

Posgrado
PSICOLOGÍA DE LA SALUD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTOS
PSICOLÓGICOS
UNIVERSIDAD DE GRANADA



TESIS DOCTORAL

**CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS Y
PSICOPATOLÓGICAS DE ADOLESCENTES
VENEZOLANOS INSTITUCIONALIZADOS**

Doctoranda:

MARTHA PATRICIA FERNÁNDEZ DAZA

Director:

Prof. Dr. Antonio Fernández Parra

2012

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Martha Patricia Fernández Daza
D.L.: GR 2221-2013
ISBN: 978-84-9028-635-7

ANTONIO FERNÁNDEZ PARRA, Director de la Tesis “**ANTONIO FERNÁNDEZ PARRA**, Director de la Tesis “Características Psicológicas y Psicopatológicas de Adolescentes Venezolanos Institucionalizados” de la que es autora Dña. Martha Patricia Fernández Daza, del Programa de Doctorado Psicología de la Salud, Evaluación y Tratamiento Psicológico, de la Universidad de Granada,

AUTORIZA la presentación de la referida Tesis para su defensa y mantenimiento, puesto que reúne los requisitos exigibles a un trabajo de esta naturaleza, y se trata de un trabajo original realizado por la autora bajo mi dirección.

Granada, 26 de Noviembre de 2012

Fdo.: Dr. Antonio Fernández Parra

El doctorando Martha Patricia Fernández Daza, y el director de la tesis, el Dr. Antonio Fernández Parra, garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección del director de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

Granada, 26 de Noviembre de 2012

Director de la Tesis

Doctoranda

Fdo.: Antonio Fernández Parra

Fdo.: Martha P. Fernández Daza

AGRADECIMIENTOS

¡Por fin, ha llegado el día! Pensar que en ningún momento he estado sola en este camino, me reconforta y llena de alegría. Sin ellos hubiese sido imposible esta travesía, a cada una de las personas que me acompañaron en este maravilloso viaje mi enorme agradecimiento:

A Dios, por haberme brindado la posibilidad de construir y realizar mis sueños, además de bendecirme cada día.

A mis padres, quienes siempre han apoyado mis sueños. Estoy aquí gracias a todo el apoyo que recibí día a día y si en este trayecto estuvieron físicamente distantes, su compañía, palabras y amor siempre me llenaron el corazón. Son mi sostén y mi alegría, pero a la vez mi fuerza y mi debilidad.

A mis hermanos y sobrino, gracias por estar a mi lado en todo momento, nuestra unión y cariño es ejemplo fiel de las bendiciones que he recibido en mi vida. ¡Los quiero!

A Chanelita, mi eterna compañerita, allá en el cielo donde sé que te encuentras te ha de llegar mi inmenso amor y agradecimiento, igual o quizás mayor que aquel que tú me prodigaste.

Al Doctor Antonio Fernández Parra, su gran capacidad para transmitir sus conocimientos, ha sido fundamental para llegar hasta aquí. Por su enseñanza, tiempo y dedicación. ¡Mil gracias!

A mis amigos y amigas quienes supieron comprender la lucha por alcanzar este sueño y acompasaron mi camino.

A Granada, porque hizo que me sintiera protegida día a día, ciudad hermosa que vivió mis tristezas y alegrías.

ÍNDICE

CAPÍTULO I:

INSTITUCIONALIZACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES ...	1
1. Introducción.....	1
2. Consideraciones previas	4
3. Definición	7
4. Distribución de niños, niñas y adolescentes institucionalizados	10
5. Tendencias actuales en materia de cuidado alternativo de NNA	12

CAPÍTULO II:

LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN LA POBLACIÓN

INFANTOJUVENIL LATINOAMERICANA	17
1. Panorama general	17
1.1. El informe de UNICEF de 2004	18
1.2. El informe de RELAF de 2010	21
2. Panorama específico	23
2.1. Argentina	23
2.2. Bolivia	24
2.3. Brasil	25
2.4. Chile	29
2.5. Colombia	30
2.6. Haití	32
2.7. Honduras	33
2.8. Guatemala	34
2.9. México	37
2.10. Nicaragua	38
2.11. Paraguay	39
2.12. Perú	40
2.13. Uruguay	41
3. La situación de Venezuela	42
3.1. Organización y situación legal	44
3.2. Informes y estudios	45
4. Comentario final	51

CAPITULO III:

CONSECUENCIAS DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN EL DESARROLLO DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE

1. Investigación inicial: de 1945 hasta 1998	53
2. Consecuencias y problemas de la institucionalización	61
2.1. Problemas psicológicos, psicopatológicos y de desarrollo	62
2.2. Situaciones de abuso y discriminación	69
2.3. Institucionalización y neurodesarrollo	72
2.4. Institucionalización y alteraciones neurobiológicas	73
3. Factores que afectan a la institucionalización	76
4. A modo de valoración	79

CAPÍTULO IV:

MODELOS DE LOS EFECTOS DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

1. Introducción	83
2. Modelos explicativos neurobiológicos	84
2.1. Modelos psicobiológicos	85
2.2. Modelos de plasticidad cerebral	86
2.3. Modelos de plasticidad sináptica y experiencia	89
2.4. Las limitaciones de los modelos neurobiológicos	93
3. Modelos explicativos psicológicos	94
3.1. El modelo ecológico de Bronfenbrenner	95
3.2. El modelo transaccional de Sameroff y Chandler	98
3.3. Limitaciones de los modelos psicológicos	99
4. Aproximación epidemiológica	99
4.1. Conceptos básicos	100
4.2. Factores de riesgo individuales	102
4.3. Factores de riesgo relacionados con la socialización	103
4.4. Factores de riesgo ambientales y/o contextuales	104
4.5. Factores protectores individuales	105
4.6. Los vínculos sociales como factores protectores	106
4.7. Creencias saludables y modelos de comportamiento sólidos	106
4.8. Comentario final	107

CAPÍTULO V:

ESTUDIO EMPÍRICO	109
1. Introducción.....	109
2. Objetivos e hipótesis	110
3. Método	114
3.1. Participantes	114
3.2. Instrumentos	115
3.2.1. Cuestionarios para padres, cuidadores y profesores	116
3.2.2. Cuestionarios de autoinformes para adolescentes	118
3.3. Procedimiento	122
3.4. Diseño	123
3.5. Análisis estadístico	124
4. Resultados	127
4.1. Competencias psicosociales y educativas	127
4.2. Problemas internalizados y externalizados: escalas CBCL e YSR ..	129
4.3. Índices clínicos orientados al DSM: CBCL e YSR	139
4.4. Problemas de comportamiento: SDQPadres, SDQProfesores y EDAH	150
4.5. Problemas psicológicos: CMAS, CDI y STAXI-NA	160
4.6. Relación entre la información de padres/cuidadores, adolescentes y profesores	166

CAPÍTULO VI:

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	169
1. Discusión	169
1.1. Primer objetivo específico	171
1.2. Segundo objetivo específico	172
1.3. Tercer objetivo específico	182
1.4. Cuarto objetivo específico	187
1.5. Quinto objetivo específico	191
2. Conclusiones	195
REFERENCIAS	199

Resumen

El objetivo principal de este estudio fue analizar los problemas psicológicos y psicopatológicos, en términos de lo que se denomina actualmente acogimiento residencial, en una muestra de preadolescentes y adolescentes venezolanos institucionalizados. En primer lugar se realizó una revisión de la situación actual en la que se encuentra la institucionalización o acogimiento residencial a nivel mundial, pero con un énfasis especial en Latinoamérica y Venezuela. Se revisaron también los estudios existentes sobre este tema, así como los modelos teóricos propuestos para explicar el estado psicológico de los niños, niñas y adolescentes en situación de acogimiento residencial.

El estudio empírico partió de una muestra total de 409 adolescentes y preadolescentes de edades comprendidas entre los 11 y 15 años. Tras la evaluación, y la aplicación del diseño de investigación propuesto, la muestra quedó compuesta por 111 participantes institucionalizados en asociaciones civiles y entidades de protección del estado, y 111 controles igualados provenientes de colegios tanto públicos como privados o subsidiados. Se pretendía identificar las competencias psicosociales y académicas y determinar los problemas psicológicos y psicopatológicos. Incluía tanto los problemas de tipo externalizado como internalizado, con especial énfasis en los problemas de comportamiento perturbador, problemas de ansiedad, estado de ánimo e ira. La información sobre el comportamiento de los participantes fue aportada, mediante pruebas psicológicas apropiadas, por los padres y cuidadores de los adolescentes, sus profesores y ellos mismos a través de instrumentos de autoinformes.

Se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en diversas variables tanto cuando se consideran los datos de autoinforme como los que provienen de los informes de padres y cuidadores. Así, se encontró que los adolescentes institucionalizados mostraban mayor nivel de problemas internalizados y externalizados, problemas de comportamiento disruptivo o perturbador, incluyendo déficit de atención e hiperactividad, problemas de estado de ánimo, de ansiedad e ira. En algunos casos, estas diferencias estaban influidas por el sexo de los participantes o su nivel escolar.

Finalmente, se discuten las implicaciones del trabajo, y se extraen conclusiones sobre las aportaciones del estudio desarrollado y proyección futura.

CAPÍTULO I

INSTITUCIONALIZACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

1. Introducción.

Lo que hoy en día conocemos como acogimiento residencial no es nada nuevo, es una medida social que ha sido implementada durante siglos para asistir a niños en situación de abandono y sin protección, para ello se han utilizado diferentes denominaciones como: Orfanatos, Casas Cuna, Casas de Misericordia, Casa de Expósitos, Hospicios, Albergues, entre otras (Bravo y Del Valle, 2009; Giammaría, 2010). Originalmente fueron creadas por instituciones y comunidades religiosas, sin embargo, posteriormente pasó a depender de la beneficencia del estado. Hay que recordar que anteriormente, tanto la iglesia católica como el Estado asumían roles paternalistas ante los problemas sociales (Giammaría, 2010; Revuelta, 2011), entre ellos el acogimiento y custodia de menores desprotegidos.

Por otra parte, hay casos en los que los menores no se encuentran en situación de total abandono, pero el vínculo con su familia no siempre es la opción más idónea para el desarrollo del niño, niña o adolescente (NNA). La familia desempeña un papel fundamental, en especial durante la infancia y adolescencia; pero en ocasiones, no es capaz de proporcionar dicho apoyo, y fracasa al momento de satisfacer las necesidades básicas del NNA. Por lo que algunas veces la extracción del NNA de su núcleo familiar favorece su maduración y desarrollo. Cuando se hace imperioso recurrir a la separación del niño y su familia, las instituciones de protección constituyen una de las

alternativas de atención más importantes (Bravo y Fernández, 2003). Algunas de las principales razones por las cuales los niños son extraídos del núcleo familiar por las autoridades es el abuso emocional, físico y sexual que enfrentan los niños en el hogar (O’Kane, Moedlagl, Verweijen-Slammescu y Winkler, 2006). No obstante, sólo para una minoría de niños el acogimiento residencial continuará siendo la mejor solución (*Department of Health*, 2003b). Sin embargo, las tasas de institucionalización siguen siendo alarmantemente altas, a pesar de las reformas de los últimos años (UNDP, 2011).

El término institucionalización ha sido relacionado generalmente con diversas alternativas de actuación en materia de protección y política social del niño, niña o adolescente que, dependiendo del país que se considere, viene asociado a acepciones del tipo: acogimiento o cuidado residencial, cuidado institucional, colocación en entidad de atención, medida de abrigo, hogares de guarda, medidas de protección de carácter residencial, hogares de protección, hogares de acogida, orfanatos, etc. Dada la diversidad de dimensiones, tipos y fines de las instituciones residenciales, así como de los diferentes nombres que reciben, en este trabajo lo consideraremos términos afines.

Según el Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF (2006) la mayoría de los expertos en desarrollo infantil y humano, afirman que los centros de acogimiento residencial son generalmente inadecuados, incluso, son injustificables. Los países que tienen una larga trayectoria en la atención institucional son los países desarrollados, conocen los problemas que se originan cuando los niños y niñas que han crecido en instituciones se hacen adultos y llega el momento de su integración a la sociedad. Algunos incluso, no desean marcharse y quieren seguir viviendo bajo la protección residencial donde al menos tienen sus necesidades básicas cubiertas. Otros tienen la esperanza de ser libres, pero no logran salir adelante, porque tienen escasas estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y conocimientos necesarios para integrarse con independencia y autonomía en una comunidad. En algunos países de Europa y América latina, los jóvenes que carecen de familiares que asuman la responsabilidad de cuidarlos, probablemente terminan encontrando amparo en un orfanato, así como también, haciendo vida en la calle. Además, agrega, la Convención sobre los Derechos del Niño reivindica que se tomen en consideración otras alternativas de acogimiento antes de proceder al internamiento, ya que este debe ser el último recurso y afirma que los niños y niñas que viven en instituciones tienen derecho a “una revisión periódica del

tratamiento al que estén sometidos... y de todas las demás circunstancias propias de su internación” (Art. 25). Por tanto, la Convención fomenta que la evaluación de la necesidad de dicho internamiento se realice de manera periódica y donde debe prevalecer ante todo el interés superior del niño y la niña.

Este centro de investigación pone como ejemplos a diversos países que están implementando la desinstitucionalización demostrando que es posible cambiar la situación de los niños y niñas que son acogidos en las instituciones, a su vez promueve los cuidados en familia y sistemas más integrados a la comunidad, de tal manera que sean constructivos para su desarrollo. No obstante, para poder lograrlo se necesita la identificación e implementación de alternativas viables, además de la voluntad política y social. En el caso de los niños y niñas huérfanos que padecen de SIDA, es prioritario garantizarles la protección de sus derechos, incluido el derecho a desarrollarse con una familia. Asimismo, los gobiernos deben supervisar y controlar las instituciones que se encargan del acogimiento de los niños.

También hay que mencionar que existe una incesante tendencia en el acogimiento institucional de manera indiscriminada de algunas minorías: niños huérfanos, sin cuidado parental. Son niños, niñas y adolescentes (NNA) que corren el riesgo de ser invisibles y excluidos de la sociedad debido a la ausencia de un entorno social que los proteja contra la violencia, el abuso, los malos tratos y el abandono, así como también contra la explotación y la discriminación (*EveryChild*, 2009a; UNDP, 2011; UNICEF, 2005a).

Pero las instituciones cuyo objetivo es la protección de los menores pueden constituirse, a su vez, en lugares de abuso y explotación. La violencia ocurrida en los centros residenciales pueden afectar tanto la salud física como mental de los NNA y dañar su capacidad para aprender y socializar, además, quebrantar su desarrollo como adultos funcionales. Incluso, en los casos más graves puede conducir a la muerte. Por otra parte, son muchos los NNA que se les ingresa innecesariamente y durante largos períodos de tiempo en las instituciones, donde reciben poca atención individualizada y escasa estimulación aspectos necesarios para desarrollar su pleno potencial (*EveryChild*, 2010; *EveryChild*, 2011a; *EveryChild*, 2011b; UNICEF, 2006). A pesar de que, la finalidad de la creación de las instituciones de protección es muy diferente porque fueron creadas para proporcionar supervisión, cuidado, orientación, apoyo y protección a los NNA que son acogidos y cuyo uso debe ser “temporal”, también hay que recordar que fueron fundadas con el objeto de potenciar la

adaptación y socialización de los NNA porque su núcleo familiar ha incumplido con estas funciones, por tanto, debe ofrecerle un ambiente estable en el cual se estimule su desarrollo y la adquisición de aprendizajes (Fernández, 1992; Pinheiro, 2006a).

El acogimiento residencial sigue desempeñando un papel esencial en la protección de niños, niñas y en especial, adolescentes, en situación de desamparo. Es indispensable atender a problemas emergentes como el incremento de la violencia familiar, la necesidad de tratamiento e intervención a niños a los diversos problemas emocionales, de comportamiento y de salud mental, entre otros. A través de los tiempos, ésta necesidad ha generado importantes cambios en la organización y funciones de las instituciones de acogida. Hoy en día, el trabajo de los profesionales se ha especializado en la intervención de adolescentes y en problemáticas como las descritas (Bravo y Del Valle, 2009). Pero esto no significa que los centros u hogares de acogida cumplan siempre de forma adecuada con la función que se les ha asignado, o que no existan otras alternativas más “naturales” o que impliquen un menor nivel de institucionalización, como los hogares de acogida o acogimiento familiar.

Mientras el debate continúa, en la gran mayoría de los casos los países de altos recursos tienden a optar por el acogimiento familiar, mientras que en los países de bajos recursos la atención institucional todavía prevalece (Groza et al., 2009).

2. Consideraciones previas.

A fin de contextualizar más ampliamente el término “Institucionalización” es conveniente precisar algunos conceptos.

El significado del término huérfano ha variado considerablemente según los distintos contextos socio-culturales. Hoy, definirlo no es tan fácil. Conceptualizarlo solamente en relación con la paternidad biológica simplifica el tema, porque la realidad social de las familias y las redes de parentesco en las distintas sociedades es diferente. Por ejemplo, en las sociedades no occidentales los niños han sido criados generalmente dentro de una red de obligaciones familiares, es decir, por la familia extendida, mientras que no sucede lo mismo en occidente. En muchos países el término “huérfano” en el contexto residencial, es

un nombre inapropiado porque la atención institucional se utiliza con más frecuencia para atender a los niños de escasos recursos que para los niños cuyos padres han muerto. Por esta razón, la mayoría de los llamados huérfanos del SIDA en las instituciones del sur de África no son huérfanos, en el sentido estricto de la palabra, sino que han sido admitidos por su condición de pobreza. El cuidado de los padres biológicos o de la familia extendida no puede tener la misma connotación que los niños cuidados por el sistema de bienestar social (Richter, 2006). También sucede que, en numerosos países el término “huérfano” se aplica tanto para los niños que han perdido a uno de sus padres, así como para los que han perdido a ambos, pero, resulta que la realidad es muy distinta porque la inmensa mayoría de NNA en acogimiento residencial, en particular en los países pobres, tienen al menos un padre vivo. Muchos de estos niños nunca vuelven a sus hogares o lo hacen después de mucho tiempo, por tanto, crecen lejos de sus familias y comunidades. Es por ello que, los niños que se definen como huérfanos pueden o no ser vulnerables, en función de sus condiciones pre-existentes, por ejemplo: el tipo y calidad de acogimiento, salud, disponibilidad de familiares, aceptación y afecto recibido, el estado, los recursos socioeconómicos, entre otros (Richter, 2006; Richter y Foster, 2005; *Save the Children*, 2009).

Sin embargo, los autores anteriormente señalados refieren que el término “*Niños en Circunstancias Especialmente Difíciles*” (CEDC) es un término más amplio. El mismo fue acuñado por UNICEF a mediados de los años 1980 para describir la situación de determinados grupos de niños cuyas condiciones iban más allá de la pobreza, como los niños con discapacidad, los niños atrapados en conflictos armados y guerras, los niños explotados, entre otros. Desde entonces, el término se ha extendido a otras categorías de niños vulnerables, incluidos los niños huérfanos y afectados por el VIH/SIDA, niños en situación de calle, niños que viven en áreas remotas, los niños que viven en instituciones, los niños que viven con padres crónicamente enfermos y los huérfanos por causas distintas del VIH/SIDA. Todos pueden ser considerados como vulnerables porque son niños que viven en circunstancias especialmente difíciles. Las condiciones que los afectan son similares de allí que, los programas de atención que se implementen deben tener mucho en común (Richter, 2006; Richter y Foster, 2005).

Una calificación similar a la anterior es “*Niños, niñas y adolescentes sin el cuidado parental*”, ésta denominación la reciben los NNA que por diversas razones no viven, al menos, con uno de sus padres, por lo tanto, no están bajo su

cuidado, supervisión ni protección, cualquiera sean las circunstancias (*General Assembly of the United Nations*, 2010; O’Kane., et al. 2006; UNICEF, 2009a).

De acuerdo con Durán-Strauch y Valoyes (2009) ésta categoría es reciente y su finalidad es incluir en una misma denominación diferentes circunstancias vitales de niños, niñas y adolescentes, porque no son cuidados por su familia de origen y a los cuales se les llama “abandonados”, lo que trae como consecuencia su ingreso al sistema de protección. Entre ellas están: (1) la orfandad, es decir, cuando el motivo de ingreso a la institución es el fallecimiento del padre, la madre o ambos; (2) el abandono, cuando el NNA no tiene personas que se encarguen de su cuidado y crianza, o que existiendo, incumplen con sus obligaciones y deberes (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF-, 2007); (3) razones debidas a circunstancias de emergencia o cambios imprevistos tales como: desastres naturales y sociales que originan que el NNA se separe de sus figuras parentales o personas significativas (UNICEF/Servicio Social Internacional, 2004); y, por último, (4) diferentes circunstancias que imposibilitan a los progenitores para que cuiden de sus hijos, entre ellas: las migraciones, enfermedad, explotación económica y/o sexual, esclavitud, conflicto armado, vida en las calles, delincuencia y la cárcel.

Durán-Strauch y Valoyes (2009) agregan que cierto tipo de condiciones de índole socio-económica, política y cultural influyen para que se originen las situaciones anteriormente mencionadas, además de influir en la capacidad de la propia familia para brindar un cuidado adecuado a sus hijos. A su vez estas razones inciden en la vulneración de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el contexto familiar y social, igualmente, pueden generar cambios en la cohesión y estructura familiar que probablemente desemboquen en la ruptura del núcleo familiar, bien sea por los conflictos, la separación o el debilitamiento de los lazos afectivos. No obstante, señalan que afortunadamente, hay redes de apoyo sociales y comunitarias que se encargan del cuidado y crianza de los niños, como son la familia extensa y los vecinos.

En el mismo orden de ideas, los aportes de las Directrices de la ONU sobre las modalidades alternativas de cuidado de niños explicitan que hay dos tipos de modalidades de acogimiento (*General Assembly of the United Nations*, 2010). En primer lugar, el *acogimiento informal* que vendría a ser todas aquellas alternativas privadas con carácter permanente que se realizan dentro de un contexto familiar, donde la atención y el cuidado del niño la pueden asumir tanto los familiares (acogimiento informal por familiares) como personas particulares.

Este tipo de acogimiento puede producirse a petición del niño, de los padres o de otra persona sin que necesariamente exista un órgano judicial o administrativo de por medio. Y en segundo lugar, el *acogimiento formal*, es el acogimiento también llevado a cabo en un contexto familiar pero que a diferencia del acogimiento anterior éste si es ordenado por una autoridad judicial u órgano administrativo como también involucra el acogimiento en un entorno residencial, se incluyen aquí los centros de acogida privados, que pudieron haber sido o no realizados con medidas judiciales o administrativas (*General Assembly of the United Nations*, 2010).

3. Definición.

Si bien no existe ninguna definición universalmente aceptada de lo que significa una institución de protección para NNA, generalmente, si se conoce que tienen algunas características comunes como son la atención a tiempo completo para los jóvenes que viven en ausencia de sus familias, además de que son supervisadas por personal que percibe un sueldo por su trabajo. El funcionamiento, la dimensión, organización y actividades que realizan es diferente. De acuerdo con Pinheiro (2006a) algunas categorías de atención institucional son las tres siguientes: La *atención residencial de largo plazo*, donde el promedio de niños y niñas ingresados es variable y algunas son específicamente para niños y niñas con discapacidades. La *atención de emergencia o en centros temporales*, son los centros que satisfacen las necesidades básicas de seguridad, alimentación, alojamiento y educación por un período corto de tiempo. Y por último, los *hogares de acogida*, donde la atención y cuidado que reciben los NNA es más personalizada, es facilitada por uno o varios empleados que se encuentran en una vivienda diferente a la suya y su trabajo consiste en cuidar a un grupo de niños (Generalmente entre 10-15 años de edad) en un entorno más hogareño y familiar (Pinheiro, 2006a).

Acogimiento residencial es el término utilizado para definir toda situación de atención de los NNA que se encuentre fuera del contexto familiar, donde es la *institución residencial* el medio físico en el que se cuida al NNA (UNICEF/Servicio Social Internacional, 2004).

El ICBF (2004), haciendo referencia a la *institucionalización*, señala que esta situación de carácter temporal se da cuando los centros o instituciones en la

modalidad de internado, se comprometen y responsabilizan de la protección y cuidado del niño y que de alguna manera procura sustituir o ser complementaria al cuidado otorgado por la familia. Esta modalidad de atención puede darse bien sea por la ausencia de los padres o en su defecto, por su incapacidad para brindarle al NNA las condiciones adecuadas para su desarrollo y formación. Indica, además que el recurso es utilizado mientras se restituye el reintegro al núcleo familiar, en la medida que sea posible. Entre las funciones de las instituciones destacan: ofrecer atención integral, velar por sus derechos y promover acciones o estrategias que sustituyan las relaciones vinculares. De tal manera que se restablezca, en la medida de lo posible, el derecho a desarrollarse en un ámbito que satisfice sus necesidades tanto materiales como psicológicas.

El Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF (2006) señala que el “cuidado residencial” o “cuidado institucional” son formas de convivencia grupal para NNA y su cuidado es responsabilidad de adultos que perciben un sueldo.

En España, tal como lo plantea Canales (2006) el acogimiento residencial es el internamiento de un menor en un centro asistencial, previa autorización judicial, a menos que existan razones de fuerza mayor como los casos de urgencia que requieran su acogimiento inmediato.

Por su parte, la LOPNA (Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y Adolescente), explicita que en Venezuela la Colocación en Entidad de Atención, tal como recoge el art. 128), es una medida de protección temporal que se aplica a los niños y adolescentes privados de su familia de origen. Las entidades de atención pueden recibir en casos de emergencia a aquellos NNA que aún no han recibido una medida de protección (art. 185, LOPNA). Esta medida sólo puede ser dictada por el Tribunal de Protección del Niño y del Adolescente (art. 160, LOPNA) una vez se compruebe la amenaza o violación de los derechos o garantías del niño, niña o adolescente (art. 125, LOPNA). No procede la separación de los padres cuando las razones son pobreza u otras causas de exclusión social (art. 26, Parágrafo Segundo LOPNA). En las entidades de atención debe prevalecer el principio del interés superior, para ello deben: preservar los lazos familiares, no separar a los hermanos, preservar la identidad del NNA, realizar evaluaciones periódicas e individuales y garantizar tanto las necesidades básicas, así como la atención de especialistas, además del acceso a actividades de recreación. Asimismo, preparar gradualmente a los jóvenes para cuando egresen de la institución (art. 186 lit c, LOPNA).

Siguiendo con la LOPNA, las entidades de atención deben ser inspeccionadas por la Defensoría del Pueblo (art. 199, LOPNA). Cuando la medida de protección se ejecute en Entidad de Atención, es al responsable de la institución a quien se le transfiere la responsabilidad de la crianza (art. 358, LOPNA). La responsabilidad de la crianza, según el artículo 358 de la LOPNA, implica la convivencia de un niño, niña o adolescente con la familia sustituta o con los responsables de la Entidad de Atención. Además, la guarda los hace responsables de amarlos, cuidarlos, criarlos y prestarles asistencia moral, material y afectiva a los hijos, así como la orientación moral y educativa adecuada a su rango de edad y desarrollo físico y mental.

Al respecto, Perfetti (2007) declara que, cuando es imposible garantizar este derecho fundamental que tiene todo niño, niña o adolescente a vivir con su familia nuclear, o que sea contrario al interés superior, ese niño, niña o adolescente tendrá derecho a una familia sustituta a través de las figuras de colocación familiar o en entidad de atención, tutela o adopción (Perfetti, 2007). El concepto de Familia Sustituta es entendido como un derecho excepcional frente al derecho fundamental de vivir y ser cuidado por los progenitores. No obstante, primero se tomará en cuenta a la familia de origen, luego a la familia extendida y salvo contadas excepciones se aplicarán medidas de colocación en hogares sustitutos o se aplicarán medidas de adopción y, en última instancia, se colocará al niño en entidades de atención (véase la Exposición de Motivos de la LOPNA).

Según las directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños propuestas por la ONU, el acogimiento residencial es el que se efectúa tanto a corto como a largo plazo, en cualquier entorno colectivo diferente al contexto familiar, como: lugares específicos en casos de emergencia, centros de tránsito y el resto de centros de acogimiento residencial, incluidos los hogares funcionales. En cuanto a los responsables del acogimiento alternativo expresa que hay dos tipos: la “agencia” que es la entidad o el servicio público o privado que se encarga del acogimiento alternativo de los niños y el “centro de acogida” que es el establecimiento en sí, éste puede ser también público o privado (*General Assembly of the United Nations*, 2010).

4. Distribución de niños, niñas y adolescentes institucionalizados.

En todo el mundo, al menos 24 millones de NNA viven sin cuidado parental, representando el 1% de la población infantil mundial. Debido a la recesión mundial este número está aumentando rápidamente, en algunas partes de África hasta un 34% de los niños viven sin cuidado parental en comparación con el 1,8% del Reino Unido (*EveryChild*, 2009b; *EveryChild*, 2009e; *EveryChild*, 2011a; *EveryChild*, 2011c). Es decir que a nivel mundial millones de niños viven separados de sus padres, bien sea en centros de atención o de otras maneras. Esta cifra incluye alrededor de 1,5 millones de niños, niñas y adolescentes de Europa Central y del Este y la Comunidad de Estados Independientes que viven bajo tutela estatal (UNICEF, 2005c) y más de 1 millón de niños y niñas de Europa y Asia Central que viven en instituciones residenciales (UNICEF, 2005b). A finales de 2003 se estimó que el número de NNA huérfanos en 93 países de África subsahariana, Asia y América Latina y el Caribe (niños entre 0 y 17 años que han perdido a uno o ambos progenitores) era de 143 millones (Programa UNAIDS-UNICEF y USAID, 2004).

Ahora bien, aproximadamente, hay alrededor de 8 millones de NNA viviendo en centros de acogimiento residencial en todo el mundo. Sorprendentemente, se estima que sólo en Rusia viven 800.000, de los que más del 95% tienen al menos un progenitor vivo (*EveryChild*, 2009be, 2011ac). También se pueden encontrar altas tasas de institucionalización en otras regiones como Japón, Líbano y Marruecos. En América Latina, algunos países aún dan cifras muy significativas, las mayores se encuentran en Colombia (24.300), Brasil (24.000), Bolivia (15.600) y Chile (11.600) (UNICEF-Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2004).

No obstante, algunos países que recurrían a la atención institucional a gran escala se han alejado de este tipo de asistencia. Por ejemplo, en los últimos veinte años el número de niño/as que viven en las instituciones ha bajado significativamente en Inglaterra, Italia y España. En los EE.UU. y Canadá, donde están excesivamente representados los NNA en el sistema de bienestar infantil, la mayoría de ellos viven con familias de acogida o en hogares de grupo (Barter, 2003; UNICEF, 2003; United Nations Secretary-General's Study on Violence

against Children, 2005). Sucede igual en Europa Occidental desde la década de 1970 (O’Kane et al., 2006).

Lo más preocupante es la institucionalización de los niños con discapacidad, lactantes y niños pequeños. En muchos países, los niños con discapacidad representan hasta un 60% de todos los niños en las instituciones, como en Europa Central y del Este y la Comunidad de Estados Independientes (CEE/CIS), constituyéndose ésta en una de las principales razones por las que los niños son internados, además de la pobreza. Asimismo, los datos confirman que a pesar de las reformas realizadas en los sistemas de protección de NNA en varios países, no ha habido una reducción significativa en su uso (*EveryChild*, 2009e; UNICEF, 2010; UNICEF-*Innocenti Research Centre*, 2005). Todo lo contrario, en los países en desarrollo la crisis del VIH y el SIDA se está utilizando como cortina de humo para financiar la expansión de la atención residencial (*EveryChild*, 2011b).

Sobre otro particular, Durrant (2005) señaló que la violencia en las instituciones residenciales es seis veces más frecuente que en las familia de acogida, y que los niños institucionalizados tienen una probabilidad casi cuatro veces mayor de sufrir abuso sexual que aquellos que tienen acceso a alternativas de protección basadas en la familia.

