meses con una desviación típica de 24 meses. El 25% de los niños que tienen una medida de acogimiento familiar tienen menos de un año, el 31% tienen entre uno y tres años y el 44% tienen 3 años o más (ver gráfico 1). Por último, el grupo *control* tiene una media de edad de 23 meses con una desviación típica de 19, siendo por tanto el grupo más joven (tabla 1). El 32% tienen menos de un año, el 41% tienen entre 1 y 3 años y el 27% tienen tres o más años (ver gráfico 1).

Tabla 1. Media de edad en meses según los grupos.

	Acogimiento Residencial (n=37)	Acogimiento familiar (n=32)	Control (n=110)
Media edad en meses	28 (d.t. 20)	34 (d.t. 24)	23 (d.t. 19)

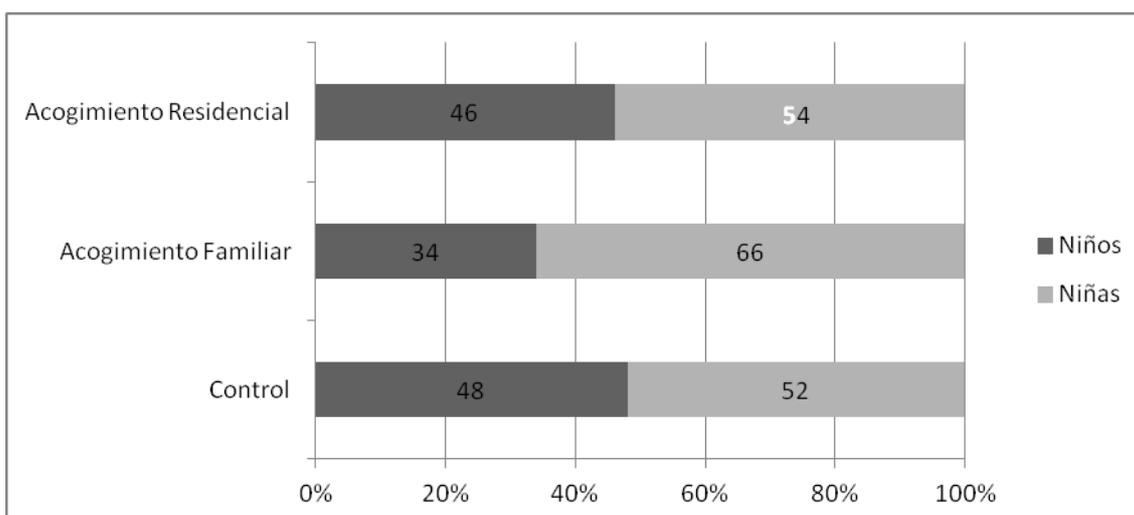
Gráfico 1. Porcentajes por años según los grupo



1.2. Sexo

Respecto al sexo, en los grupos de acogimiento residencial y control existe homogeneidad en cuanto al número de niños y niñas (ver gráfico 2). Sin embargo, en el grupo de acogimiento familiar se inclina la balanza hacia las chicas situándose éstas en un 66% del grupo.

Gráfico 2. Porcentajes de niños y niñas en función de los grupos.



1.3 Contexto familiar

El grupo de *acogimiento familiar* tiene el porcentaje más alto de familias de origen inmigrante, el 28,6%, frente al grupo de acogimiento residencial y control que tienen respectivamente un 18,8% y un 15,5% (ver tabla 2).

En cuanto a las familias de origen de etnia gitana se constató una proporción significativamente mayor en los grupos con medida de separación, especialmente en el de acogimiento residencial, siendo significativas las diferencias entre los grupos con un *Coefficiente de Contingencia* de 0,531 (ver tabla 2).

Tabla 2. Porcentajes de familias inmigrantes y de etnia gitana según los grupos.

Porcentaje de los que Sí	Acogimiento Residencial (n=32)	Acogimiento familiar (n=28)	Control (n=110)
Inmigrantes	18,8	28,6	15,5
Etnia gitana*(C=0,531)	50,0	14,3	1,8

*sig.<0,05; C=Coeficiente de Contingencia

En cuanto al estatus de la pareja de los padres biológicos, existen diferencias significativas entre los grupos con un *Coeficiente de Contingencia* del 0,565 (ver tabla 3). En el grupo de *acogimiento familiar* es menor el porcentaje de parejas estables y sube hasta el 43% las familias monoparentales.

Tabla 3. Estatus de la pareja de padres biológicos según grupos

Estatus de la pareja* (C=0,565)	Acogimiento Residencial (n=32)	Acogimiento familiar (n=28)	Control (n=110)
Pareja estable/casados	71,9	21,4	92,7
Separación/divorcio	9,4	17,9	4,5
Soltera	18,8	42,9	1,8

*sig.<0,05; C=Coeficiente de Contingencia

El número medio de hijos de las familias de origen y el número medio de hijos en el sistema de protección parecen ser también variables importantes a la hora de caracterizar a los grupos. Las diferencias entre los grupos, en cuanto al número de hijos y los hijos en el sistema de protección, son significativas, siendo las familias de origen de los niños que tienen una medida de acogimiento residencial las que más hijos tienen y las que tienen más niños en el sistema de protección (ver tabla 4).

Tabla 4. Número medio de hijos y número medio de hijos en protección según los grupos.

	Acogimiento Residencial ¹ (n=32)	Acogimiento familiar ² (n=28)	Control ³ (n=110)
Número medio de hijo*⁽¹⁻²⁾ ⁽²⁻³⁾ ⁽¹⁻³⁾	4	3	2
Hijos en protección*⁽¹⁻²⁾ ⁽²⁻³⁾ ⁽¹⁻³⁾	3	2	0

*sig.<0,005;

¹ Acogimiento residencial; ² Acogimiento familiar; ³Control;

En la tabla 5 se muestran los resultados relativos a los antecedentes de salud mental en la familia de origen. No se detectan diferencias significativas entre los grupos en cuanto al

hecho de tener este tipo de antecedentes y respecto al familiar que los manifiesta. Sin embargo, las diferencias estadísticamente significativas (Coeficiente de Contingencia 0,471) aparecen en el tipo de problemática de salud mental. Los problemas de salud mental que manifiestan los familiares directos del grupo control suelen ser mayoritariamente problemas emocionales (verbalizados durante la entrevista pero sin diagnóstico por parte de Salud Mental). Sin embargo, los problemas relacionados con salud mental que más habitualmente se muestran en los familiares del grupo de acogimiento residencial tienen que ver con el Eje I, trastornos clínicos. Por último, los familiares del grupo de acogimiento familiar muestran en la misma medida tanto trastornos diagnosticados referentes al Eje I como problemas relativos al Eje II (trastornos de la personalidad).

Tabla 5. Antecedentes de salud mental (SM) según grupos.

Antecedentes SM	Acogimiento Residencial (n=32)	Acogimiento familiar (n=28)	Control (n=110)
Antecedentes directos de Salud mental	53,1	53,6	48,2
De los casos que tienen antecedentes familiares directos de salud mental			
	Acogimiento Residencial (n=17)	Acogimiento familiar (n=15)	Control (n=53)
Familiar SM directo (padres, abuelos y tíos)	94,1	100	98,1
Los porcentajes según los problemas de salud mental que presentan* (C=0,471)			
	Acogimiento Residencial (n=17)	Acogimiento familiar (n=15)	Control (n=53)
Problemas emocionales sin diagnóstico de SM	11,8	6,7	71,7
Eje I	70,6	46,7	28,3
Eje II	11,8	46,7	0,0

*sig.<0,05; C=Coeficiente de Contingencia

En la tabla 6 se presentan los resultados relativos a los antecedentes familiares que presentaron conducta autolítica. En cuanto a tener o no tener antecedentes de este tipo en la familia no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos y tampoco se muestran diferencias significativas en función de si la conducta autolítica fue consumada o un intento. En cambio, existen diferencias significativas (Coeficiente de Contingencia 0,676) en función de los grupos en cuanto al familiar que manifestó ese comportamiento. El 100% de los familiares del grupo de acogimiento residencial que manifestaron una conducta de autolisis fueron alguno de sus padres biológicos o alguno de sus hermanos. En el grupo de acogimiento familiar el porcentaje de padres o hermanos disminuye hasta un 50% y en el grupo control hasta el 13%.

Tabla 6. Antecedentes familiares de comportamiento de autolisis según los grupos.

Antecedentes suicidio	Acogimiento Residencial (n=32)	Acogimiento familiar (n=28)	Control (n=110)
Antecedentes conducta autolítica	18,8	14,3	10,0
De los casos que tienen antecedentes familiares directos de Conducta autolítica			
	Acogimiento Residencial (n=6)	Acogimiento familiar (n=4)	Control (n=23)
Suicidio consumado	0,0	0,0	10,9
Familiar SM directo (padres, abuelos y tíos)	94,1	100	98,1
Familiar suicidio padres/hermanos* (C=0,676)	100	50	13

*sig.<0,05; C=Coeficiente de Contingencia

En cuanto a los antecedentes familiares de drogodependencias existen diferencias estadísticamente significativas (Coeficiente de Contingencia 0,437) en función de los grupos de acogimiento residencial, familiar y control. El grupo de acogimiento residencial es el que mayor porcentaje de antecedentes de drogodependencias tiene (87,5%), seguido del grupo de acogimiento familiar (64,3%). A su vez, en estos dos grupos, los antecedentes son en mayor medida por parte de familiares directos (padres, abuelos) y tienen que ver con consumo de sustancias ilegales (ver tabla 7).

Tabla 7. Antecedentes familiares de drogodependencias según los grupos.

Antecedentes drogodependencias	Acogimiento Residencial (n=32)	Acogimiento familiar (n=28)	Control (n=110)
Antecedentes de Drogodependencias* (C=0,437)	87,5	64,3	28,2
De los casos que tienen antecedentes familiares directos de drogodependencias			
	Acogimiento Residencial (n=28)	Acogimiento familiar (n=18)	Control (n=31)
Familiar directo con drogodependencia *(C=0,680)	96,4	94,4	90,3
Tipo de sustancia que consumen* (C=0,341)			
	Acogimiento Residencial (n=28)	Acogimiento familiar (n=18)	Control (n=31)
Droga ilegal	46,9	42,9	10,0
Alcohol	21,9	17,9	18,2

*sig.<0,05; C=Coeficiente de Contingencia

En la tabla 8 se exponen los porcentajes relativos a los antecedentes familiares de discapacidad intelectual. Se han encontrado diferencias significativas entre los grupos, siendo el grupo de acogimiento residencial el que mayores porcentajes de familiares con discapacidad intelectual reconocida tiene. El Coeficiente de Contingencia para los antecedentes familiares de discapacidad intelectual reconocida es 0,268.

Tabla 8. Antecedentes familiares de discapacidad según los grupos.

	Acogimiento Residencial (n=32)	Acogimiento familiar (n=28)	Control (n=110)
Antecedentes Discapacidad intelectual* (C=0,268)	34,4	17,9	6,4

*sig.<0,05; C=Coeficiente de Contingencia

En la siguiente tabla 9 aparecen los datos acerca del empleo de los padres biológicos según el grupo y según se trate del padre o de la madre. Tanto para los padres como para las madres existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con un Coeficiente de Contingencia de 0,710 (padres) y 0,678 (madres). Los padres del grupo de acogimiento residencial son los que más desempleo tienen y los que más actividades de carácter marginal

realizan. Las madres del grupo de acogimiento familiar son las que mayores niveles de desempleo muestran y las que realizan una mayor actividad marginal, destacando la prostitución (Coeficiente de Contingencia 0,537). Sin embargo, las madres de acogimiento residencial son las que mayor número de ayuda social reciben. En definitiva, en la tabla 9 se muestran las diferencias entre los grupos en cuanto a su actividad laboral, destacando la baja tasa de empleo en los grupos de separación familiar.

Tabla 9. Actividad laboral en padres y madres biológicos según los grupos.

Actividad laboral* (C padre=0,710 C madre=0,678)	Acogimiento Residencial (n=32)		Acogimiento familiar (n=32)		Control (n=110)	
	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre
Empleado	6,3	12,5	21,5	7,1	92,7	68,2
Desempleo	15,6	9,4	14,3	14,3	6,4	10,9
Ayuda, salario social	0,0	59,4	0,0	14,3	0,0	4,5
Actividad marginal	37,5	3,1	3,6	35,7	0,0	0,0
	Acogimiento Residencial (n=32)		Acogimiento familiar (n=32)		Control (n=110)	
	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre
Prostitución* (Cmadre =0,537)	0,0	3,1	0,0	17,9	0,0	0,0

*sig.<0,05; C=Coeficiente de Contingencia

Una variable importante a tener en cuenta en el contexto familiar son las condiciones de vivienda de la familia biológica. Como se muestra en la tabla 10, existe una fuerte relación entre tener graves problemas en las condiciones de vivienda de la familia de origen y tener una medida de separación familiar en acogimiento residencial (Coeficiente Contingencia 0,649).

Tabla 10. Condiciones de la vivienda según los grupos.

	Acogimiento Residencial (n=32)	Acogimiento familiar (n=28)	Control (n=110)
Problemas graves en las condiciones de la vivienda * (C=0,649)	68,8	17,9	0,9

*sig.<0,05; C=Coeficiente de Contingencia

A continuación se presentan los datos, según los grupos y según se trate de los padres o madres biológicos, de algunas problemáticas familiares determinantes en el contexto y

dinámica familiar. Como se puede apreciar en la tabla 11, las diferencias entre los grupos en los porcentajes de los padres biológicos que manifiestan cada una de estas problemáticas son estadísticamente significativas para todas ellas (ver los Coeficientes de Contingencia en la tabla 11). Es importante señalar en este punto que los porcentajes de los padres en el grupo de acogimiento familiar son bajos por la carencia de información debido al elevado porcentaje de padres en paradero desconocido. En la tabla 11 se muestran los porcentajes para padres y madres de las diferentes problemáticas cuando hay constancia de su existencia.

Tabla 11. Problemáticas familiares en padres y madres biológicos según los grupos.

	Acogimiento Residencial (n=32)		Acogimiento familiar (n=32)		Control (n=110)	
	Padre	Madre	Padre	Madre	Padre	Madre
Paradero desconocido* (Cpadre=0,481 Cmadre=0,326)	6,3	0,0	50,0	17,9	2,7	0,9
Delincuencia* (Cpadre=0,619 Cmadre=0,658)	59,4	21,9	10,7	17,9	1,8	0,0
Mendicidad* (Cpadre=0,607 Cmadre=0,654)	3,1	9,4	3,6	3,6	0,9	0,0
Prisión* (Cpadre=0,610 Cmadre=0,662)	40,6	18,8	14,3	17,9	0,9	0,0
Enfermedad crónica importante* (Cpadre=0,621 Cmadre=0,642)	40,6	28,1	3,6	21,4	0,9	1,8
Violencia de género* (Cpadre=0,603 Cmadre=0,683)	34,4	50,0	21,4	39,3	2,7	2,7
Protección en su infancia* (Cpadre=0,498 Cmadre=0,366)	18,8	34,4	7,1	28,6	0,0	0,0

*sig.<0,05; C=Coeficiente de Contingencia

1.4 Salud del niño o la niña

En la tabla 12 se muestra el porcentaje de los casos que ha sido controlado durante el periodo prenatal mediante el seguimiento del embarazo por parte de los servicios de salud. Mientras que en el grupo control el embarazo ha sido controlado en el 100% de los casos, tanto en el grupo de acogimiento familiar como en el grupo de acogimiento residencial este control se ha quedado por debajo del 30% de los embarazos. Estas diferencias son estadísticamente significativas con un Coeficiente de Contingencia de 0,627. A su vez, existen diferencias significativas en el término del embarazo, dándose mayor número de casos de nacimientos prematuros en los grupos de acogimiento residencial y familiar que en el grupo control (ver tabla 12).

Tabla 12. Seguimiento del embarazo según los grupos.

	Acogimiento Residencial (n=32)	Acogimiento familiar (n=28)	Control (n=110)
Embarazo controlado* (C=0,627)	27,0	25,0	100,0
Nacimiento prematuro* (C=0,457)	13,5	12,5	10,0

*sig.<0,05; C=Coeficiente de Contingencia

Parece no existir diferencias en cuanto al número de casos con enfermedades físicas importantes, aunque se aprecia un porcentaje mayor en los casos de acogimiento residencial y familiar frente al grupo control (ver tabla 13). Los resultados que se muestran a continuación son muy importantes por no existir diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las variables que aparecen en la tabla 13. Es destacable que no haya diferencias significativas entre los grupos en tratamientos recibidos por los niños o las niñas de estimulación temprana, de psicomotricidad, logopedia o psicológicos y de la salud mental. Ningún caso ha sido diagnosticado por los servicios de Salud Mental.

Tabla 13. Salud y tratamientos seguidos en los casos según los grupos.

	Acogimiento Residencial (n=32)	Acogimiento familiar (n=28)	Control (n=110)
Enfermedad importante	25	21,4	14,5
Tratamiento estimulación	12,5	3,6	2,7
Tratamiento psicomotricidad	6,3	14,3	6,4
Tratamiento logopedia	6,3	10,7	3,6
Diagnóstico Salud Mental	0,0	0,0	0,0
Tratamiento Salud Mental/psicológico	0,0	7,1	0,0

*sig.<0,05; C=Coeficiente de Contingencia

1.5 Contexto escolar

En relación a la escolaridad de los niños y niñas que componen cada uno de los grupos, se observan diferencias entre los mismos. El 27% del grupo de acogimiento residencial se encuentra en edad escolar, el 40,6% en el grupo de acogimiento familiar y el 13,6% en el grupo control. De los casos con edad escolar, únicamente están escolarizados el 100% en el grupo control. Se aprecia un mayor porcentajes de niños no escolarizados en el grupo de acogimiento residencial (ver tabla 14). Entre los casos que están escolarizados en los tres grupos existen diferencias significativas en relación al rendimiento académico, siendo el grupo control el que tiene mayor porcentaje de casos con buen rendimiento y, el grupo residencial, el que manifiesta mayores niveles de problemas en rendimiento académico.

Tabla 14. Contexto escolar y rendimiento académico según los grupos.

	Acogimiento Residencial (n=37)	Acogimiento familiar (n=32)	Control (n=110)
Edad escolar	27	40,6	13,6
De los casos con edad escolar			
	Acogimiento Residencial (n=10)	Acogimiento familiar (n=13)	Control (n=15)
Escolarizado 3-6	60	84,73	100
De los casos que están escolarizados			
Rendimiento*(C=0,543)	Acogimiento Residencial (n=6)	Acogimiento familiar (n=11)	Control (n=15)
Buen Rendimiento	33,3	63,6	80
Algunos problemas	0,0	9,1	20
Muchos problemas	66,7	27,3	0,0

*sig.<0,05; C=Coeficiente de Contingencia

1.6 Contexto de protección

En este apartado solo se presentarán los resultados de los grupos de acogimiento residencial y familiar, puesto que el grupo control está compuesto por familias que no pertenecen al sistema de protección a la infancia y por tanto, no tienen relación con las variables que en este punto se analizan.

Entre los grupos de acogimiento residencial y familiar existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a su situación legal. Casi la totalidad de la muestra de acogimiento familiar está tutelada por la Administración, mientras que en el grupo de acogimiento residencial están tuteladas por la Administración tres cuartas partes (ver tabla 15).

Tabla 15. Situación legal de los casos con medida de separación familiar.

Situación legal* (C=0,287)	Acogimiento Residencial (n=32)	Acogimiento familiar (n=28)
Tutela	75,0	96,4
Guarda	25,0	3,6

*sig.<0,05; C=Coeficiente de Contingencia

En cuanto al plan de caso también existen diferencias entre los dos grupos con separación familiar (Coeficiente de Contingencia=0,641). La mayoría de los casos en el grupo de acogimiento residencial su plan de caso está en evaluación, es decir, no tienen un plan de caso definido. Sin embargo, más de un 80% de los casos en el grupo de acogimiento familiar su plan de caso es el de separación definitiva y acoplamiento en una nueva familia, siendo por tanto el carácter de estos acogimientos familiares, en su mayoría permanentes o preadoptivos(ver tabla 16)

Tabla 16. Plan de caso en los grupos con medida de separación familiar.

Plan de caso* (C=0,641)	Acogimiento Residencial (n=32)	Acogimiento familiar (n=28)
Reunificación familiar	15,6	7,1
Separación definitiva y acoplamiento a nueva familia	6,3	82,1
En evaluación	78,1	10,7

*sig.<0,05; C=Coeficiente de Contingencia

En relación a las diferencias en el plan de caso, existen diferencias a su vez en las visitas autorizadas a las familias biológicas. Parece que ese carácter más definitivo de los acogimientos familiares hace que el porcentaje de visitas autorizadas por las familias biológicas sea menor en el grupo de acogimiento familiar frente al residencial (ver tabla 17).

Tabla 17. Visitas autorizadas de las familias biológicas en los casos con medida de separación familiar.

	Acogimiento Residencial (n=32)	Acogimiento familiar (n=28)
Visitas familia biológica *(C=0,320)	93,8	67,9

*sig.<0,05; C=Coeficiente de Contingencia

El tiempo transcurrido desde la separación familiar hasta la evaluación del caso es muy diferente en los dos grupos. La media en el grupo de acogimiento residencial es de 7 meses y en el grupo de acogimiento familiar es de 27 meses (ver tabla 18).

Tabla 18. Tiempo transcurrido desde la separación hasta la evaluación de los casos con medida de separación familiar.

	Acogimiento Residencial (n=32)	Acogimiento familiar (n=28)
Tiempo desde la separación familiar	6,7 (DT 0,74)	27,3 (DT 17,33)

*sig.<0,05; C=Coeficiente de Contingencia

En la tabla 19 se muestran los datos relativos a los motivos de ingreso en el sistema de protección a la infancia por los que se tuvo que aplicar una medida de separación familiar. Parecen no existir diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Sin embargo, en la tabla 19 se aprecia que en el grupo de acogimiento residencial existen más casos en los que el motivo principal de ingreso fue un inadecuado cumplimiento de la Patria Potestad.

Tabla 19. Motivos de ingreso en el sistema de protección a la infancia de los casos con medida de separación familiar.

	Acogimiento Residencial (n=32)	Acogimiento familiar (n=28)
Inadecuado cumplimiento	90,6	78,6
Imposible cumplimiento	46,9	42,9
Incumplimiento	18,8	28,6

*sig.<0,05; C=Coeficiente de Contingencia

En los casos en los que hay un inadecuado cumplimiento de los derechos y deberes de la Patria Potestad se pueden haber detectado diferentes situaciones de desprotección en niño o niña. No se encontraron diferencias entre los tipos de maltrato que se ejercen en ambos grupos, exceptuando la negligencia física. Como se puede comprobar en la tabla 20, existen más casos que han sufrido negligencia física en el grupo de acogimiento residencial que en el de familiar. En ambos grupos más de la mitad de la muestra sufre negligencia física, maltrato emocional y maltrato prenatal.

Tabla 20. Tipos de maltrato sufrido por los casos con medida de separación familiar.

Tipo de malos tratos	Acogimiento Residencial (n=32)	Acogimiento familiar (n=28)
Negligencia física* (C=0,324)	87,5	57,1
Negligencia emocional	56,3	57,1
Maltrato prenatal	56,3	46,4
Maltrato emocional	25,0	10,7
Maltrato físico	6,3	7,1
Abuso sexual	0,0	3,6
Münchhausen por poderes	0,0	0,0
Explotación sexual	0,0	0,0
Explotación laboral	0,0	0,0
Inducción a la delincuencia	0,0	0,0

*sig.<0,05; C=Coeficiente de Contingencia

En la tabla 21 se presentan los porcentajes de las actitudes de los padres y de las madres frente a la medida adoptada con su hijo o hija. En todos los tipos de actitud (ausente, cooperación, oposición y ambigua) aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos tanto entre los padres como entre las madres. Así, En el grupo de acogimiento familiar suele dominar una actitud ausente de los padres frente a una oposición a la medida en el grupo de acogimiento residencial.

Tabla 21. Actitud frente a la medida de separación familiar de los padres biológicos.

Actitud padres	Acogimiento Residencial (n=32)		Acogimiento familiar (n=32)	
	Padre	Madre	Padre	Madre
Actitud ausente* (Cpadre=0,512 Cmadre=0,526)	21,9	3,1	67,9	50,0
Actitud cooperación* (Cpadre=0,636 Cmadre=0,631)	6,3	12,5	21,4	28,6
Actitud de oposición* (Cpadre=0,533 Cmadre=0,559)	53,1	62,5	10,7	17,9
Actitud ambigua* (Cpadre=0,263 Cmadre=0,312)	12,5	21,9	0,0	3,6

*sig.<0,05; C=Coeficiente de Contingencia

1.7 Síntesis de la sección

Hay grandes diferencias entre los tres grupos a nivel familiar y escolar.

El grupo de acogimiento residencial se podría caracterizar, atendiendo a los resultados presentados anteriormente, como una presencia más significativa de etnia gitana, además de mayor número de hijos y mayores niveles de actividad marginal en sus familias. A su vez, las familias del grupo de acogimiento residencial presentan mayores niveles de drogodependencia, de discapacidad y conducta de autolisis. Las problemáticas familiares asociadas a este grupo son altas tasas de delincuencia, prisión y violencia de género, así como mayores tasas de enfermedades crónicas en los padres. Este grupo se caracteriza por grandes problemas económicos que generan problemas graves en las condiciones de vivienda y dependencia de los servicios sociales. Los niños y niñas pequeños no tienen un seguimiento durante el embarazo de su madre por los servicios de salud y los mayores, los que están en edad escolar, tienen muchos problemas en su rendimiento académico. En relación con esta descripción, en este grupo, los tipos de maltrato más frecuentes son: la negligencia física y emocional y el maltrato prenatal.

