

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Facultad de Psicología



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

2019/2020

NIÑOS Y NIÑAS CON DISCAPACIDAD INTELLECTUAL EN HOGARES DE
PROTECCIÓN

Trabajo empírico

Adriana González Fernández

Junio de 2020

RESUMEN

Según diversos estudios realizados, los niños con discapacidad intelectual son un grupo vulnerable e invisible por parte de la sociedad que sufre situaciones adversas que pueden influir en su salud mental. Este trabajo analiza si existen diferencias entre niños y niñas con discapacidad intelectual (DI) que se encuentran en centros de protección en nuestro país en cuanto a su perfil y sus necesidades de salud mental. La muestra está compuesta por 124 niños y niñas en acogimiento residencial procedentes de diferentes regiones de España, así como de cinco Aldeas Infantiles SOS. Para la recogida de las características de los niños y niñas con DI se elaboró un cuestionario *ad hoc*, mientras que para recoger la información sobre su salud mental se utilizó el Child Behavior Checklist (CBCL). Se encontraron diferencias entre niños y niñas en variables como el tiempo permanecido en acogimiento residencial, en el tratamiento farmacológico y psiquiátrico que recibían y en una de las escalas clínicas del CBCL. Sin embargo, en el resto de las variables no se encontraron diferencias.

Palabras clave: género, discapacidad intelectual, acogimiento residencial

ABSTRACT

According to various studies, children with intellectual disabilities are a vulnerable and invisible group in society that suffer adverse situations that can influence on their mental health. This work analyzes if there are differences between boys and girls with intellectual disabilities (ID) who are in care centers in our country regarding their profile and their mental health needs. The sample was made up of 124 children in residential care from different regions of Spain, as well as five SOS Children's Villages. An *ad hoc* questionnaire was developed to collect the characteristics of children with ID, while the Child Behavior Checklist (CBCL) was selected to collect their mental health information. Sex differences were found in variables such as the time spent in residential care, in the pharmacological and psychiatric treatment they received and in one of the CBCL clinical scales. However, in the rest of the variables no differences were found.

Keywords: gender, intellectual disability, residential care

INTRODUCCIÓN

La población infanto-juvenil en la protección infantil es apenas visible en nuestro contexto social (Ferguson, 2017). De esta población, las personas con discapacidad han experimentado a lo largo de la historia gran discriminación y prejuicios por parte de la sociedad (LaLiberte et al., 2017). Si bien existen ciertos estudios que han estudiado a esta población, todavía se requiere mayor investigación de esta población infanto-juvenil en acogimiento residencial como pone de relevancia Trout et al. (2009).

Los niños y niñas con discapacidad intelectual (en adelante DI) son un colectivo heterogéneo (Bouras y Jacobson, 2002) y vulnerable (Vervoort-Schel et al., 2018) que se diferencia por su capacidad cognitiva, su capacidad de adaptación, capacidad de resiliencia, sus repertorios comportamentales, por su personalidad, por sus habilidades, por sus experiencias y el soporte de todo tipo que reciben, entre otros aspectos (Nadarajah et al., 1997; Nouwens et al., 2017).

Slayter y Springer (2011) identifican a los niños con DI como un grupo que tiene un elevado riesgo de sufrir maltrato tanto en sus formas más activas como pasivas (negligencia). La población infanto-juvenil con DI suelen tener un riesgo mayor de sufrir maltrato que sus pares, y así lo ponen en evidencia Sullivan y Knutson (2000) que concluyeron que el colectivo con discapacidad tiene 3,76 veces mayor probabilidad de ser víctimas de negligencia que sus pares sin discapacidad. En relación con esto, haciendo diferencias entre chicos y chicas, Sobsey et al. (1997) encontraron que las mujeres y las niñas con DI tienen mayor riesgo a sufrir abuso sexual que hombres y niños con DI y además en comparación con las mujeres en la población en general, estas mujeres con DI tienen una propensión más elevada de sufrir este tipo de abuso. Por otro lado, los niños con DI tienen un mayor riesgo de sufrir maltrato físico y negligencia que las niñas con DI (Shannon y Agorastou, 2006; Sobsey et al., 1997).

Se observa que tienen entre dos y tres veces mayor probabilidad de sufrir problemas de salud mental (Bronard et al., 2011). La vulnerabilidad de este perfil se hace más visible al analizar que este colectivo presenta una alta comorbilidad con problemas emocionales y comportamentales (Munir, 2016; Oeseburg et al., 2010). Por otra parte, en relación con esto, determinados estudios de prevalencia han sugerido que los niños y niñas y adolescentes con DI tienen un mayor riesgo de padecer trastornos psiquiátricos que sus pares sin discapacidad (Dickens, 2000). En esta línea, existe una alta comorbilidad entre DI y el Trastorno del Espectro Autista (más adelante TEA) (Charlot y Beasley, 2013). Las personas con DI pueden presentar problemas de depresión, trastornos de ansiedad y trastorno bipolar (Hurley, 2008).

Es común encontrar concurrencia de DI y TOC e influencias disruptivas en este colectivo (Matson y Dempsey, 2009). Por otro lado, las personas con DI que pudieran sufrir estrés pueden llegar a desarrollar agresión como vía para desestresarse (Charlot et al., 1993). En un estudio realizado por Emerson (2003) se concluyó que los niños de más de 11 años tenían trastorno de depresión y los más jóvenes tenían trastorno generalizado del desarrollo. En cuanto al género se halló que los chicos con DI presentaban trastorno de conducta y un trastorno diagnosticado.

Los tratamientos a los cuales están sometidos las personas con DI pueden ser psicofarmacológicos, psiquiátricos y psicológicos. Los tratamientos psicológicos para estas personas con DI son diversos. Por ejemplo, Charlot y Beasley (2013) en su revisión sobre los programas que se pueden aplicar a personas con discapacidad encontraron que se puede aplicar a este colectivo si padece trastornos de ansiedad, tratamientos psicosociales, comportamentales y cognitivos. Se han aplicado en este colectivo también el Análisis aplicado de conducta (ABA, *Applied Behaviour Analysis*) para personas con DI ya que este programa permite reducir la agresión, las autolesiones y otros comportamientos (Matson et al., 2011). Otro tipo de intervención es la Terapia de exposición y prevención de respuesta que trataría las compulsiones en sujetos con DI (Charlot y Beasley, 2013).

Cabe señalar la medicación proporcionada a este tipo de población, según un análisis transversal llevado a cabo por Perumal et al. (2013) con 129 casos recolectados

de la ciudad de Edimburgo y otros tres países, observaron una alta prescripción de medicación antipsicótica en este grupo con DI, siendo los psicoestimulantes la segunda más prescrita, después de los antipsicóticos. En relación con la farmacología, un estudio realizado por Scheifes et al. (2013) estimó que el 29% de la población infanto-juvenil con DI que acceden a centros de salud mental consumen al menos una medicación psicotrópica, seguida de psicoestimulantes y ansiolíticos, aunque otros estudios realizados como el llevado a cabo por Doan et al. (2014) pone de manifiesto que los más prescritos son los psicoestimulantes, y los últimos, los antipsicóticos. Si bien es cierto la discrepancia existente en la literatura, la alta prescripción de antipsicóticos en un estudio realizado por Ji y Findling (2016) ponen de relieve que la evidencia empírica de su eficacia es limitada.

