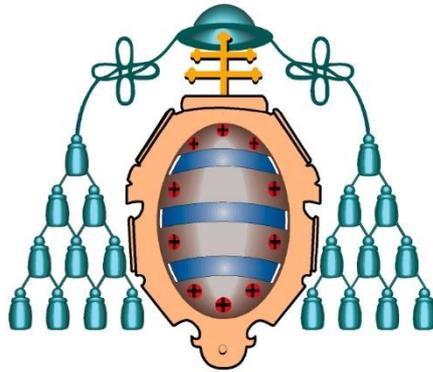


**UNIVERSIDAD DE OVIEDO**

**Facultad de Psicología**



*Máster Universitario en Psicología General Sanitaria*

Trabajo Fin de Máster

2015/2016

**PROBLEMAS PSICOPATOLÓGICOS EN  
NIÑOS MALTRATADOS CON  
DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

*Trabajo empírico*

**ALBA ÁGUILA OTERO**

Director/a: Ana María González Menéndez

Enero, 2016

## RESUMEN

Este trabajo analiza las características e incidencia de los trastornos mentales en un colectivo poco estudiado, los niños con discapacidad intelectual (DI) que están en hogares de protección infantil en nuestro país. La muestra se compuso de 877 niños, entre 6-18 años, en acogimiento residencial en diferentes regiones de España. Para estudiar las características de estos menores se elaboró un cuestionario *ad hoc*, mientras que para analizar la problemática psicopatológica se utilizaron dos instrumentos de screening: Child Behavior Checklist (CBCL) y Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). En la muestra se encontró una prevalencia de DI del 17%, este grupo compuesto por niños con discapacidad se caracterizó por unos antecedentes familiares específicos, un perfil de malos tratos con especial incidencia del abuso sexual y un proceso de intervención más largo frente al de sus pares sin discapacidad. Resultaron ser especialmente vulnerables a los problemas psicopatológicos, mostrando una mayor prevalencia de trastornos mentales, así como una mayor asistencia a tratamientos de salud mental (SM), destacando la altísima frecuencia del tratamiento con psicofármacos. Estos hallazgos revelan la persistente invisibilidad de los niños con DI en acogimiento residencial, con características y necesidades específicas que no están siendo detectadas ni abordadas de forma adecuada.

Palabras clave: salud mental, discapacidad intelectual, acogimiento residencial.

## ABSTRACT

This study analyzes the characteristics and incidences of mental health problems in a barely studied collective, the children with intellectual disability (ID) in residential child care in our country. The sample was formed by 877 children, aged 6-18 years, in residential child care in different regions of Spain. For studying the characteristics of these children, an *ad hoc* questionnaire was made, while the psychopathologic problems were analyzed by two screening instruments: the *Child Behavior Checklist* (CBCL) and the *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). In the sample an ID prevalence of the 17% was found; this group formed by children with intellectual disability was characterized by a specific familiar antecedents, a maltreatment profile with a special incidence rate of sexual abuse, and a more longer intervention process than their peers without disability. This group appears as specially vulnerable to psychopathologic problems, it's showing the largest prevalence of mental health problems, as well as the biggest attendance for mental health treatment, with a specially high frequency of psychotropic drugs treatments. This findings disclose the persistent invisibility of children with ID in residential children care, with a specific characteristics and needs that are not appropriately perceived and nor responded to.

Keywords: mental health, intellectual disability, out-of-home care.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos 20 años un amplio cuerpo de investigación ha demostrado que la prevalencia de maltrato en los niño/a con discapacidad intelectual (DI) es mayor que en sus pares sin discapacidad, con una prevalencia del 15-30%. La vulnerabilidad del colectivo también queda patente al señalar que la probabilidad de sufrir maltrato es entre dos y cuatro veces mayor que la de niños sin discapacidad, (Barber y Delfabbro, 2009; Horner-Johnson y Drum, 2006; Jones *et al.*, 2012; Lightfoot, Hill y LaLiberte, 2011; Shannon y Tappan, 2011; Sullivan y Knutson, 1998, 2000; Vig y Kaminer, 2002; Wissink, Van Vugt, Moonen, Geert-Jan, Stams y Hendriks, 2014). Aunque aún no existe acuerdo sobre la tipología de maltrato más frecuente, si se observa de forma consistente que estos menores tienen una probabilidad mayor de sufrir distintos tipos de maltrato de forma simultánea y durante más tiempo (Lightfoot *et al.*, 2011; Sainero, Del Valle, López y Bravo, 2013b; Sullivan y Knutson, 1998, 2000).

A su vez, son clásicos y numerosos los estudios que demuestran la influencia del maltrato en el desarrollo de problemas de Salud Mental (SM). Sin embargo, las ocasiones en las que ambas líneas de investigación se han integrado han sido escasas, pues tanto las referencias a la SM de estos niños/as, como los servicios a los que tienen acceso han disminuido hasta hace unos años (Leathers, McMeel, Prabhugate y Atkins, 2009). A pesar de que actualmente se publiquen artículos sobre la SM de los niños en protección, y paralelamente sobre la SM de las personas con DI, la población de niños con DI en protección es una minoría muy poco estudiada, una población invisible tanto en lo referente a sus características sociodemográficas como de forma específica la prevalencia de los trastornos que sufren.

En general, la literatura especializada sugiere que las cifras de prevalencia de maltrato se explicarían de acuerdo a los factores de riesgo asociados a la propia discapacidad. En este sentido, la presencia de estrés familiar, el menor apoyo social, el bajo nivel socio-económico, y la falta de recursos adecuados para atender las necesidades específicas del niño, aumentarían la probabilidad de que los padres utilicen castigos físicos con sus hijos (Algood, Hong, Gourdine y Williams, 2011; Berástegui y Gómez-Bengoechea, 2006; Vig y Kaminer, 2002).

La situación de indefensión y desprotección en que se encuentra el colectivo de niños con discapacidad y maltrato moviliza, por fortuna, diferentes medidas de protección entre las que el acogimiento residencial resulta ser la preferente (Chmelka, Trout, Mason y Wright, 2012; Hill, 2012; Jackson y Müller, 2005; Lightfoot *et al.*, 2011; Romney, Litrownik, Newton y Lau, 2006; Rosenberg y Robinson, 2004). De hecho, también en España observamos que la medida más extendida es la de acogimiento residencial, pues representa el 75.4% de todas las medidas aplicadas en el año 2002 (Observatorio de la Infancia, 2013).

En lo referente a las medidas de protección que tienen los niños con DI maltratados, la investigación previa señala que están más tiempo en el sistema de protección infantil, teniendo más cambios de centros de acogimiento y/o medidas de protección (Chmelka *et al.*, 2011; Hill, 2012; Sainero *et al.*, 2013b; Slayter y Springer, 2011; Sullivan y Knutson, 2000; Welch, Jones, Stalker y Steward, 2015). Así mismo, tienen menos retornos a la familia, así como transición a la independencia (Chmelka *et al.*, 2011), o adopciones (Welch *et al.*, 2015). En caso de producirse una adopción existe más probabilidad de ruptura en el proceso (Slayter y Springer, 2011), al igual que en acogimientos familiares (Helton, 2011). Hill (2012) observó que, incluso la probabilidad de tener un plan de protección, era menor en este colectivo.

En general, el perfil sociodemográfico del menor con DI maltratado y en acogimiento está bien delimitado. Se trata de niños varones y de raza blanca (Algood *et al.*, 2011; Chmelka *et al.*, 2011; Lightfoot *et al.*, 2011; Oliván, 2002; Slayter y Springer, 2011; Sullivan y Knutson, 2000; Trout, Casey, Chmelka, DeSalvo, Reid y Epstein, 2009), acogidos a la edad preescolar (Algood *et al.*, 2011; Sullivan y Knutson, 2000), o, adolescente (Lightfoot *et al.*, 2011; Romney *et al.*, 2006; Slayter y Springer, 2011; Trout *et al.*, 2009). En España la media de edad se sitúa en torno a los 7 años (Oliván, 2002).

Antes de analizar los problemas de SM en niños/as con DI, resulta conveniente analizar tanto los problemas de SM que sufren los niños/as con DI sin maltrato, los niños/as maltratados y aquellos menores sin discapacidad pero que se encuentran dentro del sistema de protección infantil.

Para empezar, respecto a la SM de los niños/adolescentes con discapacidad en la población general, diferentes estudios han encontrado que la prevalencia de los

trastornos mentales en esta población es entre dos y tres veces mayor que en la población infantil general (Bronsard, Laçon, Loundou Auquier, Rufo y Siméoni, 2011), ya que en torno a un 40% de estos niños/as y jóvenes tienen o cumplen criterios diagnósticos para un trastorno de SM (Dekker y Koot, 2003; Emerson, 2003; Heneghan *et al.*, 2012; Horwitz *et al.*, 2013; Sainero, Bravo y Del Valle, 2013a), y en torno a un 14-19% cumple criterios para dos o más trastornos, lo que sugiere una elevada comorbilidad.

En lo que se refiere a las problemáticas sufridas por los menores, algunos autores han encontrado una relación significativa entre DI y problemas de conducta (Ahuja, Martin, Langley y Thapar, 2013; Embregts, Grimbel du Bois y Graef, 2010; Myrbakk y Von Tetzchner, 2008), o ansiedad (Reardon, Gray y Melvin, 2015), en mayor proporción que la población general.

En cuanto al consumo de drogas, Shawna, Chapman y Wu (2012), observaron que los jóvenes con DI consumen menos drogas ilegales, y se inician en el consumo más tarde, pero son más vulnerables a los problemas derivados del consumo de tóxicos. Es importante resaltar que se ha estudiado el consumo de medicación psicotrópica prescrita en niños con DI institucionalizados (Scheifes, de Jong, Stolker, Nijman, Egberts y Heerdink, 2013), encontrando que casi el 30% consume medicación psicotrópica, administrándose más de un fármaco en el 36% de los casos. La medicación más consumida resultó ser la antipsicótica, seguida de psicoestimulantes, ansiolíticos y sedantes. La probabilidad de los niños con DI de consumir psicofármacos es 1.7 veces mayor que la población general, especialmente en problemas de conducta.

En cuanto a los problemas de SM en los niños/as dentro del sistema de protección la investigación habla de las consecuencias, a nivel psicológico, que tiene el maltrato en los niños/as. En su revisión, Tricket y McBride-Chang (1995) encontraron que los efectos del maltrato en la población infantil eran muy diversos, variando en función del tipo de maltrato. A nivel general, las consecuencias que tiene el maltrato se caracteriza por problemas físicos (retraso en el desarrollo motor y/o cognitivo, signos neurológicos y desregulación del cortisol), psicológicos (trastornos internalizantes y externalizantes, enuresis, agresividad, DI, problemas de aprendizaje, baja autoestima, depresión y ansiedad, consumo de drogas y disociación) así como sociales (conducta sexual

inadecuada y/o precoz, problemas legales, bajo rendimiento académico y bajas habilidades sociales). Este catálogo de problemas se extiende hasta la edad adulta, donde se añaden otros efectos, como signos somáticos, conducta violenta, problemas afectivos y psicosis. Otros autores han constatado estos efectos estudiando la asociación concreta entre las tipologías de maltrato y los efectos adversos que producen en los menores (Bonomi, Cannon, Anderson, Rivara y Thompson, 2008; Boxer y Terranova, 2008; Pears, Kim y Fisher, 2008; Shaffer, Yates y Egeland, 2009).