El grupo de acogimiento familiar se podría perfilar como familias monoparentales en las que el padre está en paradero desconocido y la madre muestra graves problemas de salud mental. Con graves problemas económicos y una actitud ausente frente a la medida de protección, la mayoría de las familias biológicas del grupo de acogimiento familiar han perdido la tutela de sus hijos y estos tienen un plan de caso con separación definitiva y acoplamiento en otra familia. Los motivos fundamentales de separación son la negligencia y el maltrato prenatal.

2. Nivel de desarrollo en función de la medida protectora

En esta sección se presentarán los resultados obtenidos en la Escala de desarrollo Battelle en los tres grupos. Se irán presentando los datos siguiendo las áreas del instrumento: área personal-social, adaptativa, motora, comunicativa, cognitiva y, por último, la puntuación total.

En cada uno de estos apartados se mostrarán las medias de la puntuación T de cada área y subárea de cada uno de los grupos y se señalarán las diferencias de medias que sean estadísticamente significativas y entre qué grupos. Se ha optado por la puntuación T porque al ser una Escala de desarrollo a mayor edad mayor puntuación directa se obtiene, independientemente de si esa puntuación es inferior, media o superior a la norma. Sin embargo, la puntuación T es comparable entre los diferentes rangos de edad y, de esta forma, se pueden comparar todos los casos.

En las subáreas de interacción con los compañeros, colaboración, rol social, vestido, responsabilidad personal, aseo, control muscular, locomoción, motricidad perceptiva, razonamiento-habilidades escolares y desarrollo conceptual, el número de casos en cada grupo se reduce puesto que son escalas que empiezan a valorar en posteriores rangos de edad o, como en el caso de control muscular, terminan su valoración en un rango de edad temprano. En estos casos se ha puesto la *n* al lado de la media de T entre paréntesis.

Tras exponer las medias T de los grupos en cada apartado, se presentarán los porcentajes de cada grupo en cada rango de puntuaciones de la Battelle: inferior, medio o superior a la media. El rango inferior va desde una T de 27 hasta una T de 34. El rango medio se sitúa entre una T de 35 y 65. Por encima de 66 hasta 73 las T entrarían en el rango superior. De esta manera se conocen los porcentajes de niños y niñas en cada grupo que están en su desarrollo promedio, por encima de la media o tienen carencias en algún área. De esta forma, el rango promedio recoge las puntuaciones que se sitúan +/- 1,5 desviaciones típicas (DT) de la media. Por encima o por debajo del valor correspondiente a esa DT entraría la puntuación en el rango superior o inferior.

Por último, en cada apartado, se muestra un gráfico de los porcentajes de cada grupo en los rangos de la Battelle de la escala.

2.1 Área persona-social

En la tabla 22 se muestran las medias de las puntuaciones T en cada una de las subescalas de la escala Personal-social obtenidas por cada uno de los tres grupos. Como se puede apreciar en la tabla 22 en todas las subáreas y en la puntuación total del área, los niños y niñas con medida de acogimiento residencial obtienen una puntuación menor que los niños y niñas con medida de acogimiento familiar y estos menor que los del grupo control. Las diferencias entre el grupo de acogimiento residencial frente al control y las del grupo de acogimiento familiar frente al control son significativas a excepción del subárea de Rol Social en la que solo son significativas las diferencias entre el grupo de acogimiento residencial y el grupo control.

Exclusivamente en la subescala de autoconcepto el grupo de acogimiento familiar obtiene la menor puntuación frente al acogimiento residencial y el grupo control, dándose una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de acogimiento familiar y control. En todas las subáreas no hay diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de acogimiento residencial y familiar.

Tabla 22. Medias de las puntuaciones T del ÁREA PERSONAL-SOCIAL según los grupos

Medias de T	Acogimiento Residencial ¹ (n=37)	Acogimiento Familiar ² (n=32)	Control ³ (n=110)
Interacción con el adulto * ⁽¹⁻³⁾ ⁽²⁻³⁾	39,57	40,47	45,45
Expresión de sentimientos/afecto * ⁽¹⁻³⁾ ⁽²⁻³⁾	39,62	40,63	45,98
Autoconcepto * ⁽²⁻³⁾	39,87	36,66	44,12
Interacción con los compañeros * ⁽¹⁻³⁾ ⁽²⁻³⁾	38,31 (n=26)	41,33 (n=24)	48,00 (n=75)
Colaboración * ⁽¹⁻³⁾ ⁽²⁻³⁾	42,17 (n=23)	42,35 (n=20)	54,55 (n=69)
Rol social * ⁽¹⁻³⁾	36,53 (n=19)	40,61 (n=18)	47,06 (n=51)
TOTAL personal-social * ⁽¹⁻³⁾ ⁽²⁻³⁾	36,43	39,81	49,32

*sig.<0,005;

¹ Acogimiento residencial; ² Acogimiento familiar; ³Control;

A continuación se presentan los porcentajes de cada uno de los grupos en los rangos del área Personal Social (ver tabla 23). Así se puede comprobar qué porcentaje de niños y niñas están en su nivel de desarrollo óptimo, cuántos están por debajo de su nivel de desarrollo normalizado y cuántos se sitúan en un nivel superior al promedio.

En los grupos de acogimiento residencial y acogimiento familiar no parece existir ningún caso que se sitúe en el rango superior. En ambos grupos se obtienen menores porcentajes en el rango medio y mayores porcentajes en el rango inferior frente al grupo control. Exceptuando en las subáreas de autoconcepto y colaboración, en las que el grupo de acogimiento familiar obtiene mayor porcentaje de casos que se sitúan en el rango inferior, en el resto de la subescalas del área Personal-social el grupo de acogimiento residencial es el que manifiesta mayores carencias.

Las subáreas de esta escala que muestran mayores niveles de retraso (por encima del 30% de la muestra en el rango inferior) en el grupo de acogimiento familiar son las de autoconcepto (43,8%) y expresión de sentimientos y afecto (31,3%). En el caso del grupo de acogimiento residencial, las subescalas que presentan un porcentaje mayor al 30% en el rango inferior son: rol social, interacción con los compañeros, autoconcepto, expresión de sentimientos y afecto e interacción con el adulto.

Las diferencias entre los porcentajes de cada uno de los rangos para cada grupo en la puntuación total del área Personal-social son estadísticamente significativas. En el gráfico 3 se

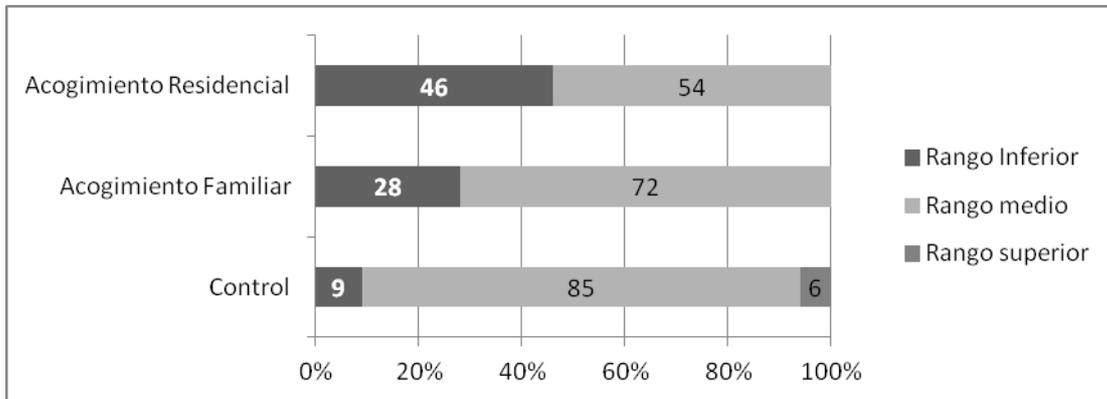
puede apreciar que casi la mitad del grupo de acogimiento residencial y prácticamente un tercio del grupo de acogimiento familiar se sitúa dentro del rango inferior, mientras que en el grupo control el 85% de los casos obtienen puntuaciones dentro del rango medio para esta escala.

Tabla 23. Porcentajes de los rangos de la escala PERSONAL-SOCIAL según los grupos

Porcentajes	Rangos	Acogimiento Residencial (n=37)	Acogimiento familiar (n=32)	Control (n=110)
Interacción con el adulto	Inferior	32,4	28,1	17,3
	Medio	67,6	71,9	82,7
	Superior	0,0	0,0	0,0
Expresión de sentimientos/afecto	Inferior	32,4	31,3	14,7
	Medio	67,6	68,8	81,7
	Superior	0,0	0,0	3,7
Autoconcepto	Inferior	35,1	43,8	21,1
	Medio	64,9	56,3	76,1
	Superior	0,0	0,0	2,8
Interacción con los compañeros	Inferior	38,5	16,7	14,7
	Medio	61,5	83,3	81,3
	Superior	0,0	0,0	4,0
Colaboración	Inferior	21,7	25,0	7,2
	Medio	78,3	75,0	84,1
	Superior	0,0	0,0	8,7
Rol social	Inferior	42,1	22,2	21,6
	Medio	57,9	77,8	74,5
	Superior	0,0	0,0	3,9
TOTAL personal-social* (C=0,364)	Inferior	45,9	28,1	9,1
	Medio	54,1	71,9	85,5
	Superior	0,0	0,0	5,5

*sig.<0,005; C=Coficiente de Contingencia

Gráfico 3. Porcentajes de los rangos de la puntuación total de la escala PERSONAL-SOCIAL según los grupos



2.2 Área adaptativa

A continuación se presentan las medias de la puntuación T en la escala Adaptativa de cada uno de los grupos. Como se puede observar en la tabla 24 las puntuaciones T son menores en los grupos de acogimiento residencial y familiar en todas las subescalas y en la puntuación total. Las diferencias entre las medias de los grupos son estadísticamente significativas en atención, responsabilidad personal y en la puntuación total de la escala. Estas diferencias significativas se dan entre los grupos de acogimiento residencial y control y acogimiento familiar y control. Por lo tanto, no parecen existir diferencias significativas entre los grupos de acogimiento residencial y familiar. En las subescalas de vestido y aseo no hay diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Tabla 24. Medias de las puntuaciones T del ÁREA ADAPTATIVA según los grupos

Medias de T	Acogimiento Residencial ¹ (n=37)	Acogimiento familiar ² (n=32)	Control ³ (n=110)
Atención * ⁽¹⁻³⁾ (2-3)	38,54	39,91	53,30
Comida * ⁽¹⁻³⁾ (2-3)	36,00	36,13	41,73
Vestido	42,69 (n=26)	43,50 (n=24)	45,75 (n=75)
Responsabilidad personal * ⁽¹⁻³⁾ (2-3)	39,70 (n=23)	41,20 (n=20)	52,30 (n=69)
Aseo	37,63 (n=19)	40,11 (n=18)	38,24 (n=51)
TOTAL adaptativa * ⁽¹⁻³⁾ (2-3)	36,76	40,19	49,83

*sig.<0,005;

¹ Acogimiento residencial; ² Acogimiento familiar; ³Control;

En la siguiente tabla 25 se muestran los porcentajes de los casos que se sitúan en cada rango de puntuaciones en la escala Adaptativa. La relación entre los rangos de las subescalas

de atención, comida y responsabilidad personal y los grupos parece ser significativa. Entre los rangos de la escala adaptativa y los grupos parece existir una asociación con un Coeficiente de Contingencia de 0,398. Sin embargo, no se encuentran diferencias significativas entre los porcentajes de cada uno de los rangos de vestido y aseo según los grupos. De hecho, los porcentajes de casos que se sitúan en el rango inferior de aseo en todos los grupos superan el 30%, llegando en el grupo de control hasta el 41% y en el grupo de acogimiento residencial hasta casi el 53% de los casos.

En los grupos de acogimiento residencial y familiar no aparecen casos dentro del rango superior, con la excepción del 3% de los casos del grupo de acogimiento familiar que puntúan dentro del rango superior de atención. El grupo que menor porcentaje de casos tiene dentro del rango medio de puntuaciones es el grupo de acogimiento residencial, exceptuando en las subescalas de vestido y atención en las que el grupo de acogimiento familiar tiene menores porcentajes. Por el contrario, en las subescalas de aseo y responsabilidad personal, el grupo que tiene mayor porcentaje de casos en este rango medio es el de acogimiento familiar. Respecto a los porcentajes de casos que caen dentro del rango inferior, una vez más, el grupo que puntúa con mayor probabilidad en este rango es el de acogimiento residencial. Sólo en el caso de la subescala de vestido, es el grupo de acogimiento familiar el que obtiene mayor proporción de casos en el rango inferior. Las subescalas que presentan mayores niveles de carencias (por encima del 45% de los casos dentro del rango inferior) son comida, responsabilidad personal y aseo para el grupo de acogimiento residencial y comida en el caso del grupo de acogimiento familiar (ver tabla 25).

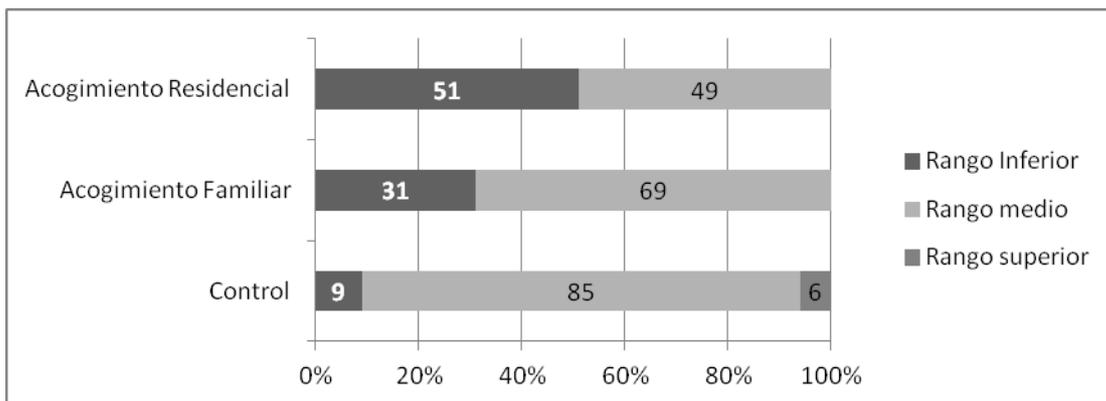
Tabla 25. Porcentajes de los rangos de la escala ADAPTATIVA según los grupos

Porcentajes	Rangos	Acogimiento Residencial (n=37)	Acogimiento familiar (n=32)	Control (n=110)
Atención* (C=0,238)	Inferior	27,0	25,8	9,3
	Medio	73,0	71,0	86,1
	Superior	0,0	3,2	4,6
Comida* (C=0,325)	Inferior	62,2	46,9	22,7
	Medio	37,8	53,1	77,3
	Superior	0,0	0,0	0,0
Vestido	Inferior	26,9	41,7	17,3
	Medio	73,1	58,3	81,3
	Superior	0,0	0,0	1,3
Responsabilidad personal* (C=0,405)	Inferior	47,8	20,0	10,1
	Medio	52,2	80,0	71,0
	Superior	0,0	0,0	18,8
Aseo	Inferior	52,6	33,3	41,2
	Medio	47,4	66,7	58,8
	Superior	0,0	0,0	0,0
TOTAL adaptativa* (C=0,398)	Inferior	51,4	31,3	9,1
	Medio	48,6	68,8	84,5
	Superior	0,0	0,0	6,4

*sig.<0,005; C=Coficiente de Contingencia

En el gráfico 4 que aparece a continuación, en el que se muestran los porcentajes de cada rango de la escala Adaptativa según los grupos, se puede apreciar la desigual distribución de los casos en los diferentes rangos. Mientras que en el grupo control el 85% de los niños y niñas tienen un desarrollo adaptativo normalizado, en el grupo de acogimiento familiar este porcentaje desciende a un 69% y en el grupo de acogimiento residencial llega a ser inferior a la mitad.

Gráfico 4. Porcentajes de los rangos de la puntuación total de la escala ADAPTATIVA según los grupos



2.3 Área motora

Las medias en la puntuación T de las subescalas del área Motora van en diferente dirección según se trate de la puntuación en motricidad gruesa o fina. Como se puede observar en la siguiente tabla 26 cuando se trata de subescalas referentes a la motricidad gruesa las diferencias entre las medias son estadísticamente significativas entre el grupo de acogimiento residencial y familiar y entre el de acogimiento residencial y control. Así, en cuanto a la motricidad gruesa no parecen existir diferencias significativas entre el grupo de acogimiento familiar y control, exceptuando en la subescala de control muscular.

Por el contrario, cuando se trata de las subescalas referentes a la motricidad fina, las diferencias significativas se dan entre el grupo control y el grupo de acogimiento residencial y entre el grupo control y el grupo de acogimiento familiar. Por tanto, a nivel de motricidad fina no aparecen diferencias significativas entre los grupos de acogimiento residencial y familiar.

La media de la puntuación total de la escala motora es menor en el grupo de acogimiento residencial aunque las diferencias significativas entre las medias aparecen entre los grupos de acogimiento residencial y familiar con el grupo de control.

Tabla 26. Medias de las puntuaciones T del ÁREA MOTORA según los grupos

Medias de T	Acogimiento Residencial ¹ (n=37)	Acogimiento familiar ² (n=32)	Control ³ (n=110)
Control muscular * ⁽¹⁻²⁾⁽²⁻³⁾⁽¹⁻³⁾	30,64 (n=11)	36,63 (n=8)	41,69 (n=36)
Coordinación corporal * ⁽¹⁻²⁾⁽¹⁻³⁾	34,54	42,22	46,77
Locomoción * ⁽¹⁻²⁾⁽¹⁻³⁾	35,05	43,21 (n=24)	43,81 (n=77)
Puntuación motora gruesa * ⁽¹⁻²⁾⁽¹⁻³⁾	35,38	42,13	46,08
Motricidad fina * ⁽¹⁻³⁾⁽²⁻³⁾	38,41	38,53	48,88
Motricidad perceptiva * ⁽¹⁻³⁾⁽²⁻³⁾	38,62 (n=26)	36,88 (n=24)	44,65 (n=75)
Puntuación motora fina * ⁽¹⁻³⁾⁽²⁻³⁾	38,92	37,78	50,76
TOTAL MOTORA * ⁽¹⁻³⁾⁽²⁻³⁾	35,43	39,53	48,34

*sig.<0,005;

¹ Acogimiento residencial; ² Acogimiento familiar; ³Control;

En relación a los porcentajes de casos que se sitúan en cada uno de los rangos según los grupos, aparecen diferencias significativas en todas las escalas y subescalas del área Motora, exceptuando en la de motricidad perceptiva. Existe una asociación entre los rangos del total de la escala Motora y los grupos con un Coeficiente de Contingencia de 0,412 (ver tabla 27).

En los rangos medios para las subescalas de motricidad gruesa aparecen menores porcentajes dentro del grupo de acogimiento residencial y, a su vez, es en este grupo el que se registra mayor proporción de casos dentro del rango inferior. En el caso de las subescalas de motricidad fina, son los grupos de acogimiento residencial y familiar los que tienen un porcentaje mayor de casos que se sitúan en el rango inferior, con la excepción de la escala de motricidad perceptiva en la que los tres grupos tienen un porcentaje mayor al 30% de los casos dentro de este rango (ver tabla 27).

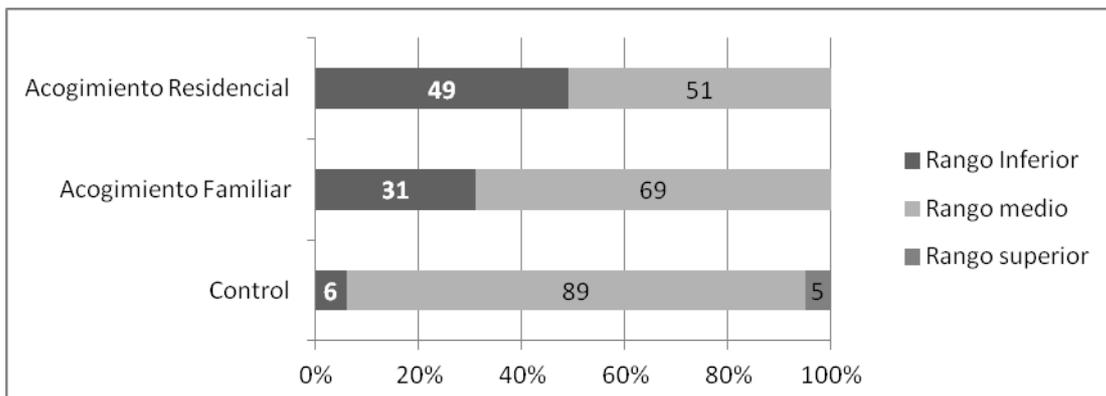
En el gráfico 5 aparecen los porcentajes de los casos que puntúan en cada rango de la escala total Motora en función de los tres grupos. Se observa que mientras en el grupo control casi el 90% de los casos se sitúan dentro de un desarrollo motor óptimo, en el grupo de acogimiento residencial casi la mitad de los casos y en el grupo de acogimiento familiar casi un tercio de los casos tienen carencias en este ámbito de su desarrollo.

Tabla 27. Porcentajes de los rangos de la escala MOTORA según los grupos

Porcentajes	Rangos	Acogimiento Residencial (n=37)	Acogimiento familiar (n=32)	Control (n=110)
Control muscular* (C=0,588)	Inferior	90,9	25,0	8,3
	Medio	9,1	75,0	91,7
	Superior	0,0	0,0	0,0
Coordinación corporal* (C=0,433)	Inferior	64,9	25,0	12,7
	Medio	35,1	75,0	82,7
	Superior	0,0	0,0	4,5
Locomoción* (C=0,281)	Inferior	62,2	25,0	32,5
	Medio	35,1	70,8	62,3
	Superior	2,7	4,2	5,2
Puntuación motora GRUESA * C=0,354)	Inferior	59,5	28,1	17,3
	Medio	37,8	71,9	79,1
	Superior	2,7	0,0	3,6
Motricidad fina* (C=0,340)	Inferior	29,7	37,5	8,2
	Medio	70,3	62,5	82,7
	Superior	0,0	0,0	9,1
Motricidad perceptiva	Inferior	34,6	50,0	30,7
	Medio	65,4	50,0	64,0
	Superior	0,0	0,0	5,3
Puntuación motora FINA * (C=0,334)	Inferior	27,0	37,5	9,1
	Medio	73,0	62,5	79,1
	Superior	0,0	0,0	11,8
TOTAL MOTORA* (C=0,412)	Inferior	48,6	31,3	6,4
	Medio	51,4	68,8	89,1
	Superior	0,0	0,0	4,5

*sig.<0,005; C=Coficiente de Contingencia

Gráfico 5. Porcentajes de los rangos de la puntuación total de la escala MOTORA según los grupos



2.4 Área comunicativa

En la siguiente tabla 28 se presentan las medias de la puntuación T para cada subescala y para la escala de Comunicación según los grupos. Como se puede observar en la tabla 28 el grupo de acogimiento residencial obtiene menores puntuaciones en el área comunicativa que el grupo de acogimiento familiar y éste, menores que el grupo control. Las diferencias entre los grupos son estadísticamente significativas entre el de acogimiento residencial y control y entre el de acogimiento familiar y control, no encontrándose significación entre el grupo de acogimiento residencial y familiar.

Tabla 28. Medias de las puntuaciones T del ÁREA COMUNICATIVA según los grupos

Medias de T	Acogimiento Residencial ¹ (n=37)	Acogimiento familiar ² (n=32)	Control ³ (n=110)
Receptiva * ⁽¹⁻³⁾ ⁽²⁻³⁾	37,84	39,38	50,42
Expresiva * ⁽¹⁻³⁾ ⁽²⁻³⁾	34,87	39,66	46,65
TOTAL COMUNICACIÓN * ⁽¹⁻³⁾ ⁽²⁻³⁾	35,32	39,31	48,68

*sig.<0,005;

¹ Acogimiento residencial; ² Acogimiento familiar; ³Control;

En la tabla 29 se muestran los porcentajes para cada rango de las subescalas comunicativas según los grupos. Tanto en la subescala receptiva como en la expresiva como en el total parece existir una relación entre el porcentaje de casos que cae en cada rango y los grupos. En concreto, en la subescala receptiva mientras que en el grupo control el 83% de los casos puntúan dentro del rango medio, en los grupos con medida de separación familiar más de un 30% de los casos se sitúan en el rango inferior. En la subescala expresiva los tres grupos tienen un porcentaje elevado de casos en el rango inferior. En el grupo control el 24% de los casos se sitúan dentro de este rango, el 41% en el grupo de acogimiento familiar y el 62% en el de acogimiento residencial.