La revisión bibliográfica hecha por Dodd et al. (2016) señaló que el nivel de suicidio en personas con DI es menor que en la población general. Otra revisión elaborada por Ludi et al. (2012) halló que la población infanto-juvenil con DI presentan determinados desafíos para evaluar el riesgo de suicidio. Se comprobó en esa investigación que este colectivo tiene riesgo de pensamientos suicidas, así como de comportamiento y suicidio consumado. Otra investigación realizada en una población finlandesa por Patja et al. (2001) encontraron diferencias en función del sexo, concluyendo que las mujeres y los hombres con DI tenían un ratio de suicidio igual, mientras que en la población general la ratio de suicidio fue mayor en los hombres que en las mujeres. En cuanto a los hombres con DI tenían solo un tercio de la tasa que los hombres en la población general. Mientras que las mujeres con discapacidad intelectual tenían la misma proporción que las mujeres sin discapacidad en la población general.

A lo largo de los años ha habido un incremento de integración de este colectivo en centros de educación especial especializados (Banks y McCoy, 2011) y es que según una investigación realizada por Dijkstra et al. (2008) este grupo suele mostrarse más seguro en escuelas de necesidades especiales ya que encuentran personas con su problemática o parecida.

Población infanto-juvenil con DI en protección

Estas son las características que presentan los niños y niñas y adolescentes con DI en población general. Pero qué pasa con los niños y niñas con DI en acogimiento residencial, ¿tienen las mismas características y problemáticas?

Según los últimos datos, publicados por el Observatorio de Infancia en 2018 en España, el número total de niños y niñas en el sistema de protección era de 49.985. En concreto, en acogimiento residencial (en adelante AR), había 21.283 niños y niñas menores de 18 años.

En concreto, el grupo de niños, niñas y adolescentes con discapacidad representaban el 6% de la población atendida en AR, que se correspondía con 1.373 niños y niñas con discapacidad y el 5% en acogimiento familiar (en adelante AF), que se correspondía con 935 niños y niñas con este problema, siendo el sexo masculino el género predominante en ambas (Observatorio de la Infancia, 2018).

Para el grupo con DI la medida de protección principal es el AR. Así lo ponen de manifiesto Schmidt-Tieszen y McDonald (1998) que concluyen que los niños y niñas y adolescentes con DI tienen un riesgo cuatro veces superior de permanecer largos periodos de tiempo en estos hogares. Estos mismos autores ponen de contraste que las niñas y niños con DI sufren más cambios de medida que otros niños con otro tipo de discapacidad o sin ellas. Son un grupo olvidado que permanece durante largos periodos de tiempo sin protección familiar. En esta misma línea un estudio llevado a cabo por Shannon y Tappan (2010) concluyen después de haber entrevistado a familias acogedoras, así como a profesionales de este ámbito, que el perfil con DI no es aceptado en AF dado que ni las propias familias están preparadas para atenderlos por las necesidades comportamentales, educativas, de salud y de desarrollo complejo que tienen y que hacen de su colocación en AF u otro tipo resulte difícil y complicado. Sin embargo, ponen de manifiesto que son niños y niñas que tienen los mismos derechos que otros a ser acogidos y así poder tener un hogar estable y seguro. En otros estudios de protección se ha observado que este grupo con DI tienen menor probabilidad de reunificarse con su familia (Slayter, 2016) o de adopción (Baker, 2007). Además, existe una mayor probabilidad de adopciones rotas en este colectivo (Slayter., 2016; Slayter y Springer., 2011).

Respecto a los antecedentes familiares de personas con DI, en un estudio llevado a cabo por Sainero et al. (2013) se observó que la población infanto-juvenil con DI tienen una mayor incidencia de tener algún familiar que presente problemas de salud. Por otra parte, estos autores enfatizan que un porcentaje de las madres de este colectivo presenta DI, y los padres de estos niños presentan mayor alcoholismo y problemas mentales que los padres del grupo sin discapacidad.

La literatura muestra que la población con DI en AR suele presentar depresión, ansiedad, consumo de sustancias y comportamiento disruptivo (Trout et al., 2009).

En una investigación sobre problemas emocionales y comportamentales de población infanto-juvenil en AR, basada en el cuestionario *Child Behavior Checklist* (CBCL) (Trout et al., 2009) se encontraron diferencias significativas en la escala de banda estrecha de problemas sociales y en la escala de banda ancha de problemas externalizantes, concluyendo que el grupo con DI puntuaba más alto en la mayoría de las escalas que sus pares sin discapacidad.

En un estudio de Águila-Otero et al. (2018) que incluía 794 niños y niñas con discapacidad intelectual en acogimiento residencial en España, hallaron que los niños y niñas con DI recibían más tratamiento psiquiátrico durante un largo periodo de tiempo que sus pares sin discapacidad. Por otro lado, el tratamiento psicológico lo recibieron más estas personas que sus pares sin DI. En relación con esto, observaron, que el tratamiento psicológico lo reciben durante un largo periodo de tiempo en comparación con sus pares sin DI. Además, reciben tratamiento psicofarmacológico siendo la medicación antipsicótica la más recetada para este colectivo en AR.

Según concluyó Águila-Otero et al. (2018) las conductas suicidas en niños y niñas con DI en AR no difieren de las conductas en sus pares sin DI. En cuanto a los centros escolares a los que acuden se ha podido observar a través de una investigación hecha por Águila-Otero (2016) que existe una gran parte de niños y niñas con DI que acuden a centros de educación especial.

La literatura sobre el perfil sociodemográfico de los menores con DI en AR en España pone de manifiesto que hay más niños con DI que niñas con este problema (Sainero et al., 2013; Águila-Otero et al., 2018).

Como se ha observado existen pocas investigaciones que analicen las características de los niños y niñas y adolescentes con DI dentro del sistema de protección infantil, siendo aún más difícil encontrar estudios que tengan en cuenta las diferencias en esta población especialmente vulnerable en función del sexo.

Por ello, se plantean como objetivo del presente trabajo determinar las diferencias que existen entre niños y niñas con DI en hogares de acogimiento residencial en cuanto a su perfil y sus necesidades de salud mental.

METODOLOGÍA

Muestra

La muestra consistió en 124 niños (62 niños y 62 niñas) en un rango de edad comprendido entre 8 y 17 años ($M= 14,04$ y $DT= 2,596$) en hogares de protección de diferentes regiones de España: Asturias, Cantabria, Guipúzcoa, Murcia, Tenerife, Extremadura, así como de cinco Aldeas Infantiles SOS.

El modo de selección de la muestra fue no probabilístico ya que la muestra (no aleatorizada) utilizada en este estudio ha sido extraída de una muestra más amplia de un estudio nacional I+D+i financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (PSI2012-33185) que analizaba la problemática de salud mental en acogimiento residencial en España. Para este estudio se seleccionaron aquellos casos con discapacidad intelectual reconocida legalmente.

Instrumentos

Para recoger la **información de los perfiles** se elaboró un cuestionario *ad hoc* Sistema de Evaluación y Registro en Acogimiento Residencial (SERAR) (Del Valle y Bravo, 2007). Esta información se refería a: variables sociodemográficas, proceso de

protección, antecedentes familiares, conductas de riesgo y tratamientos de salud mental recibidos.

Para recoger la información sobre **salud mental** de los niños y niñas con discapacidad intelectual se ha utilizado el *Child Behavior Checklist* (CBCL; Achenbach y Rescorla, 2001) que es un instrumento de Screening estructurado para evaluar la presencia de psicopatología dirigido a niños y adolescentes entre 6 y 18 años. En lo que concierne a este instrumento en España fue adaptado por Sardinero et al. (1997). Está compuesto por 113 ítems con tres alternativas de respuesta. Estos ítems están agrupados en ocho escalas de banda estrecha (ansiedad/depresión, retraimiento/depresión, problemas sociales, quejas somáticas, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de romper normas, y conducta agresiva) y tres dimensiones superiores o escalas de banda ancha (internalizante, externalizante y mixto).

