



adolescentes acogidos en la valoración de su estado emocional y conductual siempre que sea posible, ya que los trastornos de tipo más privado parecen pasar desapercibidos en la dinámica diaria de los hogares de protección.

Entre las implicaciones para la intervención que se derivan de los resultados destaca la necesidad de implementar instrumentos de screening diagnóstico como los empleados en esta investigación en la dinámica de los hogares de protección, que permitan una detección precoz y eficiente de las alteraciones que presenta esta población. Asimismo es imprescindible la formación del personal de atención directa en las manifestaciones que con más frecuencia se asocian a los niños y jóvenes con los que intervienen, permitiendo así una atención más sensible y específica a sus necesidades de seguridad y bienestar emocional.

RESUMEN (en Inglés)

Children and adolescents in out home-care and especially those who live in residential care are identified as a high risk group of developing mental health problems. International research has produced a body of scientific literature about the risk factors, prevalence and type of the most common disorders and also the detection and referrals criteria that characterize them.

In contrast, in Spain, although intervention with this profile of child is considered a challenge for the Child welfare system due to the difficulties in dealing with them, there is no scientific research that analyzes the mental health characteristics and needs of the residential care population.

The objective of this Doctoral Thesis has been to assess, for the first time in Spain, the mental health status of all the children and young people between 6 and 18 years old, who live in the residential care facilities of an autonomous community. To do that, information about demographic, social, school and health characteristics and history of protection was recorded, and two screening diagnostic instruments were administered in order to identify emotional and behavioral problems. One was the Child Behavior Check List (CBCL) which was completed by the residential worker and the other was the Youth Self Report (YSR) completed by the adolescents older than eleven.

The results confirmed the existence of personal and family risk factors associated with children and adolescents, which are sufficient by themselves to explain a high prevalence of mental health disorders. By the diagnostic screening process it was established that 44% of the children in residential care showed emotional and behavioral problems in the clinical range. The most common are externalizing disorders (aggressive and disruptive behavior) although more private problematic behavior (such as withdrawn or anxiety) are also highly prevalent. However, the resolution of these problems is an unmet need, cause only 25% of the children and youth were referred for clinical treatment.

This Doctoral Thesis has also emphasized, the extreme vulnerability of children and adolescents with intellectual disability who live in residential care, a significant group with specific characteristics and needs, different to those of their peers that require specialized attention, but who are invisible and normally do not appear in scientific research.

Residential workers have shown that they are as effective as parents in the detection process of clinical problems, although it is necessary to take into account, the adolescents perspective about their emotional and behavioral status since there are private disorders that may be under detected in the daily life of the facility.

Among the practical implications of these results is the urgency of implementing diagnostic and screening instruments similar to the ones used in this research in the residential care homes, in order to get initial and early detection of the mental health problems that this population has.



Vicerrectorado de Internacionalización
y Postgrado

Universidad de Oviedo



Also it is important to train residential workers in the mental health problems more commonly associated with the children and young people they care for, which would allow the design of interventions that are sensitive and specific to the needs of the children.

**SR. DIRECTOR DE DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA/
SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**

TESIS DOCTORAL



Universidad de
Oviedo

**Evaluación de la salud mental de niños y
adolescentes con medidas de protección**

Ana María Sainero Rodríguez

Oviedo, 2014

Programa de Psicología

TESIS DOCTORAL



Universidad de
Oviedo

**Evaluación de la salud mental de niños y
adolescentes con medidas de protección**

Ana María Sainero Rodríguez

Oviedo, 2014

Programa de Psicología

Dirigida por:

Amaia Bravo Arteaga

Jorge Fernández del Valle

DOCTORAL THESIS



Universidad de
Oviedo

**The assessment of the Mental Health of
children in out-of- home care**

Ana María Sainero Rodríguez

Directed by:

Amaia Bravo Arteaga

Jorge Fernández del Valle

University of Oviedo, 2014

Program of Psychology

Esta Tesis Doctoral se ha realizado gracias a la financiación de una beca predoctoral del Programa Severo Ochoa de la Fundación para el Fomento en Asturias de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología (FICYT).

*A todas las personas que luchan diaria e incansablemente por los derechos de los niños que
están en protección.*

A Alan, Ricardo y Emilio (por el momento), por darle sentido a tantas cosas.

A mis padres, por todas las razones imaginables.

No dudes jamás de la capacidad de tan solo un grupo de seres humanos
conscientes y comprometidos para cambiar el mundo.

De hecho siempre ha sido así...

Margaret Mead

Agradecimientos

Nada de esto hubiera sido posible sin la colaboración de muchos profesionales con quienes he tenido la oportunidad de cruzarme y aprender en estos años. De todos ellos, me quedo con quienes me enseñaron que el trabajo en infancia es inseparable del compromiso, la generosidad y la creencia de que es posible hacer las cosas de otro modo. Gracias a los educadores y técnicos que dedicaron su tiempo y esfuerzo a completar los cuestionarios de esta investigación.

I would like to express my sincerely gratitude to The Department of Special need Education at the University of Groningen. I always remember the time I spent there as one of the best (and interesting) part of my Phd.

Gracias al Grupo de Investigación en Familia e Infancia y a todas sus investigadoras, con quienes he compartido viajes, esfuerzos, éxitos y aprendizajes en los diferentes proyectos. Gracias especialmente a María por enseñarme a bailar (y reír) bajo la lluvia y a Carla por recordarme que lo mejor, es lo que está siempre por llegar.

A López, porque a pesar de lo que ella diga nunca encontraré las palabras suficientes para agradecerle todo lo que me ha dado. Gracias por ser mi mentora, por creer en mí, darme la oportunidad de aprender a tu lado y hacerme fan de cualquier locura que se te pasara por la cabeza... Gracias por los buenos momentos que me acompañarán siempre y por haber puesto luz en muchos puntos de oscuridad en este camino. Tenemos una celebración pendiente.

Gracias a los directores de esta tesis doctoral. A Jorge, por disfrutar e involucrarse con este proyecto desde el primer día y por hacerme ver que con sentido del humor, es posible afrontar cualquier contratiempo (en la investigación y en la vida). Esta Tesis hubiera sido imposible sin tu trabajo, tu dedicación y tu guía. A Amaia por haber aceptado sin dudar esta aventura y continuar con el camino iniciado.

Gracias a mis amigas por animar sin desfallecer en este largo proceso aunque no entendieran nada. Por estar en cada una de las fases de estos largos cuatro años y hoy especialmente... después de todo..."yo vine porque soy autora".

A mi familia, por aceptar la dedicación al trabajo de este tiempo, por lo mucho que me habéis amparado y respaldado.

A Dani, por acompañarme en este camino siempre con confianza ciega, por encargarse de hacerme sonreír al final de cada día y recordarme que claro que podía (- e incluso hacerlo mejor) en los momentos en los que yo dudaba.

A mis padres, por su apoyo y su cuidado, por demostrarme que siempre es posible dar más de uno mismo, por seguir haciendo que aprenda de vosotros cada día ...Gracias por empujarme siempre a volar más alto sabiendo que estáis detrás para sostenerme. Por ser como sois, ojala días como hoy os devuelvan parte de lo mucho que merecéis por lo que conseguís en este mundo. Papá, gracias por haberme puesto límite temporal para la redacción final y obligarme así a sentarme y escribir, aunque fuera más tarde de lo acordado.

GRACIAS finalmente a todos los niños y adolescentes del sistema de protección que he conocido en estos años, por compartir su tiempo, su realidad y sus historias con nosotros para conseguir que las cosas mejoren. El profesor Panos me dijo una vez, que Tesis como ésta y las que se defienden en España actualmente sobre este tema, sientan las bases de lo que debería ser un futuro mejor, con eso me quedo.

Oviedo, Febrero de 2014

Índice de contenidos

Presentación	1
Capítulo 1. - Introducción	
1.1. El acogimiento residencial dentro del sistema de protección a la infancia	3
1.1.1. El sistema de protección infantil en España	3
1.1.2. Las alternativas de protección ante casos de separación familiar: la importancia del acogimiento residencial	5
1.1.3. Nuevos perfiles en acogimiento residencial: la atención a los problemas de conducta y de salud mental	9
1.2. La psicopatología del desarrollo como marco teórico explicativo de los trastornos de salud mental de los niños y jóvenes en protección	10
1.2.1. Factores de riesgo, protección y el contexto de vulnerabilidad en el sistema protector	11
1.3. El estado de la cuestión sobre la salud mental de los niños y adolescentes acogidos en los hogares residenciales del sistema de protección	13
Capítulo 2. Objetivos y metodología de la Tesis	17
Capítulo 3. Contenido de la Tesis	21
Capítulo 4. Publicaciones nucleares de la Tesis	26
4.1. Examining Needs and Referrals to Mental Health Services for Children in Residential Care in Spain: An Empirical Study in an Autonomous Community	
4.2. Exploring the specific needs of an understudied group: children with intellectual disability in residential child care	
4.3. Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial (Detection of mental health problems in an especially vulnerable group: children and young people in residential care)	
Capítulo 5. Publicaciones complementarias de la Tesis	68

5.1. Salud mental de menores en acogimiento residencial. Guía para la prevención e intervención en hogares y centros de protección de la Comunidad Autónoma de Extremadura

5.2. Needs and characteristics of high-resource using children and youth: Spain

Capítulo 6. Resultados y conclusiones	83
6.1. Perfil de niños y adolescentes acogidos	83
6.2. Prevalencia de alteraciones clínicas	86
6.3. Derivación y uso de servicios clínicos	87
6.4. Dificultades en el proceso de detección	88
6.5. Conclusiones	89
6.6. Conclusions (english version)	91
6.7. Implicaciones para la práctica del acogimiento residencial	92
6.8. El futuro de la investigación en salud mental en acogimiento residencial	95
Referencias bibliográficas	98

Índice de Tablas y figuras

Figura 1. Altas anuales de acogimiento residencial y familiar en España	8
Figura 2. Propuesta de protocolo de detección y evaluación diagnóstica en acogimiento residencial	94
Tabla 1. Publicaciones centrales de la Tesis doctoral	21
Tabla 2. Publicaciones complementarias de la Tesis doctoral	25

Presentación

Desde hace varios años viene señalándose en nuestro país la elevada incidencia de problemas emocionales y conductuales así como de trastornos de salud mental que presentan los niños y adolescentes que viven acogidos en los hogares de protección (Bravo y del Valle, 2009). En el contexto internacional, su vulnerabilidad a manifestar este tipo de alteraciones está empíricamente establecida (EUROARC, 1998; Heflinger, Simpkins, y Combs-Orme, 2000; Vostanis, 2010) así como la tipología de trastornos más frecuente y los criterios de detección, derivación e intervención necesarios para abordar sus problemáticas desde el marco de la protección (Pecora, Jensen, Romanelli, Jackson, y Ortiz, 2009).

En España, sin embargo, carecemos de estudios sobre esta realidad, a pesar de que la intervención con este grupo continúa suponiendo un auténtico reto para el sistema de protección a la infancia. La atención a este perfil ha generado numerosos problemas de convivencia y conflicto en las residencias y ha supuesto una fuente importante de estrés para el personal de atención directa, poco entrenado en el manejo de este tipo de casos. Para solventar esta situación, en muchas comunidades autónomas se crearon recursos de atención específicos para los niños y adolescentes con estas características que, desde su génesis, han estado rodeados de informaciones y denuncias sobre prácticas inadecuadas, situaciones de malos tratos e incumplimiento de los derechos de los niños acogidos (Defensor del Pueblo, 2009).

Es en este contexto en el que emerge esta tesis doctoral con la finalidad de contribuir a superar la carencia de estudios empíricos existentes en España sobre esta temática. Tomando como referencia las investigaciones y los datos existentes en el contexto internacional, por primera vez en nuestro país abordaremos la evaluación de la salud mental de los niños y adolescentes acogidos en los hogares de protección de una comunidad autónoma española. Para ello se analizarán sus características y las necesidades de recibir tratamiento y se llevará a cabo un procedimiento de screening que permita identificar la prevalencia, tipología y gravedad de las alteraciones que presenta este grupo.

El objetivo principal de esta investigación, por tanto, es aportar datos concretos sobre la prevalencia de trastornos en esta población de niños y adolescentes en acogimiento residencial, así como el tipo de servicio terapéutico que están recibiendo. Con ello se pretende analizar el estado de la cuestión en nuestro país, desconocido hasta el momento, y evidenciar una necesidad real, aún no resuelta, que afecta a la protección de todos los niños y jóvenes acogidos en los hogares. La relevancia del tema es aún mayor si se considera que el acogimiento residencial es una de las alternativas más importantes en el modelo de protección a la infancia español, que

cuenta actualmente con aproximadamente 15000 niños y adolescentes viviendo en los diferentes hogares de la red.

La investigación que da lugar a esta tesis surge de un convenio de colaboración entre la Consejería de Salud y Bienestar de la Junta de Extremadura y el Grupo de Investigación en Familia e Infancia de la Universidad de Oviedo y ha sido financiado a cargo de los fondos para las estrategias 2008 en salud mental del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Con un carácter exploratorio, durante el año 2009 se realizó una completa evaluación de las características y la salud mental de todos los niños y adolescentes que vivían acogidos en los hogares residenciales de esta comunidad autónoma española. Fruto de este trabajo, se han realizado tres publicaciones científicas que conforman la parte nuclear de esta tesis doctoral así como una guía para la intervención de los profesionales de acogimiento residencial en la que se aplican los resultados de esta investigación (se añade como publicación complementaria).

Igualmente, se han realizado numerosas actividades de difusión de los resultados a través de la participación en congresos, jornadas y cursos formativos y de sensibilización de los profesionales de la red residencial en esta temática y su abordaje. Con todo ello se ha tratado de sensibilizar y promover la atención adecuada a las necesidades específicas de los niños y jóvenes con estas dificultades.

La Tesis doctoral que se defiende, está organizada en seis capítulos. El *Capítulo 1* contextualiza el acogimiento residencial dentro del sistema de protección a la infancia español y presenta un breve recorrido por los principales hallazgos nacionales e internacionales sobre el marco explicativo y los problemas de salud mental de los niños en protección y específicamente los que viven en hogares de acogida.

El *Capítulo 2* contiene los objetivos de este trabajo y la metodología utilizada para realizar el estudio general y las diferentes publicaciones derivadas. El *Capítulo 3* presenta los trabajos nucleares que van a ser sometidos a valoración. Los *Capítulos 4 y 5* recogen específicamente las publicaciones realizadas (nucleares y complementarias) que conforman el trabajo empírico. Finalmente, en el *Capítulo 6* se discuten los datos obtenidos y se presentan las principales conclusiones que dirimen a la luz de los resultados obtenidos. También se describen las implicaciones que se derivan para la práctica del acogimiento residencial en nuestro país así como las líneas futuras de investigación en la salud mental de los niños y adolescentes que viven acogidos en los hogares de protección.

Capítulo 1.

Introducción

1.1. El acogimiento residencial dentro del sistema de protección a la infancia

El modelo de protección a la infancia en España presenta ciertas particularidades respecto al resto de países europeos de su entorno. Entre ellas destaca la importancia que tiene el acogimiento residencial como medida de protección para los niños y adolescentes que deben ser separados de su familia de origen. Los hogares de acogida tienen una larga tradición histórica que han evolucionado desde grandes centros orientados a la acogida masiva de niños y jóvenes en situaciones de pobreza, hasta llegar a organizarse en una red diversificada capaz de dar respuestas ajustadas a las necesidades de los diferentes casos que entran en el sistema de protección. En este apartado se contextualiza el funcionamiento del sistema de protección a la infancia y se sitúan las medidas de protección que implican la separación familiar, haciendo especial incidencia en el acogimiento residencial. Dentro del modelo de acogimiento actual, se presentan brevemente las alternativas de protección para los niños y jóvenes que manifiestan problemas de comportamiento y/o de salud mental.

1.1.1 El sistema de protección infantil en España

El sistema de protección a la infancia español vigente se rige por un marco legislativo que incluye convenios y regulaciones internacionales y leyes de carácter estatal y autonómico.

Para entender su organización es importante, en primer lugar, hacer referencia a la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (celebrada el 20 de noviembre de 1989 y ratificada por España el 30 de noviembre de 1990) donde se estableció la identidad plena de los derechos de niños y jóvenes (titularidad que hasta ese momento en nuestro país ejercían sus padres o tutores). Entre los aspectos que implicó la asunción de sus propuestas, está la primacía de los derechos de los niños, que desde ese momento han orientado todas las intervenciones protectoras que se llevan a cabo en nuestro país.

Previamente a este reconocimiento, la Constitución española en 1978 estableció los fundamentos que permitieron articular el marco jurídico de la protección a la infancia. En su

título VIII se promulga la transferencia a las comunidades autónomas de las competencias en materia de protección de menores, una de las características fundamentales del sistema de protección infantil español. No obstante, la legislación en materia civil se mantiene como una competencia exclusiva del Estado. En este ámbito, existen dos leyes estatales fundamentales que legitiman la intervención pública en la infancia y la familia: Ley 21/1987 de Reforma del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción y posteriormente la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil

Entre las grandes aportaciones de la primera, destaca la desjudicialización de las medidas protectoras. La descentralización de los Servicios permitió a las comunidades autónomas erigirse como las entidades competentes en la declaración de una situación de desamparo y la asunción de tutela automática de un menor sin necesidad de requerirse ninguna intervención judicial (De Paúl, 2009).

La Ley 1/1996 de Protección Jurídica del menor vigente actualmente, subsanó muchos de los vacíos existentes en la Ley 21/87y adaptó la normativa española en materia de protección a la convención de la ONU sobre los derechos de los niños, estableciendo una nueva definición de la infancia fundamentada en sus derechos y necesidades (Del Valle y Fuertes, 2000). Con su promulgación quedaron establecidos los principios que rigen la actuación de los poderes públicos en materia de protección infantil, entre los que destacan la supremacía del interés del menor y el mantenimiento de éste en el medio familiar salvo que no sea conveniente para su interés, en cuyo caso se buscará una alternativa para su protección.

El sistema de Servicios Sociales español se caracteriza por tanto por una desjudicialización de las intervenciones y una descentralización de las competencias en materia de protección a la infancia que recaen en cada una de las Administraciones o comunidades autónomas responsables. Surge así un amplio mosaico de normativas autonómicas que regulan las actuaciones protectoras en cada territorio. No obstante, todas ellas comparten un sistema de organización y estructura similar, denominada por De Paúl (2009) *la segunda descentralización*. En cada comunidad autónoma se distribuyen las funciones entre los Servicios Sociales Especializados (que forman parte de los gobiernos autonómicos) y los Servicios Sociales de Base (dependientes de entidades locales y ayuntamientos). Compete a los servicios especializados la intervención con los casos de más severidad en protección a la infancia, aquellos en los que se declara situación de “desamparo” y se requiere una medida de separación del niño de su familia de origen. Los Servicios Sociales de Base asumen tareas de evaluación del menor y su familia así como la intervención familiar en materia de protección a la infancia.

A pesar de esta estructura común, se identifican diferencias entre las comunidades Autónomas relativas a la distribución de los recursos, en la coordinación entre profesionales y equipos y en la carencia de un lenguaje común validado entre las diferentes Administraciones competentes (De Paúl, 2009), lo que plantea aún numerosos retos pendientes en materia de protección de menores.

1.1.2 Las alternativas de protección ante casos de separación familiar: la importancia del acogimiento residencial

Los últimos datos disponibles estiman que en España, en torno a 35.000 niños y adolescentes viven acogidos en alguna medida de protección a la infancia (Observatorio de la Infancia, 2012). Cuando se produce una situación de desprotección de un niño/niña o joven¹ y se procede a la separación de su familia de origen es necesario establecer una alternativa que preserve su bienestar. Acorde a la legislación vigente y al continuo de medidas, las opciones existentes en nuestro país serían: una medida de acogimiento familiar (bien en familia extensa o ajena), un acogimiento residencial o una adopción.

El acogimiento familiar en España presenta un panorama muy característico y diferenciado del resto de países europeos. Existe un claro predominio del acogimiento en la modalidad de familia extensa (parientes o familiares directos que acogen al niño en su hogar) que constituye en torno al 80% de los casos en esta medida, frente a la modalidad de familia ajena (familia externa que tras superar un proceso de idoneidad ha sido validada para asumir la guarda y el cuidado del menor) que tiene un uso más minoritario (Del Valle, Bravo, y López, 2009; Del Valle, López, Montserrat, y Bravo, 2008)

Dentro del acogimiento en familia ajena se diferencian los acogimientos simples (con una duración predeterminada), permanentes (con una previsión de permanencia en la familia hasta que el niño o joven alcance la mayoría de edad) o de urgencia (familias ajenas que acogen al niño o joven en su hogar durante el período de estudio o valoración, hasta que sea posible la derivación a una medida con carácter más definitivo). A pesar de que se considera que debería ser la alternativa prioritaria ante la separación familiar y que continúan los esfuerzos para la mejora de las estrategias de captación y formación de las familias acogedoras de nuestro país (López, Del Valle, y Bravo, 2010) , aún queda un largo proceso de transición para que el acogimiento familiar se configure como la medida de uso mayoritario en casos de separación familiar.

¹ Aunque a lo largo del documento se intentará hacer referencia a ambos sexos, con el objetivo de simplificar el texto, se utilizará el genérico niño, niños, adolescentes o jóvenes para referirse a ambos sexos. Igualmente el término padres, educadores, acogidos y similares deberán considerarse como referido al conjunto de ambos sexos.

Entre otras razones, este escaso uso del acogimiento en familia ajena, se debe a que el acogimiento residencial es una medida con una larga y arraigada tradición en España. En su evolución a lo largo del tiempo como medida de protección, es posible identificar tres grandes modelos que se han ido sucediéndose hasta llegar a configurar la red de hogares de acogida que existe actualmente.

Inicialmente las residencias se orientaban a dar cobijo a niños y adolescentes que no podían vivir con sus familias, fundamentalmente por razones o dificultades de tipo económico. Esta tipología, propia de un modelo de beneficencia y ligado a organismos como la Obra de Protección de Menores o el Instituto Nacional de Asistencia Social (INAS) estuvo presente hasta aproximadamente la década de 1980. Las características que definían este modelo "asistencial" eran siguiendo a del Valle y Fuertes (2000): la acogida indiscriminada de niños y adolescentes con casuística muy variada (abandonos, malos tratos, falta de recursos económicos familiares, etc.) en grandes estructuras arquitectónicas y en donde no existía una finalidad clara en el acogimiento más que la de proveer de un lugar donde vivir a niños que carecían de él. Los recursos residenciales se caracterizaban por ser instituciones cerradas y autosuficientes, en las que no se promovía la participación en los recursos comunitarios y del exterior. El objetivo prioritario se centraba en la cobertura de las necesidades básicas, sin que se tuvieran en cuenta las necesidades emocionales de los niños y adolescentes y donde los profesionales de atención directa carecían de formación específica en infancia.

Como herencia de este período inicial, así como de las investigaciones que existían acerca de los perniciosos efectos que la estancia en un hogar residencial tenía para el desarrollo evolutivo del niño acogido (los trabajos de Spitz y su concepto de "hospitalismo" (1945); Bowlby y las consecuencias de la privación maternal (1951) y Rutter (1981)) han provocado, que a lo largo de su historia, este recurso de protección esté sometido a una visión de crítica y desconfianza generalizada (para una revisión extensa véase del Valle y Fuertes, 2000).

En la década de los 80 se produjo una profunda transformación del modelo residencial dando paso progresivamente a un nuevo concepto centrado en las necesidades evolutivas de los niños en un contexto "normalizado" y en un ambiente familiar. Así, las grandes instituciones dieron paso a viviendas o pisos unifamiliares. Los macrocentros de la etapa previa fueron cerrados o experimentaron un proceso de transformación organizándose en espacios más independientes y reducidos en los que convivían grupos de 8 ó 10 niños. El principio de normalización trascendía al diseño arquitectónico e implicaba que los niños y adolescentes acogidos, lejos de desarrollar todas sus actividades y satisfacer sus necesidades en el contexto de la institución, participaran e hicieran uso de los servicios comunitarios como cualquier miembro de la sociedad. La intervención en las residencias no podía considerarse un mero

acompañamiento ni limitarse a la cobertura de las necesidades básicas sino que respondía a un abordaje integral del niño o joven (teniendo en cuenta todas sus necesidades desde una perspectiva evolutiva) y con una clara orientación psico-educativa. En la consecución de este objetivo resultaba fundamental la existencia de profesionales con formación específica, para lo que surgió la titulación universitaria de educación social. No obstante, aún conviven dentro de los hogares de protección ésta y otras categorías profesionales (auxiliares de educador, monitores, educadores, etc.), con finalidades y funciones muy difíciles de clarificar en el trabajo diario (Del Valle y Fuertes, 2000).

El enfoque actual del acogimiento residencial responde a un modelo de especialización. Los cambios en la tipología de los niños acogidos y el énfasis en la atención a sus necesidades han llevado a las diferentes comunidades autónomas a desarrollar una red de servicios residenciales diversificados y específicos para dar respuesta a las variadas situaciones y finalidades de los casos de separación familiar (Bravo y del Valle, 2009). Las modalidades de acogimiento residencial que existen en nuestro país son, siguiendo a Del Valle y Bravo (2007):

- *Hogares materno-infantiles o de acogida para niños entre el nacimiento y los tres años.* A pesar de tratarse de un recurso anacrónico de nuestro sistema (Bravo y del Valle, 2009) y de que la legislación y las políticas en materia de protección orientan a la búsqueda de alternativas familiares para la acogida de niños con esta edad, aún persisten este tipo de hogares en algunas comunidades autónomas. La vulnerabilidad de los casos en esta etapa, y especialmente la de los niños por debajo de los dos años que están en protección (Arruabarrena y de Paúl, 2012; Stahmer et al., 2005) requiere de recursos especializados y exclusivos en su atención.

- *Hogares de primera acogida y emergencia:* constituyen el primer destino para los niños y jóvenes con una medida de separación familiar que ingresan en el sistema de protección. Se consideran hogares de urgencia donde permanecen hasta que se evalúe la situación y las posibilidades de intervención y se establezca una medida protectora con carácter definitivo.

- *Hogares verticales o de convivencia:* esta denominación engloba a los diferentes tipos de hogares en los que conviven niños y jóvenes de diferentes edades y características. Su objetivo es establecer un ambiente lo más familiar posible que favorezca la protección y el bienestar de los niños acogidos durante el tiempo que permanezcan en el sistema.

- *Hogares de preparación para la independencia:* recursos especializados en el fomento de la autonomía. Orientados a adolescentes para quienes no se considera viable el retorno familiar por lo que deberán estar preparados para vivir de manera independiente una vez alcancen la mayoría de edad.

- *Centros para problemas de conducta y salud mental*: recursos específicos para el tratamiento y contención de las alteraciones de conducta y/o trastornos de salud mental que presentan los niños y jóvenes tutelados.

- *Hogares para menores extranjeros no acompañados*: para la atención de niños y jóvenes que llegan a España sin el acompañamiento de un adulto que pueda asumir su tutela. Se trata de un grupo con características muy concretas (itinerario de protección, idioma, finalidad de la protección, etc.) que ha requerido recursos específicos para la cobertura de sus necesidades.

En España el acogimiento residencial asume un peso muy importante en la protección a la infancia. Lejos de ser un recurso en extinción o con un uso minoritario, de acuerdo a los últimos datos disponibles, aproximadamente 15.000 niños y adolescentes viven en hogares de acogida y en el año 2011 en siete de cada diez medidas de separación se optó por el acogimiento residencial (Observatorio de la Infancia, 2012). Se trataría por tanto de una medida de primera elección para muchas situaciones de desprotección y en la que, además, un alto porcentaje de niños y adolescentes pasan largos períodos de su infancia (López y del Valle, 2013).

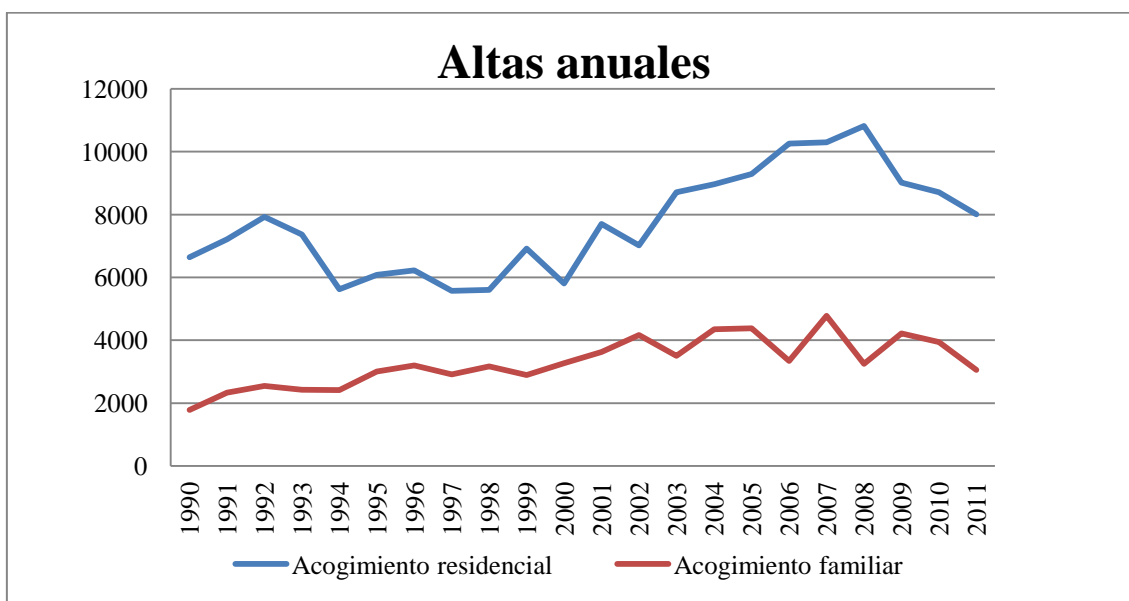


Figura 1. Altas anuales en acogimiento residencial y familiar en España

La adopción por su carácter permanente es la última alternativa dentro de las opciones de protección ante un caso de separación familiar. En España, las cifras de esta medida han mostrado una tendencia que se mantiene estable durante los últimos años con un número cercano a 15.000 autos anuales (Observatorio de la Infancia, 2012).

1.1.3 Nuevos perfiles en acogimiento residencial: la atención a los problemas de conducta y salud mental

A lo largo de las últimas décadas el acogimiento residencial en España ha ido orientándose, al igual que sucede en otros países europeos, a la atención de los jóvenes y adolescentes con más edad (por encima de los 12 años con un claro predominio de la franja 15-18), llegando a suponer este grupo el 71% de la población acogida en estos recursos (Bravo y Del Valle, 2001).

En la década de los 90 se detectó una evolución en el tipo de niños acogidos en los hogares. Los perfiles que llegaron a las residencias y que configuran desde entonces una parte significativa de la población que vive en éstos responde, de acuerdo a Bravo y del Valle (2009) a las categorías de: adolescentes mayores con un plan de preparación para la independencia, jóvenes con conductas violentas hacia sus padres (denominados menores fuera de control parental) y menores infractores por debajo de los catorce años. También un elevado porcentaje de casos con problemas de comportamiento y/o de salud mental y finalmente menores extranjeros no acompañados (MENAS) y también acompañados (con situaciones de negligencia y modelos educativos inadecuados).

Dentro de estos grupos, los casos con problemas de comportamiento y/o de salud mental, han supuesto un auténtico reto en el sistema de protección a la infancia. La falta de preparación de la red y los hogares para el tratamiento y la atención de este perfil, generó numerosos problemas de convivencia y constituyó una fuente de estrés para el personal de atención directa que viene demandando desde entonces estrategias y programas para su manejo. La necesidad de dar respuesta a sus características motivó la creación (en algunas comunidades autónomas), de hogares y recursos específicos para su atención. Los denominados centros de socialización o centros terapéuticos surgieron para la protección de este grupo aunque, lejos de solventar el problema de intervención que planteaban, han estado envueltos en polémicas por la denuncia de malas prácticas, pésimas condiciones y un régimen de funcionamiento considerado inadecuado para la atención de los niños y adolescentes (Defensor del Pueblo, 2009).

A día de hoy la respuesta desde el sistema de protección con los niños y jóvenes con problemas de salud mental es difusa y se caracteriza por la variabilidad en las alternativas entre las comunidades autónomas. Los recursos específicos ni están implementados en todas las regiones, ni los existentes comparten los mismos criterios de derivación, funcionamiento y diseño de intervención. Especialmente compleja es la distinción entre los recursos de socialización y terapéuticos, en los que suelen convivir adolescentes con perfiles muy similares, con o sin diagnóstico de comportamiento o de trastorno de salud mental pero cuya característica común es la incapacidad de funcionamiento en un hogar de protección general.

Como filosofía, estos hogares especializados (la mayor parte de ellos gestionados por entidades privadas y asociaciones sin ánimo de lucro) tienen como objetivo la estabilización y recuperación del adolescente en un breve período de tiempo para que pueda volver a integrarse satisfactoriamente en un hogar vertical de la red. Dada la brevedad temporal de la acogida, el diseño de la intervención debe ser intensiva, con una clara orientación terapéutica (psicológica y psiquiátrica) y una clara apuesta por la adquisición de las habilidades y recursos necesarios para lograr un funcionamiento adaptado. Con este fin es necesario contar con una plantilla de personal con formación específica en estos perfiles y con una baja ratio que permita un trabajo y acompañamiento individual desde todas las perspectivas posibles (plan de caso, proyecto educativo individualizado, sesiones de terapia, apoyo y supervisión escolar, entrenamiento de déficits, etc.).

Una de las grandes limitaciones de este modelo de atención especializado para el tratamiento de los problemas conductuales y de salud mental es la escasa disponibilidad de plazas en la mayoría de estos recursos, lo que implica largos períodos de espera para su ingreso, que merman la capacidad de atención en los hogares de la red general para estos niños y adolescentes. Por otro lado, a pesar de la existencia de estándares y criterios de calidad específicos para estas residencias (Del Valle, Bravo, Hernández, y Santos, 2012a), aún se carece de un diseño y régimen de funcionamiento común a nivel estatal a partir del que pueda evaluarse y acreditarse la adecuación de éstos a los fines de la intervención para los que han sido diseñados.

1.2. La psicopatología del desarrollo como marco teórico explicativo de los trastornos de salud mental de los niños y jóvenes en protección

Cuando se trata de responder a cuestiones sobre la génesis y mantenimiento de la psicopatología en la infancia y la adolescencia existe un modelo explicativo válido para los problemas y alteraciones de salud mental que presentan los niños y jóvenes que están en el sistema protector: la psicopatología evolutiva o psicopatología del desarrollo. Este marco teórico propone el análisis del desarrollo humano desde una perspectiva interdisciplinar en la que se tengan en cuenta las condiciones biológicas, psicológicas y los aspectos contextuales y sociales del sujeto (Cicchetti y Rogosch, 2009). Con una concepción organizacional, el curso evolutivo se organiza en una jerarquía de retos o desafíos que es necesario ir superando en determinados momentos del ciclo vital. La resolución favorable de las tareas en las primeras etapas incrementa la probabilidad de éxito en las posteriores, aunque esta relación no es causal sino probabilística (Cicchetti, Toth, y Rogosch, 2000). El fracaso en la resolución de estos retos puede llevar a un desarrollo desajustado y la consecuente aparición de psicopatología. Es importante matizar que, desde esta perspectiva tanto la conducta normal como la anormal son

concebidas como parte de un continuo de rasgos o características y no como fenómenos dicotómicos (Lemos, 2003).

Uno de los principales hitos de interés de la psicopatología del desarrollo es el estudio de los procesos evolutivos adaptados y desadaptados en entornos adversos. En este sentido, el contexto familiar en el que existen situaciones de violencia entre los miembros, constituye el ambiente de crianza más adverso posible para la promoción de un desarrollo ajustado y exitoso (Cicchetti y Valentino, 2006). Así, son numerosas las investigaciones que han establecido las relaciones existentes entre las experiencias de maltrato familiar en la infancia y la aparición de psicopatología y problemas en el desarrollo evolutivo posterior (Kreppner et al., 2007; McAuley y Davis, 2009; Milburn, Lynch, y Jackson, 2008; Reams, 1999; Sawyer, Carbone, Searle, y Robinson, 2007; Stahmer, et al., 2005).

Entre las principales aportaciones de esta disciplina destaca la evidencia de que muchos niños, jóvenes y adultos, a pesar de haber estado expuestos a este tipo de situaciones y desarrollarse en contextos considerados de alto riesgo para la aparición de dificultades, muestran una trayectoria vital ajustada y ausente de cualquier indicador de psicopatología. Esta capacidad para adaptarse satisfactoriamente y funcionar competentemente a pesar de haber experimentado estrés crónico, adversidad, exposiciones continuas a prolongados o severos traumas, es lo que se denomina resiliencia (Luthar, Cicchetti, y Becker, 2000).