Desde otra perspectiva se habla directamente de patologías psicológicas que sufren los niños dentro del sistema de protección infantil, bien sea en proceso de investigación o con alguna medida de protección ya establecida. En este caso, se ha encontrado una prevalencia de problemas de SM dos y tres veces mayor que en la población general, existiendo una comorbilidad muy elevada (Bronsar, Laçon, Loundou Auquier, Rufo y Siméoni, 2011). Pecora, Jensen, Romanelli, Jackson y Ortiz (2009) señalaron que los jóvenes en protección y los adultos que habían vivido en acogimiento residencial tienen ratios desproporcionadas de problemas emocionales y conductuales, estimando que entre un 40-80% de los niños en acogimiento tienen alguna problemática relacionada con la SM.

No hay acuerdo sobre qué patologías son más frecuentes (trastornos del estado del ánimo, de personalidad, de conducta, etc.). Bronsar *et al.* (2011) encontraron mayor presencia de problemas internalizantes en esta población, mientras que Sainero *et al.* (2013a) encuentran una mayor prevalencia de problemas externalizantes (36.7% frente a un 15.5% de problemas internalizantes), concordando con los resultados de Vanschoonlandt, Vanderfaeillie, Van Holen, De Maeyer y Robberechts (2013). En la *Tabla 1* se muestra la prevalencia de los diferentes problemas psicopatológicos que se han encontrado en la literatura previa.

**Tabla 1**  
Prevalencias de diferentes problemas psicopatológicos en niños dentro del sistema de protección infantil.

Autores	Ansiedad	Problemas de conducta	Depresión	Problemas relacionados con el alcohol			Otros problemas
				Problemas relacionados con otras sustancias	Conducta parasuicida	Problemas de atención	
Keller, Salazar y Courtney (2010)	TEPT 15.1%		Depresión 10.5%	14.1%			
	TAG 1,4%		Distimia 1.1%			7%	
	Fobia social 1.1%						
Bronsard <i>et al.</i> (2011)	28.4%	15.3%	14.8%		23.7%		Psicosis 18.6%
Heneghan <i>et al.</i> (2012)	13.5%	TDAH 18.3%	14.8%		13.9%		
Sainero <i>et al.</i> (2013a)		Problemas de conducta 30%					
		Conducta delictiva 20.5%	11.4%	38%	9%	36%	Problemas de atención 12.9%
		Conducta agresiva 18.6%					

Nota: TEPT: Trastorno por Estrés Posttraumático; TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada; TDAH: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

Para finalizar, se encontraron muy pocos artículos que analizaran de forma específica los problemas de SM en niños con DI dentro del sistema de protección infantil. Trout *et al.* (2009) compararon una muestra de niños con y sin DI en acogimiento residencial. Sus resultados muestran una mayor puntuación de los niños con DI en todas las escalas del CBCL (Child Behavior Checklist), pero sólo se encuentran diferencias significativas en la escala de problemas sociales y en la categoría de problemas externalizantes. Del mismo modo, Sainero *et al.* (2013b) se encontraron que estos niños padecen con más frecuencia trastornos externalizantes (78.6% frente a un 9.1% de internalizantes). Casi la mitad de la muestra acude a tratamiento de SM, siendo el doble que sus pares sin discapacidad, a lo que se añade un consumo habitual de medicación psicotrópica (86.4% de los casos de niños/as con DI). Resaltar que, a pesar de la alta prevalencia de tratamiento y medicación psicotrópica, tan solo el 63.6% de estos menores tiene un diagnóstico establecido.

A la escasez de literatura específica sobre la SM de niños maltratados con DI, se unen diversos problemas metodológicos y limitaciones de la investigación previa. Para empezar, en la investigación sobre SM de niños en protección infantil se utiliza de forma genérica el término discapacidad, abarcando discapacidades de diversa índole (física, sensorial e intelectual), así como como dificultades de aprendizaje, problemas de conducta y comunicación. En esta línea, el concepto de DI difiere en algunos estudios según los criterios utilizados para la detección y diagnóstico, además de los instrumentos de evaluación usados para tales fines, ya que no siempre se tiene en cuenta la conducta adaptativa.

Por otra parte, el estudio de la prevalencia de la DI en niños maltratados se analiza como un problema más de SM que sufren estos menores, lo que descarta la posibilidad de estudiar las diferencias entre los niños con y sin discapacidad, así como las necesidades específicas de SM que tienen los niños con discapacidad.

A todo ello se añade que los problemas psicopatológicos no se presentan necesariamente de la misma forma en los niños con DI, y el uso de instrumentos de evaluación no validados en esta población limita significativamente la interpretación de los resultados en investigación.

Dadas las dificultades encontradas en la literatura previa este estudio pretende analizar la problemática de SM de los niños con DI dentro del sistema de protección español. Para ello se plantean varios objetivos:

1. Analizar el perfil y características de los niños con DI que están en acogimiento residencial en España.
2. Detección de problemas psicopatológicos en los niños con discapacidad en acogimiento residencial en este país.

De forma específica se pretende comparar los grupos de niños con y sin discapacidad tanto en lo referente a su perfil personal como a la incidencia de la psicopatología detectada en los instrumentos de screening, con el objetivo de analizar las particularidades personales del colectivo formado por niños con DI y las diferencias significativas que determinen, o puedan determinar, las necesidades específicas de estos niños y jóvenes.

## MÉTODO

- MUESTRA

El estudio se desarrolló con una muestra de 877 niños entre 6 y 18 años que están en acogimiento residencial en diferentes regiones de España: Pontevedra (3.5%), Asturias (17%), Cantabria (7.5%), Guipúzcoa (9.2%), Barcelona (3.8%), Zaragoza (2.4%), Madrid (2.3%), Cuenca (3.6%), Granada (7.1%), Extremadura (18.5%), Murcia (6%) y Tenerife (19.1%). De estos niños, 151 tenían DI, reconocida legalmente debido a la concesión de discapacidad. Para la inclusión de estos niños en el estudio se requería que llevaran al menos tres meses en el mismo centro de acogimiento residencial, con objetivo de facilitar la veracidad de la información facilitada.

- INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTO

Se desarrolló un cuestionario *ad hoc* para recoger toda la información sobre el niño, su contexto familiar, proceso de intervención, situación académica, salud física y psicológica, así como la intervención que recibe para estos problemas. De forma mayoritaria esta información ha sido cumplimentada por el educador de referencia de cada menor, pudiendo completarse con la ayuda de otros técnicos del sistema de protección infantil.

Con el objetivo de identificar los problemas de salud mental se utilizaron dos instrumentos de screening cumplimentados por los educadores de referencia de cada niño, ya que son los adultos que tienen mayor conocimiento de la conducta y problemas que pueda estar sufriendo el menor. Por un lado se utilizó el CBCL (Achenbach & Rescorla, 2001), ampliamente validado en la detección de problemas de salud mental en niños. Este instrumento permite obtener la puntuación de un niño en ocho escalas diferentes (ansiedad y depresión, aislamiento social, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta delincuente y conducta agresiva). Estas escalas se pueden agrupar en problemas internalizantes o externalizantes, y también permite obtener una puntuación total, que indica la existencia o no de algún problema de carácter psicológico. Por otro lado, se utilizó el SDQ (Goodman, 1997), que indica la presencia de problemas emocionales, de conducta, hiperactividad, problemas con los compañeros o conducta prosocial. También tiene una escala que indica la presencia o ausencia de problemas psicológicos de forma global. Ambos instrumentos se utilizan para el mismo fin, la detección de problemas psicopatológicos en población infantil. A diferencia del clásicamente utilizado CBCL, el SDQ es un cuestionario más corto, aplicable a jóvenes entre 4 y 16 años, con especial sensibilidad para la detección de problemas de atención e hiperactividad (Goodman y Scott, 1999).

El proceso de recogida de información comenzó en marzo de 2013 y acabó en junio del mismo año. En cada región se contó con la colaboración de los educadores de referencia de los diferentes hogares de protección infantil y técnicos de enlace que realizaron la recogida de información en regiones fuera del Principado de Asturias. Todos los cuestionarios e instrumentos de screening fueron derivados al Grupo de Investigación de Familia e Infancia (GIFI) de la Universidad de Oviedo para el volcado y tratamiento de los datos.

Para el análisis de datos primero se han realizado los cálculos descriptivos, con el objetivo de analizar las características de la muestra en relación a diferentes factores y características. El siguiente paso ha sido la comparación del grupo de niños con discapacidad frente al grupo sin discapacidad, mediante la  $\chi^2$  para las variables categoriales y la T de Student para las variables cuantitativas, tomando como criterio de significación una  $p \leq 0.5$ .

## RESULTADOS

- CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO Y SU FAMILIA

Del total de la muestra de niños en acogimiento en España, el 17.2% (n=151) tiene DI. La edad media de la muestra es de trece años, y la mayoría son adolescentes entre 12-18 años. Existen diferencias significativas entre los niños con y sin DI, dado que la media de edad en niños con discapacidad es mayor y el grupo está compuesto por mayor proporción de adolescentes, como puede observarse en la *Tabla 2*. En cuanto al sexo, también se encuentran diferencias entre ambos grupos, dándose el caso de más varones en el grupo de discapacidad. Respecto a la etnia gitana, compone el 14% de la muestra total, y aunque hay mayor proporción en el grupo con discapacidad, no se encuentran diferencias reseñables.

**Tabla 2**

Características sociodemográficas del niño y diferencias entre niños con y sin DI.

Características sociodemográficas	N total (n=877) %	Niños con DI (n=151) %	Niños sin DI (n=726) %
Sexo			
Niñas	45.6	35.8**	47.7**
Niños	54.4	64.2**	52.3**
Etnia gitana	14.3	18.5	13.4
Media de edad (DT)	13 (2.9)	14 (2.6)*	13.05 (2.9)*
6-11 años	26.6	16.6**	28.7**
12-18 años	73.4	83.4**	71.3**

Nota: \*:  $p \leq .05$ ; \*\*:  $p \leq .01$ ; \*\*\*:  $p \leq .001$  en chi-cuadrado para variables categoriales y t de Student para variables cuantitativas.

Los datos académicos revelan que existen diferencias entre los grupos en todas las variables, como muestra la *Tabla 3*. Para empezar, en el grupo con discapacidad tan solo el 57.6% cursa estudios obligatorios, sea de primaria o secundaria, frente a un 82.2% de niños sin discapacidad, también hay mayor proporción de niños con DI que cursan otro tipo de estudios, fundamentalmente educación especial, ocurriendo en un 24.5% de los casos, frente a un 1.1% del grupo sin discapacidad. En línea con estos resultados, el grupo de niños con DI tiene más apoyos escolares, existiendo en mayoría de los casos una Adaptación Curricular Individual (ACI) (casi un 83% frente a un

28.7% de sus pares sin discapacidad), y acuden en mayor proporción a un centro de Necesidades Educativas Especiales (NEE), en un 41.1%, frente a un 0.6% del grupo sin DI. El rendimiento académico también es diferente, ya que los niños con DI muestran, en mayor proporción un rendimiento académico normal (considerándose éste aprobar con notas suficientes o suspender algunas asignaturas).