En referencia a la validez y fiabilidad del CBCL, las escalas empíricas tienen un alfa de Cronbach de 0,83 y una fiabilidad test-retest de 0,89. En cuanto a las escalas síndrome tienen un alfa de Cronbach de 0,82 y una fiabilidad test-retest de 0,88. Las dimensiones internalizantes y externalizantes tienen un alfa de Cronbach de 0,93 y una fiabilidad test-retest de 0,92. Por último, el total de los problemas tiene un alfa de Cronbach de 0,97 y una fiabilidad test-retest de 0,94 (Achenbach et al., 2008).

Procedimiento

La información tanto de perfiles como de salud mental ha sido proporcionada por el educador de referencia de cada caso mediante la cumplimentación de los instrumentos ya mencionados. Los investigadores del estudio siguieron un protocolo para asegurar, en todo momento, la confidencialidad de los datos mediante la codificación de datos.

El estudio cumple todos los criterios éticos requeridos por la Declaración de Helsinki de 1964 para la investigación con seres humanos, así como los requeridos por las Comunidades Autónomas, responsables de la protección infantil, de cada región participante.

Análisis de datos

La investigación es descriptiva (el objetivo es describir el perfil de la población con DI en protección infantil) y es un diseño correlacional.

Primero se realizaron análisis de frecuencias para describir las características de la muestra total y de los grupos de chicos y chicas. El siguiente paso ha sido el análisis comparativo (diferencias entre grupos o bivariados) y para ello se han utilizado diferentes estadísticos dependiendo del tipo de variable, la chi-cuadrado para variables nominales y la t de Student para variables cuantitativas, tomando como criterio de significación una $p \leq 0.05$. Para todo ello, se ha utilizado el programa SPSS en la versión 24.0.

RESULTADOS

En referencia a las variables sociofamiliares como muestra la *Tabla 1* no se encontraron diferencias significativas en función de la variable sexo en esta muestra. En las características sociodemográficas existía un porcentaje mayor de niños y niñas con DI que procedían de etnia gitana que de familia inmigrante (18,5% frente a 7,3% proveniente de familia inmigrante). Por otro lado, en referencia a los factores de riesgo familiares (problemáticas familiares), se encontró diferencias significativas entre niños y niñas con DI, siendo los primeros los que tenían más frecuentemente algún factor de riesgo familiar que las chicas con DI [$\chi^2 (1, N = 124) = 5,905, p = ,015$]. Además, de los motivos más frecuentes de entrada a hogares de protección se debían en un 51,6% de los casos a que tenían en la familia alguien con algún problema de salud mental, seguido de DI de alguno de sus progenitores, seguido este de pobreza, siendo la conducta suicida el antecedente familiar de menor incidencia (12,1%) en comparación con el resto de los antecedentes familiares. Por otro lado, no se encontraron diferencias de sexo entre el número de hermanos en acogida, ni en el número de hijos, así como tampoco si tenían hermanos en el mismo hogar de AR.

Tabla 1. Características sociofamiliares y diferencias entre sexos

Variables	Total (N = 124)	Chicas (n = 62)	Chicos (n = 62)
	n (%) o M (DT)	n (%) o M (DT)	n (%) o M (DT)
Edad	14,04 (2,59)	14,02 (2,63)	14,06 (2,59)
Familia inmigrante	9 (7,3)	7 (11,3)	2 (3,2)
Etnia gitana	23 (18,5)	12 (19,4)	11 (17,7)
Factores de riesgo familiares ^a	112 (90,3)	52 (83,9)	60 (96,8)*
Problemas de salud mental	64 (51,6)	30 (48,4)	34 (54,8)
Discapacidad intelectual	53 (42,7)	25 (40,3)	28 (45,2)
Pobreza	51 (41,1)	25 (40,3)	26 (41,9)
Drogodependencias	48 (38,7)	22 (35,5)	26 (41,9)
Violencia de género	33 (26,6)	15 (24,2)	18 (29)
Conducta delictiva	26 (21)	14 (22,6)	12 (19,4)
Conducta suicida	15 (12,1)	8 (12,9)	7 (11,3)
Nº factores de riesgo	2,34 (1,48)	2,19 (1,53)	2,48 (1,42)
Número de hijos	3,47 (1,8)	3,21 (1,54)	3,73 (1,99)
Hermanos en el mismo hogar AR	47 (37,9)	24 (38,7)	23 (37,1)
Nº de hermanos en el hogar	1,11 (0,82)	1,10 (0,75)	1,13 (0,92)

* $p < 0,05$

^a Es posible más de una categoría por caso

Si se analizan los motivos de protección por los cuales los niños y niñas estaban en hogares se puede observar en la *Tabla 2* que no hay diferencias significativas en chicos y chicas en cuanto a la mayoría de los diferentes tipos de maltrato. Aunque sí que cabe destacar que la mayoría ingresó en hogares residenciales debido a malos tratos (presente en el 72,6% de la muestra), mientras que la violencia filio-parental fue el motivo de protección con menor incidencia (3,2% frente al 72,6% de malos tratos). Además, se encontraron diferencias significativas en la variable incapacidad de control parental donde se observa que los chicos con DI lo sufrieron más que las chicas con DI [$\chi^2 (1, N = 116) = 6,085, p = ,014$].

En los programas en los cuales estaban involucrados estos niños y niñas con DI se observa a través del análisis hecho que existen diferencias significativas en un tipo de programas de los cinco analizados, encontrándose que las chicas eran derivadas con más frecuencia que los chicos a los Programas Generales o Básicos [$\chi^2 (1, N = 124) = 4,613, p = ,032$]. Se observó que los chicos con DI habían estado en más acogimientos residenciales que el grupo de chicas con DI [$\chi^2 (1, N = 119) = 9,426, p = ,002$]. Por otro lado, no existen diferencias significativas de sexo en cuanto a la variable ruptura y

adopción. Por último, en cuanto a la variable de finalidad de caso no se han encontrado diferencias significativas entre chicos y chicas con DI.

Tabla 2. Proceso de protección y diferencias entre sexos

Variables	Total	Chicas	Chicos
	(N = 124)	(n = 62)	(n = 62)
	<i>n (%) o M (DT)</i>	<i>n (%) o M (DT)</i>	<i>n (%) o M (DT)</i>
Motivos de protección ^a			
Malos tratos	90 (72,6)	44 (71)	46 (74,2)
Violencia filio-parental	4 (3,2)	2 (3,2)	2 (3,2)
Incapacidad de control parental	40 (32,3)	13 (21)	27 (43,5)*
Imposible cumplimiento de obligaciones paternas	31 (25)	14 (22,6)	17 (27,4)
Abandono o renuncia	11 (8,9)	5 (8,1)	6 (9,7)
Modelos inadecuados	6 (4,8)	4 (6,5)	2 (3,2)
Tipo de maltrato ^a			
Maltrato físico	33 (26,6)	15 (24,2)	18 (29)
Maltrato emocional	38 (30,6)	15 (24,2)	23 (37,1)
Negligencia física	66 (53,2)	34 (54,8)	32 (51,6)
Negligencia emocional	53 (42,7)	25 (40,3)	28 (45,2)
Abuso sexual	12 (9,7)	8 (12,9)	4 (6,5)
Varios tipos de maltrato simultáneamente	62 (50)	31 (50)	31 (50)
Nº de formas de maltrato	1,76 (1,44)	1,78 (1,5)	1,75 (1,4)
AR previo	76 (61,3)	29 (46,8)	47 (75,8)**
Nº de hogares	1,51 (0,81)	1,59 (0,93)	1,46 (0,72)
Tiempo en acogimiento residencial			
Meses en AR actual	45,22 (43,03)	48,48 (40,30)	41,97 (45,70)
Meses en AR total	63,35 (47,92)	59,48 (44,27)	65,51 (51,92)
Ruptura de acogimiento/adopción	13 (10,5)	7 (11,3)	6 (9,7)
Programa de AR			
General o básico	96 (77,4)	53 (85,5)	43 (69,4)*
Adolescentes/Autonomía	9 (7,3)	3 (4,8)	6 (9,7)
Necesidades educativas especiales	11 (8,9)	3 (4,8)	8 (12,9)
Socialización	2 (1,6)	1 (1,6)	1 (1,6)
Terapéutico	6 (4,8)	2 (3,2)	4 (6,5)
Finalidad de caso			
Reunificación familiar	15 (12,1)	8 (12,9)	7 (11,3)
Separación definitiva y acoplamiento a otra familia	17 (13,7)	9 (14,5)	8 (12,9)
Emancipación/independencia	27 (21,8)	13 (21)	14 (22,6)
Tratamiento de problemas emocionales/conductuales	1 (0,8)	1 (1,6)	0
Otros	16 (12,9)	5 (8,1)	11 (17,7)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