La explicación a esta diversidad evolutiva (multifinalidad en términos del modelo explicativo), aun partiendo de las mismas experiencias, se fundamenta en que el desarrollo es el resultado de la interacción entre los factores de riesgo y de protección de la persona con el entorno y las experiencias que se suceden a lo largo de la vida (Lemos, 2003). Por factores de riesgo se entiende el conjunto de factores que incrementan la probabilidad de expresión y manifestación de un trastorno, frente a ellos, los de protección amortiguan o disminuyen la posibilidad de aparición de dificultades.

1.2.1. Factores de riesgo, protección y el concepto de vulnerabilidad en el sistema protector

En las historias previas y las condiciones de vida de los niños y jóvenes que están en protección, la literatura científica ha identificado numerosos factores tanto de riesgo como de protección que modularían la aparición de alteraciones y trastornos.

En primer lugar, como condiciones de riesgo, han estado expuestos a situaciones de malos tratos y abandono en su contexto familiar, experiencias que motivaron su ingreso en el sistema protección y que se consideran pueden explicar la aparición de diferentes cuadros de tipo clínico en la adolescencia y la etapa adulta (Battle et al., 2004; Horowitz, McLaughlin, y White, 2001; Kessler, Davis, y Kendler, 1997). También es un factor de riesgo, la separación de

sus padres o figuras de referencia (especialmente a edades muy tempranas) que puede comprometer el establecimiento de vínculos seguros y las experiencias relacionales futuras (McAuley y Davis, 2009; Stahmer et al., 2009). Sus entornos familiares suelen caracterizarse además por la existencia de problemáticas que incrementan la probabilidad de aparición de dificultades como la situaciones de pobreza o dificultades económicas (Lemos, 2003), los problemas de consumo de sustancias adictivas en los padres (Tarren-Sweeney, 2008) o la existencia de problemas de salud mental o discapacidad asociados a una o ambas figuras paternas (McAuley y Davis, 2009).

También son factores identificados como de riesgo los cambios de medida o recurso (Newton, Litrownik, y Landsverk, 2000), la convivencia en un entorno conflictivo y la ausencia de estabilidad que en ocasiones caracteriza la vida de estos niños y jóvenes acogidos (Tarren-Sweeney, 2008). Estas condiciones son especialmente comunes en los niños y adolescentes que son derivados a recursos residenciales donde es común la alta rotación del personal, las bajas y traslados de compañeros, y en general un ambiente de inestabilidad y cambios en las figuras de referencia.

Frente a este concepto de riesgo, diferentes investigaciones han enumerado los mecanismos de compensación (factores de protección) que permitirían un desarrollo o evolución favorable (ausente de sintomatología) a pesar de las condiciones adversas que presenta esta población. Desde el marco de los niños y jóvenes del sistema de protección, el fomento y desarrollo de las habilidades sociales, la autoestima y la autoeficacia (generalmente deficitarias en este grupo) son considerados elementos que "protegen" de la aparición de dificultades clínicas(Gilligan, 1999; Rutter, 1987). Lo mismo sucede con la existencia de una red estable de apoyo (Masten, K.M., y Garmezy, 1990; Rask, 2011; Schofield, 2001) y con el éxito escolar (Gilligan, 2000), variables todas ellas que deberían formar parte del trabajo psico-educativo que se realice en los hogares de acogida (Del Valle, Sainero, y Bravo, 2011).

Finalmente, cuando se habla de factores de riesgo o protección generalmente se suele aludir a variables ambientales que incrementan o disminuyen la probabilidad de experimentar un trastorno (Lemos, 2003). En contraste el concepto de vulnerabilidad hace referencia a características propias del individuo, condiciones biológicas o de base genética, que explican una tendencia mayor a experimentar determinadas situaciones problemáticas o psicopatologías. En el marco del acogimiento residencial sería necesario prestar especial atención a los niños y adolescentes con una mayor vulnerabilidad para quienes la experiencia protectora (ya de por sí un factor de riesgo) puede suponer la condición que precipite la aparición de dificultades, alteraciones o trastornos que exigirían una intervención específica.

1.3. El estado de la cuestión sobre la salud mental de los niños y adolescentes acogidos en los hogares residenciales del sistema de protección

El estudio de los problemas de salud mental de los niños y adolescentes que están en protección tiene una perspectiva muy diferenciada en el contexto internacional y nacional.

En el marco internacional, es indiscutible por un lado el acuerdo sobre la consideración de los niños y jóvenes acogidos en las diferentes medidas (especialmente aquellos que viven en acogimiento residencial) como un grupo especialmente vulnerable a manifestar alteraciones emocionales y conductuales así como trastornos de salud mental, avalada por numerosa literatura científica (Ford, Vostanis, Meltzer, y Goodman, 2007; Heflinger, et al., 2000; Vostanis, Bassi, Meltzer, Ford, y Goodman, 2008).

La variabilidad existente en estas investigaciones (criterios diagnósticos, instrumentos de valoración, procedimientos, etc.) dificulta establecer de manera unívoca la tasa de prevalencia, aunque todos los resultados señalan que ésta es superior a la estimada en la población infanto-juvenil general (Blower, Addo, Hodgson, Lamington, y Towlson, 2004; Clausen, Landsverk, Ganger, Chadwick, y Litrownink, 1998; Garland et al., 2001; Holtan, Ronning, Handegard, y Sourander, 2005; Sempik, Ward, y Darker, 2008; M. Tarren-Sweeney, 2008; Vostanis, 2010). La Organización Mundial de la Salud estima que en torno al 20% de los niños y adolescentes del mundo presenta un trastorno de salud mental (OMS, 2005), mientras que el porcentaje que se maneja en población que vive en acogimiento residencial se sitúa en torno al 30- 80% de los jóvenes acogidos (Burns et al., 2004).

Predominan los trastornos de tipo externalizante (con manifestaciones externas o proyección exterior) como la agresividad, los trastornos de conducta o los cuadros oposicionista y negativista desafiante, con porcentajes que llegan a alcanzar el 80% de los niños acogidos en los hogares con una media del 42% a través de las diferentes investigaciones (Keil y Price, 2006). Frente a ellos, los trastornos internalizantes (cursan con un malestar de carácter más privado e interno) tienen una prevalencia menor, aunque igualmente más elevada que en la población infanto-juvenil general (Meltzer, Corbin, Gatward, Goodman, y Ford, 2003). Lo mismo sucede con los trastornos menos comunes como el autismo o los trastornos psicóticos que presentan una reseñable frecuencia con estas muestras (McAuley y Davis, 2009) y las conductas de autolisis (manifestación poco estudiada en este grupo) que llega a alcanzar al 18% de los adolescentes acogidos (Bronsard et al., 2011).

Esta elevada presencia de trastornos y alteraciones contrasta, sin embargo, con la baja tasa de derivación y tratamiento clínico que existe en estos niños y adolescentes. Un aspecto clave en este desfase entre la necesidad de asistencia terapéutica y la intervención que se recibe

puede deberse a las dificultades de detección que existen en el contexto del acogimiento residencial. Si bien en la psicopatología infanto-juvenil, la detección de las alteraciones o sintomatología generalmente recae en las figuras paternas, por ser el referente más cercano, que mejor conoce y más tiempo convive con el niño o joven, para los niños acogidos en hogares de protección, este papel lo suplente el personal de atención directa (generalmente los educadores). El problema que plantea esta figura como informante es que no siempre conoce al niño con suficiente detalle (poco tiempo de permanencia, turnos rotativos, traslados, etc.) y en la mayoría de los casos carecen de herramientas y estrategias necesarias para una detección precoz y derivación a servicios clínicos en los términos adecuados (Burns, et al., 2004; Farmer et al., 2010). De hecho, a pesar de la elevada vulnerabilidad y factores de riesgo asociados los niños y jóvenes que viven en los hogares, no es una práctica común la existencia de procedimientos screening o valoraciones periódicas que permitan identificar de manera temprana posibles manifestaciones clínicas. Como por ejemplo el sistema de evaluación y diagnóstico propuesto por Achenbach y Edelbrock (1983), uno de los referentes internacionales en la evaluación diagnóstica que cuenta con numerosos estudios empíricos que lo validan y acreditan para la valoración diagnóstica con muestras del sistema de protección (Achenbach et al., 2008; Burns, et al., 2004; Heflinger, et al., 2000; Keil y Price, 2006; Tarren-Sweeney y Hazell, 2006).

En el contexto internacional aún está sometida a debate la cuestión acerca de qué tratamiento clínico resulta necesario implementar con estos niños y adolescentes dada la abundancia de modelos teóricos, análisis clínicos y evidencia científica con la que se cuenta (Vostanis, 2010). Existen diferentes propuestas sobre aquellos aspectos que resultarían deficitarios en su funcionamiento y que deberían abordarse para un restablecimiento emocional y conductual. Desde la perspectiva de la teoría del apego, la terapia se concibe como una intervención a largo plazo que debe orientarse al establecimiento de una vinculación segura con el terapeuta, que promueva el conocimiento y la regulación emocional y la construcción de un sistema relacional ajustado (Hughes, 2004; Wakelyn, 2008). Ello permitirá continuar con un proceso de desarrollo considerado exitoso (Cicchetti, et al., 2000).

En cambio, algunos autores defienden que la intervención clínica con este grupo no difiere del tratamiento realizado con el resto de la psicopatología infanto-juvenil y que por tanto la terapia debe definirse como una actuación individual, centrada en las conductas problema que generan la demanda de intervención y en breves períodos de tiempo (Chaffin et al., 2006). Otras propuestas se orientan a la intervención con las conductas problemáticas así como las manifestaciones de autolisis y agresividad que suelen asociarse con elevada frecuencia a estos casos (Chanen et al., 2008), empleando para ello los modelos de terapia promovidos desde las diferentes perspectivas: cognitivo conductual, conductual, etc. aunque éstas aún deben ser validadas con evidencia científica para estos grupos.

Entre los elementos considerados clave para alcanzar intervenciones eficaces se identifica una perspectiva colaborativa entre éste y sus referentes (adulto cuidador): acogedores en el caso de acogimiento familiar o los educadores (o profesionales de atención directa) en los hogares de protección (Munns, 2009). Existen numerosos programas de intervención (especialmente con acogedores y padres adoptivos) que incorporan sesiones de "entrenamiento" específico para los cuidadores en el manejo de las conductas problemáticas y abordaje del trauma del niño acogido (Chamberlain, 2003). Este modelo de intervención mixta con el niño y sus referentes además de un mejor pronóstico y evolución del caso reduce el riesgo de ruptura y mejora la calidad de la intervención protectora (Vostanis, 2010).

Todos estas evidencias procedentes de estudios e investigaciones internacionales contrastan, sin embargo, con la carencia de datos sobre la salud mental de los niños y adolescentes acogidos en los hogares residenciales que existe en España. A pesar de tratarse de un tema de interés, especialmente en los últimos años, por las dificultades de intervención que viene planteando la atención a este grupo, únicamente contamos con la referencia del informe de la European Association for Research into Residential Care del año 1998, donde comenzó a plantearse la urgencia por el tratamiento de alteraciones clínicas que presentaban los niños y jóvenes en los hogares de protección (EUROARC, 1998). Posteriormente, Carrasco-Ortiz, Rodríguez-Testal y Hesse (2001) correlacionaron las experiencias de maltrato sufridas por un grupo de jóvenes de protección con una mayor probabilidad de manifestar diferentes trastornos. Un estudio comparativo con muestras de acogimiento residencial, familiar y acogimiento preadoptivo mostró porcentajes clínicos superiores al resto en el grupo de acogimiento residencial con un predominio del 34% de los casos con problemáticas de tipo externalizante (Fernández-Molina, Del Valle, Fuentes, Bernedo, y Bravo, 2011) y el equipo de la Universidad de Murcia mostró en un grupo acogido en el sistema de protección (en las diferentes medidas), cuadros de sintomatología ansiosa, depresiva y de ira que alcanzaban la categoría clínica (López-Soler, 2009; López-Soler et al., 2012)

Al margen de estas aportaciones, lo cierto es que la temática de la salud mental en los hogares de protección es un asunto prácticamente desconocido en nuestro país. No existen datos sobre la existencia de factores de riesgo, las tasas de prevalencia o la tipología de las alteraciones que presentan los niños y adolescentes acogidos en nuestros recursos. Tampoco conocemos los criterios de detección y derivación a los servicios clínicos, ni la eficacia de los profesionales de atención directa (educadores mayoritariamente) como informantes de las manifestaciones clínicas emocionales y conductuales que presentan. Esta Tesis doctoral trata de dar respuesta a todas estas cuestiones perfilando, por primera vez en nuestro contexto de protección, las características y necesidades de salud mental que presentan los niños y adolescentes acogidos en los hogares residenciales de una comunidad autónoma. Los trabajos

que se presentan a continuación, desde un enfoque descriptivo y exploratorio, presentan el estado de la cuestión en España situándolo en el marco de la investigación internacional en esta temática.

Capítulo 2.

Objetivos

La carencia de datos y estudios empíricos sobre las necesidades de salud mental de los niños y adolescentes que viven en centros de protección en España es el principal motivo de la realización de esta tesis. Aunque en la literatura científica internacional, como se acaba de mostrar en el capítulo anterior, hace ya años que se va poniendo en evidencia la gravedad de la cuestión, en España (a pesar de la importancia del acogimiento residencial como medida de intervención) no existe prácticamente ningún dato.

A pesar de que cada uno de ellos cuenta con sus objetivos, hipótesis y método específica, es posible enumerar, una metodología general en la que los objetivos de investigación responden a:

- 1.- Conocer detalladamente el perfil de los niños y adolescentes acogidos en los hogares residenciales a través de sus características socio-demográficas, su estado de salud físico y mental, su itinerario y situación actual en protección y sus antecedentes y problemáticas familiares.
2. Evaluar las posibles necesidades de salud mental de los niños y adolescentes acogidos mediante la aplicación del listado de conductas problemáticas de dos instrumentos de screening: Child Behavior Check List (CBCL) cumplimentado por el educador de referencia y Youth Self Report (YSR) para los adolescentes mayores de 11 años (Achenbach y Rescorla, 2001).
3. Probar la convergencia de los resultados obtenidos sobre la existencia de alteraciones clínicas en ambos instrumentos de screening.
4. Averiguar las posibles relaciones entre las variables personales, familiares, de protección y de salud mental recogidas con la existencia de alteraciones clínicas y con la derivación a servicios de atención terapéutica.
5. Valorar los resultados obtenidos sobre la prevalencia y tipología de problemas encontrados en esta muestra de acogimiento residencial en el contexto de la literatura científica internacional y de las tasas de trastornos que se manejan en la población infanto-juvenil general.

Hipótesis

Tomando como referencia los hallazgos y evidencias procedentes de la literatura científica internacional, las hipótesis de investigación planteadas serían:

1. La prevalencia de alteraciones y trastornos de tipo clínico encontrada en esta población sería superior a la estimada en la población infanto-juvenil general y probablemente alcanzaría un porcentaje similar a los estudios procedentes del contexto de protección internacional.
2. Existiría en un elevado porcentaje de casos, diferentes factores de riesgo familiares y personales que justificarían su consideración de grupo de riesgo en la manifestación de trastornos de salud mental.
3. El grupo de niños y adolescentes con discapacidad intelectual manifestaría más indicadores de riesgo y mostraría una mayor prevalencia de conductas clínicas y problemáticas asociadas que el grupo de pares sin discapacidad.
4. A pesar de una alta frecuencia de malestar, la tasa de derivación a los servicios de intervención clínica existente no cubriría la necesidad real detectada mediante el procedimiento de valoración.
5. La tipología de diagnósticos más frecuente, acorde a la literatura científica existente, encajaría en la categoría de trastornos externalizantes y éstos serían los más detectados por los educadores encargados de cumplimentar el instrumento de screening.
6. Los jóvenes, por su parte, informarían de más conductas de malestar a través del cuestionario de autoinforme que sus referentes, especialmente en las alteraciones clínicas de tipo internalizante, más difíciles de detectar en la dinámica diaria de los hogares de acogida.

Método

Muestra

En el año 2009 se realizó la investigación que ha dado lugar a esta tesis, resultado de un convenio de colaboración entre la Dirección de Salud mental del Servicio Extremeño de Salud y el Grupo de Investigación en Familia e Infancia de la Universidad de Oviedo. La muestra estuvo formada por el conjunto de niños y adolescentes con edades comprendidas entre los 6 y los 18 años que vivían acogidos en los hogares residenciales de la comunidad autónoma de Extremadura (n =345).

Dentro de este grupo, se incluían 54 menores extranjeros no acompañados que, por sus particulares características, fueron estudiados de manera independiente. El grupo de niños y adolescentes nacionales o con familia inmigrante que residía en España, sobre quienes se

presentan los resultados en esta tesis, quedó configurado por 291 casos. De éstos, 154 correspondían a adolescentes con edades comprendidas entre los 11 y los 18 años y se identificaron 48 niños y jóvenes con discapacidad intelectual (en base a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR).

Instrumentos y procedimiento

Se elaboraron dos cuestionarios ad hoc para la recogida de información sobre las características personales, académicas, de salud, familiares y de protección de los niños y adolescentes que fueron remitidos y cumplimentados por los educadores y técnicos de cada caso.

Los educadores de referencia (aquellos que mejor conocieran al niño o joven) fueron los encargados de cumplimentar la información sobre las variables personales como el sexo, la edad o la situación de orfandad. También sobre su rendimiento escolar y estado de salud a nivel físico y mental. En este último apartado se recogieron datos acerca de la existencia de discapacidades, diagnósticos o tratamientos clínicos (con toda la información disponible sobre el tipo, la frecuencia y el tratamiento psicofarmacológico en caso de existir). Se valoraron los contactos con la familia biológica así como las consecuencias derivadas de estos encuentros y la existencia de conductas autolíticas (intentos o amenazas de suicidio) y consumo problemático de sustancias adictivas. Además, de manera adjunta a este cuestionario se incorporó el Child Behavior Check List (CBCL) para ser completado por el mismo educador como informante de la conducta del niño o joven en los últimos meses.

Por su parte, los técnicos de la Administración fueron consultados sobre el contexto familiar recopilando información sobre el estatus marital, el número de hijos y las problemáticas psicosociales presentes en ambos padres. En esta categoría se valoró la existencia en estas figuras de condiciones como el consumo de drogas, la existencia de trastornos de salud mental o discapacidad, violencia en la pareja o problemas económicos entre otros. También informaron sobre los motivos de protección, la tipología de maltrato identificada (en caso de existir), el itinerario de protección seguido por el niño o joven desde su ingreso en el sistema y el plan de caso previsto para la intervención.

Se recibieron 345 cuestionarios cumplimentados por los educadores y técnicos tanto en los datos descriptivos como en el listado de conductas de screening del CBCL. Diez de estos cuestionarios correspondían a adolescentes acogidos en otras comunidades autónomas en centros especializados para el tratamiento de casos con trastornos de salud mental (terapéuticos), 54 a menores extranjeros no acompañados y 48 a niños con diagnóstico de retraso mental.

Todos los adolescentes mayores de 11 años completaron el Youth Self Report (YSR) en el listado de conductas problemas obteniéndose 154 cuestionarios de autoinforme. Las sesiones de valoración fueron supervisadas por profesionales de la psicología a quienes se transmitió la pauta de asegurar la independencia e intimidad del joven en la cumplimentación del cuestionario. La recogida tuvo lugar en el hogar de cada uno de los adolescentes organizados en pequeños grupos.

Para la publicación de los resultados se seleccionaron aquellos casos que cumplían con los criterios de validez del instrumento y con el criterio temporal de estancia en el hogar considerado necesario para asegurar su fiabilidad, que correspondía a tres meses de estancia. En el caso del autoinforme se eliminaron aquellos que no cumplían con los criterios de validez establecidos en las instrucciones de la prueba.

Finalmente se trabajó con la información de 264 niños y adolescentes acogidos en los hogares de los que 118 eran adolescentes que además habían cumplimentado mediante autoinforme el YSR. Todos ellos cumplían con los criterios de fiabilidad y validez requeridos para la interpretación del screening diagnóstico.

El análisis de los datos consistió en primer lugar en perfilar las características de la muestra mediante estadísticos descriptivos. Para contrastar las variables entre grupos o establecer diferencias entre condiciones, se emplearon pruebas de contraste como chi-cuadrado (para variables categóricas) y prueba T de student (para variables de tipo cuantitativo). Para estimar la relación entre variables se aplicó el índice de correlación de Pearson.

En la primera publicación se presentan los resultados obtenidos del análisis de la muestra general. Así se analizaron las características y prevalencia de problemas de salud mental sobre los 264 casos que vivían en los hogares a través de la información proporcionada por sus educadores de referencia.

En el segundo trabajo, se dividió esta muestra general en dos grupos de comparación: niños y adolescentes que presentaban un diagnóstico de retraso mental de acuerdo con los criterios DSM-IV-TR (n= 48) y el resto de compañeros que no presentaban ningún tipo de discapacidad (n= 216).

Finalmente en el último de los trabajos, se trabajó con la muestra de 118 adolescentes, que cumplían el criterio de tener ambos instrumentos de screening (CBCL e YSR) cumplimentados de manera fiable y válida.

Capítulo 3.

Contenido

De acuerdo a la normativa vigente en la Universidad de Oviedo, la modalidad de Tesis por compendio de publicaciones consiste en un "mínimo de tres artículos publicados o aceptados en revistas indexadas en bases de datos internacionales de reconocido prestigio, o en revistas científicas o libros editados de importancia justificada".

Acorde a estos criterios, a continuación se presentan las publicaciones seleccionadas para conformar el cuerpo de esta tesis doctoral. En la tabla siguiente se recoge la referencia de la publicación (en la primera aparece en segundo lugar la cita referencial que será definitiva próximamente), la indexación de la revista, el índice de impacto y su abstract.

Todas ellas forman parte de la misma investigación y desgranar diferentes aspectos relacionados con la evaluación y la atención a la salud mental de los niños y jóvenes que están acogidos en hogares residenciales del sistema de protección.

Tabla 1. Publicaciones centrales de la Tesis doctoral

Cita	Base de datos de Indexación	Índice de impacto
Sainero, A., Bravo, A., y Del Valle, J. F. (2013). Examining needs and referrals to mental health services for children in residential care in Spain: an empirical study in an autonomous community. <i>Journal of Emotional and Behavioral Disorders</i> . Published online January 11. doi:10.1177/1063426612470517 El artículo estará disponible en papel el próximo mes de marzo con la siguiente referencia: Sainero, A., Bravo, A., y Del Valle, J. F. (2014). Examining Needs and Referrals to Mental Health Services for Children in Residential Care	JCR	1.135 (2012)

<p>in Spain: An Empirical Study in an Autonomous Community. <i>Journal of Emotional and behavioral disorders</i>, 22 (1), 16 - 26.</p>		
--	--	--

The aim of this study was to analyze the prevalence of mental health disorders in children living in residential care and their use of therapeutic services, including the relationship between these factors and social-family and intervention process variables, as well as the relationship among the disorders identified by professionals and the detection of disorders by means of a screening instrument. We studied a sample from the Autonomous Community of Extremadura in Spain made up of 264 children ages 6 to 18 years. Data collected from residential care workers on the children's characteristics and the existence of disorders and possible treatments were used, as well as the Child Behavioral Checklist as a screening instrument.

In addition, the case social workers provided information on social-family and intervention process variables. Results show that 26% of the children in residential care were receiving or had received treatment for mental health disorders. Seventeen percent of the total presented mental disability, and in half of these cases, they were also being treated for mental disorder.

The screening test, however, detected that cases with clinical range accounted for 44% of the children and that there was considerable bias in relation to referrals for treatment.

<p>Sainero, A., del Valle, J. F., López, M., y Bravo, A. (2013). Exploring the specific needs of an understudied group: children with intellectual disability in residential child care. <i>Children and Youth Services Review</i>, 35(9), 1393-1399.</p>	<p>JCR</p>	<p>1.006 (2012)</p>
---	-------------------	----------------------------

Children and adolescents who live in out of home care in the child protection system are considered to be vulnerable to manifesting mental health disorders as well as other types of difficulties. This risk is greater in the case of children who display any type of disability. The aim of this study is to profile the state of health and well-being of a group of children presenting intellectual disability who live in residential care in a Spanish autonomous community and to compare these results with their non-disabled peers.

Two questionnaires filled in by the caseworker and key residential worker, respectively, were used and a screening test (CBCL) was administered to assess the children's emotional and behavioral status.

The results indicate that there are more vulnerability factors in this group of children comparing to their peers; in particular, a greater likelihood of having parents with a history of mental health and alcoholism and greater frequency of intellectual disability in their mothers. Likewise, they had a greater probability of having suffered physical abuse. The screening revealed the existence of greater alterations on the scale of social and thought problems, as well as a greater probability of being referred for treatment and greater use of psychotropic medication.

<p>Sainero, A., del Valle, J.F., Bravo, A. (in press). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial [Detection of mental health problems in an especially vulnerable group: children and young people in residential care]. <i>Anales de Psicología</i>.</p>	<p>JCR</p>	<p>0.552 (2012)</p>
--	-------------------	----------------------------

Research on mental health problems of children and young people in residential child care shows a high incidence. One of the strategies to improve the interventions is the use of tools of detection, so that biases in the referral to treatment could be avoided.

The objective of this study was to analyze the level of concordance between the information given by the young people and their social educators, using the CBCL (in case of educators) and YSR (for adolescents) in a sample of 138 young people aged from 11 to 18 who were in residential care. Also differences between the group of young people referred to mental health treatment and those without it were analyzed.

Results show low and moderate levels of concordance between the information given by the young people and their educators, with higher levels of agreement in externalized problems, in a similar way as the results found in research with samples of parents and children. Score differences are discussed according to the literature review, concluding that adults distinguish the clinical and non-clinical group clearly, but young people do not display significant differences. These findings indicate the need for giving more relevance to self-reports, to the adolescent own perspective.

La primera de las publicaciones analiza las necesidades de salud mental existentes en la muestra objeto de estudio y los procesos y criterios de derivación a servicios terapéuticos que se

identifican. Se analizan las características socio-demográficas, de salud, intervención protectora, antecedentes y problemáticas familiares y su relación con la existencia de problemas de salud mental y la derivación a servicios de atención clínica. Para evaluar el estado emocional y conductual se aplicó un instrumento de screening diagnóstico (Child Behavior Check List, CBCL) que fue cumplimentado por el educador de referencia de cada uno de los casos.

El segundo artículo analiza de manera concreta la realidad y las necesidades de salud mental de un grupo muy específico y desconocido en el sistema de protección: los niños y adolescentes que presentan discapacidad intelectual. Se trata de un análisis comparativo entre las características de estos niños y adolescentes y el resto de compañeros acogidos que no presentaban ninguna discapacidad, atendiendo a variables personales, de salud y rendimiento escolar, familiares, del proceso de intervención protectora y fundamentalmente al estado y problemáticas de salud mental que presentan.

Finalmente la tercera publicación compara la percepción de los educadores como referentes adultos y los adolescentes mayores de 11 años sobre su estado emocional y conductual utilizando dos de los instrumentos de valoración del sistema ASEBA: Child Behavior Check List (CBCL) y Youth Self Report (YSR). Además se analiza esta correspondencia de manera diferenciada para aquellos jóvenes ya identificados como clínicos (por acudir a servicios de intervención psicológica y/o psiquiátrica) de aquellos que no habían sido derivados.

Algunos de los datos aparecen recogidos simultáneamente en varias de las publicaciones aunque enmarcados en los objetivos propios de cada uno de los artículos. Así, en el primero de ellos se perfila la realidad y necesidades de salud mental de los niños que viven en centros de protección y en el segundo se establece una comparación concreta entre aquellos que presentan discapacidad intelectual y los que no. Ambos análisis han sido publicados en revistas internacionales por lo que presentan en este marco el estado de la cuestión en el contexto español, hasta ese momento desconocido. El tercer artículo, publicado en una revista de impacto española, acerca los aspectos relacionados con la detección de las alteraciones emocionales y conductuales de los niños y jóvenes, a los profesionales de atención directa, principales responsables de este proceso.

Además de estas publicaciones nucleares, en la Tabla 2. se recogen dos trabajos complementarios que resultan de interés para un abordaje completo de la temática de salud mental en centros de protección de nuestro país.

Tabla 2. Publicaciones complementarias de la Tesis doctoral

Cita
Del Valle, J. F., Sainero, A., y Bravo, A. (2011). <i>Salud mental de menores en acogimiento residencial. Guía para la prevención e intervención en hogares y centros de protección de la Comunidad Autónoma de Extremadura</i> . Badajoz: Junta de Extremadura.
Del Valle, J. F., Sainero, A., y Bravo, A. (In press). Needs and characteristics of high-resource using children and youth: Spain. In J. K. Whittaker, J. F. Del Valle y L. Holmes (Eds.), <i>Therapeutic Residential Care For Children and Youth: Developing Evidence-Based International Practice</i> . . London: Jessica Kingsley Publishers.

La primera es una guía de intervención publicada como resultado de la investigación que da origen a esta tesis, y donde además de presentarse los principales resultados obtenidos a nivel descriptivo, se recoge todo un protocolo de prevención, detección, derivación y actuación ante los casos de niños y jóvenes acogidos en hogares residenciales que presentan problemas de salud mental. En los capítulos finales además aparecen propuestas de programas de prevención y de trabajo en áreas de especial vulnerabilidad en estos perfiles: la regulación emocional, la vinculación y el abordaje de situaciones de crisis y conflictividad.

El último trabajo aportado corresponde a un capítulo de un libro publicado internacionalmente en el que se presenta el panorama de los centros de protección terapéuticos para la acogida de niños y jóvenes con problemas de salud mental en España. Además, analiza de manera comparativa las características y necesidades de salud mental que tienen los niños y jóvenes acogidos en estos recursos frente al resto de casos acogidos en los hogares de la red general.

Capítulo 4.

Publicaciones

4.1. Examining Needs and Referrals to Mental Health Services for Children in Residential Care in Spain: An Empirical Study in an Autonomous Community.

4.2. Exploring the specific needs of an understudied group: children with intellectual disability in residential child care.

4.3. Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial

4.3.1. Detection of mental health problems in an especially vulnerable group: children and young people in residential care (Publication summary)

Examining Needs and Referrals to Mental Health Services for Children in Residential Care in Spain: An Empirical Study in an Autonomous Community

Ana Sainero, Amaia Bravo and Jorge F. del Valle

Journal of Emotional and Behavioral Disorders published online 11 January 2013

DOI: 10.1177/1063426612470517

The online version of this article can be found at:

<http://ebx.sagepub.com/content/early/2013/01/10/1063426612470517>

Published by:

Hammill Institute on Disabilities



and



<http://www.sagepublications.com>

Additional services and information for *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* can be found at:

Email Alerts: <http://ebx.sagepub.com/cgi/alerts>

Subscriptions: <http://ebx.sagepub.com/subscriptions>


Reprints: <http://www.sagepub.com/journalsReprints.nav>

Permissions: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

>> [OnlineFirst Version of Record](#) - Jan 11, 2013

[What is This?](#)

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
XX(X) 1–11
© Hammill Institute on Disabilities 2013
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/1063426612470517
jebd.sagepub.com


Ana Sainero, PhD¹, Amaia Bravo, PhD¹, and Jorge F. del Valle, PhD¹

Abstract

The aim of this study was to analyze the prevalence of mental health disorders in children living in residential care and their use of therapeutic services, including the relationship between these factors and social-family and intervention process variables, as well as the relationship among the disorders identified by professionals and the detection of disorders by means of a screening instrument. We studied a sample from the Autonomous Community of Extremadura in Spain made up of 264 children ages 6 to 18 years. Data collected from residential care workers on the children's characteristics and the existence of disorders and possible treatments were used, as well as the *Child Behavioral Checklist* as a screening instrument. In addition, the case social workers provided information on social-family and intervention process variables. Results show that 26% of the children in residential care were receiving or had received treatment for mental health disorders. Seventeen percent of the total presented mental disability, and in half of these cases, they were also being treated for mental disorder. The screening test, however, detected that cases with clinical range accounted for 44% of the children and that there was considerable bias in relation to referrals for treatment.

Keywords

mental health, residential child care, child welfare, mental health services

This article refers to the mental health problems of children and young people in residential child care who are placed for reasons of protection in cases in which, given their severe vulnerability (abandonment, abuse, etc.), they cannot remain in the family home. Other, nonspecific forms of child protection residential care, such as those for young offenders and mental health treatment centers, are not included.

In Spain, there are roughly 15,500 children in residential care (Observatorio de la Infancia, 2009), and in spite of national and international legal recommendations to give priority to foster family placements, residential care is a widely used resource. Indeed, in the last 10 years, the number of children per year entering residential care has increased considerably, rising from some 6,037 admissions in 2000 to 11,800 in 2008 (Observatorio de la Infancia, 2009). The reasons for this increase have to do with the new types of cases involved and particularly those resulting from the massive numbers of unaccompanied asylum-seeking young people that have arrived in recent years, especially

from North African countries (Bravo & Del Valle, 2009). There has also been an increase in the number of adolescents admitted due to lack of parental control, which in many cases even includes child-to-parent violence. Today, it is estimated that 75% of the residential care population in Spain is more than 13 years in age, making it a group whose needs are basically those of adolescents in situations of abuse or lack of control (Bravo & Del Valle, 2009).

Family foster care has been increasing in our country since 1987 (the year of the first legislation on this measure), but at a slow pace, and catering mainly for very young children. A peculiar characteristic of the Spanish population of children in care is the high proportion of

¹University of Oviedo, Spain

Corresponding Author:

Jorge F. del Valle, Child and Family Research Group, University of Oviedo, Plaza Feijoo s/n, 33003 Oviedo, Spain.
Email: jvalle@uniovi.es

kinship care out of the total of family foster care, at 80% (Del Valle, López, Montserrat, & Bravo, 2009).

Residential care is implemented in our country through an extensive network of residential facilities, the majority of them flats or small houses, which commonly house between 6 and 10 children. There are also larger homes, most with a capacity of 15 to 30 children, and in some cases as high as 80 to 90, though these are exceptional. For a fuller treatment of the residential care situation in Spain, see Bravo and Del Valle (2009) or Del Valle and Casas (2002).

Among the most serious problems faced by residential care in Spain, two stand out: (a) the above-mentioned arrival of unaccompanied asylum-seeking young people, who in some Spanish regions account for more than half of all minors in residential facilities, and (b) the frequency of serious behavior problems and psychological disorders presented by the children and young people. It is the second of these issues that we shall address in this article.

Residential care professionals in Spain have witnessed a significant transition since the 1980s, when institutionalization was practically the only available service option. As noted earlier, family foster care was not legally incorporated into the Spanish system until 1987. Residential care continues to play a central role in service delivery, particularly for older children and adolescents with behavior problems who are not easily served in foster care or adoption placements. The increasing presence of adolescents with severe behavior disorders has led to some Autonomous Communities¹ launching residential care programs specializing in serious emotional and behavioral problems. However, these programs have been implemented with scarce planning, and without previous analysis of the needs for mental health care of this population (Defensor del Pueblo, 2009). This report from the Ombudsman denounced serious inadequacies in these types of program, some of which base their intervention almost exclusively on control and physical containment and involve rigid disciplinary regimes that run counter to the rights of children and young people.

When children in residential care need attention for emotional or behavioral problems, residential workers have different options depending on the Autonomous Community or region in question. Most commonly, they have to contact public mental health services, where they are attended by psychiatrists in most cases, on a monthly or even bi-monthly basis, and after a wait of some weeks. These public services ensure broad coverage but cannot provide resources for more intensive and regular therapy. In just a few regions, the regional authorities contract psychotherapeutic services external to the children's homes to which cases can be referred. In these cases, the children are almost always seen by psychologists. Finally, there are practically no residential facilities in Spain with in-house professionals who provide psychotherapy services.

Despite the fact that for many years professionals have called attention to the enormous difficulties of working in group care with severely damaged adolescents, there are scarcely any studies that have tried to identify the specific problems such children present, to measure their prevalence or to explore the resources available to them when they require therapeutic attention. This study is the first carried out in Spain that sets out to describe the incidence of mental health problems in children in residential care and to assess their needs.