**Tabla 3**

Datos académicos y diferencias entre niños con y sin DI.

Datos académicos	N total (n=877) %	Niños con DI (n=151) %	Niños sin DI (n=726) %
<b>Rendimiento académico</b>			
Buen rendimiento	11.8	9.4	12.2
Rendimiento normal	45.9	56.4	44.1
Mal rendimiento	42.2	34.2	43.7
<b>Apoyos escolares</b>			
ACI	38	82.8**	28.7**
Centro de NEE	7.5	41.1***	0.6***

Nota: \*:  $p \leq .05$ ; \*\*:  $p \leq .01$ ; \*\*\*:  $p \leq .001$  en chi-cuadrado.

Si se analizan las problemáticas familiares, ambos grupos obtienen valores similares en cuanto al porcentaje de pobreza, violencia de género, consumos de sustancias (referido a problemas de alcoholismo y/o drogodependencia) y conducta delictiva (englobando prisión de alguno de los progenitores y/o delincuencia). Tan solo existen diferencias significativas en los antecedentes familiares referentes a la DI en alguno de los padres y problemas de SM en algún familiar, siendo mayor en ambos casos en el grupo de niños con discapacidad. Conviene subrayar que, entre los progenitores, quién tiene con más frecuencia DI es la madre, aunque también es frecuente que estos antecedentes se presenten en uno o más hermanos.

En referencia a otras características familiares, no se encuentran diferencias en cuanto al estatus de la pareja ni al número de hijos, que va entre 1 y 15 niños, con una media de unos 4 niños por familia. Si hay diferencias en cuanto a la presencia de hermanos en el mismo centro, siendo menor en el caso de niños con DI (menos del 40% frente a casi el 53% de sus pares sin DI). Los datos sobre las problemáticas y características familiares están reflejados en la *Tabla 4*.

**Tabla 4**

Características y antecedentes familiares y diferencias entre niños con y sin DI.

Características familiares	N total (n=877) %	Niños con DI (n=151) %	Niños sin DI (n=726) %
Factores de riesgo familiares <sup>a</sup>			
Pobreza	43.8	37.7	45
Violencia de género	27.3	26.5	27.4
Conducta delictiva	20.6	18.5	21.1
Consumo de sustancias	46.2	52.3	47.8
Discapacidad intelectual	19.4	45***	14***
Problemas de salud mental	36	52.3***	32.6***
Estatus de la pareja			
Casados/relación estable	(n=615) 30.4	(n=103) 37.9	(n=512) 28.9
Separados/divorciados	48.1	41.7	49.4
Otros	21.5	20.4	21.7
Nº de hijos	3.7 (1.9)	3.5 (1.8)	3.7 (1.9)
Hermanos en el mismo centro	50.6	39.7***	52.9***

Nota: \*:  $p \leq .05$ ; \*\*:  $p \leq .01$ ; \*\*\*:  $p \leq .001$  en chi-cuadrado para variables categoriales y t de Student para variables cuantitativas.

<sup>a</sup> Es posible más de una categoría por caso.

El motivo más habitual para entrar en el sistema de protección infantil es el maltrato, seguido de la incapacidad de control parental y el imposible incumplimiento de las obligaciones paternas (por orfandad o prisión). En otros motivos de protección minoritarios se encuentran diferencias significativas entre los grupos, por un lado existe menor frecuencia de abandono o renuncia en el caso de niños con DI (6.6% en contra del 12.7% de sus pares sin discapacidad), y mayor proporción de modelos inadecuados en el hogar, con un 6.6% frente a un 1.5% en el grupo sin discapacidad. La mayoría de los casos reúne más de un motivo de protección, con independencia del grupo al que pertenezcan.

Por lo que se refiere al tipo de maltrato sufrido, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos a excepción del abuso sexual, que es más frecuente en niños con DI, existiendo el doble de probabilidad de que estos niños sufran abuso sexual, frente a sus pares sin discapacidad. El tipo de maltrato más frecuente es la negligencia física, presente en el 46% de la muestra total, seguida del negligencia emocional con un 38.7% y el maltrato emocional, sufrido por un 25.8% de los niños. No

existen diferencias significativas entre los grupos respecto al sufrimiento de varias tipologías de maltrato de forma simultánea, ya que esto sucede en casi todos los casos.

**Tabla 5**

Motivos de protección y diferencias entre niños con y sin DI.

Motivos de protección	N total (n=877) %	Niños con DI (n=151) %	Niños sin DI (n=726) %
<b>Motivos de protección <sup>a</sup></b>			
Maltrato	65.7	72.2	64.3
Modelos inadecuados en el hogar	2.4	6.6**	1.5**
Imposible cumplimiento	22.7	24.5	22.3
Violencia del niño contra los padres	3	4	2.8
Incapacidad de control parental	35.9	37.1	35.7
Abandono o renuncia	11.6	6.6*	12.7*
Otros	5.5	7.9	5
Más de un motivo de protección	38.5	45	37.2
<b>Maltrato <sup>a</sup></b>			
Maltrato físico	18.7	23.8	17.7
Negligencia física	46	51	45.1
Maltrato emocional	25.8	27.8	25.4
Negligencia emocional	38.7	42.4	37.9
Abuso sexual	4.9	8.6*	4.1*
Otros	4	6.6	3.4
Múltiples formas de maltrato	44.8	68.8	67.8

Nota: \*:  $p \leq .05$ ; \*\*:  $p \leq .01$ ; \*\*\*:  $p \leq .001$  en chi-cuadrado.

<sup>a</sup> Es posible más de una categoría por caso.

En relación con la duración del acogimiento residencial, hay diferencias significativas entre los grupos, ya que los niños con DI pasan llevan más tiempo, con una media de 5 años, frente a 3 años y medio del grupo sin discapacidad. No hay diferencias en la existencia de cambios de centro, ya que ambos grupos lo sufren con similar frecuencia (casi el 58% de la muestra total ha sufrido un cambio), y aunque tampoco difieren significativamente el número de centros en los que han estado los niños, la media de centros es ligeramente mayor para el grupo de niños con discapacidad. No se encuentran diferencias en el hecho de sufrir o no ruptura de acogimiento familiar y/o adopción, fenómeno que ocurre en el 13.6% de la muestra total. Por último resaltar que el grupo de niños con DI tiene menos probabilidad de tener una finalidad de caso definida, aunque las diferencias no son estadísticamente

significativas. Si difieren en el tipo de finalidad existente, ya que con más frecuencia los niños con DI tienen como objetivo el tratamiento de problemas conductuales o emocionales, u “otro tipo de finalidad” (26.1% frente a 3.2% de sus pares sin discapacidad), que suele ser la derivación a un centro específico para personas con DI al cumplir la mayoría de edad.

**Tabla 6**

Características del proceso de intervención por parte del sistema de protección y diferencias entre los niños con y sin DI

Características del proceso de intervención	N total (n=877) %	Niños con DI (n=151) %	Niños sin DI (n=726) %
Meses en acogimiento residencial	47.13 (39.4)	64.12 (47.6)	43.7 (36.6)
Otros centros de acogimiento	57.9	62.3	57
Nº medio de centros de acogimiento	1.43 (0.8)	1.53 (0.7)	1.41 (0.8)
Existencia de finalidad de caso	67.2	58.3	69
Preparación para la independencia	36.5	33	37.1
Retorno con la familia	36.2	20.5**	38.9**
Incorporación a otra familia	19	18.2	19.2
Tratamiento de problemas psicológicos	1.2	2.3**	1**
Otros	6.6	26.1**	3.2**
Ruptura de acogimiento familiar/adopción	13.6	11.9	13.9

Nota: \*:  $p \leq .05$ ; \*\*:  $p \leq .01$ ; \*\*\*:  $p \leq .001$  en chi-cuadrado para variables categoriales y t de Student para variables cuantitativas.

<sup>a</sup> Es posible más de una categoría por caso.

- VARIABLES REFERIDAS A LA SALUD FÍSICA Y MENTAL

Para empezar, en cuanto a los aspectos relacionados con la salud, el 17.2% de los niños tiene DI. Dentro de este grupo el 13.9% de los casos tiene otra discapacidad, física o sensorial, presente de forma simultánea. Además, es importante señalar que todos estos niños tienen discapacidad legalmente reconocida, y en la mayoría de los casos (68.9%) es moderada, seguida de un 17.9% de discapacidad grave, un 9.3% de discapacidad muy grave y por último, tan solo en un 4% de estos niños tiene una discapacidad leve.

El 44.4% de los niños con DI tiene una enfermedad física importante (generalmente problemas respiratorios, cardiacos, epilepsia, retraso madurativo, etc.), frente al 14% de sus pares sin discapacidad.

En cuanto al tratamiento de SM, la mitad de la muestra total recibe tratamiento de SM, existiendo diferencias significativas entre los grupos, ya que más del 70% de los niños con DI acude a uno o más de estos tratamientos, mientras que en el grupo sin DI no llega a la mitad de los casos, como puede observarse en la *Tabla 7*.

**Tabla 7**

Características de salud física y mental y diferencias entre niños con y sin DI.

Características de salud física y mental	N total (n=877) %	Niños con DI (n=151) %	Niños sin DI (n=726) %
Enfermedad física	19.3	44.4***	14***
Tratamiento SM	50.6	72.2***	46.1***
Tipo de tratamiento <sup>a</sup>			
Tratamiento psiquiátrico	24.1	53***	18***
Tratamiento farmacológico	22.3	53.6***	15.8***
Tratamiento psicológico	42.8	84.9	41.6
Diagnóstico	(n=444)	(n=109)	(n=335)
Establecido	34.5	56.9***	27.2***
Tipo de diagnóstico			
Internalizante	13.7	6.5	18.7
Externalizante	51.6	35.5	62.2
Ambos	2.6	1.6	3.3
Otros	32	56.5***	15.4***
Varios trastornos diagnosticados	28.8	40.3*	20.9*
Conducta suicida	8.3	7.3	8.5
Amenazas	74	83.4	76.6
Intentos	16.4	8.3	17.7
Ambas	9.6	8.3	9.7

Nota: \*:  $p \leq .05$ ; \*\*:  $p \leq .01$ ; \*\*\*:  $p \leq .001$  en chi-cuadrado.

<sup>a</sup> Es posible más de una categoría por caso.