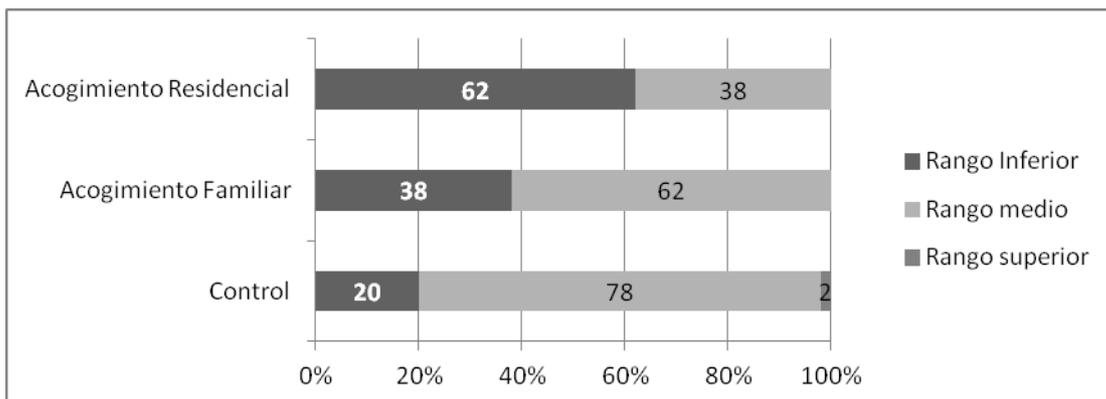
Los porcentajes de los rangos de la puntuación total de la escala comunicativa aparecen representados en el gráfico 6. Como se puede comprobar en este gráfico, los porcentajes de casos en el rango medio son mayores en el grupo control (78%) que en el de acogimiento familiar (62%) y estos son mayores que en el de acogimiento residencial (38%). Por el contrario, la dirección en el rango inferior es a la inversa, mayor porcentaje para acogimiento residencial (62%), seguido del de acogimiento familiar (38%) y el porcentaje menor para el grupo control (20%).

Tabla 29. Porcentajes de los rangos de la escala COMUNICATIVA según los grupos

Porcentajes	Rangos	Acogimiento Residencial (n=37)	Acogimiento familiar (n=32)	Control (n=110)
Receptiva * (C=0,248)	Inferior	32,4	34,4	13,6
	Medio	67,6	65,6	82,7
	Superior	0,0	0,0	3,6
Expresiva* (C=0,311)	Inferior	62,2	40,6	23,6
	Medio	37,8	56,3	72,7
	Superior	0,0	3,1	3,6
TOTAL COMUNICACIÓN* (C=0,343)	Inferior	62,2	37,5	20,0
	Medio	37,8	62,5	78,2
	Superior	0,0	0,0	1,8

*sig.<0,005; C=Coeficiente de Contingencia

Gráfico 6. Porcentajes de los rangos de la puntuación total de la escala COMUNICATIVA según los grupos



2.5 Área cognitiva

A continuación se presentan las medias de la puntuación T en la escala Cognitiva de cada uno de los grupos. Como se puede observar en la tabla 30 las puntuaciones T son menores en el grupo de acogimiento residencial que en el familiar y en éste son menores que en el grupo control, en todas las subescalas y en la puntuación total. Las diferencias de medias entre los grupos para las subescalas de discriminación perceptiva y memoria son estadísticamente significativas entre el grupo de acogimiento residencial y control. En el caso de las subescalas de razonamiento y habilidades sociales, desarrollo conceptual y el total cognitivo las diferencias entre los grupos estadísticamente significativas se dan entre los grupos control y acogimiento residencial y control y acogimiento familiar. No parecen existir diferencias significativas entre los grupos de acogimiento residencial y familiar.

Tabla 30. Medias de las puntuaciones T del ÁREA COGNITIVA según los grupos

Medias de T	Acogimiento Residencial ¹ (n=37)	Acogimiento familiar ² (n=32)	Control ³ (n=110)
Discriminación perceptiva * ⁽¹⁻³⁾	35,76	38,44	42,66
Memoria * ⁽¹⁻³⁾	33,76	38,38	44,29
Razonamiento y habilidades escolares * ⁽¹⁻³⁾ ⁽²⁻³⁾	39,03	44,46 (n=24)	51,79 (n=77)
Desarrollo conceptual * ⁽¹⁻³⁾ ⁽²⁻³⁾	37,15 (n=26)	39,63 (n=24)	47,28 (n=75)
TOTAL COGNITIVA * ⁽¹⁻³⁾ ⁽²⁻³⁾	36,11	40,13	48,75

*sig.<0,005;

¹ Acogimiento residencial; ² Acogimiento familiar; ³Control;

A continuación se presentan los porcentajes de cada uno de los grupos en los rangos del área Cognitiva (ver tabla 31). Las diferencias entre los porcentajes de cada uno de los rangos para cada grupo en la puntuación de cada área Cognitiva son estadísticamente significativas. Una vez más, existe una relación entre la distribución en los rangos de la escala cognitiva y los diferentes grupos. En los grupos de acogimiento residencial y acogimiento familiar no parece existir ningún caso que se sitúe en el rango superior a nivel cognitivo. En ambos grupos se obtienen menores porcentajes en el rango medio y mayores porcentajes en el rango inferior frente al grupo control. En todas la subescalas del área Cognitiva el grupo de acogimiento residencial es el que manifiesta mayores carencias. Las subáreas de esta escala que muestran mayores niveles de retraso (por encima del 30% de la muestra en el rango inferior) en el grupo de acogimiento residencial son todas, llegando al 72% en discriminación perceptiva y al 60% en memoria. En el caso del grupo de acogimiento familiar, las subescalas que presentan un porcentaje mayor al 30% en el rango inferior son: discriminación perceptiva (50%), memoria (34%) y desarrollo conceptual (33%). En el grupo control el 33% de los casos se sitúan en el rango inferior para discriminación perceptiva.

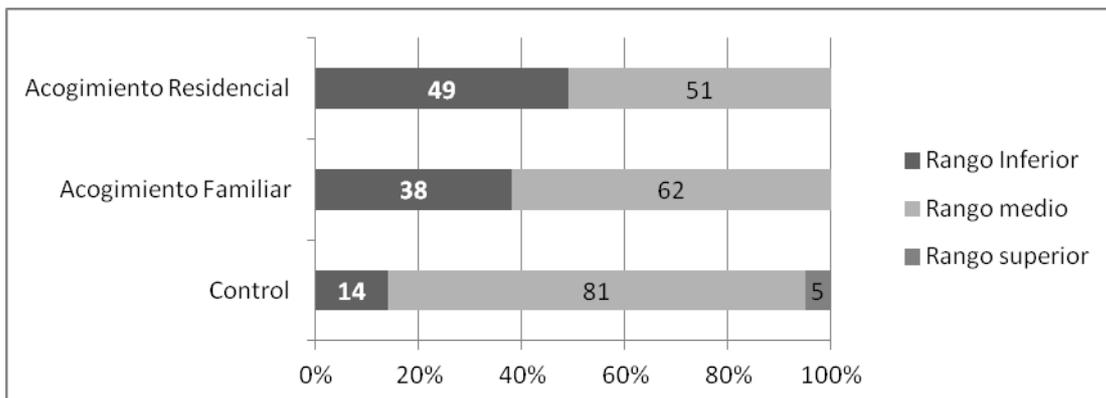
En el gráfico 7 se puede apreciar que casi la mitad del grupo de acogimiento residencial y más de un tercio del grupo de acogimiento familiar se sitúa dentro del rango inferior, mientras que en el grupo control el 81% de los casos obtienen puntuaciones dentro del rango medio para esta escala.

Tabla 31. Porcentajes de los rangos de la escala COGNITIVA según los grupos

Porcentajes	Rangos	Acogimiento Residencial (n=37)	Acogimiento familiar (n=32)	Control (n=110)
Discriminación perceptiva* (C=0,309)	Inferior	72,2	50,0	32,7
	Medio	27,8	50,0	64,5
	Superior	0,0	0,0	2,7
Memoria* (C=0,249)	Inferior	59,5	34,4	28,2
	Medio	40,5	65,6	71,8
	Superior	0,0	0,0	0,0
Razonamiento y habilidades escolares * (C=0,426)	Inferior	40,5	16,7	5,2
	Medio	59,5	83,3	77,9
	Superior	0,0	0,0	16,9
Desarrollo conceptual* (C=0,299)	Inferior	34,6	33,3	13,3
	Medio	65,4	66,7	74,7
	Superior	0,0	0,0	12,0
TOTAL COGNITIVA* (C=0,340)	Inferior	48,6	37,5	13,6
	Medio	51,4	62,5	80,9
	Superior	0,0	0,0	5,5

*sig.<0,005; C=Coeficiente de Contingencia

Gráfico 7. Porcentajes de los rangos de la puntuación total de la escala COGNITIVA según los grupos



2.6 Puntuación Total de la Escala de Desarrollo Battelle

En este punto, en el último de este capítulo, se presentan los resultados para la puntuación total en la Escala de Desarrollo Battelle, la puntuación general de su desarrollo. La puntuación media del grupo de acogimiento residencial es menor que la del grupo de acogimiento familiar y, a su vez, ésta, menor que la del grupo control. Las diferencias entre los grupos son estadísticamente significativas entre el de acogimiento residencial y control y entre

el de acogimiento familiar y control. No se detectan diferencias significativas en el desarrollo global entre los niños y niñas que se encuentran en acogimiento residencial y los que se encuentran en acogimiento familiar. Un dato a señalar es que la media de las puntuaciones T en el grupo de acogimiento residencial está por debajo de la puntuación de desarrollo medio (ver tabla 32).

Tabla 32. Medias de las puntuaciones T de la puntuación TOTAL según los grupos

Medias de T	Acogimiento Residencial ¹ (n=37)	Acogimiento familiar ² (n=32)	Control ³ (n=110)
PUNTUACIÓN TOTAL BATTELLE *(1-3)(2-3)	33,65	37,47	48,90

*sig.<0,005;

¹ Acogimiento residencial; ² Acogimiento familiar; ³Control;

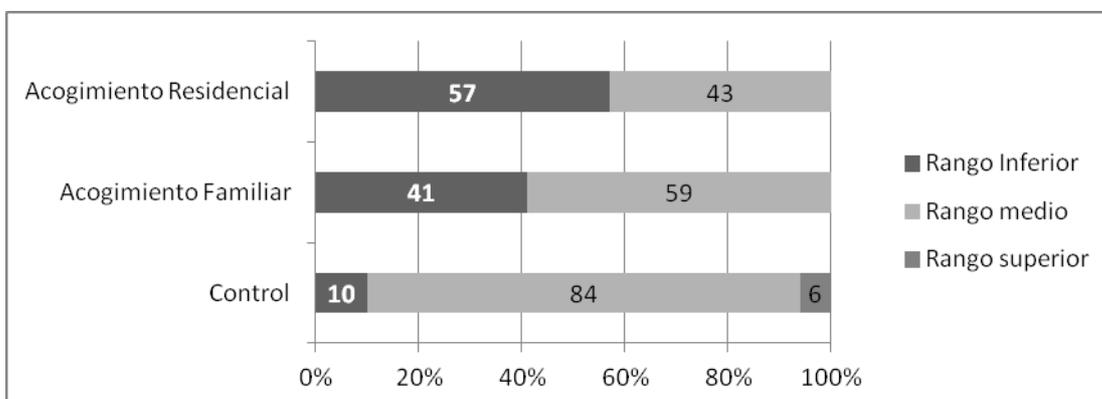
En la siguiente tabla 33 aparece la distribución de los casos en los rangos para el desarrollo global en función de los grupos. Existe una relación entre la distribución de los casos en los rangos y los diferentes grupos con un *Coefficiente de Contingencia* de 0,423. Estos porcentajes aparecen representados en el gráfico 8. Mientras que el 85% de los casos del grupo control parece tener un desarrollo global óptimo, en el grupo de acogimiento familiar el 41% de los casos se sitúan dentro del rango inferior y en el grupo residencial el porcentaje de los casos que puntúan dentro del rango inferior aumenta hasta el 57%. En los grupos de acogimiento familiar y residencial no hay ningún caso que puntúe por encima de la media.

Tabla 33. Porcentajes de los rangos de la puntuación TOTAL según los grupos

Porcentajes	Rangos	Acogimiento Residencial (n=37)	Acogimiento familiar (n=32)	Control (n=110)
PUNTUACIÓN TOTAL BATTELLE * (C=0,423)	Inferior	56,8	40,6	10,0
	Medio	43,2	59,4	84,5
	Superior	0,0	0,0	5,5

*sig.<0,005; C=Coefficiente de Contingencia

Gráfico 8. Porcentajes de los rangos de la puntuación TOTAL según los grupos



2.7 Síntesis de la sección

A modo de síntesis, y partiendo de los resultados obtenidos con las puntuaciones estandarizadas T, el grupo de acogimiento residencial obtiene en todas las áreas de desarrollo menores puntuaciones que el grupo de acogimiento familiar y control.

Las diferencias de estas medias entre los grupos son significativas en la mayoría de las áreas entre el grupo control y acogimiento residencial y entre el control y familiar. Asimismo, aunque las puntuaciones del grupo en acogimiento residencial tienden a ser más bajas, solo se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos en un par de subáreas relacionadas con el desarrollo motor.

Se evidencia la existencia de un mayor porcentaje de casos que tienen un desarrollo inferior a la media en los grupos de acogimiento residencial y familiar que en el grupo control. En el caso del grupo de acogimiento residencial este porcentaje asciende a la mitad de los casos y en el grupo de acogimiento familiar al tercio de la muestra.

3. Estado emocional y conductual en función de la medida protectora

En esta tercera sección del capítulo de resultados se presentan los datos del estado emocional y conductual en función del grupo de la muestra: grupo de acogimiento residencial, familiar o control.

El instrumento utilizado para evaluar el estado emocional y conductual de los niños y niñas, como se explicó en el capítulo de metodología, valora a niños a partir de los 3 años. Por este motivo, el número de niños y niñas de cada grupo desciende.

Los datos se presentan siguiendo las escalas del instrumento de medida: externalización, internalización, otros problemas, habilidades adaptativas y el Índice de Sintomatología Comportamental (ISC).

Siguiendo el esquema del capítulo anterior, en el que se exponían los resultados obtenidos en la Escala Battelle, en cada punto de este apartado se muestran dos tablas. En la primera tabla se exponen las medias de las puntuaciones T de cada medida en función de los grupos. En la segunda tabla se presenta la distribución de los casos en los rangos de puntuación para cada medida y en función de los grupos. En este caso, debido al bajo número de casos en cada grupo, los cinco rangos originales del Basc (puntuación Muy Alta/Muy baja, Alta/Baja, Media, En riesgo y Clínico) se han recodificado en tres rangos: *Sin problemas*, *En riesgo* y *Clínico*. El rango *Clínico* va desde una T de 90 hasta una T de 70, en las escalas clínicas, o desde una T de 10 hasta una T de 30, en las escalas adaptativas. El rango *En riesgo* se sitúa desde una T de 69 hasta una T de 60, en las escalas clínicas, o desde una T de 31 hasta una T de 40, en las escalas adaptativas. Por debajo de 59 hasta 10, para las escalas clínicas, o por encima de 41 hasta 90, para las escalas adaptativas, las T entrarían en el rango *Sin problemas*. De esta manera se conocen los porcentajes de niños y niñas en cada grupo que están sin problemas emocionales o conductuales, en riesgo de manifestarlos o que muestran problemáticas a nivel clínico.

3.1 Exteriorizar problemas

En la tabla 34 se muestran las medias de las puntuaciones T en cada una de las subescalas de la escala Exteriorizar Problemas obtenidas por cada uno de los tres grupos. Este escala de externalización está compuesta por las subescalas clínicas de agresividad e hiperactividad. Como se puede apreciar en la tabla, en la subescala de agresividad y en la escala global de Externalización los niños y niñas con medida de acogimiento residencial obtienen una puntuación mayor que los niños y niñas con medida de acogimiento familiar y que los del grupo control. En la subescala de Hiperactividad la puntuación T más elevada es para el grupo de acogimiento familiar.

Sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas, por lo que se puede afirmar que en esta muestra no hay diferencias en el nivel de conducta problemática externalizada.

Tabla 34. Medias de las puntuaciones T de las escalas de externalización según los grupos

Medias de T	Acogimiento Residencial (n=9)	Acogimiento familiar (n=14)	Control (n=28)
Agresividad	50,89	48,71	47,04
Hiperactividad	43,89	51,71	47,82
Problemas EXTERNALIZACIÓN	48,11	46,57	47,57

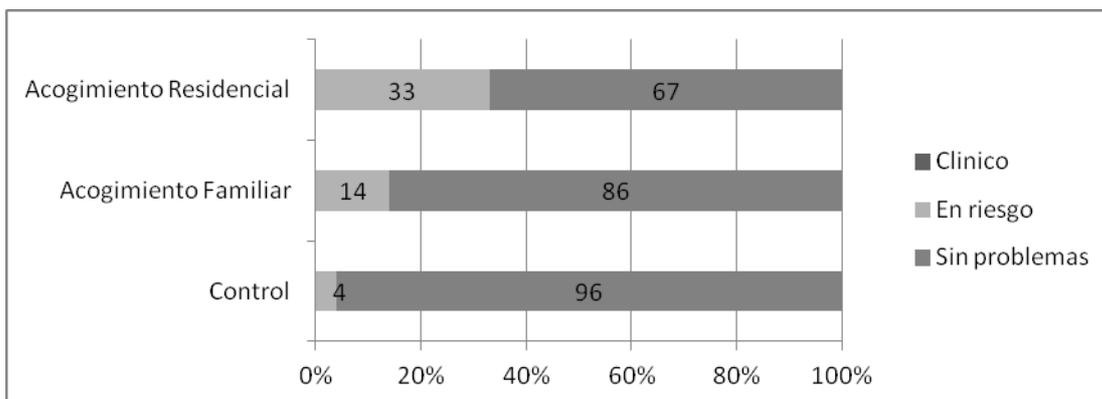
A continuación se presentan los porcentajes de cada uno de los grupos en los rangos de la escala Exteriorizar Problemas (ver tabla 34). Así se puede comprobar qué porcentaje de niños y niñas en cada grupo manifiestan problemas clínicos, cuantos están en riesgo de manifestarlos y cuantos sino presentan problemas de externalización.

En este estudio no se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de los porcentajes de casos a través de los rangos en función de los grupos. En todo caso, en el gráfico 9 se puede apreciar que, aunque no sean significativas (dado el reducido tamaño de la muestra para valorar el efecto), existen diferencias en cuanto al porcentaje de los casos en riesgo en cada uno de los grupos. Un tercio del grupo de acogimiento residencial y un 14% del grupo de acogimiento familiar se sitúa dentro del rango En riesgo, mientras que en el grupo control el 96% de los casos obtienen puntuaciones dentro del rango Sin problemas para esta escala.

Tabla 34. Porcentajes de los rangos de la escala externalización según los grupos

Porcentajes	Rango	Acogimiento Residencial (n=9)	Acogimiento familiar (n=14)	Control (n=28)
Agresividad	Sin problemas	88,9	85,7	96,4
	En riesgo	11,1	14,3	0,0
	Clínico	0,0	0,0	3,6
Hiperactividad	Sin problemas	88,9	85,7	96,4
	En riesgo	11,1	7,1	3,6
	Clínico	0,0	7,1	0,0
Problemas EXTERNALIZACIÓN	Sin problemas	66,7	85,7	96,4
	En riesgo	33,3	14,3	3,6
	Clínico	0,0	0,0	0,0

Gráfico 9. Porcentajes de los rangos de la escala externalización según los grupos



3.2 Interiorizar problemas

A continuación se presentan las medias de la puntuación T en la escala Interiorizar Problemas de cada uno de los grupos. Esta escala está compuesta por las subescalas clínicas de ansiedad, depresión y somatización.

Como se puede observar en la tabla 35 para la subescala de Ansiedad, las puntuaciones T son menores en el grupo de acogimiento residencial, dándose una diferencia estadísticamente significativa respecto al grupo de acogimiento familiar.

Por el contrario, el grupo de acogimiento familiar obtiene la menor puntuación en la subescala de Somatización, diferenciándose significativamente del grupo control.

En la subescala de Depresión y en la escala global de Internalización no se encuentran diferencias significativas entre los grupos.

Tabla 35. Medias de las puntuaciones T de las escalas de internalización según los grupos

Medias de T	Acogimiento Residencial ¹ (n=9)	Acogimiento familiar ² (n=14)	Control ³ (n=28)
Ansiedad^{*(1-2)}	38,78	49,79	44,93
Depresión	49,67	44,79	46,75
Somatización^{*(2-3)}	40,67	39,71	47,61
Problemas INTERNALIZACIÓN	41,33	44,21	45,26

*sig.<0,005;

¹ Acogimiento residencial; ² Acogimiento familiar; ³Control;

En la siguiente tabla 36 se muestran los porcentajes de los casos que se sitúan en cada rango de puntuaciones en la escala Internalizante. En esta muestra, no parece existir relación entre la problemática clínica internalizante y los diferentes grupos. De hecho, prácticamente

no aparecen casos clínicos, ni siquiera en riesgo, a nivel de internalizar problemas en los tres grupos.

Tabla 36. Porcentajes de los rangos de la escala internalización según los grupos

Porcentajes	Rango	Acogimiento Residencial (n=9)	Acogimiento familiar (n=14)	Control (n=28)
Ansiedad	Sin problemas	100,0	92,9	92,9
	En riesgo	0,0	7,1	3,6
	Clínico	0,0	0,0	3,6
Depresión	Sin problemas	88,9	100,0	96,4
	En riesgo	11,1	0,0	3,6
	Clínico	0,0	0,0	0,0
Somatización	Sin problemas	100,0	92,9	92,9
	En riesgo	0,0	7,1	7,1
	Clínico	0,0	0,0	0,0
Problemas INTERNALIZACIÓN	Sin problemas	100,0	100,0	96,4
	En riesgo	0,0	0,0	3,6
	Clínico	0,0	0,0	0,0

3.3 Otros problemas: atipicidad, retraimiento y problemas de atención

Las medias en la puntuación T de las subescalas de Atipicidad, Retraimiento y Problemas de Atención son similares en los tres grupos. No hay diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos (ver tabla 37).

Tabla 37. Medias de las puntuaciones T de otros problemas según los grupos

Medias de T	Acogimiento Residencial (n=9)	Acogimiento familiar (n=14)	Control (n=28)
Atipicidad	49,56	51,14	47,0
Retraimiento	48,22	49,00	50,07
Problemas de atención	53,0	57,36	50,0

En relación a los porcentajes de casos que se sitúan en cada uno de los rangos según los grupos no aparecen diferencias significativas en las escalas de atipicidad, retraimiento y problemas de atención (ver tabla 38).

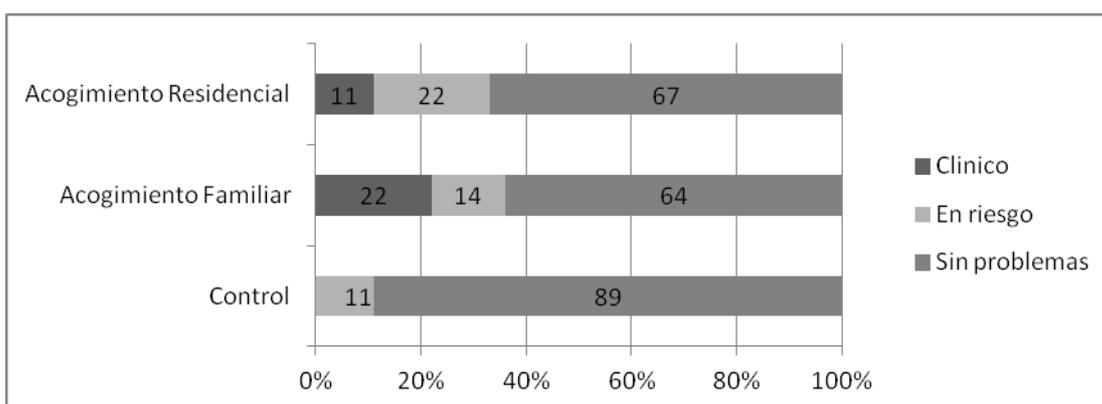
En el gráfico 10 aparecen los porcentajes de los casos que puntúan en cada rango de la escala problemas de atención en función de los tres grupos. Se observa que en los grupos con separación familiar se detectan mayor número de casos clínicos, o en riesgo de manifestar este tipo de problemática que en el grupo control, aunque estas diferencias en la distribución de los

porcentajes no sean significativas. No se han representado las otras dos escalas puesto que no se obtienen diferencias en los porcentajes destacables.

Tabla 38. Porcentajes de los rangos de las escalas de otros problemas según los grupos

Porcentajes	Rangos	Acogimiento Residencial (n=9)	Acogimiento familiar (n=14)	Control (n=28)
Atipicidad	Sin problemas	88,9	85,7	96,4
	En riesgo	0,0	7,1	0,0
	Clínico	11,1	7,1	3,6
Retraimiento	Sin problemas	88,9	78,6	82,1
	En riesgo	11,1	7,1	10,7
	Clínico	0,0	14,3	7,1
Problemas de atención	Sin problemas	66,7	64,3	89,3
	En riesgo	22,2	14,3	10,7
	Clínico	11,1	21,4	0,0

Gráfico 10. Porcentajes de los rangos de la escala problemas de atención según los grupos



3.4 Habilidades adaptativas

En la siguiente tabla 39 se presentan las medias de la puntuación T para la escala de Habilidades Adaptativas según los grupos. La escala Adpatativa está compuesta por las subescalas de adaptabilidad y habilidades sociales. Se debe recordar que al valorar las escalas adaptativas una baja puntuación significa presencia de problemas en esta área, al contrario de lo que ocurre en las escalas clínicas.

Como se puede observar en la tabla 39 el grupo de acogimiento residencial obtiene menores puntuaciones en la escala Adaptativa que el grupo de acogimiento familiar y el grupo control. Las diferencias entre los grupos son estadísticamente significativas entre el de acogimiento residencial y control y entre el de acogimiento residencial y familiar, no encontrándose significación entre el grupo de acogimiento familiar y control.