^a Es posible una categoría por cada caso

En relación con el ámbito académico, los resultados de la *Tabla 3* no muestran diferencias significativas en ninguna de las variables analizadas. Se puede observar que del total de la muestra un 77,4% habían tenido una adaptación curricular significativa, un 62,9% había repetido curso y un 40,3% de la muestra total acudía a hogares de Necesidades Educativas Especiales (NEE). La valoración de conducta en el aula medida en una escala Likert de 1-5 era adecuada, sin diferencias significativas entre chicos y chicas con DI. Por último, el rendimiento académico era adecuado, ya que como se puede observar en la *Tabla 3* un 27,4% aprobaba con notas suficientes, teniendo en cuenta también que un porcentaje elevado de alumnos y alumnas de la muestra total (23,4%) suspendía varias asignaturas.

Tabla 3. Información académica y diferencias entre sexos

Variables	Total (N = 124)	Chicas (n = 62)	Chicos (n = 62)
	n (%) o M (DT)	n (%) o M (DT)	n (%) o M (DT)
Cursa estudios	119 (96)	61 (98,4)	58 (93,5)
Educación obligatoria	71 (57,3)	35 (56,5)	36 (58,1)
Bachillerato	1 (0,8)	0	1 (1,6)
Formación profesional	13 (10,5)	5 (8,1)	8 (12,9)
Módulos no profesionales	7 (5,6)	3 (4,8)	4 (6,5)
Otro tipo de estudio	28 (22,6)	15 (24,2)	13 (21)
Apoyos y necesidades en el aula ^a			
Adaptación curricular	96 (77,4)	50 (80,6)	46 (74,2)
Repetir curso	78 (62,9)	40 (64,5)	38 (61,3)
Hogar de NEE	50 (40,3)	23 (37,1)	27 (43,5)
Valoración conducta en el aula ^a			
Realización de tareas	3,71 (1,44)	3,84 (1,40)	3,58 (1,47)
Motivación estudios	3,15 (1,38)	3,37 (1,42)	2,93 (1,32)
Asistencia a clase	4,69 (0,91)	4,73 (0,87)	4,66 (0,96)
Respetuoso/a en el aula	3,86 (1,2)	3,93 (1,20)	3,78 (1,20)
Conducta adecuada en el aula	3,71 (1,19)	3,81 (1,25)	3,61 (1,11)
Le gusta asistir a clase	3,83 (1,28)	3,88 (1,34)	3,78 (1,23)
Rendimiento académico			
Aprueba todo con buenas notas	10 (8,1)	8 (12,9)	2 (3,2)
Aprueba todo con suficientes	34 (27,4)	15 (24,2)	19 (30,6)
Suspende algunas asignaturas	26 (21)	14 (22,6)	12 (19,4)
Suspende varias asignaturas	29 (23,4)	13 (21)	16 (25,8)
No tiene notas	20 (16,1)	11 (17,7)	9 (14,5)

^a Es posible más de una categoría por caso

En referencia a los aspectos relacionados con la salud, el total de la muestra tenía DI reconocida legalmente. Dentro de este grupo como se puede observar en la *Tabla 4* el 58,1% del total de la muestra tenía una enfermedad física importante. Cabe decir, que tenían una discapacidad legalmente reconocida, siendo en la mayoría de los casos (74,2%) moderada, seguida de un 18,5% de discapacidad grave, un 5,6% de discapacidad muy grave, y, por último, un 1,6% de discapacidad leve. Dentro de este grupo el 14,5% tenían otro tipo de discapacidad que cursaba simultáneamente con la DI y se han encontrado diferencias significativas en la discapacidad sensorial, siendo el grupo de niños con DI los que más lo sufrían en comparación con el grupo de chicas con DI [$\chi^2(1, N = 123) = 3,874, p = ,049$].

En cuanto al tratamiento de Salud Mental (SM), un 69,4% de esta muestra recibió tratamiento de SM, siendo el grupo de niños con DI el que más recibió este tratamiento en comparación con el grupo de niñas con DI, aunque no resultó estadísticamente significativo. De los tratamientos que recibieron, se encuentran diferencias significativas entre niños y niñas con DI en el tratamiento psiquiátrico y tratamiento farmacológico. Se puede observar que de los grupos que recibieron estos dos tipos de tratamiento, en los dos el grupo de niños con DI fueron los que más tratamiento recibieron de ambos [$\chi^2(1, N = 122) = 11,849, p = ,001$] y [$\chi^2(1, N = 123) = 11,133, p = ,001$] respectivamente.

En la medicación se observa que el grupo de niños con DI consumía más psicoestimulantes que el grupo de chicas con DI encontrándose diferencias significativas [$\chi^2(1, N = 65) = 7,206, p = ,007$]. Además, se puede observar diferencias significativas en el consumo de medicamentos, ya que los chicos consumían mayor número de psicofármacos que las chicas con DI [$t(65) = -2,811, p = ,006$]. Por último, decir, que también se observó que los chicos tenían prescritos más de un psicofármaco de forma simultánea en comparación con las chicas [$\chi^2(1, N = 65) = 7,628, p = ,006$].

Finalmente, en las conductas de riesgo que podían llevar a cabo este colectivo, no se han encontrado diferencias significativas, aunque se puede ver que hubo un mayor consumo de Cannabis en detrimento de otras sustancias, como el tabaco, el alcohol, etc., suponiendo un 9,7% de la muestra total. Cabe destacar en este caso, que la población

evaluada consumía más de una droga, véase cannabis, inhalantes, entre otros. Por otro lado, en cuanto a la conducta suicida no se han visto diferencias significativas de sexo en DI, aunque sí que se puede observar que la población evaluada tenía tanto pensamientos suicidas como intentos de realizarlos.