Por otra parte, existe cierta evidencia que sugiere que el crecimiento de la atención residencial puede estar afectando a algunos grupos más que otros. Entre los cuales podemos mencionar: los niños de algunos grupos étnicos (incluidos los gitanos), niños nacidos fuera del matrimonio, niños pertenecientes a ciertas razas, niños con discapacidad, y los niños VIH positivos (Bilson, 2009; Browne, 2009; *EveryChild*, 2005, 2010; Tolfree 1995; UNICEF, 2005).

Es conveniente señalar que las cifras oficiales están infravaloradas, por lo que es difícil indicar la proporción exacta de niños en atención institucional y hacer estimaciones globales confiables, por su dificultad para recopilarlas, además para establecer comparaciones entre regiones o en relación a años anteriores (*EveryChild*, 2009b, *EveryChild*, 2009e; *EveryChild*, 2011a; *EveryChild*, 2011c).

Sea como fuere, la institucionalización en sus diferentes variantes puede ser vista como un factor que altera el desarrollo infantil, en muchas ocasiones perjudicándolo (factor de riesgo), pero también protegiendo al menor (factor de protección). Antes de abordar estos aspectos, vamos a exponer de forma más

detallada ambos conceptos en relación con el desarrollo psicológico de niños, niñas y adolescentes.

5. Tendencias actuales en materia de cuidado alternativo de NNA.

En líneas generales, en la actualidad las recomendaciones que desalientan las políticas de construcción de nuevos centros son frecuentes, sobre todo, instituciones residenciales de gran tamaño (*General Assembly of the United Nations*, 2010; *EveryChild*, 2011c). Igualmente, se potencia el desarrollo de otras formas de cuidado alternativo para los NNA que ya se encuentran viviendo en los centros de acogimiento, principalmente para los casos de mayor estadía o los niños menores de tres años. Con respecto a los hogares de pequeños grupos, las Directrices de la ONU (*General Assembly of the United Nations*, 2010) afirman que son los más ventajosos para cuidar a los niños pequeños ya que la atención puede adecuarse a sus necesidades. También expresa que los centros de acogimiento residencial deberían organizarse en función de los derechos y necesidades individuales, en contextos parecidos a una familia o con sistemas de convivencia por pequeños grupos. Su finalidad debe estar encaminada a proporcionar cuidados temporales y contribuir activamente a la restitución e integración familiar del niño. En caso de que no fuera posible, debe entonces asegurar un cuidado estable en un entorno familiar alternativo, inclusive, considerar la adopción. Los centros de acogimiento, deben tratar de imitar los escenarios de vida del NNA de la forma más semejante posible a la de una familia normalizada, empezando por las condiciones de vivienda hasta por su atención integral del NNA.

En cuanto a los hogares para pequeños grupos los informes anteriormente señalados indican que pueden ser un recurso muy valioso para la atención temporal de los niños, mientras se reintegran con sus familias de origen o se consigan alternativas de cuidado basadas en la familia (*EveryChild*, 2011c; *General Assembly of the United Nations*, 2010). Sin embargo, destaca que esta medida alternativa de cuidado no debe ser generalizable, porque no es apropiada para todos los niños, sino que todo depende de las características del caso. Un ambiente diferente a una casa de familia impide que los niños formen lazos fuertes a corto plazo. Todas éstas son posibilidades que deben analizarse al momento de determinar las opciones más adecuadas de atención. Los hogares

para pequeños grupos pueden ser de gran ayuda, mientras se cierran los centros de acogimiento de gran escala y se crean alternativas de cuidado familiar. Incluso en estos casos, las casas en grupos pequeños deben utilizarse de manera selectiva, y sólo para aquellos niños donde la atención parental no es una opción viable, y para quienes otras formas alternativas de cuidado familiar no son apropiadas. Hay algunas evidencias que sugieren que en las casas de pequeños grupos se obtienen mejores resultados que las grandes instalaciones, pero, también es verdad que es una medida de protección mucho peor que la alternativa, del cuidado familiar. No obstante, la evidencia sobre los beneficios de la atención a corto plazo de los hogares de grupos pequeños es aún débil, se necesita más investigación. Por otra parte, la duración de la atención residencial o de cualquier forma de cuidado alternativo, dependerá de las necesidades individuales y el interés superior del niño, y los esfuerzos por encontrar soluciones más permanentes.

La prevención primaria es, sin duda una manera de evitar el acogimiento residencial, la misma debe orientarse a dos aspectos fundamentales (Pinheiro, 2006): ofrecer opciones alternativas diferentes a la institucionalización y reducir las razones o circunstancias que llevan a que los NNA sean institucionalizados. Por otra parte, se debe realizar una evaluación exhaustiva para identificar la medida más adecuada en función de las necesidades específicas del NNA, de tal manera que, el internamiento sea una opción de “último recurso”. A menos que sea en función de su interés superior, tal y como señala este mismo autor.

Así mismo, es sumamente importante crear un ambiente protector para la infancia donde la responsabilidad y el compromiso de los gobiernos son primordiales. Hacen falta sistemas de atención infantojuvenil abiertos a la comunidad e iniciativas que reduzcan el nivel de pobreza (UNICEF, 2006). Es vital el apoyo del gobierno mediante políticas, financiación y legislación adecuadas acordes a la población infantil para establecer y promover alternativas de cuidados basadas en la familia. Igualmente, las largas permanencias de los NNA en las instituciones se deben evitar, además de seguir reduciendo las cifras de jóvenes en acogimiento residencial. En lo que respecta al personal se debe asegurar que sea de calidad y que estén en permanente capacitación, como también se debe garantizar su estabilidad en la institución, de tal manera que, los NNA puedan establecer vínculos fuertes con sus cuidadores.

Tampoco debe perderse de vista que la evaluación de los problemas psicológicos, psicopatológicos y de desarrollo en niños, niñas y adolescentes son

más eficaces cuando incluyen diversos informantes, su importancia en la literatura existente está ampliamente demostrada (Achenbach y McConaugh, 1987; Achenbach, McConanghy y Howell, 1987; Cole, Hoffman, Tram y Maxwell, 2000; Del Barrio, 2002; Fergusson y Horwood, 1993; Grietens, Onghena, Prinzie, Gadeyne, Van Assche, Ghesquière et al., 2004; Herjanic y Reich, 1982; Kazdin, 1979; Rubio-Stipec, Fitzmaurice, Murphy y Walker, 2003; Steinberg y Morris, 2001; Verhulst y Akkerhuis, 1989). Y en estudios más recientes (Achenbach y Rescorla, 2007; Achenbach, Becker, Döpfner, Heiervang, Roessner, Steinhausen y Rothenberger, 2008; Angulo, Jané, Bonillo, Viñas, Corcoll-Champredonde, et al. 2010; De Los Reyes y Kazdin, 2005; Roessner, Becker, Rothenberger, Rohde y Banaschewski, 2007; Van Roy, Groholt, Heyerdahl y Clench-Aas, 2010). Igualmente, destacan la importancia de la valoración de diferentes informantes los estudios con niños institucionalizados (Fisher, Ames, Chisholm y Savoie, 1997; Janssens y Deboutte, 2009; Vorria, Rutter, Pickles, Wolkind, Hobsbaum, 1998; Vorria, et al., 2006).

El sistema de protección debe encaminarse en la búsqueda de un nuevo entorno de base familiar; más allá de la alternativa ambivalente del acogimiento del menor. Puede hacerlo de dos maneras: proporcionándole un ambiente de cuidado alternativo a través del acogimiento familiar (familia extensa o ajena) o bien a través de la adopción (Valedor Do Pobo, 2008). En este sentido, y sólo cuando los anteriores intentos fallen tendrá cabida el acogimiento residencial. Las recomendaciones que hace el autor no son diferentes a las ya propuestas: (a) dar prioridad al acogimiento familiar; (b) evitar la separación de hermanos e intentar que sean acogidos por la misma familia, y por último; (c) promover el contacto y permanencia del NNA en su propia comunidad, procurando su acogimiento por la familia extensa.

En base a los resultados negativos obtenidos, las prácticas institucionales se ven impulsadas por el cambio. Afortunadamente, son cada vez más los países que ratifican las leyes y normativas de protección en beneficio de NNA, en consecuencia, adquieren responsabilidades y compromisos, además, hacen uso de normas innovadoras para el cuidado de los niños, por lo general, más ventajosas. Así, el conocimiento sobre el desarrollo de los niños y las conclusiones sobre las mejores intervenciones han evolucionado junto a importantes cambios de tipo jurídico, social, económico, entre otros (Grotevant, 2011).

Algunos tópicos que merecen ser todavía abordados son: la relativa falta de investigación sobre los costos que conllevan las diversas alternativas de

preservación de la unidad familiar tanto a corto como a largo plazo, así como la reunificación familiar, el cuidado proporcionado por familiares y la adopción. Igualmente, la realización de evaluaciones multimétodo y multi-informante en niños, niñas y adolescentes que viven en acogimiento residencial.

En cualquier caso, no cabe duda que la actuación protectora en situaciones de riesgo se dirige, como se ha visto, a evitar y prevenir el abandono de los NNA, así como a erradicar la institucionalización. Está claro que el enfoque basado en el cuidado de la familia es superior a la atención institucional (Groza, Bunkers y Gamer, 2011).

CAPÍTULO II

LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN LA POBLACIÓN INFANTOJUVENIL LATINOAMERICANA

1. Panorama General.

América Latina, con una población mayor de 190 millones de niños y niñas es una de las regiones más desiguales del mundo (Pinheiro, 2006b). Pese a los avances realizados, muchos niños continúan con la esperanza de que les protejan contra cualquier forma de abandono, abuso o explotación, además, les reconozcan su derecho a vivir una vida digna y sin violencia. La mayoría de los NNA viven con miedo al hecho de ser víctimas de violencia en las instituciones del Estado y la ausencia de políticas públicas que promuevan el apoyo a las familias ha generado el crecimiento de instituciones de acogida residencial. El internamiento en centros de acogimiento, es la solución que ofrecen generalmente las instituciones a los niños desprotegidos, a los niños abandonados, a los niños cuyos padres no les dan el cuidado que necesitan, a los niños que están en la calle (Pinheiro, 2006b).

El interés y la inquietud por proteger a la infancia en Latinoamérica es un fenómeno que ha estado presente durante todo el siglo XX, imitando los lineamientos políticos y sociales de Europa y Estados Unidos (Blum, 2007; Romero, 2008 en Dávila y Naya, 2010). Hay ciertos aspectos en los que pueden apreciarse diferencias con respecto a las fechas en las cuales se establecieron las normativas legales de protección de los NNA, pero en líneas generales se ha seguido el mismo modelo proteccionista y la creación de instituciones equivalentes, autoridades involucradas, ideologías y normativas legales.

Antes de la Convención de los Derechos del Niño, en la mayoría de los países de América Latina se aplicaron los modelos asilares y muchos centros de internamiento funcionaban en recintos caracterizados por falta de seguridad, higiene y estimulación (Blum, 2007; Chavanneau, 2010; Fernández, 2007). Eran inadecuados para acoger a NNA. Además, carecían de programas regulares que estuvieran encaminados a superar los problemas que condujeron el internamiento del niño para que así pudiera ser reintegrado a su comunidad. Prevalcieron las migraciones a las grandes urbes, los motivos económicos y el honor para el abandono de NNA en orfanatos e instituciones. El orfanato no sólo fue un medio para cubrir necesidades básicas como trabajo y alimentación de la clase pobre, sino también un espacio para el ejercicio de la caridad y la filantropía, además de una herramienta utilizada por la población urbana en caso de que quisieran adoptar un niño. Los NNA también eran conferidos a los “patronos” de clase pudiente con la esperanza de que fueran criados en mejores condiciones o para que aprendieran y desempeñaran un oficio, además, también eran concedidos a los “padrinos” y particulares.

En ese contexto, el sentimiento de culpa que sentía la familia por las condiciones de vida tan precarias que le podían brindar a sus hijos se tradujo, en la mayoría de los casos, en la separación de los NNA y en su internamiento en centros de todo tipo: macroinstituciones o pequeños hogares, familias sustitutas, amas externas, casa hogar, entre otras (Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, 2002).

Por lo que, se puede considerar que el acogimiento residencial en Latinoamérica ha acarreado más daños que beneficios no sólo para la generalidad de los NNA sino también para sus familias. No obstante, a pesar de que se han realizado reformas jurídicas y sociales, la situación de América Latina aún revela notables brechas entre lo que es deseable y lo que por derecho se postula en la CDN, en líneas generales no se han producido cambios significativos dirigidos a modificar las prácticas en materia de protección y asistencia de los NNA (Blum, 2007; Chavanneau, 2010; Fernández, 2007).

1.1. El informe de UNICEF de 2004.

Según la UNICEF-Oficina Regional para América Latina y el Caribe (2004) en los últimos quince años los países de América Latina han progresado

de forma significativa no sólo en el reconocimiento de los derechos de la población infanto-juvenil sino también para optimizar sus condiciones de vida. Sin embargo, según este documento que en las páginas siguientes resumiremos, en América Latina la mayoría de las veces los niños, niñas y adolescentes sufren violencia, desamparo, abuso, maltrato y explotación. Las transformaciones en la unidad familiar, la inestabilidad de las nuevas formas de empleo, las migraciones, la reducción económica aplicada a los programas de protección social tienen también graves repercusiones sobre sus vidas. Para comprender mejor la verdadera dimensión de los cambios en América Latina, es preciso recordar que a comienzos de la década de los 90 perduraban aún antiguos representantes del viejo modelo tutelar. Como señala UNICEF-Oficina Regional para América Latina y el Caribe (2004), dicho modelo no era otra cosa que una forma más de recrear el “minorismo” de los años 20 y 30 y que se sintetizó en la vaga doctrina de la “situación irregular” de los niños/as y adolescentes. El viejo modelo asistencial, de fuerte tendencia religiosa y asistencial, fue “modernizado”, reestructurado y terminó plasmándose, generalmente, en organismos centralizados que mediante el uso de corrientes sociológicas y psicológicas, entró en confrontación por asumir el control de los “menores” no sólo con las tradicionales formas de la caridad y la psiquiatría, sino también con las entidades de justicia. No obstante, el área de protección social para la infancia que mejor describe las tensiones y problemas originados en la transición del modelo tutelar al modelo de la corresponsabilidad es el área donde se cruzan las políticas de protección con las políticas asistenciales.

Continúa explicando este documento que, salvo contadas excepciones positivas, las diferentes instituciones responsables de las políticas de protección de la infancia están aún distantes de satisfacer de manera integral los derechos de los niños, niñas y adolescentes no sólo porque adolecen de los recursos materiales necesarios, sino también por el servicio que prestan y las interpretaciones que hacen de la Convención de los Derechos de Niño. En una imaginaria línea continua que va desde tolerables a intolerables condiciones materiales, no cabe duda de que la gran mayoría de los países de la región Latinoamérica se colocan mucho más próximos a esta última hipótesis (UNICEF-Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2004).

Tomando en cuenta la definición que ofrece las Reglas de Naciones Unidas, el acogimiento institucional de niños, niñas y adolescentes “*es un*

eufemismo que generalmente encubre la privación de libertad". Que además de realizarse de manera abusiva también se lleva a cabo sin una clara distinción entre medidas de protección y medidas socio-educativas de privación de libertad (UNICEF-Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2004). Así, el internamiento de jóvenes de forma indiscriminada parece ser una práctica habitual en países como México, Argentina, Venezuela y Nicaragua. En el caso de Bolivia, suele hacerse sólo en las grandes ciudades y en Chile en algunos casos se da un trato indiferenciado pero prevalece la separación del NNA. En lo que respecta a Costa Rica y Panamá es habitual la separación de los NNA de sus padres biológicos. Mientras que, en Cuba no existe ni siquiera información pública al respecto. Su inestabilidad hace que se planteen severas dificultades al momento de evaluar el impacto real de la Convención de los Derechos del Niño (CDN) sobre las políticas de protección a la infancia en América Latina (UNICEF-Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2004).

No obstante, el internamiento de niños y adolescentes por motivos económicos, es una práctica frecuente de los mecanismos que han sido llamados "criminalización de la pobreza" en la América Latina (UNICEF-Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2004). Con la decisión judicial de "declaración de estado de abandono" se origina, la primera ruptura jurídica entre el niño, niña y adolescente con su familia de origen que, al prolongarse en el tiempo, coloca al niño, en primer lugar, en "estado de disponibilidad" y, en segundo lugar, en "estado de adoptabilidad". La problemática que se presenta con esta declaración de estado de abandono, está íntimamente relacionada con la adopción y, más concretamente, la adopción internacional, aunque en raras ocasiones esté vínculo es palpable, (UNICEF-Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2004).

Retomando el tema de la pobreza, ésta más que la ausencia de familia es el motivo por el cual muchos NNA se encuentran viviendo en las instituciones. En algunos países se han implementado las transferencias de efectivo y otros mecanismos de protección social para aliviar la presión que, en algunos casos, origina la ruptura de los vínculos familiares. En América Latina es frecuente la existencia de programas de este tipo, por ejemplo, la *Bolsa Escola* del Brasil y el Programa Oportunidades de México (UNICEF, 2009a; UNICEF, 2009b).

Por otra parte, en el ámbito de la asistencia infantil es difícil cuantificarlos. En parte esto se debe a las graves carencias de registros tanto oficiales como de las organizaciones dedicadas a la protección de NNA, así como también, al irrespeto por la aplicación de sus derechos (López y Guemureman, 2010; RELAF, 2010). Son desconocidos datos importantes como: motivos del ingreso de los jóvenes, la cifra exacta de NNA objeto de protección, las condiciones en las cuales se encuentran y los costes económicos que genera el internamiento en niños, niñas y adolescentes privados del cuidado de sus familias, lo que a su vez obstaculiza la elaboración de políticas públicas efectivas que transformen su realidad social (Schreiner, 2009).

Además, la población infantil que no tiene padres, que viven circunstancias familiares difíciles o que experimentan pobreza extrema podría necesitar el apoyo de cuidados alternativos. En algunas ocasiones no son eficaces las políticas y programas encaminados a ayudar a los niños, niñas y adolescentes, a su familia, así como también aquellos dirigidos a promover la reintegración familiar y la utilización adecuada del cuidado alternativo (UNICEF, 2009a; UNICEF, 2009b).

1.2. El Informe de RELAF de 2010.

En este sentido, la Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (RELAF, 2010) en América latina indica que es necesario contextualizar la situación de los niños sin cuidado parental en términos de la desigualdad económica y social. Considera que la pobreza y la desigualdad son las principales causas de pérdida o riesgo de pérdida de cuidados parentales en la población infantojuvenil. Los sectores pobres de las sociedades latinoamericanas padecen más problemas sociales porque están vinculados a grandes dificultades en educación, salud, vivienda y trabajo. En consecuencia, ello genera migraciones internas, de las zonas rurales a las grandes ciudades que traen aparejado, a su vez, otras serie de problemáticas propias del hacinamiento, tales como enfermedades, adicciones, conflictos con las fuerzas de seguridad, entre otras.

Por otra parte, muchos NNA alojados en instituciones son huérfanos. Pero, también hay que mencionar que en muchos casos de pérdida de cuidados parentales son las propias familias extensas y comunidades a las que pertenecían los NNA las que asumen el cuidado. Otras razones que propician la situación del

NNA sin cuidado parental son: el embarazo adolescente, el trabajo infantil, la explotación sexual y comercial, las familias monoparentales, la violencia familiar, la paternidad irresponsable, entre otras. Estas apreciaciones realizadas por RELAF (2010) son similares a lo recogido por Pasamonik (2009).

Según la RELAF (2010), la problemática que actualmente se conoce como “niños sin cuidado parental o en riesgo de perderlo” engloba diferentes circunstancias en las que, de forma total o parcial, los niños carecen de un referente adulto, estable, que se constituya en el vínculo para su cuidado. Así como son diversas las causas de la ausencia de cuidados parentales, también lo son las situaciones en las que se encuentran los niños que carecen de éstos. Muchos de ellos se encuentran separados de sus padres y son incluidos en un determinado tipo de cuidado alternativo formal e informal. En líneas generales, en América Latina hay un mal uso del cuidado alternativo, es decir, éste no responde a una necesidad del niño ni se toman medidas preventivas para evitar la separación de su familia de origen.

Un dato importante que afirma la Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (RELAF, 2010) es que en América latina hay 374.308 niños institucionalizados, de los cuales el más alto porcentaje lo tienen Haití, Brasil, México, Colombia y Argentina (en orden decreciente). Los países con menor número de niños institucionalizados son Venezuela, Nicaragua seguidos de República Dominicana, Uruguay y Ecuador, con poca diferencia entre estos 2 últimos países.

También mencionan que, las instituciones son heterogéneas: desde aquellas que, recrean un hogar acogiendo a grupos pequeños, hasta las todavía existentes “macroinstituciones”, donde viven centenas de NNA. En su informe, hacen particular mención a la existencia de las “casa cuna” donde se acogen a bebés. Por otra parte, un porcentaje grande de los NNA institucionalizados tienen padre y/o madre, que no poseen los recursos económicos ni la capacidad para afrontar su cuidado. Además, según las estadísticas hay niños sin cuidado parental en todas las franjas etáreas, sin embargo, la proporción de los niños mayores aumenta de forma paralela con la cantidad de niños huérfanos ingresados en las instituciones. Existen características comunes entre los niños institucionalizados en los países latinoamericanos, entre las cuales se pueden mencionar (RELAF, 2010): el mayor porcentaje son púberes y adolescentes,

viven en situación de pobreza, predominantemente proceden de las zonas urbanas, en relación al sexo, los porcentajes son bastante parejos, pero algunas veces hay una mayor prevalencia de niñas.

En cuanto a la institucionalización de NNA en América Latina el tema avanza gradualmente pero aún falta mucho por hacer. Actualmente la tendencia en los países latinoamericanos es hacia la desinstitucionalización y la implementación de los programas de acogimiento familiar, aunque estos últimos son escasos (RELAF, 2010).

2. Panorama Específico.

Luego de dar una visión general del panorama de los NNA institucionalizados en los países Latinoamericanos, es necesario contextualizar de manera más específica esta realidad social.

2.1. Argentina.

En Argentina algunas investigaciones plantean que las leyes existentes en materia de protección de NNA son claras al señalar que la carencia de recursos de los padres o representantes legales sea ésta de forma circunstancial, transitoria o permanente, no constituye una causa suficiente para extraer al niño de su núcleo familiar, mucho menos su internamiento (Burgués y Herrera, 2010; Loyarte, 2010; Pellegrini, 2010). Por otra parte, afirman que las autoridades competentes pueden valorar los NNA de tal manera que puedan hacer uso de estrategias para su desinstitucionalización, asimismo la aplicación de otras medidas de protección, siendo prioritaria la aplicación de aquellas medidas que tengan por objeto la preservación y el fortalecimiento de los vínculos familiares.

Un análisis minucioso sobre los datos de la población institucionalizada en Argentina se puede encontrar en el estudio de López y Guemureman (2010). Los autores expresan que las carencias socioeconómicas constituyen la causa fundamental de la separación de un niño de su familia de origen, seguidas del abandono y el abuso. Los niños, niñas y adolescentes institucionalizados

mantiene vínculos afectivos con la familia de origen. El “acogimiento temporal” de los NNA en los diferentes programas de cuidado está caracterizado por prolongarse más tiempo del indicado, generando diversas consecuencias (Herrera, 2007). Por ejemplo, el vínculo afectivo desarrollado por los niños y el desarraigo que sienten cuando son dados en adopción. También persiste la medida de institucionalización por la ausencia de acciones integrales, múltiples y sólidas que restituyan el vínculo del niño con su familia o referente afectivo.

En Argentina, también hay datos que destacan la existencia de condiciones de hacinamiento, promiscuidad, exclusión, enfermedades, carencia de alimentos, falta de medios económicos, maltrato y escasa comunicación de los NNA institucionalizados con sus familiares (Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, 2002). Igualmente, confirman la ausencia de un registro nacional de niños internados por causas de protección.

El 80% de la población infantojuvenil institucionalizada en este país, son pobres, y sólo el 10% representa a NNA de familias que no han querido hacerse cargo de ellos por diversos motivos (Dubaniewicz, 1997, 2006). Ellos son víctimas por parte del Estado de una privación sistemática de libertad, privación de derechos, privación de afecto y de familia. Entre el 70 y el 80 por ciento de los niños, niñas y adolescentes que han sido institucionalizados terminan en las cárceles o en los neuropsiquiátricos.

No obstante, recientemente en Argentina se perciben algunos progresos al respecto, que demuestran los cambios realizados que van desde la eliminación de los internados grandes y masivos a otras formas de internamiento, encaminadas hacia la integración familiar y comunitaria del NNA (Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, 2002). Esta transformación beneficia tanto a la familia como a la comunidad y, favorece el desinternamiento de los NNA y la desjudicialización de las políticas de protección.

2.2. Bolivia.

En la Fundación San Gabriel de Bolivia, en el año 1990, el 20,76% de los NNA internos provenían de familias estructuradas y el 79, 24% de familias desintegradas (Péres, 2008). No obstante, el 64, 25% tenía bien sea a uno o a ambos padres y sólo el 35, 75% se encontraban huérfanos o en abandono total.

Mientras que, para el 2006 en el Hogar Villegas, el 10 % de las adolescentes institucionalizadas tenía algún familiar, el 40 % había sido abandonada, el 20% habían fallecido los padres, además, el 20 % los padres estaban ausentes y sólo el 10% estaban institucionalizados por motivos económicos. En esta institución los niños llegan tradicionalmente, a través del torno o son derivados por la defensoría.

En enero de 2003, en Bolivia habían 81 centros que albergaban a 16.291 NNA, de los cuales el 37% de los hogares dependían del Estado, el 62.5% de instituciones privadas y el 0.5% recaen en instituciones de convenio (Evia y Vera, 2007; Péres, 2008). Donde, el 64, 2% de la población institucionalizada eran varones y el 35,8 % mujeres, la mayoría menores de 16 años. De estos centros sólo el 35, 7% disponía de equipo multidisciplinario y solo el 9.8% de los internos mayores de seis años, tenían acceso a servicios psicoterapéuticos. Además, el 53% carecía de información sobre la salud de los NNA institucionalizados, únicamente el 22% realizó una evaluación del desarrollo socio-afectivo de los NNA y el 44% realizó pruebas cognitivas. Igualmente, las instituciones adolecían de información confiable acerca del área académica: niveles educativos, grados de repetición de curso, etc. Además, el 70% de los NNA internos se encontraba de forma permanente y sólo un pequeño porcentaje de los niños, niñas y adolescentes estaba en situación de orfandad o abandono (12%). La mayoría no mantenía contacto con sus familiares a pesar de tenerlos. La Paz era el departamento con mayor número de NNA internos.

En consecuencia, la situación de los NNA institucionalizados en Bolivia dista mucho de ser óptima. La cantidad de internados parece insuficiente, dada el número de NNA albergados, por lo que, puede decirse que el internamiento es sólo una solución parcial, realizado con el fin de cubrir necesidades básicas, además, los centros residenciales difícilmente logran una reinserción familiar, sobre todo cuando se trata de adolescentes, la mayoría de éstos han crecido en la institución (Evia y Vera, 2007; Péres, 2008).

2.3. Brasil.

En Brasil, la atención de los niños huérfanos y abandonados ha estado marcada, generalmente, por un fuerte contenido de marginación y estigmatización. Además, la segregación en instituciones antes que protegerlos y

nutrirlos como seres humanos, estaba guiada más bien por la amenaza futura que podían representar para la sociedad (Fachinetto, 2004). Esta práctica ha acuñado una cultura de institucionalización de niños, niñas y adolescentes, dirigidos principalmente a hijos de familias en situación de pobreza, que sólo en el siglo XX se pudo eliminar desde el punto de vista normativo, a través de leyes y estamentos legales. Sin embargo, incluso después de más de una década de su funcionamiento, todavía se perciben huellas de la práctica anterior y a pesar de la falta de datos oficiales confiables y seguros, muchos NNA, siguen viviendo lejos de sus familias naturales, algunos estudios indican que esta población sobrepasa los 200.000 (Fachinetto, 2004).

En relación con el perfil de los niños, niñas y adolescentes que viven institucionalizados (con medida protectora de abrigo) en Brasil, un estudio realizado en el 2003 y referido por Fachinetto (2004), reveló que más del 58,5% son varones, el (63,6%) son afrodescendientes, el (61,3%) tienen edades comprendidas entre los siete y quince años, además, la duración en los albergues oscila entre los siete meses y cinco años (55,2%). Así mismo, el (88,7%) de los NNA institucionalizados tiene familia, el (58,2%) mantienen lazos familiares y al (35,5%) le resulta difícil volver con ella, una explicación clara de que el abrigo se utiliza como herramienta para el cuidado y educación de los niños. Igualmente, la pobreza es la causa más frecuente para el abrigo (24,2%) (Fachinetto, 2004).

Ahora bien, el estudio realizado directamente por Fachinetto (2004) arrojó resultados similares: el 66,7% de los NNA brasileños con medida de abrigo tienen edades comprendidas entre los siete y quince años, el 55,6% eran varones y el 57,1% de raza blanca, de los NNA abrigados a los cuales se les había habilitado su adopción, no cubrían las expectativas de las parejas, por lo que, el 61% de niños recién nacidos esperan ser adoptados. Además, el 68,3% había permanecido en los albergues entre seis meses a cinco años. Este autor agrega que, sólo al 16,1% de los casos, la situación jurídica se había definido totalmente y por lo tanto eran aptos para ser colocados en familias sustitutas. Sin embargo, no cumplieron con las expectativas de las parejas que tenían derecho a su adopción, revelando que la colocación en familias de acogida no es la mejor alternativa para la desinstitucionalización. Igualmente señala que, el 68,3% de los niños, niñas y adolescentes institucionalizados mantienen vínculos regulares con sus familias, la falta de recursos económicos fue el motivo para su

institucionalización en el 28,9% de los casos y las razones que los jueces indicaron para el internamiento de los NNA fue la violencia domestica (33,3%). En relación a las instituciones el autor afirma que faltan directrices en cuanto a programas de atención de los NNA, además tienen muchos déficits de recursos humanos y materiales (Fachinetto, 2004).

Por su parte, Dell’Aglío y Hutz (2004) investigaron la depresión y el rendimiento escolar en 215 niños y adolescentes brasileiros, de ambos sexos, entre 7-15 años de edad, de los cuales 105 participantes estaban viviendo en organismos de protección del estado y 110 vivían con sus familias. Las causas de la institucionalización de los niños eran: negligencia, abuso, pérdida de los padres o decisiones judiciales. El tiempo de institucionalización de los participantes iba de 3 meses a 10 años. Ambos grupos de niños asistían a las mismas escuelas. En sus resultados observaron diferencias en el autoinforme y una correlación negativa entre las puntuaciones del CDI y el logro escolar. Las mujeres presentaron mayor rendimiento escolar que los hombres, pero los niños institucionalizados tenían menor logro escolar.

Otro estudio digno de mencionar por el gran número de instituciones de protección involucradas, fue realizado por Silva y Aquino (2005) en Brasil y analizó 589 albergues, en los cuales había 19.373 niños/as y adolescentes institucionalizados. El estudio concluyó que en relación al perfil de las instituciones, se encontró que el 68,3% de ellas eran privadas y el 30 % publicas, el 67,2% de ellas tenían algún vínculo religioso y de estas la mayoría era católica (62,1%). Además, el 59,3% de las instituciones eran dirigidas por voluntarios, el 33,4% eran dirigidas por profesionales remunerados y sólo el 78,4% tenían funcionarios que estaban permanentemente en las instituciones (Silva y Aquino, 2005).

Siguiendo con los datos arrojados por este estudio, en lo que respecta a los casi 20.000 NNA institucionalizados, poco más de la mitad llevaban más de dos años en la institución, mientras que el 32,9% tenían entre los dos y cinco años, el 13,3% entre seis y diez años y el 6,4% más de diez años en la institución. Llama la atención, que la gran mayoría de estos NNA, el (86,7%) tenía familia y de ellos el 58.2% mantenían vínculos familiares. Otro dato relevante es que entre los motivos para estar en acogimiento residencial el 24,1% era por recursos

económicos y el 18,8 % había sido abandonado, pero, lo más sorprendente es que sólo el 5,2 % era por orfandad (Silva y Aquino, 2005).