Se encuentran diferencias significativas respecto al tipo de tratamiento al que se acude, siendo especialmente notoria en el caso del tratamiento farmacológico, que toman el 53.6% de los niños con DI, frente al 15.8% de los niños sin DI. Dentro de este tratamiento no hay diferencias referidas al número de medicación recetada, ya que, en general, el 46% de los niños toma más de un medicamento; o la combinación de

medicamentos consumidos (antipsicóticos y psicoestimulantes en casi el 30% de los casos, seguidos de antipsicóticos y antiepilépticos en casi el 15%). Es necesario destacar el alto porcentaje de menores que consumen antipsicóticos (13.8%), psicoestimulantes (7.5%) y antiepilépticos (4%). Debido al gran número de niños con discapacidad que toman medicación se encuentran diferencias significativas en casi todos los tipos de medicamentos, a excepción de los ansiolíticos, que los toman con igual frecuencia. Además, hay que señalar que casi el 40% de los niños que toma fármacos no tiene un diagnóstico establecido (este porcentaje es muy similar para ambos grupos, ya que alcanza el 39.5% en el niños con DI y sobrepasa el 37% en niños sin discapacidad). De forma simultánea, un 27.5% de los menores tiene tratamiento farmacológico y algún tipo de diagnóstico, dentro de este grupo más de la mitad de los niños tiene un diagnóstico externalizante, seguido de casi una cuarta parte que tiene otro tipo diagnóstico (destacando que esta categoría está compuesta de forma mayoritaria por un diagnóstico de DI).

En cuanto al tratamiento psiquiátrico, más de la mitad de los niños con discapacidad acude a este recurso, frente al 18% de los pares sin discapacidad. Las características del tratamiento son muy similares en cuanto al tipo de recurso (público), tratamiento (individual), frecuencia (cada dos meses o mensual) y duración de las sesiones (entre 15 y 30 minutos). Si se encuentran diferencias significativas en el tiempo que lleva acudiendo a este tratamiento, siendo mayor en el grupo con discapacidad, con una media de casi 4 años, frente a una media de 2 años en el grupo sin DI. Cabe resaltar que, de nuevo, el grupo con discapacidad, acudió con más frecuencia a un tratamiento psiquiátrico anterior: 21.9% en el caso de niños con DI, frente a un 9.1% del grupo sin discapacidad. En lo referente a la eficacia del tratamiento en el grupo con discapacidad el 46.3% de los educadores indica que ha mejorado un poco, seguido de casi el 24% quienes afirman que el niño sigue igual, tan solo el 21.3% afirma que la mejoría es significativa. En el grupo de niños sin discapacidad los datos son muy similares, ya que no se han encontrado diferencias significativas, de modo que el 52.7% indica que el niño ha mejorado un poco, el 21.4% que la mejoría es significativa y que el 15.3% de los niños sigue igual.

En la misma línea el tratamiento psicológico es más probable en el grupo de niños con DI (un 84.9% frente a un 41.6%), aunque es el tratamiento más frecuente en ambos

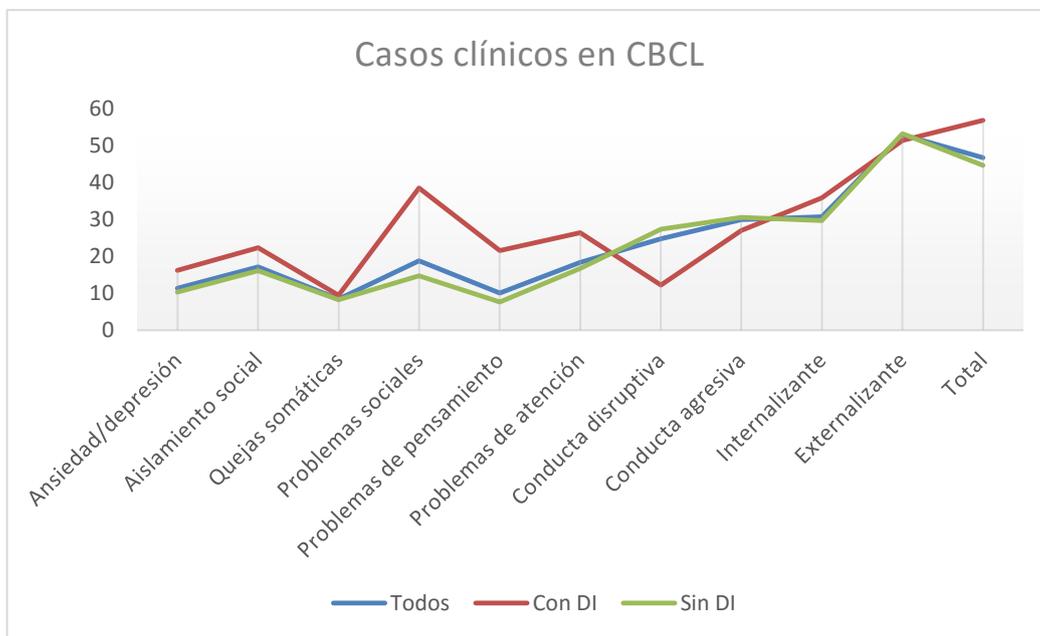
grupos. Respecto a la frecuencia de las sesiones (semanal y mensual) y duración (entre 30 minutos y una hora) son similares en ambos grupos. Se encuentran diferencias en lo referente al tipo de tratamiento, que, aunque en ambos grupos es mayoritariamente individual (69.9% en niños con DI y 84% en niños sin DI), en el grupo de niños con discapacidad es más frecuente que el tratamiento sea grupal e individual (en el 24.7% de los casos, frente al 10% de los niños sin DI) y el tipo de recurso, ya que los niños con DI acuden con más frecuencia a otro tipo de recurso, diferente de la SM pública, psicólogo privado, etc. También existen diferencias en el tiempo de tratamiento, ya que el grupo de discapacidad tiene una media de más de dos años, y el grupo sin discapacidad de un año y tres meses. De nuevo, en lo referido a la eficacia del tratamiento, no se encuentran diferencias significativas, pero se consideran datos de especial relevancia. Los niños con DI han mejorado ligeramente en el 43.8% de los casos, significativamente en el 23.3% y siguen igual en el 21.9%. En el grupo sin discapacidad el 48.4% de los educadores indica una ligera mejoría, seguido de un 23.3% de niños que sigue igual y un 18.9% cuya mejoría ha sido significativa.

Por otro lado, no se han encontrado diferencias significativas entre ambos grupos en relación a la conducta suicida en estos niños y jóvenes. Estas conductas aparecen en el 8.3% de la muestra, y siempre es más prevalente la conducta de amenaza que la de intento de suicidio. Los grupos tampoco difieren en el consumo de alcohol, aunque es mayor en el grupo de niños sin DI (1.7% de los casos frente a 0.7% en niños con DI). Si se encontraron diferencias significativas en el consumo de drogas (cannabis, inhalantes, heroína y cocaína), presente en el 9.9% de los niños con DI y en el 16.3% de los niños sin DI.

- SCREENING DE TRASTORNOS MENTALES

Los resultados del CBCL revelan la mayor proporción de niños con DI que alcanzan una puntuación considerada clínica en el instrumento, frente a sus pares sin discapacidad. Se observan diferencias significativas en algunas escalas, como ansiedad-depresión, problemas sociales, de pensamiento y de atención, donde el grupo con discapacidad puntúa en mayor proporción como clínico, así como la escala de conducta delictiva o disruptiva, donde puntúa en mayor proporción como clínico el grupo de pares sin discapacidad.

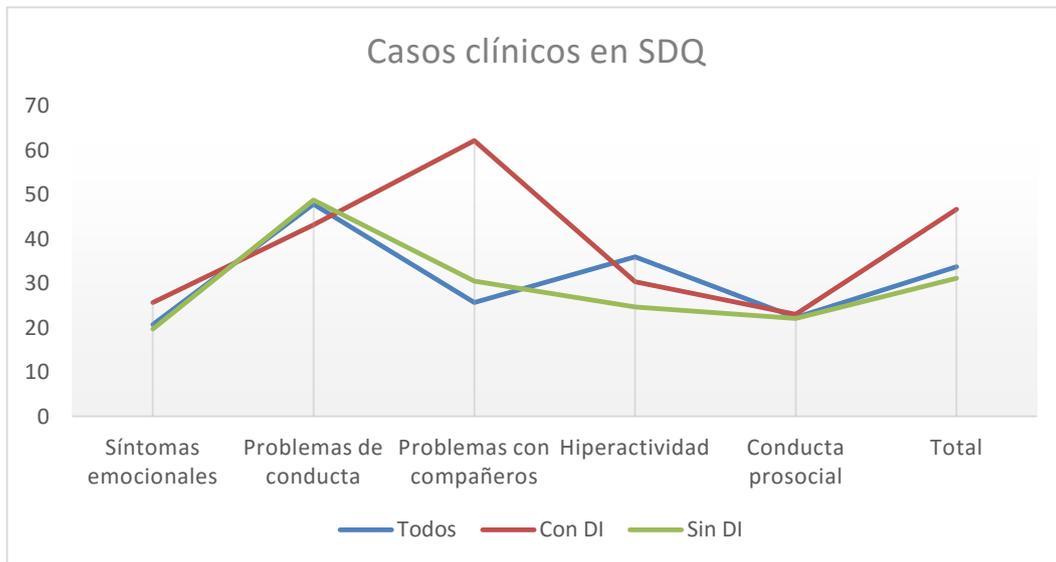
Los problemas más frecuentes se relacionan con la conducta agresiva, clínica en casi el 30% de la muestra; seguida de la conducta delictiva en el 24.7%, aunque, como se ha mencionado, estos problemas son más frecuentes en el grupo sin discapacidad (27.3% frente a un 12.2% en el grupo con DI); también destacan los problemas sociales en el 18.8% de los niños y de atención en el 18.3%, como aparece reflejado en el *Gráfico 1*. En cuanto a las escalas de problemas internalizantes y externalizantes, son mayoritarios éstos últimos (con un 52.9% frente a un 30.7%), sin existir diferencias entre ambos grupos. Es importante recalcar que los problemas internalizantes afectan a un porcentaje importante de la muestra, casi un tercio de los niños puntúan como clínicos en dicha escala.



**Gráfico 1.** Porcentaje de casos que puntúan como clínico en las diferentes escalas del CBCL.

En cuanto a los datos obtenidos en el SDQ se replica la misma tendencia anterior, puntuando como clínicos con mayor frecuencia los niños pertenecientes al grupo de DI (46.7% frente a un 31.2%). En este caso se encuentra una menor proporción de problemas internalizantes (emocionales), pero la tendencia de problemas de conducta e hiperactividad (externalizantes) es similar, puntuando como clínicos el 47.9% y el 36% respectivamente. Los problemas de índole social también son importantes, ya que una cuarta parte de la muestra puntúa como clínico (25.7%). En esta línea, tan solo se

encuentran diferencias significativas esta escala, ya que los problemas sociales son más prevalentes en el grupo con DI (62.2% frente a 30.5%). Los resultados obtenidos en este instrumento de screening pueden observarse en el *Gráfico 2*.