Research on the Mental Health Needs of Children in Residential Care

In the international scientific literature, there has long been evidence of the higher frequency with which looked-after children present mental health disorders in comparison with the child population as a whole (Burns et al., 2004; Clausen, Landsverk, Ganger, Chadwick, & Litrownik, 1998; Farmer et al., 2001; Garland, Landsverk, & Lau, 2003; Heflinger, Simpkins, & Combs-Orme, 2000; Landsverk, Burns, Stambaugh, & Rolls-Reutz, 2006; Pecora, Jensen, Romanelli, Jackson, & Ortiz, 2009; Tarren-Sweeney & Hazell, 2006). In the case of Europe, recent French data indicate that 48% of children in residential care present with some type of disorder (Bronsard et al., 2011). In Great Britain, there are research data in a similar line, and even indicating ratios of 4 to 1 for children with disorders with respect to the general population (Ford, Vostanis, Meltzer, & Goodman, 2007; Nicholas, Roberts, & Wurr, 2003; Sempik, Ward, & Darker, 2008). Similar conclusions have been reached by studies carried out in other European countries (European Association for Research into Residential Child Care [EUROARC], 1998; Holtan, Ronning, Handegard, & Sourander, 2005; Hukkanen, Sourander, & Santalahti, 2005).

In Spain, there has been very little research in this area, the only studies presenting data on the incidence of mental disorders being that by De Paül and Arruabarrena (1995), looking at children who had suffered general maltreatment, and a later work by Carrasco-Ortiz, Rodríguez-Testal and Mass (2001) on children in residential care. Both used screening instruments and comparisons with normalized groups, though in small samples. Once again, the results showed a greater incidence of problems in maltreated children.

On the other hand, research on mental health disorders in relation to the family context and children's experiences of abuse and neglect has a long tradition, and particularly within the framework of developmental psychopathology (see the reviews by Belsky & Jaffe, 2006, or Cicchetti & Valentino, 2006). In the study by Burns et al. (2004),

whose structure we have tried to follow in many aspects so as to make comparisons, we can observe a relation between the type of maltreatment experienced and mental health problems (fewer problems in cases of neglect and more disorders where there is physical or sexual abuse), as well as an association with certain risk factors in parents (impaired parenting skills or severe mental illness, for instance).

In the light of these data, the use of therapeutic services should be a priority in this population. Nevertheless, the data show that many children with substantial behavioral and emotional problems are not receiving the necessary attention (Burns et al., 2004; Farmer et al., 2001; Romanelli et al., 2009; Tarren-Sweeney, 2010) and that there is commonly a lack of clear criteria for referral to therapeutic services and a failure to use rigorous detection instruments. Specifically, Burns et al. (2004) found a great difference between the large numbers of children in clinical range detected through the *Child Behavioral Checklist* (CBCL; Achenbach, 1991) and the much lower figures for cases receiving treatment.

Given the high demand for interventions with children and adolescents in residential care that present serious mental health problems and the concerns expressed by authorities over inappropriate practices in some specific programs in Spain, the aim of this article is to make a first approach to the needs of these children and young people. Our objectives are to determine the prevalence of mental health problems in children and young people in residential care in a Spanish sample from the Autonomous Community of Extremadura and to examine the services used for their treatment and the referral criteria used, as well as the relationship between these two aspects and social-family and intervention process variables (such as length of stay and family visits). These last-mentioned variables tend not to be included in studies, and we incorporate them here for exploratory purposes.

After a brief review of the research, and despite the fact that our study is fundamentally descriptive, we can consider two basic hypotheses that would permit us to conclude whether our results are in line with those from other countries: (a) high incidence of cases in clinical range on the CBCL and (b) fewer cases referred to treatment than would correspond to needs, as indicated by clinical range on the CBCL.

Method

Sample

The study was carried out with the entire residential child care population of the Extremadura Region (*Comunidad Autónoma de Extremadura*). The total population of Extremadura is around 1 million, and at the time of the

study, there were 464 children in residential care in the region. Of this population in children's homes, we selected for the sample those aged between 6 and 18 (although the service is for minors, youngsters may sometimes stay longer, on support programs for the transition to adult life), discarding 124 cases for reasons of age. It was also necessary to exclude 22 cases of children who had been in residential care for less than 3 months, as this minimum time requirement is a condition for applying the CBCL. Finally, we also excluded unaccompanied foreign minors (54) given their totally different characteristics (Bravo, Santos & Del Valle, 2011). These are adolescents close to legal adulthood who have entered Spain illegally, and for whom we lack information about their family contexts. Moreover, the reason they are within the child protection system is not related to abuse or neglect in the same way as in the rest of the cases. Indeed, most of these youngsters have been transferred from other regions of Spain (their original points of arrival) through collaboration agreements, and did not form part of the population resident in Extremadura. The final sample numbered 264 cases.

Instruments and procedure. The study explored three main types of variables: (a) social-family characteristics and variables related to the intervention process in each case, (b) type of mental health disorder in children already known to the professionals and type of treatment being received at the time of the study or received previously, and finally (c) variables obtained by means of a screening test for the detection of possible disorders, so that this information could be compared with that of cases already detected and referred to mental health services.

For the social-family and intervention process variables, we collected data from case social workers at the child welfare services dealing with each child. These professionals filled out a data sheet with information about the family characteristics of the father and mother, about possible psychosocial problems they presented (including antecedents of mental health problems) and about aspects of the intervention such as type of abuse that led to it, case plan, duration of stay in residential care, parents' attitudes to the intervention, and so on.

For identifying mental health problems, the key residential worker responsible for each child was required to fill in a data sheet which, in addition to questions on schooling and physical health, included information on all types of treatment the child was receiving or had received at the facilities and their duration.

For the purpose of screening, we applied the CBCL, an instrument whose validity has been extensively demonstrated for the detection of psychological disorders, and which is very frequently used in populations of children attended by the child welfare system. The CBCL, designed for parents, was answered by the key residential worker responsible for each child, as the person who lives with

them daily. On applying the CBCL, we excluded those aged above 18 and those who had been at the home for less than 3 months, as these are the maximum age and observation time conditions for application of this instrument. We were able to gather information on all the cases that met these requirements, obtaining a sample of 264 cases.

This instrument provides scores on eight specific clinical scales and three broadband scales: Internalizing, Externalizing, and Total. The test yields raw scores that are transformed into *T*-scores or percentiles which, in turn, permit each case to be classified in one of the three ranges: normal, borderline, or clinical. We consider as clinical cases for all the scales only those assigned to the third, clinical level. At a global level, we consider as clinical cases those which attain clinical status on at least one of the three broadband scales.

For the data analysis, we present a table with percentages of the variables studied (or mean and standard deviation if the variable is quantitative) and we analyze significant relationships by means of chi-square for categorical variables or Student's *t* tests for quantitative variables using SPSS 15.0.1.

Results

Child, Family, and Intervention Process Characteristics

The sample was found to be quite balanced with regard to sex (53% girls), while as far as the distribution by age groups was concerned, those above 12 years of age accounted for two thirds of the total. Mean time spent at the residence was more than 32 months, ranging from 3 to 162 (see Table 1).

More than 38% of the children had substantial school performance problems, and just one in five showed good performance levels. Reasons for admission most frequently found were physical negligence (63%) and emotional negligence (46%), with a much lower percentage of more active forms of abuse, such as physical or emotional (around 15%–19%), and very slight presence of sexual abuse (4%).

The children almost always had some type of contact with their family (92%), and the majority were able visit home sometimes (weekends, holidays, etc.). In one in five cases, visits received at the residence had to be supervised to protect the child. We also inquired about the emotional consequences of such visits for the children, 6% describing them as negative (fear, anxiety, aggressiveness, etc.).

In practically half of the family homes from which the children came, there was a situation of divorced or separated parents, and in another 20%, one of the parents was deceased or the mother was alone. We assessed seven risk factors present in one or both parents, though we only present data

on 184 cases in which there was accurate information on both the father and the mother, so that we can be sure of the presence or absence of each factor. Substance abuse was the characteristic most commonly found, in two thirds of cases, the figure for alcohol problems being 41% and for abuse of other substances 36% (some families presented both types of problem); also common were poverty or severe lack of economic resources, which affected 40%, mental illness (36%), intimate partner violence (30%), and criminal involvement (23%). We summed the risk factors for each case to construct a quantitative variable that yielded a mean of 1.8 ($SD = 1.1$), only 9% of cases failing to present at least one of these factors.

Prevalence of Disorders and Types of Treatment

With regard to the presence of mental health disorders reported by the professionals, 57 children (22%) were identified as receiving some type of treatment, whereas another 11 had received treatment in the past (making a total of 26% of cases attended by therapeutic services).

Of the total cases that were receiving or had received treatment, 16 lacked an explicit diagnosis known to the professionals. Table 2 shows the distribution of these diagnoses following the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.; *DSM-IV-TR*; American Psychiatric Association, 2000) classification for Axis I. Of the diagnoses present (some cases received more than one diagnosis), 61% belonged to the attention deficit and disruptive behavior group, which included attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and other generic diagnoses that could be thus classified. There is a notable scarcity of internalizing-type disorders, such as anxiety and mood disorders.

There was a specific question on the existence of suicide-related behaviors, be they verbalizations, threats, or attempts. The most serious form was found in nine cases (seven of them girls) where there had been a suicide attempt. In total, 25 children (9.5%) showed some type of suicidal behavior, and a significant relation was found with having some family member (father, mother, or brother) with suicidal antecedents ($\phi = .25$; $p \leq .000$).

We also inquired about diagnoses of mental disability (mental retardation, to use the *DSM-IV-TR* term). A total of 46 children (17%) presented this problem, and of these, almost half (45%) were in the group of those who received some psychological treatment for behavioral or emotional disorders.

As regards the type of treatment to which they were referred, the majority saw a psychiatrist (40%), 30% saw a psychologist, and another 30% received combined psychiatric and psychological attention. Sixty-three percent were attended by public mental health services and just 13%

Table 1. Child and Family Characteristics and Differences With Clinical Range and Referrals to Mental Health Services.

Child and family characteristics	Total sample ^a	Clinical range CBCL		Referred to mental health	
	% or M (SD)	Yes ^b % or M (SD)	No ^c % or M (SD)	Yes ^d % or M (SD)	No ^e % or M (SD)
Total	100	43.9	56.1	25.8	74.2
Gender					
Female	53.0	38.7	61.3	20.2	79.8*
Male	47.0	48.6	51.4	30.7	69.3*
Age (years)					
M (SD)	13.3 (3.1)	13.4 (3.0)	13.2 (3.3)	13.6 (2.9)	13.2 (3.3)
6–8	12.1	34.4	65.6	21.9	78.1
9–11	21.2	55.4	44.6	17.9	82.1
12–14	29.9	35.4	64.6	29.1	70.9
15–18	36.7	47.4	52.6	28.9	71.1
Length of stay	32.6 (30.5)	30.0 (26.5)	34.7 (33.2)	31.8 (30.2)	35.2 (31.4)
School performance					
Good	22.1	28.6	71.4**	16.1	83.9*
Medium	21.2	33.7	66.3**	21.2	78.8
Bad	38.7	65.6	34.4***	38.7	61.3***
Mental disability	17.5	50.0	50.0	45.7	54.3***
Psychotropic medication	15.9	69.0	31.0***	92.9	7.1***
Suicidal behavior					
Verbal	8.7	87.0	13.0***	60.9	39.1***
Threaten	5.3	92.9	7.1***	64.3	35.7*
Intent	3.4	77.8	22.2*	66.7	33.3**
Reason for admission ^f					
Physical neglect	63.3	39.5	60.5	22.2	77.8
Emotional neglect	45.8	34.7	65.3**	17.4	82.6**
Physical abuse	15.5	41.5	58.5	41.5	58.5*
Emotional abuse	18.9	46.0	54.0	34.0	66.0
Sexual abuse	3.8	40.0	60.0	40.0	60.0
Abandonment	12.9	41.2	58.8	26.5	73.5
Impossible fulfillment ^g	24.6	40.0	60.0	10.8	89.2**
Out of parental control	28.4	46.7	42.9	36.0	64.0*
Parents' marital status (n = 222)					
Married	29.7	40.9	59.1	19.7	80.3
Divorced	49.5	40.0	60.0	26.4	73.6
Other	20.7	45.7	54.3	19.6	80.4
Family contact					
Visits and home	51.5	40.0	60.0	17.8	82.2**
Only home	27.3	40.0	60.0	26.4	73.6
Only visits	13.3	54.3	45.7	34.3	65.7
No contact	8.3	63.6	36.4	59.1	40.9***
Supervised visits	22.9	48.7	41.2	33.3	66.7*
Child's reaction to visits (n = 241)					
Positive	66.4	38.1	61.9	17.5	82.5**
Negative	5.8	71.4	28.6*	50.0	50.0**
None	27.8	43.3	56.7	29.9	70.1
Parental risk factors ^f (n = 184)					
Substance abuse	66.8	45.5	54.5	24.4	75.6
Criminal involvement	23.4	48.8	51.2	30.2	69.8
Mental illness	36.4	49.3	50.7	25.4	74.6
Suicidal behavior	12.2	66.7	33.3**	41.7	58.3*
Mental disability	10.9	45.0	55.5	45.0	55.0*
Gender violence	29.9	40.0	60.0	21.8	78.2
Poverty	44.6	32.9	67.1*	18.3	81.7
Mean risk factors	1.8 (1.1)	2.0 (1.1)	1.7 (1.0)*	2.0 (1.1)	1.8 (1.0)

Note. CBCL = Child Behavioral Checklist.

^aN = 264. ^bn = 116. ^cn = 148. ^dn = 68. ^en = 196. ^fMore than one category per case is possible. ^gImpossible fulfillment of care refers in Spain to situations in which the parents are unable to look after their children because they are in prison, receiving inpatient treatment, and so on.

*p ≤ .05. **p ≤ .01. ***p ≤ .001. (on chi-square for categorical variables and Student t test for quantitative variables.)

Table 2. Disorders Found in the Group of 52 Children With Known Diagnosis.

Diagnosis	<i>n</i>
Axis I	
Pervasive developmental disorders	4
Attention-deficit and disruptive behavior disorders	
Attention-deficit/hyperactivity disorder	15
Conduct disorder	5
Oppositional defiant disorder	6
Other diagnoses in this group	13
Mood disorders	
Depression	3
Bipolar II disorder	1
Mood disorder not otherwise specified	2
Anxiety disorder	3
Elimination disorder	1
Eating disorder	2
Other diagnoses	8
No diagnosis	16

Note. Some cases have more than one diagnosis.

received attention from a professional at the residential facility itself. In total, eight children were in special residential centers for minors with severe mental disorders, all of them in other regions, as the Extremadura Region does not offer this type of program.

Seventy-two percent of the children in treatment took some type of psychoactive medication (16% of the total sample and 57% of those who were referred to treatment). The pharmacological treatment was closely related to the attention received at the public mental health centers, where more than 90% of the cases were dealt with by psychiatrists. It should also be mentioned that 69% of the cases receiving medication had an attention deficit and disruptive behavior diagnosis (more than half of them had ADHD).

CBCL Screening

Table 3 shows the frequencies and percentages of children with clinical ranges for each CBCL scale, as well as the cases that having attained this clinical status had been referred for treatment (currently or in the past). Forty-four percent attained clinical range on one of the three broadband scales, and it is noteworthy that there were more than double the number of clinical ranges for the Externalizing scale compared with the Internalizing scale. Notable in the case of the diagnostic scales are the percentages of clinical range for Rule-Breaking and Aggressive Behaviors, accounting for around 20% of cases, the rest yielding values of under 10%, with two exceptions: the Withdrawn/Depressed scale (11%), whose value was much higher than those of the other two

Internalizing scales (Anxious/Depressed and Somatic Complaints) and Attention Problems (13%).

As regards the percentage of cases attaining clinical range in CBCL that had been referred for treatment, Thought Problems (80%) and Anxious/Depressed (71%) showed the highest values; in contrast, the lowest proportion was for cases attaining clinical range in Withdrawn/Depressed (27%). In general, only a third of those who attained clinical status on at least one of the broadband scales were referred to treatment, and for nearly all the clinical scales, only half of the cases or less were referred.

To analyze the relationship between the detection of clinical cases via the CBCL and those cases actually referred for therapeutic treatment, we applied some measures commonly used in screening procedures. Specifically, we calculated the indices of sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV), and negative predictive value (NPV). We calculated these indices using as classification criterion cases identified by the professionals as receiving or having received treatment ($n = 68$). Sensitivity indicated the probability of a case identified as clinical by professionals (referred to treatment) being detected as clinical in the screening test (a clinical range on at least one of the three broadband scales). The result was acceptable (sensitivity = 66.2%), as two thirds of those receiving treatment were identified as clinical cases by the CBCL. The figures were very similar for specificity (63.8%), which refers to the probability that a child not referred to treatment obtains no clinical range in the test. However, the most striking result is that for PPV, which refers to the probability that a case detected with clinical range in the test will be receiving treatment, the value was very low (39.8%). Finally, NPV, indicating the probability that a case attaining no clinical range in the test will not be receiving treatment, was very high (84.5%).

According to these results, the professionals were not referring cases unnecessarily (high NPV). However, they were referring many fewer cases of those that were in fact clinical (low PPV), and this amounts to a serious risk of lack of attention to very important needs.

On the other hand, the instrument succeeded in detecting the majority of those receiving treatment as clinical cases (sensitivity) and the majority of healthy cases receiving no treatment (specificity).

Variables Related to Referral to Mental Health Services or Detection as Clinical Case in Screening

In Table 1, we compared the percentage of cases referred to treatment for each one of the variables of child characteristics, family characteristics, or intervention process. Referral to treatment emerged as significantly associated

Table 3. Cases in Clinical Range in CBCL and Percentage Referred to Mental Health Services.

CBCL scale	CBCL (n = 264)	
	Clinical range n (%)	Referred to mental health services n (%)
Anxious/Depressed	14 (5.3)	10 (71.4)
Withdrawn/Depressed	30 (11.4)	8 (26.7)
Somatic Complaints	18 (6.8)	9 (50.0)
Social Problems	26 (9.8)	13 (50.0)
Thought Problems	15 (5.7)	12 (80.0)
Attention Problems	34 (12.9)	19 (55.9)
Rule Breaking Behavior	54 (20.5)	22 (40.7)
Aggressive Behavior	49 (18.6)	21 (42.9)
Internalizing	41 (15.5)	19 (46.3)
Externalizing	97 (36.7)	35 (36.1)
Total Behavior Problems	76 (28.8)	33 (43.4)
Any Broadband	116 (43.9)	39 (33.6)

Note. CBCL = *Child Behavior Checklist* (Achenbach, 1991).

with child characteristics such as sex (more boys), low school performance, mental disability, receiving psychotropic medication, and suicidal behavior (any of these behaviors). As regards to forms of abuse, physical abuse and lack of ability to control the child were associated with more likelihood of referral to treatment, whereas emotional neglect and impossibility of fulfilling parental obligations were related to less referral.

Risk factors in the family were only significant in the case of there being suicidal behaviors and mental disability in the parents, which increased the likelihood of referral to treatment.

Finally, and in an interesting finding, child's amount of contact with the family also emerged as significant. Cases in which there was no contact with the family were those most likely to be referred for treatment, together with those in which visits were supervised and those in which there were negative consequences of the visit for the child. In contrast, those who maintained most contact with the family and could visit the family home regularly, as well as those whose emotional reactions to family contact were positive, were much less likely to be referred for treatment.

With regard to the identification as clinical case via screening with the CBCL, there were fewer variables that reached significance, but those that coincided with the variables in referred cases were school performance, receiving psychotropic medication, suicide-related behavior in children, emotional neglect (fewer clinical cases), negative reactions to visits, and parents' suicidal behavior. The two new variables that emerged as significant were poverty in the family home, associated with lower frequency of clinical cases, and mean of risk factors (higher in clinical cases).

Discussion

In general, we can conclude that our two basic hypotheses were confirmed: Children in residential care have a high incidence (43.9%) of clinical range on the screening test used, but only 25.8% were referred to treatment. On the basis of these results, we can confirm that the data for this sample from a Spanish region are convergent with those of the international studies reviewed, and which advocate better detection of mental health problems and more appropriate criteria for treatment referral.

Figures for types of abuse or maltreatment suffered by the children were very similar to those obtained in previous Spanish works (De Paúl, Arruabarrena, Torres, & Muñoz, 1995; Saldaña, Jimenez, & Oliva, 1995), with physical and emotional neglect standing out far above the rest. In addition, studies from other countries such as that by Burns et al. (2004) endorse the finding of these types of abuse as the most common. However, rates of physical abuse, and especially sexual abuse, found in our study were much lower than those reported for other countries. This has important implications for intervention as, given that the forms of maltreatment were less active, the majority of the children had much more contact with their family and, indeed, visited the family home frequently (weekends, holidays, etc.). Only 8% had no contact at all, and 22% of those who received visits had to do so under supervision. Thus, the situation can be characterized by neglect, whereby the children cannot be with their families, but at the same time, there is no great danger of their being actively abused or maltreated. The interventions were prolonged, with an average of almost 3 years, whereas 25% had been ongoing for more than 4 years.

Among the family problems measured as risk factors, the most notable were the presence of substance abuse, with more cases of alcoholism than of other drug abuse, and problems of mental health, intimate partner violence, legal problems, and situations of poverty. From the mental health perspective, a population with such high risk factor levels as a context for bringing up children would obviously suggest a high probability of mental health problems in the child.

Indeed, around one in four children had received or was receiving mental health treatment, using public services in the majority of cases. It is noteworthy that almost two thirds of the cases were due to externalizing problems, and this may explain the fact that there were more boys than girls in treatment, as prevalence is greater in males for this type of disorder. Another important finding was the presence of mental disability in 17% of the sample, nearly half (45%) of this total being referred to treatment for other mental health disorders. The high proportions of minors with mental disability in child residential care requires more research attention than has been paid to it up to now, as Trout et al. (2009) conclude, indicating that the percentage of children with disabilities in residential care ranges from 10% to 31%,

depending on the study. Their difficulties of adaptation and learning are a highly negative factor for adjustment to life with groups of minors who also have complex problems, and this may lead to the development of behavior problems and poor outcomes in general (Zetlin, 2006). Recent evidence from follow-up studies with care leavers highlights the negative impact of disability on adult well-being, particularly in cases where special education programs have been necessary (Anctil, McCubbin, O'Brien, Pecora, & Handerson-Arumi, 2007). Of the eight cases admitted to clinical facilities due to the especially severe problems that make it impossible for them to live in children's homes, six had severe mental retardation associated with disruptive behavior, and this highlights the importance of considering the problem of mental disability in this population.

Another aspect of enormous relevance in children in residential care is that of suicidal behavior in its various expressions, on which there has also been very little research (Hukkanen, Sourander, & Bergroth, 2003). These are cases frequently referred to treatment, and which were easily detected as clinical by the CBCL, but their incidence was striking (3% suicide attempts and 9% if we consider any related behavior). Where there were antecedents of suicide in the family, the percentage of problems of this type in the children reached 26%; it would seem advisable, then, to follow these cases up when such antecedents are known, so as to be able to intervene preventively.

One of the factors associated with referrals to treatment was relations with the family: Children with no family contact, as well as those whose contact was supervised or who reacted negatively to visits, were more likely to be referred to treatment. Poor school performance and parents' suicidal antecedents and mental disability were also associated with more referrals. As in previous studies, more physical forms of abuse were related to receiving treatment, whereas emotional neglect and parents' disability were related to less probability of being referred. It would be highly advantageous if professionals were to pay more attention to these types of antecedents, with a view to early detection and prevention initiatives.

The screening procedure by means of the CBCL yielded acceptable values for sensitivity and specificity but clearly revealed that the majority of cases attaining clinical range were not being treated. Thus, professionals' criteria for referring cases to treatment are based on a very high and restrictive threshold, except in the cases of Thought Problems and Anxious/Depressed—In these categories, the vast majority of cases detected as clinical were indeed referred. On the other hand, at the opposite extreme, clinical cases on the Withdrawn/Depressed Internalizing scale were those least likely to be referred for treatment. The study by Burns et al. (2004) also indicated a large discrepancy between cases detected by the CBCL as clinical (88% in residential care) and those referred to treatment (56%).

The data lead us to conclude that professionals may be using referral criteria unrelated to objective measures or screening instruments (indeed, none were being used), and which may be based more on ease of access to services in the community, on the degree to which the child disrupts life in the residence, on the professional team's own capacity for detection and knowledge, or even on financial considerations, where public facilities are unavailable.

The risk factors in the family environment alone should provide sufficient reason for more research attention to the disorders children in residential care may present. If we also consider the fact that they have suffered various types of abuse, then there is no doubt about the need to introduce rigorous systems of detection and referral to mental health treatment. This need to set up detection and assessment protocols for establishing treatment needs in children in care has already been clearly identified in research, giving rise to the drawing up of specific protocols (Milburn, Lynch, & Jackson, 2008; Pecora et al., 2009; Romanelli et al., 2009). An essential element in these types of intervention is close coordination between child mental health services and the child care system (Arcelus, Bellerby, & Vostanis, 1999; Baia, Wells, & Hillemeiera, 2009; Chambers, Saunders, New, Williams, & Stachurska, 2010), but such coordination is quite uncommon in Spain (an exception being the study presented in this article, which was supported by the mental health services in collaboration with the child residential care services).

One of the problems detected in this study concerned the difficulty of finding out about the children's diagnoses. Large numbers of cases had no diagnosis established by the therapists involved, and in many other cases, the terms in which the professionals reported the diagnosis were highly generic. Child residential care programs, with the high incidence of mental health problems in these children, not only show a lack of clarity with regard to referral criteria but also in many cases appear to lack information on the diagnosis of the problems for which the children are being treated. Although this might be adequate in a therapeutic context in which there is no need for a formal diagnosis, in child residential care, this leads to many difficulties for assessing the needs of the population attended and for attempting to match needs and resources. The protocol drawn up as a result of this study for the detection and assessment of disorders, with a view to referring cases for treatment (Del Valle, Sainero, & Bravo, 2011), establishes the need to use screening tools and a thorough clinical assessment in positive cases, from which a diagnosis will always be obtained.

Study Limitations

This study is the first to provide data on the prevalence of mental health disorders in child residential care in Spain,

and in this sense, it is a relevant contribution to the field. Nevertheless, the sample is taken exclusively from the Extremadura Autonomous Community, and it cannot be considered representative of all children in residential care in Spain. Extremadura is a particularly rural region, with just three cities of over 50,000 inhabitants (only one of which has a population of more than 150,000), and is Spain's poorest region in terms of per capita income. These characteristics may have a marked influence on the type of child protection cases found in its residential care context, more likely to result from neglect associated with poverty than from more active maltreatment and abuse.

Furthermore, studies based on information from professionals about case files always involve problems of gaps in information about certain aspects of the family context (e.g., a woeful shortage of information on the father in many cases, or a failure to mention explicitly the presence or absence of aspects such as substance abuse or suicide).

Even so, we consider it very important to have been able to take as a sample for this study all the cases from a single Autonomous Community. In Spain, as in other countries, residential care programs vary considerably from place to place: large, small, privately run, public, religious, for young children, for adolescents in transition to adult life, for minors with behavior problems, and so on. On having taken all the cases from a region that met the criteria of age and length of stay, all of these types were represented, and this is very difficult to achieve with selective samples, where the representation of all different types becomes more complex. We believe this to be a possible explanation for the wide diversity of data presented by some international studies on child residential care. Not only can structures and programs vary considerably from one country to another (even though they have the same name) but also within each country, there are substantial differences.

It should be borne in mind that the fact of having carried out a large number of statistical analyses may have increased the probability of family-wise errors, so that some of the statistically significant findings reported could represent chance occurrences that capitalize on multiple comparisons.

In any case, further research is necessary to explore in more depth the types of problems found in these children through clinical assessments, and moreover, with samples that are larger and more representative of the Spanish context. Furthermore, there is a need for studies using longitudinal methods for obtaining knowledge about the development and course of mental health problems in this population.

Acknowledgment

We would like to express our sincere gratitude to Professor James K. Whittaker (University of Washington) for his revision of the English version of this manuscript.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: This research was supported by the Mental Health Service of the Autonomous Government of Extremadura and the Spanish Ministry of Health (grant number: FUE-EM-355-09). The first author was supported with a grant by the Program Severo Ochoa of the Foundation for the Promotion of the Applied Scientific Research and Technology in Asturias (FICYT).

Note

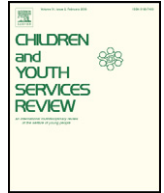
1. In Spain, the decentralization process has devolved the authority to implement child protection measures to the regions (Autonomous Communities).

References

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Anctil, T. M., McCubbin, L. D., O'Brien, K., Pecora, P. J., & Handerson-Arumi, C. A. (2007). Predictors of adult quality of life for foster care alumni with physical and/or psychiatric disabilities. *Child Abuse & Neglect, 31*, 1087–1100.
- Arcelus, J., Bellerby, T., & Vostanis, P. (1999). A Mental-Health service for young people in the care of the local authority. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 4*, 233–245.
- Baia, Y., Wells, R., & Hillemeiera, M. (2009). Coordination between child welfare agencies and mental health service providers, children's service use, and outcomes. *Child Abuse & Neglect, 33*, 372–381.
- Belsky, J., & Jaffe, S. R. (2006). The multiple determinants of parenting. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (Vol. 3, pp. 38–85). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Bravo, A., & Del Valle, J. F. (2009). Crisis and review of child residential care. Its role in child protection. *Papeles del Psicólogo, 30*, 42–52.
- Bravo, A., Santos, I., & Del Valle, J. F. (2011). *Revision de actuaciones llevadas a cabo con menores extranjeros no acompañados en el Estado Español* [Review of practices to care for young asylum seekers in Spain]. Oviedo, Spain: Servicio de Publicaciones del Gobierno del Principado de Asturias.
- Bronsard, G., Lançon, C., Loundou, A., Auquier, P., Rufo, M., & Siméoni, M. (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, 1886–1890.
- Burns, B. J., Phillips, S., Wagner, H. R., Barth, R., Kolko, D., Campbell, Y., & Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 960–970.
- Carrasco-Ortiz, M., Rodríguez-Testal, J., & Mass, B. (2001). *Problemas de conducta de una muestra de menores institucionalizados con antecedentes de maltrato* [Behavioral problems in a sample of institutionalised children with a history of maltreatment]. *Child Abuse & Neglect*, 25, 819–838.
- Chambers, M. F., Saunders, A. M., New, B. D., Williams, C. L., & Stachurska, A. (2010). Assessment of children coming into care: Processes, pitfalls and partnerships. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15, 511–527.
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (Vol. 3, pp. 129–201). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Clausen, J. M., Landsverk, J., Ganger, W., Chadwick, D., & Litrownik, A. (1998). Mental health problems of children in foster care. *Journal of Child and Family Studies*, 7, 283–296.
- Defensor del Pueblo. (2009). *Centros de protección menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social* [Residential child care for children with behavioral diseases and social difficulties]. Madrid, Spain: Defensor del Pueblo.
- Del Valle, J. F., & Casas, F. (2002). Child residential care in the Spanish social protection system. *International Journal of Child & Family Welfare*, 5, 112–128.
- Del Valle, J. F., López, M., Montserrat, C., & Bravo, A. (2009). Twenty years of foster care in Spain: Profiles, patterns and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 31, 847–853.
- Del Valle, J. F., Sainero, A., & Bravo, A. (2011). *Salud mental de menores en acogimiento residencial* [Mental health of children in residential child care]. Badajoz, Spain: Junta de Extremadura.
- De Paúl, J., & Arruabarrena, I. (1995). Behavior problems in school-aged physically abused and neglected children in Spain. *Child Abuse & Neglect*, 19, 409–418.
- De Paúl, J., Arruabarrena, M. I., Torres, B., & Muñoz, R. (1995). *La prevalencia del maltrato infantil en la provincia de Guipúzcoa* [Prevalence of child abuse in the province of Guipúzcoa]. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 49–58.
- European Association for Research into Residential Child Care. (1998). *Care to listen: A report of residential child care in four European countries*. Glasgow, Scotland: The Center for Residential Child Care.
- Farmer, E. M. Z., Burns, B. J., Chapman, M. V., Phillips, S., Angold, A., & Costello, E. (2001). Use of mental health services by youth in contact with social services. *Social Services Review*, 75, 605–624.
- Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., & Goodman, R. (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: A comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry*, 190, 319–325.
- Garland, A. F., Landsverk, J. A., & Lau, A. S. (2003). Racial and ethnic disparities in mental health service use among children in foster care. *Children and Youth Services Review*, 25, 491–507.
- Heflinger, C. A., Simpkins, C. G., & Combs-Orme, T. (2000). Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review*, 22, 55–73.
- Holtan, A., Ronning, J., Handegard, B., & Sourander, A. (2005). A comparison of mental health problems in kinship and non kinship foster care. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 200–207.
- Hukkanen, R., Sourander, A., & Bergroth, L. (2003). Suicidal ideation and behavior in children's homes. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 131–137.
- Hukkanen, R., Sourander, A., & Santalahti, P. (2005). Have psychiatric problems of children in children's homes increased? *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 481–485.
- Landsverk, J., Burns, B. J., Stambaugh, L., & Rolls-Reutz, J. (2006). *Mental health care for children and adolescents in foster care: Review of research literature*. Seattle, WA: Casey Family Programs.
- Milburn, N. L., Lynch, M., & Jackson, J. (2008). Early Identification of mental health needs for children in care: A therapeutic assessment programme for statutory clients of child protection. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13, 31–47.
- Nicholas, B., Roberts, S., & Wurr, S. (2003). Looked after children in residential homes. *Child and Adolescent Mental Health*, 8, 78–83.
- Observatorio de la Infancia. (2009). *Estadística básica de medidas de protección a la infancia* [Basic statistics of child care interventions] (Vol. 11). Madrid, Spain: Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad.
- Pecora, P. J., Jensen, P. S., Romanelli, L. H., Jackson, L., & Ortiz, A. (2009). Mental health services for children placed in foster care: An overview of current challenges. *Child Welfare*, 88, 1–25.
- Romanelli, L. H., Landsverk, J., Levitt, J. M., Leslie, L. K., Hurlley, M. M., & Bellonci, C., . . . The Child Welfare Mental Health Best Practices Group. (2009). Best practices for mental health in child welfare: Screening, assessment, and treatment guidelines. *Child Welfare*, 88, 163–188.
- Saldaña, D., Jimenez, J., & Oliva, A. (1995). *El maltrato infantil en España: Un estudio a través de los expedientes de menores*

- [Child abuse in Spain: A reasearch on child care files]. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 59–68.
- 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*, 13, 221–233.
- Tarren-Sweeney, M. (2010). Concordance of mental health impairment and service utilization among children in care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15, 481–495.
- Tarren-Sweeney, M., & Hazell, P. (2006). Mental health of children in foster and kinship care in New South Wales, Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 42, 89–97.
- Trout, A., Casey, K., Chmelka, M. B., DeSalvo, C., Reid, R., & Epstein, M. H. (2009). Overlooked: Children with disabilities in residential care. *Child Welfare*, 88, 111–136.
- Zetlin, A. (2006). The experiences of foster children and youth in special education. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 31, 161–165.



Exploring the specific needs of an understudied group: Children with intellectual disability in residential child care



Ana Sainero ^a, Jorge F. del Valle ^{a,*}, Mónica López ^b, Amaia Bravo ^a

^a Child and Family Research Group (GIFI), Department of Psychology, University of Oviedo, Spain

^b Department of Special Needs Education and Youth Care, University of Groningen, The Netherlands

ARTICLE INFO

Article history:

Received 4 March 2013

Received in revised form 20 April 2013

Accepted 22 April 2013

Available online 11 May 2013

Keywords:

Intellectual disability

Child welfare

Residential care

Out of home care

Mental health

ABSTRACT

Children and adolescents who live in out of home care in the child protection system are considered to be vulnerable to manifesting mental health disorders as well as other types of difficulties. This risk is greater in the case of children who display any type of disability. The aim of this study is to profile the state of health and well-being of a group of children presenting intellectual disability who live in residential care in a Spanish autonomous community and to compare these results with their non-disabled peers.

Two questionnaires filled in by the caseworker and key residential worker, respectively, were used and a screening test (CBCL) was administered to assess the children's emotional and behavioral status.

The results indicate that there are more vulnerability factors in this group of children comparing to their peers; in particular, a greater likelihood of having parents with a history of mental health and alcoholism and greater frequency of intellectual disability in their mothers. Likewise, they had a greater probability of having suffered physical abuse. The screening revealed the existence of greater alterations on the scale of social and thought problems, as well as a greater probability of being referred for treatment and greater use of psychotropic medication.

© 2013 Elsevier Ltd. All rights reserved.

1. Introduction

Over the course of recent decades, there has been growing interest in identifying and studying mental health in children who exhibit intellectual disability. However, few studies have addressed this issue within the child welfare system and more specifically, in residential child care.