Tabla 39. Medias de las puntuaciones T de las escalas adaptativas según los grupos

Medias de T	Acogimiento Residencial ¹ (n=9)	Acogimiento familiar ² (n=14)	Control ³ (n=28)
Adaptabilidad *(1-2)(1-3)	34,89	50,29	49,36
Habilidades sociales *(1-2)(1-3)	29,67	53,71	48,50
HABILIDADES ADAPTATIVAS *(1-2)(1-3)	30,56	51,86	47,68

*sig.<0,005;

¹ Acogimiento residencial; ² Acogimiento familiar; ³Control;

En la tabla 40 se muestran los porcentajes para cada rango de las escalas adaptativas según los grupos. Tanto en la subescala de adaptabilidad como en la de habilidades sociales como en la global parece existir una relación entre el porcentaje de casos que cae en cada rango y los grupos, situándose los Coeficientes de Contingencia entre 0,495 y 0,598. En concreto, en la subescala de adaptabilidad mientras que en el grupo control el 82% de los casos puntúan dentro del rango Sin problemas, en el grupo de acogimiento familiar un 36% de los casos caen en el rango de En riesgo y en el grupo de acogimiento residencial el 56% parecen estar En riesgo y el 22% en el rango Clínico.

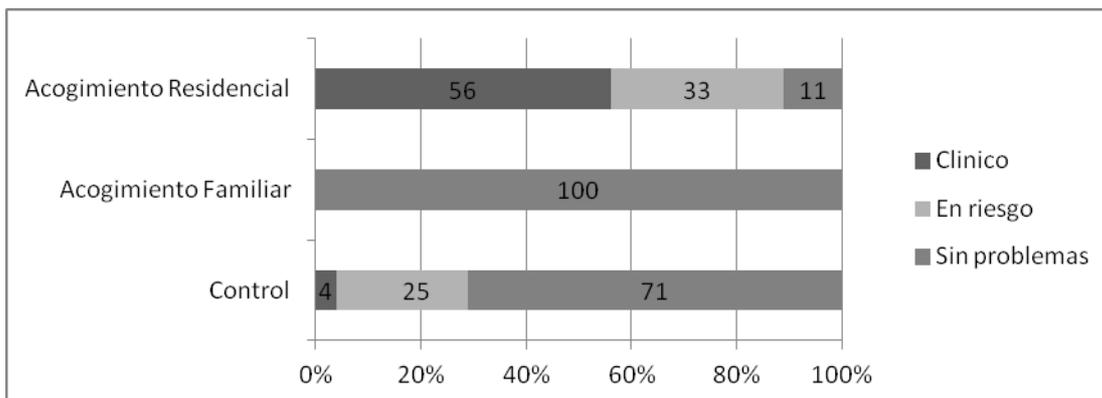
Los porcentajes de los rangos de la puntuación total de la escala global de habilidades adaptativas aparecen representados en el gráfico 11. Como se puede comprobar en este gráfico, el porcentaje de casos en el rango Clínico es mayor en el grupo de acogimiento residencial (56%) que en el de acogimiento familiar (0%) y que en el de control (3,6%). Tan solo un 11% de los casos en el grupo de acogimiento residencial parece no manifestar problemas adaptativos.

Tabla 40. Porcentajes de los rangos de las escalas adaptativas según los grupos

Porcentajes	Rangos	Acogimiento Residencial (n=9)	Acogimiento familiar (n=14)	Control (n=28)
Adaptabilidad * (C=0,495)	Sin problemas	22,2	64,3	82,1
	En riesgo	55,6	35,7	17,9
	Clínico	22,2	0,0	0,0
Habilidades sociales * (C=0,571)	Sin problemas	11,1	100,0	71,4
	En riesgo	22,2	0,0	17,9
	Clínico	66,7	0,0	10,7
HABILIDADES ADAPTATIVAS *(C=0,598)	Sin problemas	11,1	100,0	71,4
	En riesgo	33,3	0,0	25,0
	Clínico	55,6	0,0	3,6

*sig.<0,005; C=Coeficiente de Contingencia

Gráfico 11. Porcentajes de los rangos de la escala habilidades adaptativas según los grupos



3.5 Índice de Síntomas Comportamentales (ISC)

A continuación se presentan las medias de la puntuación T del Índice de Síntomas Comportamentales de cada uno de los grupos. Como se puede observar en la tabla 41 las puntuaciones T son similares en los tres grupos. No parecen existir diferencias significativas entre los grupos de acogimiento residencial y familiar y control.

Tabla 41. Medias de las puntuaciones T del Índice de Síntomas Comportamentales (ISC) según los grupos

Medias de T	Acogimiento Residencial (n=9)	Acogimiento familiar (n=14)	Control (n=28)
Índice de síntomas comportamentales (ISC)	47,0	50,64	46,18

A continuación se presentan los porcentajes de cada uno de los grupos en los rangos del Índice de Síntomas Comportamentales (ver tabla 42). Las diferencias entre los porcentajes de cada uno de los rangos para cada grupo en la puntuación de este Índice Global no son estadísticamente significativas. Una vez más, no existe una relación entre la distribución en los rangos y los diferentes grupos. En los todos los grupos no parece existir ningún caso que se sitúe en el rango clínico a nivel Global.

Tabla 42. Porcentajes de los rangos del ISC según los grupos

Porcentajes	Rangos	Acogimiento Residencial (n=9)	Acogimiento familiar (n=14)	Control (n=28)
Índice de síntomas comportamentales (ISC)	Sin problemas	88,9	92,9	96,4
	En riesgo	11,1	7,1	3,6
	Clínico	0,0	0,0	0,0

3.6 Resumen de la sección

No se detectan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las escalas clínicas, probablemente por el reducido número de casos mayores de 3 años evaluados en los grupos de separación familiar. Sin embargo, en las escalas adaptativas (adaptabilidad y

habilidades sociales) se encuentran grandes diferencias entre el grupo de acogimiento residencial y los grupos de acogimiento familiar y control. Existen mayores niveles de problemática clínica en las habilidades de adaptación y socialización en los niños y niñas con medida de acogimiento residencial.

4. Relaciones significativas entre las variables estudiadas

Finalmente, en esta sección de los resultados, se presentarán los datos obtenidos de las relaciones entre las variables estudiadas, con el objetivo de dar respuesta a algunas hipótesis planteadas en esta Tesis Doctoral. No se diferenciarán aquí los resultados por grupos, sino que se muestran de manera conjunta para los niños y niñas del grupo control, residencial y de acogimiento familiar. Se trata, en este caso, de averiguar el grado de relación existente entre diferentes variables de los casos (de naturaleza personal, familiar y de la experiencia protectora –sin incluir aquí los casos del grupo control-) con el nivel de desarrollo alcanzado.

Este apartado se estructura en tres puntos según las variables que se relacionen con el desarrollo evolutivo de los niños y niñas. En el primero se relaciona el desarrollo evolutivo con las problemáticas emocionales y conductuales detectadas por el BASC. El segundo se centra en la relación entre el desarrollo evolutivo y los motivos de ingreso en el Sistema de Protección y el tipo de maltrato sufrido. Por último, en el tercero de los puntos se exponen las relaciones existentes entre el nivel de desarrollo evolutivo de los niños y niñas y algunas de las problemáticas existentes en su contexto familiar.

4.1 Relaciones entre nivel de desarrollo y estado emocional y conductual

En primer lugar expongo los resultados de los Coeficientes de Correlación de Spearman (r_s) entre la distribución de los rangos en cada área de la Battelle y en cada escala del BASC (atendiendo a la naturaleza ordinal de estas variables). Habrá correlación entre dos variables cuando los sujetos que puntúan alto en una también puntúan alto en la otra (relación positiva) o si los que puntúan alto en una son los que puntúan bajo en la otra (relación negativa). De esta forma, se podrá comprobar la hipótesis que hace referencia a la relación entre mayores carencias en el desarrollo y mayores problemáticas emocionales y conductuales (internalización, habilidades sociales, externalización, etc).

Este primer apartado se divide a su vez en cinco puntos, según las escalas del BASC: problemas emocionales, problemas de externalización, otro tipo de problemas, escalas adaptativas y el Índice de Sintomatología Comportamental. En cada uno de estos cinco puntos, se muestran las tablas de los Coeficientes de Correlación de Spearman (r_s) y se marcan en negrita y con asterisco (*) los que son significativos.

4.1.1. Relaciones entre nivel de desarrollo y problemáticas emocionales

Los Coeficientes de Correlación de Spearman obtenidos entre las distintas áreas de la Battelle y las escalas de ansiedad, somatización e internalización no son estadísticamente significativos, es decir, parece que no hay relación. Sin embargo, existe una correlación negativa entre depresión y el área personal-social, adaptativa y el desarrollo global. Parece que los casos que se sitúan en un rango mayor en la escala de depresión (rango clínico) a su vez se sitúan en un rango menor (inferior) de desarrollo en las áreas personal-social, adaptativa y en la global del desarrollo (ver tabla 43).

Tabla 43. Coeficientes de Correlación de Spearman (r_s) entre el desarrollo y el estado emocional

	Personal-social	Adaptativa	Motora	Comunicativa	Cognitiva	TOTAL
Ansiedad	-0,003	-0,047	0,116	0,033	0,134	-0,014
Depresión	-0,280*	-0,336*	-0,171	-0,252	-0,096	-0,293*
Somatización	0,163	-0,051	0,116	0,030	0,134	0,155
Internalización	-0,196	-0,235	0,065	-0,176	0,076	-0,205

*sig.<0,05

4.1.2. Relaciones entre nivel de desarrollo y problemáticas de externalización

Como se puede observar en la tabla 44 los Coeficientes de Correlación de Spearman entre el desarrollo evolutivo y las escalas de externalizar problemas no son estadísticamente significativos, es decir, no existe una relación entre estas variables. Exclusivamente aparece significación estadística en la correlación entre el desarrollo global y los rangos en externalización, siendo esta relación negativa. De esta forma, a mayor rango en problemática conductual, menor rango en el desarrollo total, es decir, a mayor problemática conductual y emocional de tipo externalizante, menor desarrollo global parecen alcanzar los niños de la muestra.

Tabla 44. Coeficientes de Correlación de Spearman (r_s) entre el desarrollo y el estado comportamental (externalizar)

	Personal-social	Adaptativa	Motora	Comunicativa	Cognitiva	TOTAL
Agresividad	0,045	-0,003	0,135	-0,205	-0,132	-0,115
Hiperactividad	-0,101	-0,172	0,135	-0,205	0,012	-0,275
Externalización	-0,134	-0,075	0,169	-0,205	-0,173	-0,277*

*sig.<0,05

4.1.3. Relaciones entre nivel de desarrollo y problemas de atención, atipicidad o retraimiento

En la tabla 45 se presentan las correlaciones entre las distintas áreas del desarrollo y las escalas de atipicidad, retraimiento y problemas de atención. En la escala de atipicidad se detecta una relación negativa estadísticamente significativa con el área de desarrollo adaptativa. Parece que los niños y niñas que puntúan dentro de un rango clínico en atipicidad tienen mayor probabilidad de situarse dentro del rango inferior en el área adaptativa del desarrollo. Respecto a la escala de retraimiento no existe ninguna relación con las diferentes áreas del desarrollo. Por último, en la escala de problemas de atención se detecta una relación negativa con el área personal-social del desarrollo y otra relación negativa con el área comunicativa. Parece ser que los niños y niñas que manifiestan problemas clínicos de atención tienen mayores carencias en los ámbitos personal-social y de comunicación en su desarrollo.

Tabla 45. Coeficientes de Correlación de Spearman (rs) entre el desarrollo y problemas de atención, atipicidad y retraimiento

	Personal-social	Adaptativa	Motora	Comunicativa	Cognitiva	TOTAL
Atipicidad	0,039	-0,322*	-0,240	0,082	0,006	-0,127
Retraimiento	-0,236	0,036	-0,182	-0,053	-0,171	-0,026
Problemas de atención	-0,325*	-0,081	-0,015	-0,338*	-0,247	-0,219

*sig.<0,05

4.1.4. Relaciones entre nivel de desarrollo y habilidades adaptativas

Los resultados de las correlaciones entre el desarrollo y las escalas adaptativas del Basc se presentan en la siguiente tabla 46. Recordar que los rangos de la escala de habilidades adaptativas serían: 1, Sin problemas, 2, En riesgo y 3, Clínico, mientras que los rangos para las escalas de desarrollo serían: 1, Inferior, 2, medio y 3, superior. Como se puede observar en la misma, los rangos de la escala de adaptabilidad tienen una relación negativa con el área de desarrollo comunicativo. De esta forma, parece ser que los niños y niñas que muestran problemas de adaptabilidad, presentan a su vez retrasos en el desarrollo comunicativo. Las escalas de habilidades sociales y adaptativas mantienen una relación negativa con el área personal-social del desarrollo lo que significa que los niños con problemas de desarrollo emocional y social tienen mayor probabilidad de manifestar problemas clínicos en sus habilidades sociales y adaptativas.

Tabla 46. Coeficientes de Correlación de Spearman (*rs*) entre el desarrollo y las habilidades adaptativas

	Personal-social	Adaptativa	Motora	Comunicativa	Cognitiva	TOTAL
Adaptabilidad	-0,217	-0,030	-0,127	-0,358**	-0,255	-0,192
Habilidades Sociales	-0,284*	-0,054	-0,154	-0,257	-0,227	-0,239
Habilidades Adaptativas	-0,298*	0,004	-0,083	-0,275	-0,159	-0,173

*sig.<0,05;**sig<0,005

4.1.5. Relaciones entre nivel de desarrollo y ISC

Por último, expongo los resultados de las correlaciones entre los rangos del Índice de Síntomas Comportamentales (ISC) y las diferentes áreas del desarrollo. Los niños y niñas que puntúan dentro del rango clínico del ISC parecen tener mayor probabilidad de manifestar un desarrollo inferior a la media en las áreas adaptativa y global (ver tabla 47).

Tabla 47. Coeficientes de Correlación de Spearman (*rs*) entre el desarrollo y el Índice de Síntomas Comportamentales (ISC).

	Personal-social	Adaptativa	Motora	Comunicativa	Cognitiva	TOTAL
ISC	-0,177	-0,416**	-0,103	-0,141	-0,034	-0,362**

*sig.<0,05;**sig<0,005

4.2 Relaciones entre los motivos de ingreso y el nivel de desarrollo

A continuación presento las medias de las puntuaciones T obtenidas en la Escala de desarrollo Battelle en función del motivo de ingreso en el Sistema de protección y en función del tipo de maltrato que los niños y niñas hubieran recibido. En este punto no se han tenido en cuenta los casos del grupo control para el análisis, solo se incluyen los niños y niñas con medida de separación familiar donde se tiene constancia de la existencia en la historia del niño de algún tipo de situación de desprotección o maltrato.. Además, es necesario señalar que a la hora de caracterizar el tipo de desprotección que motivó la medida, cada niño puede haber presentado más de una modalidad. En este apartado se podrán comprobar las hipótesis de partida de esta Tesis Doctoral que se refieren a la relación entre los diferentes tipos de maltrato sufrido y el nivel de desarrollo alcanzado.

4.2.1. Relación entre el motivo que fundamentó que decisión protectora y el nivel de desarrollo

Según los resultados obtenidos y presentados en la tabla 48 no parecen existir diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las puntuaciones T en las áreas del desarrollo y los distintos motivos de ingreso en el Sistema de Protección, diferenciando estos en las tipologías generales reflejadas en el artículo 172 de la Ley 21/87 de enjuiciamiento civil en materia de adopción: *incumplimiento, imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores.*

Los resultados encontrados reflejan que el desarrollo alcanzado por los niños y niñas es independiente a que el motivo de ingreso sea por inadecuado o imposible cumplimiento o, directamente, por incumplimiento de los deberes de la Patria Potestad.

Tabla 48. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de los motivos de ingreso en el Sistema de Protección a la Infancia.

Medias de T	Inadecuado cumplimiento		Imposible cumplimiento		Incumplimiento	
	Sí (n=51)	No (n=9)	Sí (n=27)	No (n=33)	Sí (n=14)	No (n=46)
Personal/Social	37,22	41,22	39,85	36,15	37,07	38,04
Adaptativa	38,04	38,33	39,74	36,73	36,21	38,65
Motora	36,75	36,11	36,74	36,58	36,71	36,63
Comunicativa	36,08	39,78	38,04	35,48	39,14	35,87
Cognitiva	37,16	38,78	38,70	36,33	37,07	37,50
Total	35,12	34,89	36,67	33,79	34,07	35,39

4.2.2. Relaciones entre el tipo de maltrato y el nivel de desarrollo

En la tabla 49 se presentan las diferencias de medias de las puntuaciones T en la escala de desarrollo Battelle en función del tipo de maltrato sufrido. No se dan diferencias significativas en el desarrollo entre los niños que han sufrido un maltrato emocional y los que no lo han sufrido y entre los que han soportado un maltrato prenatal y los que no han soportado un maltrato de este tipo. Por el contrario, se han detectado diferencias estadísticamente significativas entre las medias en el desarrollo global de los niños que han sufrido maltrato físico y los que han sufrido otro tipo de maltrato, siendo inferior el desarrollo alcanzado por los niños que sufren otro tipo de maltrato. Los niños que han sufrido negligencia física alcanzan un nivel de desarrollo emocional, social y comunicativo menor que los niños que no han sufrido negligencia física (ver tabla 49). Por último, los niños y niñas que han soportado negligencia emocional tienen significativamente menores puntuaciones que los

niños que no han soportado este tipo de maltrato en el desarrollo emocional, social, comunicativo y cognitivo.

Tabla 49. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de los tipos de maltrato sufrido.

Medias de T	Maltrato físico		Negligencia física		Maltrato emocional		Negligencia emocional		Maltrato prenatal	
	Sí (n=4)	No (n=56)	Sí (n=44)	No (n=16)	Sí (n=11)	No (n=49)	Sí (n=34)	No (n=26)	Sí (n=31)	No (n=29)
Personal/ Social	40,50	37,63	35,96**	42,94	33,82	38,71	35,71*	40,58	39,32	36,21
Adaptativa	36,25	38,21	37,73	39,06	36,82	38,37	36,53	40,12	37,77	38,41
Motora	41,00	36,34	36,93	35,88	32,82	37,51	37,26	35,85	35,61	37,76
Comunicativa	39,25	36,45	34,36**	42,88	33,00	37,45	34,24*	39,77	38,16	35,00
Cognitiva	41,50	37,12	36,45	40,00	37,73	37,33	35,53*	39,85	37,55	37,24
Total	37,50*	34,91	34,41	36,94	34,09	35,31	34,09	36,38	35,45	34,69

*sig.<0,05; **sig<0,005

4.3 Relaciones entre los problemas familiares y el nivel de desarrollo

Finalmente, en este apartado se exploran las medias de las puntuaciones T obtenidas en cada área de desarrollo en relación a algunas variables del contexto familiar: discapacidad reconocida en alguno de los padres, antecedentes en la familia de enfermedades importantes (cáncer, coronaria, pulmonar, diabetes, crónicas, etc.), salud mental, conducta autolítica, alcoholismo, abuso de otras sustancias, delincuencia, problemas económicos y violencia de género. Así, en este punto se podrá comprobar la hipótesis que pone en relación las problemáticas del contexto familiar con el desarrollo evolutivo de los niños y niñas.

En la tabla 50 se presentan las medias de las puntuaciones T en las áreas del desarrollo en función de si sus padres tienen o no una discapacidad intelectual. Sistemáticamente, los niños y niñas con antecedentes directos de discapacidad intelectual obtienen menores puntuaciones en las diferentes áreas del desarrollo. Las diferencias de medias son estadísticamente significativas para todas las áreas del desarrollo entre los niños y niñas que su padre o su madre tiene una discapacidad intelectual reconocida y los que sus padres no tienen esta discapacidad. Por tanto, que el padre o la madre tengan una discapacidad intelectual parece ser indicador de riesgo para el desarrollo de los niños y niñas.

Tabla 50. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de si el padre o la madre tienen o no discapacidad intelectual.

	En padre discapacidad intelectual		En madre discapacidad intelectual	
	Sí (n=7)	No (n=163)	Sí (n=10)	No (n=160)
Personal/Social	34,00*	45,74	35,50**	45,87
Adaptativa	29,00**	46,40	33,40**	46,45
Motora	36,14*	44,56	37,60*	44,63
Comunicativa	33,00*	44,92	33,70**	45,10
Cognitiva	32,29**	45,28	37,40*	45,20
Total	28,71**	44,68	33,20**	44,70

En la siguiente tabla 51 se muestran las medias de las puntuaciones T en las áreas de desarrollo de la escala Battelle en función de si el padre o la madre tienen o no una enfermedad importante. En el caso de que el padre sea el que tenga la enfermedad las diferencias de medias para todas las áreas son estadísticamente significativas. Las diferencias de medias que se detectan con significación estadística en el caso de que sea la madre la que padece la enfermedad son las del área de desarrollo motora, comunicativa, cognitiva y global. En los casos que los padres tienen una enfermedad importante se registran niveles de desarrollo inferiores.

Tabla 51. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de si el padre o la madre tienen o no una enfermedad importante o crónica.

	En el padre		En la madre	
	Sí (n=14)	No (n=156)	Sí (n=17)	No (n=153)
Personal/Social	31,93**	46,46	43,12	45,50
Adaptativa	32,57**	46,86	41,77	46,42
Motora	34,79**	45,06	39,35*	44,75
Comunicativa	30,57**	45,67	39,71*	44,95
Cognitiva	34,79**	45,63	39,29*	45,35
Total	30,86**	45,21	39,29*	44,55

*sig.<0,05; **sig<0,005

Como se puede apreciar en la siguiente tabla 52, en la que se muestran las medias de las puntuaciones T en función de si tienen o no antecedentes de salud mental, no se aprecian diferencias significativas entre las medias de desarrollo cuando se diferencian los grupos según exista o no algún antecedente familiar con problemas de salud mental.

Sin embargo, cuando se separan los casos donde el padre o la madre tienen problemas de salud mental frente a aquellos en que no los tienen, se detectan diferencias estadísticamente significativas y estos casos obtienen sistemáticamente menores puntuaciones. En los casos en los que es el padre el que presenta los problemas de salud mental, la significación estadística aparece en las áreas personal, social, adaptativa, motora, cognitiva y global del desarrollo. En los casos en los que es la madre la que presenta dichos problemas la significación se detecta en las áreas adaptativa, comunicativa, cognitiva y total del desarrollo.

Tabla 52. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de si tienen o no antecedentes familiares de salud mental y si el padre o la madre tienen problemática de salud mental.

	En familiares		En el padre		En la madre	
	Sí (n=85)	No (n=85)	Sí (n=11)	No (n=159)	Sí (n=37)	No (n=133)
Personal/Social	45,07	45,44	37,55*	45,79	42,08	46,14
Adaptativa	44,99	46,38	36,27*	46,33	41,14*	46,95
Motora	43,87	44,55	35,73*	44,80	42,05	44,81
Comunicativa	42,85	46,01	37,91	44,88	39,14**	45,90
Cognitiva	44,15	45,33	36,82*	45,29	40,97*	45,79
Total	43,48	44,56	34,45**	44,69	40,16*	45,10

*sig.<0,05;**sig<0,005

Las medias de las puntuaciones T en las áreas del desarrollo en función de si los niños tienen o no antecedentes de comportamientos autolíticos en su familia parecen ser similares. En cambio, cuando el comportamiento autolítico es analizado exclusivamente en la madre se detectan diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las áreas adaptativa, motora, cognitiva y global del desarrollo (ver tabla 53), siendo menor la puntuación en los casos en los que la madre ha manifestado conductas autolíticas.

Tabla 53. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de si tienen o no antecedentes familiares de conducta autolítica y si la madre ha mostrado o no este tipo de comportamientos.

	En familiares		En la madre	
	Sí (n=33)	No (n=137)	Sí (n=6)	No (n=164)
Personal/Social	45,15	45,28	43,50	45,32
Adaptativa	44,39	45,99	36,00*	46,04
Motora	42,97	44,51	30,67**	44,71
Comunicativa	44,36	44,45	35,00	44,77
Cognitiva	44,88	44,71	33,67*	45,15
Total	43,52	44,15	35,00*	44,35

*sig.<0,05; **sig<0,005

El tener antecedentes familiares de drogodependencias parece ser un factor de riesgo para el desarrollo en todas sus áreas (ver tablas 54 y 55). Cuando en el padre aparece un problema de alcoholismo se detectan diferencias estadísticamente significativas en todas las áreas del desarrollo respecto a otros casos en los que el padre no tiene este problema. Cuando este problema aparece en la madre se detecta significación estadística entre las medias en las áreas adaptativa, motora, comunicativa y global del desarrollo frente a los niños que no tienen una madre alcohólica.

Cuando la madre manifiesta abuso y adicción a otro tipo de sustancias ilegales, las diferencias entre las medias son significativas frente a los niños que sus madres no manifiestan esta problemática en todas las áreas del desarrollo. Los niños y niñas que tienen madres con este problema tienen un desarrollo general más limitado. Por último, los casos en los que son los padres quienes manifiestan este problema (ver tabla 55) muestran unas medias significativamente inferiores a los niños que sus padres no tienen problemas de drogadicción en todas las áreas del desarrollo, exceptuando el área personal y social.

Tabla 54. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de si tienen o no antecedentes familiares de drogodependencias y si el padre o la madre tienen problemas de alcoholismo.