**Gráfico 2.** Porcentaje de casos que puntúan como clínico en las diferentes escalas del SDQ.

Dada la alta frecuencia de la asistencia a tratamientos de SM y de casos clínicos en los instrumentos de screening, se consideró relevante cruzar estos datos con la intención de observar aquellos niños que resultaron clínicos en el screening pero no han sido detectados por el sistema de protección infantil, y por tanto, no acuden a tratamiento. Para ello se tuvieron en cuenta los datos obtenidos en el CBCL, ya que es el instrumento más utilizado en la investigación, así como el hecho de tener o acudir a un tratamiento de SM, con independencia del tipo (psiquiátrico, farmacológico o psicológico). Al cruzar los datos se obtienen cuatro grupos:

1. Casos clínicos que acuden a tratamiento (32,2% del total de la muestra).
2. Casos clínicos que no acuden a tratamiento (14,5% de la muestra).
3. Casos no clínicos que acuden a tratamiento de SM (18,8% de la muestra).
4. Casos no clínicos que no acuden a tratamiento de (34,5% de la muestra).

Si se observan con detenimiento los grupos de niños con y sin discapacidad en los *Gráficos 3 y 4*, nos encontramos que casi el 85% de los niños con discapacidad que

puntuá como clínico en el CBCL está acudiendo a un tratamiento de SM, frente a un 65% de los niños sin discapacidad.

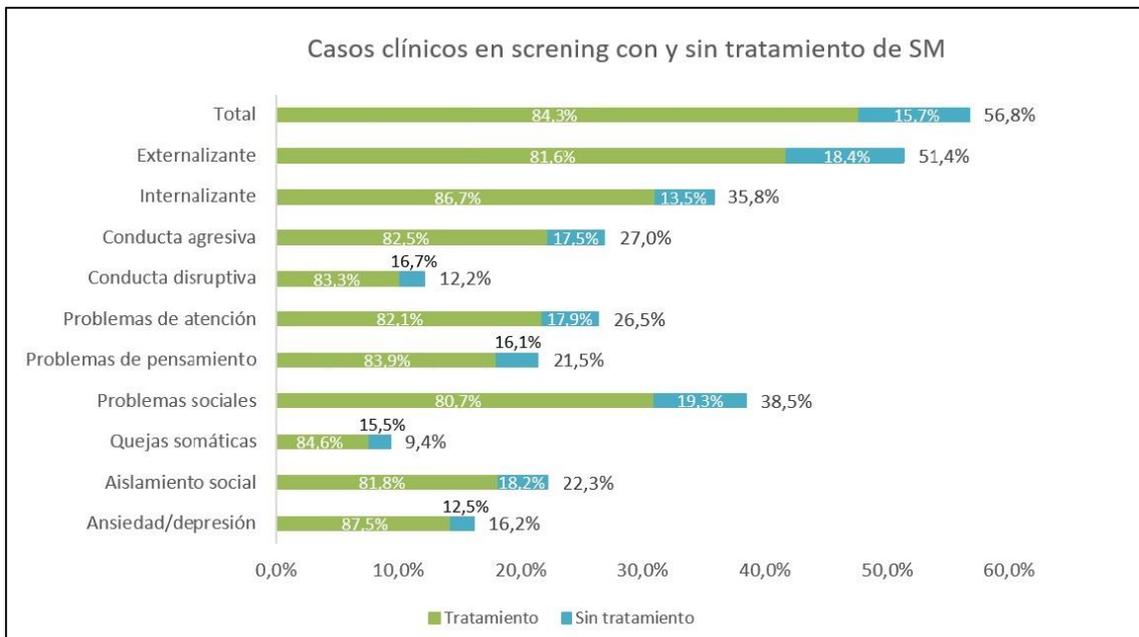


Gráfico 3. Casos clínicos en CBCL con el porcentaje de niños que acuden o no a algún tratamiento de SM en el grupo de niños con DI.

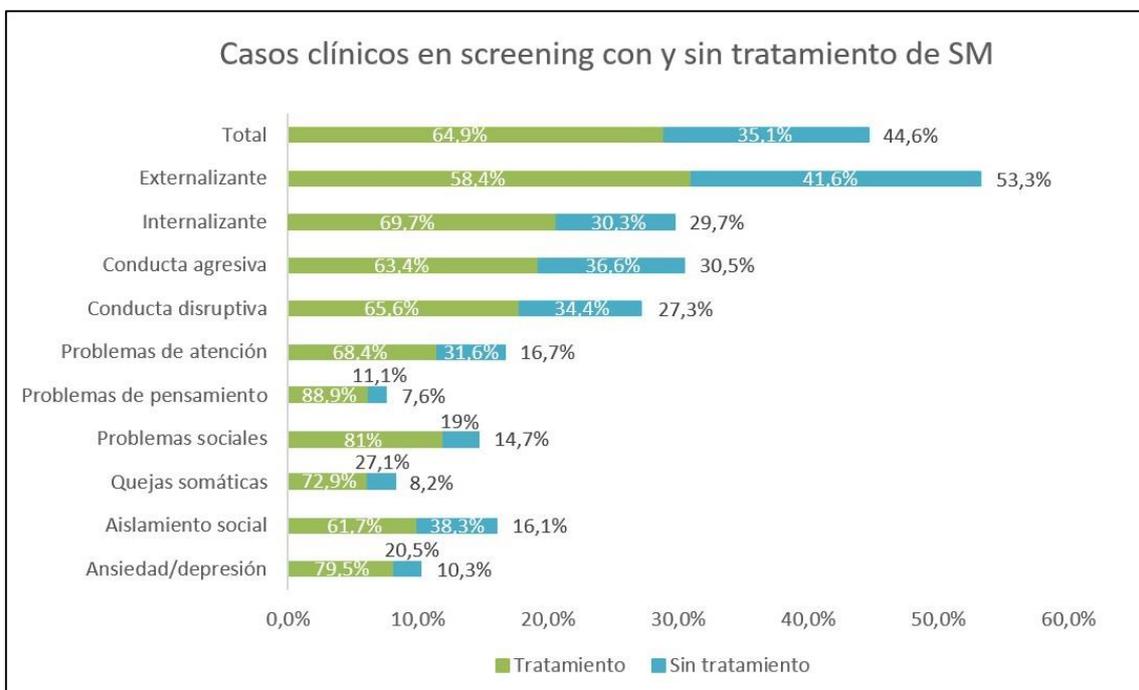


Gráfico 4. Casos clínicos en CBCL con el porcentaje de niños que acuden o no a algún tratamiento de SM en el grupo de niños sin DI.

## DISCUSIÓN

Este estudio pretende describir las características de los niños con DI que se encuentran en acogimiento residencial en nuestro país, dado que se trata de una población poco visible y por tanto, poco estudiada. Por otro lado, se analizan los problemas psicopatológicos que sufre este colectivo tan específico, ya que la totalidad de trabajos publicados que describen los problemas de SM de niños en acogimiento, estudian y contemplan la discapacidad intelectual como un problema más, sin tener en cuenta la vulnerabilidad, importancia y necesidades específicas que estos niños y jóvenes pueden presentar.

De acuerdo con los resultados encontrados en las investigaciones previas, la prevalencia de DI en niños maltratados o desamparados es mucho mayor que la población general (Barber y Delfabbro, 2009; Horner-Johnson y Drum, 2006; Jones *et al.*, 2012; Lightfoot, Hill y LaLiberte, 2011; Sullivan y Knutson, 1998, 2000; Vig y Kaminer, 2002; Wissink *et al.*, 2014. Trout *et al.*, (2009) estimaron que entre el 10-31% de los niños en acogimiento residencial tenía DI. En este trabajo la prevalencia de la DI en los niños alcanzó el 17.2% de la muestra total, resultado similar al obtenido por Sainero *et al.* (2013b) en Extremadura, quienes encontraban que un 18% de los niños en acogimiento en esta región tenía DI, y Sainero, del Valle y Bravo (2015) quienes encontraron un 16.7%.

Los niños con discapacidad en acogimiento tienen un perfil muy específico, siendo con más frecuencia varones (Algood *et al.*, 2011; Chmelka *et al.*, 2011; Lightfoot *et al.*, 2011; Oliván, 2002; Slayter y Springer, 2011; Sullivan y Knutson, 2000) y adolescentes (Lighthfoot *et al.*, 2011; Romney *et al.*, 2006; Sainero *et al.*, 2013a; Sainero *et al.*, 2013b; Sainero *et al.*, 2015; Slayter Springer, 2011), resultados replicados en este estudio.

Las características familiares de los niños con DI no difieren especialmente de sus pares sin discapacidad. En ambos grupos las familias presentan uno o más factores de riesgo como pobreza, violencia de género, conducta delictiva o problemas de drogodependencia, tal y como observó con anterioridad Oliván (2002). Si existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los antecedentes de SM y la DI de los progenitores, siendo mayor, en ambos casos, para el grupo de niños con

discapacidad. Esta alta prevalencia de discapacidad en los padres podría explicar, en parte, el alto porcentaje de niños con discapacidad en el sistema de protección. Lightfoot y Slatyer (2014) estudiaron la sobrerrepresentación de padres con discapacidad en el sistema de protección infantil, señalando que aumenta hasta dos veces la probabilidad de negligencia y maltrato, aumentando también la probabilidad de estar o haber estado dentro del sistema de protección infantil. Estos autores destacan que, la discapacidad no es en sí un factor que aumente la probabilidad de maltrato, sino todas las condiciones de riesgo que se asocian a esta problemática, como la pobreza, el menor nivel educativo, la salud más deteriorada y las limitaciones en la vida diaria de los progenitores. En cuanto a los antecedentes de SM, o psicopatología de los padres, Goelman, Zdaniuk, Boyce, Armstrong y Essex (2014) encontraron una influencia negativa de los problemas de SM en el comportamiento y SM de sus hijos, así como la calidad de los cuidados que estos reciben.

En el ámbito educativo estos jóvenes requieren una especial atención, dada la alta frecuencia de apoyos escolares como la ACI (más de un 80%) y la asistencia a un centro de NEE (más del 40%), tal y como encontraron Sainero *et al.* (2013b) previamente. Este último dato es importante en tanto que denota la educación en un contexto especializado como una de las opciones más recurrentes para estos niños y jóvenes, dejando a un lado la educación en un colegio normalizado, fomentando la integración social de este colectivo. Todos estos apoyos se podrían explicar con el alto porcentaje discapacidad moderada en este grupo (70% de los casos). Otro dato muy llamativo es el tipo de estudios cursados con más frecuencia por estos jóvenes, ya que una cuarta parte de ellos cursa otro tipo de estudios no reglado y apenas el 57.6% cursa estudios obligatorios como primaria o secundaria.

A pesar de que la literatura habla de una mayor probabilidad de maltrato en la población con DI (Algood *et al.*, 2011; Barber y Delfabbo, 2009; Horner-Johnson y Drum, 2006; Jones *et al.*, 2012; Shanon y Tappan, 2011; Sullivan y Knutson, 2000; Vig *et al.*, 2002), en este estudio la probabilidad de maltrato no se diferenció entre los grupos, ya que los malos tratos eran altamente frecuentes en cualquiera de ambos grupos. Tampoco se encontraron diferencias en el sufrimiento de más de un tipo de maltrato de forma simultánea. Sin embargo, tal y como observaron Wissink *et al.* (2014) la probabilidad de abuso sexual si fue mayor en este colectivo (8.6% en el grupo de

niños con discapacidad frente a un 4.1% de sus pares sin discapacidad). Es importante insistir en que estos resultados son en una población de niños en protección, es decir, ambos grupos son niños desamparados, maltratados, lo que podría explicar que no se encontraran tantas diferencias en los patrones de maltrato sufrido por esta población infantil. Los resultados podrían concordar más con la literatura previa si se analizara epidemiológicamente el maltrato infantil en población general, y no sólo menores dentro del sistema de protección.