In Spain, unlike other European countries, residential care is one of the most important child protection resources. According to the latest data available (Observatorio de la Infancia, 2011), approximately 69% of all new out-of-home placements in 2010 were referred to residential care and only 31% to foster care. The change in the profile of these children over recent decades has led to the specialization of Spain's residential care network in order to respond to the specific needs they have, including unaccompanied asylum seekers children, adolescents without a return to the family home being foreseen (for whom transition to independent adulthood programs are used), as well as those children and adolescents with serious emotional or behavioral problems (Bravo & Del Valle, 2009; Del Valle, Sainero, & Bravo, 2011; Sainero, Bravo, & Del Valle, 2013). Compared to other countries in Europe (particularly UK or Nordic countries) Spain shows a larger number of children in residential care (75% of whom are adolescents) with the main reasons for admission

being physical and emotional neglect (Bravo & Del Valle, 2009; Colton & Hellinckx, 1993; EUROARC, 1998).

Of these profiles, children and adolescents with some type of mental health disorder are particularly striking due to their high prevalence and the issues they pose in getting along with others in care at residential homes. In Spain, there is a paucity of studies dealing with their characteristics and the specific types of disorders they present and only recently has this issue been given any attention whatsoever, whereas internationally, much research has been devoted to this subject. Indeed, studies regarding children and young people in out-of-home care reveal that this is a population that is particularly vulnerable to displaying mental health disorders and alterations, as well as difficulties and delays in different areas of their development (Burns et al., 2004; Clausen, Landsverk, Ganger, Chadwick, & Litrownik, 1998; Farmer et al., 2001; Landsverk, Burns, Stambaugh, & Rolls-Reutz, 2006; Pecora, Jensen, Romanelli, Jackson, & Ortiz, 2009).

In our country, a recent study (Sainero et al., 2013) has shed some light on this reality, identifying the fact that a high percentage (44%) of children aged 6 to 18 years in residential care presented some kind of mental health disorder. In contrast, only 26% of the sample was being treated by mental health services, which calls into question the detection and referral criteria of these cases in the child care system, as already stated by other authors (Burns et al., 2004). These data point to the need for more research that will make it possible to profile these children's difficulties and to put forth a proposal for early detection and intervention when facing possible clinical disturbances.

* Corresponding author at: Faculty of Psychology, University of Oviedo, Plaza Feijoo s/n, 33003 Oviedo, Spain. Tel.: +34 985 103246; fax: +34 985 104144.

E-mail address: jvalle@uniovi.es (J.F. del Valle).

This vulnerability is even greater in the case of children with some kind of disability. Scientific literature has called attention to the high incidence of abuse presented by children with disability (including here all types of possible disabilities) in comparison with their non-disabled peers (Crosse, Kayne, & Ratnofsky, 1992; Sullivan & Knutson, 2000; Verdugo, Bermejo, & Fuertes, 1995). In some studies, this incidence rate is as much as threefold that of the general population (Sullivan & Knutson, 2000).

Neglect is the most commonly identified type of abuse in this group, approximately 20% according to Crosse et al. (1992), although the remaining types are also more common than in their non-disabled peers. Insofar as the more active forms of abuse are concerned, Sullivan and Knutson (2000) found a likelihood of 3.7 and 3.8 times higher of these minors having experienced physical and sexual abuse. In Spanish studies, these children have also been identified as being especially vulnerable to experiencing multiple forms of abuse (Verdugo et al., 1995) and a greater risk of manifesting various mental disorders than do their non-disabled peers (Dickens, 2000), in particular, conduct disorders, anxiety disorders, hyperkinesis and pervasive developmental disorders (Emerson, 2003).

The vulnerability of disabled children is even greater if we refer to those in the child welfare system since, in addition to having suffered abuse, they must also deal with the demands of adapting to new contexts when they are placed in family foster care or in residential care. Despite the high numbers of children with disability in child care, there is very little research describing their specific situation, their characteristics, and the type of care they receive. The figures being used are conditioned by the fact that they are not included specifically in any official statistics (Hill, 2012); the low rate of identification due to the lack of training for direct care professionals (Shannon & Tappan, 2011), and the difficulties involved with referring them to mental health resources (Burns et al., 2004; Farmer et al., 2001; Romanelli et al., 2009; Tarren-Sweeney, 2010). Moreover, the heterogeneity of the samples, methodology, and inclusion criteria used in research with these children must be taken into consideration, particularly when the type of disability referred to is not specified.

The research shows that children with disability have a greater probability of receiving interventions that involve separation from the family, especially residential care (Lighfoot, Hill, & Laliberte, 2011; Rosenberg & Robinson, 2004), and that they undergo greater instability in their itinerary through child care, with more interruptions and placement changes, in addition to remaining in the system for longer than their non-disabled peers (Chmelka, Trout, Mason, & Wright, 2011; Hill, 2012; Slayter & Springer, 2011; Trout, Hagaman, Casey, Reid, & Epstein, 2008). Likewise, they have been seen to present more problems associated with academic performance, higher likelihood of having various types of difficulties arise (Zetlin, 2006) and more mental health issues, especially higher scores (that reach into the clinical category) regarding social and attention problems, aggressiveness, and disruptive behavior (Casey et al., 2008; Tarren-Sweeney, 2008; Trout et al., 2009).

To the risk factors they share with other children in the child welfare system who do not exhibit these types of disability (history of abuse, separation familiar, placement change, etc.), adaptation and communication difficulties and self-protection deficits might also have to be added (Shannon & Agorastau, 2006). Consequently, intervention resources and strategies should be sensitive to and suit the specific needs of this group. However, very few studies have profiled these children's characteristics, demands, and specific needs in comparison with their peers in the child welfare system (Lighfoot et al., 2011).

This article seeks to contribute to this field, specifically analyzing the characteristics and mental health issues of the children who present an intellectual disability (defined as a DSM-IV-TR diagnosis of mental retardation) and who are in residential child care. If there is little research dedicated to disabled children in out-of-home placements, there is even less that specifically addresses children with intellectual disability. Some data indicate that about 10% of children in out-of-home placement

have some degree of intellectual disability (Hill, 2012; Lighfoot et al., 2011), a percentage that is remarkably higher than the rate estimated for the general population, which is around 1–2% (American Psychiatric Association, 2000; Maulik & Harbour, 2010). One of the few studies conducted with this specific group in residential care points out that, in addition to having more placement changes than their non-disabled peers, they have a twofold likelihood of living in residential care than in family foster care (Slayter & Springer, 2011).

In light of the data that highlight the importance of taking the special difficulties of intellectually challenged children into account when they are in residential child care, the aim of this article is to present a study that makes it possible to describe and analyze the specific needs of these children by comparing them to their non-disabled peers in residential care. To do so, research has been carried out regarding all children between 6 and 18 years who were in residential care in one Spanish autonomous community, identifying those who were diagnosed with some type of intellectual disability and recording a series of variables having to do with the intervention of the child protection system (incidence of abuse, history of protection, etc.), academic and training development, and, in particular, their mental health issues. Complications due to mental health in disabled children are not only common, but also pose significant impediments to the provision of proper care in residential child care; consequently, special detail has been focused on this specific aspect.

2. Materials and method

2.1. Sample

The study was carried out with the entire population of children between 6 and 18 years of age living in residential care in the Spanish autonomous community of Extremadura (N = 264) and who had been living with their educators for at least three months (this criterion was applied to meet the reliability demands of the screening test that will be presented below). Forty-eight (48) individuals were identified within this group who had a diagnosis of intellectual disability (according to DSM-IV-TR criteria); hence, we had a sample consisting of 264 participants subdivided into one group of 48 children–adolescents with intellectual disability and another 216-member group, without this disability.

2.2. Instruments and procedure

Variables were collected that referred to the family context of origin, the child him/herself, and to the protective intervention process that was underway. An information report form was created to collect the social–family considerations covering variables regarding the parents, such as age, the couple's status, number of children, and psychosocial problems (history of mental health, substance abuse, gender violence, etc.). To analyze the intervention process data were collected on the reason for protection, prior changes of placement, as well as the duration of the stay. This data collection was completed by the social workers in charge of the case in the child protection services.

Basic descriptive information was collected about the children, such as their age and gender, as well as their educational and health status, with particular emphasis on their mental health. For the identification of mental health problems, a report form was drawn up for completion by each child's key residential worker, requesting information about the medical history (physical illnesses, existence of diagnosed disability, etc.) and data about possible mental health disorders (referral for treatment, medication, diagnoses, etc.). A specific question was added regarding manifestations of suicidal behaviors, due to their severity.

The criterion for selecting the sample with intellectual disability was having received an official diagnosis by the regional service for disabled people. This information was reported by the residential workers.

Finally, the study was completed with a screening technique, using the CBCL (Achenbach & Rescorla, 2001), an instrument with widely demonstrated validity for the detection of psychological disorders and in very common use among populations of children in child care. Although designed to be completed by parents, it was filled out in our case, as is common in residential care studies, by the key residential worker for each child. The scores obtained are grouped into 8 specific clinical scales (Anxious/depressed, Withdrawn/depressed, Somatic complaints, Social problems, Thought problems, Attention problems, Rule Breaking behavior, and Aggressive behavior) and three broadband scales: internalizing, externalizing, and total. The direct scores are transformed into T scores enabling each case to be classified into three ranges: normal, borderline, and clinical, for each scale. In this study, only this latter range will be considered to be clinical and not borderline results.

There are some specific questionnaires, such as the Developmental Behaviour Checklist (DBC) Einfeld and Tonge (1995, 2002) for the assessment of behavioral and emotional problems of children and adolescents with developmental and intellectual disabilities. The DBC was intended to clarify whether certain behaviors are caused by mental disturbance or intellectual disability (Borthwick-Duffy, 1994; Lovell & Reiss, 1993) since children with this disability tend to present some behaviors, such as communication or social disorders, which may be considered problematic or clinical in the case of a child without that problem (Einfeld & Aman, 1995; Einfeld & Tonge, 1995). However, we could not use that questionnaire in our research due to the need to apply the same instrument to both groups (with and without disability).

The data analysis consisted in comparing the group with disability and the non-disabled group using χ^2 tests for the variables categorical and Student's *t* tests for the continuous variables, taking $p \leq .05$ as the signification criterion.

3. Results

3.1. Variables relating to school, social–family context and the intervention process

The sample of children with a diagnosis of intellectual disability constituted 18.2% ($n = 48$) of all children in residential care in the region of Extremadura. A check was made that there were no significant differences in terms of gender and age (Table 1) with respect to their non-disabled peers that might interfere in the results of the comparisons. The distribution of the total sample by age groups was 12.1% from 6 to 9 years of age, 21.1% from 9 to 11 years and the remaining 66.6% were adolescents with ages higher than 12 years. This distribution did not present any significant differences between the two comparison groups.

The analysis of the school performance by children with intellectual disability revealed the existence of curriculum adaptations in 82.6% of cases, although only 39.1% attended a special educational needs center. As for the assessment of the academic performance of this group made by their teachers, the percentage of cases with some or many problems in this area (84.8%) was higher than that of their non-disabled peers (76.3%), although this difference was not statistically significant.

The analysis of their family-related problems flagged up the greater incidence among the group of children with intellectual disability of a history of direct relatives (parents, siblings or grandparents) with mental health problems (73.9% versus 42.6%). The father figure of children with intellectual disability was seen to have significantly more problems of mental health and alcoholism than in the group of the non-disabled peers. In the case of the mothers statistically significant differences were found in the greater frequency of intellectual disability in the disability group (almost one third of the mothers) which might indicate a certain biological vulnerability in these children. In the rest of the problems analyzed, such as drug use, delinquency,

Table 1

Child and family characteristics and differences between children with and without intellectual disability.

Child and family characteristics	Total sample ($n = 264$) % or M(SD)	Disability ($n = 48$) % or M(SD)	Non disability ($n = 216$) % or M(SD)
Gender			
Female	47	43.8	47.6
Male	53	56.2	52.3
Age			
M (SD)	13.3 (3.2)	13.7 (3.5)	13.2 (3.0)
6–8	12.1	16.7	11.1
9–11	21.1	10.4	23.6
12–14	29.9	31.2	29.6
15–18	36.7	41.7	35.6
School performance			
Good	22.1	15.2	23.7
Medium	41.1	34.8	33.8
Bad	36.8	50.0	42.5
School support			
Curriculum adaptation	36.4	82.6***	26.1***
Special center education	9.1	39.1***	2.4***
Family background ($n = 250$)			
Mental illness	48.4	73.9***	42.6***
Father risk factors ^a ($n = 197$)			
Substance abuse	29.4	40	27.2
Alcohol	39.6	57.1*	35.8*
Criminal involvement	12.2	11.4	12.3
Mental illness	6.6	14.3*	4.9*
Mental disability	2.0	2.9	1.9
Gender violence	24.4	25.7	24.1
Poverty	31.5	31.4	31.5
Mother risk factors ^a ($n = 246$)			
Substance abuse	19.5	11.4	21.3
Alcohol	19.1	20.5	18.8
Criminal involvement	1.6	4.5	1
Mental illness	35	36.4	34.7
Mental disability	11.8	31.8***	7.4***
Gender violence	15.4	20.5	14.4
Poverty	31.3	20.5	33.7
Parents' marital status ($n = 222$)			
Married	29.7	33.3	29.0
Divorced	49.5	46.2	50.0
Other	20.7	20.5	20.8
Number of children per family	3.6 (2.1)	4.2 (2.2)*	3.4 (2.0)*
Reason for admission ^a			
Physical neglect	63.3	75.0	60.6
Emotional neglect	45.8	52.1	44.4
Physical abuse	15.5	29.2*	12.5*
Emotional abuse	18.9	12.5	20.4
Sexual abuse	3.8	4.2	3.7
Multiple forms	49.6	64.6*	46.3*
Abandonment	12.9	10.4	13.4
Impossible fulfillment	24.6	14.6	26.9
Out of parental control	28.4	37.5	26.4
Length of stay in residential care	32.6 (30.5)	38.8 (34.1)	31.2 (29.5)
Number of placements in child care	2.4 (1.3)	2.9 (1.5)***	2.2 (1.3)***

*: $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$ on *chi square* for categorical variables and Student *t* for quantitative variables.

^a More than one category per case is possible.

gender violence and poverty, no significant differences were identified between the parental figures in the two groups.

The composition of the core family of the group with disability presented a greater number of children per family (4.2 versus 3.4 in their non-disabled peers) and this, together with the situations described above, may accentuate the situations of risk. No differences were found in the marital status of the couple, since the figure for situations of divorce was very high in both groups (around half).

The most common reason for admission to the child care system did not vary between the group with and without disability. Neglect was the most prevalent type of abuse and reached, in the case of the group of minors with disability, 75% of the cases for physical neglect and

Table 2
Physical and mental health characteristics.

Physical and mental health characteristics	Total sample	Disability	Non disability
	(n = 264) %	(n = 48) %	(n = 216) %
Disabilities			
Physical	2.3	10.4	0.5
Sensorial	2.3	10.4	0.5
Physical problems	18.2	27.1***	7.4***
Mental health treatment	25.8	45.8***	21.3***
Children in treatment (n = 68)			
With diagnostic	55.9	63.6	52.2
Psychotropic medication	61.8	86.4***	50***
Type of diagnostic (n = 38)			
Internalizing	15.8	9.1	16.6
Externalizing	76.3	78.6	75
Other	7.9	7.1	8.3
Suicidal behavior			
Verbal	8.7	8.3	8.8
Threaten	5.3	6.2	5.1
Intent	3.4	-	4.2

*: $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$ on *chi square*.

52.1% for emotional neglect. No significant differences were identified in the incidence of other forms of abuse such as emotional or sexual abuse. However, the high incidence of physical abuse in the group with disability was significantly striking, with a probability 2.4 times greater than that of their non-disabled peers. Likewise, the experience of multiple forms of abuse was significant, with a probability 1.4 times higher.

The mean time of the stay in residential care for the group with disability was 38.8 months, with no statistically significant differences being found with respect to their non-disabled peers, for whom the mean stay was 31.2 months. Their itinerary in child care was, however, significantly different from the rest of the children in care, since children with disability experienced a larger number of changes of placement and, therefore, more instability, with the consequences that this might imply for their process of adaptation and development.

3.2. Physical and mental/psychological health variables

More than a quarter of the children with disability presented major physical illnesses (27.1%) versus only 7.4% among their peers (Table 2), associated in some cases to their cognitive development problems (epilepsy, microcephaly, encephalopathy, etc.) and in most cases they were receiving long-term medical treatment for these illnesses. Other types of disability were also associated with intellectual disability since in 6 cases out of the total sample (2.3%) there were other

disabilities (3 physical and 3 sensorial) and only one of these belonged to the group of peers.

A little more than a quarter of the entire sample (25.8%) was receiving or had received mental health treatment. Significant differences were found between the two groups as 45.8% of the children with disability attended, or had previously attended mental health services, versus less than half in the case of their peers (21.3%). Also highly significant was the difference between groups in terms of their use of psychotropic medication, since this was consumed by 50% of the children under treatment in the case of the non-disabled group, whereas in the case of the group with disability it was prescribed for a vast majority (86.4%).

Information was collected about the type of diagnosis in place, although this information turned out to be very scant and very generic. Only 55.9% of the cases under treatment had a known diagnosis and although the percentage was slightly greater in the group with disability (63.6% versus 52.2% among their peers), this difference was not significant. Of these diagnoses, 76.3% of the total could be classified in the group of externalizing and only 15.8% could be included as internalizing, without any differences between children with and without disability.

Information was collected regarding the existence of manifestations of suicide-related behaviors (verbalizations, suicide threats, or attempts), without significant differences between the two groups. The most common manifestation was verbalization, with a prevalence of 8% in the group of children with disability and 9% in their non-disabled peers, followed by threats of suicide, slightly higher among children in the group with disability (6% versus 5% for their peers). Suicide attempts solely involved children in the group of non-disabled peers, with an incidence of 3% for the total sample.

3.3. Screening for mental disorders

The results of the CBCL showed that the trend in all the specific clinical scales was in the direction of children with intellectual disability obtaining a greater percentage of clinical range, although these differences with respect to their peers were significant in only two of them (Table 3). The scales reaching significance were social problems (25% versus 6.5%) and thought problems (18.8% versus 2.8%). The rest of the scales (anxiety-depressed, withdrawn/depressed, somatic complaints, problems of attention, rule-breaking and aggressive behavior) did not achieve this level of significance.

In the broadband scales, the percentage of cases with clinical range in externalizing problems was 36.7% of the total sample; the proportion of children in the group with intellectual disability presenting these alterations was slightly higher than among their non-disabled peers (39.6% versus 36.1%), although this difference did not achieve statistical

Table 3
Cases in clinical range in CBCL and referrals to mental health services.

	Total sample	Children with intellectual disability		Peers without disability	
	(n = 264) n (%) Clinical range	(n = 48) Clinical range n (%)	Referred to treatment n (%)	(n = 216) Clinical range n (%)	Referred to treatment n (%)
Anxious/depressed	14 (5.3)	4 (8.3)	3 (75.0)	10 (4.6)	7 (70.0)
Withdrawn/depressed	30 (11.4)	8 (16.7)	2 (25.0)	22 (10.2)	6 (27.2)
Somatic complaints	18 (6.8)	4 (8.3)	2 (50.0)	14 (6.5)	7 (50.0)
Social problems	26 (9.8)	12 (25)***	7 (58.3)	14 (6.5)***	6 (42.8)
Thought problems	15 (5.7)	9 (18.8)***	7 (77.7)	6 (2.8)***	5 (83.3)
Attention problems	34 (12.9)	10 (20.8)	8 (80.0)	24 (11.1)	11 (45.8)
Rule breaking behavior	54 (20.5)	10 (20.8)	7 (70.0)	44 (20.4)	15 (34.0)
Aggressive behavior	49 (18.6)	11 (22.9)	9 (81.8)*	38 (17.6)	12 (31.5)*
Internalizing	41 (15.5)	9 (18.8)	6 (66.6)	32 (14.8)	13 (40.6)
Externalizing	97 (36.7)	19 (39.6)	14 (73.6)**	78 (36.1)	21 (26.9)**
Total behavior problems	76 (28.8)	21 (43.8)*	15 (71.4)*	55 (25.5)*	18 (32.7)*
Any broadband	116 (43.9)	24 (50.0)	16 (66.6)*	92(42.6)	18 (32.7)*

*: $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$ on *chi square*.

significance. A similar pattern occurred with internalizing alterations, since the frequency of clinical cases in this scale was much lower in both groups (15.5% for the total of the sample) and higher (without reaching significance) in the case of the children with intellectual disability (18.8% versus 14.8% of the non-disabled peers). The scale of total problems was the only one that reached a significant difference with a frequency of 43.8% of clinical range in the group with disability versus 25.5% in the rest of their peers.

Out of the total cases with clinical ranges in the different scales, the number of cases that had been referred for mental health treatment was calculated in each of the groups compared. With respect to the specific scales, attention is powerfully drawn to the enormous difference found in the scale of aggressive behavior since only 31.5% of the peers with a clinical range were receiving treatment whereas this percentage amounted to 81.8% for the group with disability. The rest of the scales did not attain significant differences despite the noting of a clear tendency to greater percentages of referral for the children with disability in the scales of attention problems (45.8% versus 80%) and rule breaking behavior (34% versus 70%).

However, the tendency to a greater referral for treatment among the children with disability is very clearly appreciated in the broadband scales. Significant differences were found in both the externalizing scale (26.9% versus 73.6%) and the total behavior problems (32.7% versus 71.4%) as well as in those with a clinical range in any of the broadband scales (32.7% versus 66.7%).

4. Discussion

In view of the lack of prior research in Spain (and very scant in the international literature) describing the situation of children in residential child care with intellectual disability, this research has attempted to conduct an initial descriptive approach into their characteristics and specific needs.

A relevant first approximation is having been able to give a figure of 18% for the children between 6 and 18 years in residential child care in the sample of the Spanish autonomous community studied with a diagnosis of intellectual disability. This percentage is remarkably higher than that found by other authors (Hill, 2012; Lighfoot et al., 2011) who place it at 10%, although this is for children in out-of-home placement and it is possible that the figure specifically for those in residential care may be greater. The finding of almost one in five children in residential care having an intellectual disability is in itself a result that calls for greater visibility of this group and greater attention to their special needs. To this it must be added that, according to Spanish research, coinciding with other international studies, almost half the children in residential care have mental disorders (Sainero et al., 2013) and that one of the most important problems in this type of resource is the high degree of conflict in day-to-day co-existence (Bravo & Del Valle, 2009).

These specific needs become very evident when observing the data about school attendance, since 82% study with curricular adaptations and 39% attend special educational centers for children with intellectual disability.

The family histories of these children present a notably greater frequency of mental health problems than their peers in residential care without disability. Although the latter have a history in almost half the cases (43%), for children with disability this figure increases to 74% and becomes particularly visible in fathers, among whom alcoholism is also present in a greater proportion. Among mothers, the most important difference has to do with the presence of intellectual disability (affecting a third of the mothers of children with disability). This finding allows us to assume that we may be facing disability problems of a potentially hereditary origin. These are families with a larger number of siblings than the non-disabled group and although half the parents had split up, the percentage of disrupted families is very similar to the comparison group.

In the context of these families, these children suffered experiences of abuse that led to their out-of-home placement. The majority were cases

of physical and emotional neglect, but these findings are no different from the group of their peers. On the other hand, differences were found in terms of physical abuse, with more than double the frequency and the experience of multiple forms of abuse, coinciding with other research that had already pointed to the greater probability of these children for receiving physical abuse (Sullivan & Knutson, 2000; Verdugo et al., 1995).

In the intervention process by the child protection system, no differences were found in terms of the accumulated time to date, but there were differences in the number of changes of placement, thus adding a very destabilizing variable for their development (Del Valle, Bravo, Álvarez, & Fernanz, 2008), coinciding with the results of other research into this group (Hill, 2012; Lighfoot et al., 2011). One of the reasons for these changes may have to do with the difficulties they present for adequate attention, due to the large amount of resources required and above all to the emotional and behavioral complications they present, as we have been able to observe in the results on their mental health. This leads the homes in which they are located to be frequently overwhelmed and to request the transfer of these children, in particular when they reach adolescence. It would be important to ensure that these cases are placed in residential facilities with sufficient resources in order to be able to give adequate responses and avoid unnecessary transfers.

Another added complication we have detected is the greater frequency of other major physical illnesses (27.1% versus 7.4% in their peers) aggravating their situation, some chronic and with a strong impact on their development such as epilepsy, microcephaly, encephalopathy, etc. The need for permanent medical attention was very high and quite different from that of their peer group.

With respect to mental disorders in addition to disability, major differences were found since almost half these children (45.8%) were receiving treatment from mental health services, i.e. more than twice their peers (21.3%). Our data coincide with other research in terms of the high frequency of emotional and behavioral disorders for children in residential care as a group (Burns et al., 2004; Clausen et al., 1998; Farmer et al., 2001; Landsverk et al., 2006; Pecora et al., 2009) but they also allow us to appreciate that the situation of children with intellectual disability is even more serious. This is a group of children who, in addition to cognitive limitations, presents with high frequency emotional and behavioral problems, as well as major complications in their physical health, thus presenting a complex pattern of needs requiring extremely intensive and specific attention.

Psychotropic medication was used in 50% of the children without disability under mental health treatment but, in the case of the group with disability, this figure rose tremendously to reach 86.4%. This difference might be due to the special difficulties for the control of these children's behavior in the context of daily life in the children's homes or else a particular serious set of symptoms, such as that presented in the scale of thought problems.

The key residential worker was asked to provide information about the diagnoses of the children attending mental health services, but in many cases this diagnosis did not exist or was very generic and superficial. In Spain, the mental health services adopt a very reserved attitude when diagnosing children and young people. Only 55.9% of the cases under treatment in the total sample had a diagnosis, without significant differences between our comparison groups. The vast majority of the problems could be classified in the category of externalizing disorders (76.3% of the total of the diagnoses found), without differences between groups and only 15.8% were related to internalizing problems. Thus, the most important reasons for referring them for treatment are clearly related to externalizing problems, which might beg the question of whether or not there is a bias on the part of residential workers for more easily referring those presenting more striking disorders or those causing the greatest disturbance in co-existence, as posited by some papers (Burns et al., 2004; Sainero et al., 2013).

In order to have a more objective vision of the types of disorders present, a screening technique (CBCL) was applied. The results showed a clear trend to presenting greater problems (existence of scores with clinical range) for the group with disability on all the scales, although only social problems and thought problems achieved statistical significance. The social problems scale clearly reflects the difficulties in social interaction observed by the residential workers in the day-to-day life of the children's homes and refers to aspects that have a clear relation with their development limitations, such as the excessive quest for the protection of adults, immature behavior for their age or preferring younger children as playmates. However, this scale also comprises several items relating to rejection by their peers and teasing, highlighting the difficulties these children have in these co-existence groups. On the other hand, thought problems refer to strange ideas or behavior, obsessive thoughts, repetitive actions, etc., that may even be associated with psychotic symptoms, so special attention must be paid to them.

From a more global analysis, the screening test did not show significant differences in the broadband externalizing or internalizing scales. A significant difference was only found in the total for behavior problems, influenced by the effect of the social problems and thought scales that do not belong to either of the internalizing or externalizing groups.

An analysis was also made of the relations between the achievement of a clinical range on the CBCL and having been referred for mental health treatment. The results show significant differences in the greater probability of being referred for treatment among the cases with intellectual disability. In particular on the scale of aggressive behavior problems, in which only 31.5% of their peers with a clinical range on the scale have been referred for treatment, this figure rises to 81.8% for children with disability. The residential workers do not observe more cases of aggressive behavior in one group than in the other (there is no difference in the percentage of clinical ranges on this scale) but they decide to request therapeutic services almost three times more frequently. This finding, together with the much greater use of psychotropic medication, seems to point to aggressive behaviors that are more disturbing, more serious or more difficult to control.

5. Conclusions

In general, our data reveal a situation in which extraordinarily vulnerable children are co-existing with other children and young people who also present a problem index that is far higher than the general population, and in particular related with the group of behavior disorders (Burns et al., 2004; Sainero et al., 2013). This situation of co-existence in contexts of common conflict may be aggravating the development problems of the children with disability, therefore it would be highly recommendable for them to be placed in family foster care so as to receive more individualized attention in a more controllable and more protective setting. The possibility should not be ruled out that long-term stays in this kind of residential setting may be triggering the onset or continuance of some of these problems, although this matter would be the subject of additional research and our data do not enable this point to be confirmed.

In short, children with intellectual disability present major differences with respect to their peers in residential care, not only in terms of the severity of the family history of alcohol problems, mental health and mothers with disability, as well as having suffered a higher probability of physical abuse, but also in presenting additional complications in their physical and mental health. These latter complications mainly refer to thought problems, which may be indicating strange ideas and behaviors that might entail particular severity, and social problems that have to do not only with their own immaturity but also with rejection by their peers in the children's homes. This rejection, which arises in day-to-day co-existence with a large number of peers, who in turn are presenting major emotional and behavioral problems, and over long periods of time, may be turning into a serious problem for their development and might easily lead to situations of bullying.

All of this would more than justify that this group should cease to remain in the invisibility of statistics and scientific research, especially so that their specific needs can be better understood and programs and interventions more suited to them designed.

On the other hand, as a consequence for intervention, we should point out that child protection must reflect on the importance of having adequate residential resources able to provide a more therapeutic and more intensive treatment, including learning support programs to improve cognitive and social skills, as well as school achievement. This specialization could avoid common changes in placement. Without attaining the frequency of changes existing in other countries like the United Kingdom or the United States (Del Valle et al., 2008), the scarcity of this type of specialized residential care in Spain has meant that these children receive attention at centers that are far from prepared for their complexity and gradually see their capacity exhausted until the children are eventually transferred to a different unit, in a chain that is most probably getting worse and worse.

In order to make the best decision for those cases it is necessary to assess children's needs and vulnerability factors accurately, as well as to minimize changes of placement and try to support the process of adaptation to a new children's home. Specific training for residential workers becomes essential in order to facilitate needs assessment and individual intervention with those children. A deeper understanding of the characteristics and specific difficulties of children with intellectual disabilities, as well as the most frequently associated emotional and behavioral problems, could facilitate the design of programs in children's homes intended to prevent the occurrence of behavioral problems.

The special characteristics displayed by children with disabilities in the care system have given rise to an interesting debate about the suitability of specialized care interventions. As happens with children and young people with mental health problems, for whom the Spanish child care system has developed specific residential resources with a strong therapeutic orientation (Bravo & Del Valle, 2009), the design of specialized resources for children with intellectual disability may be an option to weigh up. It has been argued that this alternative, already in use in our country for children with severe mental retardation, could hinder inclusion and normalization of those who have a moderate or minor cognitive delay, leading to an increase of the stigma associated with the diagnosis (Odom, Buysse, & Soukakou, 2011). The scarce research about the outcomes of children with disabilities living in these types of resources does not allow us to determine if they are an appropriate option (Chmelka et al., 2011). From our point of view, children with intellectual disability could and should benefit from inclusion and coexistence in ordinary children's homes, as has been actively defended in the school setting. Many of the difficulties displayed by these children (like attention deficit disorder or social problems) can be better addressed with specific and tailored programs. More effort should also be invested in the specialization of child care staff (Trout et al., 2009) and the coordination between the contexts involved with this population, something which has been remarked on by different international strategies and plans (World Health Organization, 2012).

Finally, it should be pointed out that this study has some limitations that need to be borne in mind. It is a very exploratory and descriptive study conducted in a single autonomous community of Spain that may not represent the generality of cases in the country. Extremadura is a particularly rural region, with just three cities of over 50,000 inhabitants (only one of which has a population of more than 150,000), and is Spain's poorest region in terms of per capita income. These characteristics may have a marked influence on the type of child protection cases found in its residential care context, more likely to result from neglect associated with poverty than from more active maltreatment and abuse.

The number of children meeting the criterion for diagnosis of intellectual disability was relatively small. It should be noted that in our

country a diagnosis of this type must normally pass through a regional assessment tribunal to determine the existence and degree of intellectual disability. In the case of the children and adolescents, this diagnosis may on occasion be masked by other terms (delay in development, delayed maturing, etc.) in an attempt to avoid the stigmatization and labeling of the child. For this reason, we feel that the potential sample of children with disability in residential homes might be even higher than that recognized here.

Even so, we consider it very important to have been able to take as a sample for this study all the cases from a single Autonomous Community. In Spain, as in other countries, residential care programs vary considerably from place to place: large, small, privately run, public, religious, for young children, for adolescents in transition to adult life, for children with behavior problems, and so on. By having taken all the cases from a region that met the criteria of age and length of stay, all these types were represented, and this is very difficult to achieve with selective samples, where the representation of all different types becomes more complex. We believe this to be a possible explanation for the wide diversity of data presented by some international studies on child residential care. Not only can structures and programs vary considerably from one country to another (even though they may have the same name), but there are also substantial differences within each country.

Acknowledgments

This research was supported by the Mental Health Service of the Autonomous Government of Extremadura and the Spanish Ministry of Health (grant number: FUIO-EM-355-09).

The author Ana Sainero holds a pre-doctoral scholarship from the Severo Ochoa Program of the Foundation for the Development in Asturias of Applied Scientific Research and Technology (FICYT).

References

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 ed. text rev)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Borthwick-Duffy, S. A. (1994). Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(1), 17–27.
- Bravo, A., & Del Valle, J. F. (2009). Crisis and review of residential child care. Its role in child protection. *Papeles del Psicólogo, 30*(1), 42–52.
- Burns, B. J., Phillips, S., Wagner, H. R., Barth, R., Kolko, D., Campbell, Y., et al. (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), 960–970.
- Casey, K. J., Hagaman, J. L., Trout, A. L., Reid, R., Chmelka, M. B., Thompson, R. W., et al. (2008). Children with ADHD in residential care. *Journal of Child and Family Studies, 17*(6), 909–927.
- Chmelka, M. B., Trout, A. L., Mason, W. A., & Wright, T. (2011). Children with and without disabilities in residential care: Risk at program entry, departure and six-month follow-up. *Emotional and Behavioral Difficulties, 16*(4), 383–399.
- Clausen, J. M., Landsverk, J., Ganger, W., Chadwick, D., & Litrownik, A. (1998). Mental health problems of children in foster care. *Journal of Child and Family Studies, 7*(3), 283–296.
- Colton, M., & Hellinckx, W. (1993). *Child care in the EC*. Aldershot: Arena.
- Crosse, S., Kayne, E., & Ratnofsky, A. (1992). *A report on the maltreatment of children with disabilities*. Washington, DC: Westat Inc. National Centre on Child Abuse and Neglect.
- Del Valle, J. F., Bravo, A., Álvarez, E., & Fernanz, A. (2008). Adult self sufficiency and social adjustment in care leavers from children's homes: A long term assessment. *Child and Family Social Work, 13*(1), 12–22.
- Del Valle, J. F., Sainero, A., & Bravo, A. (2011). *Salud mental de menores en acogimiento residencial*. Badajoz, Spain: Junta de Extremadura.
- Dickens, E. M. (2000). Psychopathology in children with intellectual disability. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*(4), 407–417.
- Einfeld, S. L., & Aman, M. (1995). Issues in the taxonomy of psychopathology in mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 25*(2), 143–167.
- Einfeld, S. L., & Tonge, B. J. (1995). The Developmental Behavior Checklist: The development and validation of an instrument to assess behavioral and emotional disturbance in children and adolescents with mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 25*(2), 81–104.
- Einfeld, S. L., & Tonge, B. J. (2002). *Manual for the Developmental Behaviour Checklist: Primary carer version (DBC-P) & teacher version (DBC-T)* (2nd ed.). Clayton, Melbourne: Monash University Centre for Developmental Psychiatry and Psychology.
- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*(1), 51–58.
- EUROARC (1998). *Care to listen? A report of residential child care in four European countries*. Glasgow: The Center for Residential Child Care.
- Farmer, E. M. Z., Burns, B. J., Chapman, M. V., Phillips, S., Angold, A., & Costello, E. (2001). Use of mental health services by youth in contact with social services. *Social Services Review, 75*(4), 605–624.
- Hill, K. (2012). Permanency and placement planning for older youth with disabilities in out-of-home placement. *Children and Youth Services Review, 34*(8), 1418–1424.
- Landsverk, J., Burns, B. J., Stambaugh, L., & Rolfs-Reutz, J. (2006). *Mental health care for children and adolescents in foster care: Review of research literature*. Seattle, WA: Casey Family Programs.
- Lighfoot, E., Hill, K., & Laliberte, T. (2011). Prevalence of children with disabilities in the child welfare system. *Children and Youth Services Review, 33*(11), 2069–2075.
- Lovell, R. W., & Reiss, A. L. (1993). Dual diagnoses: Psychiatric disorders in developmental disabilities. *Pediatric Clinics of North America, 40*(3), 579–592.
- Maulik, P. K., & Harbour, C. K. (2010). Epidemiology of intellectual disability. In J. H. Stone, & M. Blouin (Eds.), *International encyclopedia of rehabilitation*. Buffalo: Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange.
- Observatorio de la Infancia (2011). *Estadística básica de medidas de protección a la infancia, Vol. 13*, Madrid, Spain: Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad.
- Odom, S. L., Buysse, V., & Soukakou, E. (2011). Inclusion for young children with disabilities: A quarter century of research perspectives. *Journal of Early Intervention, 33*(4), 344–356.
- Pecora, P. J., Jensen, P. S., Romanelli, L. H., Jackson, L., & Ortiz, A. (2009). Mental health services for children placed in foster care: An overview of current challenges. *Child Welfare, 88*(1), 1–25.
- Romanelli, L. H., Landsverk, J., Levitt, J. M., Leslie, L. K., Hurley, M. M., Bellonci, C., et al. (2009). Best practices for mental health in child welfare: Screening, assessment, and treatment guidelines. *Child Welfare, 88*(1), 163–188.
- Rosenberg, S., & Robinson, C. (2004). Out-of-home placement for young children with developmental and medical conditions. *Children and Youth Services Review, 26*(8), 711–723.
- Sainero, A., Bravo, A., & Del Valle, J. F. (2013). 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, http://dx.doi.org/10.1177/1063426612470517*.
- Shannon, P., & Agorastau, M. (2006). Identifying children with developmental disabilities receiving child protection services: A national survey of child welfare administrators. *Families in Society, 87*(3), 351–357.
- Shannon, P., & Tappan, C. (2011). Identification and assessment of children with developmental disabilities in child welfare. *Social Work, 56*(4), 297–305.
- Slyater, E., & Springer, C. (2011). Child welfare-involved youth with intellectual disabilities: Pathways into and placements in foster care. *Intellectual and Developmental Disabilities, 49*(1), 1–13.
- Sullivan, P., & Knutson, J. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect, 24*(100), 1257–1273.
- Tarren-Sweeney, M. (2008). Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Children and Youth Services Review, 30*(1), 1–25.
- Tarren-Sweeney, M. (2010). Concordance of mental health impairment and service utilization among children in care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 15*(4), 481–495.
- Trout, A., Casey, K., Chmelka, M. B., DeSalvo, C., Reid, R., & Epstein, M. H. (2009). Overlooked: Children with disabilities in residential care. *Child Welfare, 88*(2), 111–136.
- Trout, A., Hagaman, J., Casey, K., Reid, R., & Epstein, M. H. (2008). The academic status of children in out-of-home care: A review of the literature. *Children and Youth Services Review, 30*(9), 979–994.
- Verdugo, M., Bermejo, B., & Fuertes, J. (1995). The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents. *Child Abuse & Neglect, 19*(2), 205–215.
- World Health Organization (2012). *Better health, better lives: Research priorities*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Zetlin, A. (2006). The experiences of foster children and youth in special education. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 31*(3), 161–165.