	En familiares		En padre alcoholismo		En madre alcoholismo	
	Sí (n=77)	No (n=93)	Sí (n=19)	No (n=151)	Sí (n=19)	No (n=151)
Personal/Social	41,95**	48,00	36,47**	46,36	40,79	45,82
Adaptativa	42,40**	48,40	35,68**	46,94	40,42*	46,34
Motora	40,90**	46,96	35,89**	45,26	39,37*	44,82
Comunicativa	39,86**	48,22	35,58**	45,54	38,42*	45,19
Cognitiva	42,74*	48,67	36,68**	45,76	40,68	45,25
Total	40,89**	49,16	34,42**	45,23	38,68*	44,70

*sig.<0,05;**sig<0,005

Tabla 55. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de si tienen o no antecedentes familiares de drogodependencias y si el padre o la madre tienen problemas de drogadicción.

	En familiares		En padre drogadicción		En madre drogadicción	
	Sí (n=77)	No (n=93)	Sí (n=25)	No (n=145)	Sí (n=22)	No (n=148)
Personal/Social	41,95**	48,00	35,84	46,88	40,64*	45,95
Adaptativa	42,40**	48,40	36,52**	47,26	38,14**	46,80
Motora	40,90**	46,96	37,08**	45,44	38,18**	45,11
Comunicativa	39,86**	48,22	34,76**	46,10	38,59*	45,30
Cognitiva	42,74*	48,67	35,64**	46,31	38,96*	45,60
Total	40,89**	49,16	34,00**	45,75	36,50**	45,14

*sig.<0,05;**sig<0,005

En la siguiente tabla 56 se exponen las medias de las puntuaciones T en todas las áreas de la Battelle según el padre y la madre tengan o no problemas de delincuencia. Como se puede observar en esta tabla, los casos en los que su padre o su madre tienen problemas de delincuencia obtienen sistemáticamente en todas las áreas de la Battelle menor puntuación que los niños y niñas que su padre o madre no tienen esa problemática. Estas diferencias son estadísticamente significativas en todas las áreas tanto en el caso de que sea el padre el que tiene el problema como en el caso de que sea la madre. Por tanto, que el padre o la madre tengan problemas de delincuencia puede considerarse un claro factor de riesgo para el desarrollo evolutivo de los hijos.

Tabla 56. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de si el padre o la madre tienen o no problemas de delincuencia.

	En el padre		En la madre	
	Sí (n=22)	No (n=148)	Sí (n=12)	No (n=158)
Personal/Social	37,41**	46,43	36,08**	45,96
Adaptativa	35,32**	47,22	33,08**	46,64
Motora	34,59**	45,64	35,83**	44,85
Comunicativa	35,91**	45,70	36,17*	45,06
Cognitiva	36,14**	46,02	38,25*	45,23
Total	33,59**	45,57	32,75**	44,88

**sig<0,001

En la tabla 57 se presentan las medias de las puntuaciones T en las diferentes áreas de la escala de desarrollo Battelle según el padre o la madre hayan estado en prisión. Al igual que en el caso anterior referente a los problemas de delincuencia, en este caso los niños y niñas cuyos padres han estado en prisión consiguen menores niveles de desarrollo que los niños cuyos padres no han tenido este problema. Cuando es el padre el que ha estado en prisión, estas diferencias en las medias son estadísticamente significativas para todas las áreas de desarrollo. Cuando es la madre la que se ha encontrado en prisión, las diferencias son igualmente significativas para todas las áreas del desarrollo, exceptuando para el área personal y social.

Tabla 57. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de si el padre o la madre han estado o no en prisión.

	En el padre		En la madre	
	Sí (n=17)	No (n=153)	Sí (n=11)	No (n=159)
Personal/Social	39,18*	45,93	38,91	45,70
Adaptativa	37,41**	46,60	34,45**	46,46
Motora	35,35**	45,20	34,91**	44,86
Comunicativa	36,06**	45,36	36,18*	45,00
Cognitiva	36,41**	45,67	37,55*	45,24
Total	34,94**	45,03	32,73**	44,81

*sig.<0,05;**sig<0,005

A continuación se presentan las medias de las puntuaciones T en las áreas de desarrollo en función de si el padre o la madre tienen o no problemas económicos. Como se puede observar en la tabla 58, los niños y niñas cuyos padres tienen problemas económicos obtienen menores puntuaciones en todas las áreas del desarrollo que los niños y niñas cuyos padres no tienen problemas económicos, siendo estas diferencias todas ellas estadísticamente significativas. Por este motivo, los problemas económicos en los padres pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo evolutivo de sus hijos.

Tabla 58. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de si el padre o la madre tienen o no problemas económicos.

	En el padre		En la madre	
	Sí (n=37)	No (n=133)	Sí (n=57)	No (n=113)
Personal/Social	37,73**	47,35	38,56**	48,64
Adaptativa	38,24**	47,75	38,95**	49,08
Motora	37,54**	46,07	38,67**	47,01
Comunicativa	35,95**	46,79	36,77**	48,29
Cognitiva	36,68**	46,99	38,75**	47,76
Total	35,05**	46,52	35,98**	48,08

**sig<0,001

Por último, como se puede apreciar en la siguiente tabla 59, en la que se muestran las medias de las puntuaciones T en función de si sus padres tienen o no problemas de violencia

de género, los niños y niñas que sufren este tipo de violencia en sus casas puntúan menos sistemáticamente en todas las áreas del desarrollo que los niños que no soportan esta problemática. En los casos en que se tiene constancia que el padre agrede a su pareja, la significación estadística aparece en todas las áreas del desarrollo de sus hijos, exceptuando en el área motora en la que las medias son similares. En los casos en los que se conoce que la madre es víctima de las agresiones de su pareja, la significación se detecta en todas las áreas del desarrollo de sus hijos.

Tabla 59. Diferencia de medias de las puntuaciones T de la Escala de desarrollo Battelle en función de si el padre o la madre tienen o no problemas de violencia de género.

	Padre agresor		Madre víctima de violencia	
	Sí (n=20)	No (n=150)	Sí (n=30)	No (n=140)
Personal/Social	37,55**	46,29	40,00**	46,39
Adaptativa	39,00*	46,57	40,37*	46,82
Motora	40,25	44,74	40,13*	45,09
Comunicativa	35,85**	45,57	38,33**	45,74
Cognitiva	37,05**	45,77	39,83**	45,79
Total	35,70**	45,13	37,60**	45,40

*sig.<0,05;**sig<0,005

4.4 Síntesis de la sección

Parece que las áreas del desarrollo más afectadas por el estado emocional y conductual son las que hacen referencia al ámbito emocional y social: personal/social, adaptativa, comunicativa y global.

Se confirma la hipótesis de que los niños y niñas que tienen un desarrollo global inferior a la media manifiestan una mayor inestabilidad emocional y conductual.

Los niños que han sufrido negligencia física y negligencia emocional tienen un desarrollo inferior a la media en las áreas personal, social, comunicativa y cognitiva.

Se confirma la hipótesis de que los niños que sufren negligencia emocional y física serán los que obtengan peores puntuaciones en las áreas del desarrollo referentes a lo personal-social, comunicativo y cognitivo.

Parecen ser factores de riesgo para el desarrollo de los niños y niñas que los padres tengan: una discapacidad intelectual, una enfermedad importante, un problema de salud mental, comportamientos autolíticos, drogodependencias, problemas de delincuencia o prisión, económicos o de violencia de género.

Trabajo empírico

Se confirma la hipótesis de que los niños y niñas con problemáticas en su contexto familiar que impliquen un trato negligente alcanzarán niveles de desarrollo inferiores a la media.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN

El objetivo general para esta Tesis, como se expuso en la metodología, fue lograr un primer acercamiento al conocimiento del estado psicológico y evolutivo que presentan los niños y niñas con medida de separación familiar y estudiar las diferencias existentes con el grupo de niños y niñas que permanecen en su casa con sus padres biológicos. Pues bien, en este apartado se discutirán los resultados que responden a cada uno de los objetivos específicos, así como se analizará, teniendo en cuenta dichos resultados, cada una de las hipótesis iniciales, de tal forma que se confirmen o se rechacen.

1. Caracterización de los grupos

El primer objetivo específico planteado en esta Tesis hacía referencia a describir las características de cada uno de los tres grupos (acogimiento residencial, acogimiento familiar y los que permanecen con sus padres biológicos).

Los resultados obtenidos hacen que se pueda caracterizar al grupo de acogimiento residencial como niños y niñas cuyas familias tienen grandes problemas económicos que generan problemas graves en las condiciones de vivienda y dependencia de los servicios sociales. Su contexto familiar presenta mayores niveles de drogodependencias, de actividad marginal, altas tasas de delincuencia, prisión y violencia de género, así como de enfermedades crónicas, trastornos afectivos y conductas autolíticas en los padres. La mayoría de los niños y niñas de menor edad pertenecientes al grupo de acogimiento residencial no han tenido un seguimiento durante el embarazo de su madre por parte de los servicios de salud. Los mayores, los que están en edad escolar tienen problemas serios con el rendimiento académico. Estos niños y niñas suelen pertenecer a familias numerosas de etnia gitana que muestran una actitud de oposición frente a la medida de separación, dificultando de esta forma, la reincorporación familiar o la ruptura definitiva. Los motivos más frecuentes de ingreso en el sistema de protección para este grupo, como es obvio, son la negligencia física y emocional y el maltrato prenatal.

El perfil general del grupo de acogimiento familiar difiere del grupo de acogimiento residencial fundamentalmente en el contexto familiar, así como en la media de edad, siendo mayores los niños de acogimiento familiar. Los niños y niñas que pertenecen al grupo de acogimiento familiar provienen de familias monoparentales en las que el padre está en paradero desconocido y la madre muestra graves problemas de salud mental. Con graves problemas económicos y una actitud ausente frente a la medida de protección, la mayoría de las familias biológicas del grupo de acogimiento familiar han perdido la tutela de sus hijos y estos tienen un plan de caso con separación definitiva y acoplamiento en otra familia. Los motivos fundamentales de separación, al igual que para el grupo de acogimiento residencial, son la negligencia y el maltrato prenatal.

Las familias de los niños y niñas pertenecientes al grupo de comparación parecen estar compuestas frecuentemente por la pareja y uno o dos hijos. Son familias que tienen empleo y que manifiestan no tener graves problemáticas. En su familia extensa se pueden dar problemas de drogodependencias o conducta autolítica de manera aislada. Los niños y niñas del grupo de comparación tienen un control sistemático durante el embarazo por parte de los servicios de salud. Los que tienen edad escolar, están escolarizados en su totalidad, alcanzando la mayor parte un rendimiento positivo.

Una vez descritos los tres grupos, se ha de rechazar la hipótesis inicial que mantenía que los grupos de acogimiento residencial y familiar tendrían mayores niveles de problemáticas familiares y factores de riesgo que el grupo de comparación, pero la distribución de otras variables descriptivas como la edad, sexo y contexto socioeconómico de origen sería similar. La primera parte de la hipótesis, la que hace referencia a las diferencias en factores de riesgo entre los grupos, se puede aceptar puesto que los grupos de acogimiento residencial y acogimiento familiar presentan unas problemáticas graves en su contexto familiar más próximo mientras que esto no aparece en el grupo de comparación. Sin embargo, aunque a priori se pensara que los grupos iban a ser comparables a nivel de edad y variables socioeconómicas, los resultados contradicen esta idea. Los niños y niñas del grupo de acogimiento familiar tienen una edad superior a los niños y niñas del grupo de acogimiento residencial y de comparación, en los que hay mayor número de bebés. De igual manera, las condiciones socioeconómicas de los tres grupos difieren puesto que mientras el grupo de comparación parece no manifestar graves problemas económicos, los grupos de acogimiento familiar y residencial sí los presentan. Además, el grupo de acogimiento residencial está compuesto fundamentalmente por familias numerosas de etnia gitana, mientras que el grupo de acogimiento familiar lo componen en gran medida familias monoparentales y el grupo de comparación parece estar formado por familias de parejas estables con uno o dos hijos.

Estas grandes diferencias en los perfiles sociofamiliares de los tres grupos implican que los niños y niñas tienen una historia de vida muy diferente que puede estar afectando directamente a su estado emocional y a su desarrollo. De esta forma, esta historia de vida se tiene que tener en cuenta en la interpretación de cualquier resultado en esta investigación.

2. Estado emocional y conductual

Los resultados obtenidos en esta Tesis que responden al segundo objetivo específico están mediatizados por el reducido número de niños y niñas mayores de tres años en cada grupo. El objetivo planteado tiene que ver con conocer las características emocionales y conductuales que manifiestan los niños y niñas de cada uno de los grupos y detectar la presencia de posibles problemáticas.

Un tercio de los niños y niñas de acogimiento residencial que participan en esta investigación parecen estar en riesgo de manifestar problemas de externalización o problemas de atención, más del 10% están en riesgo de sufrir problemas depresivos y de retraimiento o de manifestar problemas clínicos de atipicidad. Un tercio de estos niños y niñas están en riesgo de presentar problemas clínicos en sus habilidades adaptativas (adaptabilidad y habilidades sociales), mientras que más de la mitad de ellos manifiestan estos problemas a nivel clínico.

Los niños y niñas del grupo de acogimiento familiar presentan en torno al 10% riesgo de sufrir problemas relacionados con la externalización, con la atención, ansiedad, somatización, atipicidad y retraimiento. Un quinto de estos niños y niñas muestran problemas clínicos de atención, un 15% de retraimiento y menos del 10% de atipicidad. Por último, más de un tercio parecen estar en riesgo de manifestar problemas de adaptabilidad, preservando de una manera adecuada sus habilidades sociales.

El grupo de comparación presenta en torno al 10% problemáticas relacionadas con la ansiedad, la somatización, el retraimiento y la atención. Un cuarto de estos niños y niñas manifiestan dificultades en el ámbito de las habilidades adaptativas.

Analizadas las dificultades emocionales de los tres grupos y teniendo en cuenta el número reducido de niños y niñas mayores de tres años, se puede concluir que, a nivel general, el grupo de acogimiento residencial presenta graves problemáticas relacionadas con la externalización, la atención y las habilidades adaptativas y sociales. El grupo de acogimiento familiar muestra dificultades en el área atencional y el grupo de comparación parece manifestar mayor riesgo en el área de adaptabilidad.

Teniendo en cuenta los datos anteriores es viable confirmar la hipótesis inicial que mantenía que los niños pertenecientes al grupo de acogimiento residencial mostrarían mayores niveles de desajuste clínico, mayores problemáticas atencionales y menores niveles de habilidades adaptativas que los niños que eran acogidos por familias y, a su vez, estos tendrían mayores niveles de problemática asociada que los niños del grupo de comparación.

Estos datos coinciden con los obtenidos por otros estudios en los que se señaló que entre el 25 y el 40% de los niños menores de 6 años que entran en hogares de acogida tienen problemas significativos en su comportamiento (Camras *et al.*, 1990, Camras *et al.*, 1996 y Pollak y Tolley-Schell, 2003) y otros que aseguraron que la prevalencia de los problemas de conducta en la población general de preescolares se estima entre el 3 y 6% (Rieder y Cicchetti, 1989 y Weiss *et al.* 1992).

3. Desarrollo evolutivo

El tercer objetivo pretende describir el nivel de desarrollo evolutivo de cada uno de los grupos y comparar los resultados con los baremos normativos para niños y niñas de su misma edad.

La mitad del grupo de acogimiento residencial puntúa dentro del rango inferior en las áreas personal y social, adaptativa, motora y cognitiva es decir, que la mitad de los niños y niñas del grupo de acogimiento residencial están por debajo del desarrollo que les correspondería por su edad a nivel emocional, social, adaptativo, motor y cognitivo. En el área de comunicación las carencias son mayores puesto que más del 60% de los niños y niñas tienen un desarrollo por debajo de la norma para su edad.

En el caso de los niños y niñas del grupo de acogimiento familiar, en torno a un tercio de ellos puntúan en el rango inferior para todas las escalas. De esta forma, se puede afirmar que un tercio de los niños que se encuentran en acogimiento familiar tienen déficits en su desarrollo emocional, social, adaptativo, motor, comunicativo y cognitivo.

En estos dos grupos, prácticamente no hay casos en el rango superior por lo que el resto de los niños y niñas se desarrollan con normalidad: la mitad en el grupo de acogimiento residencial y en torno a dos tercios en el grupo de acogimiento familiar.

Los casos del grupo de comparación siguen una distribución normal, situándose en torno al 80-90% de los casos en el rango normal y entre un 5-10% en el inferior y en el superior. Sin embargo, en el área comunicativa un quinto de los casos muestra un desarrollo por debajo de lo que les correspondería para su edad.

Considerando estos resultados se puede aceptar, sin lugar a dudas, la hipótesis preliminar en la que se afirmaba que, a nivel de desarrollo evolutivo, los niños del grupo de comparación obtendrían los mejores resultados en las cinco áreas de desarrollo: personal-social, adaptativa, motora, comunicativa y cognitiva, siendo los niños con medida de acogimiento residencial los que obtendrían peores niveles en todas las áreas.

Estos datos son congruentes con las investigaciones precedentes con niños con medidas de separación familiar que mostraron que entre el 23% y el 61% de los niños menores de 5 años manifiestan un retraso significativo en su desarrollo (Pollak *et al.*, 2000). Los resultados sobre desarrollo obtenidos en esta Tesis para el grupo de comparación van también en la línea de los encontrados por otros estudios anteriores en los que el porcentaje para la población general de retraso en el desarrollo se sitúa entre el 10% y 12% (Hoffman-Plotkin y Twentyman, 1984, Rogosch *et al.*, 1995).

Estos datos fundamentan la necesidad primordial que existe en los grupos de separación familiar de poner en marcha intervenciones técnicas y sistemáticas que dirijan sus esfuerzos a reducir y paliar estas grandes carencias en todas las áreas del desarrollo. Siguiendo el Principio de Normalización, esta sería la única manera de permitir que estos niños y niñas alcancen un desarrollo lo más normalizado posible y por tanto, puedan tener las mismas oportunidades que tendrá el grupo de comparación.

4. Diferencias entre los grupos en su nivel de desarrollo y su estado emocional y conductual

Teniendo en cuenta los resultados que responden a los dos objetivos anteriores de esta Tesis se hace necesario, en este punto, atender al quinto objetivo que se refería a examinar las diferencias entre los tres grupos en cuanto a sus problemáticas emocionales y conductuales y desarrollo evolutivo, comprobando así los diferentes estados de los niños en función de la medida adoptada.

Los datos obtenidos, sobre las diferencias entre los grupos en lo que se refiere a su estado emocional y conductual, hay que interpretarlos con precaución debido al reducido número de los casos evaluados mayores de tres años en los grupos de separación familiar. Por este motivo, parece razonable que no se detecten diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las escalas clínicas, pese a existir claras diferencias entre los mismos como se han descrito con anterioridad. Sin embargo, en las escalas relativas a las habilidades adaptativas (adaptabilidad y habilidades sociales) se encuentran grandes diferencias significativas a nivel estadístico entre el grupo de acogimiento residencial y los grupos de

acogimiento familiar y de comparación. De esta forma, se puede afirmar que existen mayores niveles de problemática clínica en las habilidades de adaptación y socialización en los niños y niñas con medida de acogimiento residencial que en los niños y niñas de acogimiento familiar o del grupo de comparación.

A partir de la anterior aseveración, se puede confirmar la hipótesis originaria que hacía referencia a que los niños que habían sufrido maltrato serían a su vez los que alcanzaran menores puntuaciones en las habilidades sociales.

Estos resultados son coincidentes con los obtenidos por investigaciones previas (Chicchetti y Valentino, 2006, Lázaro y López, 2010 y Paúl y Arruabarrena, 1995). Las dos trayectorias de interacción social que plantearon Cicchetti y Valentino (2006) en niños maltratados implican igualmente habilidades sociales disfuncionales, por exceso y agresividad o por respuestas pasivas y de retraimiento. De igual modo, De Paúl y Arruabarrena (1995) detectaron mayores dificultades sociales tanto en los niños abandonados como en los niños maltratados físicamente frente al grupo control.

En cuanto a las diferencias en el nivel de desarrollo entre los grupos, parece que el de acogimiento residencial obtiene en todas las áreas de desarrollo menores puntuaciones que los grupos de acogimiento familiar y de comparación. Aunque las puntuaciones del grupo de acogimiento residencial son menores que las del grupo de acogimiento familiar, únicamente se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos en el área de motricidad gruesa. De esta forma, las diferencias entre los grupos son sistemáticamente significativas en la mayoría de las áreas entre el grupo de comparación y acogimiento residencial y entre el de comparación y acogimiento familiar.

Considerando estos resultados se puede ratificar parcialmente la hipótesis inicial que asumía que las mayores diferencias en desarrollo evolutivo se obtendrían entre el grupo de comparación y el de acogimiento residencial en las medidas personal-social, comunicativa y cognitiva. Se plantea una aceptación parcial de la hipótesis puesto que en este caso, según los datos descubiertos, las mayores diferencias se dan entre los grupos de acogimiento residencial y de comparación en las cinco áreas del desarrollo.

Estos resultados son congruentes con los encontrados en otros estudios precedentes aun cuando no existen muchas investigaciones dedicadas a valorar el nivel de desarrollo en función de las medidas adoptadas. Ya Egeland y Sroufe en el año 1981 y Egeland y otros colaboradores en el año 1983 detectaron retrasos importantes en todas las áreas del desarrollo en niños maltratados. Stahmer y sus colaboradores en 2005 encontraron que tanto los bebés como los niños preescolares en el sistema de protección mostraban grandes necesidades de desarrollo y conductuales. Díaz Aguado y Martínez Arias (1995) confirmaron la existencia de problemas emocionales, de autoconcepto, así como a nivel de las relaciones sociales afectivas en niños que habían sufrido maltrato frente a los que no lo habían sufrido. Lázaro y López (2010) encontraron que, a pesar de la intervención protectora, el desarrollo social y emocional de los adolescentes con experiencia de maltrato en acogimiento residencial seguía presentando dificultades. Por último, Silvia Cohen (1999) detectó que los niños que habían sufrido maltrato obtenían un desarrollo cognitivo inferior a la media.

Estos datos confirman la necesidad, consensuada en el Informe del Senado (2010), de desarrollar e impulsar el programa de acogimiento familiar para niños y niñas menores de 6 años, sobre todo en el caso de los bebés. Sin embargo, también detectan deficiencias en las medidas de acogimiento familiar puesto que los niños y niñas que están con una familia acogedora también muestran un desarrollo significativamente inferior a los niños y niñas que están en sus casas. Así, estos resultados apoyan la idea de mejorar los recursos existentes en las intervenciones de acogimiento familiar (seguimiento e intervención terapéutica) para paliar las consecuencias del maltrato sufrido en su experiencia previa.

5. Relación entre el desarrollo evolutivo y el estado emocional y conductual

Siguiendo con las respuestas a los objetivos específicos de esta Tesis, es importante atender en este punto al que trata de averiguar el nivel de covariación de la presencia de problemáticas emocionales, conductuales y del desarrollo en cada uno de los grupos.

Según los resultados obtenidos parece que presentar carencias en el desarrollo emocional y social contribuye a desarrollar sintomatología depresiva, problemas de atención y habilidades sociales disfuncionales. Los niños y niñas que manifiestan déficits en la consecución de las tareas evolutivas relativas al área de adaptación tienen mayor probabilidad de mostrar un afecto depresivo, atipicidad y un Índice de Síntomas Comportamentales mayor. Las carencias en el ámbito de comunicación expresiva y receptiva llevan con mayor frecuencia a presentar problemas de atención y adaptabilidad. Por último, los resultados nos sugieren que carencias en el desarrollo general favorecen la aparición de sintomatología depresiva, problemas de externalización y un mayor Índice de Síntomas Conductuales.

Los niños que muestran una menor autoestima son más proclives a manifestar sintomatología depresiva (Abela y Taylor, 2003). Además, estos niños parecen interaccionar menos con sus iguales puesto que no se ven con fuerzas o capacitados para mantener este tipo de relación, haciendo que sus habilidades sociales no sean entrenadas y lleguen a ser disfuncionales (Lewinsohn, Mischel, Chaplin y Barton, 1980; Mufson, Moreau y Weissman, 1996; Rudolph, Hammen y Burge, 1997). A su vez, esta falta de interacciones sociales adecuadas hace posiblemente que tengan menores posibilidades de comunicación y por tanto de desarrollar su lenguaje, lo que contribuye a su vez a mantener el sentimiento de incapacidad social que les llevará a interaccionar aún menos. Estas situaciones suponen para los niños y niñas que las viven un gran problema, generando una gran cantidad de pensamientos intrusivos que inevitablemente les lleva a manifestar dificultades atencionales.

Por tanto, según estos resultados, se puede confirmar la hipótesis de que los niños y niñas que tienen un desarrollo global inferior a la media manifiestan una mayor inestabilidad emocional y conductual.

Los trastornos emocionales y conductuales son indicadores de un desarrollo disfuncional de las tareas evolutivas como ya se mencionó en la explicación del marco teórico de la evaluación, la psicopatología del desarrollo (Achenbach, 1990; Cicchetti 1984, 1989 y 2003; Rolf y Read, 1984; Sroufe y Rutter, 1984). Por tanto, los problemas clínicos aparecen cuando el desarrollo se ve limitado. Esta idea reafirma la necesidad urgente de un protocolo de

evaluación e intervención técnica y sistemática en el desarrollo de los niños y niñas, puesto que, aún siendo menores de 7 años, ya presentan problemáticas clínicas.

6. Relación entre desarrollo evolutivo y experiencia de maltrato

El sexto objetivo específico planteado para esta Tesis es el que se refería a conocer la relación existente entre la experiencia de maltrato con el nivel de desarrollo en los niños y niñas.