En cuanto al proceso de intervención, para este colectivo se toma como medida prioritaria el acogimiento residencial, donde sufren más cambios de centros y están más tiempo que sus compañeros sin discapacidad (Chmelka *et al.*, 2011; Hill, 2012; Sainero *et al.*, 2013b; Slayter y Springer, 2011; Sullivan y Knutson, 2000; Welch *et al.*, 2015). En este estudio también se ha observado esta tendencia a un acogimiento más duradero y con más cambios, aunque no se encontraron diferencias significativas en este último aspecto. Sin embargo, en contra de los resultados observados en investigaciones previas, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a las rupturas de acogimiento y/o adopción que han sufrido estos menores, en comparación con sus pares sin discapacidad (Slayter y Springer, 2011; Welch *et al.*, 2015). En contra de Hill (2012), tampoco se observaron diferencias en lo que se refiere a la existencia de una finalidad de caso en estos menores, aunque es importante subrayar que si difería el tipo de finalidad de caso, siendo menos frecuente la reunificación familiar, a favor del tratamiento específico de problemas de conducta y emociones, o la derivación a centros para personas con DI una vez cumplida la mayoría de edad. Rosenberg y Robinson (2004) señalaron que los problemas médicos y del desarrollo en los menores en protección dificultaban la reunificación familiar de los menores, alargando el acogimiento residencial. Shannon y Tappan (2010) remarcaron la importancia de estudiar las necesidades de los niños con DI, así como las necesidades de sus familias, para fomentar en mayor medida la vuelta de estos menores al núcleo familiar. Con este último dato es pertinente recordar la alta frecuencia de discapacidad y problemática mental en los antecedentes familiares de estos niños y jóvenes, ya que constituyen una particularidad en comparación con el grupo de niños sin discapacidad.

Si se profundiza en su salud, se observa que el 44% de los niños con discapacidad tiene una enfermedad física importante, resultado mucho mayor que en la muestra de

Sainero *et al.* (2013b) quienes encontraban un 27.1% de problemas físicos en este mismo grupo. Estos problemas de salud son trastornos físicos comórbidos, en muchos casos asociados a la DI, que dificultan aún más el desarrollo de la vida cotidiana para estos niños y que, además, en muchos casos convive también con una patología mental, como se comentará más adelante.

La mitad de la muestra acude a algún tipo de tratamiento de SM (bien sea psiquiátrico, farmacológico o psicológico), pero este porcentaje aumenta más del 70% si nos centramos en el grupo de niños con DI. Esta alta tasa de niños que acuden a tratamiento concuerda con los resultados de Garland (1996) y supera la prevalencia encontrada por Sainero *et al.* (2015) quienes hallaron que una cuarta parte de los niños en acogimiento residencial acude a tratamiento, además, de estos un 17% son niños con DI. Lo frecuente en estos niños es que tengan una larga trayectoria dentro del sistema de SM. Estos resultados son más positivos que los encontrados previamente por Burns *et al.* (2004) quienes encontraron que tan solo una cuarta parte de los niños en protección acudían a tratamiento de SM, a pesar de que casi el 50% de ellos padecía algún tipo de problemática psicológica. Conn, Szilagyi, Jee, Blumkin y Szilagyi (2015) analizaron las diferencias entre el tratamiento de SM que recibían los niños en acogimiento frente a los niños que permanecían dentro del núcleo familiar, sus resultados muestran que los niños en acogimiento tienen menores probabilidades de acudir a tratamiento, aunque con el tiempo su salud mental mejora, los autores consideran que este fenómeno estaría explicado por la salud de los propios padres, que provocaría un aumento de la problemática psicológica a largo plazo en aquellos menores que permanecen en la familia.

Siguiendo con la prevalencia de tratamientos, el más de la mitad de los niños con discapacidad acude a tratamiento psiquiátrico y tiene algún tipo de medicación psicofarmacológica prescrita, resultados similares a los hallados por Scheifes *et al.* (2013). De igual modo Chmelka *et al.* (2011) ya señalaban la mayor probabilidad de medicación psicotrópica en niños con discapacidad. En este trabajo la probabilidad de tomar psicofármacos es tres veces mayor para los niños con DI frente a sus pares sin discapacidad, sin embargo no se encontraron diferencias significativas en el número o combinación de medicamentos entre el grupo con y sin DI. Los fármacos más consumidos son los antipsicóticos, psicoestimulantes y antiepilépticos, especialmente

los antipsicóticos y psicoestimulantes de forma combinada (en casi el 30% de los casos). No es de extrañar el consumo de psicoestimulantes, dado que el diagnóstico más frecuente para estos niños, con independencia de la presencia o no de discapacidad, es el TDAH. Además, la alta frecuencia de este diagnóstico concuerda con los resultados de Casey *et al.* (2008) quienes encontraron que los niños con TDAH en acogimiento tenían mayor probabilidad de medicación psicotrópica y estimulante. Por otro lado, si resulta curiosa la alta frecuencia de antipsicóticos y antiepilépticos, dada la baja frecuencia del diagnóstico de estos en la población estudiada. Es necesario recalcar que casi el 40% de los niños con tratamiento farmacológico no tiene un diagnóstico establecido, lo que indica que la pauta que se sigue para proporcionar medicamentos a estos niños no es el tratamiento de una patología específica identificada. El tratamiento farmacológico puede utilizarse para disminuir las conductas inadecuadas que presentan estos menores, ya que, en aquellos casos en los que se dispone de un diagnóstico, este es externalizante o se trata de una DI.

Al consumo de psicofármacos se une la larga duración de los tratamientos psiquiátrico y psicológico, con una media de más de dos años en ambos tratamientos, pero cabe destacar que algunos niños llevan más de 5 y 10 años en tratamiento de SM. Otro factor a tener en cuenta es la eficacia percibida de los tratamientos. Tanto para el tratamiento psiquiátrico como psicológico menos de la cuarta parte de los educadores de referencia manifestaron una mejoría significativa del menor gracias al tratamiento, y entre el 25-44% manifiesta una leve mejoría. Estos resultados sugieren la necesidad de replantearse la intervención que se está realizando con estos niños y jóvenes. ¿Qué objetivos se plantean? ¿Se alcanzan esos objetivos? ¿Qué se hace en consulta con estos niños? ¿Qué dificultades se trabajan? ¿Y qué puntos fuertes se potencian?

En cuanto a los problemas psicopatológicos de estos niños, los instrumentos de screening manifiestan una alta prevalencia de problemas de SM en los menores dentro de nuestro sistema de protección infantil, ya que el 46.7% de la muestra total resultó clínica en el CBCL y el 33.8% en el SDQ. Estos resultados concuerdan con las estimaciones realizadas en la literatura previa. Burns *et al.*, (2004) encontró que un 50% de los niños en protección infantil tiene algún problema emocional o conductual. Del mismo modo, Pecora *et al.* (2009) estimaron que entre el 40-80% de los niños en acogimiento tiene algún problema de SM.

Los resultados del CBCL revelan que los niños con DI padecen, con más frecuencia, problemas de ansiedad y depresión, problemas de pensamiento, problemas sociales y problemas de atención, y por el contrario, presentan con menor frecuencia una conducta delictiva y una conducta agresiva. Estos últimos hallazgos son diferentes a los encontrados por Sainero *et al.* (2013b) con el mismo instrumento, ya que sus resultados muestran que el grupo de niños con DI resultaba clínica en mayor proporción en todas las subescalas del instrumento. En cuanto a los resultados del SDQ, el grupo de niños con DI puntúa como caso clínico con más frecuencia, especialmente en la escala de problemas con los compañeros e hiperactividad.

No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en cuanto a los grandes tipos de problemas psicopatológicos: trastornos internalizantes y externalizantes, pero los resultados del CBCL muestran un gran predominio de los problemas de carácter externalizante en la muestra total, con una prevalencia del 52.9% frente a un 30.7% de problemas internalizantes, tal y como habían observado previamente Trout *et al.* (2009) y Sainero *et al.* (2013a, 2013b). Vanschoonlandt *et al.* (2013) observaron una alta prevalencia de problemas externalizantes en niños dentro del sistema de protección, indicando que hay variables que pueden influir en el aumento de estos problemas, como el propio acogimiento residencial o los cambios sufridos en las medidas de protección. Estos hallazgos ayudarían a explicar la alta prevalencia de problemas externalizantes encontrada en esta muestra, dado que muchos de estos niños, con independencia de la existencia o no de discapacidad, están en acogimiento residencial desde hace tiempo y han sufrido algún cambio de centro.

Dekker y Koot (2003) señalan que la psicopatología en niños con DI afecta hasta tres veces más el funcionamiento normal en comparación a sus pares sin discapacidad, por lo que es muy importante la detección precoz de los problemas psicopatológicos en niños dentro del sistema de protección infantil, dada su especial vulnerabilidad, y más aún si se trata de niños con algún tipo de DI.

Teniendo en cuenta los datos del screening (concretamente el CBCL) y la asistencia a tratamientos de SM, los resultados revelaron que casi un 15% de la muestra total puntuaba como clínica en el screening y no acudía a tratamiento, mientras que casi un 20% no resultaba clínico y si estaba acudiendo a tratamiento. Los resultados

manifiestan la necesidad de mejorar la detección de los problemas psicopatológicos de los menores desde el sistema de protección infantil para la adecuada derivación de los casos a SM, reduciendo lo máximo posible esta clase de errores.

Siguiendo esta línea, y analizando exhaustivamente las diferencias entre los grupos de niños con y sin discapacidad que resultaron clínicos en el CBCL, se observó que con más frecuencia se detectan y derivan los problemas psicopatológicos en el grupo de discapacidad. Esta tendencia podría deberse a la derivación genérica que hay de los niños con DI a tratamiento de SM, especialmente farmacológico. Los fármacos recetados sugieren que el fin de este tipo de intervención es el control de las conductas inadecuadas de estos menores, si retomamos los datos sobre la baja eficacia que los tratamientos tienen, según los educadores, de nuevo lleva a pensar que las intervenciones que se están llevando a cabo están planteadas desde una perspectiva poco acertada.