De modo similar, Wathier y Dell'Aglio (2007) al examinar los auto-informes relacionados con síntomas depresivos, así como la frecuencia y el impacto de eventos de estrés en 257 niños y adolescentes institucionalizados y no institucionalizados, encontraron diferencia significativas en las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión infantil y en el Inventario de Eventos estresante en la Infancia y la Adolescencia, siendo más alta la puntuación del grupo institucionalizado.

En esta misma línea, Wathier-Abaid, Dell'Aglio y Koller (2009) realizaron un estudio longitudinal donde participaron 257 niños y adolescentes institucionalizados y no institucionalizados, cuyas edades estaban comprendidas entre 7-16 años. Los resultados del estudio indicaban que un porcentaje importante de los participantes que vivían en las instituciones tenían puntuaciones más altas que el grupo que vivía con su familia en relación a la sintomatología depresiva expresada en los auto-informes, apreciándose que ésta no sólo era clínicamente significativa, sino también que el número de síntomas depresivos auto-informados se mantuvo estable a lo largo del tiempo.

Estudios análogos más recientes en Brasil que concluyen que, las condiciones de salud de los NNA institucionalizados reflejan la situación de privación material y emocional a la que fueron expuestos cuando vivieron con sus familias y durante su permanencia en la institución (Cavalcante, Magalhães y Pontes, 2009).

Otros investigadores señalan que, sólo una pequeña porción de la sociedad tiene conocimientos satisfactorios y calificados en relación a las leyes y estamentos legales de protección integral de los NNA de Brasil (Heimerdinger, 2009). Por lo general, quienes tienen estos conocimientos son profesionales y ciudadanos que trabajan con los servicios existentes y en organismos públicos y privados. Pero concomitantemente, coexiste todavía gran parte de la población que mantienen vivas las ideas, los acuerdos, prácticas, expresiones y argumentos basados en la antigua doctrina de situación irregular de los NNA, lo que perjudica enormemente su situación cuando se tienen que aplicar medidas de protección. Además, los proyectos centrados en la familia y la comunidad siguen

siendo un reto. Las familias aún reproducen, consciente o inconscientemente, la delegación de este tipo de responsabilidades en las instituciones.

2.4. Chile.

En Chile, durante el siglo XIX y a principios del XX la mortalidad infantil se encontraba entre las más elevadas del mundo, por lo que era frecuente que la población infantil de los sectores pobres crecieran en medio de la orfandad y el abandono (Schonhaut, 2010). Las instituciones de acogida y protección, eran amparadas por la filantropía religiosa y la aristocracia, mientras que los derechos de la infancia estaban emergiendo.

A excepción de la mayoría de países de América Latina, en la legislación chilena aun coexisten los dos modelos sobre protección a la infancia (Balart, 2010; Farías, 2002): el de la doctrina de la situación irregular y el de la doctrina de la protección integral de los derechos de la infancia y la adolescencia, éste último propone una innovadora forma sobre la corresponsabilidad entre el estado, la familia y la sociedad. Por tanto, existe la imperiosa necesidad de un sistema de protección integral, que configure un nuevo tipo de relación social y una nueva cultura en relación a los NNA.

Estudios actuales mencionan que en las instituciones chilenas prevalece la falta de informes profesionales que permitan asesorarse sobre los casos, la escasez de recursos humanos y materiales en las instituciones públicas, además del difícil acceso a los servicios de salud mental (Méndez y González, 2002). Igualmente, el bajo nivel de formación y sensibilización profesional, así como dificultades para acceder a la información de los NNA institucionalizados.

El estudio llevado a cabo por Farías (2002) señala que el sistema de protección existente en Chile no beneficia ni restituye la relación familiar. El 72,5% de los niños/as y adolescentes permanece institucionalizado por más de un año y el 33,4% más de tres. A medida que transcurre el tiempo, tienden a disminuir las visitas por parte de la familia, en consecuencia, hay un progresivo distanciamiento, hasta que finalmente se produce la ruptura del vínculo familiar. Pese a que la aplicación de la política de desinternamiento de los niños ha sido iniciada hace poco tiempo, el estudio encontró que en 1995 sólo un tercio de los NNA institucionalizados participaba en programa de apoyo a su egreso de la

institución. Entre los beneficiados de estos programas se incluyen adolescentes de 18 años o más, que necesitan asesoramiento y orientación en lo que respecta a la vida independiente (Fariás, 2002).

Plantea Fariás (2002) que en Chile en la década del noventa los cambios implantados están encaminados a reemplazar el internamiento por nuevas alternativas de cuidado, así como a la integración tanto familiar como social de los NNA. Entre éstos: desarrollar otras alternativas de cuidado, implementar programas nuevos que tiendan a fortalecer el vínculo familiar y el acceso a las redes de apoyo en la comunidad. Sin embargo, agrega la autora que la ausencia tanto de una reforma legal como institucional podría explicar que aún persistan los problemas tradicionales y se presten servicios deficientes. Algunas de estas prácticas son (Fariás, 2002): la utilización excesiva de la institucionalización de NNA en hogares numerosos, por razones como la exclusión y los motivos socioeconómicos, el escaso control judicial, la permanencia prolongada de los NNA en fases de observación-diagnóstico-tránsito-distribución y, donde la población infantojuvenil en su mayoría, nunca son derivados al sistema asistencial. Además, la ausencia de respuestas adecuadas a las demandas del niño y su familia, así como la falta de coordinación con otros servicios y programas sociales.

En Chile existen niños/as y adolescentes que se desarrollan en instituciones carentes de estimulación, niños que son abandonados o que no disponen de buenas condiciones socioeconómicas. Por otra parte, tanto los cuidadores como los espacios deben ser compartidos lo que genera una atención y estimulación poco personalizada que no le permite su desarrollo pleno. Estas carencias les produce déficit en su desarrollo psicomotor, que a su vez repercuten en el desarrollo cognitivo y socioemocional (Martínez y Urdangarin, 2005).

2.5. Colombia.

Los niños, niñas y adolescentes que han sido separados de sus padres y de su familia extensa y no han sido adoptados, en Colombia generalmente se ingresan en instituciones de protección contratadas por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Con el fin de prevenir la carencia afectiva que demostraban los niños en las instituciones debido a la atención masificada, a partir de la década de los 70 el ICBF organizó el cuidado y la atención de los

niños/as menores de siete años en situación de abandono, fue entonces cuando comenzaron a surgir las modalidades de atención en medio socio-familiar, permitiendo, el desarrollo del niño dentro de un ambiente de familia (Durán-Strauch y Valoyes, 2009; ICBF, 2004). Posteriormente se integró el hogar amigo, el hogar biológico especial, hogar de paso, hogar sustituto, casa hogar de protección y las adopciones. Los autores refieren que para el período del 2002 al 2005 había un total de niños y niñas atendidos en instituciones de protección de 97.102, 104.935, 117.974, 145.961, para cada uno de los años respectivamente (Durán-Strauch y Valoyes, 2009). Además, expresan que hay vulneración de los derechos de los niños y niñas acogidos, empezando por el derecho a crecer en el seno de una familia. Con respecto a la adopción añaden que se constituye en una problemática en la medida que los niños y niñas exceden la primera infancia. Por otra parte, esta población institucionalizada está con frecuencia privada de nuevas experiencias de socialización fuera del contexto de la institución. Las instituciones son esencialmente organizaciones privadas contratadas por el Estado, están caracterizadas por su heterogeneidad en relación a sus orígenes, recursos disponibles, compromisos asumidos, modalidades de intervención, intereses y funcionamiento. Los principales motivos de ingreso a los programas del ICBF son el abandono, maltrato y la vulneración de derechos (Durán-Strauch y Valoyes, 2009).

Estudios más recientes en Colombia resaltan que muchos niños transcurren su infancia y cumplen la mayoría de edad en las instituciones de protección (RELAF, 2010; Vargas y Orozco, 2010). El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, atiende a 56.000 NNA que se encuentran en situación de abandono o peligro, de los cuales sólo 4.500 son declarados en abandono y de ellos solamente se dan en adopción a 2.700 niños/as. Además, de acuerdo con el ICBF, para el 2008 en Bogotá, 176 recién nacidos fueron abandonados en plena vía pública, y en los cinco primeros meses de 2009 fueron abandonados 61 (Vargas y Orozco, 2010).

Sobre el particular, plantean que anteriormente en Colombia las causas por las cuales a los niños, niñas y adolescentes se les privaba de su libertad eran el abandono, la pobreza, la violencia intrafamiliar, el consumo de sustancias, el ser víctimas de explotación o abuso, entre otras (Durán-Strauch, Guáqueta-Rodríguez y Torres-Quintero, 2011). Además, dependiendo de la región del país se advertían evidentes situaciones de incumplimiento en las medidas de

protección, debido a la carencia de instituciones y de programas de protección, con el agravante del incumplimiento de normas y estándares de calidad. Así como también, la inexistencia de un sistema de registro informático con los datos de los jóvenes e irregularidades en la utilización de los recursos de las instituciones. Los cambios jurídicos eran ineludibles, debido a la crítica situación de NNA colombianos menores de 18 años. Por esta razón, Durán-Strauch et al. (2011) consideran prioritario transformar las instituciones del Estado y las culturas organizacionales que tienen competencia en la garantía de los derechos integrales de esta población. Este cambio también debería hacer frente a los problemas generados por la falta de recursos tanto humanos como físicos y la falta de rigurosidad en los procesos relacionados con los NNA.

Siguiendo el análisis de Durán-Strauch et al. (2011), actualmente en Colombia se siguen evidenciando problemas para la protección integral de los niños, niñas y adolescentes, tanto en las entidades públicas como las privadas y el papel de éstas últimas se ha limitado a ser entidades receptoras de la población derivada de las entidades públicas. Además, las entidades protectoras de los NNA operan de forma relativamente aislada. En consecuencia, los autores sugieren que es el momento oportuno para analizar los cambios efectivos que se han producido para dar así respuesta a las diferentes situaciones de vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes, quienes figuran en el sistema de protección como: casos, expedientes, datos estadísticos, cupos. Los jóvenes no son sujetos activos en el proceso de restitución de sus derechos, continúan siendo objetos de protección. Las características paternalistas y asistencialistas de los sistemas de protección de la segunda mitad del siglo XX han dejado su rastro y la transformación que se necesita de las instituciones en el sistema nacional de protección infantil, debe ir mucho más allá.

2.6. Haití.

En Haití, la pobreza extrema continúa siendo el mayor problema, es el país más pobre de América Latina. Para el 2009, aproximadamente, 50.000 niños vivían en albergues y orfanatos (Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la OEA, 2009). Sólo uno de ellos, está parcialmente financiado por el Estado. En consecuencia, hay albergues que acogen de forma indiscriminada a toda clase de NNA, por ejemplo: alberga niños que viven en la calle, en situación de

orfanidad, niños que necesitan del sistema de protección y niños que infringen la ley, pero que no llegan a ser convictos. Algunos acogen hasta 387 niños, niñas y adolescentes.

La situación se agravó después del sismo de 2010. Algunas cifras obtenidas al mes de junio de ese año reseñaban la existencia de 359 instituciones, en las cuales habían 19.600 niños y niñas viviendo en 269 orfanatos, 4.362 niños y niñas acogidos sólo en 26 albergues, 507 niños y niñas separados de sus padres biológicos, 389 niños y niñas con discapacidad física y 172 con discapacidad mental (Instituto Interamericano del niño, la niña y adolescentes y la OEA, 2010).

En una entrevista realizada recientemente en New York a la Jefa de Protección Infantil del Fondo de Naciones Unidas, reveló que antes del terremoto en Haití ya había 50.000 niños en cuidado institucional (BBC Mundo, 2010; Thomson Reuters, 2010). Estos centros institucionales donde son acogidos niños, niñas y adolescentes no pertenecen al estado, algunos son de la iglesia o son administrados por organizaciones extranjeras. Agrega además que, la totalidad de las instituciones no era supervisada y ciertos centros tenían estándares cuestionables. La mayoría de los niños en los centros de acogida sostenían vínculos con sus familias, pero los habían abandonado con la ilusión de brindarles mejores condiciones de vida. La práctica del abandono de NNA es habitual en Haití, debido a la pobreza extrema. En relación a los más pequeños refiere en esta entrevista que, para Unicef era un problema incluso antes de ocurrir el terremoto, precisamente, había sido calificado como uno de los países a nivel mundial, con peores condiciones en materia protección de infantil. En este país la separación de niños de sus padres biológicos *es una cuestión endémica*, la destrucción de las instituciones y la muerte de muchos de los progenitores en el terremoto, no hizo más que exacerbar la situación de debilidad.

2.7. Honduras.

Las circunstancias de la población infantojuvenil institucionalizada en Honduras son análogas al resto de los países en América Latina. Como en otros países de la región, hay un valor agregado, los orfanatos, albergues y las casas de cuidado son las instituciones a donde se derivan los niños, niñas y adolescentes que padecen VIH/SIDA, así como también, por el rechazo de su núcleo familiar

(Organización de las Naciones Unidas, 2006). Pero, los centros de asistencia para niños, niñas y adolescentes huérfanos son insuficientes para satisfacer la demanda. En Honduras la realidad de esta situación esta inescrutablemente relacionada con los niveles de pobreza, los bajos niveles de escolaridad y la indigencia. En el año 2005 había 159.000 niños y niñas en situación de orfandad por cualquier causa, de los cuales 27.000 eran por VIH/SIDA (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

A nivel nacional, el Instituto Hondureño de la Niñez y la Familia (IHNFA) a través de los diversos programas de Bienestar Familiar y Desarrollo Comunitario, Intervención y Protección Social, Educación y Reinserción Social atiende 53 instituciones que se encargan del cuidado de los niños privados de su familia (Organización de las Naciones Unidas, 2006). El promedio de niños/as separados de su núcleo familiar entre los años 2003, 2004, 2005 ascendió aproximadamente a 3.468 al año, de los cuales se encontraban acogidos en los hogares de protección del IHNFA un 77.7 %. Es decir, sólo un 22.3 % fueron ingresados a los hogares temporales a través del programa Familias Solidarias. Para el 2005 había un total de 3.782 niños y niñas ubicados en organizaciones no gubernamentales, 217 jóvenes fueron derivados al IHNFA y de éstos 67 (31.8 %) fueron reintegrados a sus hogares. No obstante, para el 2005, habían 3.699 niños acogidos en hogares de guarda de los cuales el 59 % eran cuidados por entidades públicas y el 41 % por instituciones privadas (Organización de las Naciones Unidas, 2006).

Hay una propensión hacia la institucionalización y el acogimiento de NNA en programas tanto públicos como privados, lo que, propicia su separación del núcleo familiar por razones que, inicialmente, deberían haber recibido un tratamiento preventivo (RELAF, 2010).

2.8. Guatemala.

En lo que respecta a Guatemala, estudios recientes indican que el ingreso de los niños, niñas y adolescentes, generalmente, se hace por orden judicial, posteriormente son derivados a las instituciones de protección y abrigo (Alegria, 2008). Por tanto, pasan del cuidado de una instancia familiar a la protección de una institución estatal, denominados por la Secretaría de Bienestar Social como “Hogares de protección y abrigo”. Las autoridades del centro, desconocen las

razones por las que se ordenó su internamiento, por lo que, a nivel institucional no hay una separación por rangos de edad, mucho menos por circunstancias individuales, en consecuencia, no existe un tratamiento diferenciado entre los jóvenes que infringen la ley y los niños del sistema de protección.

Alegría (2008) agrega que, en la misma institución, la población institucionalizada interactúa con otros NNA que han sufrido diversos tipos de problemas, desde portadores de enfermedades infectocontagiosas a problemas legales, sin que las instituciones tomen las medidas pertinentes.

Por otra parte, la misma autora señala que actualmente se da la paradoja de que en una misma institución se pueden encontrar niños víctimas de abuso sexual, abandono, etc, con niños acusados de haber cometido delitos sexuales; niños pertenecientes a pandillas o los Maras, niños que se dedicaban a la prostitución, drogadicción, entre otros. Estas situaciones, traen a su vez otros problemas consigo, como el hecho de que los niños mayores sometan a los más pequeños. Además, los niños, niñas y adolescentes institucionalizados, entre otros problemas sufren el hacinamiento que hay en las instituciones donde, a veces comparten 1 cama dos y hasta tres niños.

En consecuencia, para lograr el funcionamiento adecuado en los centros de internamiento conforme a las políticas institucionales y a los principios establecidos en la Convención de los Derechos del Niño, es imprescindible normar las relaciones existentes entre autoridades, jóvenes en acogimiento institucional y el resto del personal (Alegría, 2008). Las disposiciones emanadas de los estamentos legales de protección, son una utopía puesto que hay una ausencia de preocupación institucional por cumplirlos. Por el contrario, a los niños se les sigue ingresando de forma masiva e indiscriminada en las instituciones de protección y abrigo.

El Instituto Latinoamericano para la Educación y la Comunicación (2000) expresa que actualmente hay muchos niños y niñas institucionalizados por abandono, sin embargo, la ausencia de políticas y normativas legales que garanticen el fortalecimiento de los lazos familiares dificultan el hecho de que los niños/as puedan reintegrarse a sus familias. Debido a los procesos y requisitos tan complicados que hay que cumplir, tampoco existen leyes que favorezcan la declaración de abandono, ofreciéndoles así la oportunidad de crecer con una familia adoptiva. Los NNA pasan largos períodos de tiempo viviendo en las

instituciones, trayendo como consecuencia que en las instituciones exista un gran número de niños. Hay centros de internamiento que tienen hasta 300 niños, permaneciendo en ellas de por vida porque han sido abandonados por su familia o porque la tramitación de la declaración de abandono puede durar hasta 7 años, como también porque los niños mayores de dos años tienen limitadas las posibilidades de adopción. Por otra parte, hay centros que no tienen registros específicos sobre las cifras de niños y niñas que están institucionalizados porque no tiene estadísticas diferenciadas de los menores en cuanto a la causas de su institucionalización: situación de abandono, maltrato y otras razones.

Sobre el cumplimiento de los Derechos del Niño existen lagunas, principalmente en relación con el origen del niño y el seguimiento post-adopción (Instituto Latinoamericano para la Educación y la Comunicación, 2000). En los hogares o casas cuna públicas y privadas, la población de niños oscila entre los 15 a 170. A nivel nacional hay cerca de 300 instituciones, lo que aproximadamente permite indicar que el número de niños institucionalizados podría rondar entre los 23.000 y los 25.000, el mayor porcentaje de estos niños son abandonados y sólo algunos tienen medida de protección temporal. La adopción de niños y niñas en la mayoría de los casos no se lleva a cabo, por lo que, las instituciones están saturadas y en consecuencia viven institucionalizados hasta que cumplen su mayoría de edad (Instituto Latinoamericano para la Educación y la Comunicación, 2000).

Para el 2005 en un informe sobre Guatemala realizado por Goicoechea (2007), se indica que hubo 1700 menores declarados en situación de abandono y sólo el 3% de ellos fueron adoptados. Se estima que actualmente hay alrededor de 500 hogares privados de acogida, que acogen, aproximadamente, 10.000 niños. Estos hogares, no están obligados a registrarse como tampoco a ser supervisados, muchos tienen malas condiciones y el propio personal maltrata a los niños y niñas. Además, las instituciones adolecen de recursos para realizar las investigaciones apropiadas sobre las circunstancias del niño y su familia biológica. Goicoechea (2007) reporta, además, en el informe que algunas asociaciones dedicadas a reintegrar a la población institucionalizada con su familia, plantean que alrededor del 75% de los niños y niñas que son reintegrados, posteriormente son hallados en las calles. También se señala que no se efectúa un trabajo efectivo que oriente y apoye a la familia biológica y

supervise a los menores mientras se lleva a cabo el proceso de reunificación del núcleo familiar.

Estudios recientes sobre Guatemala, concluyen que para el año 2010, del total de niños y niñas que solicitaban medidas de protección (879) ante los juzgados, 526 (60%) fueron denegadas (Comisión Internacional contra la Impunidad en Guatemala y la ONU, 2010; Goicoechea, 2007). Afirman además que un problema emergente y grave que ha surgido en años recientes es que en las casas-cuna, hogares temporales y casas privadas de abrigo infantil de Guatemala se han detectado irregularidades en los procesos de adopción de muchos niños, niñas y adolescentes, con la supuesta implicación del personal de las instituciones.

2.9. México.

En cuanto a México, la situación de la población infantil no dista mucho del resto de países latinos. Arroyo (2007) indica que muchos jóvenes se encuentran institucionalizados indefinidamente en albergues o centros de protección y hogares sustitutos, irrespetando incluso procedimientos y garantías constitucionales. Aunque, en este país han surgido modelos de respuesta para los niños abandonados, estos funcionan desarticulados debido a la falta de coordinación entre el estado, el gobierno y las organizaciones civiles con respecto a los modelos de atención. Así mismo, difieren en cuanto a los puntos de vista sobre las pedagogías empleadas, originando posiciones divergentes y generalmente opuestas en los planes de acción.

En cuanto al personal de las instituciones, este mismo estudio (Arroyo, 2007) afirma que está mal remunerado, algunas veces poco motivado por realizar su trabajo y la planificación de actividades no siempre se observa, por lo que la improvisación es una alternativa. En algunas instituciones la desorganización, falta de comunicación entre el personal, acompañado de sus inasistencias dificultan las actividades académicas de los niños. Por otra parte, hay instituciones que tienen, aproximadamente, entre 45 y 60 niños, niñas y adolescentes al mes y el personal no siempre es suficiente para atenderlos de manera individual, algunos centros intentan retomar el contacto de la población internada con el núcleo familiar del NNA. Con frecuencia se culpabiliza al niño e incluso al profesional y no al modelo institucional de los déficits de los NNA.

Igualmente indica la autora que, si durante el proceso de institucionalización los NNA no encuentran una posibilidad en alguno de los modelos de atención existentes, los niños y adolescentes, incluso cuando llegan a su etapa de adultez terminan sufriendo una muerte temprana o acaban en las cárceles (Arroyo, 2007).

Sin embargo, reconoce que algunos modelos de atención muestran su acuerdo en que para lograr un desarrollo “normal” del NNA, además de satisfacer las necesidades básicas es indispensable proporcionar afecto y seguridad emocional. En este sentido, afirma que el sustituto apropiado del núcleo familiar es inexistente porque ninguna institución satisface de forma integral las necesidades del niño, la mayoría se limita a suplir las necesidades físicas. De ahí que, en México últimamente, los modelos de atención están alejados de las tradicionales prácticas asistencialistas, más bien, se favorece la formación de sujetos sociales (Arroyo, 2007). Pero, a pesar de las reformas legislativas para adecuarse a los tiempos, la asistencia y protección social de los NNA sigue siendo una política compensatoria y de promoción de la salud, distanciada de los sectores pobres y con dificultades para garantizarles sus derechos universales y mejores condiciones de vida.

2.10. Nicaragua.

Nicaragua, por su parte, es considerado el segundo país más pobre de América, después de Haití. El sector poblacional más golpeado por la pobreza y la desigualdad sigue siendo la población infantil. En relación a los niños separados de su medio familiar, la declaración de total desamparo, es la que establece legalmente su separación (Organización de las Naciones Unidas, 2004). La pérdida de las relaciones parentales en ningún caso puede ser por motivos económicos, además, se considerarán las circunstancias individuales y el restablecimiento de los vínculos familiares, pero ante todo debe prevalecer el interés superior del niño. Cuando se obtiene esta declaración de desamparo los niños son ubicados en instituciones de abrigo o refugios. En el Código de la Niñez y la Adolescencia se establecen programas de atención integral con responsabilidad compartida entre el Estado, la sociedad y la familia para todos los niños, niñas y adolescentes del país. A su vez señala cuales son las medidas pertinentes en casos de pérdida del medio familiar, bien sean de carácter temporal o permanente. En lo que respecta a la supervisión de los centros de

protección para verificar las circunstancias en las que se encuentran los niños, niñas y adolescentes se realiza seguimiento y monitoreo de dos maneras (Organización de las Naciones Unidas, 2004): para valorar la calidad de los servicios y para evaluar la intervención psicosocial. Pero, también hay estudios recientes que informan que en Nicaragua persisten grandes brechas en materia de protección de los niños, niñas y adolescentes a pesar de los cambios significativos realizados en los últimos 16 años (Instituto Nacional de Información de Desarrollo, 2008).

La Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (RELAF, 2010) indica que la situación de los niños, niñas y adolescentes es similar al resto del continente latinoamericano. En Nicaragua hay 2.967 niños en acogimiento institucional en 88 instituciones, un gran porcentaje de la población infantil institucionalizada tiene familia y mantienen lazos vinculares con ella. Entre las causas para su institucionalización se pueden mencionar: la figura materna se encuentra ausente por razones laborales, migraciones, desempleo, así como también, porque hay mayor facilidad para acceder a la escuela, la falta de recursos económicos, las características geográficas de la zona donde viven (zona montañosa, extensa), entre otras.

2.11. Paraguay.

En el caso de Paraguay, según el Código para la Niñez y la Adolescencia de Paraguay en los casos en que los niños, niñas y adolescentes necesiten protección el acogimiento se realizará de forma temporal o definitiva (a través de su adopción) y las medidas pueden ser en familia sustituta, bajo la modalidad de hogares o el abrigo (última alternativa), éstas medidas se determinarán judicialmente y las entidades deberán estar inscritas en la Secretaría Nacional de la Niñez, además serán supervisadas por organismos del estado. Siempre se tomará en cuenta el principio del interés superior del niño y en ningún caso se podrá separar al niño de su grupo familiar por causas económicas (UNICEF, 2005).

También hay estudios que avisan de la existencia de población infantojuvenil institucionalizada con enfermedades infecto-contagiosas como el VIH (Martín, 2006). Por su parte, la RELAF (2010) indica que hay 5.000 niños, niñas y adolescentes en instituciones. Para el año 2006, la causa principal para

ser institucionalizado era el abandono por parte de los padres, en orden decreciente éste estaba seguido de la orfandad, la pobreza extrema, la indigencia y el maltrato intrafamiliar.

2.12. Perú.

El Perú, tal como lo plantean algunos estudios, definitivamente, “*crece a espaldas de su infancia*”. Aunque se han dado cambios trascendentales en el aspecto legal, no es así en las políticas sociales (Flores, 2000). Las situaciones de riesgo en que viven la población infantil se han incrementado y el afán por sobrevivir ha debilitado las relaciones familiares. El contexto social y económico es determinante en la situación de los niños, niñas y adolescentes. Al igual que en otros países de América Latina la responsabilidad es compartida por el estado, la familia y la sociedad. El abandono y el maltrato propician un número cada vez mayor de niños viviendo en las calles, los que posteriormente terminan siendo internados en las instituciones gubernamentales.

Según informa la Adjunta para la Niñez y la Adolescencia de la Defensoría del Pueblo de Perú, la supervisión realizada a nivel nacional a 80 centros, que dependen del estado han hallado primordialmente fallas en el trato hacia los niños (UNICEF y la Adjuntía para los Derechos de la Niñez y la Adolescencia, 2010). Además, señala que los centros de acogimiento incumplen su naturaleza temporal. Deberían ser utilizados como medidas transitorias mientras se analiza la situación del niño/a para posteriormente vincularlos e integrarlos a sus familias, y en el caso de que no existan proporcionarles una familia sustituta. En realidad, las instituciones son percibidas por los NNA como que tienen una disciplina muy estricta, además, carecen de espacios recreativos y no reciben un trato personalizado por parte del personal. Además, se ingresan niños/as con diversos tipos de discapacidad en los centros de atención residencial (CAR) -como actualmente se conocen en Perú los antiguos albergues y orfanatos-. Por todo ello se están implementando cambios para lograr un número menor de niños y niñas institucionalizados y una mayor agilidad en el trámite de la declaración de abandono, para que puedan ser dados en adopción (UNICEF y la Adjuntía para los Derechos de la Niñez y la Adolescencia, 2010).

Vale la pena revisar el estudio reseñado anteriormente y llevado a cabo por la Defensoría del Pueblo (Defensoría del Pueblo, 2010) entre otras cosas por

la importancia que reviste al describir las percepciones que tienen los propios niños, niñas y adolescentes -769 en total- de su experiencia en los centros de atención residencial de Perú. Puntualizan que son instituciones que los aíslan del contacto con los miembros de su familia y con otras personas significativas para ellos. Para muchos NNA el acogimiento residencial representa la pérdida de contacto y un impedimento para conocer detalles de la vida que transcurre en la comunidad. También expresan que sufren discriminación y marginación en sus colegios, así como también, por parte del personal que trabaja en las instituciones. Por otro lado, perciben desconfianza y se sienten vigilados constantemente. Sus actitudes giran entre dos posibilidades: intentar hacerse un lugar propio en la institución o intentar escapar. La gran mayoría señaló que su experiencia en el CAR no es la de un hogar, la de una familia; la relación con los cuidadores es percibida, generalmente, como una relación estrictamente laboral y, en todo caso, ajena de afecto. En estas condiciones, los niños, niñas y adolescentes quedan reducidos a la condición de objeto de trabajo, sin un lugar de valor y reconocimiento (Defensoría del Pueblo, 2010).

2.13. Uruguay.

González y Leopold (2009) afirman, en relación a Uruguay, la denuncia de situaciones familiares problemáticas pone en marcha un mecanismo de responsabilidades que recae sobre los adultos de referencia que, previo peritaje, se determina su incapacidad para hacerse cargo del cuidado de sus hijos. La respuesta ante esta dificultad por parte de los adultos más significativos es la institucionalización de los niños, niñas y adolescentes. “Los sujetos son *puestos y expuestos*, con toda su vulnerabilidad en un sistema de protección paradójicamente ineficiente” (González y Leopold, 2009). En lo que respecta a los motivos de la institucionalización, éstos giran en torno a las condiciones económicas, y la ruptura de lazos vinculares. Otro aspecto es que, los NNA transitan de una institución a otra o de una institución a la despersonalización de la calle. Según estos mismos autores, los casos de abandono y mendicidad son repetidos por la figura materna que en su momento fue institucionalizada y que a su vez duplican la condición en sus hijos, por lo que se repite el ciclo y se retorna al circuito.

De esta forma se manejan las situaciones sociales, en la que el internamiento de los niños es la respuesta, sin embargo, no quiere decir que sea necesariamente la solución, y se crea la “*ilusión de solucionar*” los problemas sociales (Uriarte, 1999 en González y Leopold, 2009). El paradigma opuesto surge en la década de los 90 donde, la desinstitucionalización era el lema de protección integral. Los avances en esta doctrina tienden a enfatizar los derechos del niño por mantener el contacto y convivir con su familia de origen. Por tanto, la internación es utilizada como un “último recurso” (González y Leopold, 2009).

Muchos de los proyectos que actualmente se están llevando a cabo, están encaminados en brindar un trato igual a todos los NNA, constituyéndose así en una alternativa válida a fin de evitar la institucionalización. Permitiéndoles así, vivir en el *mundo real*, asumiendo formas de interacción y comunicación acordes con las necesidades afectivas y sociales fundamentales para un desarrollo sano. Un aspecto importante de estos proyectos es que los niños, niñas y adolescentes pueden participar sin separarse de su familia, de no existir estas alternativas, probablemente terminarían institucionalizados en dependencias del Instituto Nacional del Menor (INAME) o en organizaciones no gubernamentales (Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, 2002).

En Uruguay el énfasis se pone en la “no-internación” y la “desinternación” interviniendo desde el propio contexto familiar y comunitario de los niños/as y adolescentes. Las respuestas alternativas al internamiento de los jóvenes se han encaminado a la aplicación de estrategias que puedan suplir las funciones de la familia de origen tales como contextos familiares o modelos de internamiento bajo la modalidad de hogares (García, 2008).

3. La situación de Venezuela.

Como se ha observado hasta el momento, el impacto de la atención residencial que reciben los niños, niñas y adolescentes en América Latina, está ligado a elementos propios de su contexto, fundamentalmente aquellos que se encuentran bajo el prisma de su situación socio-económica y legal. Venezuela no es la excepción.

La pobreza afecta de manera significativa todo el mapa social de Venezuela, aunque las tendencias regionales encubren realidades nacionales radicalmente distintas. Se estima que actualmente tiene casi 29 millones de habitantes y está conformado por más de seis millones de hogares (INE Venezuela, 2012).