© Copyright: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia (España)

Revista científica de Psicología
Periodicidad cuatrimestral (un volumen anual con tres números en enero, mayo y octubre). Sistema estandarizado de revisión científica externa de originales

anales de psicología se encuentra en los siguientes **repertorios de factor de impacto:**

- JCR (*Journal Citation Reports*):
Factor de impacto 2012 (jun 2013): **0.552**
Ranking: 92 de 126, Q3 (en *Psychology-Multidisciplinary*)
- SJR (*Scimago Journal Rank*, de Elsevier).
Factor de impacto 2011: 0.638
Ranking: 235 de 365, Q3 (en *Psychology-Miscellaneous*)
- *Google Scholar Metrics* 2012: nº 34 de todas las revistas científicas en español, según citas.
- In-Recs (Granada, España):
(<http://ec3.ugr.es/in-recs/ii/Psicologia-2010.htm>)
Factor de impacto 2010 (publ. 2011): 1.068
Ranking: nº 2 en Psicología, primer cuartil

Principales repertorios de índices/sumarios y bases de datos en que se encuentra indexada:

- SSCI (*Social Sciences Citation Index*), SCIEXP (*Science Citation Index Expanded*), Web of Knowledge, Web of Science (todas de ISI Thomson Reuters)
- SCOPUS (de Elsevier)
- PsycInfo database, Psychological Abstracts y PsycLit (de A.P.A., American Psychological Ass., Washington, U.S.A.)
- Índice Español de Ciencias Sociales A: Psicología y Educación (CINDOC, CSIC, Madrid), Scielo
- PSICODOC (Col. Ofic. Psicólogos, España).
- Anuario de Psicología Clínica producida en lengua española (Madrid).
- Ulrich's International Periodicals Directory
- PIO (Periodical Index Online)
- En la web (open Access): Open Science Directroy (EBSCO), DOAJ, SCIRUS, Psycline, PsychSpider, Google Scholar, Dialnet, e-revistas, Recolecta, RedAlyc

Principales índices de calidad editorial y sistemas de evaluación de revistas:

- *ERIH* (European Reference Index for the Humanities, de la European Science Foundation)
- Evaluación FECYT-RECYT (Madrid): Sello de excelencia, edición 2011
- Criterios Latindex
- Criterios CNEAI
- DICE (Difusión y Calidad Editorial de las Revistas Españolas de Humanidades y Ciencias Sociales y Jurídicas; CSIC, CINDOC, ANECA)
- RESH (Revistas Españolas de Ciencias Sociales y Humanas: Valoración integrada; IEDCYT-CSIC)
- MIAR (Matriu d'informació per a l'avaluació de Revistes. Base de datos con la que se obtiene el ICDS)

DIRECCIONES:

Envío y recepción de originales:

Director de "Anales de Psicología"
Facultad de Psicología,
Universidad de Murcia
Campus de Espinardo
Aptdo. 4021, 30080 Murcia (España)
Tlf.: 868883483
Correo electrónico: analesps@um.es

Solicitud de canje con otras revistas:

Servicio de Intercambio Científico,
Universidad de Murcia
Biblioteca General (Campus de Espinardo)
Aptdo. 4021, 30080 Murcia (España).
Correo electrónico: mdem@um.es

Internet, dirección World Wide Web:

<http://revistas.um.es/analesps/>

DATOS DEL ARTÍCULO:

Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial.

Ana Sainero, Jorge F. del Valle, Amaia Bravo

Código: 182051

Artículo recibido: 6/9/2013

Asunto: ACEPTACIÓN DEL ARTÍCULO

Agustín Romero Medina

Director de **anales de psicología**

Facultad de Psicología, Universidad de Murcia

Aptdo. 4021, 30080 Murcia

Tlf.: 868 883483, Fax: 868 884115

E mail: analesps@um.es

Murcia, a 14 de Febrero de 2014

Estimado compañero:

Por la presente, te comunico que, con fecha de hoy, el artículo enviado a **anales de psicología** cuyos datos son los mencionados más arriba, **ha sido aceptado** para su publicación en esta revista. La separata del artículo la obtendrás en formato pdf en la página web de la revista (<http://revistas.um.es/analesps/>) en cuanto sea publicado en el número correspondiente.

Gracias por tu colaboración y espero que sigas contando con esta revista para publicar tus trabajos.

Recibe un cordial saludo,



Fdo.: Agustín Romero Medina

Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial

Ana Sainero

Jorge Fernández del Valle

Amaia Bravo Arteaga

Resumen

La investigación sobre la salud mental de niños y adolescentes en acogimiento residencial muestra una alta incidencia de trastornos, particularmente de tipo externalizante, y por consiguiente es muy importante utilizar instrumentos de detección que permitan intervenciones tempranas. El objetivo de este estudio fue describir las características y analizar el grado de concordancia en la información que ofrecen los jóvenes y sus educadores empleando la técnica de screenig del CBCL (para los educadores) y el YSR (para los adolescentes) sobre una muestra de 138 adolescentes entre 11 y 18 años en hogares de protección. Se analizaron también las diferencias entre el grupo de jóvenes derivados a tratamiento de salud mental y aquellos que no lo recibían. Los resultados mostraron niveles de acuerdo bajos y moderados entre jóvenes y educadores, con mayor concordancia para problemas externalizantes que internalizantes, de forma similar a lo hallado con muestras de padres e hijos. Las diferencias de puntuaciones se discuten en relación a la investigación revisada y se concluye que los adultos distinguen al grupo clínico del que no lo es, mientras los jóvenes no presentan diferencias significativas. Estos hallazgos indicarían la necesidad de dar más relevancia al autoinforme, a la perspectiva de los adolescentes.

Palabras clave: Salud mental, acogimiento residencial, CBCL, YSR

Detection of mental health problems in an especially vulnerable group: children and young people in residential child care

Abstract

Research on mental health problems of children and young people in residential child care shows a high incidence. One of the strategies to improve the interventions is the use of tools of detection, so that biases in the referral to treatment could be avoided.

The objective of this study was to analyze the level of concordance between the information given by the young people and their social educators, using the CBCL (in case of educators) and YSR (for adolescents) in a sample of 138 young people aged from 11 to 18 who were in residential care. Also differences between the group of young people referred to mental health treatment and those without it were analyzed.

Results show low and moderate levels of concordance between the information given by the young people and their educators, with higher levels of agreement in externalized problems, in a similar way as the results found in research with samples of parents and children. Score differences are discussed according to the literature review, concluding that adults distinguish the clinical and non-clinical group clearly, but young people do not display significant differences. These findings indicate the need for giving more relevance to self-reports, to the adolescent own perspective.

Key words: mental health, residential child care, CBCL, YSR

Introducción

La salud mental infanto-juvenil es uno de los temas prioritarios en las estrategias de salud y uno de los temas pendientes de mejora y desarrollo en España (Castro-Fornieles, 2013). Dentro de esta población infanto-juvenil existe un grupo especialmente vulnerable que no siempre ha recibido la suficiente atención (Muela, Balluerka y Torres, 2013). Se trata de aquellos menores de edad que se encuentran en situación de riesgo o

desamparo (tal como lo define nuestro Código Civil) por haber sufrido malos tratos o abandono en su contexto familiar. En España tenemos más 30.000 niños y adolescentes que han sido separados de sus familias y acogidos en familias o establecimientos residenciales (Observatorio de la Infancia, 2012) para su protección y seguridad (véase una revisión de las características de estas intervenciones en España en Bravo y Del Valle (2009) y Del Valle, López, Montserrat, y Bravo (2009)).

La incidencia de problemas de salud mental en esta población es muy elevada como cabe imaginar, y así se ha constatado ampliamente en la literatura científica (Burns et al., 2004; Clausen, Landsverk, Ganger, Chadwick, y Litrownik, 1998; Farmer et al., 2001; Garland, Landsverk, y Lau, 2003; Heflinger, Simpkins, y Combs-Orme, 2000; Landsverk, Burns, Stambaugh, y Rolls-Reutz, 2006; Pecora, Jensen, Romanelli, Jackson, y Ortiz, 2009; Tarren-Sweeney y Hazell, 2006). En el caso de Europa, un reciente estudio francés indica que el 48% de los niños en acogimiento residencial presentan algún tipo de trastorno (Bronard et al., 2011). En Gran Bretaña se han presentado datos en este mismo sentido, afirmando que existe una proporción de casos con trastornos cuatro veces mayor que en la población general (Ford, Vostanis, Meltzer, y Goodman, 2007; Nicholas, Roberts, y Wurr, 2003; Sempik, Ward, y Darker, 2008). A similares conclusiones se ha llegado por estudios llevados a cabo en otros países europeos (European Association for Research into Residential Child Care, 1998; Holtan, Ronning, Handegard, y Sourander, 2005; Hukkanen, Sourander, Santalahti, y Bergroth, 2005). Finalmente, en el único estudio realizado en España, se muestra que el 27% de niños y jóvenes entre 6 y 18 años acogidos en residencias está recibiendo tratamiento debido a problemas de salud mental (Sainero, Bravo, y del Valle, 2013).

La relevancia de estos datos ha llevado en Estados Unidos a la realización de un trabajo conjunto entre la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) y la Child Welfare League of America (CWLA) para realizar propuestas sobre la atención de la salud mental de este grupo (Pecora, et al., 2009). Se trata de un trabajo conjunto entre los ámbitos del sistema de salud mental infanto-juvenil y de los servicios sociales de protección a la infancia, que es muy poco frecuente en el resto de países. Entre sus conclusiones han destacado la necesidad de una detección temprana de los problemas y un acceso fácil y fluido a servicios terapéuticos, para lo que se recomiendan instrumentos objetivos de screening que eviten que las derivaciones a tratamientos se realicen bajo criterios poco controlados (Burns, et al., 2004).

Los niños y adolescentes que se encuentran en acogimiento residencial viven en hogares de protección en los que profesionales de la educación social les prestan su apoyo y se encargan de su educación integral. La detección de problemas de salud mental y la decisión de derivar hacia tratamientos depende en gran parte de estos profesionales. Sin embargo, en España tampoco se están utilizando instrumentos o medidas objetivas para ello (Sainero et al., 2013) a pesar de que los trastornos emocionales y de conducta de los

adolescentes en acogimiento residencial está suponiendo uno de los problemas más graves de este tipo de servicios (Bravo y del Valle, 2009; Defensor del Pueblo, 2009).

En este artículo se presenta una investigación sobre las alteraciones emocionales y conductuales de adolescentes en acogimiento residencial desde la perspectiva de la detección mediante instrumentos de screening, en concreto el modelo dimensional y multi-informante propuesto por Achenbach y Edelbrock (1983). Desde hace más de dos décadas esta propuesta se ha convertido en una de las herramientas más importantes en la detección y evaluación de los problemas emocionales y conductuales infanto-juveniles. Mediante la aplicación de instrumentos de evaluación y diagnóstico (Child Behavior Check List, Teacher Report Form y Youth Self Report) que recogen la perspectiva de los principales observadores de la conducta infantil y adolescente (padres, profesores y los propios jóvenes mayores de 11 años), se evalúa la posible existencia, tipología y gravedad de las alteraciones clínicas. Se considera que la evaluación clínica infantil debe contar con múltiples perspectivas sobre la conducta del niño y preferiblemente que informen acerca de diferentes contextos (Achenbach, 2006).

Este planteamiento de utilización de varios informantes para la evaluación de trastornos de conducta en el niño ha llevado a extensas investigaciones sobre el grado de concordancia entre ellos. En un estudio de revisión ya clásico Achenbach, McConaughy, Stephanie, y Howell (1987) hallaron correlaciones elevadas para informantes similares (por ejemplo ambos padres con una correlación media de .60) y moderadas entre diferentes informantes como padres y profesores (oscilan entre .20 y .30), siendo la existente entre padres y adolescentes de .24. Estos resultados han sido replicados confirmándose correlaciones moderadas o bajas entre las diferentes fuentes de información (Barkmann y Schult-Markwort, 2005; de los Reyes y Kazdin, 2005; Renk y Phares, 2004; Rey, Schrader, y Morris-Yates, 1992; Seiffge-Krenke y Kollmar, 1998; Stranger y Lewis, 1993; Verhulst y van der Ende, 1992; Yeh y Weisz, 2001). A pesar de estas tendencias moderadas se considera que la información proporcionada por las diferentes partes contribuye eficazmente en la explicación de la conducta del niño (Achenbach, 2006), ya que son informaciones referidas a diferentes contextos y que pueden complementarse.

Un hallazgo muy importante de la comparación entre padres e hijos como informantes es que las diferencias dependen de si se trata de adolescentes de población general o grupos clínicos. En el caso de estudios con muestras de la población general

las puntuaciones de los jóvenes en el autoinforme tienden a ser más elevadas (mayor sintomatología clínica) que las puntuaciones aportadas por sus padres, especialmente en los problemas de tipo internalizante (Achenbach y Rescorla, 2001; Begovac, Rudan, Skocic, y Filipovic, 2004; Rescorla et al., 2013; Stranger y Lewis, 1993; van der Ende y Verhulst, 2005; Verhulst y van der Ende, 1992; Vierhaus y Lohaus, 2008). Esta tendencia, sin embargo, se invierte en estudios con muestras clínicas (casos en tratamiento), en las que las puntuaciones de los padres mediante el CBCL informan de más conductas problemáticas que las aportadas por los adolescentes en el YSR (Ferdinand, van der Ende, y Verhulst, 2004; Kolko y Kazdin, 1993; Kristensen, 2001). Esto podría deberse a que los jóvenes con diagnóstico tienden a infravalorar la gravedad de sus síntomas mientras que sus padres tienden a ser más severos en sus informaciones (Berg-Nielsen, Vika, y Dahl, 2003).

Este artículo se centra en el uso del CBCL (cuestionario para los padres) e YSR (cuestionario para adolescentes) como instrumentos de detección de manifestaciones clínicas en acogimiento residencial en acogimiento residencial. Un problema evidente es que en este escenario los adolescentes no viven con sus padres, sino con sus educadores y por tanto el CBCL debe ser completado por estos profesionales como personas responsables de su educación y que conviven con ellos diariamente. Sin embargo, apenas existen trabajos que hayan investigado la relación entre informantes cuando se trata de educadores en acogimiento residencial y adolescentes (Handwerk, Larzelere, Soper, y Friman, 1999).

El primer objetivo de este estudio es perfilar las características socio-demográficas de los adolescentes acogidos en hogares de protección. En segundo lugar se pretende analizar la concordancia entre informantes cuando se trata de la aplicación del CBCL y el YSR como herramientas de screening en acogimiento residencial (en este contexto el informante adulto no son los padres sino los educadores). Para ello se analizará, en primer lugar, el grado de concordancia entre ambas perspectivas siguiendo una línea de investigación ya clásica en estos instrumentos pero escasamente evaluada en acogimiento residencial. Posteriormente, se analizarán las diferencias halladas en las diferentes escalas clínicas de los instrumentos, en cuanto a su dirección y su magnitud y, particularmente, si se encuentran las mismas tendencias con respecto a los grupos clínicos y no clínicos (diferenciados en base a la existencia o no de derivación a servicios terapéuticos) que las halladas cuando se trata de padres e hijos.

Método

Muestra

El estudio se llevó a cabo sobre los adolescentes con edades comprendidas entre los 11 y los 18 años (N= 138) que vivían en acogimiento residencial en la comunidad autónoma de Extremadura y que llevaran al menos tres meses conviviendo con sus educadores (estas edades y el tiempo de observación son criterios necesarios para la aplicación de estas pruebas de screening).

Instrumentos y procedimiento

Se recogieron variables relativas a las características de los adolescentes y al proceso de intervención protectora que se estaba realizando. Para ello se elaboró una hoja de recogida de información que fue completada por el educador-tutor de cada adolescente, recogiendo variables descriptivas (edad, sexo) y su estado de salud, con especial énfasis en la salud mental. Se solicitaron datos sobre el historial médico (enfermedades físicas, algún tipo de discapacidad reconocida) así como información sobre la existencia de trastornos de salud mental (derivación a tratamiento, medicación, diagnóstico, etc.).

Sobre el tipo de intervención de protección se recogieron variables como el motivo de ingreso, el tiempo de permanencia o el número de cambios que había experimentado el adolescente. Esta información fue aportada por los trabajadores sociales responsables del caso en los servicios sociales de protección, completando una hoja de datos de cada caso.

Para la identificación de los problemas emocionales y conductuales se aplicaron dos instrumentos de screening de validez y fiabilidad ampliamente demostrada en la evaluación infanto-juvenil y de uso muy frecuente en niños en protección infantil: Child Behavior Check List (CBCL) y Youth Self Report (YSR) (Achenbach y Rescorla, 2001). En este caso, el CBCL fue completado por el educador-tutor para cada uno de los jóvenes, tal y como suele suceder en los estudios en acogimiento residencial. Por su parte, los adolescentes mayores de 11 años (edad mínima de aplicación) completaron autónomamente la versión de autoinforme.

Ambos instrumentos se organizan en un listado de conductas problemáticas que se valora según su grado de ocurrencia. Las puntuaciones obtenidas se agrupan en 8 escalas clínicas específicas (ansiedad/depresión, aislamiento/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención conducta disruptiva y conducta agresiva) cuyas

puntuaciones se combinan para formar dos escalas de segundo orden referidas a trastornos internalizantes y externalizantes, así como una escala total.

El procedimiento se llevó a cabo mediante una aplicación colectiva a los adolescentes en cada uno de los hogares de acogida por parte del equipo investigador, mientras los educadores-tutores lo completaban junto con la hoja de datos personales y de salud. El estudio contaba con los permisos pertinentes de los servicios de protección infantil de la comunidad (que ostenta la tutela de los adolescentes) y la aprobación del comité de ética de la Facultad de Psicología de la Universidad.

El análisis de datos consistió en perfilar las características de la muestra con estadísticos descriptivos y comparar los resultados obtenidos en los dos instrumentos de screening (CBCL e YSR). Esta comparación se llevó a cabo mediante dos análisis diferentes: la correlación de Pearson y la prueba *t* de Student. Mediante la correlación de Pearson se pretende valorar el grado de acuerdo entre los informantes y la relación existente entre

sus percepciones. La prueba de diferencias de T permite comparar las puntuaciones informadas por los educadores y adolescentes y conocer la magnitud de las variaciones que se encuentren. Al analizar diferencias separadamente para el grupo clínico y no clínico, el pequeño tamaño de la muestra del primero ($n = 35$) nos ha llevado a utilizar en su caso técnicas no paramétricas tanto para las diferencias (prueba de Wilcoxon) como para la correlación (ρ de Spearman).

Resultados

La distribución de la muestra fue muy similar en cuanto al sexo (51,4% varones) y por rangos de edad (tabla 1). De acuerdo a la clasificación de Sinclair, Baker, Lee and Gibbs (2007) que tiene en cuenta la edad y la causa de ingreso, el 39,9% había ingresado en su infancia (por debajo de los 11 años) y había alcanzado la adolescencia en acogimiento residencial, el 41,3% habían ingresado siendo ya adolescentes con problemas de maltrato y el 18,8% ingresó como adolescente pero sin historia de maltrato.

Tabla 1. Características de la muestra

Características	Total (n =138) % or M(DT)
	100
Sexo	
Mujer	49
Varón	51
Age	
M (SD)	15.3 (1.5)
12-14	48.6
15-18	51.4
Tipo de casos (Sinclair et al., 2007)	
Ingreso de adolescente con maltrato	41.3
Ingreso de adolescente sin maltrato	18.8
Adolescente que ingresó en su infancia	39.9
Tiempo de estancia (meses)	32.6 (30.5)
Número de cambios de medida	2.4 (1.3)
Motivo de ingreso ^a	
Negligencia física	58.7
Negligencia emocional	44.9
Maltrato físico	17.4
Maltrato emocional	21.7
Abuso sexual	5.1
Discapacidad intelectual	16.7
Tratamiento psicológico y/o psiquiátrico (grupo clínico)	25.4
Tratamiento farmacológico	13.0

a: Puede haber más de un motivo

Sobre los motivos que determinaron el ingreso en protección, el más común fue la negligencia física en más de la mitad de los casos (59%) y la emocional en el 45%. La frecuencia de maltrato

físico fue del 17% y de abuso sexual el 5%. El tiempo medio de permanencia en el hogar de acogida fue de aproximadamente 3 años y el número de cambios o transiciones (casi siempre se

trataba de cambios de hogar de protección, aunque en algún caso habían pasado por un familia de acogida que habían experimentado a lo largo de su historia en protección fue de 2,4 (DT= 1,4).

En cuanto a los datos sobre salud mental, uno de cada cuatro casos (25,4%) estaba recibiendo o había recibido recientemente (últimos dos años) tratamiento psicológico y/o psiquiátrico por problemas de salud mental. Este grupo es el que consideraremos en el resto de análisis como grupo clínico, entendiendo por tal el que había sido identificado y derivado a tratamiento por el personal de los hogares de acogida. También se halló una elevada prevalencia (16,7%) de adolescentes con un diagnóstico de discapacidad intelectual, de los cuales un 30,4% formaba parte del grupo clínico derivado a tratamiento. Un 13% de la muestra total estaba recibiendo tratamiento farmacológico (un 64% de los que estaban derivados a servicios terapéuticos).

De los 35 adolescentes con tratamiento, solamente en 17 casos los educadores podían aportar un diagnóstico conocido, de ellos el 65% pertenecían a la categoría de trastornos de tipo externalizante,

frente al 12% que tenían un diagnóstico de tipo internalizante (en el resto de casos, se informaba de un diagnóstico muy genérico no clasificable).

En cuanto a la comparación de resultados entre CBCL e YSR, el análisis de diferencias entre medias resultó estadísticamente significativo en todas las escalas, excepto las de conducta agresiva y conducta disruptiva (tabla 2), siempre en el sentido de una puntuación menor cuando los informantes son los educadores (CBCL). En cuanto al grado de concordancia entre las pruebas, las correlaciones entre escalas oscilaron entre $r=.10$ para problemas de pensamiento y $r=.52$ para la escala de conducta disruptiva. Todas resultaron ser estadísticamente significativas exceptuando la escalas de problemas de pensamiento, ya citada y la de problemas de atención ($r=.16$) aunque se trata de magnitudes bajas o moderadas. Estos resultados indican que a pesar de las diferencias halladas en las respuestas de educadores y jóvenes existe una cierta relación (al menos para los problemas

externalizantes) entre sus puntuaciones, de modo que a mayor puntuación de los educadores, mayor puntuación presentan los propios jóvenes.

Tabla 2. Diferencias entre medias y correlaciones en CBCL e YSR.

	CBCL		YSR		Diferencia entre medias		Correlación	
	M	DT	M	DT	t	p	r	p
Ansiedad/depresión	54.03	6.50	59.36	8.40	-6.67	.000***	.23	.008**
Aislamiento/depresión	57.86	8.87	61.17	9.80	-3.26	.001**	.19	.026*
Quejas somáticas	54.09	6.90	57.98	8.20	-4.69	.000***	.18	.039*
Probl. sociales	57.95	8.61	60.98	9.22	-3.12	.002**	.18	.031*
Probl. de pensamiento	53.36	6.11	57.62	8.16	-5.15	.000***	.10	.262
Probl. de atención	57.79	7.64	60.01	8.76	-2.45	.016*	.16	.056
Conducta disruptiva	61.04	8.72	62.38	9.35	-1.78	.077	.52	.000***
Conducta agresiva	59.38	10.56	60.42	9.46	-0.98	.327	.24	.004**
Escala internalizante	51.38	10.10	59.16	10.30	-6.70	.000***	.18	.033*
Escala externalizante	58.33	11.53	60.99	10.67	-2.51	.013*	.37	.000***
Escala total	55.10	11.62	60.67	9.99	-4.69	.000***	.17	.042*

*: $p \leq .05$; **: $p \leq .01$; ***: $p \leq .001$

Un segundo análisis comparó los resultados obtenidos en los instrumentos diferenciando entre aquellos casos identificados como clínicos, por haber sido derivados a tratamiento terapéutico ($n=35$), y el resto de la muestra ($n=103$), ya que la literatura científica había presentado importantes diferencias según esta variable.

Las diferencias de medias en el grupo de adolescentes que no habían sido derivados a tratamiento muestran puntuaciones más altas en el cuestionario de autoinforme (YSR) frente a la información proporcionada por sus educadores en el CBCL. Estas diferencias entre ambos cuestionarios fueron estadísticamente significativas en todas las escalas y

particularmente elevadas para las escalas internalizantes (tabla 3). En cambio, los resultados en el grupo de los adolescentes identificados como clínicos no presentan diferencias significativas en ninguna de las escalas. Es cierto que se aprecia una ligera tendencia hacia puntuaciones más bajas en el YSR en el caso de las escalas de tipo más externalizante (comportamiento disruptivo, conducta agresiva y externalizante), siguiendo la tendencia hallada en otras investigaciones. Sin embargo, en la escala de pensamiento y en las de tipo internalizante (ansiedad, depresión, quejas somáticas, e internalizante) el YSR presenta una tendencia hacia puntuaciones mayores.

Los resultados de las correlaciones para el grupo de los adolescentes no clínicos son relativamente elevados para los problemas externalizantes ($r=.57$ en conducta disruptiva, $r=.31$ en conducta agresiva y $r=.45$ en la escala externalizante). El resto de escalas muestra niveles de correlación mucho más bajos.

En el caso del grupo de adolescentes derivados a tratamiento (grupo clínico), las correlaciones entre los dos instrumentos de screening fueron en general más bajas, alcanzando el nivel de significación estadística solamente la escala de

conducta disruptiva ($r=.38$). Por tanto, parece haber una mayor concordancia entre los informantes en las escalas externalizantes (más acusada en el grupo no clínico), habiendo una relación lineal entre sus valoraciones especialmente clara al informar sobre la conducta disruptiva.

Tabla 3. Diferencias entre medias y correlaciones en CBCL e YSR para adolescentes del grupo clínico y no clínico

	CBCL		YSR		Diferencia entre medias		Correlación		
	M	DT	M	DT	t/z ¹	p	r/rho ²	p	
CASOS NO CLÍNICOS (n=103)	Ansiedad/depresión	52.51	4.87	58.59	8.43	-7.02	.000***	.22	.029*
	Aislamiento/depresión	57.07	8.47	61.41	10.3	-3.70	.000***	.20	.041*
	Quejas somáticas	52.92	5.68	57.41	7.83	-5.11	.000***	.16	.102
	Probl. sociales	56.19	7.90	60.43	9.33	-3.74	.000***	.12	.236
	Probl. de pensamiento	51.80	4.35	56.98	8.25	-5.66	.000***	.01	.909
	Probl. de atención	56.28	6.72	59.47	8.93	-3.11	.002**	.14	.161
	Conducta disruptiva	59.53	7.97	61.83	9.05	-2.93	.004**	.57	.000***
	Conducta agresiva	57.15	8.75	59.64	9.38	-2.37	.020*	.31	.001**
	Escala internalizante	49.15	10.38	58.52	10.26	-6.95	.000***	.12	.223
	Escala externalizante	55.92	10.90	60.27	10.40	-3.94	.000***	.45	.000***
Escala total	52.41	11.25	59.91	9.61	-5.56	.000***	.14	.143	
CASOS CLÍNICOS (N = 35)	Ansiedad/depresión	58.49	8.46	61.63	8.02	-1.77	.077	.16	.345
	Aislamiento/depresión	60.20	9.70	60.43	8.24	-0.56	.574	.30	.080
	Quejas somáticas	57.51	8.87	59.66	9.11	-0.75	.453	.08	.666
	Probl. sociales	63.11	8.65	62.60	8.82	-0.37	.707	.21	.229
	Probl. de pensamiento	57.94	8.05	59.51	7.66	-0.63	.531	.10	.544
	Probl. de atención	62.23	8.52	61.60	8.15	-0.58	.561	.14	.412
	Conducta disruptiva	65.46	9.41	64.03	10.14	-1.16	.248	.41	.015*
	Conducta agresiva	65.94	12.65	62.71	9.48	-0.84	.403	-.05	.780
	Escala internalizante	57.94	10.25	61.03	10.32	-1.25	.212	.21	.216
	Escala externalizante	65.43	10.48	63.11	11.34	-0.91	.363	.13	.457
Escala total	63.00	8.83	62.89	10.89	-0.45	.964	.10	.582	

¹ Para la muestra no clínica se emplea la prueba "t de Student" y para la clínica la "z de Wilcoxon".

² Para la muestra no clínica se emplea la "r de Pearson" y para la clínica la "rho de Spearman".

*: $p \leq .05$; **: $p \leq .01$; ***: $p \leq .001$

Finalmente, la tabla 4 presenta el análisis de diferencias entre el grupo clínico y no clínico para cada instrumento. Para el CBCL los resultados mostraron que el grupo clínico obtuvo puntuaciones medias superiores en todas las escalas, siendo esta diferencia significativa en todas ellas, excepto en la escala de depresión. En el YSR, aunque se aprecia una tendencia en esta

misma línea (puntuaciones superiores en el grupo clínico frente al grupo no clínico) las diferencias son más pequeñas y en ningún caso resultaron significativas. Así pues los educadores diferencian en sus observaciones claramente al grupo clínico del que no recibe tratamiento, pero los adolescentes no se diferencian del mismo modo en sus respuestas.

Tabla 4. Diferencias de medias en CBCL e YSR para adolescentes de los grupos clínico y no clínico

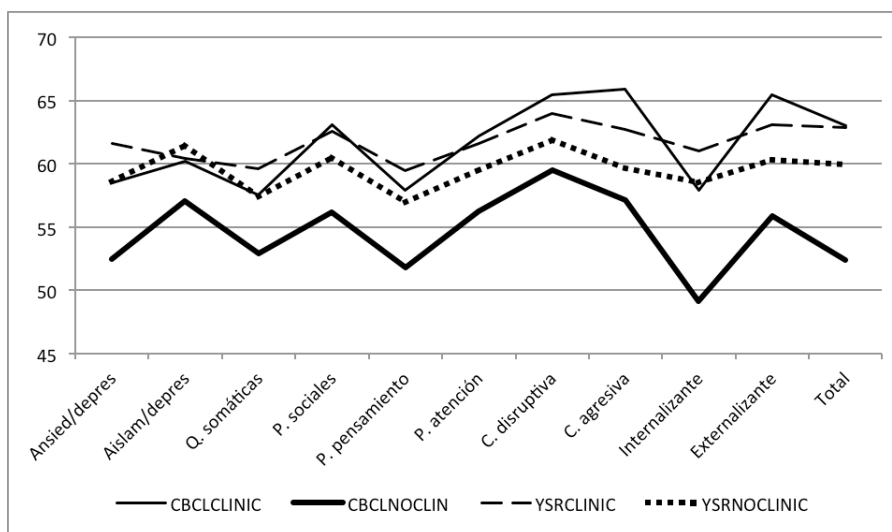
	CLÍNICO		NO CLÍNICO		Diferencia entre medias		
	X	SD	X	SD	t	p	
CBCL	Ansiedad/depresión	58.49	8.46	52.51	4.87	3.96	.000***
	Aislamiento/depresión	60.20	9.70	57.07	8.47	1.82	.071
	Quejas somáticas	57.51	8.87	52.92	5.68	2.87	.006***
	Probl. sociales	63.11	8.65	56.19	7.90	4.37	.000***
	Probl. de pensamiento	57.94	8.05	51.80	4.35	4.30	.000***
	Probl. de atención	62.23	8.52	56.28	6.72	4.22	.000***
	Conducta disruptiva	65.46	9.41	59.53	7.97	3.62	.000***
	Conducta agresiva	65.94	12.65	57.15	8.75	3.81	.000***
	Escala internalizante	57.94	10.25	49.15	10.38	4.34	.000***
	Escala externalizante	65.43	10.48	55.92	10.90	4.50	.000***
Escala total	63.00	8.83	52.41	11.25	5.06	.000***	
YSR	Ansiedad/depresión	61.63	8.02	58.59	8.43	1.87	.064
	Aislamiento/depresión	60.43	8.24	61.41	10.3	-0.51	.608
	Quejas somáticas	59.66	9.11	57.41	7.83	1.41	.161
	Probl. sociales	62.60	8.82	60.43	9.33	1.21	.230
	Probl. de pensamiento	59.51	7.66	56.98	8.25	1.60	.113
	Probl. de atención	61.60	8.15	59.47	8.93	1.25	.214
	Conducta disruptiva	64.03	10.14	61.83	9.05	1.21	.230
	Conducta agresiva	62.71	9.48	59.64	9.38	1.67	.097
	Escala internalizante	61.03	10.32	58.52	10.26	1.25	.215
	Escala externalizante	63.11	11.34	60.27	10.40	1.37	.174
Escala total	62.89	10.89	59.91	9.61	1.53	.129	

*: $p \leq .05$; **: $p \leq .01$; ***: $p \leq .001$

Para facilitar una perspectiva global, se presenta la Figura 1 con las medias de todas las escalas, para los dos instrumentos y para los dos grupos (clínico y no clínico). Se puede apreciar que las puntuaciones más altas pertenecen a los casos clínicos en ambos instrumentos, sin que se hayan encontrado diferencias significativas entre ellos en ninguna escala (Tabla 3), contrastando de forma muy visible con los no clínicos del CBCL, que presentan las

puntuaciones más bajas en todas las dimensiones. En cambio, los autoinformes (YSR) de los adolescentes sin problemas clínicos se asemejan mucho a los resultados de sus compañeros del grupo clínico (de hecho, ninguna escala presenta diferencias significativas como ya se ha visto en la Tabla 4) y se diferencian significativamente del CBCL no clínico en todas las escalas (Tabla 3).