Tabla 4. Salud física y mental y diferencias entre sexos

Variables	Total (N = 124)	Chicas (n = 62)	Chicos (n = 62)
	n (%) o M (DT)	n (%) o M (DT)	n (%) o M (DT)
Sufre más de una discapacidad	18 (14,5)	9 (14,5)	9 (14,5)
Otros tipos de discapacidades ^a			
Física	14 (11,3)	9 (14,5)	5 (8,1)
Sensorial	7 (5,6)	1 (1,6)	6 (9,7)*
Discapacidad legal reconocida			
Leve (<33%)	2 (1,6)	1 (1,6)	1 (1,6)
Moderada (34-64%)	92 (74,2)	43 (69,4)	49 (79)
Grave (65-74%)	23 (18,5)	14 (22,6)	9 (14,5)
Muy grave (>75%)	7 (5,6)	4 (6,5)	3 (4,8)
Enfermedad física importante	71 (58,1)	37 (59,7)	35 (56,5)
Sesiones de psicomotricidad	12 (9,7)	9 (14,5)	3 (4,8)
Sesiones de logopedia	34 (27,4)	14 (22,6)	20 (32,3)
Tratamiento de salud mental ^a	86 (69,4)	39 (62,9)	47 (75,8)
Tratamiento psicológico	57 (46)	26 (41,9)	31 (50)
Tratamiento psiquiátrico	63 (50,8)	22 (35,5)	41 (66,1)***
Tratamiento farmacológico	65 (52,4)	23 (37,1)	42 (67,7)***
Tipo de medicación ^a			
Psicoestimulantes	19 (15,3)	6 (9,7)	13 (21)**
Antidepresivos	9 (7,3)	4 (6,5)	5 (8,1)
Ansiolíticos	3 (2,4)	1 (1,6)	2 (3,2)
Antipsicóticos	47 (37,9)	12 (19,4)	35 (56,5)
Antiepilépticos	17 (13,7)	5 (8,1)	12 (19,4)
Otro tipo de psicofármaco	3 (2,4)	1 (1,6)	2 (3,2)
Psicofármaco no especificado	6 (4,8)	2 (3,2)	4 (6,5)
Más de un psicofármaco pautado	32 (25,8)	6 (9,7)	26 (41,9)**
Nº de psicofármacos	1,91 (1,13)	1,43 (0,84)	2,17 (1,88)**
Conducta suicida ^a	10 (8,1)	5 (8,1)	5 (8,1)
Intentos	10 (8,1)	5 (8,1)	5 (8,1)
Amenazas	3 (2,4)	1 (1,6)	2 (3,2)
Consumo de alcohol	1 (0,8)	1 (1,6)	0
Consumo de otras drogas ^a	12 (9,7)	4 (6,5)	8 (12,9)
Cannabis	12 (9,7)	4 (6,5)	8 (12,9)
Inhalantes/disolventes	1 (0,8)	0	1 (1,6)
Cocaína	1 (0,8)	0	0
Heroína	0	1 (1,6)	0

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, $p \leq 0,001$

^a Es posible más de una categoría por caso

En relación con las necesidades de salud mental, la *Tabla 5* muestra los datos obtenidos en el CBCL. Se encontró que en la escala de problemas sociales de primer orden las chicas puntuaban más que los chicos, con diferencias significativas entre ambos [$\chi^2 (1, N = 124) = 6,569, p = ,010$].

Tabla 5. Problemas de salud mental y diferencias por sexo

CBCL	Total	Chicas	Chicos
	(N = 124)	(n = 62)	(n = 62)
	n (%)	n (%)	n (%)
Escalas síndrome			
Ansiedad-depresión	21 (16,9)	9 (14,5)	12 (19,4)
Aislamiento social	28 (22,6)	17 (27,4)	11 (17,7)
Quejas somáticas	11 (8,9)	4 (6,5)	7 (11,3)
Problemas sociales	50 (40,3)	32 (51,6)	18 (29)*
Problemas de pensamiento	24 (19,4)	11 (17,7)	13 (21)
Problemas de atención	35 (28,2)	33 (35,5)	13 (21)
Conducta disruptiva	15 (12,1)	6 (9,7)	9 (14,5)
Conducta agresiva	32 (25,8)	17 (27,4)	15 (24,2)
Escalas de segundo orden			
Problemas internalizantes	44 (35,5)	24 (38,7)	20 (32,3)
Problemas externalizantes	60 (48,4)	31 (50)	29 (46,8)
Total	71 (57,3)	39 (62,9)	32 (51,6)
Clínico en alguna escala	86 (69,4)	44 (71)	42 (67,7)

* $p < 0,05$

DISCUSIÓN

En este estudio se pretende analizar las diferencias que existen entre niños y niñas con DI en centros de protección en España de acuerdo con diferentes variables: variables sociodemográficas, proceso de protección, antecedentes familiares, conductas de riesgo y tratamientos de salud mental recibidos. Se realiza esto dado que es un colectivo vulnerable, invisible para la mayor parte de la población general y por ende, poco estudiada e investigada, sobre todo desde una perspectiva de género.

Si bien es cierto que se han encontrado artículos en relación con las características sociodemográficas en niños y niñas menores de 18 años en acogimiento residencial con DI, en cuanto al resto de variables analizadas en este trabajo se ha encontrado una escasa literatura acerca de esta perspectiva en acogimiento residencial. Sin embargo, sí

que hay estudios que diferencian entre niños y niñas con discapacidad intelectual en la población general.

En este estudio se encontró que los chicos con discapacidad presentaban mayores problemáticas familiares que las chicas con DI. Es decir, presentaban uno o más factores de riesgo familiares, véase conducta delictiva, consumo de sustancias, violencia de género, pobreza, entre otros. Si bien es cierto, que aunque no se hayan encontrado diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en el resto de los factores de riesgo familiares, sí que ambos tenían mayor probabilidad de que sus padres presentaran problemas de salud mental y discapacidad intelectual, en detrimento de otras conductas, mencionadas anteriormente. En relación con las problemáticas familiares, las experiencias infantiles que lleguen a ser adversas influyen en la salud mental y en el desarrollo de los niños (McLaughlin, 2016), en concreto, en referencia a la muestra que concierne a este estudio, el ser expuestos a estas experiencias y/o vivencias está relacionado con mayores problemas de salud mental en personas con DI (Hulbert-Williams et al., 2014), posible hipótesis por la cual los niños con DI hubieran presentado mayores problemas psiquiátricos que las chicas con DI.

En referencia a los motivos por los cuales ingresaban en hogares de protección en este estudio se ingresaba como principal causa debido a los malos tratos, seguido de incapacidad de control parental y el imposible cumplimiento de las obligaciones paternas. Además, entre estos motivos principales, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el segundo motivo de ingreso en hogares de protección (incapacidad de control parental), en donde los chicos ingresaban más por este motivo que las chicas con DI. Otros motivos de ingreso minoritarios fueron abandono o renuncia, modelos inadecuados en el hogar y, por último, violencia filio-parental.

En referencia al maltrato infantil en este estudio no se han visto diferencias en la población infanto-juvenil evaluada en función del sexo. Sin embargo, otros estudios hechos, como el realizado por Soyly et al. (2013) en la población general indicaban que los niños con DI tenían un mayor riesgo de ser expuestos al abuso sexual que las niñas con DI.

Si bien es cierto que no se han encontrado estudios en la literatura acerca de los niños y niñas con discapacidad intelectual en referencia al tiempo de estancia en acogimiento residencial, en este estudio se encontró que los niños pasaban más tiempo en total en acogimiento residencial (en todos los centros en los que hayan podido estar, incluyendo el centro actual). Los chicos con discapacidad intelectual tenían estancias más largas que las chicas, con una media de cinco años y medio frente a casi 5 años en el caso de las chicas, es decir, los chicos pasaban una media de seis meses más en total en los hogares de protección que las chicas.

En este estudio se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al programa en el cual estaban inmersos esta población infanto-juvenil con DI evaluada. En comparación con los chicos con discapacidad, las chicas estaban con más frecuencia acogidas en el programa de acogimiento residencial básico o general (69,4% frente al 85,5% de las chicas). En cuanto al resto de programas en AR no se encontraron diferencias entre el grupo de chicos y chicas con DI.