Para el año 2.001, el 38% de la población venezolana se encontraba en situación de pobreza, lo que significa que más de 8 millones 700 mil personas tenían al menos una necesidad básica insatisfecha y 14% de la población (más de 3 millones de habitantes) se encontraba en condición de pobreza extrema (Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello, UNICEF-Venezuela y Ministerio de Planificación y Desarrollo, 2005; Oficina Central de Estadística e Informática - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2000). La distribución de la pobreza por grupos etarios evidencia que los niños, niñas y adolescentes son los más vulnerables. Más de la mitad de la población pobre está compuesta por NNA (52,32%) mientras que en el grupo en pobreza extrema este porcentaje asciende a 57,6%. En los infantes de 0 a 5 años, se concentra el mayor índice tanto en las magnitudes relativas a pobreza como en las de pobreza extrema 54.81% - 23.6% respectivamente, seguidos por los niños y niñas entre 6 y 11 años.

Ahora bien, para el primer semestre de 2004 en Venezuela, la magnitud de la pobreza se podría catalogar como “considerable” al ubicarse en poco más de la mitad de los hogares (53,1%1) por el Método de Línea de Pobreza y en 29,6%2 por el Método de Necesidades Básicas Insatisfechas. De estos, 23,5% y 12,2% resultaron clasificados en condición de pobreza extrema, respectivamente. A consecuencia de las migraciones internas, la mayoría de la población se concentra en zonas urbanas de alta marginalidad. De todo este análisis se puede deducir que, aunque Venezuela ha realizado progresos significativos, persisten todavía grandes retos (Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello, UNICEF-Venezuela y el Ministerio de Planificación y Desarrollo, 2005; Oficina Central de Estadística e Informática - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2000; OPS, 2001).

3.1. Organización y situación legal.

El Instituto Nacional de Estadística para el 2010, señaló que los niños, niñas y adolescentes representan el 35% de la población, es decir, Venezuela es un país predominantemente joven. El país ha realizado cambios trascendentales en la generación e implementación de políticas y estrategias para la protección integral de niños, niñas y adolescentes (UNICEF Venezuela, 2012). El Sistema de Protección del Niño y del Adolescente está integrado por diversas estrategias, órganos, servicios, recursos y sanciones cuya función es proteger de manera integral a los NNA. Está creado con la idea de hacer cumplir los derechos y garantías consagradas en la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNA). A nivel nacional existen 164 tribunales de protección de niños, niñas y adolescentes y en 2008 se instituyó la “Misión Niños y Niñas del Barrio” con el objetivo de brindarles protección integral a niños, niñas y adolescentes en circunstancias realmente difíciles, entre los que se pueden mencionar: niños en condiciones de riesgo, los niños en situación de calle, niños trabajadores y niños institucionalizados. No obstante, a pesar de todos los progresos realizados aún persisten desafíos relacionados con el tema.

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela reconoce y protege los derechos de los niños, niñas y adolescentes a vivir y desarrollarse con su familia de origen. Pero, cuando por situaciones excepcionales y en beneficio de su interés superior, no es posible la convivencia dentro de su familia, el Estado canaliza la protección integral del NNA mediante las medidas de protección estipuladas en la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNA): abrigo, colocación en instituciones especiales de atención, familias sustitutas (colocación familiar) o mediante la adopción nacional o internacional. Esta protección y asistencia a los NNA privados de su medio familiar en Venezuela puede ser con carácter temporal o permanente.

Las entidades de atención son “...instituciones de carácter público encargadas de ejecutar programas, medidas y sanciones... Pueden ser constituidas como asociaciones u organizaciones, públicas, privadas o mixtas” (LOPNA, art. 181).

Las entidades de atención utilizan la figura de la medida de abrigo para atender a las niñas, niños y adolescentes privados de manera temporal de su núcleo familiar y fueron creadas para restituir los derechos de los jóvenes.

“Brindan atención y protección integral a los jóvenes, mientras se restituyen y fortalecen los lazos con su familia, de tal manera que se pueda garantizar una reinserción estable en el tiempo” (Fundación Caracas, 2012). Sus programas se orientan no sólo en los principios del paradigma de protección integral, que son: el interés superior del NNA, rol protagónico de las figuras parentales y el sentido de corresponsabilidad existente entre -estado-familia-sociedad; sino también en los derechos fundamentales de todo niño, niña y adolescente: derecho a la vida, a la protección, al desarrollo y a la participación.

La medida de abrigo *“...es una medida provisional y excepcional, dictada... por el Consejo de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes, que se ejecuta en familia sustituta o en entidad de atención, como forma de transición a una nueva medida administrativa de protección o a una decisión judicial de colocación familiar o en entidad de atención o de adopción, siempre que sea imposible reintegrar al niño, niña o adolescente a su familia de origen”* (LOPNA, art. 127).

La colocación familiar o en entidad de atención *“...es una medida de carácter temporal dictada por un juez o jueza y que se ejecuta en familia sustituta o en entidad de atención”* (LOPNA, art. 128).

Con respecto a la aplicación de las medidas *“...prevalecen las de tipo pedagógico y las que fomentan los vínculos con la familia de origen y con la comunidad a la cual pertenece el niño, niña o adolescente”* (LOPNA, art. 130).

3.2. Informes y estudios.

Antes de empezar a exponer los resultados de algunos estudios, es preciso aclarar que, son pocas las investigaciones realizadas y publicadas hasta el momento, con población infanto-juvenil en acogimiento residencial en Venezuela.

La Asociación de mujeres por el bienestar y asistencia recíproca (AMBAR, 2002) plantea que es en la mayoría de las instituciones cuya finalidad es proteger a los niños, niñas y adolescentes, el lugar donde se han llevado a cabo las peores formas de violencia y maltrato, inclusive actos de violación. El estudio Ambar señala a estas instituciones como el lugar de iniciación y abuso sexual, aproximadamente en el 18,9% de los casos. Donde, el 60% de las

familias de los niños, niñas y adolescentes conocían la situación de explotación sexual. Además, el estudio indica que se le presta poca atención al fortalecimiento de la interrelación del niño con su medio. Mientras que, la atención que se presta para el fortalecimiento de los lazos en la comunidad, es nula. En consecuencia, cuando llega el momento del egreso de la institución, estos niños, niñas y adolescentes carecen de los elementos necesarios para desarrollarse de manera independiente porque sus red de apoyo como: trabajo, amigos, vínculos afectivos, etc., dependen del centro de internamiento (AMBAR, 2002).

Un estudio más reciente de Proadopción (2005), integró a 30 entidades de atención de Venezuela ubicadas en el Distrito Capital, el Estado Miranda y Estado Vargas con un total de 834 niños, niñas y adolescentes institucionalizados. Algunas conclusiones importantes de dicho estudio son: más del 80% de las instituciones tienen entre 6 y 25 años de funcionamiento, y apenas un 17% tienen 5 años o menos, lo que indica que la gran mayoría vienen funcionando desde antes de la transición del modelo clásico al modelo integral. Un dato importante es que sólo el 60% de las entidades estaba inscrita formalmente ante el Consejo Municipal de Derechos como ejecutora de programas y medidas de protección. Es decir, cuatro de cada diez entidades encuestadas no habían concretado aún su inscripción. El 80% de las entidades de atención eran privadas (asociaciones civiles y fundaciones impulsadas por personas en su mayoría religiosas o religiosos) y el 20% públicas. En lo que respecta a las entidades privadas, el 56.66 % son entidades atendidas por religiosas (Proadopción, 2005).

Continuando con el estudio anterior, en casi todas las entidades de atención que conformaron el estudio, existe la figura del psicólogo. Por otro lado, el 62% declara ejecutar medidas de colocación en entidad de atención, 53% medida de abrigo, el 48% exponen ejecutar programa de larga permanencia. En relación al Status Socio-legal de los niños, niñas y adolescentes hace referencia a que el 33 % se encuentra en proceso de reinserción familiar, el 20 % son casos de larga permanencia y a 96 niños, niñas y adolescentes se les está procesando su derivación a otra entidad (9%). En relación a las edades de la población que acogen el 18 % recibe niños, niñas y adolescentes de todas las edades desde recién nacidos hasta la mayoría de edad. Igual porcentaje de instituciones desde

recién nacidos hasta los 15 años. Mientras que, el 25% señala que ingresa desde recién nacidos hasta los 12 años (Proadopción, 2005).

Así mismo, concluye el estudio de Proadopción (2005) que un 39% de las entidades de atención manifiestan tener dificultades para la reinserción familiar de los niños, niñas y adolescentes porque están asociadas a sus condiciones socio-económicas, incluso, pobreza extrema. Un 26% presenta dificultades para las reinserciones por problemas de actitud, responsabilidad familiar y/o aptitud de la familia de origen ya que algunos niños no quieren regresar y/o ni que se los devuelvan. En materia de adopción, el 47% tiene dificultades, entre ellas: falta de respuesta, lentitud del proceso, ausencia de apoyo legal, judicial y administrativo. Un 33% tiene dificultades para la colocación familiar. En cuanto al tiempo de permanencia de los NNA, el 58% de las instituciones señala que mínimo tienen seis meses o más, y el 88% de los niños, niñas y adolescentes tienen tres años o más. Una de las mayores inconvenientes que se presentaron para la realización de esta investigación es la escasez del registro de datos relacionados con los niños, niñas y adolescentes ingresados en las instituciones. En definitiva, el tiempo que tienen las entidades, el proceso de centralización de la atención de los niños, niñas y adolescentes es propio del modelo o paradigma tutelar (Proadopción, 2005).

En la República Bolivariana de Venezuela es el Instituto Autónomo Consejo Nacional de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (IDENA) quien se encarga de la protección integral de niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad y riesgo social. Se incluyen aquí los niños privados de su medio familiar, es decir, aquellos que están bajo la tutela del estado y por tanto, institucionalizados, los cuales son derivados a las Casas Comunes de Abrigo, las Unidades de Protección Integral y al Proyecto Familia Sustituta, dependiendo de las edades y características propias del caso (IDENA, 2012).

Para el 2006 había 1.544 niños y 364 adolescentes en entidades de atención a nivel nacional (Organización de las Naciones Unidas, 2007b). En relación a la cifra de niños, la mayoría se encontraban en las entidades del Distrito Metropolitano (540), el Estado Bolívar (207) y el estado Zulia (201). Llama la atención que la proporción de adolescentes en instituciones en estos estados del país es nula, exceptuando en Bolívar. La población de adolescentes está concentrada, primordialmente en los Estados Monagas, Anzoátegui y

Bolívar. Igualmente, en el período 2002-2006 el número de entidades que daban acogimiento residencial aumentó de 68 a 84, el número de niños casi se duplicó y el número de adolescentes fue similar. En relación a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad colocados en entidades de atención y hogares de guarda habían 51 en todo el país, según cifras preliminares a mayo de 2007 (Organización de las Naciones Unidas, 2007b).

Sobre este particular, otro estudio que describe la situación de los niños, niñas y adolescentes en las entidades de atención venezolanas lo realizó Morales (2007). Consistió en el estudio de 52 expedientes judiciales de colocación familiar y en entidad de atención remitidos por los Consejos de Protección correspondientes del Área Metropolitana de Caracas, en el año 2004-2005. Aunque la investigadora no pudo acceder a la totalidad de los casos activos para el momento de dicho estudio, algunas características que resaltan de su investigación son: en lo que respecta a la modalidad de ejecución de las medidas de abrigo dictadas por los Consejos de Protección observó que la mayoría fueron ejecutadas en entidad de atención, es decir, el 77% de los casos. En cuanto a las circunstancias específicas descritas en los expedientes como aquellas que motivaron la aplicación de las medidas de abrigo señala que casi la mitad de los casos se debían a denuncias por “maltrato” infantil intrafamiliar (47%), contra un 30% de las denuncias de situación de “pobreza”, consecutivamente las denuncias de situación de calle (17%) y finalmente, denuncias por situaciones anómalas (6%). La autora también especifica que, los casos de maltrato” infantil intrafamiliar iban desde abandono físico y emocional, abuso físico y psicológico, abuso sexual y descuido físico y emocional.

Cabe resaltar que la autora además pudo apreciar que en la muestra de estudio, no se aplicaron estrategias, planes ni programas de protección para la familia, aproximadamente, en el 50% de los casos con medidas de abrigo, de tal manera que se pudiera intentar reintegrar a los niños, niñas y adolescentes a su familia de origen (Morales, 2007). Por lo que agrega que, en ese sentido, *“aquello que en la Ley surge como una medida provisional, en la práctica parece tener un carácter indefinido”*. Como tampoco, se apreciaron acciones dirigidas a intentar restaurar la situación de la familia ya que en el común de los resultados de su muestra observó una tendencia por parte del personal del sistema de protección a no integrar a los progenitores en la búsqueda de alternativas y soluciones, ni incluirlos en el plan de intervención. En relación a las visitas y

contactos paterno-filiales de los niños, niñas y adolescentes institucionalizados se observaron resultados heterogéneos, es decir, varían según las circunstancias individuales.

Morales (2007) también hace mención a aspectos relacionados concretamente con las entidades de atención, algunos de las cuales son: implementan estrategias para localizar la familia no sólo de origen sino también la familia extendida de los niños, niñas y adolescentes institucionalizados; así como también, realizan la tramitación para la obtención de sus documentos de identidad y hacen solicitudes ante el Tribunal de Protección del Niño y del Adolescente para el tratamiento e intervención psicológica o médica de algunos niños, niñas y adolescentes que así lo ameriten. Por otro lado, cuando ingresan hermanos, la institución favorece que estos permanezcan juntos en el mismo centro. Para fortalecer los vínculos familiares, las entidades de atención solicitan ante las autoridades competentes el permiso de visitas regulares de familiares de los niños, niñas y adolescentes institucionalizados. Sin embargo, expresa que es notoria la precariedad de recursos, planes y programas de protección a disposición de estas entidades de atención (Morales, 2007).

Además, Morales (2007) resalta en su estudio dos aspectos en particular. Por una parte, parece que la institucionalización de niños, niñas y adolescentes está encaminada a una situación jurídica de “*incertidumbre*” por la prolongación indebida de las medidas de abrigo, y por la “*dilación*” de las actuaciones judiciales ante los innumerables casos no jerarquizados. Argumenta que los Jueces de Protección se encontraron con medidas de protección que se habían perpetuado de manera indebida, colocando a los niños, niñas y adolescentes en una situación de indefensión legal, con el agravante de la postergación injustificada de la institucionalización o del acogimiento en una familia que había sido seleccionada por su “*disponibilidad más no por su idoneidad*”.

Por otra parte, la autora confirma que hay ausencia de programas de abrigo y de colocación en familia sustituta (selección, capacitación y seguimiento), convirtiéndose la institucionalización en la primera opción de vida para estos niños, niñas y adolescentes (Morales, 2007). En consecuencia, se coloca a los niños, niñas y adolescentes en una situación de inseguridad al no tratarse de familias debidamente seleccionadas, capacitadas y en seguimiento por los órganos competentes. En tal sentido, el carácter indefinido de la permanencia

de los jóvenes y el hecho de ser acogido por una familia sustituta inadecuada puede ser una medida perjudicial para la estabilidad emocional de los niños, niñas y adolescentes institucionalizados (Morales, 2007).

Por su parte, la Red por los Derechos Humanos de los Niños, Niñas y Adolescentes (2007) plantea en su informe alternativo ante el comité de los derechos del niño-Venezuela que subsiste en las organizaciones e instituciones una visión que hace prevalecer el interés de las familias o personas particulares demandantes de NNA por encima del interés superior del niño. Esto suele agravarse en aquellos casos cuya edad es superior a los tres años, así como también, en los grupos de hermanos o niños con discapacidad, entre otros. Concretamente, plantea que los niños discapacitados reciben discriminaciones de parte de las personas que desean adoptar por no adaptarse a los estándares requeridos. Por otra parte, un dato sumamente importante y difícil de encontrar es que este informe confirma que en el Consejo Nacional de Derechos del Niño y del Adolescente (CNDNA), ente rector de la política pública de la infancia y la adolescencia, según lo estipulado en la LOPNA, están inscritas, aproximadamente 237 entidades de atención. Igualmente, hace referencia a los resultados del estudio realizado por Proadopción (2005) indicando que 2/3 de la población de NNA institucionalizados requerían la puesta en práctica de una medida de colocación familiar en familia sustituta. Por eso, añade que “*parece ocultarse la deuda social, o la incapacidad colectiva sostenida en el tiempo*”, para restituir oportunamente los vínculos de los niños, niñas y adolescentes con su familia de origen o con su familia extendida o la incapacidad para apoyarlos de una manera efectiva. Además, persisten debilidades en los trámites y procedimientos, lo que trae como consecuencia que prevalezca la institucionalización de los NNA, debido también a la existencia de pocos programas de fortalecimiento y reinserción familiar (Red por los Derechos Humanos de los Niños, Niñas y Adolescentes, 2007).

Finalmente, señalar que en los indicadores básicos de protección planteados por la UNICEF para el año 2008, se indica que en la República Bolivariana de Venezuela hay en total 720 niños, niñas y adolescentes institucionalizados (UNICEF Venezuela, 2012). No obstante, cabe resaltar que el número registrado es, probablemente, muy inferior al real, debido a la ausencia de censo de algunas entidades de atención (Proadopción, 2005; UNICEF, 2009a).

4. Comentario Final.

Si se consideran las prevalencias mencionadas en el primer capítulo, recogidas por Pinheiro (2006) y el informe de la RELAF (2010) sobre las cifras de niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial en Latinoamérica, lamentablemente se puede observar que se han incrementado y algunos países hasta las duplican, como es el caso de Brasil.

Ahora bien, una inquietud que surge a partir de estos resultados es que esta diferencia puede ser debida a tres razones. La primera es que entre ambas fechas se incorporaron en el registro nuevas instituciones, lo que incrementa también el número de NNA atendidos. Otra posibilidad puede ser porque no hubo un criterio unificado para delimitar a los niños institucionalizados reflejados. Por ejemplo, ambos estudios ¿incluyeron NNA de instituciones penales e instituciones de protección?, ¿los NNA se encontraban en instituciones terapéuticas, instituciones psiquiátricas y hospitales, orfanatos, casas hogar o centros migratorios e internados de tipo completo?, ¿todas incluyeron NNA de instituciones tanto públicas como privadas? La última posibilidad es que las diferencias pueden ser debidas a que realmente el incremento de NNA institucionalizados se halla dado como tal, lo que puede ser más factible debido a los cambios sociales y económicos sufridos últimamente en los países latinoamericanos.

En líneas generales, la situación de los niños, niñas y adolescentes en cuidado institucional es similar en América Latina. Sin lugar a dudas la pobreza afecta a toda la región, pero, fundamentalmente a los países de Centroamérica. Por ende, las políticas de protección afectan a la población más vulnerable como es la población infantojuvenil.

Por otro lado, una de las mayores dificultades que surgen de este análisis es la ausencia de datos tanto de las instituciones como de los niños, lo que consecuentemente lleva a una infravaloración de la proporción exacta de niños en atención institucional y de las entidades registradas para su protección. Además, es considerable la heterogeneidad, no sólo de las razones para el ingreso de los niños a las instituciones sino del servicio que prestan las mismas instituciones.

En la mayoría de los países de América Latina los motivos más frecuentes para el ingreso del niño al entorno institucional fueron: abandono, orfandad, maltrato y condiciones socio-económicas. Un aspecto que resulta preocupante es el número elevado de los niños, niñas y adolescentes en acogimiento residencial que sigue existiendo a pesar de las reformas llevadas a cabo en los países latinos. Más alarmante aún, es el tiempo de permanencia en las instituciones.

Se observa también, la carencia de estudios en algunos países, a pesar de que la situación de los niños, niñas y adolescentes institucionalizados no es óptima. En fin, hay un uso inadecuado del cuidado alternativo residencial. No obstante, América Latina ha implementado cambios importantes destinados a la protección y atención de su población infantojuvenil, además, ha establecido los medios a través de los cuales se asegura el goce efectivo de sus derechos y garantías. Igualmente, un gran porcentaje de los países han instituido el principio de corresponsabilidad, donde tanto el Estado, como la familia y la sociedad son partícipes directos de la defensa de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

La tendencia actualmente en América latina es la desinstitucionalización, la prevención a través del fortalecimiento del núcleo familiar y, si no fuera posible por el interés superior del niño, buscar el apoyo de su familia ampliada, la integración de la comunidad y la implementación de diversos programas basados en la familia.

CAPÍTULO III

CONSECUENCIAS DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN EN EL DESARROLLO DEL NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE.

1. Investigación inicial: de 1945 hasta 1998.

Previo a algunos de los cambios realizados en el marco jurídico y social de protección a la infancia a final de la década de los 60, se comenzaron a indagar los efectos de la institucionalización en NNA. Tendríamos entonces que, remontarnos a los años 40, cuando una serie de estudios pioneros ponen en evidencia las consecuencias negativas de la institucionalización de niños que viven en orfanatos, casas cuna, hospitales, etc. Investigaciones que tuvieron una enorme repercusión, tanto en su momento como en décadas posteriores.

El autor más influyente en este primer momento sería Spitz, quien se interesó particularmente por los vínculos afectivos tempranos y sus carencias relacionadas con las internaciones de niños. Su concepto de “*hospitalismo*” ha sido uno de los más ampliamente difundidos para designar al síndrome generado por la institucionalización en los primeros meses de vida, entre los síntomas que presenta se pueden mencionar: lentitud motora, retraimiento, desinterés, apatía, disminución del apetito, déficits en la coordinación motora, pasividad, mayor morbilidad y mortalidad (Fernández, 1992; Ocón, 2003, 2004). Es precisamente en los niños criados en ausencia completa de su madre, que permanecen en una institución donde los cuidados les son administrados de forma anónima, sin que pueda establecerse un lazo afectivo, cuando se constatan los graves trastornos que Spitz agrupó bajo el nombre de hospitalismo.

Entre 1945 y 1948 Spitz comparó el desarrollo psicoafectivo de dos grupos homogéneos de niños criados en diferentes condiciones: el primero,

conformado por niños huérfanos de una casa cuna considerada modélica y el segundo proveniente de un asilo, con condiciones ambientales inferiores (Gentile-Ramos, 2001). Los resultados mostraron que los niños del primer grupo, aunque las enfermeras los atendieron “amorosamente” tuvieron deficiencias importantes en su desarrollo psíquico respecto a los segundos, criados por sus madres biológicas. El autor comprobó que esa “*privación afectiva de manera masiva y prolongada*” capaz de causar importantes déficits psicoafectivos, no se origina solamente en el contexto de un hospital, como el término *hospitalismo* induce a pensar, sino también en ambientes donde a los niños se les somete a una atención institucional continua desde su nacimiento. Por esto designó con ese nombre a la “*crianza habitual y continua en colectividad de niños en condiciones particularmente frustrantes*”, incluso puede darse en el domicilio familiar (Gentile-Ramos, 2001).

En este período, Spitz describió también estados similares a los depresivos en infantes cuyas edades oscilaban entre los 6 y 8 meses (Figueras, 2006; Polaina, Cabanyes y Del Pozo, 2003). Analizó sus reacciones tras la separación repentina de sus madres con quienes habían establecido previamente una relación afectiva normal, sin que éstas fueran reemplazadas por figuras sustitutas. Dedujo entonces que esta reacción a la separación era un trastorno del estado de ánimo infantil que llamó “*depresión anaclítica*”, donde la edad jugaba un papel esencial.

Los estudios de Spitz y Wolf (1946) referían la situación extrema en la que podían encontrarse jóvenes internos con carencia afectiva grave, presentando cambios importantes en su comportamiento y dando lugar a cuadros depresivos que llegaban a producir su muerte. Describían los síntomas como “*enmascarados*”, porque los niños solían presentar serias dificultades para expresarse tanto a nivel emocional y cognitivo, por lo que a las personas adultas de su alrededor se les dificultaba distinguir la enfermedad.

Spitz propuso entonces, dos formas de carencia afectiva (Millán y Serrano, 2002; Polaina., et al. 2003). Una era la *depresión anaclítica*, que es aquella producida por una carencia afectiva parcial o temporal en un niño que hasta entonces había disfrutado de una relación normal con su madre, pudiendo ésta disminuir, incluso, desaparecer si antes de los 3 meses se sustituye a la madre. Y el *hospitalismo* o carencia afectiva total, que es la cronificación del cuadro depresivo anterior, se manifiesta luego de 5 meses continuados de privación materna aunque las necesidades básicas estén cubiertas. Demostrando

así, que el delicado equilibrio de la díada madre-hijo depende sustancialmente de la disponibilidad de la primera.

Cabe destacar también que, Spitz (1946, 1951, 1952, 1965) fue uno de los investigadores pioneros en estudios sobre el primer año de vida, basados en observaciones filmadas. Documentó las circunstancias en que vivían niños de orfanatos de América del Norte, América Central y del Sur filmadas desde la década de 1930, material que transforma en películas para la enseñanza, a fin de promover la reforma en el cuidado de bebés y niños institucionalizados. Los más famosos fueron: “El dolor: un peligro en la infancia” (1946) y “La enfermedad psicogénica en la infancia” (1952). Sus videos describen cómo niños separados de sus madres, atendidos en guarderías iban apagando su impulso vital, rechazando en primer lugar, el contacto humano y posteriormente los alimentos. Además, los niños tenían un llanto monótono y sin causa aparente. En base a estas observaciones concluyó que la privación afectiva parcial o total llevaba a retrasos del desarrollo, propensión a contraer enfermedades y en casos extremos al rechazo total de la alimentación y a muerte por marasmo -desnutrición- (Bteshe, 2011; Cartwright, 2004). En 1957, Spitz publica su obra “No y Sí”, sobre la génesis de la comunicación humana en la que también expone los resultados de su investigación sobre las reacciones ante el abandono.

Spitz fue, por tanto, el primero en alertar sobre la importancia de la relación entre el vínculo primario y su relación con la aparición de las depresiones graves en la infancia. Sus películas recorrieron el mundo entero advirtiendo e informando sobre los daños que produce la privación afectiva materna tanto a corto y largo plazo en el desarrollo del niño, especialmente, en los niños cuidados en instituciones, hogares y hospitales (Schejtman, 2007).

Los trabajos de Spitz se han cuestionado por su falta de rigor metodológico (control de variables, instrumentos, etc) (Fernández, 1992). Entre las críticas recibidas destacan que no consideró variables propias de la institución ya que éstas no son entidades uniformes, hay instituciones buenas y malas, por lo que es difícil demostrar que el efecto patógeno es producto de la separación del hogar y no del régimen de la institución (Wootton, 1963). Además, realizó sus estudios en instituciones que tenían muchas deficiencias y en las que los niños sufrían una alta tasa de enfermedades crónicas y mortalidad, éstas razones podrían haber producido graves perturbaciones en su desarrollo. Algunos autores se preguntan si, previo al momento del internamiento, ciertos niños no sufrían ya trastornos somáticos diversos, padecían déficits constitucionales graves, eran

portadores de enfermedades infecciosas o si sufrían infecciones cerebrales significativas (Mussen, Conger y Kagan, 1977 en Fernández, 1992; Wootton., et al, 1963).

No obstante, es innegable que los trabajos de Spitz mostraron la fusión entre necesidad biológica y necesidad afectiva y destacaron la importancia de las relaciones afectivas tempranas y su incidencia en la salud. Otro aspecto importante es que sus teorías han servido de base a otros investigadores para analizar el tema.

Por su parte, Goldfarb (1943, 1944, 1945, 1947, 1955) reportó los problemas de conducta de los niños criados en instituciones y los efectos de la privación psicosocial. Entre las consecuencias derivadas de esta privación se pueden mencionar: el retraso intelectual y del lenguaje.

Debido a tanta polémica, en los años 50 la Organización Mundial de la Salud encomienda al psiquiatra infantil John Bowlby un estudio sobre los efectos de la privación en el desarrollo infantil temprano. Después de haber hecho una revisión exhaustiva de la literatura y consultar con expertos, presentó su informe titulado “Los cuidados maternos y la Salud Mental” en el cual analizó las consecuencias a corto y a largo plazo de la ausencia de los cuidados de la madre sobre el desarrollo de los niños (Bowlby, 1951).

Bowlby acuñó el término *privación maternal*, dando lugar a dilatadas controversias sobre la importancia del cuidado materno en las primeras etapas de la vida (Fernández, 1992). Recogió varios estudios de la época, incluso la teoría de Spitz, asegurando que el amor de la madre en el período infantil es absolutamente necesario para la salud mental del niño. La privación maternal que se da en las instituciones, vendría a ser, la ausencia de ese contacto íntimo, cálido y de relación constante con su madre. Aunque Bowlby también aclara que es una situación que puede también suceder cuando la madre, aún conviviendo en el hogar, no le proporciona al niño los cuidados que necesita. En los niños institucionalizados, el efecto de la privación maternal será relativamente leve si el niño es atendido por alguien con quien ha establecido lazos afectivos, en caso contrario, puede ser grave (Bowlby, 1951).

Bowlby (1952) concluyó que los niños sufrían los efectos de la atención institucional, incluso cuando sus necesidades básicas eran cubiertas. Según él, los niños privados del cuidado de sus padres pierden la oportunidad de tener un desarrollo estable, además de la posibilidad de fomentar relaciones de apego

estables. Bowlby, afirmaba que cuando la privación se inicia en edades tempranas se crean las condiciones propicias para que los niños padezcan en un futuro problemas de salud mental. Desde esta perspectiva, las experiencias adversas de un medio ambiente (institucional) no óptimo pueden producir respuestas de inadaptación al medio ambiente post-institucional que limitarían (más tarde) la conducta saludable y emocional (Van den Dries, Juffer, Van Ijzendoorn y Bakermans-Kranenburg, 2009).

Sin embargo, otro autor de esa época (Lewis, 1954), puso de manifiesto que las afirmaciones realizadas sobre los efectos nocivos de la privación materna con frecuencia minimizan los riesgos y peligros afectivos que pueden sufrir los niños a consecuencia de madres negligentes, de la frialdad afectiva o de otras clases de privación, incluido el rechazo, el estrés y la separación del padre. La separación materna puede traer inmensos beneficios para un niño maltratado pero por otro lado, no se puede cuestionar el valor de disfrutar del amor y la atención de una madre.

Para 1956, O'Connor indicó que los niños que estaban en instituciones en régimen de internado no sólo sufrían privación materna, también experimentaban privación general porque el ambiente de las instituciones donde vivían estaba caracterizado por una carencia total de estimulación, la estimulación social era casi inexistente, de allí el retraso observado en su desarrollo cognitivo y lenguaje (Rossetti-Ferreira y Costa, 2012).

Como se puede observar, los primeros estudios se centraron básicamente en los efectos de la institucionalización como producto de la ruptura de la díada madre-hijo. Además, la gran mayoría de los trabajos ponen de manifiesto la opinión negativa y el rechazo hacia los orfanatos y centros residenciales.

Tratando de entender los procesos de relación que se establecen en las comunidades cerradas, Goffman (1961) introdujo el término "*instituciones totales*" para referirse al lugar de residencia y de trabajo que comparten muchas personas que se encuentran en la misma situación y donde permanecen aislados de la sociedad por un lapso de tiempo determinado, compartiendo rutinas diarias de manera formal. De sus estudios, dedujo que el internamiento, "*es más un método de desajuste que de ajuste y organización del yo*" (Goffman, 1961). De acuerdo con Ocón (2000), estos centros estaban dirigidos, inicialmente a adultos que eran internados en las instituciones psiquiátricas. Sin embargo, Goffman

luego consideró que por sus connotaciones, estos efectos también serían extensibles a la población infantil.

Posteriormente, Prugh y Harlow (1963) retomaron la tesis sobre la privación maternal en el contexto familiar, sin embargo, deciden llamarla *privación encubierta*, ya que consideran que Bowlby hizo un mayor énfasis en la privación institucional. Estos autores destacan que este tipo de privación, ocurre también en familias completas, pero, que son disfuncionales. Además indican que la presencia de los padres no garantiza el desarrollo armónico del niño, principalmente, cuando no son capaces de soportar y manejar sus conductas disruptivas. Estos autores describen experiencias llevadas a cabo en guarderías e instituciones, donde los niños son ingresados con diversas patologías, observan que aunque provienen de familias estructuradas sufren severas anomalías en su forma de relacionarse, sin embargo, al extraer el niño del contexto familiar muestran mejoría. Por otra parte, señalan que persiste en los niños institucionalizados trastornos encubiertos porque tienen miedo a las separaciones. Desde su punto de vista esto demostraba que la familia no siempre es el contexto más favorable para el desarrollo del niño.