Figura 1. Resultados del CBCL e YSR en ambos grupos clínico y no clínico (puntuaciones T)



Discusión y conclusiones

La muestra de adolescentes en acogimiento residencial que hemos estudiado presenta una elevada frecuencia (una cuarta parte) de casos derivados a servicios terapéuticos de salud mental. Nuestros datos, aún siendo inferiores a los hallados en otros estudios internacionales de prevalencia de problemas de salud mental en niños y jóvenes de protección (Heflinger, et al., 2000; Keil y Price, 2006; Shin, 2005), indican la necesidad de prestar mucha atención a la detección, evaluación y tratamiento de problemas de salud mental en esta población específica. También es destacable la elevada presencia de casos con discapacidad intelectual (16,7%), estando casi un tercio de ellos en tratamiento por trastornos emocionales o conductuales, siendo un grupo que reclama mayor investigación sobre sus características y su evolución en acogimiento residencial (Sainero, del Valle, López, y Bravo, 2013; Tarren-Sweeney y Hazell, 2006).

El grado de concordancia entre la información proporcionada por los educadores en el CBCL y los propios adolescentes en el YSR mostró niveles y patrones de correlación en la línea de lo constatado en investigaciones previas con díadas padres-hijos. Los estudios señalan correlaciones moderadas, con una media de $r=.24$ entre padres e hijos en la mayor revisión efectuada hasta el momento (Achenbach, et al., 1987) y en nuestro caso el promedio de correlaciones de las escalas es de $r=.22$, que es muy similar. No obstante, las diferencias entre escalas son muy notables (oscilando entre $.10$ y $.52$) con valores muy superiores en las de tipo externalizante frente a las internalizantes. Parece que los educadores tienen mayores dificultades para apreciar los problemas internalizantes que los adolescentes a su cuidado manifiestan en el autoinforme y, en cambio, obtienen una razonable concordancia con los problemas externalizantes. Esta diferencia se suele encontrar también en los padres, ya que los trastornos externalizantes son más fácilmente objetivables y medibles desde la perspectiva del adulto que los internalizantes, como han señalado diversos estudios (Achenbach, et al., 1987; Cantwell, Lewinsohn, Rohde, y Seeley, 1997; Edelbrock, Costello, Dulcan, Conover, y Kala, 1986) que inciden en la importancia que tiene la saliencia de la conducta en la detección de comportamientos clínicos (Karver, 2006).

Aunque el grado de concordancia así medido tiene un indudable interés, la literatura científica ha señalado que las diferencias entre informantes dependen claramente de que se trate de adolescentes derivados a servicios clínicos o no. Nuestros resultados permiten confirmar los hallazgos de investigaciones internacionales acerca

de que existirían puntuaciones más altas en problemas informados por los jóvenes no identificados como clínicos frente a la proporcionada por sus padres (en nuestro caso educadores), con diferencias significativas en todas las escalas del instrumento, tanto específicas como las de segundo orden. Este hecho, ya constatado por la mayoría de los estudios con muestras de población general y no clínica (Rescorla et al., 2007) parece responder a las dificultades de identificación de algunas conductas, con especial incidencia en las más privadas, y/o al cambio en el comportamiento en función del contexto (Youngstrom, Loeber, y Stouthamer-Loeber, 2000), aunque lo cierto es que la investigación carece de explicaciones definitivas acerca de esta discrepancia (de los Reyes y Kazdin, 2005). Lo destacable en nuestro caso es que los instrumentos funcionan con educadores de forma similar a los padres, lo que de algún modo permite justificar su uso.

En cambio, los resultados para el grupo clínico son discrepantes con la literatura científica que señalaba que, en este caso, son los adultos los que informan de mayor problemática. Los jóvenes de nuestra muestra que se hallaban en tratamiento no presentaron diferencias significativas con sus educadores. La Figura 1 permite visualizar una tendencia a que en los problemas internalizantes los jóvenes siguen puntuando por encima de los adultos, mientras en los de tipo externalizante sí se observa que los educadores reportan mayores indicadores de trastorno. En cualquier caso, como hemos indicado, no alcanzan la significación estadística en ninguna escala.

La justificación que diversos autores ofrecen para que los padres informen de más problemas en el caso de muestra clínica es que la monitorización de la conducta de los adolescentes, una vez que han sido identificados como “clínicos o con conducta problemática”, lleva a los informantes adultos (padres) a un análisis más fino de su comportamiento y por tanto a una mayor tasa de problemas informados (Huberty, Austin, Harezlak, Dunn, y Ambrosius, 2000). Frente a esto, otros autores señalan que los adolescentes de este grupo tienen un sesgo o dificultad en la identificación de su sintomatología una vez que están a tratamiento (Salbach-Andrae, Klinkowski, Lenz, y Lehmkühl, 2009). En nuestro estudio podría ocurrir que los adolescentes tengan mayor conciencia de sus problemas, ya que se encuentran en un hogar de acogida, en una situación de por sí ya diferenciada del resto de jóvenes y bajo una intervención social protectora. Por otra parte, también cabría la hipótesis de que los educadores, a diferencia de los padres, estén mucho más habituados a observar comportamientos problemáticos de un gran número de adolescentes a su cuidado y sean más

ponderados en sus puntuaciones sobre el grupo clínico. Los problemas de observación y detección de trastornos de conducta en acogimiento residencial pueden tener un impacto muy negativo en el desarrollo de los niños y jóvenes atendidos. Al tratarse de casos que han pasado por experiencias muy traumáticas relacionadas con diferentes formas de maltrato infantil en sus familias, la probabilidad de presentar problemas emocionales, conductuales y de desarrollo es muy elevada (Moreno, García- Baamonde y Blázquez, 2010).

De acuerdo con los resultados obtenidos parece que las manifestaciones problemáticas son informadas de manera más clara por los educadores en aquellos casos que ya están siendo tratados por servicios de atención clínica (tratamiento psicológico y/o psiquiátrico) frente a quienes no presentan esta intervención. Este hecho, podría explicarse por ser habitualmente los educadores los que solicitan las derivaciones a tratamiento de aquellos niños en los que observan problemas emocionales o conductuales. De algún modo, ratifican mediante la técnica de screening lo que fue en su momento una observación más informal y que determinó la derivación a tratamiento. Es muy importante tener en cuenta que la falta de uso de este tipo de instrumentos puede estar limitando la derivación a tratamiento a casos más fácilmente detectables y particularmente a los trastornos externalizantes en detrimento de los problemas internalizantes.

Efectivamente, los datos sobre la incidencia de problemáticas en esta muestra señalan la dominancia de los trastornos de tipo externalizante frente a los internalizantes, algo acorde a lo constatado en los diferentes estudios realizados con niños y adolescentes del sistema de protección (Garland, et al., 2003; Heflinger, et al., 2000; Keil y Price, 2006; Martín, García y Siveiro, 2012). Sin embargo, los resultados indican claramente que parece existir un notable malestar emocional y conductual informado por el grupo de jóvenes no clínicos que no alcanza la misma gravedad desde la perspectiva de los educadores. Esto es especialmente visible en los trastornos internalizantes, donde los jóvenes alcanzan puntuaciones mucho más altas que las de sus educadores. Dados los citados problemas de detección y derivación a servicios terapéuticos es importante que los educadores tengan la formación y las técnicas para evaluar y detectar tempranamente las necesidades de salud mental que presentan estos jóvenes, con especial incidencia en las conductas más privadas y menos objetivables. Por otra parte, el uso del YSR, tal y como ha quedado de manifiesto, debe ser considerado un complemento muy importante al aportar la perspectiva de los propios jóvenes de

modo que los criterios no sean exclusivamente las observaciones de los adultos. Sólo tomando en consideración la complementariedad de los dos instrumentos, obtendremos la información más completa posible y minimizaremos las probabilidades de sesgo por parte de alguno informantes. Esta identificación inicial de manifestaciones clínicas, deberá completarse posteriormente con instrumentos específicos de evaluación diagnóstica.

La implantación de instrumentos de screening como los utilizados en esta investigación, en el marco de los hogares de protección, puede facilitar una detección de la sintomatología existente, además de permitir monitorizar la evolución conductual y emocional del joven durante su tiempo en protección (véase una propuesta en del Valle, Sainero, y Bravo (2011)). Con ello se podría evitar un posible sesgo hacia una sobrevaloración de problemas externalizantes en detrimento de problemas internalizantes que pasan más desapercibidos y podrían quedar sin tratar terapéuticamente.

Dadas las condiciones de especial vulnerabilidad de estos jóvenes, estudios como el actual deberían reforzar la necesidad de establecer sistemas de detección y monitorización que aseguren la agilidad y la eficacia de la intervención protectora y terapéutica, contando con la perspectiva de educadores y jóvenes acogidos durante el tiempo en que éstos se encuentran en protección, de forma previa a su egreso y a las complicaciones añadidas asociadas a esta transición (López, Santos, Bravo, y del Valle 2013).

Como limitaciones de nuestra investigación es importante señalar que la muestra objeto de este estudio procede de una única comunidad autónoma española por lo que se debe tener mucha cautela a la hora de generalizar los resultados. Además, el tamaño muestral del grupo clínico es relativamente pequeño (a pesar de suponer un porcentaje muy elevado con respecto al total de jóvenes en acogimiento residencial).

Por otra parte, el haber dispuesto de una muestra compuesta por todos los adolescentes en acogimiento residencial de una comunidad autónoma, incluyendo hogares públicos y privados, de pequeño y de gran tamaño, especializados en adolescentes y dedicados a edades diferentes, etc., evita sesgos que con frecuencia se cometen cuando se muestrea un número de hogares determinado y sus características no cubren todo el espectro posible. Creemos que esta es una posible explicación para la diversidad de resultados que nacional e internacionalmente se encuentran en ocasiones cuando se investiga en acogimiento residencial.

Referencias

- Achenbach, T. M. (2006). As Others See Us : Clinical and Research Implications of Cross-Informant Correlations for Psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), 94-98.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., y Howell, C. T. (1987). Child/Adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101(2), 213-232.
- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms y profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children Youths y Families.
- Achenbach, T. M., y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Check List and Revised Child Behavior Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Barkmann, C., y Schult-Markwort, M. (2005). Emotional and behavioral problems of children and adolescents in Germany: An epidemiological screening. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(5), 357-366.
- Begovac, I., Rudan, V., Skocic, M., y Filipovic, O. (2004). Comparisons of self-reported and parent-reported emotional and behavioral problems in adolescents from Croatia. *Collegium Antropologicum*, 28(1), 393-401.
- Berg-Nielsen, T. S., Vika, A., y Dahl, A. A. (2003). When adolescents disagree with their mothers: CBCL-YSR discrepancies related to maternal depression and adolescent self-esteem. *Child: Care, Health and Development*, 29(3), 207-213.
- 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. (2009).
- Bronsard, G., Lançon, C., Loundou, A., Auquier, P., Rufo, M., y Siméoni, M. (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), 1886-1890.
- Burns, B. J., Phillips, S., Wagner, H. R., Barth, R., Kolko, D., Campbell, Y., et al. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 43(8), 960-970.
- Cantwell, D. P., Lewinsohn, P. M., Rohde, P., y Seeley, J. R. (1997). Correspondence between adolescent report and parent report of psychiatric diagnostic data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(5), 610-619.
- Castro-Fornieles, J. (2013). Psiquiatría del Niño y del Adolescente: necesidad de formación y desarrollo. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6(2), 57-59. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.10.001>
- 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), 283-296.
- de los Reyes, A., y Kazdin, A. E. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131(4), 483-509.
- Defensor del Pueblo. (2009). Centros de protección menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social [Residential child care for children with behavioral diseases and social difficulties]. Madrid, Spain: Defensor del Pueblo.
- 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., Sainero, A., y Bravo, A. (2011). *Salud mental de menores en acogimiento residencial*. Badajoz, España: Junta de Extremadura.
- Edelbrock, C., Costello, A. J., Dulcan, M. K., Conover, N. C., y Kala, R. (1986). Parent-child agreement on child psychiatric symptoms assessed via structured interview. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27(2), 181-190.
- European Association for Research into Residential Child Care. (1998). Care to listen: A report of residential child care in four European countries. In The Center for Residential Child Care. Glasgow..
- Farmer, E. M. Z., Burns, B. J., Chapman, M. V., Phillips, S., Angold, A., y Costello, E. (2001). Use of mental health services by youth in contact with social services. *Social Services Review*, 75(4), 605-624.
- Ferdinand, R. F., van der Ende, J., y Verhulst, F. C. (2004). Parent- adolescent disagreement regarding psychopathology in adolescent from the general population as a risk factor for adverse outcome.

- Journal of Abnormal Child Psychology*, 113(2), 198-206.
- Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., y Goodman, R. (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities: A comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry*, 190, 319-325.
- Garland, A. F., Landsverk, J. A., y Lau, A. S. (2003). Racial and ethnic disparities in mental health service use among children in foster care. *Children and Youth Services Review*, 25(5-6), 491-507.
- Handwerk, M. L., Larzelere, R. E., Soper, S. H., y Friman, P. C. (1999). Parent and Child Discrepancies in Reporting Severity of Problem Behaviors in Three Out-of-Home Settings. *Psychological Assessment*, 11(1), 14-23.
- Heflinger, C. A., Simpkins, C. G., 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.
- Holtan, A., Ronning, J., Handegard, B., y Sourander, A. (2005). A comparison of mental health problems in kinship and non kinship foster care. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14(4), 200-207.
- Huberty, T. J., Austin, J. K., Harezlak, J., Dunn, D. W., y Ambrosius, W. T. (2000). Informant Agreement in Behavior Ratings for Children with Epilepsy. *Epilepsi and Behavior*, 1(6), 427-435.
- Hukkanen, R., Sourander, A., Santalahti, P., y Bergroth, L. (2005). Have psychiatric problems of children in children's homes increased? *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(6), 481-485.
- Karver, M. S. (2006). Determinants of Multiple Informant Agreement on Child and Adolescent Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(2), 242-253. doi: 10.1007/s10802-005-9015-6
- Keil, V., y Price, J. M. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review*, 28(7), 761-779.
- Kolko, D., y Kazdin, A. E. (1993). Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: Correspondence among child, parent and teacher reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(6), 991-1006.
- Kristensen, H. (2001). Multiple Informants' report of emotional and behavioral problems in a nation-wide sample of selective mute children and control. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10(2), 135-142.
- Landsverk, J., Burns, B. J., Stambaugh, L., y Rolls-Reutz, J. (2006). *Mental health care for children and adolescents in foster care. Review of research literature*. Seattle, WA: Casey Family Programs.
- López, M., Santos, I., Bravo, A., & Del Valle, J. F. (2013). El proceso de transición a la vida adulta de jóvenes acogidos en el sistema de protección. *Anales de Psicología*, 29(1), 187-196.
- Martín, E., García, M., y Siverio, M. (2012). Inadaptación autopercibida de los menores en acogimiento residencial. *Anales De Psicología*, 28(2), 541-547. doi:10.6018/analesps.28.2.148921
- Moreno, J. M., García-Baamonde, M. E., y Blázquez, M. (2010). Desarrollo lingüístico y adaptación escolar en niños en acogimiento residencial. *Anales de Psicología*, 26(1), 189-196.
- Muela, A., Balluerka, N., y Torres, B. (2013). Ajuste social y escolar de jóvenes víctimas de maltrato infantil en situación de acogimiento residencial. *Anales De Psicología*, 29(1), 197-206. doi:10.6018/analesps.29.1.124941
- Nicholas, B., Roberts, S., y Wurr, S. (2003). Looked after children in residential homes. *Child and Adolescent Mental Health*, 8(2), 78-83.
- Observatorio de la Infancia. (2012). Estadística básica de medidas de protección a la infancia [Basic statistics of child care interventions] (Vol. 14). Madrid, Spain: Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad
- Pecora, P. J., Jensen, P. S., Romanelli, L. H., Jackson, L., y Ortiz, A. (2009). Mental health services for children placed in foster care: An overview of current challenges. *Child Welfare*, 88(1), 1-25.
- Renk, K., y Phares, V. (2004). Cross-informant ratings of social competence in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 24(2), 239-254.
- Rescorla, L., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., et al. (2007). Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15(3), 130-142.
- Rescorla, L., Ginzburg S, Achenbach TM, Ivanova MY, Almqvist F, Begovac I, et al. (2013). Cross-informant agreement between parent-reported and adolescent self-reported problems in 25 societies. *Journal*

- of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 42(2), 262-273.
- Rey, J. M., Schrader, E., y Morris-Yates, A. (1992). Parent-child agreement on children's behavior reported by the Child Behavior Checklist (CBCL). *Journal of Adolescence*, 15(3), 219-230.
- Sainero, A., Bravo, A., y del Valle, J. F. (2013). 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*.
- Sainero, A., del Valle, J. F., López, M., y Bravo, A. (2013). Exploring the specific needs of an understudied group: children with intellectual disability in residential child care. *Children and Youth Services Review*, 35(9), 1393-1399.
- Salbach-Andrae, H., Klinkowski, N., Lenz, K., y Lehmkuhl, U. (2009). Agreement between youth-reported and parent-reported psychopathology in a referred sample. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 18(3), 136-143. doi: 10.1007/s00787-008-0710-z
- Seiffge-Krenke, I., y Kollmar, F. (1998). Discrepancies between Mothers' and Fathers' Perceptions of Sons' and Daughters' Problem Behavior: A Longitudinal Analysis of Parent-Adolescents Agreement on Internalising and Externalising Problem Behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(5), 687-697.
- Sempik, J., Ward, H., y Darker, I. (2008). Emotional and behavioural difficulties of children and young people at entry into care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(2), 221-233.
- Shin, H. S. (2005). Need for and actual use of mental health service by adolescents in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 27(10), 1071-1083.
- Sinclair, I., Baker, C., Lee, J., y Gibbs, I. (2007). *The Pursuit of Permanence: a Study of the English Care System*. Quality Matters in Children's Services. Series London: Jessica Kingsley
- Stranger, C., y Lewis, M. (1993). Agreement among parents, teachers, and children on internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 107-115.
- Tarren-Sweeney, M., y Hazell, P. (2006). Mental health of children in foster and kinship care in New South Wales, Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 42(3), 89-97.
- van der Ende, J., y Verhulst, F. C. (2005). Informant, gender and age differences in ratings of adolescent problem behavior. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 14(3), 117-126.
- Verhulst, F. C., y van der Ende, J. (1992). Agreement between parent's report and adolescents' self reports of problem behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(6), 1011-1023.
- Vierhaus, M., y Lohaus, A. (2008). Children and Parents as Informants of Emotional and Behavioural Problems Predicting Female and Male Adolescent Risk Behaviour: A Longitudinal Cross-Informant Study. *Journal of Youth y Adolescence*, 37(2), 211-224. doi: 10.1007/s10964-007-9193-3
- Yeh, M., y Weisz, J. R. (2001). Why are we here at the clinic? Parent-child (dis)agreement on referral problems at outpatient treatment entry. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1018-1025.
- Youngstrom, E., Loeber, R., y Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher, and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1038-1050.

Detection of mental health problems in an especially vulnerable group: children and young people in residential child care

Ana Sainero, Jorge F. del Valle and Amaia Bravo. University of Oviedo (Spain).

Abstract

Research on mental health problems of children and young people in residential child care shows a high incidence of behavioral and emotional problems. One of the strategies to improve the interventions is the use of tools of detection, so that biases in the referral to treatment could be avoided.

The objective of this study was to analyze the level of concordance between the information given by the young people and their social educators, using the CBCL (in case of educators) and YSR (for adolescents) in a sample of 138 young people aged from 11 to 18 who were in residential care. Also differences between the group of young people referred to mental health treatment and those without it were analyzed.

Results show low and moderate levels of concordance between the information given by the young people and their educators, with higher levels of agreement in externalized problems, in a similar way as the results found in research with samples of parents and children. Score differences are discussed according to the literature review, concluding that adults distinguish the clinical and non-clinical group clearly, but young people do not display significant differences. These findings indicate the need for giving more relevance to self-reports, to the adolescent own perspective.

Key words: mental health, residential child care, CBCL, YSR

Introduction

Children and adolescents mental health evaluation and diagnostic process should be the result of different perspectives in order to assess the problematic behavior in multiple contexts (scholar, home, etc.) and taking account the information from different referents that can complement each other (Achenbach, 2006). To meet this objective, Achenbach and Edelbrock (1983) designed the ASEBA System, one of the most popular evaluation model that includes the information about the children's emotional and behavioral status from parents across the Child Behavior Check List

(CBCL), teachers from the Teacher Report Form (TRF) and the adolescents using the Youth Self report (YSR).

According to the scientific literature, it is well established that the level of agreement between the information from parents and children using these instruments (CBCL and YSR) shows low to moderate levels of concordance, with a score of 0.24 on average across different research (Achenbach, McConaughy & Howell 1987).

The contrast of information between parents and children varies depending on the clinical status of the children. If we talk about the general population, adolescents normally report more problematic and clinical behavior than parents, especially in internalizing problems (Achenbach y Rescorla, 2001; Begovac, Rudan, Skocic, y Filipovic, 2004; Rescorla et al., 2013; Stranger y Lewis, 1993; van der Ende y Verhulst, 2005; Verhulst y van der Ende, 1992; Vierhaus y Lohaus, 2008). In contrast, in the clinical population (children and adolescents who are referred to clinical treatment such as psychiatric or psychological services) parents report the highest level of clinical symptomatology (Ferdinand, van der Ende, y Verhulst, 2004; Kolko y Kazdin, 1993; Kristensen, 2001). One explanation for this is that clinical children tend to explain their behavior as less problematic, while their parents are more strict in their assessment (Berg-Nielsen, Vika, y Dahl, 2003).

All the hypotheses about this level of agreement between parents and children, is still unknown in the Child welfare system, especially in residential care where parents are replaced by residential workers as reporters of the children's behavior. In Spain residential care is a very important care alternative (seven to ten of the children who entered in the child welfare system last year were referred to one of these residential homes) (Observatorio de la Infancia, 2011). One of the most important challenges during these last decades is the high prevalence of mental health disorders that this group of children show (Sainero, del Valle y Bravo, 2013), and the numerous problems of communal living that the intervention presents them with.

The objective of this article is firstly to describe the characteristics of the adolescents who live in the residential care facilities of an autonomous community in Spain. The second objective is to analyze the concordance between the information

from residential workers and adolescents about their emotional and behavioral status, taking into account and establishing the differences between adolescents who were referred to clinical treatment and those who were not, according to the research available on this topic.

Method

Sample

The sample was all the adolescents between 11 and 18 years old (N =134) who lived in residential care in the autonomous community of Extremadura and who were living in the facility for at least three months (according to the validity criteria of the screening instruments).

Instruments and procedure

An information report form was created to collect the descriptive information about the adolescents, such as their age and gender, as well as their educational and health status, with particular emphasis on their mental health and characteristics of their protection history.

For the identification of mental health problems, a report form was drawn up for completion by each child's key residential worker, requesting information about the medical history (physical illnesses, existence of diagnosed disability, etc.) and data about possible mental health disorders (referral for treatment, medication, diagnoses, etc.).

Finally, the study was completed with screening techniques, using the CBCL (Achenbach & Rescorla, 2001) completed by the residential worker and the YSR by the adolescents. In the YSR a trained psychologist was responsible for supervising the process and guaranteeing the autonomy and privacy of the adolescents.

The scores obtained are grouped into 8 specific clinical scales (Anxious/depressed, Withdrawn/depressed, Somatic complaints, Social problems, Thought problems, Attention problems, Rule Breaking behavior, and Aggressive

behavior) and three broadband scales: internalizing, externalizing, and total. The direct scores are transformed into T scores enabling each case to be classified into three ranges: normal, borderline, and clinical, for each scale.

The data analysis consists of describing the adolescent's characteristics using descriptive statistics and comparing the results obtained in the screening instruments (CBCL-YSR). This comparison was made using two different analysis: Pearson's correlation (r) and Student's t test taking $p \leq .05$ as the signification criterion. To compare the results between the clinical ($n=35$) and non clinical group ($n=103$), we used non parametric techniques to analyze the differences (Wilcoxon) and establish correlation (ρ Spearman).

Results

Table 1 shows the results about the adolescents' characteristics

Characteristics	Total (n =138) % or M(DT)
	100
Sex	
Female	49
Male	51
Age	
M (SD)	15.3 (1.5)
12-14	48.6
15-18	51.4
Type of cases (Sinclair et al., 2007)	
Adolescent with maltreatment	41.3
Adolescent without history of maltreatment	18.8
Adolescent who entered being a child	39.9
Time in actual residential home (months)	32.6 (30.5)
Number of placements	2.4 (1.3)
Reason for admision ^a	
Physical neglect	58.7
Emotional neglect	44.9
Pysical abuse	17.4
Emotional abuse	21.7
Sexual abuse	5.1
Intellectual disability	16.7
Mental health treatment (clinical group)	25.4
Psychotropic medication	13.0

^a More than one category per case is possible

	CBCL		YSR		Diferencia entre medias		Correlation	
	M	DT	M	DT	t	p	r	p
Anxious/Depressed	54.03	6.50	59.36	8.40	-6.67	.000***	.23	.008**
Withdrawn/Depressed	57.86	8.87	61.17	9.80	-3.26	.001**	.19	.026*
Somatic Complaints	54.09	6.90	57.98	8.20	-4.69	.000***	.18	.039*
Social Problems	57.95	8.61	60.98	9.22	-3.12	.002**	.18	.031*
Thought Problems	53.36	6.11	57.62	8.16	-5.15	.000***	.10	.262
Attention problems	57.79	7.64	60.01	8.76	-2.45	.016*	.16	.056
Rule breaking behavior	61.04	8.72	62.38	9.35	-1.78	.077	.52	.000***
Aggressive behavior	59.38	10.56	60.42	9.46	-0.98	.327	.24	.004**
Internalizing	51.38	10.10	59.16	10.30	-6.70	.000***	.18	.033*
Externalizing	58.33	11.53	60.99	10.67	-2.51	.013*	.37	.000***
Total scale	55.10	11.62	60.67	9.99	-4.69	.000***	.17	.042*

Table 2. Differences and correlation between CBCL and YSR

Table 3. Differences and correlation between clinical and non clinical group

		CBCL		YSR		Differences between average		Correlation	
		M	DT	M	DT	t/z ¹	p	r/rho ²	p
NO CLINICAL CASES (n=103)	Anxious/Depressed	52.51	4.87	58.59	8.43	-7.02	.000***	.22	.029*
	Withdrawn/depressed	57.07	8.47	61.41	10.3	-3.70	.000***	.20	.041*
	Somatic Complaints	52.92	5.68	57.41	7.83	-5.11	.000***	.16	.102
	Social Problems	56.19	7.90	60.43	9.33	-3.74	.000***	.12	.236
	Thought problems	51.80	4.35	56.98	8.25	-5.66	.000***	.01	.909
	Attention problems	56.28	6.72	59.47	8.93	-3.11	.002**	.14	.161
	Rule Breaking behavior	59.53	7.97	61.83	9.05	-2.93	.004**	.57	.000***
	Aggressive Behavior	57.15	8.75	59.64	9.38	-2.37	.020*	.31	.001**
	Internalizing	49.15	10.38	58.52	10.26	-6.95	.000***	.12	.223
	Externalizing	55.92	10.90	60.27	10.40	-3.94	.000***	.45	.000***
	Total scale	52.41	11.25	59.91	9.61	-5.56	.000***	.14	.143
CLINICAL CASES (n = 35)	Anxious/Depressed	58.49	8.46	61.63	8.02	-1.77	.077	.16	.345
	Withdrawn/Depressed	60.20	9.70	60.43	8.24	-0.56	.574	.30	.080
	Somatic Complaints	57.51	8.87	59.66	9.11	-0.75	.453	.08	.666
	Social Problems	63.11	8.65	62.60	8.82	-0.37	.707	.21	.229
	Thought Problems	57.94	8.05	59.51	7.66	-0.63	.531	.10	.544
	Attention Problems	62.23	8.52	61.60	8.15	-0.58	.561	.14	.412
	Rule Breaking Behavior	65.46	9.41	64.03	10.14	-1.16	.248	.41	.015*
	Aggressive Behavior	65.94	12.65	62.71	9.48	-0.84	.403	-.05	.780
	Internalizing	57.94	10.25	61.03	10.32	-1.25	.212	.21	.216
	Externalizing	65.43	10.48	63.11	11.34	-0.91	.363	.13	.457
	Total Scale	63.00	8.83	62.89	10.89	-0.45	.964	.10	.582

¹For the non clinical sample it was used "Student's t test" and for the clinical group "Wilcoxon's z".

²For the non clinical sample it was used "Pearson's r test" and for the clinical group "Spearman's rho test".

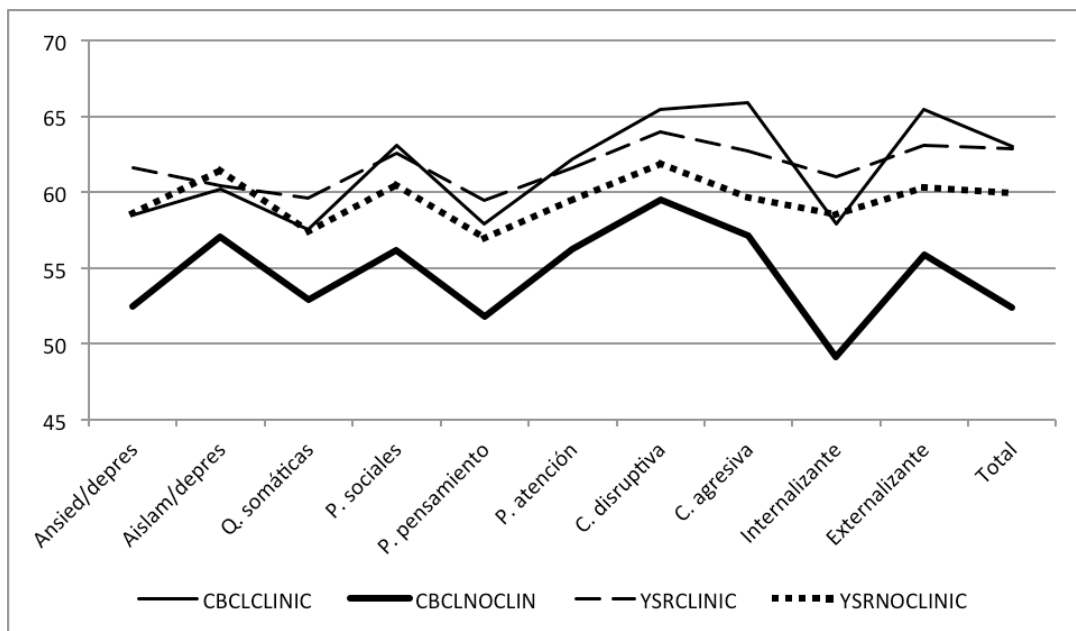
*: p ≤ .05; ** p ≤ .01; *** p ≤ .001

Table 4. Differences in CBCL and YSR between clinical and non clinical adolescents

	CLÍNICAL		NON CLÍNICAL		Differences on average		
	X	SD	X	SD	t	p	
CBCL	Anxious/Depressed	58.49	8.46	52.51	4.87	3.96	.000***
	Withdrawn/Depressed	60.20	9.70	57.07	8.47	1.82	.071
	Somatic Complaints	57.51	8.87	52.92	5.68	2.87	.006***
	Social Problems	63.11	8.65	56.19	7.90	4.37	.000***
	Thought Problems	57.94	8.05	51.80	4.35	4.30	.000***
	Attention Problems	62.23	8.52	56.28	6.72	4.22	.000***
	Rule Breaking Behavior	65.46	9.41	59.53	7.97	3.62	.000***
	Aggressive Behavior	65.94	12.65	57.15	8.75	3.81	.000***
	Internalizing	57.94	10.25	49.15	10.38	4.34	.000***
	Externalizing	65.43	10.48	55.92	10.90	4.50	.000***
	Total Scale	63.00	8.83	52.41	11.25	5.06	.000***
YSR	Anxious/Depressed	61.63	8.02	58.59	8.43	1.87	.064
	Withdrawn/Depressed	60.43	8.24	61.41	10.3	-0.51	.608
	Somatic Complaints	59.66	9.11	57.41	7.83	1.41	.161
	Social Problems	62.60	8.82	60.43	9.33	1.21	.230
	Thought Problems	59.51	7.66	56.98	8.25	1.60	.113
	Attention Problems	61.60	8.15	59.47	8.93	1.25	.214
	Rule Breaking Behavior	64.03	10.14	61.83	9.05	1.21	.230
	Aggressive Behavior	62.71	9.48	59.64	9.38	1.67	.097
	Internalizing	61.03	10.32	58.52	10.26	1.25	.215
	Externalizing	63.11	11.34	60.27	10.40	1.37	.174
	Total Scale	62.89	10.89	59.91	9.61	1.53	.129

*: $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

Figure 1. Results of CBCL and YSR in clinical and non clinical group using t punctuation



Discussion

One in five adolescents who live in residential care in Spain were referred to mental health treatment. This number however, is lower than the percentage with mental health problems found in other international studies (Heflinger, et al., 2000; Keil y Price, 2006; Shin, 2005) and emphasizes the urgency of considering the emotional and behavioral status of this vulnerable group.

The analysis of the concordance between the information from residential workers and adolescents about their was similar to that found in research between parents and children. In that case, the average was a $r= 0.24$ correlation, very similar to the $r= 0.22$ we obtained in this context of care. So, we can conclude the screening instruments are as useful in identifying clinical conditions in children and young people in residential care as in family contexts. There are several differences in the level of agreement between scales (with a range between 0.10 and 0.52), but as was established in the parent-children studies, the highest level of correlation was obtained in the externalizing scales rather than the internalizing ones. It seems that residential workers could have similar difficulties to parents when identifying more private problematic behavior.

One of the objectives of this article was analyze the differences in the information from those adolescents who were referred for clinical treatment (who make up the clinical group) and those who were not referred. According to the scientific literature, it was expected that the adolescents in the clinical group would report fewer clinical problems than their residential workers, but we did not find any significant differences between the two sources of information, although we observed that adolescents tend to report more internalizing problems and residential worker more externalizing. The reason for that may be that residential workers are familiar with the process of identifying and detecting mental health problems and clinical behavior in this group in care, so their judgments are more similar to the true status of children and adolescents than the parent's report.

The results also showed that residential worker's information about problematic behavior is closer to reality in the clinical group than in adolescents who are not referred to psychological or psychiatric treatment. The explanation for that is professionals are usually responsible for detection and asking for specialist intervention. So in this

clinical group the screening instrument confirmed a problematic condition that they had already identified and detected.

As in previous studies in child welfare, externalizing problems are more common in that sample than internalizing disorders (Burns et al, 2004; Garland, et al., 2003; Heflinger, et al., 2000; Keil y Price, 2006; Martin, García y Siveiro, 2012). However, the results obtained in this study indicate that there are emotional and behavioral issues, according to the information completed by the adolescents, which are not as seriously identified by the adults. Especially regarding private problematic behavior, which is more frequently reported by adolescents but not by adults. For this reason, in the context of residential care it is necessary to implement screening and detection tests that can give the knowledge to residential workers and make a more efficient and certain evaluation and referral process possible. It's also vital (according to the data presented) to take into account in this context the information provided by the adolescents themselves about their emotional and behavioral status and needs.

References

- Achenbach, T. M. (2006). As Others See Us : Clinical and Research Implications of Cross-Informant Correlations for Psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), 94-98.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., y Howell, C. T. (1987). Child/Adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101(2), 213-232.
- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms y profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children Youths y Families.
- Achenbach, T. M., y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Check List and Revised Child Behavior Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Begovac, I., Rudan, V., Skocic, M., y Filipovic, O. (2004). Comparisons of self-reported and parent-reported emotional and behavioral problems in adolescents from Croatia. *Collegium Antropologicum*, 28(1), 393-401.
- Berg-Nielsen, T. S., Vika, A., y Dahl, A. A. (2003). When adolescents disagree with their mothers: CBCL-YSR discrepancies related to maternal depression and adolescent self-esteem. *Child: Care, Health and Development*, 29(3), 207-213.
- Burns, B. J., Phillips, S., Wagner, H. R., Barth, R., Kolko, D., Campbell, Y., et al. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 43(8), 960-970.
- Ferdinand, R. F., van der Ende, J., y Verhulst, F. C. (2004). Parent- adolescent disagreement regarding psychopathology in adolescent from the general population as a risk factor for adverse outcome. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 113(2), 198-206.
- Garland, A. F., Landsverk, J. A., y Lau, A. S. (2003). Racial and ethnic disparities in mental health service use among children in foster care. *Children and Youth Services Review*, 25(5-6), 491-507.
- Heflinger, C. A., Simpkins, C. G., 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.
- Keil, V., y Price, J. M. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review*, 28(7), 761-779.