En el grupo de niños sin discapacidad destaca que los problemas menos derivados son los externalizantes (en un 40.6% de los casos que puntúan como clínico en esta escala). Observando detenidamente las escalas del instrumento, los problemas que más casos han derivado a tratamiento son los problemas de pensamiento y los casos de ansiedad y depresión, mientras que los menos derivados son el aislamiento social (casi el 39% de los casos clínicos en esta escala) y conducta agresiva (36.6%). Este patrón sugiere que las conductas agresivas están muy normalizadas (presentes de forma clínica en casi un tercio de la muestra de niños sin discapacidad), y no se perciben como significativamente problemáticas, frente a los problemas de ansiedad y depresión, que se intervienen con más frecuencia, probablemente por la tendencia en muchas instituciones de hacer una intervención de SM rutinaria con los menores para trabajar la historia y problemática familiar, como por ejemplo realizan en la mayoría de centros de Aldeas Infantiles SOS.

Lo más importante de este trabajo es lograr una imagen global de la situación de los menores en acogimiento residencial en nuestro país, concretamente de aquellos niños con DI. Si se integran todos los resultados obtenidos se observa un importante porcentaje de niños con DI dentro de los niños en acogimiento residencial. Se trata de una población mayoritariamente adolescente, con un acogimiento residencial de larga

duración, diversas condiciones familiares consideradas factores de riesgo o antecedentes familiares de riesgo (antecedentes de SM, DI en los progenitores, pobreza, etc.), que han sufrido diversas formas de maltrato, resaltando la elevada prevalencia de abuso sexual. Estas condiciones se plasman, de algún modo, en una alta incidencia de los problemas psicopatológicos en esta población, a la par que una alta asistencia a recursos públicos y privados de SM.

Es muy importante resaltar la dificultad para detectar los casos de malos tratos en niños con DI. Berástegui *et al.* (2006) señalan que podría deberse a la falta de formación de los profesionales que trabajan con estos niños, el miedo a represalias por denunciar el maltrato, la falta de confianza en los servicios sociales, o incluso las propias dificultades que tienen estos menores para reconocer y denunciar los malos tratos. Estas barreras pueden llevar a la invisibilidad de muchos casos de maltrato en esta población, su detección inadecuada o tardía. El mismo año Shannon y Agorastou (2006) analizaron la capacidad de detección de casos de discapacidad por parte del sistema de protección estadounidense, resultando que menos de la mitad de las agencias encargadas de prestar estos servicios identifican la discapacidad en los niños maltratados.

Manders y Stoneman (2008) exploraron las medidas de protección implantadas en casos de niños con DI, descubriendo que la probabilidad de investigar los supuestos malos tratos dependía del tipo de discapacidad (siendo menor en caso de parálisis cerebral y mayor en caso de problemas emocionales o de conducta). Este mismo estudio reveló que los profesionales tendían a considerar a los niños con discapacidad parcialmente responsables del maltrato, mostrando mayor empatía con los padres maltratadores en comparación con sus pares sin discapacidad.

Los hallazgos descritos anteriormente demuestran la invisibilidad que tienen los niños con DI dentro del sistema de protección, lo que explicaría, en parte, por qué han sido poco estudiados, y no se reclaman intervenciones específicas para esta población especialmente vulnerable.

A esta invisibilidad característica de los niños con discapacidad maltratados, se añade la propia laguna que tiene el sistema de protección en la detección de problemas psicopatológicos de los menores acogimiento. Romanelli *et al.* (2009) señalan que dentro del sistema de protección hay muchos niños con problemas de SM que no son

detectados, y por tanto no reciben ayuda. Este fenómeno se debe al modo en el que el sistema actual identifica y deriva a estos niños con problemas. He, Lim, Lecklitner, Olson y Traube (2015) resaltan la importancia del uso de instrumentos de screening dentro del sistema de protección para la correcta identificación de problemáticas psicológicas y su posterior derivación al servicio más adecuado. Es, por tanto, una prioridad el uso de instrumentos de screening como el CBCL, ampliamente utilizado en la investigación dentro del ámbito de protección infantil y en la práctica clínica privada en la población general, para la detección precoz de estos problemas y su urgente intervención.

Por último, considero importante mencionar la dificultad de coordinación entre el sistema de SM y el sistema de protección infantil, que también podría explicar en cierto modo la ineficacia de los tratamientos que reciben estos niños y jóvenes. Estas dificultades han sido recogidas por numerosos autores (Bai, Wells y Hillermeier, 2009; Darlington, Feeney y Rixon, 2005; Kerns *et al.*, 2014). Se ha visto a nivel internacional que ambos sistemas se ven obligados a colaborar de forma casi constante, pero este trabajo conjunto se ve dificultado por obstáculos esencialmente informativos: la falta de conocimientos de un sistema a otro y la falta de comunicación entre los sistemas (dificultades relacionadas con la confidencialidad en lo referente a información sobre el tratamiento de SM y el proceso de intervención en protección infantil). Por ende, sería necesaria una mayor formación de los educadores que trabajan en el sistema de protección infantil acerca de la SM infantil, del mismo modo que los profesionales de la SM deberían tener conocimientos mínimos del sistema de protección infantil. Este mayor conocimiento mutuo, unido a canales de información fluidos de forma bidireccional permitiría una intervención eficaz y adaptada a las necesidades de cada niño.

Siguiendo en el ámbito de la colaboración entre el sistema de protección y de SM, García, Circo, DeNard y Hernández (2015) añaden otros problemas como la falta de financiación, la poca adaptación de muchos recursos de SM a las necesidades específicas de estos menores, la falta de apoyo y supervisión para realizar adecuadamente su trabajo y en algunos casos estigmas y falta de competencias culturales en caso de existir minorías étnicas dentro del sistema de protección infantil.

Por último, y en concordancia con los resultados de este trabajo es relevante comentar que, no sólo es importante una buena detección y abordaje de los problemas que tiene este colectivo tan vulnerable y poco visible, en relación a sus características familiares y problemas psicopatológicos, sino que es fundamental abordar el futuro que tienen estos jóvenes una vez cumplida la mayoría de edad. La Ley 26/2015, de 28 de julio, de Protección a la Infancia y a la Adolescencia, establece la obligatoriedad de continuar prestando servicios a estos jóvenes una vez cumplidos los 18 años, pero la realidad de muchos de estos niños y jóvenes con DI es que, sin una red familiar ni social de apoyo, están abocados a la institucionalización permanente. Es decir, al salir del hogar de protección infantil pasan a residir en una institución para adultos con discapacidad. Dadas las características del maltrato sufrido, la psicopatología padecida, y la ausencia de integración social de estos niños y adolescentes es realmente difícil alcanzar la independencia e integración en la sociedad cuando alcanzan la edad adulta.

- CONCLUSIONES

Este trabajo replica los resultados encontrados en la literatura internacional sobre el tema, la alta vulnerabilidad de los niños con DI dentro del sistema de protección infantil, una mayor prevalencia de factores de riesgo familiares, un proceso de intervención diferente y una mayor frecuencia de la problemática psicopatológica.

En síntesis, la prevalencia de problemas psicopatológicos es alta en la población infantil maltratada, y significativamente mayor en aquellos niños con DI. A pesar del alto porcentaje de esos menores que acude a tratamiento de SM, muchos casos no se detectan y por tanto, no se derivan. Los tratamientos en esta población tan vulnerable se caracterizan por la combinación de tipos de tratamientos, una alta medicalización, larga duración y una eficacia moderada. Estos hallazgos demuestran que la intervención de los problemas psicológicos de los niños en protección infantil, y de forma específica en niños con DI, es insuficiente, partiendo de la inexistencia de instrumentos de detección precoz y la aplicación de tratamientos inadecuados.

Este trabajo es un punto de partida para la intervención en SM de esta población tan concreta, ya que pone de manifiesto las características y necesidades específicas de los niños con DI en protección, así como la insuficiencia de las intervenciones que se están realizando hasta ahora. Lo ideal sería la inclusión de los instrumentos de screening

dentro del sistema de protección, como indican numerosos autores (He *et al.*, 2015; Pecora *et al.*, 2009; Romanelli *et al.*, 2009; Trout *et al.*, 2009), así como la formación de los educadores en psicopatología infantil básica, para mejorar la detección precoz de estos menores. También es necesario un cambio en las intervenciones realizadas, procurando disminuir la intervención fundamentada en los psicofármacos, y potenciando la intervención psicológica eficaz, donde se utilicen tratamientos basados en la evidencia, adaptados a las necesidades de cada niño e implicando activamente tanto al menor como al educador de referencia y la familia del menor si es posible. Se trata de proporcionar una intervención efectiva, eficaz y eficiente, de modo que con un coste mínimo para la administración pública y para los implicados en el tratamiento (menores, educadores y familiares) se logren resultados positivos que mejoren tanto la salud mental de estos niños como su calidad de vida y futuro.

- LIMITACIONES

Por último, se deben señalar las limitaciones de este trabajo. Para empezar, sería recomendable disponer del CI de los niños con DI, aunque para corregir parcialmente este error se han tenido en cuenta solo aquellos casos de discapacidad donde había una discapacidad legalmente reconocida, solicitando que el educador o técnico especificase el porcentaje de discapacidad.

Por otro lado, dadas las características del propio sistema de protección no ha sido posible recoger todos los datos referentes a los antecedentes familiares de los menores, ya que son desconocidos incluso para los propios técnicos. En consecuencia, los datos han sido lo más conservadores posibles y se han tenido en cuenta sólo aquellos casos de los que se disponía información, de modo que, probablemente, las prevalencias de los factores de riesgo familiares (especialmente antecedentes de SM, DI y consumos) fuesen mayores si de conociesen los datos.

## AGRADECIMIENTOS

Este trabajo se enmarca en un proyecto europeo denominado estudio Healthincare, cuyo objetivo es analizar la salud mental de los niños y niñas en acogimiento residencial. En nuestro país este proyecto está liderado por el Grupo de Investigación de Familia e Infancia (GIFI) de la Universidad de Oviedo, y financiado por el Ministerio

de Economía y Competitividad, mediante el Plan Nacional I+D+i. El estudio no sería posible sin la colaboración de diferentes gobiernos autonómicos (Cabildo de Tenerife, Diputación Foral de Guipuzkoa, Gobierno de Cantabria, Gobierno de Extremadura, Principado de Asturias y Región de Murcia), universidades (Universidad de Oviedo, Universidad del País Vasco, Universidad de Cantabria, Universidad de la Laguna y Universidad de Extremadura) y entidades como Aldeas Infantiles SOS.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahuja, A., Martin, J., Langley, K., & Thapar, A. (2013). Intellectual disability in children with Attention Deficit Hiperactivity Disorder. *The Journal of Pediatrics*, 163(3), pp. 890-895.
- Algood, C. L., Hong, J. S., Gourdine, R. M., & Williams, A. B. (2011). Maltreatment of children with developmental disabilities: An ecological system analysis. *Children and Youth Services Review*, 33(7), pp. 1142-1148.
- Bai, Y., Wells, R., & Hillemeier, M. M. (2009). Coordination between child welfare agencies and mental health service providers, children's service use, and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 33(6), pp. 372-381.
- Barber, J. G., & Delfabbro, P. H. (2009). The profile and progress of neglected and abused children in long-term foster care. *Child Abuse & Neglect*, 33(7), pp. 421-428.
- Berástegui, P. A., & Gómez-Bengoechea, B. (2006). Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión. *Intervención Psicosocial*, 15(3), pp. 293-306.
- Bonomi, A. E., Cannon, E. A., Anderson, M. L., Rivara, F. P., & Tompson, R. S. (2008). Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child Abuse & Neglect*, 32(7), pp. 693-701.
- Boxer, P., & Terranova, A. M. (2008). Effects of multiple maltreatment experiences among psychiatrically hospitalized youth. *Child Abuse & Neglect*, 32(6), pp. 637-647.