Los chicos y chicas con DI de este estudio se concluyeron que acudían un 40% a hogares de necesidades educativas especiales y el 77% de la muestra evaluada tenían alguna adaptación curricular. En cuanto al porcentaje de adaptación curricular encontrado en este estudio es más bajo en comparación con otros estudios como el llevado a cabo por González-García et al. (2017) en donde el 84,7% de la muestra con DI que evaluaron tenía una adaptación curricular, así como el trabajo realizado por Sainero et al. (2013) en donde el 82,6% de la muestra con DI tenía adaptación curricular significativa en la escuela. Esto pone en evidencia, que los niños y niñas con DI son un grupo vulnerable con problemas académicos en comparación con sus pares sin discapacidad (Trout et al., 2009), ya que como concluyó González-García et al. (2017) solo el 29,7% de la muestra sin discapacidad presentaba adaptación curricular. Por otro lado, en cuanto a los estudios cursados se halló en este estudio que esta población con discapacidad intelectual cursaba con mayor frecuencia de media cursos obligatorios como primaria o secundaria, en detrimento de otros cursos no obligatorios.

En este trabajo la población infanto-juvenil con DI evaluada presentaba una discapacidad intelectual legalmente reconocida. Se encontró que una media de 18 niños

y niñas sufrían y/o cursaban otros tipos de discapacidad, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en discapacidad sensorial, en donde los chicos presentaban mayor discapacidad sensorial que las chicas (9,7% frente a 1,6%), pero no en discapacidad física, aunque las chicas presentaran más esta que los chicos (14,5 frente a 8,1%) . En comparación con la población infanto-juvenil con DI en referencia a la mayor presencia de discapacidad física y sensorial en función del sexo, un estudio llevado a cabo por Young-Southward et al. (2017) en la población general escocesa hallaron que las chicas con DI reportaban y/o presentaban mayor discapacidad física y sensorial, véase sordera, ceguera, entre otros, que los chicos con discapacidad. Además, el 58% de los niños y niñas con DI en este trabajo presentaban una enfermedad física importante.

Por otro lado, en cuanto al tratamiento que recibían no se han encontrado estudios que demuestren que haya diferencias entre niños y niñas en la población infanto-juvenil con DI en AR. Sin embargo, en este estudio los niños con discapacidad recibían mayor tratamiento psiquiátrico, farmacológico y de salud mental que las niñas con este mismo problema, en concreto, se concluyó que había diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tratamiento psiquiátrico y farmacológico en función del sexo, siendo los niños los que más recibían estos. Existen varias hipótesis que podrían explicar estas diferencias. Primero, esto puede deberse a que los niños con DI presentaban mayor probabilidad de presentar uno o más factores de riesgo familiares, véase la pobreza, conducta delictiva de los progenitores, entre otros, en detrimentos de las chicas, y, como se mencionaba previamente influir negativamente en el desarrollo posterior de estos, y por ende, presentar más problemas de salud mental y prescripción de mayor medicación. Otra posible hipótesis que pudiera explicar este mayor tratamiento que reciben los niños con DI puede ser como constataba Villodas et al. (2016) que las experiencias adversas infantiles, es decir, las problemáticas familiares, unido a la inestabilidad en las estancias acogedoras puede explicar los problemas en salud mental que tienen los niños posteriormente a lo largo de la infancia. Además esto lo constataron cuando en su estudio los jóvenes puntúan en las escalas clínicas del CBCL de ansiedad-depresión y conductas disruptivas. Aspecto que en este caso se corrobora con este estudio, ya que los chicos pasaban por más centros de acogida que las chicas, y estos presentaban más problemáticas familiares que las chicas. Por ende, pueden tener más

problemas de salud mental, y puntuaban más en la escala de depresión-ansiedad y conductas disruptivas en el CBCL.

En referencia a la medicación esta población consumía más antipsicóticos (56,5%), seguido de psicoestimulantes (21%), y, antiepilépticos (19,4%), y, por último, ansiolíticos (3,2%). Por otro lado, se encontraron diferencias en cuanto al consumo de psicoestimulantes, que consumían más los niños que las niñas en este estudio. Un dato interesante es que a pesar de que los niños con DI eran prescritos con más psicoestimulantes, son las chicas las que puntúan más en la escala clínica del CBCL de problemas de atención. Esta alta prescripción de psicoestimulantes en los chicos con discapacidad puede deberse a que en la muestra total hay un mayor número de chicas con un nivel de discapacidad intelectual de moderado a severo mayor que los chicos, y, como, enfatizaban Aman et al. (1991) el tener un nivel de discapacidad moderado o severo hace que no se responda igual de bien a los estimulantes que aquellos casos con niveles de discapacidad más leves, información que puede explicar el por qué los chicos tenían una mayor prescripción de psicoestimulantes. Lo que sí se corrobora con otros estudios es la alta prescripción y/o consumo de medicación antipsicótica (Perumal et al., 2013).

En cuanto al consumo de alcohol y otras sustancias no se encontraron diferencias entre el grupo de chicos y chicas. Si bien es cierto, que tenían una tasa de consumo de alcohol inferior a la encontrada en sus pares neerlandeses con DI leves evaluados en el trabajo realizado por Schijven et al. (2018) (63,8% frente a 1,2%). Por otro lado, en cuanto al consumo de otras sustancias, es decir, de otras drogas, el consumo de los niños y niñas con discapacidad intelectual en este estudio fue superior que el consumo de sus pares en el trabajo llevado a cabo por Águila-Otero et al. (2018) (9,7% frente a 8.9%).

Por otro lado, en este estudio no se encontraron diferencias en conductas suicidas en función del sexo, aunque, sí cabe destacar, que ambos tenían tanto ideaciones como intenciones suicidas. Sin embargo, aunque no se hayan encontrado diferencias entre chicos y chicas, en comparación con el estudio realizado por Vervoort-Schel et al. (2018) los niños y niñas con DI en este estudio presentaban menor tasa de ideación

suicida en comparación con sus pares neerlandeses con DI en acogimiento (11,6% frente a 2,4%).

Por último, hay que destacar que en el CBCL fueron las chicas las que más puntuaron en la escala de problemas sociales, aunque no se vieron otras diferencias estadísticamente significativas en el resto de las escalas en función del sexo. En relación con esta escala y con la escala de aislamiento social, se pudo observar en este trabajo que las chicas puntuaban más que los chicos con DI en ambas. Una posible hipótesis que pudiera explicar esto es la que sugieren O'Byrne y Muldoon (2017) que a raíz de la realización de su estudio sugieren que las chicas son menos capaces de evaluarse positivamente en referencia a uno de los componentes básicos del autoconcepto social, que es la aceptación social. Por otro lado, cabe mencionar, un dato interesante en referencia a la escala clínica de conducta agresiva, y es que, aunque no hubiera diferencias estadísticamente significativas en este tipo de conducta en función del sexo, los chicos con discapacidad intelectual recibían mayor medicación que las chicas. Esto es un dato interesante, y pueden existir varias hipótesis que expliquen este hallazgo. Primero, como se mencionaba anteriormente que los chicos tuvieran mayores problemáticas familiares que las niñas pudiera haber influido en la salud mental y en el comportamiento de estos, y, por ende, pudieran presentar mayor comorbilidad y otros problemas que las chicas, siendo esta una de las razones por las cuales tenían prescrito un mayor número de medicamentos que las chicas. Por otro lado, otra de las posibles hipótesis de por qué tenían prescrito mayor medicación se pudiera deber a que según enfatizaba un trabajo llevado a cabo por Bartels et al. (2017) la agresión puede concurrir con casi todos los problemas de comportamiento y problemas sociales, así como puede concurrir con problemas internalizantes como la ansiedad-depresión, entre otros. Esto puede ser una de las explicaciones por las cuáles los chicos con DI tenían prescrito mayor medicación que las chicas, aun cuando estas puntuaban más en la escala de agresión, y, es por la concurrencia de la agresión con otros problemas internalizantes y externalizantes, ya que como se puede apreciar en este trabajo, los niños con DI puntuaban más que las chicas con discapacidad en las escalas clínicas de depresión-ansiedad, conducta disruptiva, quejas somáticas y problemas de pensamiento.