Debido a tanta controversia la OMS propuso entonces, una revisión crítica de las investigaciones sobre privación materna (Iglesias De Ussel, 1984). Entre las conclusiones más destacables que se pueden extraer de este informe (Ainsworth et al., 1963) están: que la privación maternal abarcaría diversas circunstancias que, al actuar de forma aislada o combinada parecen tener las mismas consecuencias. No todas ellas se refieren al contexto institucional, pero sí al familiar cuando los padres no ejercen el rol protector del niño. La privación de la madre en los niños pequeños es un acontecimiento grave, cargado de consecuencias aún cuando sus necesidades físicas elementales sean satisfechas. No obstante, enfatiza que existe el peligro de que se atribuyan a esta carencia casi todos los trastornos emocionales y psíquicos del adolescente. Sin embargo, es evidente que algunas estructuras psicopatológicas graves no pueden obedecer a un solo acontecimiento, por muy significativo que sea, incluso si ha tenido lugar en épocas decisivas. Por otra parte, aún cuando no se puede predecir con exactitud la gravedad de la privación materna, la higiene mental exige tratar de impedirla. Son muchos los factores que hay que considerar en el caso de los niños institucionalizados que van desde las características individuales hasta las características de los cuidadores y la institución. Concentrar totalmente en la

madre las consecuencias de la privación no es conveniente (Ainsworth et al., 1963).

El informe continúa diciendo que los datos existentes hasta el momento indican que la institucionalización es un método de asistencia a NNA bastante peligroso y constituye por tanto un riesgo que no se debe correr si existen otras alternativas. Los efectos de la privación materna deben valorarse en relación a la asistencia que ofrecen las instituciones. Mientras existan malos métodos, los niños sufrirán daños de diversas maneras y en grado diferente, según sea su temperamento y las circunstancias que le rodean. Que el trastorno sea permanente o irreversible son hipótesis aún no demostradas (Ainsworth et al., 1963).

Más tarde, Bowlby (1969, 1973, 1980) desarrolló las bases de la *teoría del apego*, cuyo postulado básico es la necesidad humana universal de formar vínculos afectivos fuertes. En su teoría describe cómo los niños pueden llegar a establecer relaciones de apego con sus cuidadores primarios y la inestabilidad que les ocasiona su separación. Sobre la base del trabajo de Bowlby se han hecho grandes cambios en el cuidado de niños institucionalizados (Feeney y Noller, 2001).

Es una tarea difícil que las instituciones asuman las funciones y responsabilidades de los padres, porque “*los vínculos y relaciones objetales en los niños necesitan continuidad*”, que bajo las características propias de los centros son inadecuados, porque son *ambivalentes, inestables, contradictorios y débiles* (Dorado, 1990).

Desde otra perspectiva, Rutter (1972) centró el interés en la necesidad de emprender el estudio de niños institucionalizados considerando tanto la mejora de los recursos institucionales como la calidad de la atención que se les brinda. Afirmaba que los resultados a largo plazo pueden depender del carácter y duración del cuidado institucional, de la edad en que se inicia y de las subsiguientes experiencias de cuidados maternos. Además, realizó un estudio minucioso y riguroso acerca de la teoría de Bowlby y observó diversos fallos metodológicos. Rutter acentuó sus análisis del internamiento de niños en la importancia de discernir cuáles eran las causas a las cuales se les atribuían los efectos de la institucionalización, agregaba que los efectos adversos relacionados frecuentemente con el motivo de la separación, principalmente, las relaciones sociales disfuncionales en el núcleo familiar, eran mucho más significativos que

la propia ruptura (Crozier, 2001; Rossetti-Ferreira y Costa, 2012). En este mismo sentido hay que situar los comentarios de Fernández-Ballesteros (1973) quien opina que en los estudios empíricos sobre la privación familiar, se han dejado de lado, otros aspectos de las relaciones intrafamiliares porque se ha puesto un énfasis excesivo en el cariño de la madre.

Son igual de importantes, los estudios clásicos de Tizard y sus colegas (Tizard, 1979; Tizard y Hodges, 1977; Tizard y Rees, 1974), que siguieron el desarrollo de niños adoptados que habían pasado la primera parte de su vida en residencias infantiles del Reino Unido donde, experimentaron cuidados afectuosos, pero no tenían la oportunidad de establecer relaciones duraderas debido a la alta rotación de los cuidadores. Hubo por lo tanto, muy pocas oportunidades para que los niños formaran lazos duraderos de apego con sus cuidadores, aunque, la atención recibida fue amable, no fue íntima ni personalizada. Una de las principales conclusiones de estos trabajos fue que los niños en las instituciones no tuvieron problemas persistentes en cuanto a su inteligencia general y el funcionamiento sensoriomotor. Sin embargo, tenían problemas con la inhibición de respuesta, problemas de atención y concentración (Tizard, 1979; Tizard y Hodges, 1977; Tizard y Rees, 1974). No obstante, también hay que señalar que mientras que los niños que vivían en los hogares de grupo Tizard's tuvieron puntajes dentro del rango normal, en promedio, estas puntuaciones fueron inferiores a las de los niños que habían sido adoptados (Zeanah, Smyke y Settles, 2006).

Interesantes también son los planteamientos de Eisemberg (1982) al indicar que al abordar este tema es imprescindible tener en cuenta factores como: los cuidados del niño antes de la institucionalización, las causas de la pérdida del vínculo familiar y si el niño ha retomado el contacto con ellos durante el período de institucionalización (citado por Dorado, 1990).

Otros autores, como Provence y Lipton (1985), señalan también que la crianza institucional origina déficits en los vínculos porque la atención ofrecida es impersonal y ofrece pocas oportunidades de interacción social, (Dorado, 1990). En la misma línea, los comentarios de Fernández (1992) al señalar que el internamiento de menores causan retraso en el crecimiento e incapacidad para establecer relaciones emocionales profundas.

Más recientemente (Ames, 1997), un estudio realizado en Canadá descubrió que los niños que habían vivido en orfanatos entre 8 meses o más,

sufrían retrasos en todas las áreas del desarrollo (social, motor y del lenguaje). El estudio concluía que sus problemas no dependen del país en que se encuentren, sino que derivan de su crecimiento y educación en instituciones, independientemente del lugar en el que se encuentre el orfanato.

Un aporte reciente también importante es el de Oliver (1998) quien expresa que la idea derivada, principalmente, de los estudios de Spitz, (1945) y Bowlby (1951) de que el acogimiento institucional de niños, niñas y adolescentes originaba consecuencias negativas y permanentes sobre ellos, no se debe generalizar a la mayoría de las instituciones actuales ya que los contextos en los cuales se llevaron a cabo las investigaciones son muy diferentes.

Ciertamente este punto de vista más actual es necesario tenerlo en cuenta. Pero, a pesar de sus intentos, así como el de otros autores que trataron de demostrar que el internamiento no tiene por qué ser nocivo para los niños, la crítica contra la institucionalización de NNA aún persiste. Puede ser que algunos casos de internamientos sean una solución favorable en ciertas situaciones, pero, continúan resaltándose los efectos potencialmente negativos que se producen a largo plazo, los que se agudizan en niños con edades tempranas que reciben una estimulación inadecuada (Centro Internacional para el Desarrollo del Niño de UNICEF, 1999). Por otra parte, la modernización y reforma de las políticas públicas de protección para niños, niñas y adolescentes en diversos países, siguen conservando modelos tradicionales (UNICEF, 2010). Además, las instituciones de niños continúan siendo expresiones de la beneficencia en tiempos de crisis (Milanich, 2004).

2. Consecuencias y problemas de la institucionalización.

Pues bien, como se constató con el apartado anterior desde hace muchos años son numerosos los estudios que se han marcado objetivos dentro de este campo, recogiendo datos en diferentes poblaciones y culturas. Estos estudios trataban de establecer relaciones y asumir posiciones críticas en el tema de los efectos del internamiento de NNA.

2.1. Problemas psicológicos, psicopatológicos y de desarrollo.

Posiblemente la mayor diferencia entre los estudios realizados en la segunda mitad del siglo pasado y los más actuales estriba en la metodología más rigurosa con la que se están desarrollando las investigaciones actuales. Este es el caso del estudio longitudinal ERA iniciado en 1998 sobre niños rumanos institucionalizados adoptados en hogares británicos antes de los 42 meses de edad (Rutter, 1998; Rutter, Beckett, et al., 2007; Rutter, Colvert, et al. 2007; Rutter y Sonuga-Barke, 2010). En él, se comparaba a niños rumanos adoptados con un grupo de niños nacidos y adoptados en el Reino Unido antes de los 6 meses de edad. Los autores encontraron que los niños rumanos adoptados estaban afectados de manera significativa en su desarrollo cognitivo en el momento de su adopción. Cuando se evaluaron durante un seguimiento a los 4 años, reportaron mejorías significativas los niños rumanos que habían sido adoptados antes de cumplir los 6 meses, mientras que los niños adoptados después de los 6 meses mostraron que un cierto grado de deterioro cognitivo persistió en una proporción significativa de estos niños (Rutter, 1998). En el seguimiento realizado a los 6 años, los niños que habían sido adoptados antes de cumplir los 6 meses de edad ya no se diferenciaban del grupo de la comunidad en sus puntuaciones cognitivas, y los niños de ambos grupos tuvieron puntuaciones significativamente mayores que las de los niños adoptados después de 6 meses de edad (Rutter, Beckett et al., 2007).

Siguiendo con el estudio anterior, en el último seguimiento realizado a los 11 años, los autores encontraron resultados similares, concluyendo que, la variabilidad genética puede dar lugar a las diferencias en la forma en que el ambiente de privación influye en el desarrollo de los NNA (Rutter y Sonuga-Barke, 2010). Sin embargo, destaca que los niños del grupo que había sido adoptado más tarde, sólo experimentaron incrementos significativos en las puntuaciones cognitivas de las evaluaciones a los 6 y 11 años. Rutter y Sonuga-Barke (2010) llegaron a la conclusión de que los efectos duraderos de la privación temprana severa sobre el desarrollo neurológico son los responsables de una variedad de problemas de salud física y mental, además de trastornos emocionales y de comportamiento asociados con la institucionalización. Es sorprendente cómo los efectos de la privación institucional han demostrado ser notablemente persistentes.

Los problemas de salud mental ya habían sido reconocidos en muestras institucionalizadas. McCann, James, Wilson y Dunn (1996) encontraron que un

número significativo de adolescentes sufrían de trastornos psicopatológicos graves, potencialmente tratables, pero que habían pasado desapercibidos. Además, también evidenciaron altos niveles de comorbilidad. Similares conclusiones alcanzan Goodman, Ford, Corbin, y Meltzer (2004) quienes plantearon que los trastornos psicopatológicos infantiles son comunes entre los niños de acogida y de atención residencial, pero que a menudo no se detectan y por lo tanto están sin tratamiento.

En esta línea estudios más recientes han reportado trastornos psicológicos en jóvenes que viven en instituciones, como el de Ford, Vostanis, Meltzer y Goodman (2007). Schmid, Goldbeck, Nutzel y Fegert (2008) encontraron que en casi todas las escalas y subescalas de los informes de cuidadores, y los autoinformes de niños, niñas y adolescentes, se alcanzaron puntajes altos. Además, los hallazgos del estudio de Zeanah, et al. (2009) reportaron trastornos psicológicos en niños en edad preescolar institucionalizados.

Así mismo, las experiencias adversas tempranas como el abuso infantil, la negligencia institucional o la privación a menudo se asocian con problemas de conducta y secuelas psicológicas a largo plazo (Armsden, Pecora, Payne y Szakiewicz, 2000; Felitti et al., 1998; Groza, 1999; Rutter, et al. 2007; Van der Vegt, Van der Ende, Ferdinand, Verhulst y Tiemeier, 2008).

La edad de la mayoría de niños institucionalizados también puede ser un obstáculo en su proceso de adaptación a una nueva familia (Centro Internacional para el Desarrollo del Niño de UNICEF, 1999). Muchos niños en acogimiento residencial sufren igualmente problemas de comportamiento, discapacidades físicas o psíquicas, además de enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA, en consecuencia, escasas familias tienen la capacidad y los medios para suministrarles los cuidados adecuados que precisan. De allí las cifras tan altas de niños en acogimiento residencial a pesar de la gran demanda de niños para la adopción. Afortunadamente, cada vez hay más proyectos en marcha que promueven el desinternamiento de la población infanto-juvenil (Centro Internacional para el Desarrollo del Niño de UNICEF, 1999).

Por otra parte, algunas de las relaciones disfuncionales que establecen los cuidadores con los niños en situación de maltrato/abandono emocional son: indiferencia a las demandas e iniciativas de interacción del niño, dificultades en la comunicación afectiva (mensajes contradictorios y falta de respuesta o respuestas inadecuadas), así como atribución incorrecta del significado

intencional y comunicativo de la acción del niño, menosprecios o comentarios negativos y el bloqueo del desarrollo autónomo (físico, emocional e intelectual). A raíz de ello, los procesos de aprendizaje del niño se ven afectados con: deficiencias del lenguaje, incapacidad para abstraer y generalizar conceptos, dificultad para relacionarse y tolerar frustraciones (Garbarino, 1986; Gaudin, 1993; Lyons, Bronfman y Parsons, 1999).

Igualmente, se afirma que los niños con desarrollo normal que viven en los mismos hogares de crianza que los niños huérfanos pueden llegar a sufrir dificultades similares a las experimentadas por éstos últimos (Morgan, 2000). También, se menciona que entre las consecuencias que se presentan con mayor frecuencia en los niños maltratados, específicamente, a consecuencia del abandono físico, destacan los déficits en el desarrollo psicológico, afectándose áreas tan significativas como el lenguaje y cognitiva (Pino, Herruzo y Moza, 2000).

En esta línea, Fernández y Fuertes (2000) enfatizan la existencia de varias áreas comprometidas a nivel cognitivo y lingüístico en NNA en situación de desprotección: dificultad para la resolución de problemas, problemas de percepción y pensamiento, déficits lingüísticos, vocabulario pobre, problemas académicos, dificultades en atención y concentración y baja resistencia a la frustración, entre otros.

Otro ejemplo en el tema que nos ocupa proviene del cuidadoso estudio de Roy y sus colegas, quienes examinaron una muestra de niños que crecían en instituciones (hogares de grupo) del Reino Unido, en los que la calidad de la atención era relativamente alta (Roy, Rutter y Pickles, 2000). Las principales conclusiones que emergen de este estudio fueron que, en comparación con el grupo de niños con antecedentes similares que crecían en familias de acogida, los niños de las instituciones mostraron problemas atencionales y sociales (Roy, Rutter, y Pickles, 2004) que impactaron en su funcionamiento académico (Roy y Rutter, 2006). Sin embargo, en las evaluaciones de inteligencia no mostraron diferencias entre los niños cuidados en acogida y los grupos institucionalizados, ambos grupos tenían puntuaciones medias en el rango típico (Roy et al., 2000).

El estudio longitudinal BEIP (Proyecto de Intervención Temprana de Bucarest) realizado por Zeanah et al. (2003) es el primer ensayo controlado aleatorizado que propone el acogimiento familiar como alternativa a la atención institucional para los niños pequeños (Zeanah et al., 2006). Así, se comparó un

grupo de niños normales que vivían en la comunidad con un grupo de niños institucionalizados, estos últimos mostraron niveles moderados de deterioro cognitivo en la evaluación realizada con las Escalas Bayley de Desarrollo Infantil. Un dato clave que surge del estudio BEIP es que observó que la variación en la calidad de los cuidados (sensibilidad, estimulación del desarrollo y afecto positivo hacia el niño) se asoció positivamente con el estado cognitivo de los niños (Smyke et al., 2007). Los análisis de datos en el seguimiento realizado revelaron que los niños colocados en hogares de guarda donde recibían cuidados de alta calidad mostraron un mejor funcionamiento intelectual general a los 42 y 54 meses de edad, en comparación con los niños que recibían cuidados habituales (Nelson et al., 2007). No obstante, el efecto de la calidad del cuidado sobre el desarrollo cognitivo de los niños fue más fuerte que el efecto de la duración de la institucionalización. Por otra parte, en el BEIP la prevalencia de trastornos mentales en niños institucionalizados también fue suficientemente demostrada. Por ejemplo, la prevalencia de TDAH entre los niños previamente institucionalizados fue del 20,7%, mientras que la prevalencia del TDAH entre los niños criados en la comunidad era sólo de un 3,4% (Zeanah et al., 2009). Resultados en el BEIP documentan un patrón en la actividad cerebral en los niños institucionalizados que sugieren un retraso en la maduración cortical y proporcionan evidencia de que este patrón de actividad cerebral representa una vía de desarrollo neurológico que explica la asociación entre institucionalización y el TDAH. Además, en el BEIP el 53,2% de los niños criados en entornos institucionales habían desarrollado un trastorno psicopatológico a los 54 meses de edad, mientras que menos de la cuarta parte (22%) de los niños no institucionalizados, cumplieron los criterios de un trastorno. Así mismo, se encontraron trastornos externalizados e internalizados en la población institucionalizada. En concreto, los niños retirados de las instituciones y colocados en familias de acogida eran menos propensos a los trastornos internalizados que los niños que continuaron con la atención institucional (22% frente al 44,2%). Además, los varones fueron más sintomáticos que las niñas, independientemente del entorno de cuidado y, a diferencia de las niñas, no tenían ninguna reducción en el total de síntomas psicopatológicos después de la colocación en hogares de acogida (Zeanah et al., 2009).

Se puede observar en los resultados de los estudios ERA y BEIP la existencia de heterogeneidad en las respuestas de los niños cuando éstos cambiaron su forma de vida. Estos hallazgos sugieren un cierto grado de

persistencia de los efectos de la institucionalización en el funcionamiento cognitivo general, dependiendo de la duración de la misma. Conclusiones similares pueden ser encontradas en el meta-análisis realizado por Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn y Juffer (2008), quienes encontraron que las intervenciones realizadas a niños que viven en orfanatos han tenido éxito en la mejora del desarrollo cognitivo de los niños. No obstante, también concluyeron que en la medida en que éstas se realizaban a edades más tempranas y eran más integrales mostraban efectos más duraderos.

Precisamente, otra revisión meta-analítica de Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg y Juffer (2007) encontró que los niños criados en orfanatos tenían consistentemente menor coeficiente intelectual en 75 estudios en comparación con sus pares criados por familias de acogida. Además, encontraron una fuerte relación entre el tiempo en el entorno institucional y retraso en el crecimiento físico: cuanto más tiempo tenían en la institución, los niños presentaban mayores retrasos en su crecimiento físico. Para el momento de la adopción, los niños mostraron grandes retrasos en altura, peso y circunferencia cefálica. Aunque después de su adopción mostraron mejorías significativas en las dos primeras. Análogos resultados a los obtenidos por Dobrova-Krol, Van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg y Juffer (2010), quienes determinaron que los retrasos crónicos encontrados en los niños institucionalizados demostraron la persistencia de graves retrasos en su crecimiento.

Un estudio longitudinal realizado por Vorria et al. (2006), también comparó a niños que habían sido adoptados después de haber vivido en acogimiento institucional con niños criados por sus propias familias. Se encontró que a los cuatro años los niños adoptados tenían puntuaciones más bajas en desarrollo cognitivo, eran menos seguros y menos capaces de comprender las emociones que los niños que habían sido criados por su familia. Los investigadores afirman que la institucionalización durante los dos primeros años de vida es una experiencia que tiene efectos duraderos en el desarrollo de los niños.

Igual que en estudios anteriores, los problemas de conducta entre, ellos los síndromes externalizados e internalizados, también han sido encontrados en niños institucionalizados (Armsden et al. 2000; Qinghong, Manteuffel, Paulic y Sondheimer, 2001). Por su parte, Zeynep, Nese, Didem y Kerim (2007) hallaron, según los informes de los maestros, una mayor tasa de prevalencia de síndromes de externalización (22,7%) comparado con los síndromes de internalización

(15,6%). Análogos resultados se han obtenido en estudios más recientes (Fernández-Molina, Del Valle, Fuentes, Bernedo y Bravo, 2011; Pracana y Santos, 2010; Sonuga-Barke, Schlotz y Kreppner, 2010).

Por otro lado, la infancia institucionalizada también puede presentar trastornos del apego (Gómez, Muñoz y Haz, 2007; Johnson, Browne y Hamilton-Giachritsis, 2006; Muris y Maas, 2004; Smyke et al., 2007; Welsh, Viana, Petrill, Mathias, 2007; Zeanah et al., 2003; Zeanah, Smyke, Koga y Carlson, 2005).

Un porcentaje mayor de niños adoptados muestran apego desorganizado (36%) frente a su grupo normativo (15%) (Van Londen, Juffer y Van Ijzendoorn, 2007). No obstante, las puntuaciones en el desarrollo cognitivo y psicomotor estaban dentro del rango de la normalidad.

En dos series de meta-análisis realizados posteriormente por Van den Dries, et al. 2009, se obtuvieron resultados similares. Los autores concluyeron que las experiencias tempranas de malos tratos, privación y abandono pueden tener repercusiones para establecer relaciones de apego seguro. Además, los niños adoptados tenían menos apego desorganizado que los niños institucionalizados. Sin embargo, cuando los niños son adoptados antes de cumplir el primer año pueden superar la adversidad temprana y formar relaciones seguras con la misma frecuencia que sus homólogos normativos.

En un estudio longitudinal realizado con niños previamente institucionalizados (Kreppner, Rutter, O'Connor, Marvin y Sonuga Barke, 2011) se concluyó que la categoría “inseguridad-otras categorías” se asoció con el apego desinhibido (es decir, falta de diferenciación entre los adultos, voluntad para irse con extraños y falta de comprobación si eran los padres en situaciones que normalmente provocan ansiedad) en los reportes de los padres adoptivos. Sin embargo, este patrón se observa principalmente en relación con las personas “extrañas” y no con los cuidadores.

Trabajos recientes señalan que el apego desinhibido o amistoso de manera indiscriminada observado frecuentemente en los niños institucionalizados persiste aún después de su adopción (Bakermans-Kranenburg, et al., 2011). Sugieren que el desarrollo social-emocional de los niños en entornos institucionales puede verse gravemente comprometido ya que algunas instituciones se caracterizan por severos déficits en sensibilidad, capacidad de respuesta y estabilidad de los cuidadores, así como abandono y malos tratos.

Entre los pocos estudios que abordan el comportamiento social de los niños institucionalizados se encuentra el de Tarullo y Gunnar (2005) quienes afirman que la crianza institucional se asocia con la privación temprana, incluida la falta de atención individualizada y la relación estable de un cuidador. El desarrollo socio-emocional temprano, la atención conjunta, el juego de simulación, y el apego también están comprometidos. Aspectos que pueden contribuir a la persistencia de los déficits socio-emocionales en el mantenimiento de los límites sociales, la competencia entre pares y la cognición social. Por otra parte, los autores agregan que los problemas con la atención y la función ejecutiva pueden contribuir también a la dificultad en la regulación de las interacciones sociales. Concluyendo que la experiencia social temprana juega un papel en la organización de los circuitos neuronales relacionados con la interacción social y la regulación, lo que ejercería una influencia a largo plazo de la capacidad subyacente para procesar la información social.

Reinoso y Forns (2010) analizaron el comportamiento prosocial de niños que vivían en orfanatos y se encontraron con que, entre los atributos positivos valorados por los padres adoptivos, el porcentaje más alto fue para la conducta prosocial (alrededor del 94%). Además, el estudio de Aguilar-Vafaie, Roshani, Hassanabadi, Masoudian y Afruz, (2011) examinó la importancia de varios factores protectores y factores de riesgo y su interacción en la predicción de problemas externalizados, internalizados y el comportamiento prosocial de los adolescentes en cuidado residencial. Entre sus hallazgos están que los factores de riesgo y protección correlacionaron con los problemas de conducta. Además, los síndromes externalizados correlacionaron de manera significativa y negativa con el comportamiento prosocial. Sin embargo, no fue así con los síndromes internalizados. No hubo diferencias por edad ni género en los síndromes internalizados o externalizados. No obstante, también hay estudios que evidencian el comportamiento social en el niño maltratado (Macfie et al., 1999).

Recientemente, Colvert et al. (2008) analizaron la teoría de la mente y la función ejecutiva en la muestra del estudio ERA. Evaluaron tres tipos de problemas cuasi-autismo, apego desinhibido y falta de atención / hiperactividad. A los participantes se les clasificó en dos grupos: niños rumanos adoptados antes de los 43 meses de edad y niños rumanos adoptados antes de los 6 meses, ambos grupos fueron evaluados a los 6 y 11 años. En la muestra existían niños que habían sufrido internamiento y niños que no habían experimentado la atención institucional (aunque se les privaba de otras maneras). Los autores encontraron

que los déficit en ambos dominios (Tom y EF) se asociaron con cada uno de los tres problemas analizados y el grado de déficit fue mayor para los niños que habían experimentado más de seis meses de privación institucional; asimismo, los índices más altos de apego desinhibido se asociaron con un peor rendimiento en la teoría de la mente y las tareas relacionadas con el funcionamiento ejecutivo. Y el déficit de de atención / hiperactividad fue más frecuente en el grupo institucionalizado.

De manera similar, las conclusiones posteriores de Bruce, Tarullo, y Gunnar (2009) apuntan a que los niños postinstitucionalizados con frecuencia demuestran la persistencia de los efectos del internamiento, principalmente, muestran déficits en el área socio-emocional, por ejemplo, simpatía indiscriminada, apego desinhibido y comportamiento social desinhibido hacia las personas desconocidas. Sus resultados sugieren que el comportamiento social desinhibido podría reflejar déficits que subyacen en el control inhibitorio. Los autores agregan que la respuesta al por qué la conducta indiscriminada parece ser un síndrome post-institucional más que un patrón de comportamiento continúa siendo un debate.

2.2. Situaciones de abuso y discriminación.

Por otra parte, la atención institucional constituye una dificultad para prevenir el abuso de los niños mayores y para la adaptación de los niños institucionalizados a la sociedad (Barth, 2005; Kelly, 2002).

El acogimiento residencial, aunque sea transitorio, puede provocar en algunos niños “*la aparición de problemas de salud mental o exacerbar los trastornos psicopatológicos preexistentes*” (Oliván, 2003). En algunos niños estas problemáticas pueden haber sido causadas por la ruptura de los vínculos familiares, el miedo y/o incertidumbre que les causa vivir institucionalizados o en familia de acogida, como también pueden ser por las características propias de la institución o de la familia acogedora y/o al incumplimiento de las promesas realizadas por su familia biológica. Además, el hecho de vivir en una institución puede favorecer la aparición de problemas de salud física. Agrega Oliván (2003) que el fracaso en el diagnóstico temprano de las necesidades de los niños no sólo puede afectar su calidad de vida futura en cuanto al desarrollo físico, emocional e intelectual, sino que además puede favorecer la aparición de problemas de adaptación.

Los niños institucionalizados también pueden llegar a ser más agresivos, consumir alcohol y/o drogas, así como también, exhibir comportamientos antisociales (UNICEF, 2004). Mientras que, las niñas se enfrentan principalmente a un mayor riesgo de abuso sexual, son obligadas a casarse en edades tempranas o a iniciarse en la prostitución (Banco Mundial / UNICEF, 2002; UNICEF, 2005).

En este sentido, existen estudios que indican que los NNA de las instituciones son más vulnerables a la trata y explotación sexual que el resto de la población infantil (O’Kane et al, 2006; UNICEF, 2005a). Hay más probabilidades de que sufran trastornos en su desarrollo cognoscitivo y afectivo, que tengan menos acceso a la educación y sean víctimas de las peores formas de trabajo infantil. Sobre el particular, el Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF (2006), haciendo alusión a los trabajos de Doolittle (1995), Tobis (2000) y Tolfree (2004), concluye que estos estudios exponen la existencia de tres efectos negativos principales a consecuencia del acogimiento residencial: alteraciones emocionales y psicosociales, retrasos en el desarrollo y problemas de aprendizaje y trastornos médicos (físicos). Argumenta además que la decisión de ingresar a los niños a las instituciones está fundamentada, generalmente, en la situación familiar y no tanto en el interés superior del niño. Al ingresarlos los aíslan de sus familias y comunidades, algunas veces para siempre ya que las instituciones no suelen conservar la documentación completa de los jóvenes ingresados. Este aislamiento tiene consecuencias graves en la identidad personal y familiar del niño, llegando incluso en algunos casos a perder la habilidad para hablar en su lengua materna. Según los datos recogidos, desde que el niño es institucionalizado tiene dificultad para retomar y mantener los lazos con su familia ampliada así como también optar por el acogimiento familiar. Estos efectos se hacen cada vez más evidentes cuando llega el momento de su egreso de la institución, porque la mayoría de los niños experimentan problemas de adaptación a la vida fuera del centro, lo que podría propiciar que terminen siendo ingresados en otras instituciones como reformatorios, instituciones psiquiátricas o haciendo vida en la calle. Por último, señalan que las evidencias empíricas que analizan el impacto de vivir institucionalizado reportan que los bebés son los que tienen mayor riesgo de sufrir a largo plazo daños severos en su desarrollo.

Además, como ya se indicó en el capítulo anterior, en algunos países el Sida propicia que los niños queden sin cuidado parental, al igual que los abusos sexuales, la violencia física y/o emocional, la explotación y el abandono. Por otro

lado, la pobreza es considerada una de las razones de mayor vulnerabilidad y los entornos que no ofrecen los cuidados apropiados pueden dañar el desarrollo social, cognitivo y emocional de los niños, niñas y adolescentes (Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, 2006; UNICEF, 2009).

Millones de niños, especialmente los varones, pasan considerables períodos de su vida bajo el control y supervisión de las autoridades de protección social en instituciones como orfanatos, hogares para niños, centros de acogida, etc (Pinheiro, 2006). Estos niños están expuestos no sólo a la violencia del personal y las autoridades del centro con el objetivo de inculcarles “disciplina”, sino también, a la violencia de otros niños, primordialmente cuando las condiciones y la supervisión del personal son deficientes y los niños mayores más agresivos no están separados de los niños más pequeños o más vulnerables. Hay oportunidades en que el personal autoriza o incita el maltrato entre los propios niños. Además, el hacinamiento y las malas condiciones, la estigmatización social, la discriminación, la falta de atención, así como la deficiente capacitación del personal aumentan el riesgo de violencia. Según el autor, algunas de las consecuencias a largo plazo son los retrasos graves en el desarrollo, discapacidad, daños psicológicos potencialmente irreversibles y el aumento de la tasa de suicidios, así como la reincidencia. Los efectos son más severos cuanto más tiempo se prolongue la institucionalización y cuanto más deficientes sean las condiciones de la institución. Dependiendo de la duración de la institucionalización los niños podrían llegar hasta a perder habilidades básicas que poseían para el momento de su ingreso, como la capacidad para cuidarse a sí mismos y de propiciar relaciones afectuosas (Pinheiro, 2006).

En consonancia con lo anterior, O’Kane et al. (2006) afirman que cuando los niños son separados de sus padres a menudo entran en un ciclo negativo de marginación, discriminación, abuso y explotación. Un niño que ha perdido a sus padres (por diferentes razones) puede sufrir también discriminación en su nueva familia, haciendo que esté fuera de su control y se vaya a las calles donde se enfrentan a un mayor riesgo de abuso y explotación. Además, existen evidencias en diferentes partes del mundo de que los niños sin cuidado parental y/o ingresados en instituciones se enfrentan a mayores desventajas educativas. Sin embargo, también hay estudios que ponen a prueba la hipótesis de que son los más vulnerables.

Estos autores (O’Kane et al., 2006) agregan que los niños internados en instituciones a menudo viven en condiciones de hacinamiento, con escasos

recursos (sobre todo en Europa central y oriental/CEI y los países en desarrollo), generalmente se le niega su derecho a jugar y a tener libertad de expresión. Además, tienden a perder su identidad, son ignorados, excluidos de la toma de decisiones y algunas veces obligados hasta a cambiar o adoptar una religión determinada. De tal manera que su colocación no se basa precisamente en su interés.