Los resultados obtenidos parecen indicar que los niños que han sufrido negligencia física y negligencia emocional tienen un desarrollo inferior a la media en las áreas personal, social, comunicativa y cognitiva. Debido a la baja casuística de niños y niñas que hubieran sufrido maltrato físico, no se han podido conseguir datos suficientes para analizar la relación entre este tipo de maltrato y el desarrollo evolutivo.

La hipótesis preliminar que planteaba que los niños que han sufrido maltrato físico serían los que alcanzaran mayores carencias a nivel de desarrollo social debido a su hipervigilancia ante situaciones de ira y enfado, no ha podido ser contrastada debido al motivo con anterioridad mencionado.

Sin embargo, teniendo en cuenta los datos relativos a la negligencia física y emocional, se puede aceptar la hipótesis inicial que afirmaba que los niños que han sufrido negligencia emocional y física serían los que obtuvieran peores puntuaciones en las áreas de desarrollo referentes a lo personal-social, comunicativo y cognitivo.

De hecho, a nivel general, Pino y sus colaboradores (2000) encontraron que los niños que sufrían abandono físico mostraban un retraso en su desarrollo aproximadamente de ocho meses respecto a su edad cronológica.

Según Cicchetti y Valentino (2006) los niños que han sufrido maltrato emocional y negligencia muestran un aislamiento pasivo así como una evitación activa ante cualquier interacción, probablemente por las expectativas que tienen ante las diferentes situaciones sociales debido a su experiencia de absoluta indiferencia ante sus necesidades.

Algunos estudios que confirman cómo la negligencia influye en el retraso del desarrollo comunicativo son los llevados a cabo por Allen y Oliver (1982), Culp y colaboradores (1991) y Fox y otros (1988). Estos aseguraron que la negligencia severa se relaciona con déficits lingüísticos que afectan tanto al lenguaje receptivo como expresivo. De igual manera, Moreno (2005) y Moreno y otros (2010) afirmaron que los niños que habían sufrido abandono emocional eran quienes manifiestan mayores repercusiones a nivel lingüístico y de adaptación escolar.

La negligencia, según Del Valle y Fuertes (2000) y Cohen (1999), también afecta al desarrollo cognitivo puesto que no permite un adecuado contexto de estimulación, todo lo contrario, en un trato negligente es frecuente la infraestimulación.

Sufrir un trato negligente puede ser considerado por tanto un factor de riesgo para manifestar carencias en el desarrollo. De esta forma, se tendrá que tener en cuenta en el

proceso de intervención desde el sistema de protección, tanto en los programas de acogimiento residencial como familiar, para que los niños que ingresen por estos motivos sean atendidos clínicamente y no sólo a nivel educativo.

7. Relación entre desarrollo evolutivo y problemas en el contexto familiar

El último objetivo específico proyectado para esta Tesis es el que hacía referencia a describir la relación entre algunos problemas del contexto familiar con el nivel de desarrollo en los niños y niñas.

Los resultados alcanzados indican que parecen ser factores de riesgo para el desarrollo de los niños y niñas que los padres tengan: una discapacidad intelectual, una enfermedad importante, un problema de salud mental, comportamientos autolíticos, drogodependencias, problemas de delincuencia o prisión, económicos o de violencia de género.

Considerando estos hallazgos se puede confirmar la hipótesis originaria en la que se mantenía que los niños con mayores índices de problemáticas familiares que implicasen negligencia (drogodependencias, discapacidad intelectual, salud mental, intentos autolíticos, problemas económicos, etc.) tendrían menores niveles de desarrollo.

Estos resultados van en la línea de lo apuntado por otros autores. Según Cerezo (1995) los niños que crecen en ambientes inconsistentes y con un trato insensible hacia sus necesidades, por una pobre estimulación o por ser ésta excesiva, tienen mayor probabilidad de fracasar en el desarrollo de un apego seguro y en sus consiguientes tareas evolutivas. En concreto, Culp y sus colaboradores (1991) planteaban que las carencias en el desarrollo comunicativo se asociaban con ambientes de cuidado en los que las figuras de referencia fracasaban en aportar un adecuado intercambio de lenguaje social y habilidades verbales.

Estos datos implican que, cuando se detectan determinadas problemáticas familiares en el contexto próximo de los niños y niñas, se tienen que poner en marcha con urgencia protocolos de intervención familiar que corrijan las prácticas negligentes que se desprenden de muchas de estas situaciones familiares. Es decir, es necesario crear protocolos de intervención familiar más sistemáticos y menos flexibles que busquen el objetivo final de bienestar infantil y no prioricen las necesidades de los padres o sus actitudes de colaboración.

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES

1. Conclusiones

La primera conclusión a la que se puede llegar en esta Tesis, teniendo en cuenta la discusión anterior de los resultados, es que los grupos de acogimiento residencial, acogimiento familiar y de comparación son diferentes en sus contextos socioeconómicos, familiar, escolar y de salud, lo cual corrobora la existencia de factores de riesgo en los diferentes contextos de los niños con medida de protección. Mientras que el grupo de comparación parece tener un contexto familiar, en general estable y protector, los niños y niñas de los grupos de separación familiar presentan graves problemáticas familiares. Teniendo en cuenta las diferencias encontradas en el perfil de cada grupo se podría caracterizar al grupo en acogimiento residencial destacando una mayor presencia de familias numerosas así como de pertenecientes a la etnia gitana en mayor proporción que en los otros dos grupos; además presentan mayores problemas en las condiciones de sus viviendas. En el grupo de acogimiento familiar destaca la mayor proporción de familias monoparentales como característica más diferenciadora frente al anterior grupo. Finalmente, como cabría esperar el grupo de comparación lo componen en su mayoría parejas estables sin problemas económicos severos.

- Por tanto, se corrobora la hipótesis que mantenía que los grupos de acogimiento residencial y familiar tendrían mayores niveles de problemáticas familiares y factores de riesgo que el grupo de comparación, a pesar de que la distribución de otras variables descriptivas como la edad, sexo y contexto socioeconómico de origen es similar.

En cuanto a los resultados obtenidos en la valoración del desarrollo (basándose en la Escala de Desarrollo Battelle) se puede concluir:

1. Escala Personal-Social: el grupo con menores puntuaciones en esta escala es el de acogimiento residencial. Las diferencias estadísticamente significativas se dan entre el grupo de comparación y los de separación familiar. Parece que los grupos de acogimiento residencial y familiar tienen puntuaciones similares. La mitad del grupo de acogimiento residencial presenta puntuaciones por debajo de las que le corresponden por edad y un tercio en el caso del grupo de acogimiento familiar, mientras que el grupo de comparación presenta el 85% de los casos dentro del rango normal.

2. Escala Adaptativa: sigue la misma línea de resultados que en la anterior escala. El grupo que menor puntuación alcanza es el grupo de acogimiento residencial, así como el que más porcentaje de casos presenta en el rango inferior, la mitad. En el grupo de acogimiento familiar puntúan en el rango inferior un 30% y en el grupo de comparación un 10%. Las diferencias estadísticamente significativas entre los grupos aparecen entre el de comparación y los de separación familiar nuevamente,

exceptuando para las subescalas de vestido y aseo en las que todos los grupos puntúan bajo.

3. Escala Motora: una vez más el grupo de acogimiento residencial es el que tiene las puntuaciones más bajas. Sin embargo, en esta ocasión, para la motricidad fina aparecen diferencias entre el grupo de acogimiento residencial y familiar. De nuevo, el porcentaje de casos que tienen carencias en este ámbito del desarrollo se sitúa en la mitad del grupo de acogimiento residencial, en torno al 30% en el grupo de acogimiento familiar y en torno al 6% en el grupo de comparación.

4. Escala comunicativa: es la que muestra más déficits del desarrollo en los tres grupos. En el grupo de acogimiento residencial el 60% de los niños y niñas presentan carencias comunicativas, el 38% en el grupo de acogimiento familiar y el 20% en el grupo de comparación. Otra vez más se dan diferencias estadísticamente entre los grupos de comparación y separación familiar, mostrando los grupos de acogimiento residencial y familiar puntuaciones similares.

5. Escala cognitiva: el grupo con menores puntuaciones en esta escala es el de acogimiento residencial, como en las anteriores ocasiones. Las diferencias estadísticamente significativas entre los grupos se dan entre el de comparación y los de separación familiar. De nuevo, los grupos de acogimiento residencial y familiar tienen puntuaciones similares. La mitad del grupo de acogimiento residencial presenta puntuaciones por debajo de las que le corresponden por edad y un tercio en el caso del grupo de acogimiento familiar, mientras que en este caso el grupo de comparación presenta el 80% de los casos dentro del rango de desarrollo óptimo.

- Se acepta la hipótesis preliminar en la que se afirmaba que, a nivel de desarrollo evolutivo, los niños del grupo de comparación obtendrían los mejores resultados en las cinco áreas de desarrollo: personal-social, adaptativa, motora, comunicativa y cognitiva, siendo los niños con medida de acogimiento residencial los que obtendrían peores niveles en todas las áreas.
- Considerando estos resultados se puede ratificar a hipótesis inicial que asumía que las mayores diferencias en desarrollo evolutivo se obtendrían entre el grupo de comparación y el de acogimiento residencial aunque, según los datos descubiertos, las mayores diferencias se dan entre ambos grupos pero en las cinco áreas del desarrollo.

En cuanto a los resultados obtenidos en la valoración del estado emocional y conductual (basándose en el BASC) se puede concluir:

1. Desajuste clínico (escalas clínicas): los niños y niñas acogidos en centros y hogares de protección presentan una mayor incidencia de problemáticas conductuales y emocionales de tipo externalizante, así como más problemas de atención y carencia en sus habilidades adaptativas y sociales. El grupo de acogimiento familiar muestra especiales dificultades en el área atencional y el grupo de comparación parece manifestar mayor riesgo en el área de adaptabilidad.

2. Ajuste personal (escalas adaptativas: En las escalas relativas a las habilidades adaptativas (adaptabilidad y habilidades sociales) se encuentran grandes diferencias significativas a nivel estadístico entre el grupo de acogimiento residencial y los grupos de acogimiento familiar y de comparación.

- Teniendo en cuenta los datos anteriores es viable confirmar la hipótesis inicial que mantenía que los niños pertenecientes al grupo de acogimiento residencial mostrarían mayores niveles de desajuste clínico que los niños que eran acogidos por familias y, a su vez, estos tendrían mayores niveles de problemática asociada que los niños del grupo de comparación.
- De esta forma, se puede confirmar la hipótesis originaria que hacía referencia a que los niños que habían sufrido maltrato serían a su vez los que alcanzaran menores puntuaciones en las habilidades sociales.

Presentar carencias en el desarrollo emocional y social, adaptativo y comunicativo contribuye a desarrollar sintomatología depresiva, problemas de atención y habilidades sociales disfuncionales. Las relaciones encontradas entre el nivel de desarrollo y las habilidades adaptativas sugieren que carencias en el desarrollo general favorecen la aparición de sintomatología depresiva, problemas de externalización y un mayor Índice de Síntomas Conductuales.

- Según estos resultados, se puede confirmar la hipótesis de que los niños y niñas que tienen un desarrollo global inferior a la media manifiestan una mayor inestabilidad emocional y conductual.

Los resultados obtenidos parecen indicar que los niños que han sufrido negligencia física y negligencia emocional tienen un desarrollo inferior a la media en las áreas personal, social, comunicativa y cognitiva.

- Se reafirma, por tanto, la hipótesis inicial que afirmaba que los niños que han sufrido negligencia emocional y física serían los que obtuvieran peores puntuaciones en las áreas de desarrollo referentes a lo personal-social, comunicativo y cognitivo.
- La hipótesis preliminar que planteaba que los niños que han sufrido maltrato físico serían los que alcanzaran mayores carencias a nivel de desarrollo social, no ha podido ser contrastada en los resultados de la muestra de estudio.

Otra conclusión importante es que parecen ser factores de riesgo para el desarrollo de los niños y niñas que los padres tengan: una discapacidad intelectual, una enfermedad importante, un problema de salud mental, comportamientos autolíticos, drogodependencias, problemas de delincuencia o prisión, económicos o de violencia de género.

- Con estos hallazgos se puede confirmar la hipótesis originaria en la que se mantenía que los niños con mayores índices de problemáticas familiares que implicasen negligencia tendrían menores niveles de desarrollo.

2. Limitaciones

La primera limitación de este estudio es que se fundamenta en una evaluación transversal, no es un estudio longitudinal que tenga en cuenta la línea base por lo que no puede valorar el impacto que las medidas de separación familiar llegan a ejercer sobre el desarrollo de los niños.

Otra limitación importante es el reducido número de niños mayores de tres años en cada grupo de separación familiar, lo que limita la interpretación de los resultados de los problemas clínicos de estas edades.

No poder asegurar con certeza que existe buen trato en los casos del grupo de comparación es otra de las limitaciones. En principio es esperable que los niños que no están en el sistema de protección no están siendo maltratados pero no es una información que pueda ser contrastada en el contexto de este estudio, aunque partimos de la hipótesis de que pudiendo haber casos de desprotección o riesgo no detectados, estos no sean significativos en dicho grupo. Lo mismo ocurre con las problemáticas del contexto familiar, las familias de protección están evaluadas y controladas por lo que sus problemas los detectamos directamente de los informes de los equipos técnicos. En el caso del grupo de comparación, los datos se recaban de las respuestas de los adultos de referencia en cada caso, no pudiendo acceder a otras fuentes para contratar dicha información o corroborar la posible existencia de otros factores de riesgo.

3. Principales propuestas que se derivan de este estudio

Los niños con una medida de separación familiar tienen grandes carencias en su desarrollo emocional, social, adaptativo, psicomotor, comunicativo y cognitivo. Estas carencias en el desarrollo les hacen tener mayores probabilidades de manifestar problemas de carácter clínico.

A falta de estudios longitudinales que valoren al niño o a la niña previamente a la separación familiar, justo después de la misma y en diferentes momentos una vez que se encuentra en la medida de protección adoptada, no se puede determinar el impacto de estos programas de intervención en su desarrollo.

Hay una necesidad fundamental y urgente de crear un protocolo de evaluación del desarrollo y del estado psicológico con el que llega el niño o la niña al sistema de protección. Sólo de esta forma, se podrá atender de manera adecuada las necesidades del mismo, programando una intervención sistemática y técnica ajustada a lo que se necesita en cada caso. La evaluación utilizada en esta Tesis es perfectamente válida para este propósito.

Atendiendo a los resultados obtenidos se hace imprescindible modificar las bases de atención desde los programas de separación familiar puesto que no es suficiente para estos perfiles de niños menores de 7 años un trabajo meramente educativo. Considerando que la mitad de los casos sistemáticamente muestran carencias en todas las áreas del desarrollo, es primordial para poder ajustarse al principio de normalización que se trabajen terapéuticamente estos desfases para que puedan tener la opción de llegar a las mismas oportunidades de cualquier niño o niña de su misma edad.

Otra conclusión que se deriva de los resultados obtenidos es que existen determinados contextos sociofamiliares que parecen facilitar la aparición de prácticas negligentes, siendo los niños objeto de cuidados negligentes los que menor desarrollo generalizado alcanzan. Por este

motivo, estos déficits en el desarrollo parecen ser consecuencia directa de un tipo de trato negligente derivado de unas características sociofamiliares de riesgo. De esta forma, se hace necesario crear programas comunitarios de apoyo e intervención familiar que traten de promover un trato adecuado en las familias en las que se detectan determinados factores de riesgo (problemas económicos, problemas afectivos, etnia gitana, familias monoparentales, embarazadas que no siguen el control médico, etc).

De la misma forma, profundizando en la conclusión anterior, habría que reajustar los programas de intervención familiar de tal forma que las necesidades de los niños y de las niñas se vieran cubiertas mediante apoyo terapéutico ya en la familia, además de acortar tiempos y plazos para la consecución de objetivos en los adultos. Hay que tener en cuenta que el paso del tiempo en un niño no es el mismo que para un adulto.

Por último, el acogimiento residencial no parece ser una medida de intervención y de protección ajustada a las necesidades de niños menores de 7 años puesto que no puede garantizar un adecuado desarrollo emocional y social. Dicho esto, es imprescindible favorecer y apoyar las medidas de acogimiento familiar para proteger a estos niños y niñas. De todas formas, con la medida de acogimiento familiar no estaría todo hecho puesto que seguiría siendo necesaria una evaluación de las necesidades de cada caso concreto para poder ajustar una intervención clínica, en los casos que fuera necesaria, que persiguiera estabilizar y paliar las consecuencias de la situación vivida. A su vez, es fundamental para el buen desarrollo de la medida de acogimiento familiar los servicios de orientación y seguimiento.

4. Líneas futuras

Entre las posibles líneas de investigación que se derivan de esta Tesis destaco el desarrollo de un estudio de corte longitudinal, que permita evaluar el impacto de las intervenciones protectoras, así como analizar el tipo de evolución y recuperación que estos niños puedan tener durante el proceso de intervención. De hecho dicha línea de trabajo ya ha tenido comienzo dando continuidad a estos primeros resultados descriptivos, aunque queda aún por analizar los resultados hallados y explorar sus implicaciones.

Otra línea de trabajo que debiera potenciarse a la luz de estos resultados es la elaboración de un protocolo de intervención clínica para estimular y promover el desarrollo emocional y social a partir del ya creado Programa Escolar para el Desarrollo Emocional (PEDE) por Lozano y sus colaboradores en (2011a, 2011b, 2011c).

Finalmente, con las conclusiones obtenidas sería interesante poder crear diferentes Escuelas de Padres en función de diferentes características sociofamiliares, que permitan trabajar preventivamente sobre algunos factores de riesgo hallados en el contexto familiar de los niños y niñas en protección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela, J. y Taylor, G. (2003). Specific vulnerability to depressive mood reactions in schoolchildren: The moderating role of Self-esteem. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 32, 408-419.
- Achenbach, T.M. (1990). Conceptualization of developmental psychopathology. In M. Lewis & S.M. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 and 1991 profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T., & Edelbrock, C. (1986). *The Child Behavior Checklist–Teacher’s Report Form*. Burlington, VT: Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: Author.
- Ainsworth, M. D. S., y Wittig, B. A. (1969). Attachment and explicatory behavior one-year-olds in a strange situation. En B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior*, vol. 4 pp 113-136. Methuen. London.
- Allen, R. E. y Oliver, J. M. (1982). The effects of child maltreatment on language development. *Child Abuse & Neglect*, 6, 299-305.
- Allen, D.H. y Tarnowsky, K.J. (1989). Depressive characteristics of psysically abused children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17 (1), 1-11.
- Allen, R. E. y Wasserman, G.A. (1985). Origins of language delay in abused infants. *Child Abuse & Neglect*, 9, 335-340.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. fourth edition. Washington DC: American Psychiatric Association Press.
- Amorós, P., y Palacios, J. (Eds.). (2004). *Acogimiento familiar*. Madrid: Alianza.
- Armsden, G., Pecora, P. J., Payne, V. H., & Szatkiewicz, J. P. (2000). Children placed in long-term foster care: An intake profile using the Child Behavior Checklist 4–18. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8, 49– 64.
- Arruabarrena, M.I. (2001). Detección y notificación de situaciones de desprotección infantil. En De Paúl, J. y Arruabarrena, M.I. *Manual de Protección Infantil*. Barcelona: Masson. 2ª edición.

- Arruabarrena, M.I. (2009). Procedimiento y criterios para la evaluación y la intervención con familias y menores en el ámbito de la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 30(1), pp.13-23.
- Augoustinos, M. (1987). Developmental effects of child abuse: Recent findings. *Child Abuse & Neglect*, 11, 15-27.
- Azar, S. T., Barnes, K. T., & Twentyman, C. T. (1988). Developmental outcomes in physically abused children: Consequence of parental abuse or the effects of a more general breakdown in caregiving behaviors. *The Behavior Therapist*, 11, 27–32.
- Baker, A. J.L., Kurland, D., Curtis, P., Alexander, G. and Papa-Lentini, C. (2007). Mental Health and Behavioral Problems of Youth in the Child Welfare System: Residential Treatment Centers Compared to Therapeutic Foster Care in the Odyssey Project Population. *Child Welfare*. Vol. 86, 3, pp.97-123.
- Barahal, R. B., Waterman, J., & Martin, H. P. (1981). The social cognitive development of abused children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 508–516.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Becedóniz, C. Y González, L. (Coords.) (2007). Guía de actuación para los centros educativos de Asturias. Consejería de Vivienda y Bienestar Social. Consejería de Educación y Ciencia. Gobierno del Principado de Asturias.
- Blumberg, E., Landaverk, J., Ellis-MacLeod, E., Ganger, W., & Culver, S. (1995). Use of the public mental health system by children in foster care: Client characteristics and service use patterns. *The Journal of Mental Health Administration*, 23,389-405]. Briere, J., & Runtz, M. (1988). Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. *Child Abuse & Neglect*, 12, 331–341.
- Bolger, K., Patterson, C., & Kupersmidt, J. (1998). Peer relationships and self-esteem among children who have been maltreated. *Child Development*, 69, 1171–1197.
- Bowlby, J. (1951). Cuidados maternos y salud mental. Ginebra: OMS.
- Brady K.L., & Caraway, J.S. (2002). Home away from home: Factors associated with current functioning in children living in a residential treatment center. *Child Abuse & Neglect*, 26,1149-1163.
- Brandenburg, N. A., Friedman, R. M., & Silver, S. (1990). The epidemiology of childhood psychiatric disorders: Prevalence findings from recent studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 76–83.
- Bravo, A. y Del Valle, J. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. *Psicothema*, 13,2, 197-204.

- 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.
- Briere, J., & Runtz, M. (1993). Childhood sexual abuse—Long-Term sequelae and implications for psychological assessment. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 312-330.
- Brodsky, B. S., Oquendo, M., Ellis, S. P., Haas, G. L., Malone, K. M. y Mann, J. J. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1871-1877.
- Bronfenbrenner, U. (1987). La ecología del desarrollo humano. Barcelona: Paidós.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J., & Smailes, E. (1999). Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal American Child Adolescent Psychiatry*, 38, 1490–1496.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77.
- Camras, L.A., Grow, J.G. y Ribordy, S.C. (1983). Recognition of emotional expression by abused children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12 (3), 325-328.
- Camras LA, Ribordy S, Hill J, Martino S, Sachs V, Spaccarelli S, Stefani R. (1990). Maternal facial behaviour and the recognition and production of emotional expression by maltreated and nonmaltreated children. *Developmental Psychology*;26(2):304-312.
- Camras LA, Sachs-Alter E, Ribordy SC. (1996). Emotion understanding in maltreated children: Recognition of facial expressions and integration with other emotion cues. In: Lewis M, Sullivan MW, eds. *Emotional development in atypical children*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 203-225.
- Carmen, E.H., Rieker, P.P. y Mills, T. (1984). Victims of violence and psychiatry illness. *American Journal of Psychiatry*, 141, 378-383.
- Carlson, V.; Cicchetti, D.; Barnett, D., y Braunwald, K. (1989). Finding order in disorganization: lesson from research on maltreated infant's attachments to their caregivers. En D. Cicchetti y V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment*. Cambridge Univ. Press. (pp. 494-528).
- Cerezo, M.A. (1995). El impacto psicológico del maltrato: primera infancia y edad escolar. *Infancia y aprendizaje*, 71, pp. 135-157.
- Cerezo, M. A., & Frías, D. (1994). Emotional and cognitive adjustment in abused children. *Child Abuse & Neglect*, 18, 923–932.
- Chamberlain, P., Price, J.M., Reid, J.B., Landsverk, J., Fisher, P.A. y Stoolmiller, M. (2006). Who disrupts from placement in foster and kinship care? *Child Abuse & Neglect* 30 409–424.

- Charles, G., & Matheson, J. (1990). Children in foster care: Issues of separation and attachment. *Community Alternatives: International Journal of Family Care*, 2(2), 37-49.
- Chemoff, R., Combs-Orme, T., Risley-Curtiss, C., & Heisler, A. (1994). Assessing the health status of children entering foster care. *Pediatrics*, 93,594-601.
- Christozov, C., & Toteva, S. (1989). Abuse and neglect of children brought up in families with an alcoholic father in Bulgaria. *Child Abuse & Neglect*, 13, 153–155.
- Cicchetti, D. (1984). The emergence of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 1-7.
- Cicchetti, D. (1989). Developmental psychopathology: Some thoughts on its evolution. *Development and Psychopathology*, 1, 1-4.
- Cicchetti, D. (2003). Editorial: Experiments of nature: Contributions to developmental theory. *Development and Psychopathology*, 15, 833-835.
- Cicchetti, D. y Carlson, V. (1989). *Child maltreatment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cicchetti D, Manly JT. (2001) Editorial: Operationalizing child maltreatment: Developmental processes and outcomes. *Developmental and Psychopathology*;13(4):755-757.
- Cicchetti, D., & Toth, S. (2000). Developmental processes in maltreated children. In D. Hansen (Ed.), *Nebraska symposium on motivation: Motivation & child maltreatment*, Vol. 46, 1998 (pp. 85–160). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). An Ecological Transactional Perspective on Child Maltreatment: Failure of the Average Expectable Environment and Its Influence Upon Child Development. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology (2nd ed.): Risk, Disorder, and Adaptation*, Vol. 3 (pp. 129-201). New York, New York: Wiley.
- Clausen, J.M., Landsverk, J., Ganger, W., Chadwick, D. y Litrownik, A. (1998). Mental Health Problems of Children in Foster Care. *Journal of Child and Family Studies*. 7(3), pp 283-296.
- Cohen, S (1999). Niños maltratados: análisis de los aspectos cognitivos a través del WISC III. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (RIDEP)*, 1, 53-64.
- Crittenden, P. (1981). Abusing, neglecting, problematic and adequate dyads: Differentiating by patterns of interaction *Merrill-Palmer Quarterly*, 27, 201-208.
- Crouch, J. L., & Milner, J. S. (1993). Effects of child neglect on children. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 49–65.