LIMITACIONES

Hay que destacar las limitaciones que se han encontrado en la realización de este trabajo. En primer lugar, enfatizar la escasa información acerca de la diferencia entre niños y niñas en la población infanto-juvenil con este tipo de discapacidad en centros de protección. Si bien es cierto que ya de por sí la población menor de 18 en acogimiento es poco visible (Ferguson, 2017), menor aún es lo que se conoce y se investiga sobre este colectivo con DI.

Por último, en cuanto a la metodología empleada, algunas limitaciones a destacar al realizar este trabajo fueron, por un lado, el tamaño de la muestra (N=124) es pequeño, y por ende, la capacidad para detectar diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en las variables analizadas disminuye. Por otro lado, la muestra utilizada era una submuestra seleccionada por lo que solo se tuvieron en cuenta aquellos niños y niñas con DI a los que se les habían pasado el CBCL, y por tanto, puede que no sea representativo de todos los casos de niños y niñas con discapacidad intelectual en acogimiento residencial.

CONCLUSIONES

Este trabajo trata de determinar si existen diferencias en niños y niñas con discapacidad intelectual en centros u hogares de protección.

En síntesis, una proporción importante de estos niños y niñas ingresaban en centros de protección ya que tenían progenitores o familiares con cierto tipo de patologías u otros problemas. En cuanto al tipo de maltrato que pudieran haber sido objeto no hubo diferencias entre el grupo de chicos y chicas. La mayor parte tenía ayuda en el colegio, y presentaban una enfermedad física importante.

En cambio, sí que se encontraron diferencias entre el grupo de niños y niñas en cuanto al tiempo de acogimiento, siendo los niños los que más tiempo pasaban en este, así como recibieron más tratamiento psicológico y farmacológico y de salud mental, así, como mayor prescripción de medicamentos en detrimento de las niñas con discapacidad

intelectual. Sin embargo, a diferencia de los chicos con DI fueron las chicas las que puntuaron más alto en las escalas de problemas sociales en el CBCL. Por último, resaltar la importancia de estudiar a este colectivo en AR, poco estudiado desde esta perspectiva, y a lo largo del tiempo discriminado e invisible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. M., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H. C., y Rothenberger, A. (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(3), 251-275. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01867.x>
- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children Youths, & Families.
- Águila Otero, A. (2016). *Problemas psicopatológicos en niños maltratados con discapacidad intelectual* [Trabajo Fin de Máster, Universidad de Oviedo]. <http://hdl.handle.net/10651/34847>
- Águila-Otero, A., González-García, C., Bravo, A., Lázaro-Visa, S., y del Valle, J. F. (2018). Children and young people with intellectual disability in residential childcare: Prevalence of mental health disorders and therapeutic interventions. *International Journal of Social Welfare*, 27(4), 337-347. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12351>
- Algood, C. L., Hong, J. S., Gourdine, R. M., y Williams, A. B. (2011). Maltreatment of children with developmental disabilities: An ecological systems analysis. *Children and Youth Services Review*, 33(7), 1142–1148. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.02.003>
- Aman, M. G., Marks, R. E., Turbott, S. H., Wilsher, C. P., y Merry, S. N. (1991). Clinical effects of methylphenidate and thioridazine in intellectually subaverage

children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30(2), 246-256. <https://doi.org/10.1097/00004583-199103000-00013>

Baker, C. (2007). Disabled children's experience of permanency in the looked after system. *The British Journal of Social Work*, 37(7), 1173–1188.
<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl082>

Banks, J., y McCoy, S. (2011, 16 de noviembre). *A study on the prevalence of special educational needs* [Conferencia]. National Council for Special Education Annual Conference, Croke Park.
https://www.tempesri.gov.ie/pubs/BanksMcCoy_PrevalenceStudy_Croke%20Park.pdf

Bartels, M., Hendriks, A., Mauri, M., Krapohl, E., Whipp, A., Bolhuis, K., ...Colodro Conde, L., Luningham, J., Fung Ip, H., Hagenbeek, F., Roetman, P., Gatej, R., Lamers, A., Nivard, M., Van Dongen, J., Lu, Y., Middeldorp, C., Van Beijsterveldt, T., Vermeiren, R., Hankemeijer, T.,...y Boomsma, D. (2018). Childhood aggression and the co-occurrence of behavioural and emotional problems: results across ages 3–16 years from multiple raters in six cohorts in the EU-ACTION project. *European child & Adolescent Psychiatry*, 27(9), 1105-1121. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1169-1>

Bouras, N., y Jacobson, J. (2002). Mental health care for people with mental retardation: a global perspective. *World psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 1(3), 162–165.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489845/>

Bramble, D. (2011). Psychopharmacology in children with intellectual disability. *Advances in Psychiatric Treatment*, 17(1), 32-40.
<https://doi.org/10.1192/apt.bp.108.005587>

Brkić, M., Jugović, A., y Glumbić, N. (2012). Residential care for children with intellectual disabilities in the social protection system in Serbia. *European*

Journal of Social Work, 17(2), 237–

251. <https://doi.org/10.1080/13691457.2012.754740>

- Bronsard, G., Lançon, 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. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.05.014>
- Charlot, L., y Beasley, J. B. (2013). Intellectual disabilities and mental health: United States-based research. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 6(2), 74-105. <https://doi.org/10.1080/19315864.2012.715724>
- Charlot, L. R., Doucette, A. C., y Mezzacappa, E. (1993). Affective symptoms of institutionalized adults with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 98(3), 408-426. <https://psycnet.apa.org/record/1994-13967-001>
- Chmelka, M. B., Trout, A. L., Mason, W. A., y Wright, T. (2011). Children with and without disabilities in residential care: Risk at program entry, departure and six-month follow-up. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 16(4), 383–399. <https://doi.org/10.1080/13632752.2011.616346>
- Del Valle, J. F., Arteaga, A. B., y González, I. S. (2007). *SERAR, Sistema de Evaluación y Registro en Acogimiento Residencial*. NIERU, Asociación para el Estudio y Promoción del Bienestar Infantil. <http://hdl.handle.net/10651/54756>
- Dykens, E. M. (2000). Annotation: Psychopathology in children with intellectual disability. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(4), 407-417. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00626>
- Dijkstra, P., Kuyper, H., Van der Werf, G., Buunk, A. P., y van der Zee, Y. G. (2008). Social comparison in the classroom: A review. *Review of Educational Research*, 78(4), 828-879. <https://doi.org/10.3102%2F0034654308321210>
- Doan, T., Ware, R., McPherson, L., van Dooren, K., Bain, C., Carrington, S., Einfeld, S., Tonge, B., y Lennox, N. (2014). Psychotropic medication use in adolescents

with intellectual disability living in the community. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 23(1), 69-76. <https://doi.org/10.1002/pds.3484>

Dodd, P., Doherty, A., y Guerin, S. (2016). A systematic review of suicidality in people with intellectual disabilities. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(3), 202-213. https://journals.lww.com/hrpjournal/Abstract/2016/05000/A_Systematic_Review_of_Suicidality_in_People_with.3.aspx

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. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2003.00464.x>

Ferguson, H. (2017). How children become invisible in child protection work: Findings from research into day-to-day social work practice. *The British Journal of Social Work*, 47(4), 1007-1023. <http://doi.org/10.1093/bjsw/bcw065>

Goelman, H., Zdaniuk, B., Boyce, W. T., Armstrong, J. M., y Essex, M. J. (2014). Maternal mental health, child care quality, and children's behavior. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 35(4), 347-356. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2014.05.003>