En un estudio realizado por Le Mare, Audet y Kurytnik (2007), examinó longitudinalmente el uso de los servicios post-adopción y la satisfacción de necesidades por los servicios recibidos, específicamente, relacionados con problemas de: salud física y mental, comportamiento, académicos, sociales, lenguaje y de crianza de los NNA. Los resultados indicaron que a pesar de que los niños adoptados y sus familias estaban utilizando muchos más servicios que los niños no adoptados, todavía tenían muchas necesidades insatisfechas. Esto es particularmente cierto en las familias cuyos niños tienen una considerable experiencia institucional, previa a la adopción. Por lo que los autores afirman que las necesidades de los servicios de los NNA institucionalizados y sus familias persisten años después de su adopción y apuntan a una necesidad de mayor contacto y apoyo por parte de los especialistas, mucho más allá del período inmediato que rodea a la adopción ya que los efectos de la crianza institucional pueden persistir y cambiar a través del desarrollo de los NNA.

2.3. Institucionalización y neurodesarrollo.

Otros investigadores se han centrado en el intento de comprender el efecto de la institucionalización y las experiencias adversas tempranas en el neurodesarrollo (Ford, et al. 2007; Fox, Levitt y Nelson, 2010; Sheridan, Drury, McLaughlin y Amas, 2010; Tottenham et al., 2010; Vanderwert, Marshall, Nelson, Zeanah y Fox, 2010;). Así como también, en investigaciones relacionadas con otros tipos de trastornos en niños institucionalizados (Gunnar et al., 2007; McLaughlin, Fox, Zeanah, Sheridan, Marshall y Nelson, 2010; Stevens et al., 2008; Wiik et al., 2011).

También hay hallazgos que defienden la importancia de examinar las diferencias en el desarrollo de estructuras subcorticales como posibles explicaciones al comportamiento de los niños institucionalizados (Mehta, Golembo, Nosarti, Colvert, Mota, Williams, et al. 2009; Tottenham et al., 2010).

Hay literatura que también sugiere que hay períodos críticos del desarrollo, donde ambientes desfavorables tales como la institucionalización, podrían ejercer su mayor impacto (Fox et al., 2010; Zeanah, Gunnar, McCall, Kreppner y Fox, 2011).

Estudios genéticos muestran que la privación social grave debido a la crianza institucional es un factor de riesgo para una serie de resultados negativos en los dominios social, emocional y neurobiológico, y han defendido que una parte importante del mecanismo involucrado es la interacción gen-ambiente (O'Connor, Rutter, Beckett, Keaveney y Kreppner, 2000; O'Connor, Rutter y *the English and Romanian Adoptees Study Team*, 2000; Rutter et al. 2007; Zeanah et al. 2009). La creciente evidencia de interacciones genes - medio ambiente (Beckett, et al., 2006; Rutter, Moffitt, y Caspi, 2006; Stevens, Sonuga-Barke, Asherson, Kreppner y Rutter, 2006) sugiere que al menos parte de la explicación puede estar en las diferencias individuales (entre ellas la resiliencia) influidas por la susceptibilidad a los peligros ambientales, sin embargo, es poco probable que ésta sea la única razón. Por su parte, el estudio longitudinal realizado por (Kreppner et al., 2007) encontró que incluso en los niños con grados similares de exposición, sigue existiendo una marcada variación en el deterioro y la recuperación individual.

Algunos conceden también especial importancia a esta interacción del medio ambiente y los genes, planteando que las variaciones en la secuencia de ADN de los genes, denominadas polimorfismos, pueden interactuar con la exposición a la privación institucional y afectar el riesgo del individuo para desarrollar psicopatología en el futuro (Caspi, Hariri, Holmes, Uher y Moffitt, 2010; Kaufman et al., 2004, 2006; Kumsta et al., 2010; Pérez-Edgar et al., 2010; Rutter, 2010).

2.4. Institucionalización y alteraciones neurobiológicas.

Estudios recientes plantean que los déficits en el funcionamiento cognitivo y conductual demostrados por los niños post-institucionalizados pueden estar relacionados con alteraciones en la estructura y desarrollo cerebral, específicamente, con una disfunción del eje HPA, a causa de la privación temprana durante períodos críticos del desarrollo, principalmente, en aquellos casos en que la institucionalización dura 6 meses o más (Stevens et al., 2008). La premisa de que la adversidad temprana conduce a una disfunción del eje HPA

con los consiguientes efectos negativos sobre el cerebro y el comportamiento, ocupa una idea central en las perspectivas biológicas de estrés infantil, abandono y maltrato (Cicchetti y Walker, 2001; McCrory, De Brito y Viding, 2010). En la misma línea los trabajos de Mehta y colaboradores (2009) con la muestra del estudio ERA los cuales observaron cambios en la amígdala, el hipocampo y el cuerpo calloso de los participantes.

El incremento en los niveles de cortisol de niños abandonados y maltratados ha sido comentado por diversos estudios tanto experimentales como clínicos (De Bellis, 2005; McCrory, et al. 2010). Así mismo, los niños que han experimentado privación severa en edades tempranas pueden vivir en un estado constante de hiper-arousal, anticipando amenazas permanentes, y su habilidad para beneficiarse de las experiencias sociales, emocionales y cognitivas puede estar dañada (Perry, 1996).

Estudios actuales han informado que niños postinstitucionalizados mostraron un incremento prolongado en los niveles de cortisol después de interactuar con su madre adoptiva, no siendo así en la interacción con personas desconocidas (Gunnar, Morison, Chisholm, y Schuder, 2001; Wismer Fries, Shirtcliff, y Pollak, 2008). Además, los niños que habían experimentado condiciones más severas de abandono antes de su adopción también mostraron similitud en los niveles elevados de cortisol basal. Por lo que, los investigadores concluyen que la privación social temprana puede contribuir a largo plazo en la presentación de problemas de regulación del sistema de respuesta al estrés, siendo estas diferencias más evidentes en el contexto de las relaciones interpersonales.

Por otra parte, hay poca evidencia sobre el funcionamiento del eje HPA en niños pequeños institucionalizados o post-institucionalizados, a pesar de que, Carlson y Earls (1997) midieron el cortisol para determinar su nivel, variación diurna y su reactividad frente a un evento estresante y encontraron que los niños institucionalizados de dos años de edad tenían alteraciones en el ritmo diurno de la producción de cortisol con respecto a los niños criados por su familia. Además hallaron algunas alteraciones en el eje HPA y déficits en el desarrollo cognitivo y psicológico de los niños post institucionalizados. Los autores sugieren que aunque en las instituciones algunas necesidades médicas y nutricionales de los niños son cubiertas, no sucede así con sus necesidades sociales y psicológicas lo que puede ocasionar graves implicaciones para su desarrollo presente y futuro.

Chugani et al. (2001) con el fin de examinar la actividad cerebral subyacente a los déficits cognitivos y de comportamiento evaluaron niños adoptados de orfanatos rumanos y encontraron en la evaluación neuropsicológica de los participantes: deterioro neurocognitivo leve, impulsividad, déficit de atención y problemas sociales. Insinuaron que los déficits cognitivos y conductuales reflejados a largo plazo en los niños post-institucionalizados pueden estar relacionados con el hipometabolismo que se observó en la corteza temporal inferior y en el lóbulo temporal medial. Sugieren que la disfunción en estas regiones del cerebro podría ser a consecuencia de una privación temprana global como respuesta al estrés crónico ocasionado por el internamiento y que las conexiones funcionales alteradas en estos circuitos pueden representar el mecanismo subyacente en las alteraciones del comportamiento.

Por tanto, hay estudios que indican que el maltrato, los abusos, la privación y el abandono durante la infancia pueden considerarse como agentes que interrumpen el desarrollo cerebral normal. Dependiendo de la edad de inicio, intensidad y duración, pueden incluso llegar a producir modificaciones en algunas estructuras cerebrales, en particular reducción del cuerpo calloso y el volumen del cerebelo.

En términos de resultados funcionales, estudios existentes sugieren que las experiencias adversas se asocian con hipoactividad en varias regiones del cerebro, incluyendo algunas regiones de la corteza prefrontal y el sistema límbico y paralímbico. En un estudio que comparaba niños institucionalizados con población normalizada, se concluyó que el volumen de materia blanca y materia gris fue significativamente menor en el grupo institucionalizado en comparación con el grupo control. Además, el grupo institucionalizado presentó mayor volumen de la amígdala, especialmente del lado derecho y los niños que tenían mucho tiempo institucionalizados tenían un menor volumen de la amígdala izquierda (Mehta., et al. 2009). No obstante, es conveniente señalar que a pesar de la alta probabilidad de que estos problemas y las modificaciones cerebrales estén presentes en niños con historia de abusos, privación y abandono no todos desarrollan este tipo de problemas (Cicchetti y Toth, 2005; McCrory, et al. 2010; Mehta., et al. 2009; Teicher, et al. 2004).

3. Factores que afectan a la institucionalización.

Existen diversos factores que inciden en el impacto del internamiento de niños, niñas y adolescentes, lo cuales han sido mencionados ampliamente en la literatura existente. Se expondrán los más importantes.

En cuanto a las *características de las instituciones*, algunos estudios revelan que al comparar niños ingresados en *instituciones residenciales de gran tamaño* y niños que crecen en cuidado familiar muestran claras diferencias en las interacciones y su capacidad para establecer relaciones (Browne, 2009; Johnson, et al. 2006; UNICEF, 2010). En países de CEE/CIS hay evidencias que demuestran que en instituciones residenciales de gran tamaño hay más niños que egresan con discapacidad que los que ingresan en ellas, lo que sugiere que este tipo de atención es perjudicial (Browne, 2009 en *EveryChild*, 2011c).

Por su parte, las directrices para el cuidado alternativo de niños son inequívocas al señalar la existencia de una forma de atención residencial particularmente perjudicial. Recalcan que las alternativas de atención deben ser desarrolladas, allí donde aún se mantienen instituciones residenciales de gran tamaño (*General Assembly of the United Nations*, 2010). Aunque las Directrices no describen con exactitud lo que constituye “una instalación a gran escala”, sí sugieren que el cuidado colectivo de más de 12 niños debe ser considerado como “cuidado a gran escala”. Agregan que no es sólo el tamaño lo que debe tomarse en cuenta, sino también la baja calidad de la atención y la pérdida de la individualidad. Las grandes instituciones hacen que sea muy difícil para los niños recibir atención individualizada tan necesaria para establecer vínculos. Este tipo de cuidado también puede estar asociado con otros problemas, tales como la propagación de enfermedades y el aislamiento de las comunidades con las posteriores consecuencias para el desarrollo de la identidad de los jóvenes. El énfasis en las Directrices sobre el desarrollo de otras alternativas en vez de las grandes instalaciones residenciales se basa en el conjunto de pruebas sobre los efectos nocivos de la atención residencial (*EveryChild*, 2011c). Aunque en algunos niños mejoran notablemente después de haber abandonado la atención residencial a gran escala y formar parte de una familia amorosa, algunos efectos son de larga duración o irreversibles (Johnson et al., 2006).

Por otra parte, existen evidencias relacionadas con las **características de los cuidadores**: interacciones disfuncionales con el niño o adolescente, maltrato, abandono e indiferencia ante las demandas del niño, comunicación deficiente, etiquetamientos, inestabilidad en su trabajo producto de la alta rotación, atención no individualizada, poca estimulación, entre otras (Ainsworth et al., 1963; Bakermans-Kranenburg, et al., 2011; Feeney y Noller, 2001; Garbarino, 1986; Gaudin, 1993; Lyons, Bronfman y Parsons, 1999; Tarullo y Gunnar, 2005; Tizard, 1979; Tizard y Hodges, 1977; Tizard y Rees, 1974; Vorria, et al., 2003).

Ahora bien, también existen estudios que revelan datos importantes relacionados con la **edad de ingreso a la institución**. Por ejemplo, Rutter, Kreppner y Connor (2001) encontraron una asociación significativa entre los problemas identificados y la edad, siendo la tasa de problemas más alta en aquellos jóvenes que permanecieron más tiempo en la institución y egresaron mayores. Investigaciones más actuales (Zeynep, et al., 2007) también señalan que las edades más tempranas para el primer ingreso se asociaron con puntuaciones más altas en los problemas reportados por los profesores.

Recientemente se encontraron resultados similares a los estudios ERA (Rutter, 1998; Rutter et al., 2007; Rutter y Sonuga-Barke, 2010) y BEIP (Zeanah et al., 2003), donde los problemas de atención y trastornos externalizados fueron los problemas de conducta más frecuentes. En ellos se concluía, además, que las tasas de problemas de comportamiento aumentan con la **edad para el momento de adopción**, de tal manera que los niños adoptados a los 18 meses o más tuvieron tasas más altas que los niños no institucionalizados más jóvenes. Igualmente, se encontró en el estudio de Merz y McCall (2010) que hubo una fuerte asociación entre la edad de la adopción y los problemas de comportamiento durante la adolescencia que a edades más tempranas. Resultados similares se obtuvieron en el estudio de Hawk y McCall (2010) que ubica el período de mayores problemas de comportamiento cuando la adopción ocurre entre los 6-18 meses de edad, quienes además de los problemas encontrados en el estudio señalado anteriormente, hallaron problemas internalizados.

Ciertos problemas que presentan los niños institucionalizados pueden aumentar y agravarse en **los años siguientes** a su adopción, incluida la internalización y externalización de problemas de comportamiento, problemas en las relaciones sociales y con sus pares (problemas de regulación de emociones, ira, agresividad), déficit de atención/hiperactividad, amabilidad indiscriminada y problemas de apego. Los problemas más graves de los niños institucionalizados

se presentan sobre todo en el área social-emocional (*St. Petersburg-USA Orphanage Research Team*, 2008).

Postura similar a los estudios que plantean que una vez institucionalizados, los niños pueden resultar con grandes compromisos en su desarrollo físico, social y emocional (Kumsta et al., 2010; *Save the Children*, 2009). A largo plazo, los niños son más propensos a crecer con menor nivel educativo, presentan problemas académicos, bajos niveles de alfabetización, pocas habilidades sociales, tienen dificultades para reintegrarse a la comunidad, y pueden mostrar dificultades para adaptarse a la vida independiente como adultos. Peor aún, los niños en las instituciones parecen ser mucho más vulnerables a la explotación y violencia. Por otra parte, en muchos países las condiciones de las instituciones de atención son insuficientes, les falta higiene, hay hacinamiento y un número insuficiente de personal capacitado para atender a los niños.

La **duración de la institucionalización** es otro factor importante. Diversos estudios han indicado que los niños y adolescentes que han pasado un período más largo de tiempo viviendo en las instituciones muestran mayor gravedad en las conductas problemáticas (*EveryChild*, 2011c; Fisher, Ames, Chisholm y Savoie, 1997; *General Assembly of the United Nations*, 2010; Goncalvez, 2012; Rutter, 1972; Rutter y Sonuga-Barke, 2010; Zeanah et al., 2009). Por su parte, el estudio realizado por Goncalves (2012) analizó cómo interfiere la institucionalización en la intensidad de depresión manifestada por los niños, además del impacto causado por la duración del acogimiento y las razones de su institucionalización en la sintomatología depresiva. El estudio reporta niveles más altos de sintomatología depresiva en los auto-informes de niños institucionalizados comparados con el grupo control. Igualmente, se encontraron diferencias de género en la Escala Problemas Interpersonales. La duración de la institucionalización se correlacionó significativamente con la intensidad de la depresión.

También es necesario recordar que la visión que describe a la atención residencial como una herramienta de “**último recurso**” puede ser en sí misma dañina en relación a la calidad de la atención que se ofrece. Porque, esta terminología puede estigmatizar a los niños que reciben cuidado residencial, disminuir la motivación del personal, evitar inversiones futuras, y llevar implícita la connotación de que sólo los niños con más problemas terminan en atención residencial (Boddy, Statham, McQuail, Petrie y Own, 2009; *EveryChild*, 2011c;

Hannon, Wood y Bazalgette, 2010 y Meintjes, Moses, Lizette y Mampane, 2007).

Se ha observado hasta aquí que la institucionalización se asocia con retrasos en el desarrollo, trastornos en los dominios físicos, cognitivos y sociales, así como alteraciones en el funcionamiento neuronal y su fisiología. Dichos problemas tienen carácter persistente y pueden agudizarse, incluso, después de la adopción. Sin embargo, estos retrasos son heterogéneos y probablemente están relacionados con la variabilidad de los entornos institucionales de cada país (Sheridan, et al. 2010).

4. A modo de valoración.

Hasta aquí, la revisión sobre los posibles efectos de la institucionalización de NNA. Lo cierto es que la investigación se ha desarrollado desde la consideración de que la institucionalización de NNA tiene consecuencias negativas o resulta problemática a nivel psicológico. La mayor parte de los estudios consisten en comparaciones entre NNA en situación de institucionalización, e incluso postinstitucionalización, y niños controles, con el objeto de detectar aquellos problemas que caracterizan a los primeros. Una vez identificados, los autores suelen atribuir dichas diferencias a la institucionalización, y consideran que los problemas psicológicos detectados son efectos o consecuencias. El hecho de que gran cantidad de los estudios sean de naturaleza transversal hace que dicha atribución sea criticable, por cuanto no hay evidencia suficiente que permita establecer una relación causal entre la institucionalización y el estado psicológico o psicopatológico de los menores. Obviamente, esta consideración no sería aplicable a los estudios de tipo longitudinal, mucho más escasos.

En todo caso, atribuir las diferencias entre NNA institucionalizados respecto a aquellos que no lo están, a las condiciones vitales y experiencias vividas en los centros, no parece una interpretación excesivamente abusiva. En la medida que numerosos estudios transversales encuentran resultados similares, y que los escasos estudios longitudinales van en esa dirección, puede considerarse que esta interpretación es cuando menos plausible. De todas formas, es necesario

no perder de vista la realidad de la investigación en este campo, sus dificultades prácticas y problemas metodológicos.

Al margen de lo anterior, hemos comprobado que el incremento de la investigación en las ciencias neurobiológicas, sociales y del comportamiento ha generado un mayor entendimiento de la importancia de las experiencias vividas durante la niñez en el desarrollo psicológico y cerebral, y del papel fundamental de las relaciones tempranas en el desarrollo saludable del ser humano. La atención de mala calidad, carencia de estimulación e interacción con los adultos parece que pueden dañar el cerebro en desarrollo de los NNA en atención residencial y, según algunos autores, conducir a problemas del desarrollo físico, del lenguaje y la inteligencia.

Las consecuencias pueden ser tan graves en etapas tempranas que se recomienda que los niños menores de tres años sean cuidados sólo en la medida de acogimiento temporal. A pesar de ello, aún existen países donde la institucionalización de los lactantes y niños pequeños es frecuente.

Sin embargo, detrás de muchos casos de abandono subyacen historias familiares que en su momento carecieron de apoyo o asesoramiento, asimismo, la falta de intervenciones oportunas favoreció el internamiento de los niños. Lo que es peor, en algunos casos la institucionalización es alentada por el personal. Aunque, existen grandes diferencias entre países, en líneas generales, es preocupante la gran proporción de NNA que ingresan o egresan de las instituciones sin que esto sea por su interés superior (*EveryChild*, 2011c; UNICEF, 2010).

En todo caso, la revisión que se ha presentado en este capítulo muestra la gran variedad de estudios que se han realizado, que van desde estudios longitudinales hasta transversales, desde estudios comparativos internacionales a pequeñas investigaciones locales, desde meta-análisis a revisiones sistemáticas. La acumulación de estudios brinda una visión cada día más clara de la naturaleza y magnitud del problema de la institucionalización de NNA a nivel mundial. La evidencia sugiere que la institucionalización puede conducir a secuelas determinantes en el desarrollo de los NNA. Tiene efectos no sólo en su socialización y en la construcción de su identidad sino también en diversos dominios de su funcionamiento y desarrollo. Estar bajo el cuidado de una institución suele implicar además, un etiquetamiento del NNA que tiene repercusiones en su trayectoria vital.

Un principio rector observado en los diversos estudios expuestos que analizan los efectos de la experiencia adversa temprana es que el grado de recuperación puede variar mucho entre los NNA institucionalizados e incluso entre los dominios de funcionamiento en un mismo niño. Dependiendo de las circunstancias específicas, el curso del desarrollo de los déficits en los niños institucionalizados y post-institucionalizados es probable que sean el resultado de una compleja combinación de factores que generalmente, producen déficits más graves en situaciones en los que estos factores coocurren. Además, no se deben olvidar los factores de riesgo preexistentes tales como los prenatales. Por lo que, explicar esta heterogeneidad de las consecuencias de la institucionalización de NNA sigue siendo una tarea compleja.

A través de la revisión realizada, se puede apreciar que, a pesar de que los efectos de la privación institucional se han estudiado por casi 70 años, aún quedan muchas interrogantes con respecto la naturaleza y severidad de estos déficits, así como también sobre las vías por las que la institucionalización impacta en el desarrollo del niño. También cabe decir que, la evidencia actual tiene mucho en común con estudios previos y sus conclusiones en cuanto a los efectos de la institucionalización de NNA son casi reiterativas con el transcurrir de los años sobre la gravedad de los mismos. Si bien la información alcanzada por todas estas investigaciones es sumamente importante, estos hallazgos son relevantes no sólo para la implementación de políticas de salud pública y para la práctica clínica, sino también porque ofrecen una visión única donde convergen diversos campos científicos: la neurociencia, la genética, la psicología del desarrollo, la psicología clínica, entre otras. No obstante, sólo con la implicación de las diversas ciencias se ayudarán a esclarecer las diferentes interrogantes sobre el tema.

CAPÍTULO IV

MODELOS DE LOS EFECTOS DE LA INSTITUCIONALIZACION EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES

1. Introducción.

El desarrollo humano es un proceso sumamente complejo, porque está influido por una amplia gama de interacciones biológicas, sociales y ambientales. Es por ello que, tratar este tema supone entrar en contacto con diferentes enfoques teóricos que obligan a considerar aspectos muy diversos, así como las aportaciones de distintas disciplinas que, desde su perspectiva, pueden facilitar la comprensión e interpretación del comportamiento del ser humano. El objetivo de este capítulo es revisar los modelos que analizan los efectos de la privación temprana través de diversos mecanismos subyacentes. Naturalmente, el capítulo se centrará en teorías y mecanismos que se proponen para explicar los efectos de la institucionalización temprana de NNA.

Los estudios recientes del comportamiento fetal, neonatal, infantil y las técnicas de neuroimagen han permitido una investigación más detallada sobre la variedad de factores que pueden estar influyendo en el desarrollo del ser humano desde edades tempranas. Estos avances han aportado nuevas maneras de desentrañar la compleja interacción entre los efectos que las experiencias adversas tempranas pueden ocasionar para la vida futura. Particularmente, en cómo estas experiencias adversas tempranas podrían afectar diversos dominios del funcionamiento: fisiológico, psicológico y social.

El presente capítulo pretende analizar la forma como se ha pretendido dar respuesta a los efectos psicológicos que experimenta el NNA institucionalizado,

asumiendo la variedad e interrelación de todos los factores en los que está inmerso. Guiados por este objetivo se exploran entonces, algunos de los modelos teóricos existentes que cumplieran con la premisa básica de abarcar, en la medida de lo posible, su relación multicausal y su dimensión biopsicosocial.

No obstante, hay que señalar que son muy pocos los modelos propuestos específicamente para dar cuenta del desarrollo de problemas psicológicos y psicopatológicos por parte de NNA institucionalizados. En realidad, la mayor parte de los modelos que se aplican en este campo hacen referencia a los factores que, vinculados a la separación del niño de su familia o a experiencias traumáticas que incluyen la institucionalización, pueden estar influyendo en el desarrollo psicológico del menor. En su mayor parte, aunque son modelos que subyacen a la investigación sobre los efectos y consecuencias de la institucionalización, no son específicos de este tipo de experiencia.

En este capítulo se tratara de exponer de forma sucinta los diferentes modelos o aproximaciones desde las que se aborda la explicación y por tanto la investigación sobre los efectos y consecuencias de la institucionalización de los menores de edad.

2. Modelos explicativos Neurobiológicos.

Fox, Calkins y Bell (1994) afirman que existen tres modelos del desarrollo humano para investigar los efectos de los diferentes eventos ambientales adversos, basados fundamentalmente, en dos dominios diferentes. Por una parte el papel de la maduración, y por la otra el papel de la experiencia en el desarrollo del cerebro y su organización. Los modelos propuestos por los autores mencionados son: el *modelo del daño cerebral*, el *modelo del medio ambiente* y el *modelo transaccional*.

En lo que respecta al *modelo del daño cerebral* los autores establecen que cuando los eventos ambientales producen cambios o daños en la estructura del cerebro, este daño se mantiene y las funciones subyacentes de la estructura dañada no se pueden recuperar. Una variedad de daños intrauterinos, perinatales y postnatales -como infecciones, falta de oxígeno, exposición al alcohol o drogas- pueden alterar la migración de neuronas y la expresión del potencial

genético en edades tempranas. En contraste, señalan que el *modelo del medio ambiente* postula que el cerebro es infinitamente plástico. En la mayoría de las ocasiones el medio ambiente altera el input (entrada de información), y, de alguna manera, también la organización neuronal. Cuando los diferentes estímulos son detectados, se producen cambios neuronales y es cuando el aprendizaje tiene lugar. Por último, estos autores confirman que *el modelo transaccional* plantea el desarrollo y organización de la actividad cerebral como un proceso de transacción entre (a) programas genéticos encargados de la formación de estructuras y conexiones entre ellas y (b) la influencia del medio ambiente, originándose una retroalimentación constante entre el medio ambiente y los genes y entre genes y medio ambiente (Fox et al., 1994).

Estos autores agregan que, el modelo transaccional considera múltiples vías en las que el input del medio ambiente afecta a la organización del cerebro. Conjuntamente, resaltan el rol fundamental de la plasticidad neuronal para comprender la relación entre biología y experiencia, cuando se trata de analizar patrones de comportamiento complejos, destacando que de dicha interacción depende el desarrollo evolutivo. Sobre esta base adoptan el modelo transaccional para explicar el papel de la experiencia en el funcionamiento cognitivo y socio-emocional durante la infancia, además indican que sus hallazgos sugieren que el comportamiento es importante para reconocer las consecuencias no adaptativas o estrategias de afrontamiento “disregulativas” que pueden, con el tiempo desarrollarse (Fox et al., 1994).

Gran parte de las investigaciones realizadas sobre la institucionalización desde una perspectiva biológica se enmarcan fundamentalmente en el más básico *modelo del daño cerebral*, sin duda el más cercano al modelo orgánico tradicional de la psicopatología infantil y juvenil (Fernández Parra, 1997). Sin embargo, algunos de los modelos neurobiológicos más interesantes son los que se basan en lo que Fox et al. (1994) denominaron *modelo del medio ambiente* y *modelo transaccional*. Este es el caso de los dos modelos que siguen a continuación.

2.1. Modelos psicobiológicos.

Desde perspectivas neurocientíficas se ofrecen otros enfoques integradores para la evaluación de las experiencias tempranas y los resultados posteriores (Cicchetti y Curtis, 2006; Gunnar, 2003; Pollak, 2005). Desde la psicobiología se

ha mostrado interés por los cambios neuronales que acompañan a los distintos tipos de experiencias ambientales, incluyendo tanto los aspectos fisiológicos como los efectos de los cambios en la conducta materna (Meaney, 2001; McCrory, et al., 2010). Un ejemplo de estudio sobre la biología de los efectos en la experiencia temprana es el desarrollado por Greenough y sus colegas (Greenough, Black y Wallace, 1987), con su teoría de los procesos de la experiencia-expectante y la experiencia-dependiente, junto con un constructo híbrido surgido recientemente, que es la programación de la experiencia-adaptativa. Todos estos procesos los analizaremos más detalladamente a continuación.

Desde esta perspectiva se considera que el sistema nervioso es la base de las cogniciones, emociones y el comportamiento (Poch, 2001), *“la neurobiología lo estudia desde el punto de vista de su maduración, es decir, de su estructura como órgano, proceso que lleva inherente cambios anatómicos, la genética y la capacidad de integrar funciones por parte de dichas estructuras, gracias al aprendizaje”*. En la etapa infantil prevalece la influencia de la estructura recibida, sin embargo, rápidamente el sistema nervioso cambia debido a la intervención del aprendizaje: *el cerebro es un procesador de información “in vivo” que se transforma y se remodela a partir de los programas genéticos y de las aferencias experienciales* (Poch, 2001). Existen tres elementos necesarios para ello: la maduración del sistema nervioso, las habilidades o aptitudes del niño y su relación con el ambiente (Johnson, 1997).

Las alteraciones relacionadas con el cuidado materno que se producen en edades tempranas han sido asociadas a una serie de cambios neurobiológicos en los hijos, como el número de receptores de neurotransmisores, factores neurotróficos, hormonas y modificaciones en ciertos aspectos del desarrollo del hipocampo, que se consideran implicados en el desarrollo normal del cerebro. Estas consecuencias se han asociado con la separación de la figura materna, el incremento de la ansiedad, la hipervigilancia y el deterioro cognitivo leve (Champagne et al., 2008; Liu, Diorio, Day, Francis y Meaney, 2000; McCrory, et al., 2010).

2.2. Modelos de plasticidad cerebral.

El desarrollo cerebral se produce a la par que el desarrollo físico, conductual y emocional (Giménez-Pando, Pérez-Arjona, Dujovny y Díaz, 2007

en Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011). Antes de nacer empiezan a formarse las células neuronales y dendritas de las neuronas corticales. Durante el primer año, “*las prolongaciones de cada neurona se desarrollan para establecer las conexiones neuronales definitivas*”. Es así que, las neuronas logran diferenciarse entre sí hasta que llega el momento de su migración y donde realizan sus propias conexiones. Las funciones de las neuronas, así como, la sinapsis dependen de las experiencias individuales, a su vez, éstas influyen en el funcionamiento genético.

Los autores que trabajan desde esta perspectiva, consideran que continuamente se está llevando a cabo modificaciones en la organización y maduración neuronal, funciones que se van debilitando con la especialización de las células (Poch, 2001). Todos los seres vivos tienen esta característica en común, para favorecer su adaptación antes situaciones que pueden dar lugar a modificaciones genéticas, que pueden ser tanto negativas como positivas para el sistema nervioso. Ahora bien, existen diversos mecanismos de neuroplasticidad, entre los que se pueden contar: la regeneración de axones, la formación de nuevas sinapsis, modificaciones moleculares, entre otros (Poch, 2001).

El ambiente contribuye sustancialmente en todo este proceso, independientemente de la influencia genética. (Mesa-Gresa y Moya-Albiol, 2011). La plasticidad se refiere entonces, a las modificaciones neuronales que potencian aspectos como: el aprendizaje, la adicción a las drogas; así como también los ocasionados por diversas lesiones, desnutrición y situaciones de estrés en etapas tempranas del desarrollo del niño.

Estudios recientes indican que algunas situaciones pueden tener efectos graves en la estructura y desarrollo funcional del cerebro, además, hay que tomar en cuenta de que muchas funciones del cerebro no se desarrollan simultáneamente (Tierney y Nelson, 2009). La estructura básica del cerebro se establece principalmente durante el período prenatal y la primera infancia. Por ejemplo, las sensaciones y la percepción se desarrollan primero, sin embargo, la memoria, la toma de decisiones, y la emoción continúan desarrollándose en la etapa infantil. Adicionalmente, estos procesos están fuertemente influidos por las experiencias (Tierney y Nelson, 2009).

Igualmente, desde este tipo de modelos se destaca la influencia que tiene el medio ambiente durante ciertos períodos sensibles en el desarrollo del cerebro. Aparentemente, durante el proceso de proliferación y especialización de las neuronas, los factores epigenéticos (experiencias, nutrición, tóxicos...) podrían

influir en la configuración estructural del sistema nervioso. A estos períodos se les denomina, periodos críticos del desarrollo (Poch, 2001).