- Bronsard, G., Lançon, C., Loundou, A., Auquier, P., Rufo, M., & Siméoni, M.C. (2011). Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Children and Youth Services Review*, 33(10), pp. 1886-1890.
- Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., & Landsverk, J. (2004). Mental health need and Access to mental health services by youth involved with child welfare: a national survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(8), pp. 960-970.
- Casey, K.J., Hagaman, J.L., Trout, A.L., Reid, R., Chmelka, M.B., Thompson, R.W. & Daly, D.L. (2008). Children with ADHD in residential care. *Journal of Child and Family Studies*, 17, 909-927.
- Chmelka, M. B., Trout, A. L., Mason, W. A., & Wright, T. (2012). Children with and without disabilities in residential care: risk at program entry, departure and six-month followup. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 16(4), pp. 383-399.
- Conn, A., Szilagyi, M. A., Jee, S. H., Blumkin, A. K., & Szilagyi, P. G. (2015). Mental health outcomes among child welfare investigated children: In-home versus out-of-home care. *Children and Youth Services Review*, 57, pp. 106-111.
- Darlington, Y., Feeney, J. A., & Rixon, K. (2005). Interagency collaboration between child protection and mental health services: Practices, attitudes and barriers. *Child Abuse & Neglect*, 29(10), pp. 1085-1098.
- Dekker, M. C., & Koot, H. M. (2003). DSM-IV Disorders in Children With Borderline to Moderate Intellectual Disability. I: Prevalence and Impact. *American Academy of child & Adolescent Psychiatry*, 42(8), pp. 915-922.
- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(1), pp. 51-58.
- García, A. R., Circo, E., DeNard, C., & Hernández, N. (2015). Barriers and facilitators to delivering effective mental health practice strategies for youth and families

- served by the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 52, pp. 110-122.
- Garland, A. F. (1996). Type of maltreatment as a predictor of mental health service use for children in foster care. *Child Abuse & Neglect*, 20(8), pp. 675-688.
- Goelman, H., Zdaniuk, B., Boyce, W. T., Armstrong, J. M., & Essex, M. J. (2014). Maternal mental health, child care quality, and children's behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 35(4), pp. 347-356.
- Goodman, R. (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), pp. 581-586.
- Goodman, R., & Scott, S. (1999) Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(1), pp. 17-24
- He, A., Lim, C. S., Lecklitner, G., Olson, A., & Traube, D. E. (2015). Interagency collaboration and identifying mental health needs in child welfare: Findings from Los Angeles County. *Children and Youth Services Review*, 52, 30-43.
- Helton, J. J. (2011). Children with behavioral, non-behavioral, and multiple disabilities, and the risk of out-of-home placement disruption. *Child Abuse & Neglect*, 35(11), pp. 956-964.
- Heneghan, A., Stein, R. E., Hulburt, M. S., Zhang, J., Rolss-Reutz, J., Fisher, E., Landsverl, J., & Horwitz, S. M. (2012). Mental health problems in teens investigated by U.S. Child Welfare Agencies. *Journal of Adolescent Health*, 52(5), pp. 634-640.
- Hill, K. (2012). Permanency and placement planning for older youth with disabilities in out-of-home placement. *Children and Youth Services Review*, 34(8), pp. 1418-1424.
- Horner-Johnson, W., & Drum C. E. (2006). Prevalence of maltreatment of people with intellectual disabilities: a review of recently published research. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12(1), pp. 57-69.

- Horwitz, S. M., Hulburt, M. S., Heneghan, A., Zhang, J., Rolls-Reutz, J., Landsverk, J., & Stein, R. E.K. (2013). Persistence of mental health problems in very Young children investigated by US Child Welfare Agencies. *Academics Pediatrics*, 13(6), pp. 524-530.
- Jackson, T. L., & Müller, E. (2005). Foster Care and Children with Disabilities, *Project Forum at NASDSE*.
- Jones, L., Bellis, M. A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., Mikton, C., Shakespeare, T., & Officer, A. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*, 380(8), pp. 899-907.
- Keller, T. E., Salazar, A. M., & Courtney, M. E. (2010). Prevalence and Timing of Diagnosable Mental Health, Alcohol, and Substance Use Problems Among Older Adolescents in the Child Welfare System. *Children and Youth Services Review*, 32(4), pp. 626-634.
- Kerns, S., Pullmann, M. D., Putnam, B., Buher, A., Holland, S., Berliner, L., Silverman, E., Payton, L., Foure, L., Shogren, D., & Trupin, E. W. (2014). Child welfare and mental health: Facilitators of and barriers to connecting children and youths in out-of-home care with effective mental health treatment. *Children and Youth Services Review*, 46, pp. 315-324.
- Leathers, S. J., McMeel, L. S., Prabhughate, A., & Atkins, M. S. (2009). Trends in child welfare's focus on children's mental health and services from 1980-2004. *Children and Youth Services Review*, 31(4), pp. 445-450.
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de Protección a la Infancia y a la Adolescencia,
- Lightfoot, E., Hill, K., & LaLiberte, T. (2011). Prevalence of children with disabilities in the child welfare system and out of home placement: An examination of administrative records. *Children and Youth Services Review*, 33(11), pp. 2069-2075.
- Lightfoot, E., & Slatyer, E. (2014). Disentangling over-representation of parents with disabilities in the child welfare system: Exploring child maltreatment risk factors

of parents with disabilities. *Children and Youth Services Review*, 47(3), pp. 283-290.

Manders, J. E., & Stoneman, Z. (2009). Children with disabilities in the child protective services system: An analog study of investigation and case management. *Child Abuse & Neglect*, 33(4), pp. 229-237.

Myrbakk, E., & Von Tetzchner, S. (2008). Psychiatric disorders and behavior problems in people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 28(4), pp. 316-332.

Observatorio de la Infancia. (2013). *Estadística básica de medidas de protección a la infancia* [Basic statistics of child care interventions] (Vol. 15). Madrid, Spain: Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad.

Oliván, G. G. (2002). Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo. *Anales Españoles de Pediatría*, 56(3), pp. 219-223.

Pears, K. C., Kim, H. K., & Fisher, P. A. (2008). Psychosocial and cognitive functioning of children with specific profiles of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 32(10), pp. 958-971.

Pecora, P. J., Jensen, P. S., Romanelli, L. H., Jackson, L. J., & Ortiz, A. (2009). Mental health services for children placed in Foster care: An overview of current challenges. *Child Welfare*, 88(1), pp. 5-26.

Reardon, T. C., Gray, K. M., & Melvin, G. A. (2015). Anxiety disorders in children and adolescents with intellectual disability: Prevalence and assessment. *Research in Developmental Disabilities*, 36, pp. 175-190.

Romanelli, L. H., Landsverk, J., Levitt, J. M., Leslie, L. K., Hurley, M. M., Bellonci, C., Gries, L. T., Pecorra, P. T. & Jensen, P. S. (2009). Best practices for mental health in child welfare: screening, assessment, and treatment guidelines. *Child Welfare*, 88(1), 163-168.

Romney, S. C., Litrownik, A. L, Newton, R. R., & Lau A. (2006). The Relationship Between Child Disability and Living Arrangement in Child Welfare. *Child Welfare*, 85(6), pp. 965-984.

- Rosenberg, S. A., & Robinson, C. C. (2004). Out-of-home placement for Young children with developmental and medical conditions. *Children and Youth Services Review*, 26(8), pp. 711-723.
- Sainero, A., Bravo, A., & Del Valle, J. F. (2013a). Examining needs and referrals to mental health services for children in residential care in Spain: an empirical study in an autonomous community. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 22(1), pp. 16-26.
- Sainero, A., F. del Valle, J., López, M., & Bravo, A. (2013b). Exploring the specific needs of an understudied group: Children with intellectual disability in residential child care. *Children and Youth Services Review*, 35(9), pp. 1393-1399.
- Sainero, A., F. del Valle, J. & Bravo, A. (2015). Detección de problema de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial. *Anales de la psicología*, 31(2), 472-480.
- Scheifes, A., de Jong, D., Stolker, J. J., Nijman, H. L.I., Egberts, T. C.G., & Heerdink, E. R. (2013). Prevalence and characteristics of psychotropic drug use in institutionalized children and adolescents with mild intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 34(10), pp. 3159-3157.
- Shaffer, A., Yates, T. M., & Egeland, B. R. (2009). The relation of emotional maltreatment to early adolescent competence: Developmental processes in a prospective study. *Child Abuse & Neglect*, 33(1), pp. 36-44.
- Shannon, P., & Tappan, C. (2011). A qualitative analysis of child protective services practice with children with developmental disabilities. *Children and Youth Services Review*, 33(9), pp. 1469-1475.
- Shannon, P., & Agorastou, M. (2006). Identifying children with developmental disabilities receiving child protection services: A national Survey of child welfare administrators. *Families in Society*, 87, 351-357.
- Shawna, L., Chapman, C., & Wu, L. (2012). Substance abuse among individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33(4), pp. 1147-1156.

- Slayter, E., & Springer, C. (2011). Childwelfare-involved youth with intellectual disabilities: pathways into and placements in foster care. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 49(1), pp. 1-13.
- Sullivan, M., & Knutson, J. F. (2000). The prevalence of disabilities and maltreatment among runaway children. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), pp. 1275-1288.
- Sullivan, P. M., & Knutson, J. F. (1998). The association between child maltreatment and disabilities in a hospital-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 22(4), pp. 271-288.
- Trickett, P. K., & McBride-Chang, C. (1995). The developmental Impact of Different Forms of Child Abuse and Neglect. *Developmental Review*, 15(3), pp. 311-337.
- Trout, A. L., Casey, K., Chmelka, M. B., DeSalvo, C., Reid, R., & Epstein, H. (2009). Overlooked: Children with disabilities in residential care. *Child Welfare*, 88(2), pp. 111-136.
- Vanschoonlandt, F., Vanderfaeillie, J., Van Holen, F., De Maeyer, S., & Robberechts, M. (2013). Externalizing problems in young foster children: Prevalence rates, predictors and service use. *Children and Youth Services Review*, 35(4), pp. 716-724.
- Vig, S., & Kaminer, R. (2002). Maltreatment and Developmental Disabilities in Children. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 14(4), pp. 371-386.
- Welch, V., Jones, C., Stalker, K., & Stewart, A. (2015). Permanence for disabled children and young people through foster care and adoption: A selective review of international literature. *Children and Youth Services Review*, 53, pp. 137-146.
- Wissink, I. B., Van Vught E., Moonen, X., Stams, G. J., & Hendriks J. (2014). Sexual abuse involving children with an intellectual disability (ID): a narrative review. *Research in Developmental Disabilities*, 36, pp. 20-35.