González-García, C., Lázaro-Visa, S., Santos, I., del Valle, J. F., y Bravo, A. (2017). School functioning of a particularly vulnerable group: Children and young people in residential child care. *Frontiers in Psychology*, 8:1116. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01116>

Hulbert-Williams, L., Hastings, R., Owen, D. M., Burns, L., Day, J., Mulligan, J., y Noone, S. J. (2014). Exposure to life events as a risk factor for psychological problems in adults with intellectual disabilities: a longitudinal design. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58(1), 48-60. <https://doi.org/10.1111/jir.12050>

Hurley, A. D. (2008). Depression in adults with intellectual disability: symptoms and challenging behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(11), 905-916. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2008.01113.x>

- Ji, N. Y., y Findling, R. L. (2016). Pharmacotherapy for mental health problems in people with intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(2), 103-125. https://journals.lww.com/copsychiatry/Abstract/2016/03000/Pharmacotherapy_for_mental_health_problems_in.4.aspx
- LaLiberte, T., Piescher, K., Mickelson, N., y Lee, M. H. (2017). Child protection services and parents with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 30(3). <https://doi.org/10.1111/jar.12323>
- Ludi, E., Ballard, E. D., Greenbaum, R., Bridge, J., Reynolds, W., y Horowitz, L. (2012). Suicide risk in youth with intellectual disability: The challenges of screening. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 33(5), 431-440. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3182599295>
- Matson, J. L., y Dempsey, T. (2009). The nature and treatment of compulsions, obsessions, and rituals in people with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 30(3), 603-611. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2008.10.001>
- Matson, J. L., Sipes, M., Fodstad, J. C., y Fitzgerald, M. E. (2012). Issues in the management of challenging behaviours of adults with autism spectrum disorder. *CNS Drugs*, 25(7), 597-606 (2011). <https://doi.org/10.2165/11591700-000000000-00000>
- McLaughlin, K. A. (2016). Future directions in childhood adversity and youth psychopathology. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(3), 361-382. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1110823>
- Munir, K. M. (2016). The co-occurrence of mental disorders in children and adolescents with intellectual disability/intellectual developmental disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(2), 95. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000236>

- Nadarajah, J., Roy, A., Harris, T. O., y Corbett, J. A. (1995). Methodological aspects of life events research in people with learning disabilities: A review and initial findings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 39(1), 47-56.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.1995.tb00913.x>
- Nouwens, P. J., Lucas, R., Smulders, N. B., Embregts, P. J., y Van Nieuwenhuizen, C. (2017). Identifying classes of persons with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: a latent class analysis. *BMC Psychiatry*, 17, 257. <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1426-8>
- Observatorio de la Infancia (2018). *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia*, (21), Madrid, Spain: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda. https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/productos/pdf/Boletin_provisional_Proteccion_21-Borrador.pdf
- O'Byrne, C., & Muldoon, O. T. (2018). Changes in domain specific self-perception amongst young people with intellectual disability: a longitudinal study. *European Journal of Special Needs Education*, 33(1).
<https://doi.org/10.1080/08856257.2017.1300164>
- Oeseburg, B., Jansen, D. E. M. C., Dijkstra, G. J., Groothoff, J. W., y Reijneveld, S. A. (2010). Prevalence of chronic diseases in adolescents with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 31(3), 698-704.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.01.011>
- Oliván, G. G. (2002). Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo. *Anales Españoles de Pediatría*, 56(3), 219–223.
[https://doi.org/10.1016/S1695-4033\(02\)77786-2](https://doi.org/10.1016/S1695-4033(02)77786-2)
- Patja, K., Iivanainen, M., Raitasuo, S., y Lönnqvist, J. (2001). Suicide mortality in mental retardation: a 35-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(4), 307-311. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00019.x>

- Perumal, N., Balan, N., y Stanfield, A. (2013). Psychopharmacology in children with intellectual disability and autism—a cross-sectional analysis (2010). *International Journal of Developmental Disabilities*, 59(1), 11-19.
<http://dx.doi.org/10.1179/2047386912Z.00000000016>
- Rosenberg, S. A. y Robinson, C. C. (2004). Out-of-home placement for young children with developmental and medical conditions. *Children and Youth Services Review*, 26(8), 711–723. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2004.02.016>
- 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.
<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2013.04.026>
- Sardinero García, E., Pedreira Massa, J. L., y Muñiz, J. (1997). El cuestionario CBCL de Achenbach: Adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas [Achenbach's CBCL Questionnaire: Spanish adaptation and clinical-epistemological applications]. *Clínica y salud*, 8(3), 447–480.
<https://psycnet.apa.org/record/1999-13366-003>
- Scheifes, A., de Jong, D., Stolker, J. J., Nijman, H. L., Egberts, T. C., y Heerdink, E. R. (2013). Prevalence and characteristics of psychotropic drug use in institutionalized children and adolescents with mild intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 34(10), 3159-3167.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.06.009>
- Schijven, E. P., Didden, R., Otten, R., y Poelen, E. A. (2019). Substance use among individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning in residential care: Examining the relationship between drinking motives and substance use. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 32(4), 871-878. <https://doi.org/10.1111/jar.12578>

- Schmidt-Tieszen, A., y McDonald, T. P. (1998). Children who wait: Long term foster care or adoption? *Children and Youth Services Review*, 20(1-2), 13-28.
[https://doi.org/10.1016/S0190-7409\(97\)00065-0](https://doi.org/10.1016/S0190-7409(97)00065-0)
- Shannon, P., y Agorastou, M. (2006). Identifying children with developmental disabilities receiving child protection services: A national survey of child welfare administrators. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 87(3), 351–357. <https://doi.org/10.1606%2F1044-3894.3539>
- Shannon, P., y Tappan, C. (2011). A qualitative analysis of child protective services practice with children with developmental disabilities. *Children and Youth Services Review*, 33(9), 1469-1475.
<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2010.11.014>
- Slayter, E. M. (2016). Foster care outcomes for children with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 54(5), 299-315.
<https://doi.org/10.1352/1934-9556-54.5.299>
- Slayter, E., y 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. <https://doi.org/10.1352/1934-9556-49.1.1>
- Sobsey, D., Randall, W., y Parilla, R. (1997). Gender differences in abused children with and without disabilities. *Child Abuse & Neglect*, 21(8), 707–720.
[https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00033-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00033-1)
- Soylu, N., Alpaslan, A. H., Ayaz, M., Esenyel, S., y Oruç, M. (2013). Psychiatric disorders and characteristics of abuse in sexually abused children and adolescents with and without intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34(12), 4334-4342. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.09.010>
- Sullivan, P. M. y Knuton, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24(10), 1257–1273.
[https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00190-3](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00190-3)

- Trout, A. L., Casey, K., Chmelka, M. B., DeSalvo, C., Reid, R., y Epstein, M. H. (2009). Overlooked: children with disabilities in residential care. *Child Welfare*, 88(2),110-136.
https://www.researchgate.net/profile/Robert_Reid10/publication/26834836_Overlooked_Children_with_Disabilities_in_Residential_Care/links/00b7d52a20ec1a516b000000.pdf
- Vervoort-Schel, J., Mercera, G., Wissink, I., Mink, E., Van der Helm, P., Lindauer, R., y Moonen, X. (2018). Adverse childhood experiences in children with intellectual disabilities: an exploratory case-file study in Dutch residential care. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10),2136.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15102136>
- Young-Southward, G., Rydzewska, E., Philo, C., y Cooper, S. A. (2017). Physical and mental health of young people with and without intellectual disabilities: Cross-sectional analysis of a whole country population. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61(10), 984-993. <https://doi.org/10.1111/jir.12422>