Este período de tiempo se concibe como “crítico” “*si la presencia o ausencia de experiencia se traducen en cambios irreversibles*” (Greenough, et al. 1987). Es decir, durante este período los patrones de actividad el cerebro son particularmente sensibles a las experiencias. En las edades tempranas el cerebro es mucho más sensible a las experiencias y la plasticidad existente durante estas edades sugiere que aunque el cerebro es particularmente sensible a las experiencias que se producen, el período sensible también depende de las experiencias individuales y de la estimulación que reciba del medio ambiente. La carencia extrema de estimulación puede determinar la aparición de menos vías neuronales disponibles para el aprendizaje. De esta forma, niños genéticamente normales pueden presentar déficits intelectuales permanentes (Greenough, et al., 1987). Se considera así que la carencia de experiencias de buena calidad tiene efectos perjudiciales en el funcionamiento del cerebro y una vez que el niño es mayor de 2 años, estos efectos tienden a agudizarse. En consecuencia, se defiende desde esta perspectiva que la experiencia ejerce una profunda influencia sobre el cerebro y, por tanto, también en el comportamiento (Fox, et al. 2010; Knudsen, 2004; Tierney y Nelson, 2009).

Caben resaltarse también los cambios en el comportamiento social que se relacionan con diversas alteraciones biológicas. Algunos estudios proponen que el estado de ánimo de la madre durante el embarazo y las experiencias tempranas de maltrato se asocian a alteraciones epigenéticas, que podrían desempeñar un papel en la reactividad al estrés en edades tardías (McGowan et al., 2009; Oberlander et al., 2008). Además, trabajos recientes sobre la plasticidad fenotípica - capacidad de las células para cambiar su comportamiento en respuesta a señales ambientales internas o externas- resaltan el papel del ambiente y sugieren que estas modificaciones epigenéticas que suceden a largo plazo, pueden explicarse por la influencia de factores externos e internos que además parece que tienen un efecto acumulativo y podrían intervenir en el desarrollo de diversas enfermedades, trastornos mentales y trastornos del comportamiento (Feinberg, 2007; Fraga et al., 2005; Mill et al., 2008; Rosa et al., 2008).

Los modelos de plasticidad, por tanto, ponen un especial énfasis en las influencias tempranas que se pueden producir en el desarrollo cerebral, y sus posibles efectos perjudiciales a nivel psicológico. Como todos los modelos

biológicos parten de la suposición que los problemas psicológicos no sólo tienen una base cerebral sino que se construyen sobre alteraciones cerebrales o del SNC. En este caso, se considera que las propias experiencias tempranas adversas o de mala calidad, donde se incluiría la institucionalización, pueden ser responsables de alteraciones cerebrales y repercutir indirectamente en la psicología y psicopatología del NNA.

2.3. Modelos de plasticidad sináptica y experiencia.

El estudio de la plasticidad neuronal tiene importantes implicaciones para el desarrollo psicológico (Black, Jones, Nelson y Greenough, 1998; García, 2009). Desde el punto de vista de la psicología, la plasticidad es la capacidad del cerebro para modificarse y reorganizarse en respuesta a los cambios en el input proveniente tanto de fuentes internas como de fuerzas externas. Los estudios actuales sobre el desarrollo cerebral analizan constructos relacionados con la plasticidad como son: la *experiencia-expectante* y la *experiencia-dependiente* (Black y Greenough, 1986; Black, et al., 1998).

El modelo de la plasticidad de la *experiencia-expectante* del desarrollo plantea que el cerebro usa las entradas provenientes del exterior para cambiar su estructura y para que el desarrollo normal pueda darse no sólo requiere de calidad en la estimulación sino también que ésta sea dentro de un período de tiempo específico (Greenough., et al. 1987). Los procesos de la experiencia expectante se producen durante los períodos en que el cerebro está preparado para recibir la información del medio ambiente, correspondiendo, aproximadamente, con períodos críticos del desarrollo. Asimismo, la experiencia expectante concede especial importancia tanto al valor de la supervivencia que sería “común” para los individuos como a las diferencias individuales ya que éstas no se consideran porque su tesis es que todos los individuos se verían igualmente afectados por las experiencias adversas. Por tanto, los procesos de la experiencia-expectante tienen que ver con los diversos cambios causados por las características del entorno que son comunes a todos los miembros de la especie, por ejemplo, la luz (Greenough., et al. 1987). Por otra parte, la experiencia anormal o la privación durante la experiencia-expectante pueden ejercer efectos nocivos perdurables en el comportamiento (Black y Greenough, 1986; Black, et al., 1998).

En contraste con la experiencia-expectante, los procesos de la *experiencia-dependiente*, postulan que algunas particularidades relacionadas con la

plasticidad del cerebro no necesitan de la experiencia para desarrollarse, pero, sí pueden ser alteradas por ésta (García, 2009). Modificaciones en el medio pueden generar cambios en la plasticidad del cerebro, este proceso es producto de la experiencia-dependiente. Desde esta perspectiva el aprendizaje es un ejemplo de este tipo de plasticidad (Greenough y Black, 1997). En consecuencia, la experiencia-dependiente potencia los procesos de adaptación individual, especialmente la plasticidad y las diferencias individuales (Black y Greenough, 1986; Black, et al. 1998). Pero los procesos de la experiencia-dependiente, en lugar de resaltar las experiencias individuales en un momento determinado, implican secuencias de dependencia, donde el dominio de una habilidad depende de haber aprendido con anterioridad otras habilidades. Es decir, se sustentan en que los procesos de la experiencia-dependiente no tienen lugar dentro de un intervalo temporal específico porque el momento o la naturaleza de la experiencia en que el individuo se involucra o elige no pueden ser previstos, por tanto, la plasticidad ocurre a lo largo de la vida (Cicchetti, 2002). Por tanto, los procesos de la experiencia-dependiente, son vistos como la adaptación producto de la plasticidad. Esta experiencia permite al cerebro responder con flexibilidad a los cambios imprevistos. Igualmente, indican que la existencia de la plasticidad demuestra además que el desarrollo del cerebro no está dictado únicamente por las características genéticas (Black y Greenough, 1986; Black, et al., 1998). Desde que se considera que los procesos de la experiencia-dependiente pueden ocurrir a lo largo de la vida, los aportes han sido valiosos tanto para el tratamiento e intervención de sujetos con diversas patologías, así como para la psicoterapia (Black et al, 1998; Cicchetti, 1996). Además, hay una creciente evidencia de que una intervención exitosa no sólo modifica el comportamiento desadaptativo, sino también los correlatos celulares y fisiológicos de la conducta (Kandel, 1998).

Además de los constructos de la plasticidad de la experiencia-expectante y de la experiencia-dependiente, un tercer constructo ha surgido recientemente que combina elementos de ambos procesos y plantea otro mecanismo por el que la experiencia temprana puede tener efectos persistentes (Rutter, 2002). Específicamente, se trata de los modelos de la *experiencia-adaptativa* que proponen que las experiencias en un período de tiempo determinado tienen un efecto persistente en el desarrollo, que podría limitar la plasticidad en los períodos subsiguientes. Este modelo hace énfasis en las diferencias individuales, en el contexto de una variedad de condiciones ambientales. Concretamente, hace

hincapié en la adaptación del individuo a aspectos específicos del entorno temprano, pero haciendo menos énfasis en la plasticidad que el realizado por el modelo de la experiencia-dependiente. El modelo de la experiencia-adaptativa plantea que si el entorno cambia, el organismo puede ser incapaz de adaptarse a este cambio, ya que podría no estar bien preparado para afrontar los nuevos retos. Por ejemplo, si a un individuo que había experimentado desnutrición en el útero se le realizan grandes cambios nutricionales después del nacimiento (un gran aumento en la ingesta dietética), sus sistemas metabólicos pueden ser incapaces de adaptarse a este cambio y como resultado podría más bien aumentar la probabilidad de obtener resultados adversos para su salud, entre ellos la diabetes (Marshall y Kenney, 2009).

Cabe señalar que los tres postulados descritos anteriormente no son necesariamente excluyentes, y como tal sólo proporcionan una línea de trabajo para el análisis de los modelos de los efectos de las experiencias adversas en edades tempranas.

Llegados hasta aquí, es bueno considerar los aportes de Cicchetti y Tucker (1994) quienes expresan que la plasticidad neural puede ser posible durante toda la vida como resultado de la auto-organización adaptativa. Debido a que los mecanismos de la plasticidad pueden provocar la diferenciación anatómica del cerebro dependiendo de la estimulación del medio ambiente, actualmente está claro que la citoarquitectura de la corteza cerebral está formada por las aportaciones de su entorno social porque es altamente reactiva con el afrontamiento activo de la persona. Por tanto, el desarrollo de la corteza y la organización ya no debe ser visto como procesos pasivos que únicamente dependen de la genética y del medio ambiente, el desarrollo, psicológico y biológico, es más que la interacción naturaleza-crianza y debe concebirse como procesos de auto-organización guiados por mecanismos de autorregulación (Cicchetti y Tucker, 1994).

Pero, ¿qué tienen que ver estos procesos de plasticidad, específicamente, con la institucionalización?

Del trabajo con niños post-institucionalizados Rutter (2006b) concluye que los diferentes ámbitos del desarrollo pueden verse afectados por la experiencia temprana de forma muy diferente, posiblemente debido a la diversidad de procesos relacionados con la plasticidad.

Además, el estrés temprano, ya sea fisiológico o emocional, puede condicionar las redes neuronales de los jóvenes y producir efectos en su desarrollo posterior, posiblemente limitando la flexibilidad del niño para adaptarse a situaciones difíciles nuevas en las cuales necesite aplicar nuevas estrategias en lugar de implementar estrategias conceptuales y de comportamiento anteriores (Cicchetti, 2002). No obstante, opina la autora que los cambios en el entorno interno y externo pueden llevar a mejoras en la capacidad del individuo para lidiar con los desafíos del desarrollo, incluyendo experiencias de adversidad significativas.

Se ha señalado previamente que la experiencia-dependiente pone énfasis en la plasticidad, por lo tanto, algunos estudios predicen que aunque las experiencias tempranas afectan el desarrollo del niño durante un tiempo, los efectos pueden revertirse cuando se realizan cambios positivos y definitivos en el contexto. En consecuencia, la mejoría en las condiciones ambientales del niño después de experiencias adversas (por ejemplo, el acogimiento familiar, la adopción seguida de la institucionalización) está relacionado con un alto nivel de recuperación en diferentes dominios del funcionamiento (Clarke y Clarke, 1976; Clarke y Clarke, 2000). No obstante, los autores señalan que los diversos procesos (cognitivo, emocionales y sociales) pueden mostrar diferentes grados de vulnerabilidad ante las condiciones adversas, pero, aclaran que la experiencia social temprana por sí sola no va a predeterminar el futuro, más bien, la recuperación va a depender de las interacciones biosociales y transacciones existentes.

Por su parte, los modelos de la experiencia-expectante o la experiencia-adaptativa sugieren efectos más persistentes de la experiencia institucional temprana en el comportamiento futuro de los NNA institucionalizados. Concretamente, desde el modelo de la experiencia-adaptativa se puede considerar que los comportamientos que reflejan adaptación a ciertos aspectos del entorno institucional persistirán incluso después de que el niño ha cambiado su contexto de desarrollo, aunque dichas conductas ya no sean apropiadas para su circunstancia actual (Marshall y Kenney, 2009). Ello puede ser debido a que la forma alterada en que se ha desarrollado su cerebro es a menudo una respuesta adaptativa a su ambiente negativo, pero desadaptativa en otros ambientes porque su cerebro generalmente, estará hiper-alerta focalizándose en estrategias de supervivencia y por tanto, no desarrollará habilidades cognitivas y sociales saludables (Hart, Gunnar y Cicchetti, 1996).

2.4. Limitaciones de los modelos neurobiológicos.

Se pueden destacar algunas limitaciones de los modelos neurobiológicos para la explicación de los efectos psicológicos y psicopatológicos de la institucionalización, tanto desde la perspectiva del propio modelo y su lógica explicativa, como desde una perspectiva psicológica más general.

Entre las críticas a los modelos neurobiológicos se puede mencionar la forma cómo relacionan las alteraciones cerebrales y su interacción con las experiencias adversas en edades tempranas. Concretamente, la privación temprana no necesariamente causa un impacto directo en el HPA (Avishai-Eliner, Gilles, Eghbal-Ahmadi, Bar-El y Baram, 2001).

Por otra parte, Johnson (2000) señala que al analizar los factores de estrés se tiende a restar importancia al papel de la exposición que los niños institucionalizados tienen a los diversos agentes patógenos, así como a su mayor probabilidad de exposición a contaminantes ambientales. Esto es problemático dadas las altas tasas de infecciones encontradas (Maier y Watkins, 1998). En consecuencia, sería muy restrictivo centrarse sólo en el déficit de los cuidados y la falta de apego estable como las principales fuentes de estrés, sin considerar que el funcionamiento del sistema inmunológico está vinculado con el funcionamiento psicosocial. Muchos estudios han establecido vínculos entre las emociones y las enfermedades, demostrándose que la tensión constante influye sobre el sistema inmunológico y es la respuesta del cerebro a los estímulos del ambiente (Coe y Laudenslager, 2007).

En cualquier caso, una crítica más genérica se puede hacer desde una perspectiva psicológica a estos modelos de carácter neurobiológico es su simplismo explicativo, que comparten todos los modelos biológicos que se aplican en psicopatología. Como ha destacado Fernández Parra (1997), los modelos biológicos de la psicopatología infantil y juvenil presentan dos problemas importantes. El primero es que sólo consideran posibles mecanismos neurobiológicos de causación, para explicar los efectos psicológicos de la experiencia o el ambiente sobre el comportamiento. Así, desde esta perspectiva la psicopatología siempre tendrá como base y causa una patología cerebral. El segundo, y en gran medida consecuencia del anterior, es que no se consideran en la explicación de la psicopatología los mecanismos psicológicos y psicosociales, e ignoran todas las aportaciones que se hacen desde las ciencias del comportamiento.

3. Modelos explicativos psicológicos.

Marshall y Kenney (2009) argumentan que a mediados del siglo XX, los puntos de vista sobre los principales efectos de la experiencia psicosocial temprana se enmarcaban a través de paradigmas psicoanalíticos y conductistas. Según estos autores, uno de los principales planteamientos psicoanalíticos es que los problemas somáticos pueden estar determinados por el funcionamiento de la mente. Por otra parte, estos autores consideran que el modelo conductual basado en el conductismo se centraba principalmente, al menos en la primera mitad del siglo pasado, en los acontecimientos observables y no en lo que ocurre dentro de lo que otros modelos entienden por mente. Para Kagan (1998), ambas corrientes estaban caracterizadas por la idea de que los efectos de las primeras experiencias son de larga duración y además, difíciles de revertir. Si bien este punto de vista quizás puede ser aplicable al psicoanálisis, no lo es tanto respecto del modelo conductual, que siempre se ha caracterizado por una visión más optimista respecto a las posibilidades de cambio psicológico (Fernández Parra, 1997).

No obstante, en la década de los 70 hubo una tendencia hacia enfoques aparentemente menos deterministas. El cambio venía promovido por investigaciones que referían las recuperaciones de individuos expuestos a condiciones adversas en edades tempranas, una vez que las mismas habían sido mejoradas (Clarke y Clarke, 1976).

Sin embargo, entre los años 1980 y 1990 la investigación continuaba demostrando que algunos factores de riesgo psicosocial tempranos podrían influir para el desarrollo de psicopatología en un futuro, indicando que la experiencia temprana podía tener efectos persistentes (Cicchetti, 1987; Rutter, 1999). Luego, los estudios de este tipo continuaron afirmando que de no realizarse cambios en el contexto ambiental del niño, los procesos implicados en la plasticidad se manifestarán en déficits en su desarrollo y comportamiento. Por otra parte, también había que considerar que el desarrollo de los niños es diferente a pesar de que tienen experiencia adversas comunes, es esencial tener en cuenta que pueden ser propensos a funcionar de forma adaptativa en diversos entornos debido a los mecanismos resilientes (Cicchetti, 2002). En décadas más recientes, los estudios sobre los efectos de la institucionalización temprana están

básicamente encaminados en dos áreas del desarrollo evolutivo: el funcionamiento cognitivo y el enfoque social del comportamiento (Rutter, 2006).

En todo caso, en esa década surgieron puntos de vista más dialécticos que hicieron énfasis en los cambios continuos y la plasticidad de la conducta durante toda la vida. Los que han tenido repercusiones más importantes en la investigación sobre los efectos de la institucionalización fueron: *la teoría de Jean Piaget* o el *constructivismo*, que postula que el desarrollo se origina cuando las estructuras internas del individuo interactúan con la estimulación del medio y donde el niño construye activamente su conocimiento. Las funciones psicológicas innatas que permiten el conocimiento son: a) la adaptación del sujeto al entorno cambiante, que a su vez tiene que ver con los procesos de asimilación y acomodación; y b) la organización (se da a través de estructuras cognitivas o esquemas). También surge la *teoría de Vigotsky* cuya tesis central es que el desarrollo humano está estrechamente relacionado con la cultura y sociedad en la que se desenvuelve, los niños interiorizan la información de la cultura donde se desarrollan y se apropian de ella, por lo tanto, aprenden a través de las interacciones sociales (Papalia, Olds y Feldman, 2005). Por otra parte, la *teoría ecológica de los sistemas* que considera que el desarrollo del niño depende del conjunto de interacciones que establece con su ambiente: relaciones con la familia, relaciones en la escuela, la sociedad, etc. Pero, la base de este modelo son los componentes biológicos del niño en desarrollo (Bronfenbrenner, 1977).

En este contexto de propuestas teóricas sobre el desarrollo psicológico humano, surgen una serie de modelos que se han convertido en un referente obligatorio en el análisis de los efectos de la privación temprana, principalmente, debido a su naturaleza biopsicosocial: *el modelo Ecológico*, planteado por Bronfenbrenner (1979), y el modelo *Transaccional*, de Sameroff y colaboradores (1975, 1990, 2000).

3.1. El modelo ecológico de Bronfenbrenner.

En el *modelo ecológico de Bronfenbrenner* (1987), que subraya la importancia de la plasticidad del niño en desarrollo y de su medio ambiente, postula que el proceso de desarrollo y adaptación de las personas está íntimamente relacionado con los intercambios que realiza con los diferentes ecosistemas, los que describen cómo es la relación del individuo en los diferentes contextos que le rodean, a su vez, de qué manera esta interacción produce efectos

en su comportamiento, características personales, emocionales y cognitivas. Este proceso se realiza gradualmente, empezando por las áreas más próximas hasta las más distantes. En ausencia de situaciones vitales estresoras persiste un equilibrio dinámico. Sin embargo, cuando se producen cambios en los diferentes subsistemas surge inestabilidad. Las diadas que establece el niño a lo largo de su desarrollo, así como sus relaciones sociales favorecen o no la adquisición y modificación de comportamientos. Un aspecto a resaltar es que *el modelo ecológico de Bronfenbrenner* guarda su soporte en el desarrollo psicológico Torrico, Santín, Menéndez y López (2002) por lo que, generalmente ha sido utilizado por disciplinas psicológicas para explicar el comportamiento, especialmente, la psicología evolutiva. Este modelo describe los contextos y sistemas que afectan al proceso de socialización en cuatro niveles (Bronfenbrenner, 1987):

1. *El microsistema*: es el entorno más inmediato, involucra sus actividades comportamientos, roles y relaciones característicos de los contextos cotidianos que le rodean. Se refiere a los contextos donde interactúa cara a cara, por ejemplo, en la casa, el trabajo, la escuela, con sus amistades.
2. *El Mesosistema*: Según Bronfenbrenner (1979) “*son las interrelaciones de dos o más entornos en los que la persona en desarrollo participa activamente*” (por ejemplo, para un niño, las relaciones en el hogar, la escuela y su grupo de pares cercano).
3. *El Exosistema*: “*se refiere a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo*” (lugar de estudio, amigos de sus amigos, etc) Bronfenbrenner (1979).
4. *El Macrosistema*: tiene que ver con las interacciones existentes en los sistemas de menor orden (micro, meso y exo) que existen o pudieran darse en una cultura, junto con otros sistemas de creencias o ideologías.

En su momento, Belsky (1980) retomó el modelo original de Bronfenbrenner y lo aplicó al maltrato y negligencia infantil. En este modelo, Belsky propone los mismos sistemas que Bronfenbrenner, pero introduce algunos cambios:

1. *El ontosistema*: agrupa las particularidades del individuo, entre ellas: desarrollo evolutivo, su personalidad, afectividad, crianza, aptitudes, habilidades, talentos, actitudes, intereses, además de su disposición biológica y genética. Plantea la autora refiriéndose a los malos tratos en la población infantil que estas áreas se ven afectadas por la historia de malos tratos, desatención severa, rechazo emocional y la historia de inestabilidad o separación del vínculo familiar o personas más significativas.
2. *El microsistema*, se refiere al contexto familiar más inmediato. Por lo que, hace alusión a las relaciones y conflictos en este contexto, es decir, con los padres, entre hermanos.
3. *El exosistema* es la comunidad o el barrio donde vive la familia o el niño. Por lo que, se relaciona con las condiciones del lugar, el apoyo o ausencia de redes sociales, el acceso a salud y a la educación.
4. *El macrosistema*, son las interacciones que se establecen en todos los subsistemas anteriores.

Posteriormente, tras una modificación de la teoría original proponen una nueva concepción del desarrollo humano, la *teoría bio-ecológica* (Bronfenbrenner, 2005; Bronfenbrenner y Ceci, 1994). La tesis principal del modelo es que el desarrollo es fundamentalmente un proceso bio-psicosocial. Se sustenta no sólo en las características objetivas que experimenta la persona sino también en las subjetivas. Además, los autores Bronfenbrenner (2005), Bronfenbrenner y Ceci (1994) argumentan que, este proceso de interacción bio-psicosocial se va haciendo cada vez más complejo. En consecuencia, el desarrollo es un proceso paulatino que se relaciona con las características de las personas y del ambiente donde crece e interactúa. La transición de un sistema a otro se origina cuando hay cambios en el entorno, la persona o en ambos. Su foco teórico se sustenta en la temporalidad del proceso de relaciones persona-contexto. Es por ello que, el modelo es referido como un modelo Proceso-Persona-Contexto-Tiempo (PPCT), existe un cambio constante y dinámico de interconexión e interdependencia entre los diferentes sistemas (Bronfenbrenner, 2005; Bronfenbrenner y Ceci, 1994).

3.2. El modelo transaccional de Sameroff y Chandler.

Sameroff y Chandler hicieron cambios trascendentales con la aportación del *modelo transaccional*: la postura que plantean es que los daños a nivel biológico podían modificarse a consecuencias de factores ambientales, y que los déficits en el desarrollo evolutivo del niño podrían estar relacionados con causas sociales y ambientales. En el modelo transaccional, el desarrollo del niño no es una función estrictamente del niño, como tampoco de su experiencia, sino de la combinación entre ambas. Hay una interacción dinámica permanente entre el niño y su experiencia (Sameroff 1983, 1987, Sameroff y Chandler, 1975; Sameroff y Fiese, 1990).

Lo innovador de este modelo, en opinión de Sameroff y Fiese (2000), es que la evolución del niño no puede desligarse del ambiente donde se desarrolla, es decir, sin analizar los efectos del medio sobre el niño. Este modelo destaca la relación bidireccional entre los diversos sistemas dinámicos. Pese a todo, los creadores del modelo sostienen que ningún factor único en sí mismo es perjudicial o facilitador para el desarrollo de los niños. Más bien, el poder de un factor o de un conjunto de factores se encuentra en su acumulación a lo largo de la vida del niño.

Tal como Belsky retomó el modelo de Bronfenbrenner y lo aplicó al maltrato, Cicchetti y Rizley (1981) lo hicieron con el modelo transaccional. Su propuesta fundamental parte del concepto de factores de riesgo, según los autores existen factores potenciadores y factores compensatorios en la familia del niño, además de, la existencia de la diversidad etiológica que dificultan la diferenciación entre las causas y consecuencias de las situaciones de maltrato. Asimismo, resalta la necesidad de considerar aspectos genéticos, constitucionales, neurobiológicos, bioquímicos, psicológicos y sociológicos que interactúan entre sí para determinar la conducta del niño. Igualmente, destaca el carácter dinámico de las múltiples transacciones entre el cuidador y el niño y las contribuciones recíprocas a los hechos y consecuencias en el desarrollo del niño. Agregan que, consecuentemente, también se está produciendo una interacción continua entre el entorno y el niño que a su vez ejerce una influencia mutua (Cicchetti, 1987). Posteriormente y desde una perspectiva constructivista Cicchetti (2002) destaca que los niños maltratados construyen activamente al análisis de su realidad, tanto a nivel biológico como psicológico, basados al menos en parte, en el significado que estos niños atribuyen a sus experiencias de cuidado. El enfoque de los factores de riesgo será analizado con detenimiento más adelante.

Quizás sea necesario aclarar aquí que el planteamiento transaccional, basado en interacciones dinámicas entre el niño y la experiencia, es la base de las aportaciones de los distintos modelos conductuales al análisis del desarrollo psicológico humano (Fernández Parra, 1997), recogido especialmente en los trabajos de Bijou y Baer (1969) y Bijou (1982, 1990, 1993). Lamentablemente el desconocimiento de los modelos conductuales por parte de los especialistas en el tema que nos ocupa, ha llevado a ignorar las aportaciones del mismo y a su consideración como modelo “determinista”, tal y como se recogía con anterioridad.

3.3. Limitaciones de los modelos psicológicos.

A pesar de los enriquecedores trabajos descritos previamente, son poco los estudios sobre el desarrollo emocional, comportamental y la cognición social en niños institucionalizados o post-institucionalizados. Desde una perspectiva neurobiológica se ha criticado la ausencia de investigación sobre procesos neurobiológicos que se asocian con períodos sensibles para las funciones cognitivas superiores y los comportamientos sociales (Marshall y Kenney, 2009). Algunos autores consideran que para que se produzca un avance real en este ámbito es posible que se deba adoptar un enfoque integrador más dinámico, que verdaderamente abarque la colaboración entre disciplinas (Fox, et al. 1994; Marshall y Kenney, 2009; Ramey y Ramey, 1998; Tierney y Nelson, 2009).

Desde un punto de vista más psicológico, quizás sea necesario criticar el carácter excesivamente teórico de los modelos explicativos que se han propuesto en el ámbito de la institucionalización de NNA, o más concretamente de los efectos de las experiencias adversas tempranas en el desarrollo infantil.

4. Aproximación epidemiológica.

Como se ha ido exponiendo a lo largo de las páginas previas, la institucionalización en sus diferentes variantes puede ser vista como un factor que altera el desarrollo infantil, en muchas ocasiones perjudicándolo, pero también protegiendo al menor. En la actual psicopatología de niños y adolescentes es frecuente en los últimos tiempos prescindir de marcos o modelos

teóricos tradicionales, para optar por los términos propios de la epidemiología a la hora de analizar y explicar el desarrollo de los trastornos psicológicos. Así, se considera de forma genérica que el desarrollo normal del niño puede verse afectado negativamente por una serie de variables (factores de riesgo), mientras que otras pueden estar protegiendo al menor (factores de protección). El abordaje de los problemas de NNA sometidos a institucionalización puede ser abordado así, desde un planteamiento más ecléctico y, en cierto modo, integrador, que permite una aproximación *psicologicista* al problema, pero no niega la inclusión de factores biológicos y sociales. En todo caso, se trata de una aproximación descriptiva, en la que la propuesta de procesos o mecanismos de acción suele estar ausente.

4.1. Conceptos básicos.

El concepto de riesgo está estrechamente relacionado con elementos que permiten detectarlo, ya que el riesgo no siempre es directamente aprehensible, ello lleva a tomar en consideración los factores e indicadores de riesgo social (Rodríguez, Camacho, Rodrigo, Martín y Maiquez, 2006). El riesgo se refiere a la existencia de situaciones contextuales o personales de naturaleza negativa que incrementan la probabilidad de que las personas desarrollen problemas emocionales, conductuales o de salud (Bernard, 1995). Así, los factores de riesgo son aquellas características individuales o ambientales que aumentan la probabilidad de la aparición, mantenimiento o aumento de la conducta (Ezpeleta, 2005; Montserrat, Casas y Bertrán, 2010).

Antes de conocer el concepto de *factor de riesgo* suele hacerse algunas especificaciones (Luengo, Romero, Gómez-Fraguela, Guerra y Lence, 2002). En primer lugar, afirmar que el concepto de factor de riesgo es “probabilístico”, no determinista. El hecho de que un individuo esté expuesto a factores de riesgo no implica que *necesariamente* vaya a desarrollar conductas problemáticas. Sólo es indicativo de que, al compararlo con otro individuo que no está expuesto a esos factores, el primero tendrá una mayor probabilidad de llegar a implicarse en comportamientos problemáticos. Es decir, el término factor de riesgo es un concepto correlacional. Por otra parte, los factores de riesgo son elementos predictores, no son elementos “causales”, es decir, no implican una causa directa y lineal (Luengo et al., 2002). Así mismo, es imprescindible tener en cuenta que, actualmente, se considera que ningún factor de riesgo por sí solo permite predecir

de forma adecuada una conducta problema. Más bien, la inclinación es a admitir que estos factores actúan de forma interrelacionada, es decir, las distintas variables interactúan, se modulan, articulan y se influyen entre sí. Por lo tanto, no son entidades que actúan aisladamente determinando unívocamente unas conductas sino que al interrelacionarse, predicen tendencias generales de formas de actuar (Luengo et al., 2002).

En ocasiones, los factores de riesgo son interdependientes, proximales o distales, susceptibles o no de ser modificados y/o controlados (Ezpeleta, 2005; Silva, 2004; Yoshikawa, 1994). Por ejemplo, los factores de riesgo con una ocurrencia próxima en el tiempo pueden tener una incidencia directa sobre el desarrollo de problemas conductuales. Asimismo, los factores de riesgo que operan de modo distante en el tiempo pueden echar a andar mecanismos que exponen a las personas a otros factores de riesgo que tienen una acción más directa.

Otro elemento a destacar, relacionado con la mayor vulnerabilidad del individuo a presentar una problemática cualquiera es el efecto acumulativo e interactivo de los factores de riesgos (Ezpeleta, 2005; Silva, 2004; Yoshikawa, 1994). A la que se atribuye un efecto potencializador tanto de los mismos factores como de la vulnerabilidad. Al parecer, cuanto mayor es el número de factores de riesgo presentes en un sujeto, mayor es la probabilidad de exhibir conductas inadecuadas y dependiendo de su intensidad y frecuencia podrían incluso terminar recibiendo la denominación de “alto riesgo”.

La exposición a uno o varios factores de riesgo psicosocial, familiar, contextual, individual contribuyen de manera diferente a la manifestación de conductas antisociales y delictivas (Sanabria y Uribe, 2010).

Por otra parte, la externalización de problemas de conducta puede considerarse también como “conducta o comportamiento de riesgo” ya que en un futuro, conductas externalizadas como el consumo de drogas, el abandono escolar o la violencia y delincuencia, disminuyen las posibilidades de tener un desarrollo adecuado (Hein y Barrientos, 2004). Estos problemas provocan desajustes adaptativos que dificultarían el desarrollo esperado, en cuanto a su transición de niño a adulto responsable, capaz de contribuir y participar activamente en la sociedad (Hein, 2004; Rutter, Giller y Hagell, 1998).

Por otra parte, los *factores de protección* son aquellos que modifican, aminoran o alteran la respuesta de una persona ante ciertos peligros ambientales

que predisponen a una consecuencia desadaptativa (Rutter, 1985). Según la Organización Mundial de la Salud (2004) se refieren a las condiciones que favorecen la resistencia de las personas ante la aparición de factores de riesgo y trastornos. Están asociados con las aptitudes, las actitudes y las creencias individuales.

Peña (2005), considera que estos factores de protección son características individuales que inhiben o reducen la probabilidad de ocurrencia y mantenimiento de las conductas problemáticas. Son aquellos que potencian el desarrollo evolutivo del niño o adolescente y que su presencia reducen las probabilidades de que aparezca una situación de maltrato (Montserrat, et al., 2010).

4.2. Factores de riesgo individuales.

Hasta hace poco tiempo se consideraba que los modelos psicosociales y biológicos no sólo eran mutuamente excluyentes sino que, además, competían entre ellos. No obstante, actualmente se suele considerar que todo comportamiento humano es, en mayor o menor grado, producto de la interacción entre determinadas experiencias vitales o variables psicosociales y un conglomerado de *predisposiciones biológicas-genéticas* como: anomalías bioquímicas, estructurales y funcionales (Kumsta et al., 2010; Peña, 2005). Los factores de riesgo individuales se refieren a aquellos factores del sujeto a nivel biológico, de interacción, de desarrollo y características de personalidad (Silva, 2004).