- Kolko, D., y Kazdin, A. E. (1993). Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: Correspondence among child, parent and teacher reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(6), 991-1006.
- Kristensen, H. (2001). Multiple Informants' report of emotional and behavioral problems in a nation-wide sample of selective mute childrens and control. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10(2), 135-142.
- Martín, E., García, M., y Siverio, M. (2012). Inadaptación autopercebida de los menores en acogimiento residencial. *Anales De Psicología*, 28(2), 541-547. doi:10.6018/analesps.28.2.148921
- Observatorio de la Infancia. (2012). Estadística básica de medidas de protección a la infancia [Basic statistics of child care interventions] (Vol. 14). Madrid, Spain: Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad
- Rescorla, L., Ginzburg S, Achenbach TM, Ivanova MY, Almqvist F, Begovac I, et al. (2013). Cross-informant agreement between parent-reported and adolescent self-reported problems in 25 societies. *Journal of Clinical Child y Adolescent Psychology*, 42(2), 262-273.
- Sainero, A., Bravo, A., y del Valle, J. F. (2013). 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*.
- Shin, H. S. (2005). Need for and actual use of mental health service by adolescents in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 27(10), 1071-1083.
- Sinclair, I., Baker, C., Lee, J., y Gibbs, I. (2007). *The Pursuit of Permanence: a Study of the English Care System*. Quality Matters in Children's Services. Series London: Jessica Kingsley
- Stranger, C., y Lewis, M. (1993). Agreement among parents, teachers, and children on internalizing and externalizing behavior problems. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 107-115.
- van der Ende, J., y Verhulst, F. C. (2005). Informant, gender and age differences in ratings of adolescent problem behavior. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 14(3), 117-126.
- Verhulst, F. C., y van der Ende, J. (1992). Agreement between parent's report and adolescents' self reports of problem behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33(6), 1011-1023.
- Vierhaus, M., y Lohaus, A. (2008). Children and Parents as Informants of Emotional and Behavioural Problems Predicting Female and Male Adolescent Risk Behaviour: A Longitudinal Cross-Informant Study. *Journal of Youth y Adolescence*, 37(2), 211-224. doi: 10.1007/s10964-007-9193-3

Capítulo 5.

Publicaciones Complementarias

5.1. Salud mental de menores en acogimiento residencial. Guía para la prevención e intervención en hogares y centros de protección de la Comunidad Autónoma de Extremadura

5.2. Needs and characteristics of high-resource using children and youth: Spain

SALUD MENTAL de MENORES en ACOGIMIENTO RESIDENCIAL

*Guía para la prevención e intervención
en hogares y centros de protección de la
Comunidad Autónoma de Extremadura*



JUNTA DE EXTREMADURA



Edita:

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia
Servicio Extremeño de Salud

Coordinador:

Leopoldo Elvira Peña

Autores/as:

Jorge F. del Valle
Ana María Sainero Rodríguez
Amaia Bravo Arteaga

I.S.B.N.:

978-84-96958-85-2

Dép. Legal:

CC-000909-2011

Diseño y Maquetación:

RC&Media - Badajoz

Impresión:

Indugrafic - Badajoz

Este proyecto ha sido financiado a cargo de los fondos para las estrategias 2008 del Ministerio de Sanidad y Consumo que fueron aprobados en el CISNS como apoyo a la implementación de la estrategia en salud mental

El contenido íntegro de la Guía para la prevención e intervención en la salud mental de niños y adolescentes en hogares y centros de protección está disponible en la página oficial del Grupo de Investigación en Familia e Infancia de la Universidad de Oviedo (<http://www.gifi.es>) para su descarga gratuita.

Dada la extensión de la Guía, en este apartado se ha optado por presentar su portada y su link de acceso para su consulta y manejo.

Documento disponible en: <http://gifi.es/SaludMentaldeMenoresenAcogimientoResidencial.pdf>

The historical context of therapeutic residential care in Spain.

Residential child care is a particularly important protection measure in Spain because following the civil war (1936-1939), and during the almost 40 years of dictatorship that ended with the democratic constitution of 1978, child protection was managed by the catholic church and charitable organisations, who created an extensive network of residential institutions. Family foster care was not set out in Spanish legislation until the 1987 reform of the civil code. Consequently, family placement in Spain began very late compared to other countries and even today residential care is very common (Bravo & Del Valle, 2009; Del Valle, López, Montserrat & Bravo, 2009).

At the same time as steps were being taken to implement foster care and reduce residential placement to a minimum, reforms were instituted to eliminate the large macroinstitutions where, even up to the end of the 1980s, hundreds of children were housed. The reforms consisted of the creation of small children's homes, flats/apartments or small houses where 8-10 children would be able to live a more family-like life.

The aim of this model, which we could call normalisation, is to create the kind of space and relationships most similar to those of a family, including essential aspects such as the use of community services (school, medical centres, leisure centres, etc.). In addition, the aim is to include children of all ages in the homes, again imitating a family and facilitating the placement of groups of siblings of different ages.

This situation changed rapidly in the 1990s as the reforms of 1987 led to a significant deinstitutionalisation movement of returning children to their families (with additional economic, social and other assistance) which allowed residential placement only in cases of serious mistreatment. From the 1990s onwards, small children's homes experienced a serious crisis because the residential workers (who, in Spain, are called social educators, and who have a university degree) were trained in normalising care, which was based on creating everyday life-spaces (according to the social-pedagogy model) and which strongly emphasises community integration as the grand solution for children's socialisation. Nevertheless, they had to cope with adolescents who had serious behavioural problems, who were disobedient, very destructive to the premises, and aggressive to staff and especially to younger children.

In addition to this change in profile the fact is that the youngest children were benefiting from foster care. In Spain, kinship care represents almost 80% of all family foster care and its use was expanded enormously in those years (Del Valle et al., 2009). Consequently, residential care was increasingly used for adolescents with serious emotional or behavioural problems. Today 80% of children in residential care are over 13 (Bravo & Del Valle, 2009). The smaller children's homes were not prepared for groups of adolescents with such problems.

This mismatch between needs and resources precipitated a change of model in which the main principles of normalisation were to be preserved while at the same time the residential units needed to be capable of dealing with the difficulties posed by those cases. Many challenges were posed by other, specific profiles such as children with serious disabilities, children diagnosed with autism or psychoses, etc. as well as the arrival of unaccompanied asylum seekers.

The situation of adolescents with serious disruptive problems in family-like spaces with low ratios of educators (2 adults per 8-10 children) and with younger vulnerable children became unsustainable and there was a demand for specialised homes which would be able to deal with the most difficult cases. This idea directly contradicted the ideals of the normalising model, as a specialised centre would function with a much more controlling model, capable of coping with serious behavioural problems. Added to that, it was common for some young people to regularly abscond and thus programmes to deal with that issue were required, i.e. secure locations.

The authorities responsible for child protection responded to this challenge in diverse ways. It is important to bear in mind that in Spain there are 17 autonomous communities, each with its own parliament and government which, among other things, is responsible for social services. Each of them came up with different solutions. Some decided not to create any specialised programmes, thinking that the principle of normalisation should prevail and that segregation of the most problematic cases contradicted this (although this results in significant conflict in the homes and is a characteristic example of how rigid theoretical approaches can end up causing substandard care for children).

Nevertheless, most autonomous communities developed some kind of response, although with very different names and approaches. Thus, the first "socialisation" residential programmes appeared in some communities towards the end of the 1990s (80% of this type of resource available today began after the year 2000). In other regions various terms were in use such as special regime, high intensity education, attention to youths in social difficulties or social conflict etc. The term therapeutic began to be used later (in very few communities) and was defined as measures directed towards adolescents with serious mental health diagnoses

(autism, psychosis, antisocial disorder, etc.) who, in addition, had significant behavioural issues. However, in the majority of autonomous communities, the idea of a therapeutic centre was confused with the idea of centres dealing with serious behavioural problems, so an early conclusion we can make is that there is a lack of clarity in these concepts.

Once established, the enormous demand for these types of programmes, thanks to the significant increase in cases, led to the increase in private non-profit organisations (there are hardly any for-profit organisations in this sector in Spain) who offered to provide these resources, since the cost is somewhere between double and triple the cost of a normal place, around €3000-€5000 per month according to the Ombudsman's report (Defensor del Pueblo, 2009). In this way, the most specialised care fell into the hands of the private sector, which in large part, was without previous experience in such demanding programmes and which had very different working methods and approaches in different communities. This gave rise, as evidenced in the aforementioned report, to practices which failed to respect the basic rights of children, in which control and coercion were the primary psychological treatments. The report shed light on some administrations' lack of control over the development of these programmes, on which they had spent large amounts of money.

The therapeutic residential child care network in Spain

Spain has a serious problem when it comes to statistical data on social services because they are managed by each of the 17 autonomous communities individually and there is no unified statistical system. One of the data points which is not available is the number of residential resources, let alone the type, therefore any estimates must be based on specific research. The data below is from work carried out by our research group, although unpublished, in which information was requested from all of the autonomous communities about their network of residential child care, with the aim of collecting all of the current information.

As of 2012, throughout the 17 autonomous communities, there are four types of centre for children and young people with serious issues: 33 therapeutic homes (456 places); 58 socialisation homes (622 places); 39 homes for children with serious disabilities (377 places) and 4 for adolescents with substance abuse problems (19 places). In total there are 124 specialist resources with 1,424 places. The total child care network in Spain comprises 1,146 centres and 14,962 places, thus the specialised resources represent 10.8% of the resources in the network and 9.9% of the total places.

The difference between therapeutic and socialisation programmes lies in the emphasis on the existence of a formal mental health diagnosis with which the case is referred to a therapeutic centre or the presence of serious emotional or behavioural problems which require a

socialisation home. Nevertheless, there are communities which use only one of these two types or use other designations and in the end, these types of care are not clearly differentiated. Ultimately it is more useful to combine both types together, as serious emotional or behavioural problems, which is what we will do henceforth, while maintaining the term therapeutic in line with the title of this book. Adding together therapeutic and socialisation centres gives us a total of 91 centres (7.9% of the network) and 1,078 places (7% of the network). Homes for severely disabled children deal with a wide range of problems, mostly with significant developmental problems, but also with physical disability (which may or may not be associated with developmental disability) requiring special care (this mix of centres for children with disabilities is 3.4% of the total homes and 2.5% of the places). Finally, there are few centres (4) for adolescents suffering from substance abuse, which may be misleading as the majority of communities, not having this resource available, use the mental health drug-dependency network (for which there is also no data). In conclusion we might say that high-resource using children in Spain represent between approximately 7 and 10 percent of the total in the network.

Regrettably, this data is all that we know in Spain about these special programmes. There are no evaluative studies on the efficacy of the interventions in therapeutic programmes, despite the cost being three times higher than the rest of the children's homes and the severe criticism of the Ombudsman's report.

Profiles and needs of young people in therapeutic residential child care

There are no studies in Spain about the profile of children in these specialised homes but it is possible to extract some indicative data from some recent studies. In one, looking at the mental health of children and young people in residential care (Sainero, Bravo & Del Valle, 2013), the prevalence of cases with mental health disorders was investigated in all children aged between 6 and 18 in residential care in one autonomous Spanish community (Extremadura) which found that 28% were receiving treatment. In the community being investigated there were no special or therapeutic programmes, instead, such cases were sent to other regions. Specifically, there were 14 cases, which was 4% of the children in residential care in this region. Looking at the profile of these children it is clear that we are dealing with disruptive disorders, with diagnoses of antisocial disorder or oppositional defiance disorder, in addition to intellectual disability in half of the cases. The addition of a behavioural disorder to intellectual disability makes these cases demandingly problematic and poses a high risk to the children and to their surroundings.

The problem of intellectual disability (mental retardation in terms of the DSM-IV-TR) is hugely significant because it affects a population commonly found in residential care about whom there has been very little study (Trout et al., 2009). One recent piece of work about this

specific group of children (Sainero, Del Valle, López & Bravo, 2013) found that these young people make up 17% of the total in residential care, approximately half of whom had emotional or behavioural disorders for which they were receiving therapeutic care. We have also seen that 2.5% of places in the national network are for children with very serious disabilities. This undoubtedly reflects a population with very special needs which has, up to now, been scarcely visible in research on child care in the international scientific literature.

In this part of the chapter we present a preview of data gathered from a large study carried out in Spain to evaluate the mental health needs of children and young people in residential care. The sample was made up of all children and young people aged between 6 and 18 in residential care in 5 autonomous communities and 8 SOS Villages. The key objectives of the study were: to gather data on the prevalence of mental health disorders in this population, including the diagnoses and the types of care being given; to use screening techniques to study and evaluate possible cases that present clinical indicators which may not be receiving treatment (as demonstrated by some research: Burns et al., 2004; Sainero et al., 2013); and finally, to assess the progress of these cases over three years, in particular the results of the treatments for the group referred to therapeutic services.

The method consisted of data collection about family histories and the protection intervention (reasons for admission, length of stay, care plan, etc.) from a data sheet completed by the key social educators and social case workers. Secondly, information was requested about the cases with any type of treatment for mental health problems, such as the diagnosis and the type of care being given. Following that, cases were examined using the screening techniques of the CBCL and YSR (Achenbach & Rescorla, 2001). The study had a longitudinal design of three years (2013-2015) whereby the tests would be performed once a year and follow-ups done on the cases under treatment to assess their progress every six months (admissions, discharges, changes of service, etc.).

At the time of writing, we have initial data from three autonomous communities in which there are therapeutic centres dealing with a total of 51 cases. We compared the profiles of this group with the rest of the young people in residential care in these communities (excluding cases of children under 13 as that is the minimum age in the therapeutic centres). In total the sample was composed of 334 adolescents (51 in therapeutic centres and 283 in the remaining residential homes).

Table 1 shows comparative data (we used analyses based on *chi*² for the percentages and on the student's *t* test for the averages) of sociodemographic variables and variables about the intervention. With respect to gender, there is a predominance of males in the general group (58%), however it is more marked in the therapeutic group (68%), although not statistically

significant. The age range is between 13 and 18 years with a mean of 15.5, which is very similar to the general group but it can be seen that within the distribution, the ages 15-16 characterise the therapeutic group, making up more than half the cases.

Table 1. Child and family characteristics and differences

Child and family characteristics	Total sample (n =334) % or M(SD)	Therapeutic (n = 51) % or M(SD)	General (n =283) % or M(SD)
	100	15.3	84.7
Gender			
Female	40.1	31.4	41.7
Male	59.9	68.6	58.3
Age			
M (SD)	15.4 (1.4)	15.53 (1.2)	15.40 (1.4)
13-14	28.1	19.6	29.7
15-16	43.4	58.8	40.6*
17 y+	28.4	21.6	29.7
Unaccompanied Asylum Seeking			
Inmigrant family	10.8	7.8	11.4
Roma	11.4	15.7	10.7
Length of stay			
Length of stay	29.3 (34.8)	12.0 (11.5)	32.4 (37)***
Length of stay in residential care	48.5 (46.4)	43.2 (40)	49.8 (48)
Number of transitions			
Number of transitions	1.82 (1.13)	2.4 (1.6)	1.68 (0.9)***
Reason for admission^a			
Physical neglect	30.2	15.7	32.9**
Emotional neglect	29.6	21.6	31.1
Physical abuse	19.8	13.7	20.8
Emotional abuse	20.7	21.6	20.5
Sexual abuse	6.9	9.8	6.4
Out of parental control	40.8	68.6	35.7***
Violence against parents	6.1	11.8	5.0

a: More than one category per case is possible

*, p ≤ .05; **, p ≤ .01; ***, p ≤ .001 on *chi square* for categorical variables and Student *t* for quantitative variables.

What was significant was the time of stay in a residential facility, which was found to be in the region of a year in therapeutic care and two and a half years in the general group. Intensive programmes do not normally involve more than one or two years of treatment. Nevertheless, the total time spent in residential care is similar in both groups, around four years, which is a long stay and a significant problem in the child care system (see the analysis by López & Del Valle, in press). There were also differences in the mean number of changes of residential facility, 2.4 in the therapeutic group and 1.7 in the general.

Although unaccompanied asylum seekers (largely from Morocco) are quite numerous in the general sample (15%), they account for 10% of the therapeutic group. By contrast the opposite applies to young Roma who account for 11% of the general group and 16% of the

therapeutic group. Finally, 8% of the young people in the therapeutic group are from immigrant families (11% in the general group).

Significant differences can also be seen in the reasons for admission when it comes to the out-of-parental-control cases which are 68% of the therapeutic group and a little over twice that of the general group. The problem of adolescents demonstrating rebellious behaviour against their parents, up to and including aggression, has been a serious and growing problem in Spain in recent years. In contrast, problems related to physical negligence are double in the general group (33%) compared to the therapeutic (16%).

As expected, significant differences were found in those aspects related to mental health problems (Table 2). Intellectual disabilities were seen in 15.5% of the sample, confirming the previous suggestion of this group's importance in residential care.

Table 2. Mental health characteristics

	Total sample (n = 334) % or M(SD)	Therapeutic (n = 51) % or M(SD)	General (n = 283) % or M(SD)
Mental health characteristics	100	15.3	84.7
Disabilities	16.1	14	16.5
Psychical	4.6	2.0	5.0
Sensorial	2.4	2.0	2.5
Intellectual	15.5	12.0	16.1
Mental health Treatment	50	66	47.2*
Psychiatric	9	6	9.6
Psychological	29.2	18.0	31.2
Simultaneous treatment	11.7	42	6.4*
Psychotropic medication	20.2	45.7	16.0***
Psychiatric therapy			
Residential care	5.1	33.3	*
Public service	5.3	15.7	15.2
Psychological therapy			
Residential care	40.3	65.6	32.7***
Public service	20.1	21.9	19.6
Private service	7.9	12.5	10.3
Suicidal behavior			
Threaten	13.1	26.3	11.0
Intent	6.6	10.5	5.9
Substance abuse			
Alcohol	4.2	18	1.8***
Cannabis	15.3	37.3	1.2***
Cocaine (sporadic use)	5.5	22.4	2.5***

*: $p \leq .05$; **: $p \leq .01$; ***: $p \leq .001$ on *chi square*

Two thirds of young people (66%) in therapeutic care were found to be receiving psychotherapy whereas in the general group it is 47% (which is, incidentally, also rather high). There are differences in the types of treatment. In therapeutic care, 42% are being treated by psychiatrists and psychologists, something which only happens in 6% of the general group. It is clear that those in the therapeutic group need pharmacological support and therefore a psychiatrist, and in fact 46% were found to be receiving medication as opposed to 16% in the general group. Although no significant difference was found between the two groups it is worth drawing attention to behaviours relate to suicide. In therapeutic care, 26% of the adolescents had threatened suicide (11% in the general group) and 10.5% had attempted suicide (double that found in the general group). The topic of suicidal behaviour is another which we believe should be investigated much more deeply in residential care.

One of the biggest differences between the groups was with respect to substance abuse. There were problems of abusive alcohol consumption in 18% of the therapeutic group (1.8% in the general group); equally, there were problems of excessive cannabis consumption in more than a third of the therapeutic group as opposed to 11% in the general group.

Psychiatric treatments are carried out in the centre itself in a third of the cases in the therapeutic group but not in any of the general group. Visits to the public health service psychiatrist were found to be 15% in both groups. In contrast psychological treatment in the centres themselves is much more common, 66% of cases in the therapeutic group and 33% of cases in the general group. The use of public health system psychologists was also very similar.

We end with a preview of data from the application of the Achenbach CBCL. As can be seen in table 3, there are significant differences in sections about rule breaking behaviour and aggressive behaviour. This is evident in the externalising broadband scale in which 80% of the cases in therapeutic care are in the clinical range (56% in the general group). No differences are seen with internalising problems but there is a slight tendency towards higher scores in the general group. The lack of difference in the thinking problems section, which refers to possible diagnoses of psychosis, indicates that this type of problem is not necessarily referred to therapeutic centres. Finally it can be seen that 82% of the therapeutic group have some clinical broadband scale as opposed to 64.5% of the general group.

Table 3. Cases in clinical range in CBCL

	Total sample (n = 326)	Therapeutic (n=51)	General (n=283)
	n (%)	Clinical range n (%)	Clinical range n (%)
Anxious/Depressed	43 (13.1)	6 (12)	37(13.4)
Withdrawn/Depressed	58 (17.6)	6 (12)	52 (18.6)
Somatic complaints	38 (11.4)	6 (12)	32 (11.4)
Social problems	62 (18.8)	10 (19.6)	52 (18.6)
Thought problems	34 (10.3)	5 (9.8)	29 (10.4)
Attention Problems	63 (19.1)	13 (26)	50 (17.9)
Rule breaking behavior	108 (33)	24 (48)	84 (30.3) ^{***}
Aggressive behavior	111 (33.8)	25 (50)	86 (30.9) [*]
Internalizing	102 (31.6)	14 (28)	88 (31.9)
Externalizing	196 (59.9)	40 (80)	156 (56.3) ^{**}
Total behavior problems	175 (53.7)	33 (66)	142 (51.4)
Any broadband	219 (67.2)	41 (82.0)	178 (64.5) [*]

*: $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$ on *chi square*.

Conclusions

Unfortunately, Spain has not historically had a culture of programme evaluation, which would strengthen the residential resources that are most effective and efficient. In the area of therapeutic residential care this is even more serious because these evaluations could have avoided some cases in which it was later discovered that the rights of young people had not been respected. In Spain, unlike other countries, the idea of evidence-based programmes, of which there are excellent examples in child care, has not become widespread. The urgent need to respond to young people with serious behavioural problems has led to a boom in many different specialised programmes and in some cases has resulted in hurried and improvised solutions. Currently, the drive of the Ministry of Health and Social Services towards publishing quality standards for special residential programmes (Del Valle, Bravo, Hernández & Santos, 2012) and certain control measures from the administrations seem to have corrected many of the irregularities. A significant piece of data is the relatively high percentage (34%) of adolescents in therapeutic programmes not receiving psychiatric treatment, which begs the question, what are they doing there? There are resources of this type which rely on their own psychiatrists and psychologists, there are others that only have one and others that depend on referrals to external mental health services. It is obvious that there is an urgent need for criteria to define what is required to be a programme of therapeutic residential care together with the associated resources and possible methods of working.

The profiles of these young people in Spain show that more than half are between 15-16 years old and the majority are male. In addition, the questions of cultural origin and ethnicity are important, particularly with adolescents from Roma families who are overrepresented in therapeutic programmes.

As expected, there is a higher incidence of externalising disorders, which hinder adaptation to the more family-like children's homes. The intellectual disability associated with these disorders commonly results in a particularly complicated profile. In general, children with intellectual disabilities represent around 15% of the total in residential child care in Spain but nonetheless, as has been pointed out in the scientific literature, as a group they are scarcely visible.

Another worrying, and little studied fact, is suicidal behaviour, as 10% of adolescents in therapeutic centres have attempted suicide (almost double the percentage of their peers in children's homes, although that number is by no means negligible). This issue might have more to do with internalising problems, in particular with depression, which often goes unnoticed by adults (parents as much as residential social educators) and calls for more attention as well as mechanisms for its early detection and prevention.

The situation of therapeutic residential care in Spain is still confusing despite the fact that significant errors of lack of control in these programmes have been corrected. Some quality standards have been published and there are some recent publications about the need for mental health care in this group, as well as a guide to help residential care staff detect and work with emotional and behavioural problems (Del Valle et al., 2011). All of this is creating a climate of increased awareness of these serious problems which, together with the gradual introduction of the concept of evidenced-based programmes (although that is in the very early stages) could bring about very positive changes in the future.

References

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children Youths & Families.
- Bravo, A., & Del Valle, J. F. (2009). Crisis and review of child residential care. Its role in child protection. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 42-52.
- Burns, B. J., Philips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., et al. (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), 960-970.
- Defensor del Pueblo. (2009). *Centros de protección menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social* [Residential child care for children with behavioral diseases and social difficulties]. Madrid, Spain: Defensor del Pueblo.
- Del Valle, J. F., López, M., Montserrat, C., & Bravo, A. (2009). Twenty years of foster care in Spain: Profiles, patterns and outcomes. *Children and Youth Services Review*, 31(8), 847-853.
- Del Valle, J.F., Sainero, A.M. & Bravo, A. (2011). *Salud mental de menores en acogimiento residencial. Guía para la prevención e intervención en hogares y centros de protección de la Comunidad Autónoma de Extremadura*. [Mental health of children in residential care. A guide for prevention and intervention in residential facilities of the autonomous community of Extremadura]. Badajoz: Servicio Extremeño de Salud.
- Del Valle, J. F., Bravo, A., Hernández, M., & Santos, I. (2012). *Estándares de calidad en acogimiento residencial especializado EQUAR-E*. [Quality standards for specialised residential care EQUAR-E]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- López, M. & Del Valle, J.F. (in press). The waiting children: pathways (and future) of children in long-term residential care. *British Journal of Social Work*.
- Sainero, A., Bravo, A., & del Valle, J. F. (2013). 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*. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/7241063426612470517>.
- Sainero, A., Del Valle, J. F., López, M., & Bravo, A. (2013). Exploring the specific needs of an understudied group: children with intellectual disability in residential child care. *Children and Youth Services Review*, 35(9), 1393-1399. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.04.026>
- Trout, A., Casey, K., Chmelka, M. B., DeSalvo, C., Reid, R., & Epstein, M. H. (2009). Overlooked: children with disabilities in residential care. *Child Welfare* 88(2), 111-136.

Capítulo 6.

Resultados y conclusiones

El acogimiento residencial cumple un papel muy relevante dentro del sistema de protección a la infancia español. Bien por tradición histórica o por el retraso en el impulso de las medidas de acogimiento familiar (López, et al., 2010) lo cierto es que los hogares de acogida constituyen la alternativa mayoritaria ante los casos de separación familiar en nuestro país (Observatorio de Infancia, 2012), al menos en términos del número de altas en medidas de separación familiar.

En la evolución de los hogares, uno de los hitos fundamentales fue el cambio de perfil de los niños y jóvenes acogidos que se produjo en la década de los 90 (Bravo y del Valle, 2009). El objetivo de dar una respuesta ajustada a las necesidades que planteaban los diferentes casos, exigió la diversificación de la red de hogares que hoy cuenta con diferentes tipos de residencias especializadas en la atención de determinados grupos. Dentro de éstos, los niños y adolescentes que presentan problemas emocionales o conductuales y/o trastornos de salud mental constituyen una población numerosa en los hogares de protección y plantean numerosas cuestiones aún no resueltas en su intervención.

Los resultados obtenidos en esta tesis doctoral han permitido perfilar las características de la población acogida haciendo especial incidencia en sus necesidades de salud mental, por primera vez en nuestro país, orientando así el diseño de intervenciones eficaces y protectoras desde el acogimiento residencial. Si bien cada uno de los trabajos presentados previamente discute los resultados obtenidos y establece las conclusiones que se derivan de su análisis, en este apartado se discutirán los hallazgos desde una perspectiva global, se perfilarán las conclusiones que se derivan, las futuras líneas de investigación en nuestro país sobre esta temática y las implicaciones prácticas derivadas de esta tesis doctoral.

6.1. Perfil de niños y adolescentes acogidos

Desde hace ya varios años, investigaciones en acogimiento residencial en España señalan que los hogares de protección actuales se caracterizan por la acogida mayoritaria de adolescentes, que constituirían el 70% de la población que vive en estos recursos (Bravo y del Valle, 2009). Este modelo de acogimiento residencial, nos acerca al funcionamiento de otros países europeos donde los hogares de acogida se ocupan fundamentalmente de jóvenes para

quienes no se considera viable una alternativa familiar, bien por su edad cercana a la mayoría, por sus historias previas de rupturas o por el grave daño emocional que presentan (Ford, et al., 2007; Meltzer, et al., 2003). El análisis del perfil de los niños y jóvenes realizado en esta investigación confirma esta tendencia. En la muestra acogida en los hogares de protección el 66% corresponde a adolescentes entre los 12 y los 18 años, siendo el rango por encima de los 15 años el más numeroso. A pesar de que un 30% de los niños acogidos se sitúen entre los 6 y los 12 años la dominancia de los adolescentes como población más numerosa, exige un modelo de hogar que responda a las necesidades que plantea esta etapa evolutiva, a lo que es necesario añadir las características y problemáticas asociadas que muchos presentan.

Un aspecto clave para entender la realidad de los hogares de protección es además de la edad, tener en cuenta el motivo de protección que genera el ingreso en el sistema. Estas dos variables configuran grupos diferenciados que requerirían diferentes intervenciones. En esta investigación, la tipología de maltrato más frecuente fue la negligencia (física y emocional), dato que concuerda con los aportados por estudios nacionales e internacionales (Burns, et al., 2004; Del Valle, et al., 2008; Saldaña, Jimenez, y Oliva, 1995). Otras formas de maltrato más activo como el abuso físico o sexual tuvieron una baja incidencia, inferior a lo esperado tomando como referencia otras muestras de protección (Del Valle y Bravo, 2002; Del Valle, Bravo, y Álvarez, 2003)

En cuanto a la permanencia en los hogares, la media de estancia fue de aproximadamente 3 años de estancia y uno de cada cuatro niños y jóvenes acogidos llevaba 4 años acogido. Esta tendencia de estabilidad, característica de nuestro sistema de protección, ha sido ya señalada por otras investigaciones en acogimiento residencial en nuestro país (López y del Valle, 2013) y tal y como señalan estos autores, implica que una parte importante de la etapa infanto-juvenil de esta población se desarrolla en el contexto de un hogar residencial, que no siempre parece ser un entorno que cubra sus necesidades de manera adecuada.

En el año 2007, Sinclair et al., establecieron tomando como referencia la edad y el motivo de protección, cuatro categorías que agrupaban los casos que entraban en el sistema: casos de niños más pequeños (por debajo de 11 años), y en la etapa adolescente distinguen los que han alcanzado esta edad habiendo ingresado de pequeños (adolescentes graduados), los que ingresan en la adolescencia sin problema de maltrato y los que ingresan en la adolescencia pero debido a maltrato. Según esta clasificación, en nuestro contexto de acogimiento residencial, la mayoría corresponde a adolescentes que ingresan en el sistema con historia de malos tratos. Esto supone que han estado expuestos, a lo largo de toda su infancia a un contexto familiar negligente (tomando como referencia la tipología de maltrato más frecuente) o donde han existido situaciones variadas de malos tratos que han podido impactar negativamente en su

desarrollo psicológico y motivar la aparición de alteraciones y trastornos que manifiestan actualmente en los hogares de acogida. El segundo grupo más numeroso corresponde a adolescentes graduados, es decir niños por debajo de los 11 años que ingresaron por situaciones de desprotección en su contexto familiar y que alcanzaron la etapa adolescente (que presentan actualmente) en los hogares, complicándose una vez alcanzada esta edad las alternativas familiares (como el acogimiento o la adopción) y manifestando en un alto porcentaje de casos indicadores de malestar que alcanzan la categoría de alteración clínica.

Una característica común y que es importante tener en cuenta para la explicación de las alteraciones de salud mental que presenta esta población, es la exposición de todos ellos a situaciones de malos tratos y abandono en su contexto familiar, consideradas en sí mismas, factores de riesgo suficientemente potentes para generar trastornos de salud mental que acompañarán a la persona a lo largo de toda su vida (Cicchetti y Rogosch, 2009; Cicchetti y Valentino, 2006; Zimmer y Panko, 2006).

De forma paralela a las experiencias de maltrato, el análisis de su contexto familiar ha puesto de manifiesto los numerosos factores de riesgo que están presentes en la vida de estos niños y adolescentes y que han sido identificados como variables que incrementan el riesgo de manifestar problemas de tipo emocional. Como perspectiva general, podríamos decir que la población que vive en los hogares procede de familias muy numerosas, con una situación marital inestable caracterizada generalmente por la separación y en la que ambas figuras tienen asociadas diferentes problemáticas psicosociales que dificultarían un adecuado ejercicio de sus deberes parentales. Las tasas de estos factores se encuentran en la línea de lo identificado en otras muestras de protección en el contexto internacional (Hukkanen, Sourander, Bergroth, y Piha, 1999; Tarren-Sweeney, 2008), aunque destaca la elevada frecuencia de consumo de sustancias aditivas y situaciones de pobreza encontradas. La existencia de estas variables en un elevado porcentaje de casos, confirma por tanto la hipótesis planteada y enfatiza la necesidad de considerar a este grupo de niños y adolescentes, de forma previa a cualquier valoración diagnóstica, como una población vulnerable a manifestar trastornos de salud mental y por tanto sobre la que es necesario implementar estrategias de prevención en los diferentes niveles reduciendo la prevalencia e incidencia de cuadros clínicos que se constatan (Dore, 1999).

Dentro de la extrema vulnerabilidad que presentan los niños acogidos en los hogares residenciales, ésta se incrementa en aquellos que presentan algún tipo de discapacidad, especialmente si es de tipo intelectual. A pesar de la invisibilidad y el desconocimiento de sus características en la literatura científica, este grupo constituye un porcentaje importante de la población que vive integrada en los hogares de protección de nuestro país (el 18% de la muestra total del estudio). De hecho, aunque esta tasa de prevalencia encaja en las estimaciones

internacionales que señalan que los niños y adolescentes con discapacidad suponen entre el 10 y el 31% de la población que vive en protección (Trout et al., 2009), es superior al 10% encontrado en estudios con muestras de acogimiento residencial (Hill, 2012; Lighfoot, Hill, y Laliberte, 2011). Por tanto, en nuestro modelo de acogimiento residencial, la relevancia de estos niños y jóvenes exige una atención específica a sus características y necesidades de intervención. Esta investigación ha puesto de manifiesto, por primera vez, las particularidades que plantean en el marco de la intervención protectora frente a sus compañeros sin discapacidad y ha hecho evidente la necesidad que los hogares de protección sean sensibles a sus características. Confirmando la hipótesis establecida sobre este grupo concreto de niños y adolescentes, los resultados han mostrado una mayor prevalencia de alteraciones, especialmente de tipo social y de pensamiento, así como una mayor tasa de derivación a tratamiento, criterio indicativo de las dificultades de intervención que plantean para los educadores. Todo ello requiere por tanto, no sólo adaptar los programas que se implementan en los recursos a sus capacidades y problemáticas sino también y de manera prioritaria dotar al personal de atención directa de las estrategias y los recursos de apoyo necesarios para, en primer lugar favorecer una detección inicial de esta condición que permita poner en marcha los servicios de estimulación y apoyos requeridos en cada caso, identificar precozmente las alteraciones de tipo clínico que pueden presentar de manera diferenciada frente a sus compañeros y potenciar sus capacidades en las diferentes áreas de su desarrollo. El hogar de acogida debe ser un entorno de protección pero también un contexto de estimulación e intervención eficaz que potencie la integración de este grupo y favorezca su desarrollo en todas las áreas.

6.2. Prevalencia de alteraciones clínicas

La primera de las hipótesis de esta investigación fue que la tasa de trastornos de salud mental presente en esta población acogida en los hogares de protección, sería superior a la estimada en población general como así ha quedado de manifiesto. La cifra que se maneja en España estima que entre el 17 y el 20% de la población infanto-juvenil presenta un trastorno de salud mental (Lemos, 2003). Si tomamos como referencia el porcentaje de casos que puntúa como clínico en alguna de las escalas de segundo orden del instrumento de screening cumplimentado por los educadores (CBCL), esta cifra ascendería al 44% de los niños y adolescentes acogidos, confirmando así la elevada presencia de alteraciones que alcanzarían la categoría clínica. Si bien este dato evidencia el elevado malestar emocional que presentan los niños que viven en los hogares de protección, podemos afirmar que la tasa se encuentra en el rango establecido en otras muestras internacionales que oscila entre el 30 y el 80% de los niños y jóvenes que viven acogidos en residencias (Burns, et al., 2004; Garland, et al., 2001; Schmid, Goldbeck, Nuetzel, y Fegert, 2008). Podríamos considerar por tanto, que la población acogida en los hogares de protección de nuestro país presenta un alto porcentaje de daño

emocional, con una cifra que equipara esta problemática a la de otros países que desde hace décadas abordan de manera diferenciada esta temática. Es necesario además, tener en cuenta en este análisis las diferencias en funcionamiento del sistema protector de cada país, ya que en otros contextos el acogimiento residencial se orienta a la protección de los perfiles que presentan precisamente más psicopatología y conflictividad mientras que en nuestro modelo, como hemos visto, el acogimiento residencial acoge un elevado número de casos que son derivados a una medida de separación familiar. Por tanto esta elevada prevalencia de problemas de tipo clínico encontrados, es un indicador claro de la necesidad de atender específicamente esta realidad en los hogares de protección y promover un modelo de intervención y acogida más terapéutico y reparador, del que todos los niños y adolescentes acogidos en estos recursos puedan beneficiarse.