- Culp, R.E., Watkins, R. V. y Lawrence, H. (1991). Maltreated children`s language and speech development: Abused, neglected and abused and neglected. *First Language*, 11, 377-389.
- Cummings, E.M., Hennessy, K.D., Rabideau, G.J. y Cicchetti, D. (1994). Responses of physically abused boys to interadult anger involving their mothers. *Development and Psychopathology*, 6, pp 31-41.
- Curtis, P. A., Dale, G., Jr., Kendall, J. C., y Rockefeller, J. D. (1999). *The foster care crisis: Translating research into policy and practice*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Cyrułnik, B. (2002). Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa.
- Dale, N., Baker, A.J.L., Anastasio, E., & Purcell, J. (2007). Characteristics of Children in Residential Treatment in New York State. *Child Welfare*, 86(1), 5-28.
- Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116, 387-411.
- De Bellis, M. (2001). Developmental Traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology*, 13, 539-564.
- De la Cruz y González (1996). Adaptación española de Inventario de Desarrollo Battelle. Madrid: TEA.
- De la Herrán, A., García, C., & Imaña, A. (2008). Informe sobre el acogimiento residencial en centros de protección de menores: la vivencia de jóvenes ex residentes y sus familias. *Revista Iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en educación*, 6(3), 139-155.
- De Paúl, J. (2001). Diferentes situaciones en desprotección infantil. En De Paúl, J. y Arruabarrena, M.I. *Manual de Protección Infantil*. Barcelona: Masson. 2ª edición.
- De paúl, J. (2009). La intervención psicosocial en protección infantil en España: Evolución y perspectivas. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 30(1), pp.2-3.
- De Paúl, J., Alzate, R., Echeverría, A. y Ortiz, M. J. (1988). Maltrato y Abandono Infantil: Identificación de Factores de Riesgo. Vitoria-Gasteiz: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- De Paul, J., & Arruabarrena, M. I. (1995). Behavior problems in school-aged physically abused and neglected children in Spain. *Child Abuse & Neglect*, 19, 409-418.
- Del Valle, J.F. (2006). *Los nuevos perfiles de desprotección infantil*. En VIII Congreso Estatal de Infancia Maltratada. Promoviendo el Bienestar Infantil. "Tratándoles, tratándonos bien". Santander, 23, 24 y 25 de noviembre de 2006.

Referencias bibliográficas

- Del Valle, J., Álvarez-Baz, E., & Bravo, A. (2003). Evaluación de resultados a largo plazo en acogimiento residencial de protección a la infancia. *Infancia y Aprendizaje*, 26(2), 235-249.
- Del Valle, J.F. y Bravo, A. (2003). La situación del acogimiento familiar en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Del Valle, J. F., y Bravo, A. (2007). La evaluación de programas de acogimiento residencial de protección infantil. En Blanco, A. y Marín, J. R. (Eds.), *Manual de Intervención Psicosocial*. Madrid: Prentice Hall.
- Del Valle, J.F., Bravo, A. y López, M., (2009). El acogimiento familiar en España: implantación y retos actuales. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 33-41.
- Del Valle, J.F. y Fuertes, J. (2000). El Acogimiento residencial en la protección a la infancia. Madrid: Pirámide.
- Del Valle, J.F., López, M., Montserrat, C. y Bravo, A. (2008). El acogimiento familiar en España. Una evaluación de resultados. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- Del Valle, J.F., López, M., Montserrat, C. y Bravo, A. (2009). Twenty years of foster care in Spain. Profiles, patterns and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 31(8), 847-853.
- Díaz Aguado, M. J., & Martínez Arias, R. (1995). *Niños con dificultades socioeconómicas. Instrumentos de evaluación*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Dirección General de Política Social, de las Familias y de la Infancia (2009). Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia. N°11.
- Dixon, J., y Stein, M. (2003). Leaving care in Scotland: The residential experience. *Scottish Journal of Residential Child Care*, 2(2), 7-17.
- Doll, E. (1965). Vineland social maturity scale. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Downs, W. R. (1993). Developmental considerations for the effects of childhood sexual abuse. Special Issue: Research on treatment of adults sexually abused in childhood. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 331-345.
- Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman D, Williamson DF y Giles WH. (2001). Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Journal of the American Medical Association*; 286:3089-3096.
- Eckenrode, J. y Laird, M. (1991). Social adjustment of maltreated children in the school setting. Paper presented at the Society for Research in Child Development, Seattle.
- Eckenrode, J., Laird, M., y Doris, J. (1993). School performance and disciplinary problems among abused and neglected children. *Developmental Psychology*, 29, 53-62.

- Egeland, B., & Sroufe, L. A. (1981). Developmental sequelae of maltreatment infancy. *New Directions for Child Development*, 11, 77–92.
- Egeland, B., Sroufe, L.A. y Erickson, H. (1983). The developmental consequences of different patterns of maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 7, 459-469.
- Egeland, B., Yates, T., Appleyard, K., & van Dulmen, M. (2002). The long-term consequences of maltreatment in the early years: A developmental pathway model to antisocial behavior. *Children's Services*, 5, 249–260.
- Ellis, B. H., Fisher, P. A., & Zaharie, S. (2004). Predictors of disruptive behavior, developmental delays, anxiety, and affective symptomatology among institutionally reared Romanian children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(10), 1283–1292.
- Elmer, E. y Gregg, G.S. (1967) Developmental characteristics of abused children. *Pediatrics* (40), 4, 596-602.
- Erickson, M. F., Egeland, B., y Pianta, R. (1989). The effects of maltreatment on the development of young children. En D. Cicchetti y V. Carlson (Eds.), *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect* (pp. 647–684). New York: Cambridge University Press.
- Ethier, L. S., Lemelin, J. y Lacharité, C. (2004) . A longitudinal study of the effects of chronic maltreatment on children's behavioral and emotional problems. *Child Abuse & Neglect* 28 1265–1278.
- Fanshel, D., Finch, S., & Grundy, J. (1989). Modes of exit from foster family care and adjustment at time of departure of children with unstable life histories. *Child Welfare*, 68, 391–402.
- Fanshel, D., & Shin, E. (1978). Child behavior characteristics of foster children. In D. Fanshel & E. Shin (Eds.). *Children in foster care: A longitudinal investigation* (pp. 325–372). New York: Columbia University Press.
- Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1992). Psychiatric diagnoses of maltreated children: preliminary findings. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 31, 863–867.
- Feehan, C (1992). Cold hands and feet as a sign of abusive neglect in infants and children. *Psychiatry J. for the Study of Interpersonal Processes*, 55, 303-309.
- Feldman, S., & Downey, G. (1994). Rejection sensitivity as a mediator of the impact of childhood exposure to family violence on adult attachment behavior. *Development and Psychopathology*, 6, 231-247.
- Fergusson, D.M., y Lynskey, M.T. (1996). Adolescent resilience to family adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(3), 281-292.

Referencias bibliográficas

- Fernández, M., Fernández del Valle, J., Fuentes, M. J., Bernedo, I.M. y Bravo, A. (2002). *Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa*. Málaga y Oviedo: Departamentos de Psicología.
- Fernández Millán, J. M., Hamido-Mohamed, A., & Ortiz Gómez, M. M. (2009). Influencia del acogimiento residencial en los menores en desamparo. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7(2), 715-728.
- Fernández-Molina, M., Del Valle, J.F., Fuentes, M.J., Bernedo, M. y Bravo, A. (2011). Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa. *Psicothema*, 23(1), 1-6.
- Finkelhor, D., Hotaling, G. T., Lewis, I. A., & Smith, C. (1990)- Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 14, 19-28.
- Finzi, R., Ram, A. Shnit, D., Har-Even, D., Tyano, S. y Weizman, A. (2001). Depressive symptoms and suicidality in physically abused children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71, 98-107.
- Flisher, A., Kramer, R., & Hoven, C. (1997). Psychosocial characteristics of physically abused children and adolescents. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 36, 123-131.
- Fox, L., Long, S.H. y Langlois, A. (1988). Patterns of language comprehension déficit in abused and neglected children. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 53 (3), 239-244.
- Freeman, F. N.; Holzinger, K. J. y Mitchell, B. C. (1928). The influence of environment on the intelligence, school achievement, and conduct of foster children. *Yearbook of the National Society for the Study of Education*, Vol Pt. I, 102-217.
- Friedrich, W. (1993). Sexual victimization and sexual behavior in children: A review of recent literature. *Child Abuse & Neglect*, 17, 59-66.
- Fuentes, M.J., Bernedo, I.M. y Fernández, M. (2004). Problemas de conducta, evaluados con el CBCL, en adolescentes adoptados españoles. [Análisis y modificación de conducta](#), Vol. 30, Nº. 133, pp. 663-691.
- Fuertes, J. y Del Valle, J. (2001). Acogimiento residencial. En De Paúl, J. y Arruabarrena, M.I. *Manual de Protección Infantil*. Barcelona: Masson. 2ª edición.
- Gabel, S., Swanson, A. J., & Shindlecker, R. (1990). Aggressive children in a day treatment program: changed outcome and possible explanations. *Child Abuse & Neglect*, 14, 515-523.
- Gaensbauer, T. J., Mrazek, D., and Harmon, R. J. (1981). Emotional expresión in abused and/or neglected infants. In Frude, N. (Ed.). *Psychological Approaches to Child Abuse* (pp.120-135). Totowa, NJ: Rowman and Littlefield.

- Gaensbauer, T. J. y Sands, S. K. (1979). Distorted affective communications in abused/neglected infants and their potential impact on caretakers. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 18, 236–250.
- Gaudin, J. M., Polansky, N.A., Kilpatrick, A.C. y Shilton, P. (1996). Family functioning in neglectful families. *Child Abuse and Neglect*, 20, 363-377.
- George, C., y Main, M. (1979). Social interactions of young abused children: approach, avoidance and aggression, *Child Development*, 50, 306-318.
- Gersten, M., Coster, W., Schneider-Rosen, K., Carlson, V. y Cicchetti, D. (1986). The socioemotional bases of communicative functioning: Quality of attachment, language development and early maltreatment. In M. Lamb, A. I. Brown y B. Rogoff (Eds.), *Advances in developmental psychology* (4), 105-151. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gobierno de Cantabria (2007a). Manual Cantabria. Procedimiento y criterios de actuación de los Servicios Sociales de Atención Primaria. Dirección General de Políticas Sociales, Gobierno de Cantabria.
- Gobierno de Cantabria (2007b). Manual Cantabria. Procedimiento y criterios de actuación del Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia. Dirección General de Políticas Sociales, Gobierno de Cantabria.
- Gobierno de Cantabria (2008a). Manual Cantabria. Procedimiento y criterios de actuación de los programas de intervención familiar de los Equipos Territoriales de Infancia y Familia. Dirección General de Políticas Sociales, Gobierno de Cantabria.
- Gobierno de Cantabria (2008b). Manual Cantabria. Modelo de intervención en acogimiento residencial. Dirección General de Políticas Sociales, Gobierno de Cantabria.
- Goldfarb, W. (1943). The effects of early institutional care on adolescent personality. *Journal of Experimental Education*, 12, 106–129.
- González, O. (2000). Regulación Jurídica de la Protección Infantil. En De Paúl, J. y Arruabarrena, M.I. (eds.). *Manual de Protección Infantil*. Masson. Barcelona.
- González, J., Fernández, S., Pérez, E. y Santamaría, P. (2004). *Adaptación española de sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes: BASC*. Madrid: TEA Ediciones.
- González, A.M., Quintana, I., Barajas, C., Linero, M.J., Goicoechea, M.A., Fuentes, M. J., Fernández, M. y De la Morena, M.L. (2001). Medio social y desarrollo del lenguaje: un estudio con niños adoptados. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54, 515-529.
- Goodman R (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.

Referencias bibliográficas

- Goodman R, Meltzer H, Bailey V (1998) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.
- Green, A.H. (1978). Psychopathology of abused children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17 (1), 92-103.
- Halfon, N., Mendonca, A. y Berkowitz, G. (1995). Health Status of Children in Foster Care. The Experience of the Center for the Vulnerable Child. *Arch Pediatr Adolesc Med*;149(4):386-392.
- Handwerk, M., Lazelere, R.E., Soper, S.H., & Friman, P.C. (1999). Parent and child discrepancies in reporting severity of problems behaviors in three out-of-home settings. *Psychological Assessment*, 11,14-23.
- Haskett, M. E., & Kistner, J. A. (1991). Social interactions and peer perceptions of young physically abused children. *Child Development*, 62, 979–990.
- Heflinger, C., Simpkins C. y Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review*, 22(1), 55-73.
- Hennessy, K. D., Rabideau, G. J., Cicchetti, D., & Cummings, E. M. (1994). Responses of physically abused and nonabused children to different forms of interadult anger. *Child Development*, 65, 815-828.
- Hochstadt,N.J., Jaudes, P.K., Zimo, D.A., Schachter, M.D. (1987). The medical and psychosocial needs of children entering fostercare. *Child Abuse & Neglect*. 11(1), 53–62.
- Hoffman-Plotkin, D., & Twentyman, C. (1984). A multimodal assessment of behavioral and cognitive deficits in abused and neglected preschoolers. *Child Development*, 55, 784–802.
- Holtan, A., Ronning, J. A., Handegård, B. H., Sourander, A. (2005). A comparison of mental health problems in kinship and nonkinship foster care. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Vol. 14, No. 4, pp. 200-207
- Horwitz, S.M., Owens, P. y Simms, M.D. (2000). Specialized Assessments for Children in Foster Care. *PEDIATRICS*. 106(1), 59 -66.
- Howes, P. W., & Cicchetti, D. (1993). A family/relational perspective on maltreating families: Parallel processes across systems and social policy implications. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Child abuse, child development, and social policy* (pp. 249-300). Norwood, NJ: Ablex.
- Hulsey, T. C., y White, R. (1989). Family characteristics and measures of behavior in foster and nonfoster children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59,502- 509.

- Izard, C., & Schwartz, G. (1986). Theories of emotion, emotional development and affective symptomatology. In M. Rutter, C. Izard, & P. Read (Eds.), *Depression in young people: developmental and clinical perspectives* (pp. 125–141). London: Guilford Press.
- Jackson, S., y Martin, P.Y. (1998). Surviving the care system: Education and resilience. *Journal of Adolescence*, 21, 569-583.
- Jungmeen, K., & Cicchetti, D. (2003). Social self-efficacy and behavior problems in maltreated children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 106–117.
- Kaplan, S., Pelcovitz, D., & Salzinger, S. (1998). Adolescent physical abuse: risk for adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 155, 954–959.
- Katz, L. (1987). An overview of current clinical issues in separation and placement. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 4, 61-77.
- Kaufman, A.S. y Kaufman, N.L. (1983). K-ABC interpretative manual. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Kaufman, J., y Cicchetti, D. (1989). Effects of maltreatment on school age children's socioemotional development: assessment in a day camp setting. *Developmental Psychology*, 25, 516–524.
- Kaufman, A.S. y Kaufman, N.L. (1997). *K-ABC, Bateria de Evaluación de Kaufman para niños*. Madrid: TEA Ediciones.
- Kazdin, A.E., Moser, J., Colbus, D. y Bell, R. (1985). Depressive symptoms among physically abused and psychiatrically disturbed inpatients children. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 298-307.
- Keller, T. E., Wetherbee, K., Le Prohn, N. S., Payne, V., Sim, K. y Lamont, E. R. (2001). Competencies and problems behavior of children in family foster care: variations by kinship placement status and race. *Children and Youth Services Review*, 23(12), 915-940.
- Kendall-Tackett, K. A., & Eckenrode, J. (1996). The effects of neglect on academic achievement and disciplinary problems: A developmental perspective. *Child Abuse & Neglect*, 20, 161–169.
- Kendrick, A. (2005). Social exclusion and social inclusion: Themes and issues in residential child care. En D. Crimmens y I. Milligan (eds.): *Facing Forward. Residential child care in the 21st. century* (pp. 7-18). Dorset: Russel House Publishing.
- Kerman, B., Wildfire, J. y Barth, R.P. (2002). Outcomes for Young Adults Who Experienced FosterCare. *Children and Youth Services Review*. 24 (5), 319–344.
- Klimes-Dougan, B., y Kistner, J. (1990). Physically abused preschoolers' responses to peers' Distress. *Developmental Psychology*, 26 (4), 599-602.

Referencias bibliográficas

- Koverola C, Pound J, Herger A, Lytle C. (1993). Relationship of child sexual abuse to depression. *Child Abuse & Neglect*; 17(3):393-400.
- Lamphear, V. S. (1985). The impact of maltreatment on children's psychosocial adjustment: A review of the research. *Child Abuse & Neglect*, 9, 251-263.
- Lázaro, S. & López, F. (2010). Continuidad de los efectos del maltrato durante la infancia en adolescentes acogidos en centros de protección. *Infancia y aprendizaje*, 33 (2):255-268.
- Lawrence, C.R., Carlson, E. A. and Egeland, B. (2006). The impact of Foster care on development. *Development and Psychopathology*, 18, 57-76.
- Legault, L., Anawati, M., y Flynn, R. (2006). Factors favoring psychological resilience among fostered young people. *Children and Youth Services Review*, 28, 1024-1038.
- Levendosky, A. A., Okun, A., & Parker, J. G. (1995). Depression and maltreatment as predictors of social competence and social problem-solving skills in school-age children. *Child Abuse & Neglect*, 19, 1183-1195.
- Lewinsohn, P. M., Mischel, W., Chaplin, W. y Barton, R. (1980). Social competence and depression: The role of illusory self-perceptions. *Journal of abnormal Psychology*, 89, 212
- Livingston, R., Lawson, L., & Jones, J. (1993). Predictors of self-reported psychopathology in children abused repeatedly by a parent. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 32, 948-953.
- Llanos, A., López, M., Bravo, A. y Del Valle, J. (2010). Situación emocional y conductual de los menores con medida de acogimiento residencial en España. En González, M.A., Díez, M.A. y Roca, J.C. (Coords) *Trabajo en Red. Claves para avanzar en el buen trato a la infancia. Reflexiones y alternativas*.(511-520). Asociación REA.
- López, F. (1995). *Necesidades de la infancia y protección infantil. Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- López, M., Del Valle, J.F., Montserrat, C. y Bravo, A. (2011). Factors affecting foster care breakdown in Spain. *Spanish Journal of Psychology*, 14 (1), 111-122.
- Lozano, L., García-Cueto, E., Lozano, L. M., Pedrosa, I. y Llanos, A. (2011a) *Los trastornos afectivos en la escuela. Guía del Programa Escolar de Desarrollo Emocional*. Oviedo: Consejería de Educación y Ciencia del Principado de Asturias.
- Lozano, L., García-Cueto, E., Lozano, L. M., Pedrosa, I. y Llanos, A. (2011b). *Programa Escolar de Desarrollo Emocional(P.E.D.E). Actividades para el alumnado en el aula*. Oviedo: Consejería de Educación y Ciencia del Principado de Asturias.

- Lozano, L., García-Cueto, E., Lozano, L. M., Pedrosa, I. y Llanos, A. (2011c). *Programa Escolar de Desarrollo Emocional(P.E.D.E). Actividades para el alumnado en casa*. Oviedo: Consejería de Educación y Ciencia del Principado de Asturias.
- Lozano, L., García-Cueto, E., Lozano, L. M., Pedrosa, I. y Llanos, A. (2011d). *Programa Escolar de Desarrollo Emocional(P.E.D.E). Actividades para padres y madres*. Oviedo: Consejería de Educación y Ciencia del Principado de Asturias.
- Lyons-Ruth, K. y Easterbrooks, M.A. (1995). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized/controlling early attachment strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 64-73.
- Lyons-Ruth, K.; Connell, D.; Zohl, D., y Stahl, J. (1987). Infants at social risk: Relationships among infant maltreatment maternal behavior and infant attachment behavior. *Developmental Psychology*, 23 (2), 223-232.
- Lyons, J.S., Libman-Mintzer, L.N., Kisiel, CL., & Shallcross, H. (1998). Understanding the mental health needs of children and adolescents in residential treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 582-587.
- Maclean, K. (2003). The impact of institutionalizing on child development. *Development and Psychopathology*, 15, 853-884.
- Main, M., y George, C. (1985). Responses of abused and disadvantaged toddlers to distress inagemates: A study in the day-care setting. *Developmental Psychology*, 21, 407-412.
- Main, M., y Solomon, J. (1986). Discovery of a disorganized disoriented attachment pattern. En T. B. Brazelton y M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy*. Norwood. Ablex (pp. 95-124).
- Manly, J., Kim, J., Rogosch, F., & Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13, 759-782.
- Martín, E. y Dávila, L.M. (2008). Redes de apoyo social y adaptación de los menores en acogimiento residencial. *Psicothema*. Vol. 20, 2, pp. 229-235.
- Martín, E., y González, M.S. (2007). La calidad del acogimiento residencial desde la perspectiva de los menores. *Infancia y Aprendizaje*, 30(1), 25-38.
- Martin, H. P., & Rodeheffer, P. (1976). Learning and intelligence. En H. P. Martin (Ed.), *The abused child: A multidisciplinary approach to developmental issues and treatment* (pp. 93-104). Cambridge: Ballinger.
- Martín, E., Rodríguez, T., y Torbay, A. (2007). Evaluación diferencial de los programas de acogimiento residencial para menores. *Psicothema*, 19(3), 406-412.
- Martínez, A. y De Paúl, J. (1993). *Maltrato y abandono en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.

- Martínez-Fuentes, M. T. (1996) El papel del temperamento en la adquisición del lenguaje. *Anales de psicología*, 12, 185-196.
- Mash, E., Johnson, C. y Kovitz, K. (1983). A comparison of the mother-child interaction physically abused and non-abused children during play and task situations. *Journal of Clinical Psychology*, 12, 337–346.
- Masten, A.S., y Coastworth, J.D. (1998). The development of competence in favourable and unfavourable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53(2), 205-220.
- Maughan, A., & Cicchetti, D. (2001). Impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities and socioemotional adjustment. *Child Development*, 73, 1525–1542.
- Maughan, A., & Cicchetti, D. (2002). The impact of child maltreatment and interadult violence on children's emotion regulation abilities. *Child Development*, 73, 1525-1542.
- McCann, J. B., James, A., Wilson, S., & Dunn, G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *British Medical Journal*, 313, 1529–1530.
- McCarthy, D. (2006). MSCA, Escalas McCarthy de Aptitudes y Psicomotricidad para niños. Madrid: TEA Edidicones.
- McGee, R. A., Wolfe, D. A., & Wilson S. K. (1997). Multiple maltreatment experiences adolescent behavior problems: adolescents' perspectives. *Developmental Psychopathology*, 9, 131–149.
- McIntyre, A., & Keesler, T. (1986). Psychological disorders among foster children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15, 297–303.
- McNichol, T. y Tash, C. (2001). Parental substance abuse and the development of children in family foster care. *Child Welfare*. 80(2), 239-256.
- Meltzer, H., Corbin,T., Gatward, R., Goodman, R. y Ford,T. (2003). *The mental health of young people looked after by local authorities in England*. London: The Stationery Office.
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R. y Ford,T. (2000). *Mental health of children and adolescents in Great Britain*. London: The Stationery Office.
- Milan, S. E., & Pinderhughes, E. E. (2000). Factors influencing maltreated children's early adjustment in Foster care. *Development and Psychopathology*, 12, 63–81.
- Milner, J.S. (1990). Características familiares y del perpetrador en los casos de maltrato físico y abuso sexual infantil. *Infancia y Sociedad*, 2, 5-15.

- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Estadísticas de Adopción Internacional (2002-2006). <http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/087B336C-BAB9-4865-A2A6-6EC8798D337B/82719/adopciones2006.pdf>
- Minnis, h., Everett, K., Pelosi, A.J., Dunn, J., Knapp, M. (2006). Children in foster care: Mental health, service use and costs. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Volume 15, Issue 2, pp 63-70.
- Moreno, J.M. (2005). Estudio sobre las consecuencias del maltrato infantil en el desarrollo del lenguaje. *Anales de psicología*, Vol. 21, 2, pp. 224-230.
- Moreno, J. M., García-Baamonde, M. J. y Rabazo, M. J. (2007). Evaluación del lenguaje mediante el BLOC-C en niños privados de afecto. En M. Puyuelo (Eds.), *BLOC. Aplicación a poblaciones con necesidades educativas es-pecíficas* (pp. 243-270). Barcelona: Elsevier Masson.
- Moreno, J.M., García-Baamonde, M.J. y Blázquez, M. (2008). Habilidades psicolingüísticas y dimensiones de inadaptación en niños en situación de acogimiento residencia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 28, 166-177.
- Moreno, J.M., García-Baamonde, M. E. , Blázquez, M. (2010). Desarrollo lingüístico y adaptación escolar en niños en acogimiento residencial. *Anales de psicología*, 26 (1): 189-196.
- Mufson, L., Moreau, D. y Weissman, N. M. (1996). Focus on relationships: Interpersonal psychotherapy for adolescent depression. En E. D. Hibbs y P. Jensen, *Psychosocial treatment of child and adolescent disorders* (pág. 156). Washington: APA.
- Mullen, P., Martin, J., Anderson, J., Romans, S., & Herbison, G. (1996). The long-term impact of the physical, emotional and sexual abuse of children: a community study. *Child Abuse & Neglect*, 20, 7–21.
- Nair, P, Schuler, M. E., Black, M. M., Kettinger, L. y Harrington, D. (2003). Cumulative environmental risk in substance abusing women: early in-tervention, parenting stress, child abuse potential and child develop-ment. *Child Abuse & Neglect*, 27, 997-1017.
- Newborg, J., Stock, J.R. y Wnek, L. (2004). Battelle, inventario de desarrollo. Madrid, TEA Ediciones.
- Ogawa, J., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E., & Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: A longitudinal sudy of dissociative symptomatology in a non-clinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855–1164.
- Oldershaw, L., Waters, G., & Hall, D. K. (1986). Control strategies and noncompliance in abusive mother-child dyads: an observational study. *Child Development*, 57, 722–732.
- Palacios, J. (2003). Instituciones para niños: ¿protección o riesgo? *Infancia y Aprendizaje*, 26(3), 353-363.