6.3. Derivación y uso de servicios clínicos

Por el contrario, a pesar de que casi la mitad de los niños y adolescentes acogidos manifestarán alteraciones clínicas, la tasa de derivación a servicios de intervención para su tratamiento se situó en un 26% de los casos. Dentro de este grupo, la mayor parte acude a tratamiento psiquiátrico y tienen prescrita medicación psicotrópica. Los servicios de atención pública son los más utilizados, aunque el porcentaje no alcanzaría a todos los casos considerados como problemáticos. Esto confirma la cuarta hipótesis planteada de que la atención terapéutica a los problemas emocionales y conductuales que presentan estos niños y jóvenes (a pesar de su consideración de población de riesgo) es un asunto deficitario y que nos encontramos ante una necesidad no cubierta en nuestro contexto de protección. Este hallazgo evidencia además, un panorama de intervención carencial similar al hallado en otros países. Aunque la tasa de derivación a servicios clínicos encontrada en esta investigación es superior a la existente en otros estudios con muestras de acogimiento residencial (Burns, et al., 2004; Farmer, et al., 2010; Hurlburt et al., 2004), la falta de atención es equiparable y parece responder a las mismas razones de carencia de instrumentos de detección precoz y a procesos de derivación basados en criterios de alteración de funcionamiento del hogar más que a indicadores de malestar. En este sentido, inicialmente el 60% de los diagnósticos que existían en la muestra (establecidos por un profesional responsable de la intervención clínica) encajaban en la categoría de trastornos externalizantes, mientras que otros cuadros de tipo más internalizante apenas estaban presentes. La identificación de estos cuadros como "clínicos" y la necesidad urgente de solución que plantean, parece estar más clara por parte de los educadores, por sus características más observables y por lo disruptivo que supone sus manifestaciones en un contexto de convivencia.

6.4. Dificultades en el proceso de detección

La dificultad de detección de determinada sintomatología en la dinámica de los hogares de protección es comprensible teniendo en cuenta la variabilidad en el perfil de los niños y jóvenes atendidos, la ausencia de instrumentos estandarizados que guíen este proceso y la falta de formación y entrenamiento por parte de los profesionales de atención directa en la de identificación temprana de manifestaciones clínicas (que no está incorporada en su itinerario formativo). Los resultados demuestran que su habilidad en la identificación de manifestaciones de tipo clínico no difiere de la que presentan los padres respecto a sus hijos, de hecho las correlaciones encontradas en las escalas son prácticamente iguales (0.24 entre padres e hijos y 0.22 entre los educadores y los jóvenes), por tanto, las informaciones de los profesionales resultarían igualmente válidas para la toma de decisiones sobre el estado emocional de los niños y jóvenes acogidos. Dados que estos niveles de acuerdo entre informantes son moderados, se refuerza además la idea de Achenbach (2006) acerca de la necesidad de contar con múltiples perspectivas en la evaluación infanto-juvenil y se acredita la importancia de fomentar y tener en cuenta la información de los propios adolescentes sobre su estado emocional durante el tiempo que estén en protección.

Tomando como referencia la literatura existente en el tema, lo esperable sería que los educadores (al igual que sucede con los padres) detectaran con mayor facilidad las conductas más externas (por su carácter más evidente y apreciable) frente a indicadores de malestar más privados y personales. El contraste entre la información aportada por los educadores y la de los propios adolescentes en esta investigación ha permitido confirmar esta hipótesis, encontrando correlaciones más elevadas en las manifestaciones externalizantes frente a las internalizantes en la línea de lo que históricamente se ha establecido entre padres-hijos. Sin embargo, se ha puesto de manifiesto que existen indicadores de malestar de tipo más privado que los jóvenes informan (en mayor porcentaje que los referentes adultos) y que pasan desapercibidos para el equipo educativo. Dada la vulnerabilidad de estos niños a manifestar esta tipología de trastornos, hacer conscientes a los profesionales de esta detección diferencial, podría incrementar su sensibilidad hacia la existencia de estas conductas, cuya identificación parece quedar sometida a la información por parte de los propios jóvenes (que además no siempre son consultados). Esto es especialmente relevante para los casos de los niños más pequeños que por edad quedan excluidos de la aplicación de este tipo de instrumentos de auto-informe y cuyo malestar podría no ser atendido con la urgencia y eficacia necesarias.

Todo lo descrito anteriormente permite caracterizar la atención a los trastornos de salud mental de los niños y jóvenes acogidos en los hogares de forma muy similar a las orientaciones que desde hace varias décadas vienen presentándose en el marco de la investigación

internacional. Nos encontramos con una población altamente dañada y vulnerable a manifestar diferentes cuadros clínicos, especialmente de tipo externalizante, aunque la dominancia de este tipo de alteraciones podría responder a cuestiones de objetividad y facilidad en la detección más que a una mayor frecuencia real. A pesar de que se trata de una necesidad evidenciada y que los problemas en la atención a este grupo de niños con trastornos viene constituyendo desde hace varios años en nuestro país un asunto considerado problemático, la baja tasa de derivación a servicios de intervención terapéutico evidencia que no parece estar atendiéndose esta necesidad de manera satisfactoria. Los profesionales de atención directa muestra una eficacia similar a los padres como informantes del malestar. Dado que se trata de una población con clara evidencia clínica, los educadores deben estar formados para la detección precoz de cualquier indicador de malestar y conocer las pautas y criterios de derivación. Igualmente se considera imprescindible tener en cuenta la visión de los propios implicados, adolescentes mayoritariamente, sobre su estado emocional ya que como ha quedado de manifiesto, aportan información privada que puede pasar desapercibida para los profesionales.

No es posible para finalizar, obviar la especial atención que requiere el grupo de niños y adolescentes con discapacidad intelectual que viven en los hogares desprotección. Sus características y necesidades diferenciadas del resto de niños acogidos y su relevancia en la dinámica de los hogares exige comenzar a trabajar desde una perspectiva sensible y especializada en este grupo, especialmente vulnerable a la exclusión y las dificultades en su desarrollo.

6.5. Conclusiones

Podemos concluir en primer lugar que la salud mental de los niños y adolescentes que viven en los hogares de protección presenta en nuestro país un panorama muy similar al existente en el contexto internacional. Los factores de riesgo, la prevalencia y tipología de trastornos y las dificultades de detección y derivación son comunes al resto de sistemas protectores de la infancia que llevan ya varias décadas realizando investigación sobre esta temática, teniendo en cuenta los condicionantes socio-culturales que existen.

1. Nos encontramos ante una población en la que están presentes numerosos factores de riesgo familiares y asociados al contexto e historia de protección que ya de por sí, justificarían la consideración de población extremadamente vulnerable a manifestar trastornos y alteraciones de salud mental y que debería por tanto contar con programas y recursos de prevención y detección precoz.

2. Esta vulnerabilidad es manifiesta al analizar la tasa de alteraciones clínicas encontrada. La prevalencia de niños y jóvenes que, de acuerdo a los criterios de la prueba de screening

diagnóstico presentarían un trastorno de tipo clínico, duplica la estimada en la población infanto-juvenil general de nuestro país y alcanza a casi la mitad (44%) de los niños y adolescentes que viven acogidos en los hogares de protección.

3. La tasa de derivación a tratamiento clínico no parece cubrir la necesidad de intervención existente, puesto que únicamente un 26% acudía a servicios terapéuticos.

4. El tratamiento psiquiátrico es la intervención más frecuente con este grupo. Más de la mitad de los casos que acuden a estos servicios tienen prescrita además medicación psicotrópica.

5. Se utilizan los servicios públicos de salud mental infanto-juvenil como recurso mayoritario y sólo un pequeño porcentaje de casos es atendido por profesionales de su propio hogar de acogida.

6. Los niños y jóvenes con discapacidad intelectual son un grupo con una presencia relevante en el conjunto de la población atendida en los hogares.

7. El análisis de las características de este grupo diferenciado, muestra una mayor vulnerabilidad y frecuencia en la manifestación de alteraciones clínicas y otros problemas añadidos (como las dificultades escolares o los elevados cambios de medida) que dificultarían su adaptación y la consecución de un desarrollo evolutivo exitoso en protección, por lo que sería necesario el diseño de intervenciones sensibles y adaptadas desde los hogares.

8. El tipo de alteración más frecuentemente detectada en acogimiento residencial es el que cursa con manifestaciones de tipo externalizante como pueden ser la agresividad o la conducta disruptiva. Las manifestaciones internalizantes también están presentes en este grupo con más frecuencia que en la población general.

9. La eficacia de los educadores como informantes de la conducta problemática mostró resultados similares a las que se encuentran en los padres, por lo tanto puede considerarse al personal de atención directa como un referente igualmente válido en la detección de las alteraciones.

10. Educadores y jóvenes alcanzan niveles de acuerdo más altos en las conductas externalizantes. Sin embargo los jóvenes informan de más sintomatología internalizante que sus educadores, por lo que parece que éstas pasan más desapercibidas en la dinámica diaria de los hogares de protección.

11. Es imprescindible contar con la perspectiva de los adolescentes acogidos sobre su estado emocional. Así será posible evitar el infra-diagnóstico de determinados cuadros clínicos y se favorecerá una evaluación más completa y objetiva del caso.

12. Es necesario implementar protocolos de evaluación en la dinámica de los hogares de protección que permitan una detección e intervención precoz en las manifestaciones clínicas que presenta este grupo con elevada frecuencia.

6.6. Conclusions (English form)

According to the data previously presented, it is possible to confirm that the mental health status of children and adolescents in residential care in Spain presents a similar situation to other international contexts of care. Risk factors, prevalence and type of disorders, detection and referral difficulties in our country are similar to the ones identified in other international Child Welfare Systems, which have been researched the topic of research during recent decades.

1. Children and adolescents who live in residential care show a high prevalence of family and personal risk factors associated to their history and context of care. So it would be justified to consider them as a group which is extremely vulnerable to manifesting emotional and behavioral problems and mental health disorders. This consideration emphasizes the need to implement prevention and detection resources and programs.

2. This vulnerability is confirmed when we analyze the prevalence of emotional and behavioral problems that these children have. According to the screening criteria, the percentage of children in residential care who would be diagnosed with a mental health disorder is twice that estimated in the general population of children and young people. In this sample, about 44% of children and adolescents showed an emotional or behavioral clinical problem.

3. The percentage of children who were referred for mental health treatment (psychiatric and/or psychology service) is not considered sufficient to the true prevalence of mental health problems, because only 26% of the sample went to these clinical services.

4. Psychiatric treatment was the most common service in this group. More than a half of the children who used this service, also had a prescription for psychotropic medication.

5. Public psychiatric services are the most common resource used in the clinical treatment of these children and only a small percentage are treated by clinical specialists from their residential care home.

6. Children and adolescents with intellectual disability are a significant group in the population who live in residential care in Spain.

7. The analysis of the characteristics of this specific group shows that they are more vulnerable and have a higher frequency of clinical behavior and other associated problems (such as educational difficulties and more changes of placements) that could negatively affect to their

adaptation and development during the time they are in the Child Welfare system. Therefore, it would be necessary to design sensitive and adaptable interventions and plans which could be implemented in the residential care facilities in order to improve their capabilities.

8. Externalizing problems (such as aggressive or rule breaking behavior) are the most common clinical disorders that appear in children who live in residential care. Internalizing problems are also frequent (but less than externalizing problems), with a higher prevalence higher than in the general population of children and adolescents.

9. Residential workers were shown to be as effective as parents as informants of problematic behavior, so they could be considered equally valid sources of information in the detection and referral process of clinical children and adolescents.

10. Residential workers and adolescents were in more agreement regarding the externalizing problems. However, adolescents reported more internalizing problems than the adults, so it means that private clinical behavior may be underestimated in the daily life of the residential facilities.

11. It is vital to take into account of the perspective of the adolescents who live in residential care about their own behavioral and emotional status. Doing so, could minimize the under-diagnosis of specific (internalizing) disorders and the evaluation process would be more complete and objective.

12. It is necessary to establish evaluation and detection processes (such as screening used in this research) in the daily life of residential care. Only by doing that, will it be possible to effectively identify the clinical problems that children and adolescents in these facilities frequently have, and design adequate clinical and psycho-social interventions.

6.7. Implicaciones para la práctica del acogimiento residencial

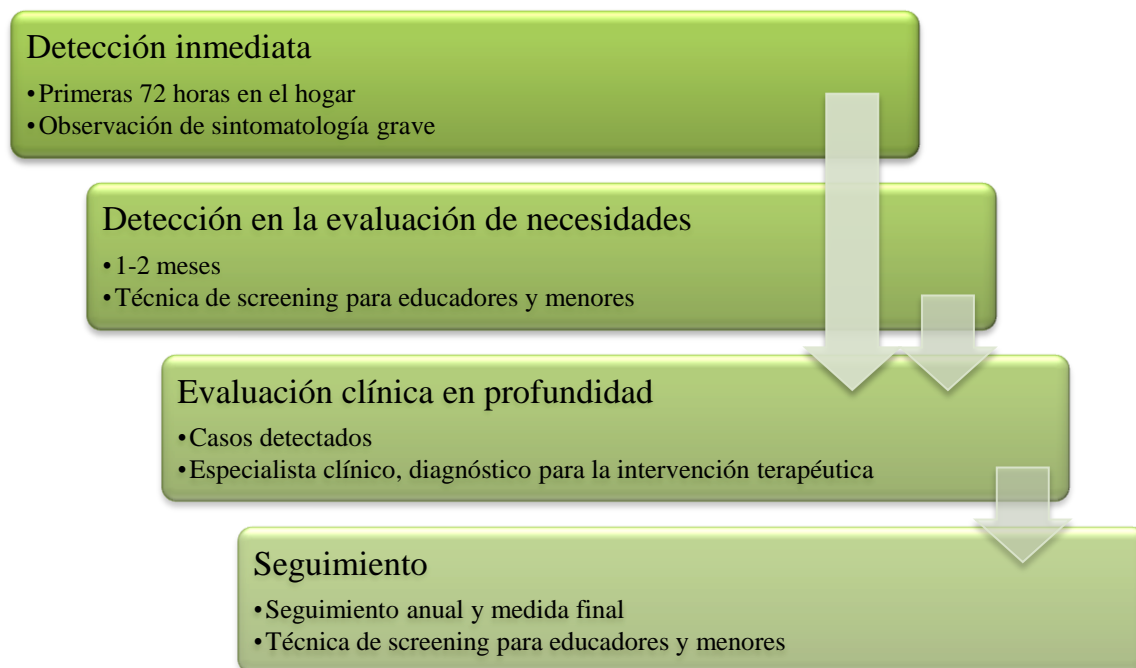
Los resultados obtenidos en esta investigación han puesto de manifiesto las necesidades de salud mental que presentan los niños y adolescentes acogidos en los hogares de protección. Con la perspectiva de un sistema especializado y sensible a las características de la población que protege, es necesario enumerar una serie de implicaciones prácticas derivadas de los hallazgos aquí recogidos que deberían incorporarse en el funcionamiento de los hogares de protección actuales, en aras de una intervención más sensible y ajustada.

Puesto que en una parte muy importante de la población atendida en los hogares se identifican alteraciones emocionales y conductuales que comprometen su bienestar, se requiere dar un paso más en el modelo de especialización del acogimiento residencial y generalizar en los diferentes hogares un entorno de carácter terapéutico que permita la recuperación y

estabilización del conjunto de los niños y jóvenes, independientemente de que no todos presenten sintomatología de tipo clínico. El análisis de sus historias previas y sus condiciones de vida actuales permite afirmar que, sólo en base a estas variables, disponer de recursos orientados a la reparación y cuidado del estado emocional supondrían un beneficio incuestionables. Se trataría de lograr que la experiencia de acogimiento residencial resultara terapéutica en sí misma. Para ello, es necesario crear entornos de seguridad y vinculación emocional, donde existan referentes estables con los que sea posible establecer nuevos modelos de relaciones y en los que exista sensibilidad a las expresiones del malestar que muchos de los niños presentan. Sería necesario también, enfatizar el trabajo en las áreas que la investigación ha mostrado como más deficitarias en este grupo (habilidades sociales, reconocimiento y expresión emocional, autoestima, etc.) y cuyo desarrollo potenciaría la resiliencia y el ajuste psicosocial futuro. Esto sería viables a través de la implementación de programas de entrenamiento adaptados a sus situaciones y que pudieran incorporarse en la dinámica de la vida diaria de los hogares.

A la luz de estos resultados es evidente la urgente necesidad de implementar un protocolo de detección y evaluación precoz de los trastornos de salud mental en los hogares de protección. La ausencia de instrumentos que guíen y orienten al personal sobre aquellas conductas o manifestaciones más "problemáticas" puede estar detrás de las dificultades de detección manifiestas, especialmente en determinados cuadros diagnósticos que cursan con indicadores más privados. Actualmente, contamos con instrumentos de screening como los empleados en esta investigación, validados en muestras de protección, que podrían formar parte de la evaluación inicial y de los seguimientos que realizan los educadores dentro del Sistema de monitorización y registro en acogimiento residencial (SERAR) implementado en gran parte de las comunidad autónomas de nuestro país (Del Valle y Bravo, 2007b). Únicamente sería necesario contar con un profesional con formación encargado de la corrección e interpretación de los resultados. Esta propuesta de detección inicial debería de contar además con un itinerario de evaluación diagnóstica y tratamiento clínico posterior. De esta manera, desde los hogares de protección existiría una orientación clara sobre los pasos y procedimiento de intervención ante los niños y jóvenes que presenten algún tipo de indicador o alteración clínica.

Figura 2. Propuesta de protocolo de detección y evaluación diagnóstica en acogimiento residencial



Los beneficios de este protocolo serían no sólo una detección precoz ajustada y eficaz de los trastornos, con las ventajas que esto supone en la prevención de la cronificación de las alteraciones, sino que además, los resultados obtenidos en estos instrumentos podrían orientar los objetivos de intervención con los niños y adolescentes desde los hogares. Si perfilamos el estado emocional y conductual de un niño en el momento de su ingreso y trabajamos guiándonos por objetivos de recuperación y extinción de las conductas identificadas como clínicas, la evolución de estos indicadores a lo largo del tiempo evaluará el acierto o no de nuestras intervenciones y la eficacia del acogimiento residencial como contexto protector. Lo mismo sucede con los servicios de atención clínica a los que son derivados, que podrán ser valorados en función de los resultados que van registrándose.

Independientemente del sistema de evaluación que seleccionemos, es necesario contar con la perspectiva de los adolescentes para informar de su estado emocional y conductual, ya que como se ha comprobado sus aportaciones complementan la visión del adulto respecto a su problemática. La participación de los niños y jóvenes en la toma de decisiones y aspectos relacionados con su vida es una condición establecida como imprescindible para una atención de calidad en acogimiento residencial (Del Valle, Bravo, Hernández y Santos, 2012b). Esto deberá extenderse de manera generalizada a las cuestiones relativas a sus necesidades de salud mental.

La formación del personal de atención directa es un asunto pendiente en el abordaje de esta temática. Los educadores deberían contar con un profundo conocimiento del desarrollo evolutivo de los niños y adolescentes y especialmente de las manifestaciones clínicas que generalmente se asocian a los niños que están en protección. Además deberían estar familiarizados con los procedimientos de screening y detección y entrenados en el manejo de perfiles con alteraciones o trastornos de salud mental, especialmente las de tipo disruptivo. Ellos, además de los informadores principales sobre la conducta problemática, son quienes deberían convertirse en referentes y figuras de vinculación necesarios para el trabajo terapéutico, de modo que enseñen a los niños nuevos estilos relacionales que éstos puedan incorporar y generalizar.

Puesto que los resultados obtenidos en esta tesis doctoral ponen de manifiesto la similitud de las problemáticas que presenta la población en acogimiento residencial en el contexto internacional, es posible abogar por el diseño de programas de formación internacionales que permitan un aprovechamiento común de los conocimientos de los que disponen países con una larga tradición investigadora y práctica en esta temática. Diferentes países europeos cuentan con toda una red de atención especializada para los niños y adolescentes que están en protección que ha sido evaluada con criterios de eficiencia y calidad. La experiencia de estos contextos, teniendo en cuenta las consideraciones socio-culturales necesarias, puede orientar el diseño de intervenciones y servicios en nuestro país que den respuesta a la necesidad detectada.

Finalmente, una de las grandes demandas que se plantean en el abordaje de esta cuestión es la necesidad de enfatizar la coordinación entre los grandes sistemas implicados: el sistema protector y el sistema sanitario. En contextos de protección internacionales se van diseñando estrategias que permiten la convergencia de las dos perspectivas y la búsqueda de alternativas y soluciones comunes a una responsabilidad que debe ser compartida. En el contexto español comienzan a darse los primeros pasos en esta dirección.

6.8. El futuro de la investigación en salud mental en acogimiento residencial

Esta tesis doctoral supone el punto de partida en el estudio de los problemas de salud mental de los niños y jóvenes que viven en acogimiento residencial en nuestro país. La falta de datos previos exigió que los objetivos planteados respondieran a cuestiones de carácter exploratorio y mayoritariamente descriptivo, pero aún quedan en el aire numerosas cuestiones de investigación que irán siendo respondidas en los próximos años.

Un primer hito importante será la generalización de los resultados obtenidos al resto de población acogida en la red residencial de España. Es necesario replicar el diseño aquí

implementado con una perspectiva nacional, de manera que sea posible superar los condicionantes socio-culturales que estarían asociados a una única comunidad autónoma de nuestro país.

Además, la realización de estudios de carácter longitudinal resultará fundamental en el abordaje de esta problemática. Interesa conocer no sólo el estado emocional y conductual en un momento concreto del proceso de acogida si no tratar de perfilar cuál es la evolución de la sintomatología que presentan estos niños y jóvenes a lo largo del tiempo y el impacto que genera la intervención protectora en su curso. El Grupo de Investigación en Familia e Infancia de la Universidad de Oviedo está inmerso actualmente en este proceso de evaluación, desde una perspectiva longitudinal y nacional (con una muestra representativa de todo el territorio español), que permitirá confirmar y ampliar los resultados que aquí se han defendido.

Especial atención requerirán los hogares de socialización y terapéuticos. La adecuación de su diseño y modelo de intervención deberá ser sometido a procesos de evaluación de resultados que acrediten su eficacia y la calidad de la atención que reciben los niños y jóvenes acogidos. Únicamente existe como referencia el Informe del Defensor del menor del año 2009 que indicó la necesidad de modificar muchas de las características de estos recursos especializados, sin que existan análisis posteriores que valoren el estado de funcionamiento actual. De forma similar, los hogares de protección de la red general deberán ser valorados tomando en consideración la atención que reciben los niños y jóvenes que presentan problemas de salud mental y/o otras alteraciones asociadas. La implementación de los instrumentos de screening y los protocolos de atención y derivación previamente planteados pueden ser indicadores objetivos que permitan valorar la calidad de la intervención desde el sistema protector.

Si bien los resultados aquí presentados han analizado el estado de la cuestión de manera general atendiendo al conjunto de la población atendida a los hogares y de manera específica para los niños y adolescentes con discapacidad intelectual, aún está pendiente la valoración de otros grupos de relevancia en nuestro modelo de acogida. El análisis de las necesidades de salud mental que presentan los menores extranjeros no acompañados, presentes en esta investigación aún no ha sido evidenciado. Las dificultades en el uso del lenguaje y los condicionantes culturales son aspectos que convierten la evaluación de su salud mental en un reto pendiente al que el sistema de protección y sanitario deberán enfrentarse con premura.

Muchas de las terapias que se implementan en el contexto internacional con este grupo en protección aún no cuentan con estudios de validación empírica. En España, paralelamente a la red pública de atención clínica, diferentes equipos vienen trabajando de manera especializada con los niños y adolescentes que están en el sistema de protección, incorporando nuevas

técnicas y recursos terapéuticos que avanza resultados prometedores. Evidenciar la eficacia de estos tratamientos y difundir los resultados obtenidos con estas estrategias de intervención clínica constituye una cuestión ineludible que deberá abordarse en los próximos años.

Finalmente las investigaciones centradas en valorar la satisfacción de los niños y adolescentes, usuarios de la red residencial debe ser una línea de estudio viva y en constante crecimiento. Las entrevistas con niños y adolescentes tendrán que ser inevitablemente un componente esencial de futuras investigaciones, con especial incidencia en valorar su experiencia y perspectiva sobre el abordaje de los problemas de salud mental que muchos presentan. De este modo, será posible completar los diseños de investigación de corte cuantitativo ya existentes, con la información aportada por los verdaderos protagonistas de toda intervención protectora.

Referencias bibliográficas

- Achenbach, T. M., y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Check List and Revised Child Behavior Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., y Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms y profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children Youths y Families.
- Achenbach, T. M. (2006). As Others See Us: Clinical and Research Implications of Cross-Informant Correlations for Psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), 94-98.
- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H., et al. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(251-275).
- Arruabarrena, I., y de Paúl, J. (2012). Early Intervention Programs for Children and Families: Theoretical and Empirical Bases Supporting their Social and Economic Efficiency. *Psychosocial Intervention*, 21(2), 117-127.
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotick, C., Zanzarini, M. C., et al. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*, 18(2), 193-211.
- Blower, A., Addo, A., Hodgson, J., Lamington, L., y Towlson, K. (2004). Mental Health of 'Looked After' Children: A Needs Assessment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 117-129.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal Care and Mental Health*: World Health Organization Monograph.
- Bravo, A., y Del Valle, J. F. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. *Psicothema*, 13(2), 107-204.
- 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.
- Bronsard, G., Lancon, C., Loundou, A., Auquier, P., Rufo, M., y 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), 1886-1890.

- Burns, B. J., Philips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., et al. (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), 960-997.
- Carrasco, M. A., Rodríguez, J. F., y Mass, B. (2001). Problemas de conducta de una muestra de menores institucionalizados con antecedentes de maltrato. *Child Abuse y Neglect*, 6, 819-838.
- Cicchetti, D., y Rogosch, F. A. (2009). Adaptive coping under conditions of extreme stress: Multilevel influences on the determinants of resilience in maltreated children. In E. A. Skinner y M. J. Zimmer-Gembeck (Eds.), *Coping and the development of regulation. New Directions for Child and Adolescents Development* (pp. 47-59). San Francisco: Jossey-Bass.
- Cicchetti, D., Toth, S. L., y Rogosch, F. A. (2000). The development of Psychological Wellness in Maltreated Children. In D. Cicchetti, J. Rappaport, I. Sandler y R. P. Weissberg (Eds.), *The promotion of wellness in children and adolescents*. Washington, D.C: CWLA press.
- Cicchetti, D., y 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 y D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (2 ed., Vol. 3, pp. 129-201). Hoboken NJ: Wiley.
- Clausen, J. M., Landsverk, J., Ganger, W., Chadwick, D., y Litrownink, A. (1998). Mental health problems of children in foster care. *Journal of Child and Family Studies*, 7(3), 283-296.
- Chaffin, M., Hanson, R., Saunders, B., Nichols, T., Barnett, D., Zeanah, C., et al. (2006). Report of the APSAC Task Force on attachment theory, reactive attachment disorder, and attachment problems. *Child Maltreatment*, 11, 76-89.
- Chamberlain, P. (2003). The Oregon Multidimensional Treatment Foster Care Model. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 103-112.
- Chanen, A., Jackson, H., McCutcheon, L., Jovev, M., Dudgeon, P., Pan Yuen, H., et al. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 193(477-484).
- Defensor del Pueblo. (2009). *Centros de protección menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social* [Residential child care for children with behavioral diseases and social difficulties]. Madrid, Spain: Defensor del Pueblo.
- De Paúl, J. (2009). La intervención psicosocial en protección infantil en España: evolución y perspectivas. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 4-12.

- Del Valle, J. F., y Bravo, A. (2002). Maltrato Infantil: situación actual y respuestas sociales. *Psicothema*, 14, 118-123.
- Del Valle, J. F., Bravo, A., y Álvarez, E. (2003). Evaluación de resultados a largo plazo en acogimiento residencial de protección a la infancia. Assessment of long-term outcome in child residential care. *Infancia y Aprendizaje*, 26(2), 235-249.
- Del Valle, J. F., Bravo, A., Hernández, M., y Santos, I. (2012a). *Estándares de calidad en acogimiento residencial especializado EQUAR-E. [Quality standards for specialised residential care EQUAR-E]*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Del Valle, J. F., Bravo, A., Hernández, M., y Santos, I. (2012b). *Estándares de calidad en acogimiento residencial EQUAR. [Quality standards for residential care EQUAR]*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- 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., y Bravo, A. (2007a). La evaluación de programas de acogimiento residencial de protección infantil. . In B. A. y J. R. Marín (Eds.), *Manual de Intervención Psicosocial*. Madrid: Prentice Hall.
- Del Valle, J. F., & Bravo, A. (2007b). *SERAR: Sistema de Evaluación y Registro en Acogimiento Residencial*. Oviedo: NIERU
- Del Valle, J. F., López, M., Montserrat, C., y Bravo, A. (2008). *El Acogimiento Familiar en España. Una evaluación de resultados*.
- Del Valle, J. F., Sainero, A., y Bravo, A. (2011). *Salud mental de menores en acogimiento residencial*. Badajoz, España: Junta de Extremadura.
- Dore, M. M. (1999). Emotionally and behaviorally disturbed children in the child welfare system: Points of preventive intervention. *Children and Youth Services Review*, 21(1), 7-29.
- European Association for Research into Residential Child Care. (1998). Care to listen: A report of residential child care in four European countries. In The Center for Residential Child Care. Glasgow.
- Farmer, E. M. Z., Mustillo, S. A., Wagner, H. R., Burns, B. J., Kolko, D. J., Barth, R. P., et al. (2010). Service use and multi-sector use for mental health problems by youth in contact with child welfare. *Children and Youth Services Review*, 32(6), 815-821.

- Fernández-Molina, M., Del Valle, J. F., Fuentes, M. J., Bernedo, I. M., y Bravo, A. (2011). Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa. *Psicothema*, 23(1), 1-6.
- Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H., y Goodman, R. (2007). Psychiatric disorder among British children looked after by local authorities. *British Journal of Social Work*, 190, 319-325.
- Garland, A. F., Hough, R. L., McCabe, K. M., Yeh, M., Wood, P., y Aarons, G. (2001). Prevalence of psychiatric disorders for youth in public sectors of care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 409-419.
- Gilligan, R. (1999). Enhancing the resilience of children and young people in public care by mentoring their talents and interests. *Child and Family Social Work*, 4(1), 197-196.
- Gilligan, R. (2000). Adversity, resilience and young people: The protective value of positive school and spare time experiences. *Children and Society*, 14(1), 37-47.
- Heflinger, C. A., Simpkins, C. G., 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.
- Hill, K. (2012). Permanency and placement planning for older youth with disabilities in out-of-home placement. *Children and Youth Services Review*, 34(8), 1418-1424.
- Holtan, A., Ronning, J. A., Handegard, B. H., y Sourander, A. (2005). A comparison of mental health problems in kinship and nonkinship foster care. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14(4), 200-207.
- Horowitz, A. V., McLaughlin, J., y White, H. R. (2001). The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: a prospective study. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 184-201.
- Hughes, D. (2004). An Attachment-based treatment of maltreated children and young people. *Attachment and Human Development*, 6, 263-278.
- Hukkanen, R., Sourander, A., Bergroth, L., y Piha, J. (1999). Psychosocial factors and adequacy of services for children in children's homes. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8(4), 268-275.
- Hurlburt, M. S., Leslie, L. K., Landsverk, J., Barth, R. P., Burns, B. J., Gibbons, R. D., et al. (2004). Contextual predictors of mental health services use among a cohort of children open to child welfare. *Archives of General Psychiatry*, 31, 1217-1224.
- Keil, V., y Price, J. M. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review*, 28(7), 761-779.

- Kessler, R. C., Davis, C. G., y Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the U.S. National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27(5), 1101-1119.
- Kreppner, J. M., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Grootheues, C., et al. (2007). Normality and impairment following profound early institutional deprivation: A longitudinal follow-up into early adolescence. *Developmental Psychology*, 43, 931-946.
- Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 85(4), 19-28.
- Lighfoot, E., Hill, K., y Laliberte, T. (2011). Prevalence of children with disabilities in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 33(11), 2069-2075.
- López-Soler, C. (2009). *Evaluación y diagnóstico psicopatológico en menores maltratados*. Paper presented at the I Conferencia Internacional Perspectivas en Protección Infantil: Retos y avances, Oviedo.
- López-Soler, C., Fernández, M. V., Prieto, M., Alcántara, M. V., Castro, M., y López, J. A. (2012). Prevalencia de las alteraciones emocionales en una muestra de menores maltratados. *Anales de Psicología*, 28(3), 780-788.
- López, M., y del Valle, J. F. (2013). The waiting children: Pathways (and future) of children in long-term residential care. *British Journal of Social Work*, 7, 1-17.
- López, M., Del Valle, J. F., y Bravo, A. (2010). Estrategias para la captación de familias acogedoras. *Papeles del Psicólogo*, 31(3), 289-295.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Masten, A. S., K.M., B., y Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- McAuley, C., y Davis, T. (2009). Emotional well-being and mental health of looked after children in England. *Child yFamily Social Work*, 14(2), 147-155.
- 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.
- Milburn, N. L., Lynch, M., y Jackson, J. (2008). Early Identification of Mental Health Needs for Children in Care: A Therapeutic Assessment Programme for Statutory Clients of Child Protection. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(1), 31-47.
- Munns, E. (2009). *Applications of family and group therapy*. Chicago: Jason Aronson.

- Newton, R. R., Litrownik, A. J., y Landsverk, J. A. (2000). Children and youth in foster care: disentangling the relationship between problem behaviors and number of placements. *Child Abuse y Neglect*, 24(10), 1363-1374.
- Observatorio de la Infancia. (2012). Estadística básica de medidas de protección a la infancia [Basic statistics of child care interventions] (Vol. 14). Madrid, Spain: Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *Atlas: Child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future*: Organización Mundial de la Salud.
- Pecora, P. J., Jensen, P. S., Romanelli, L. H., Jackson, L., y Ortiz, A. (2009). Mental health services for children placed in foster care: An overview of current challenges. *Child Welfare*, 88(1), 1-25.
- Rask, C. F. (2011). Promoting resilience in At-Risk Children. *Journal of Counseling y Development*, 74(4), 368-373.
- Reams, R. (1999). Children birth to three entering the State's custody. *Infant Mental Health Journal*, 20(2), 166-174.
- Rutter, M. (1981). Social-emotional consequences of day care for preschool children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51(1).
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Saldaña, D., Jimenez, J., y Oliva, A. (1995). El maltrato infantil en España: Un estudio a través de los expedientes de menores (Child abuse in Spain: A research on child care files). *Infancia y Aprendizajes*, 71, 59-68.
- Sawyer, M., Carbone, J., Searle, A., y Robinson, P. (2007). The mental health and well-being of children and adolescents in home-based foster care. *Medical Journal of Australia*, 186(4), 181-184.
- Schmid, M., Goldbeck, L., Nuetzel, J., & Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(2), 1-8.
- Schofield, G. (2001). Resilience and Family Placement: A Lifespan Perspective. *Adoption and Fostering*, 25(3), 6-19.
- Sempik, J., Ward, H., y Darker, I. (2008). Emotional and behavioral difficulties of Children and Young people at Entry into care. *Clinical Child Psychology*, 13(2), 221-233.
- Sinclair, I., Baker, C., Lee, J., y Gibbs, I. (2007). *The Pursuit of Permanence: a Study of the English Care System*. Quality Matters in Children's Services. Series London: Jessica Kingsley

- Spitz, R. (1945). Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic study for the Child* 1, 153-172.
- Stahmer, A., Hurlburt, M., Horwitz, S. M., Landsverk, J., Zhang, J., y Leslie, L. (2009). Associations between intensity of child welfare involvement and child development among young children in child welfare. *Child abuse y Neglect*, 33(9), 598-611.
- Stahmer, A., Leslie, L., Hurlburt, M., Barth, R. P., Webb, M. B., Landsverk, J., et al. (2005). Developmental and behavioral needs and service use for young children in child welfare. *Pediatrics*, 116(4), 891-900.
- Tarren-Sweeney, M. (2008). Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Children and Youth Services Review*, 30(1), 1-25.
- Tarren-Sweeney, M., y Hazell, P. (2006). Mental health of children in foster and kinship care in New South Wales, Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 42, 89-97.
- Trout, A., Casey, K., Chmelka, M. B., DeSalvo, C., Reid, R., & Epstein, M. H. (2009). Overlooked: children with disabilities in residential care. *Child Welfare* 88(2), 111-136.
- Vostanis, P. (2010). Mental health services for children in public care and other vulnerable groups: Implications for international collaboration. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(4), 555-571.
- Vostanis, P., Bassi, G., Meltzer, H., Ford, T., y Goodman, R. (2008). Service use by looked after children with behavioural problems: Findings from the England survey. *Adoption and Fostering*, 32, 23-32.
- Wakelyn, J. (2008). Transitional psychotherapy for looked-after children in “short-term” foster care. *Journal of Social Work Practice*, 22, 27-36.
- Zimmer, M. H., y Panko, L. M. (2006). Developmental status and service use among children in child welfare system: A national survey. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 160(2), 183-188.