- Palacios, J. (2009) La adopción como intervención y la intervención en adopción. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 53-62.
- Palacios, J. y Jiménez, J.M. (2009). Kinship foster care: Protection or risk?. *Adoption & Fostering Journal*, Volume 33, Number 3, pp. 64-75.
- Palacios, J., Jiménez, J., Oliva, A., & Saldaña, D. (1998). Malos tratos a los niños en la familia. In M. J. Rodrigo & J. Palacios (Eds.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 399-421). Madrid: Alianza.
- Palacios, J., Román, M. y Camacho, C. (2011). Growth and development in internationally adopted children: extent and timing of recovery after early adversity. *Child: Care, Health and Development*. 37(2). 282–288.
- Palma del Teso, A. (2006). Administraciones públicas y protección de la infancia: en especial, estudio de la tutela administrativa de los menores desamparados. Instituto Nacional de Administración Pública INAP (Madrid, España)
- Parker, J., & Herrera, C. (1996). Interpersonal processes in friendship: a comparison of abused and nonabused children's experiences. *Developmental Psychopathology*, 32, 1025–1038.
- Pears, K.C. and Fisher, P.A. (2005). Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: Evidence of deficits. *Development and Psychopathology*. 17(1), pp 47-65.
- Pino, M. J., Herruzo, J. & Moya, M. C. (2000). Estudio de las consecuencias del abandono físico en el desarrollo psicológico de niños de edad preescolar en España. *Child Abuse & Neglect*, 24 (7): 911-924.
- Polansky, N. A., Chalmers, M. A., Battenwieser, E. W., & Williams, D. P. (1981). *Damaged parents: An anatomy of child neglect*. Chicago: University of Chicago Press.
- Pollak SD. (2003). Experience-dependent affective learning and risk for psychopathology in children. *Annals of the New York Academy of Sciences*;1008:102-111.
- Pollak SD, Cicchetti D, Hornung K, Reed A. (2000) Recognizing emotion in faces: Developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental Psychology*;36(5):679-688.
- Pollak SD, Cicchetti D, Klorman R, Brumaghim JT. (1997). Cognitive brain event-related potentials and emotion processing in maltreated children. *Child Development*; 68(5):773-787.
- Pollak SD, Klorman R, Thatcher JE, Cicchetti D. (2001). P3b reflects maltreated children's reactions to facial displays of emotion. *Psychophysiology*;38(2):267-274.
- Pollak SD, Tolley-Schell SA. (2003). Selective attention to facial emotion in physically abused children. *Journal of Abnormal Psychology*;112(3):323-338.

- Pricea, J.M. y Landsverkb, J. (1998). Social information-processing patterns as predictors of social adaptation and behavior problems among maltreated children in Foster care. *Child Abuse & Neglect*, 22(9), 845–858
- Prino, C. T., & Peyrot, M. (1994). The effects of child physical abuse and neglect on aggressive, withdrawn, and prosocial behavior. *Child Abuse & Neglect*, 18, 871–884.
- Reidy, T. J. (1977). The aggressive characteristics of abused and neglected children. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 1140–1145.
- Reynolds C, Kamphaus RW. (1992). Behavior assessment system for children BASC. Circle Pines: American Guidance Service.
- Rieder C, Cicchetti D. (1989). Organizational perspective on cognitive control functioning and cognitive-affective balance in maltreated children. *Developmental Psychology*;25(3):382-393.
- Rodríguez, G., Camacho, J., Rodrigo, M. J., Martín, J. C., & Máiquez, M. L. (2006). Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias de los servicios sociales municipales. *Psicothema*, 18(2), 200-206.
- Rodríguez, G., Triana, B., & Hernández, M. (2005). La experiencia familiar y la atribución de roles parentales. *Psicothema*, 17(3), 363-369.
- Rogeness, G.A., Amrung, S.A., Macedo, C.A., Harris, W.R. y Fisher, Ch. (1986). Psychopathology in abused or neglected children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25 (5), 659-665.
- Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (1994). Illustrating the interface of family and peer relations through the study of child maltreatment. *Social Development*, 3, 291–308.
- Rogosch FA, Cicchetti D, Aber JL. (1995). The role of child maltreatment in early deviations in cognitive and affective processing abilities and later peer relationship problems. *Development and Psychopathology*;7(4):591-609.
- Roid, G. H. (2003). *Stanford-Binet Intelligence Scales (5ª ed.)*. Itasca. IL: Riverside Publishing Co.
- Roid, G. H. y Sampers, J. (2004). *Merrill-Palmer-Revised, Scales of Development*. WoodDale, IL: Stoelting Co. Adaptación española (2011). *Escalas de desarrollo Merrill-Palmer revisadas*. Madrid: TEA Ediciones.
- Rolf, J. y Read, P.B. (1984). Programs advancing developmental psychopathology. *Child Development*, 55(1),8-16
- Roussos, A., Karantanos, G., Richardson, C., Hartman, C., Karajiannis, D., Kyprianos, S., Lazaratou, H., Mahaira, O., Tassi, M., Zoubou, V. (1999). Achenbach's Child Behavior Checklist and Teachers' Report Form in a normative sample of Greek children 6-12 years old. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8:165-172.

Referencias bibliográficas

- Roy, P., Rutter, M., & Pickles, A. (2000). Institutional care: Risk from family background or pattern of rearing? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(2), 139–149.
- Rudolph, K. D., Hammen, C. y Burge, D. (1997). A cognitive-interpersonal approach to depressive symptoms in preadolescent children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 33-45.
- Ruiz, I. y Gallardo, J.A. (2002). Impacto psicológico de la negligencia familiar (leve versus grave) en un grupo de niños y niñas. *Anales de Psicología*, 18 (2), 261-272.
- Runyan, D.K. y Gould, C.L. (1985). Foster Care for Child Maltreatment: Impact on Delinquent Behavior. *PEDIATRICS*. 75(3), 562 -568.
- Rushton, A., & Minnis, H. (2002). Residential and foster family care. In M. Rutter & E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (pp. 359–372). Blackwell Publishing.
- Rutter, M. (1972). *Maternal Deprivation Reassessed*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books.
- Rycus, J. S. y Hughes, R. C. (1998). *Field guide to child welfare (Vol. 4). Placement and permanence*. Washington: Child Welfare League of America.
- Salzinger, S., Kaplan, S., Pelcovitz, D., Samit, C., & Krieger, R. (1984). Parent and teacher assessment of children's behavior in child maltreating families. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 458–464.
- Sánchez-Sandoval, Y., León, E. y Román, M. (2012). Adaptación familiar de niños y niñas adoptados internacionalmente. *Anales de psicología*, vol. 28 (2), 558-566.
- Sandberg, D.A. y Lynn, S.J. (1992). Dissociative experiences, psychopathology and adjustment, and child an adolescent maltreatment in female college students. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 101 (4), 717-723.
- Sandground, A., Gaines, R. W., & Green, A. H. (1974). Child abuse and mental retardation: A problem of cause and effect. *American Journal of Mental Deficiency*, 79, 327–330.
- Saunders, B. E., Villeponteaux, L. A., Lipovsky, J. A., Kilpatrick, D. G., & Veronen, L. J. (1992). Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women: A community survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 189-204.
- Schofield, G. and Beek, M. (2005). Risk and Resilience in Long-Term Foster-Care. *British Journal of Social Work*. Volume 35, Issue 8. Pp. 1283-1301.
- Sdqinfo (2012) www.sdqinfo.com
- Sempik, J., Ward, H., Darker, I. (2008). Emotional and behavioural Difficulties of Children and Young People at Entry into Care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, Vol. 13 (2): 221-233.

- Senado (2010). Boletín general de las Cortes generales., Serie I. IX legislatura. Número 545. 17 de noviembre.
- Shah, C. P. (1974). Psychiatric consultations in a child welfare agency. *Canadian Psychiatric Association Journal*, *19*, 393.
- Shennum, W.A, Moreno, D.C, & Caywood, J.C. (2002). Demographic differences in children's residential treatment progress. In N.S. Le Prohn, K.M. Wetherbee, E.R. Lamont, T.M. Achenbach, & P.J. Pecora (Eds.), *Assessing youth behavior: Using the Child Behavior Checklist in Family and Children's Services* (pp. 69-84). Washington, DC: CWLA Press.
- Shields, A., & Cicchetti, D. (2001). Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of Clinical Child Psychology*, *30*, 349–363.
- Shonk, S. M., & Cicchetti, D. (2001). Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioural maladjustment. *Developmental Psychology*, *37*, 3–17.
- Simsek, Z., Erol, N., Öztop, D., Münir, K. (2007). Prevalence and predictors of emotional and behavioural problems reported by teachers among institutionally reared children and adolescents in Turkish orphanages compared with community controls. *Children and Youth Services Review* *29*, 883–899.
- Spitz, R. (1945). Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic study of the child*, *1*, 153-172.
- Spitz, R. (1951). The psychogenic diseases in infancy. *Psychoanal Study Child*, *6*, 255–275.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Sroufe, L. A., y Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, *55*, 17-29. Chicago: University of Chicago Press.
- Stahmer, A. C.; Leslie, L.K.; Hurlburt, M.; Barth, R.P.; Webb, M.B.; Landsverk, J.; Zhang, J. (2005). Developmental and Behavioral Needs and Service Use for Young Children in Child Welfare. *Pediatrics*, Vol. 116, 4, pp. 891-900.
- Stem, C. (1989). The recognition of child abuse. In P. Maher (Ed.), *Child abuse* (pp. 35–58). Oxford: Basil Blackwell.
- Stutsman, R. (1931). *Merrill-Palmer Scale of Mental Tests*. Chicago: Stoelting Co.
- Swire, M., & Kavalier, F. (1977). The health status of foster children. *Child Welfare*, *58*, 635– 653.
- Terman, L.M. y Merrill, M.A. (1960). *Stanford-Binet Intelligence Scale*, Third Revision (Form L-M). Boston: Houghton Mifflin Company.

Referencias bibliográficas

- The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team. (2005). Characteristics of children, caregivers, and orphanages for young children in St. Petersburg, Russian Federation. *Applied Developmental Psychology, 26*, 477–506.
- Theis, S. (1924). *How foster children turn out*. New York: State Charities Aid Association.
- Thompson, R., Briggs, E.C., English, D.J., Dubowitz, H., Lee, L.-C., Brody, K., Everson, M.D., y Hunter, W.M. (2005). Suicidal ideation among maltreated and at-risk 8-year-olds: Findings from the LONGSCAN studies. *Child Maltreatment;10(1):26-36*.
- Thorndike, R. L., Hagen, E. P., & Sattler, J. M. (1986). *The Stanford-Binet Intelligence Scale: Fourth edition. Technical manual*. New York: The Riverside Publishing Co.
- Tizard, B., & Hodges, J. (1978). The effect of early institutional rearing on the development of eight-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 19*, 99–118.
- Trickett, P. K., & McBride-Chang, C. (1995). The developmental impact of different forms of child abuse and neglect. *Developmental Review, 15*, 311–337.
- Trinidad, P. (1996). La infancia maltratada y abandonada. En J. M. Borrás (Ed.), *Historia de la infancia en la España contemporánea*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Toth, S. L., Manly, J. T., & Cicchetti, D. (1992). Child maltreatment and vulnerability to depression. *Development and Psychopathology, 4*, 97–112.
- Urquiza, A.J. y Winn, C. (1994). *Treatment for abused and neglected children: infancy to age 18*. Washington: U.S. Department of Health & Human Services Administration for Children and families.
- Valentino, K., Cicchetti, D., Toth, S.L., & Rogosch, F.A. (2006). Mother-child play and emerging social behaviors among infants from maltreating families. *Developmental Psychology, 42*, 474-485.
- Vissing, Y., Straus, M., Gelles, R., & Harrop, J. (1991). Verbal aggression by parents and psychosocial problems of children. *Child Abuse & Neglect, 15*, 223–238.
- Vorria, P., Wolkind, S., Rutter, M., Pickles, A., & Hobsbaum, A. (1998). A comparative study of Greek children in longterm residential group care and in two-parent families: II. Possible mediating mechanisms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39(2)*, 237–245.
- Ward, A. (2003). The Core Framework. En A. Ward, K. Kasinski, J. Pooley y A. Worthington (eds.): *Therapeutic communities for children and young people* (pp. 21-42). Londres: Jessica Kingsley.

- Wasserman, G., Green, A. y Allen, R. (1983). Going beyond abuse: Maladaptive patterns of interaction in abusing mother-infant pairs. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22, 245-252.
- Wechesler, L. (2009). WPPSI-III, Escala de Inteligencia de Wechsler para Preescolar y Primaria, 3ª Edición. Madrid: TEA Ediciones.
- Weinstein, E. (1960). The role of placement experiences in mediating the criminal consequences of early childhood victimization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 195–209.
- Weiss B, Dodge KA, Bates JE, Pettit GS. (1992). Some consequences of early harsh discipline: Child aggression and a maladaptive social information processing style. *Child Development*; 63(6):1321-1325.
- Wodarski, J. S., Kurtz, P. D., Gaudin, J. M., & Howing, P. T. (1990). Maltreatment and the school-age child: Major academic, socioemotional, and adaptive outcomes. *Social Work*, 35, 506–513.
- Wolff, P. H., & Fesseha, G. (1998). The orphans of Eritrea: Are orphanages part of the problem or part of the solution? *American Journal of Psychiatry*, 155, 1319–1324.
- Wolff, P.H. y Fesseha, G. (1999). The Orphans of Eritrea: A Five-year Follow-up Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 40(8), 1231–1237.
- Wolfe, D. y Pierre, J. (1993). Abuso y abandono a la infancia. En T.H. Ollendick y M. Versen (Eds.), *Psicopatología infantil*. Barcelona: Martínez Roca.
- Youngblade, L. M., y Belsky, J. (1990). Social and emotional consequences of child maltreatment. En T. Ammerman y M. Hersen (Eds.), *Children at risk*. Plenum Press.
- Zima, B. T., Bussing, R., Freeman, S., Yang, X., Belin, T. R., & Forness, S. R. (2000). Behavior problems, academic skill delays and school failure among schoolaged children in foster care: Their relationship to placement characteristics. *Journal of Child and Family Studies*, 9, 87–103.

ANEXO



FORMATO

PROTECCIÓN

Código	
Comunidad	
Programa	

INFORMANTE

Nombre del informante o técnico de referencia:

Teléfono: E-mail:

A) DATOS BÁSICOS DEL NIÑO/A

- A.1. Fecha de nacimiento completa del niño/a: _____
- A.2. Sexo: 1. Mujer 2. Hombre
- A.3. ¿Es huérfano? 1. Sí 2.No 3. Sin datos
- A.4. En caso positivo quién ha fallecido: 1. Padre 2. Madre 3. Ambos 4. Sin datos
- A.5. ¿Es un Menor Extranjero No Acompañado? 1. Sí 2.No
- A.6. País de origen: _____
- A.7. ¿Es un menor perteneciente a familia inmigrante? 1. Sí 2.No 3. Sin datos
- A.8. País de origen de la familia: _____
- A.9. ¿Pertenece a la etnia gitana? 1. Sí 2.No 3. Sin datos

B) SITUACIÓN ESCOLAR

Para aquellos/as que estén escolarizados o atendiendo guardería:

B.1. ¿Qué estudios cursa? *(explicar a continuación brevemente en nivel, curso, tipo de centro, indicando si existen adaptaciones o apoyos especiales)*

- B.2. ¿Existe algún tipo de adaptación curricular individual? 1. Sí 2. No 3. Sin datos
- B.2. ¿Acude a un centro para niños con Necesidades Educativas Especiales? 1. Sí 2. No
- B.3. ¿Ha repetido curso? 1. Sí 2. No 3. Sin datos
- B.4. Información sobre rendimiento académico (si existe información). *(Comentar si es buen estudiante, tiene problemas, etc.)*

C) SALUD

C.1. Historial

Parto (incidencias, peso...)

Vacunaciones: *(indicar si tenía sus vacunaciones al día al ingresar)*

Enfermedades importantes: *(referidas al historial, pasadas, que consten)*

C.2. ¿Tiene en la actualidad algún tipo de enfermedad importante o especialmente reseñable?
(Detallar esta enfermedad y si realiza tratamiento).

C.3. Discapacidad y minusvalía. (Marque con X todas las que se presenten y especifique lo mejor posible el tipo y en qué consiste la discapacidad).

	Sí	Observaciones o detalles
1. Discapacidad física		
2. Discapacidad Intelectual		
3. Discapacidad sensorial		
4. Otras		Especificar:
Si tiene concedida una valoración de minusvalía anote el porcentaje		
Especificar porcentaje:		

C.4. ¿Ha recibido o está recibiendo alguno de los siguientes tratamientos? (marcar con X aquellos recibidos y especificar la duración en meses y motivo).

No incluya tratamientos psicológicos, psiquiátricos o de otro tipo pues se preguntará por ellos más adelante)

	Sí	Duración en meses	¿Está recibiendo actualmente?		Motivo
			Sí	No	
Estimulación temprana					
Psicomotricidad					
Logopedia					
Otros similares:					

D) SALUD MENTAL

(Marque con X la columna de SI o NO y luego escriba los detalles).

Pregunta principal	Sí	No	Sin datos	Detalle de pregunta
D.1. ¿Existen antecedentes de salud mental en los familiares?				D.2. Familiar (Padre, madre, hermanos, abuelos, tíos...): D.3. Diagnóstico del familiar (depresión, psicosis...) y si estuvo o está en tratamiento:
D.4. Actualmente, ¿tiene el niño o niña algún diagnóstico de salud mental?				D.5. Diagnóstico:
D.6. ¿Está recibiendo algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico?				D.7. Tipo de tratamiento que está recibiendo: 1. Psicológico 2. Psiquiátrico 3. Ambos D.8. El tratamiento que recibe es en: 1. Centro Salud Mental 2. Profesional privado 3. Profesional de centro de menores u hogar 4. Otros (especificar): D.9. Periodicidad de las visitas al profesional: 1. Semanal 2. Quincenal 3. Mensual 4. Otras (especificar): D.10. El profesional que lleva su tratamiento, ¿ha sido el mismo desde el principio? 1. Sí 2. No
D.11. ¿Toma medicación?				D.12. Especificar medicamentos y dosis:

Pregunta principal	Sí	No	Sin datos	Detalle de pregunta
D.14. ¿Había recibido otros diagnósticos previamente?				D.15. Especificar otros diagnósticos previos:
D.16. ¿Había recibido otros tratamientos de salud mental anteriormente?				D.17. Especificar tipo de tratamientos anteriores incluyendo medicación si se conoce:

E) CONDUCTA SUICIDA

Pregunta principal	Sí	No	Sin datos	Detalle de pregunta
E.1. ¿Existen antecedentes familiares de suicidio o de intentos de suicidio?				E.2. Familiar (padre, madre, hermanos, abuelos, tíos...): E.3. Especificar: 1. Suicidio 2. Intentos de suicidio
MAYORES DE OCHO AÑOS				
E.4. ¿Ha verbalizado el menor en alguna ocasión pensamientos suicidas?				Creo que pensamientos puedan tener pero intentos...
E.5. ¿Ha amenazado con suicidarse?				
E.6. ¿Ha tenido intentos de suicidio?				E.7. Explicar brevemente:

F) CONSUMO Y ADICCIÓN

Pregunta principal	Sí	No	Sin datos	Detalle de pregunta
F.1. ¿Existen antecedentes familiares de drogodependencias, incluido el alcoholismo, en algún familiar?				F.2. Familiar (padre, madre, hermanos, abuelos, tíos...): F.3. Especificar tipo de adicción y si estuvo o está en tratamiento, o si está superada o no:

G INTERVENCIÓN DE DE PROTECCIÓN

G.1. Fecha de alta en protección:

G.2. Fecha de alta en este hogar o medida (acogimiento familiar, residencial o Intervención familiar):

G.3. ¿Cuál es la situación legal del niño o la niña?

1. Tutela administrativa
2. Tutela judicial
3. Guarda
4. Sin datos
5. Otros (especificar):

G.4. Motivos de protección (marcar todos los motivos que correspondan):

Motivos de protección	Sí	No	Sin datos
G.4.1. Malos tratos (en cualquiera de sus tipos, ver pregunta G.5.)			
G.4.2. Imposible cumplimiento de obligaciones paternas (prisión de los padres, orfandad...)			
G.4.3. Abandono/renuncia (sólo en el caso de renuncia del recién nacido o en los casos de abandono total en los			

que los padres se desentienden completamente del niño)			
G.4.5. Otros (especificar):			

G.5. En caso de haber sufrido malos tratos, señale todos los tipos de los que se tiene conocimiento que haya sufrido el niño/a.

Tipos de malos tratos sufridos	Sí	No	Sin datos
G.5.1. Maltrato físico			
G.5.2. Negligencia física			
G.5.3. Maltrato emocional			
G.5.4. Negligencia emocional			
G.5.5. Abuso sexual			
G.5.6. Síndrome de Münchausen por poderes			
G.5.7. Maltrato prenatal			
G.5.8. Explotación sexual			
G.5.9. Explotación laboral			
G.5.10. Inducción delincuencia			
G.5.11. Otros (especificar):			

Explicar brevemente los motivos de haber asumido tutela del niño (o guarda)

H) CONTEXTO FAMILIAR

Padre

H.1. Paradero desconocido: 1. Sí 2.No 3. Sin datos

H.2. Fallecido: 1. Sí 2.No 3. Sin datos

H.3. Situación laboral o actividad principal del padre:

Explique brevemente la situación

H.4. Problemática psicosocial

Problemáticas del padre	Sí	No	Sin datos
H.9.1. Delincuencia			
H.9.2. Prisión			
H.9.3. Violencia contra su pareja			
H.9.4. Discapacidad física			
H.9.5. Discapacidad intelectual			
H.9.6. Discapacidad sensorial			
H.9.7. Problemas económicos severos			
H.9.8. Mendicidad			
H.9.9. Enfermedad crónica Especificar:			
H.9.10. Otras (especificar):			

Madre

H.6. Fallecida: 1. Sí 2.No 3. Sin datos

H.7. Paradero desconocido: 1. Sí 2.No 3. Sin datos

H.8. Situación laboral o actividad principal de la madre:

Explique brevemente la situación

H.9. Problemática psicosocial

Problemáticas de la madre	Sí	No	Sin datos
H.9.3. Delincuencia			
H.9.5. Prisión			
H.9.11. Prostitución			
H.9.13. Víctima violencia por parte de su pareja			
H.9.7. Discapacidad física			
H.9.8. Discapacidad intelectual			
H.9.9. Discapacidad sensorial			
H.9.12. Problemas económicos severos			
H.9.4. Mendicidad			
H.9.10. Enfermedad crónica Especificar:			
H.9.14. Otras (especificar):			

--	--	--	--

Pareja (los padres del niño/a)

H.11. Estatus de la pareja:

1. Sin datos
2. Casada/pareja de hecho/estable
3. Separación/divorcio
4. Viudo
5. Viuda
6. Soltera
7. Otro (especificar):

H.12. Nº total de HIJOS/AS incluyendo al menor evaluado: nº _____

H.13. Nº total de HIJOS/AS en protección (incluyendo al menor evaluado): nº _____

H.14. Actitud **inicial** de los padres en la intervención protectora:

Explicar brevemente si los padres se oponen a la medida de tutela o de intervención y cual es su actitud (cooperación, oposición, ambigüedad..) Comentar del padre y madre si son distintas

I) PLAN DE CASO

I.1. ¿Tiene el niño o la niña una finalidad para su plan de caso?

1. Sí
2. En evaluación o estudio
3. No hay plan explícito

I.2. En caso de tener finalidad su plan de caso, ésta es:

1. Reunificación familiar
2. Separación definitiva y acoplamiento a una nueva familia (adopción/acogimiento permanente)
3. Emancipación/Independencia
4. Otros (especificar):

J) CONTACTO CON LA FAMILIA DE ORIGEN (Casos medida separación)

J.1. ¿Hay **visitas** por parte de la familia biológica? 1. Sí 2. No

J.2. En caso de haber visitas ¿quién las realiza?

1. Padre

2. Madre

3. Abuelos

4. Otros familiares. Quién (especificar):

J.3. En caso de haber visitas ¿son supervisadas? 1. Sí 2. No

J.4. ¿Hay **salidas** de fin de semana con la familia biológica? 1. Sí 2. No

J.5. ¿Existe prohibición de contacto a algún familiar? 1. Sí 2. No ¿Con quién?

J.6. Las visitas o salidas con algún familiar provocan reacciones o consecuencias en el niño:

1. Positivas

2. Negativas

3. Sin consecuencias o reacciones aparentes

J.7. ¿Qué consecuencias emocionales y comportamentales manifiesta el niño tras las visitas o salidas? (tanto positivas como negativas):

SÍNTESIS FINAL (*Breve resumen de la situación familiar que origina la intervención, el estado actual y perspectivas de futuro*)