El *temperamento* está incluido entre los factores biológicos¹. Los niños con temperamento “difícil” exhiben conductas no sólo de mayor intensidad sino negativas y fluctuantes, además presentan dificultades para adaptarse a los cambios en su rutina o cambios medioambientales. Estos comportamientos parecen predisponer al niño al desarrollo ulterior de conductas problemáticas, al ocurrir en un contexto interactivo de padres o cuidadores (Baum, 1989; McMahon y Forehand, 1988; Patterson, 1982; Silva, 2004).

¹ No obstante, el temperamento difícil suele inferirse no de variables biológicas sino del propio comportamiento del niño. Así, aunque se suele explicar en términos biológicos, en realidad lo que se suele hacer es predecir comportamiento en función del comportamiento (difícil).

Igualmente, se incluyen aquí los *factores biológicos evolutivos* como las diferencias asociadas tanto al género como a la edad. La aparición temprana de ciertos comportamientos que aunque son propios del desarrollo evolutivo, poco a poco se desvían del curso habitual por su frecuencia, intensidad o duración y que aún con cualidad subclínica, son señales de “alerta” del desarrollo de conductas problemáticas en un futuro, especialmente si ocurren en múltiples contextos y persisten más tiempo de lo normal (Silva, 2004).

Por otra parte, están los *factores psicológicos* que hacen referencia, básicamente, a una serie de variables y características de personalidad, a determinados problemas de conducta y/o psicopatológicos, así como a la influencia diferencial de los estilos de afrontamiento y/o actitudes personales. Entre ellos están: déficit de atención e hiperactividad -TDAH-, ansiedad, depresión, consumo de sustancias, impulsividad, toma de riesgos o búsqueda de sensaciones, actitud favorable hacia la agresividad y la violencia, entre otros (Peña, 2005). Algunos autores también incluyen, el bajo nivel intelectual como un factor de riesgo individual (Rutter, et al., 1998).

4.3. Factores de Riesgo relacionados con la socialización.

Las variables sociales más inmediatas o propias del entorno específico de relación interpersonal del niño, niña o adolescente, pueden llegar a ser factores de riesgo, en la medida en que pueden modular su conducta, bien sea, a través de la imitación u observación de un modelo “inadecuado”, o a través de obstáculos que impidan una socialización adecuada. La manifestación de conductas disfuncionales posiblemente será producto de una interacción entre las características intrínsecas de la persona y las influencias de diversos grupos sociales (Peña, 2005). La teoría del aprendizaje social de Bandura (1969, 1977), hace grandes aportes a los factores de riesgo relacionados con la socialización ya que plantea que el proceso de socialización es una adquisición de conductas y valores que está determinado, fundamentalmente, por un conjunto de relaciones sociales en las que el individuo está inmerso (Peña, 2005).

Se incluyen en este apartado los *factores de riesgo familiares* porque es la familia el primer contexto de socialización, ya que trasmite valores e instaura las primeras normas de comportamiento, influyendo en gran medida en la conducta futura (Peña, 2005). Las experiencias familiares tempranas determinan comportamientos en la adultez. Los factores de riesgo familiares están agrupados

en varias dimensiones de: contexto, parentales y de pareja. Entre estos factores se encuentran (Hein, 2004; Luengo et al., 2002; Peña, 2005; Silva, 2004; Vásquez, 2003): criminalidad, maltrato infantil, prácticas disciplinarias inadecuadas, carencias afectivas, presencia de psicopatología en los padres, relaciones conflictivas, carencia de redes de apoyo, ingresos insuficientes, abuso de alcohol y drogas, separación o muerte de los padres y de las relaciones paterno-filiales, inexistencia de un grupo familiar de referencia, número de integrantes, problemas de comunicación, ausencia de normas y límites, problemas en la gestión de reglas, sistema de valores inculcado por los padres, ausencia de un adulto responsable en la crianza de niños/as y adolescentes, bajo nivel educativo, entre otros.

Otros factores de riesgo producto de los agentes sociales son los *factores de riesgo escolar* como son (Luengo et al., 2002; Silva, 2004): el fracaso académico, el apego escolar, ausencias frecuentes, deserción escolar, aspiraciones, carencia de apoyo familiar en la continuidad de estudios, etc.

Y, por último, dentro de los factores de socialización está la *relación con el grupo de iguales* (Luengo et al., 2002; Peña, 2005; Silva, 2004): hermanos, amigos y compañeros delincuentes, rechazo de los pares, aislamiento, relaciones conflictivas, pertenencia a bandas, entre otras. El grupo de amigos adquiere importancia en el desarrollo psicosocial, porque ofrece a los niños, niñas y adolescentes un sentido de pertenencia, un soporte emocional y normas de comportamiento (Borduin y Schaeffer, 1998).

4.4. Factores de riesgo ambientales y/o contextuales.

Existen determinadas condiciones sociales y comunitarias, aspectos ecológicos y ambientales que tendrían también influencia en la manifestación de comportamientos inadecuados (UNDP, 2011; Vásquez, 2003). Por lo tanto, factores de riesgo en esta dimensión serían las precarias condiciones socio-económicas y de habitabilidad como (Luengo et al., 2002; Peña, 2005): problemas de vivienda, hacinamiento, aspectos relativos al barrio como disponibilidad a drogas, facilidad para el acceso a armas y desorganización social, los medios de comunicación, las diferencias entre zonas, el desempleo, la pobreza y una situación social desfavorecida, así como las propias variaciones étnicas, son claros factores de riesgo de cara a cometer comportamientos desadaptados y antisociales.

4.5. Factores protectores individuales.

La gran mayoría de factores individuales de protección son idénticos a las características de salud mental positiva, tales como la autoestima, fortaleza emocional, pensamiento positivo, destrezas sociales y de resolución de problemas, habilidades para el manejo del estrés y sentimientos de control. Además, la OMS (2004) incluye también el género femenino, alta inteligencia, habilidades sociales, locus de control interno o temperamento resistente.

Entre los factores protectores individuales también encontramos la *resiliencia* (Niño-Familia-Contexto), que se refiere a las características del propio niño/a, de su familia o entorno que pueden ayudarlo a superar satisfactoriamente situaciones de riesgo o de maltrato, reduciendo o minimizando los efectos que estas pueden suponer para su desarrollo integral (Forés y Jordi, 2008; Montserrat, et al., 2010). Dicho de otro modo, es la capacidad de afrontar las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido e incluso transformado (Grotberg, 1995).

Desde el punto de vista de Rutter (1992), la resiliencia es un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida “sana” en un medio que no lo es. Estos procesos se logran con el tiempo, en los cuales los atributos del niño combinados con un ambiente familiar, social y cultural adecuado, promueven su desarrollo. Así la resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen o que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que más bien se trata de un proceso que caracteriza un sistema social y en un momento dado que está sustentado en la interacción existente entre la persona y el entorno. Por lo tanto, no proviene exclusivamente del entorno ni es algo exclusivamente innato.

Los factores que parecen facilitar la resiliencia incluyen según Pinheiro (2006a): mayores niveles de cuidado de los padres durante la niñez, fuertes relaciones paterno-filiales, amistades sanas, una relación cálida y de apoyo con los progenitores, no consumir alcohol ni drogas y menores niveles de estrés en el hogar.

Se ha observado que hay NNA que, pese a que conviven con una gran cantidad de factores de riesgo, son capaces de sobrellevarlos logrando una relativa resistencia a las experiencias de riesgo ambiental, o bien superando el estrés o adversidad (Rutter, 2006). Sin embargo, la resiliencia no implica total

inmunidad al estrés o al sufrimiento que causan las condiciones adversas, las personas resilientes no son invulnerables (Fraser, Randolph y Bennett, 2000).

Retomando los factores protectores, Gómez, Luengo, Romero, Villar y Sobral (2006) destacaron que ciertas estrategias de afrontamiento (estilo de afrontamiento productivo: esforzarse y concentrarse en resolver los problemas, valoración positiva) parecen actuar como factores de protección. Jessor (1991, 1992) indica que factores protectores igualmente importantes son: la afiliación positiva con la escuela, incluyendo la simpatía con los maestros, la religión y la asistencia a la iglesia, participación en asociaciones escolares o de voluntariado.

4.6. Los vínculos sociales como factores protectores.

Los vínculos sociales son también factores protectores (Howell, 1997; Vásquez, 2003). Se incluye aquí la afectividad (como interacción sana, íntima y estable), patrones de crianza estables, familia poco numerosa, amplia red de apoyo social y emocional, ambientes institucionales con autonomía y cohesión, apego positivo y lazos afectivos tempranos, interacciones interpersonales cálidas y positivas, el respaldo social o las buenas relaciones familiares, escolares, con los pares, laborales, etc.

4.7. Creencias saludables y modelos de comportamiento sólidos.

El aprendizaje de normas y valores sólidos, el compromiso con valores morales y sociales o buenos modelos de referencia, se constituyen en factores de protección para el individuo (Howell, 1997; Vásquez, 2003).

Existe una clasificación interesante, que guarda mucha relación con la propuesta por Jessor (1991, 1992). Burak (2001) afirma que existen dos tipos de factores protectores: *de amplio espectro* y *específicos*. Dentro de los *factores de amplio espectro*, incluye: familia contenedora, con una comunicación abierta y saludable; proyecto de vida elaborado y fuertemente internalizado; alta autoestima; locus de control interno bien establecido; sentido de la vida elaborado; permanecer en el sistema educativo formal y un alto nivel de resiliencia. Como *factores protectores específicos*: todos aquellos que involucren la protección de la salud y la integridad física (Páramo, 2011).

4.8. Comentario final.

En resumen, es importante identificar los factores de riesgo y protección en tanto éstos permiten predecir resultados negativos o positivos en el proceso de desarrollo del niño/a. El desarrollo de los individuos no se da de forma aislada, ya que viven y se relacionan con una compleja red de sistemas interconectados: la escuela, la familia, los grupos de pares y otras instituciones o situaciones que influyen de forma directa o indirecta en el desarrollo de las personas. En consecuencia, son procesos interactivos cuyas características de los sistemas son concluyentes. Los factores de riesgo y de protección no son más que los extremos de un continuo donde, una misma variable puede actuar bajo diferentes circunstancias, tanto en calidad de factor de riesgo como de protector (Rutter, 1990). Así, por ejemplo, el rasgo impulsividad puede ser un factor de riesgo para conductas problemáticas cuando tiene un valor elevado en los individuos, mientras que sería un factor de protección cuando su intensidad es baja (Peña, 2005). No son eventos discretos ni tienen características estáticas y pueden actuar de modo proximal o distal. Su importancia dentro del sistema de causas también es variable porque la relevancia de un factor de riesgo puede cambiar de un grupo a otro y de un individuo a otro.

Para concluir este apartado se puede entender que, generalmente, es el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo, la falta de factores de protección y la interacción de situaciones de riesgo y protección, lo que predispone a los individuos a cambiar de una condición mentalmente saludable a una mayor vulnerabilidad, pasar luego a un problema mental y finalmente a un trastorno mental con todas las características. Además, los factores genéricos de riesgo y protección son aquellos que son comunes a varios problemas y trastornos de salud mental. Por ejemplo, la pobreza y el abuso de menores son comunes en la depresión, la ansiedad y el abuso de sustancias. Y pueden tener su mayor impacto en la salud mental durante períodos sensitivos a lo largo de la vida e incluso pueden tener impacto a través de generaciones (OMS, 2004; Rutter, 2008).

Aunque esta aproximación no es explícitamente específica de los efectos de la institucionalización de los NNA, sí es el marco de referencia desde el que gran parte de la investigación se lleva a cabo, sobre todo cuando se trata de aquella que se realiza y financia por organismos internacionales y estatales.

CAPÍTULO V

ESTUDIO EMPÍRICO

1. Introducción.

Como se ha expuesto en la introducción de esta tesis doctoral, la institucionalización de niños, niñas y adolescentes continúa siendo la opción más frecuente para los menores que se encuentran en situación de desamparo o riesgo que pasan a la tutela del estado, en muchos países de Latinoamérica, incluida Venezuela. Los estudios realizados en otros países, fundamentalmente anglosajones, parecen desaconsejar este tipo de medidas, ya que asocian la institucionalización de NNA, sobre todo en centros sobredimensionados, con todo tipo de efectos perniciosos sobre el desarrollo psicológico y estado psicopatológico de los menores. La investigación ha demostrado que los menores sometidos a este tipo de institucionalización presentan mayor número o nivel de problemas, tanto de carácter internalizado como externalizados, así como pueden presentar problemas neurobiológicos asociados.

A pesar de todo, son muy escasos los estudios que se han realizado en el contexto latinoamericano sobre los posibles efectos de la institucionalización de NNA separados de sus familias y en tutela del estado. Concretamente, no se cuenta con estudios psicológicos o psicopatológicos adecuados que hayan pretendido valorar esta situación en la mayor parte de los países, y más concretamente en Venezuela. Así, no se conoce la repercusión real de estas medidas de tutela entre menores venezolanos, que viven en instituciones regidas por la actual legislación y situación del país. Esta es la realidad en la que se enmarca el estudio empírico planteado en la presente tesis doctoral.

2. Objetivos e Hipótesis.

El **objetivo general** de esta tesis fue analizar los problemas externalizados e internalizados de preadolescentes y adolescentes venezolanos institucionalizados, en términos de lo que se denomina actualmente acogimiento residencial. Se pretendía con ello determinar si existen diferencias psicológicas y psicopatológicas entre niños, niñas y adolescentes venezolanos institucionalizados y no institucionalizados, que viven con sus familias en situaciones de normalidad (sin riesgos o situaciones problemáticas detectas). Se pretendía con ello determinar si existen diferencias psicológicas y psicopatológicas entre niños, niñas y adolescentes venezolanos institucionalizados y no institucionalizados, que viven con sus familias en situaciones de normalidad (sin riesgos o situaciones problemáticas detectas).

Para ello se formularon una serie de **objetivos específicos** que se recogen a continuación.

- (1) Identificar las competencias psicosociales y académicas de una muestra de niños, niñas y adolescentes institucionalizados, en comparación con una muestra control no institucionalizada.
- (2) Comparar ambos grupos respecto a los problemas de comportamiento externalizado e internalizado y los índices clínicos multidimensionales, tanto auto-informados como los informados por sus padres y/o cuidadores.
 - a. en función del grupo de pertenencia (institucionalizados o control);
 - b. en relación al sexo de los participantes;
 - c. en función del nivel escolar;
 - d. considerando la interacción entre el grupo de pertenencia y el sexo;
 - e. considerando la interacción entre el grupo al que pertenecen y el nivel escolar en el que se encuentran escolarizados;
 - f. considerando la interacción entre el grupo de pertenencia, el sexo de los participantes y el nivel escolar.

- (3) Comparar la información aportada por padres, profesores y cuidadores sobre el comportamiento problemático y comportamiento disruptivo de los preadolescentes y adolescentes institucionalizados y los jóvenes que viven con sus familias, con la finalidad, como en el caso anterior, de identificar esas diferencias:
 - a. en función del grupo de pertenencia (institucionalizados o control);
 - b. en relación al sexo de los participantes;
 - c. en función del nivel escolar;
 - d. considerando la interacción entre el grupo de pertenencia y el sexo;
 - e. considerando la interacción entre el grupo al que pertenecen y el nivel escolar en el que se encuentran escolarizados;
 - f. considerando la interacción entre el grupo de pertenencia, el sexo de los participantes y el nivel escolar.
- (4) Establecer si existen diferencias entre los problemas psicológicos (estado depresivo, ansiedad e ira) reportados en los autoinformes de jóvenes institucionalizados al compararlos con la muestra control que convive con sus padres, con el objeto de identificar esas diferencias:
 - a. en función del grupo de pertenencia (institucionalizados o control);
 - b. en relación al sexo de los participantes;
 - c. en función del nivel escolar;
 - d. considerando la interacción entre el grupo de pertenencia y el sexo;
 - e. considerando la interacción entre el grupo al que pertenecen y el nivel escolar en el que se encuentran escolarizados;
 - f. considerando la interacción entre el grupo de pertenencia, el sexo de los participantes y el nivel escolar.
- (5) Analizar la relación entre la información aportada por diferentes informante en instrumentos de evaluación que tienen versiones que se aplican tanto a unos como a otros. Concretamente, comparar la información obtenida por:
 - a. padres y/o cuidadores con la auto-informada por los adolescentes (instrumentos ASEBA);
 - b. padres/cuidadores con la aportada por los profesores (SDQ).

Para lograr estos objetivos se aspira responder a las siguientes **interrogantes**:

- (1) ¿Cuáles son las competencias psicosociales y académicas de los niños, niñas y adolescentes de la muestra?
- (2) ¿Cuáles son los problemas de comportamiento externalizado e internalizado auto-informados, así como los informados por padres y/o cuidadores?
 - a. ¿Cuáles son los problemas de comportamiento reportados en función del grupo de pertenencia?
 - b. ¿Cuáles son los problemas de comportamiento en la muestra total en relación al sexo de los participantes?
 - c. ¿Cuáles son los problemas de comportamiento en la muestra total en función del nivel escolar?
 - d. ¿Existen efectos de interacción entre el grupo y el sexo?
 - e. ¿Hay efectos de interacción entre el grupo y nivel escolar?
 - f. ¿Existen efectos de interacción entre el grupo, sexo y nivel escolar?
 - g. ¿Cuáles son los índices clínicos en los problemas reportados en función del grupo de pertenencia?
 - h. ¿Cuáles son los índices clínicos en la muestra total en relación al sexo de los participantes?
 - i. ¿Cuáles son los índices clínicos en la muestra total en función del nivel escolar?
 - j. ¿Existen efectos de interacción entre el grupo y el sexo en los índices clínicos?
 - k. ¿Hay efectos de interacción entre el grupo y nivel escolar en los índices clínicos?
 - l. ¿Existen efectos de interacción entre el grupo, sexo y nivel escolar en los índices clínicos?
- (3) ¿Hay diferencias entre los problemas de comportamiento y problemas de conducta disruptiva o perturbadora informados por padres, cuidadores y profesores?

- a. ¿Hay diferencias en los problemas en función del grupo de pertenencia?
 - b. ¿Existen diferencias en la muestra total en relación al sexo de los participantes?
 - c. ¿Hay diferencias en la muestra total en función del nivel escolar?
 - d. ¿Existen efectos de interacción entre el grupo y el sexo?
 - e. ¿Hay efectos de interacción entre el grupo y nivel escolar?
 - f. ¿Existen efectos de interacción entre el grupo, sexo y nivel escolar?
- (4) ¿Existen diferencias en los problemas de psicológicos (estado de ánimo ansiedad, ira) reportados en los autoinformes?
- a. ¿Hay diferencias en los problemas psicológicos en función del grupo de pertenencia?
 - b. ¿Existen diferencias en la muestra total en relación al sexo de los participantes?
 - c. ¿Hay diferencias en la muestra total en función del nivel escolar?
 - d. ¿Existen efectos de interacción entre el grupo y el sexo?
 - e. ¿Hay efectos de interacción entre el grupo y nivel escolar?
 - f. ¿Existen efectos de interacción entre el grupo, sexo y nivel escolar?
- (5) ¿Hay relación entre la información aportada por padres y/o cuidadores con la auto-informada por los jóvenes?
- (6) ¿Hay relación entre la información aportada por padres y/o cuidadores con la aportada por los profesores?

Las **hipótesis** de nuestro trabajo quedan formuladas de la siguiente manera:

Hipótesis 1: los adolescentes institucionalizados tendrán mayor déficit en las competencias psicosociales y académicas que los miembros de la muestra control no institucionalizada.

Hipótesis 2: los menores institucionalizados presentaran más problemas de comportamiento externalizado e internalizado, o puntuaciones en índices clínicos, auto-informados o reportados por sus padres y/o

cuidadores en instrumentos del sistema ASEBA, que los no institucionalizados.

Hipótesis 3: los padres, profesores y cuidadores informarán de mayor nivel de problemas de comportamiento no disruptivo o perturbador en los niños, niñas y adolescentes institucionalizados que en los jóvenes que conviven con sus familias.

Hipótesis 4: los padres, profesores y cuidadores informarán de mayor nivel de problemas de conducta disruptiva o perturbadora en los niños, niñas y adolescentes institucionalizados que en los jóvenes que conviven con sus familias.

Hipótesis 5: los jóvenes institucionalizados reportaran niveles más altos de problemas psicológicos autoinformados que la muestra control que vive con sus padres.

Hipótesis 6: existirá acuerdo entre cuidadores/padres y niños, institucionalizados o que viven con sus familias, en la información aportada en instrumentos que son comparables.

Hipótesis 7: existirá acuerdo entre cuidadores/padres y profesores de los niños, institucionalizados o que viven con sus familias, en la información aportada en instrumentos que son comparables.

3. Método.

3.1. Participantes.

La muestra inicial de esta investigación estuvo constituida por 409 adolescentes y preadolescentes entre los 11 y 16 años (edad: $M = 12,52$; $DT = 1,42$) venezolanos, del Distrito Federal Caracas y del Estado Miranda, específicamente de Baruta, Guarenas y Guatire pertenecientes a colegios tanto públicos como privados o subsidiados. De los cuales 250 eran mujeres y 159 varones. Un total de 117 eran menores institucionalizados en centros de protección de menores, mientras que otros 292 estaban escolarizados en centros educativos de la comunidad, y eran adolescentes y preadolescentes que vivían con sus familias.

Los criterios generales de inclusión fueron: (1) tener entre 11 y 16 años de edad y (2) estar escolarizados entre los cursos Tercero de enseñanza primaria y Noveno de bachillerato, ambos inclusive.

Los niños incluidos en la muestra de adolescentes institucionalizados procedían de situaciones de orfandad, habían sido niños de la calle o había sido retirada su custodia a sus padres o familias. Las instituciones pertenecían a asociaciones civiles sin fines de lucro (2 instituciones) y entidades de protección del estado (3 instituciones) que albergan a menores en situación de vulnerabilidad pero sin que ello implique la existencia de problemas legales. De las entidades que colaboraron en este estudio, 3 eran de naturaleza religiosa y 2 de ellas no tenían adscripción confesional. Dos de ellas atendían sólo a población femenina, una sólo a población masculina y las dos restantes eran mixtas. Las cinco instituciones trabajaban con menores entre los 7 y 18 años de edad.

La muestra normalizada estaba conformada por adolescentes de 4 colegios de la comunidad. Todos ellos eran colegios de educación normalizada, de los cuales 1 era privado y 3 subsidiados. Dos de los centros eran de naturaleza religiosa.

Una vez realizada la evaluación de los menores, se obtuvieron los resultados completos de 111 menores institucionalizados, teniéndose que prescindir de los otros 6 por diversos problemas producidos durante el proceso de evaluación. A partir de las características de este grupo se seleccionaron al azar otros 111 adolescentes para constituir el grupo control, igualados en niveles de edad y sexo con los participantes del grupo Institucionalizado. Así la muestra final quedó constituida por 222 participantes con una media de 13,3 años de edad ($DT = 1,24$), 124 mujeres y 98 varones, asignados a dos grupos: los menores Institucionalizados ($N = 111$) y el grupo Control ($N = 111$).

3.2. Instrumentos.

Se utilizaron en total ocho instrumentos estandarizados, dos de los cuales forman parte del Sistema de Evaluación de Base Empírica ASEBA de Achenbach (1991). Tres instrumentos eran de tipo multidimensional. Dos recababan la información a través de padres o cuidadores, otros dos de los profesores, y el resto eran de tipo autoinforme. Además, se utilizó un breve *Cuestionario Sociodemográfico* con el fin de conocer variables tales como sexo,

edad y nivel educativo de los participantes. Los instrumentos estandarizados utilizados se describen a continuación.

3.2.1. Cuestionarios para padres, cuidadores y profesores.

Cuestionario sobre el Comportamiento de Niños(as) de 6-18 años (*Child Behavior Check-List*, CBCL; Achenbach, 2001). Este instrumento consta de dos partes. La primera parte, con siete apartados, incluye preguntas que evalúan la adaptación social y el rendimiento académico del niño. La segunda parte tiene 120 ítems en escala tipo likert donde: 0 (No es verdad), 1 (Algo verdad) y 2 (Muy cierto). La valoración de esta segunda parte permite realizar un perfil del comportamiento del niño, a través de 8 escalas de “*banda estrecha*”: aislamiento, síntomas somáticos, ansiedad/ depresión, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de ruptura de normas y conducta agresiva. Hay otras dos escalas de “*banda ancha*”, correspondientes a los síndromes internalizados (ansiedad/ depresión, aislamiento y síntomas somáticos) y a los síndromes externalizados (conducta de ruptura de normas y conducta agresiva), así como una puntuación total del cuestionario que incluye otros ítems no considerados en ninguna de las escalas anteriores. Esta segunda parte también puede ser valorada a través de escalas clínicas orientadas al DSM, que incluyen problemas: afectivos, de ansiedad, somáticos, de atención/hiperactividad, oposicionista/desafiante, de conducta, obsesivo compulsivo, de estrés posttraumático. También incluyen una escala de cualidades positivas. Esta valoración es alternativa a la clásica.

La fiabilidad test-retest de esta escala, con un intervalo de una semana, es de 0,99 para la parte de adaptación social y rendimiento académico, y de 0,95 para la parte del listado de conductas. La consistencia interna de la escala ha quedado demostrada en varias ocasiones (Achenbach y Edelbrock, 1983; Caprara, 1986; Caprara y Pastorelli, 1989, 1993; Roa, 2000).

Adicionalmente, al tratarse de una de las escalas más cuidadosamente validadas, es preferentemente utilizada como instrumento de *screening* en el ámbito de la psicopatología infantil (Luoma et al., 2004). Este instrumento ha sido utilizado en numerosos estudios (Fernández-Domingo y Fernández Parra, 2004; Kerr, López, Olson y Sameroff, 2004; Verdugo y Fernández Parra, 2004; Warnick, Bracken, Kasl, 2008). Algunos de estos estudios son: transculturales (Ivanova et al., 2007; Rescorla, et al., 2007; Roessner et al. 2007); de

comparación con escalas análogas de otros instrumentos (Achenbach et al., 2008; Hudziak, Copeland, Stanger y Wadsworth, 2004); con población vulnerable (Armsden, et al. 2000; Reijneveld et al., 2009; Santiago, Wadsworth y Stump, 2009). Finalmente, algo que resulta importante para este estudio, la CBCL ha sido aplicada con niños venezolanos con edades entre 5 y 12 años (Montiel, Montiel y Peña, 2007).

Cuestionario de Capacidades y Dificultades (*The Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ; Goodman, 1997), en sus versiones para **Padres** y **Profesores**. El SDQ es un cuestionario breve que puede ser administrado a los padres y maestros de niños de 4 a 17 años. Los 25 items del cuestionario comprenden 5 escalas, a saber: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con los compañeros, y la conducta prosocial de niños/as y adolescentes, con 5 reactivos cada una. Igualmente, existe una parte complementaria que indaga sobre el efecto o el impacto, si el informante considera que el niño tiene un problema en estas áreas y, de ser así, se le pregunta acerca de cuán angustiante le resulta, también acerca de su cronicidad, sobre el sufrimiento que originan, su interferencia con la rutina diaria y sobre el deterioro social que causan. Las opciones de respuesta van desde "Un tanto cierto" que se puntúa siempre como 1, a "No es cierto" y "Absolutamente cierto" cuyas puntuaciones varían según el reactivo. La puntuación para cada una de las subescalas se obtiene sumando las puntuaciones de los cinco reactivos que componen cada una, generando así una puntuación que va de 0 a 10. La puntuación total de dificultades se obtiene sumando las cuatro escalas que se refieren a los problemas, es decir, se excluye la escala prosocial y su puntuación va desde 0 a 40. Los rangos de puntuación de las preguntas complementarias van de 0 a 10 en la versión para los padres y de 0 a 6 en la versión para los maestros (Goodman, 1997, 1999, Goodman, Meltzer y Bailey, 1998).

El SDQ se ha empleado como instrumento de cribado en diversas poblaciones tanto general como clínica y ha demostrado una excelente consistencia interna y la buena validez de criterio en los Estados Unidos, Latinoamérica y Europa (Bourdon, et al., 2005; Brown, Wissow, Zachary y Cook, 2007; Cury y Golfeto, 2003; Felitlich y Goodman, 2001; Garcia-Cortazar, Mazaira y Goodman, 2000; Goodman, Ford, Simmons, Gatward y Meltzer, 2000).

Aunque existe una versión autoinforme para jóvenes entre los 11-16 años de edad, en este trabajo sólo se utilizaron las versiones para padres y profesores.

Escala para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH; Farré y Narbona, 1998). Es una escala para ser administrada a maestros o profesores. Consta de 20 ítems que se valoran con una escala de tipo Likert de 4 grados puntuables en 0 (nada), 1 (poco), 2 (bastante) o 3 (mucho). Después de ser analizados estos reactivos se desglosan en una escala global y originalmente habían cuatro subescalas tipificadas: hiperactividad, déficit de atención, trastorno de conducta, déficit de atención e hiperactividad o síntomas de déficit de atención/hiperactividad asociado con el trastorno de conducta global. Sin embargo, Farré y Narbona posteriormente consideran conveniente el desarrollo de una nueva escala, manteniendo las cualidades de las subescalas anteriores, quedando 5 subescalas: Hiperactividad (H), Déficit de atención (DA), Trastornos de Conducta (TC), Hiperactividad con Déficit de Atención (H-DA) e Hiperactividad con Déficit de Atención y Trastorno de Conducta (H-DA-TC) (Muñoz, 2010; Poeta y Rosa, 2004). Los profesores responden de acuerdo a la frecuencia del comportamiento del niño, niña o adolescente en los últimos seis meses.

Según el informe técnico de los creadores de la escala, todas las subescalas tienen coeficientes de fiabilidad iguales o superiores a 0,90 (Farré y Narbona, 1998). De manera análoga los valores de la validez convergente de éstas subescalas con los criterios del DSM-IV ya que muestra puntuaciones superiores a 0,75 y el nivel de correlación (correlación de Pearson) de las puntuaciones conseguidas por las informaciones aportadas por profesores en la EDAH fue de 0,61 (Capdevila-Brophy, Navarro-Pastor, Artigas-Pallarés y Obiols-Llandrich, 2007).

3.2.2. Cuestionarios de autoinforme para adolescentes.

Auto-informe del Comportamiento de Jóvenes (*Youth Self-Report for Ages 11-18*, YSR; Achenbach y Rescorla, 2001). Este cuestionario fue construido con la finalidad de evaluar la psicopatología de niños y adolescentes entre 11 y 18 años. Se trata de obtener información sobre las competencias psicosociales y los problemas conductuales y emocionales de los jóvenes. Está compuesta por dos partes. La primera consta de 17 ítems que hacen referencia a las competencias

psicosociales, tales como las habilidades deportivas, sociales y académicas. La segunda parte está formada por 112 ítems, de los cuales 14 describen las conductas adaptativas o prosociales y 98 ítems que miden las conductas desadaptativas (en realidad son 105 ítems, en tanto que el ítem 56 se divide en 8 sub-ítems referentes a problemas físicos sin causas médicas conocidas). Los ítems están formulados en primera persona y se contestan en una escala tipo likert donde 0 (No es verdad), 1 (Algo verdad) y 2 (Muy cierto).

El YSR/11-18 ha sido ampliamente utilizado en la investigación psicopatológica por su utilidad para establecer una taxonomía cuantitativa que corresponde a las escalas de las conductas problema las cuales se agrupan en dos niveles. El primero está formado por los síndromes de “*banda estrecha*” (ansiedad-depresión, aislamiento, conducta agresiva, etc.). El segundo nivel denominado como “*banda amplia*” hace referencia a dos patrones de carácter psicopatológico: los problemas de comportamiento internalizado o que causan malestar psicológico al sujeto -síndrome internalizado- y los problemas de conducta externalizados (conductas que causan malestar en el entorno del sujeto). Achenbach (1991), concluyó que existían 8 “síndromes informados” de “banda estrecha” que eran iguales para ambos sexos: retraimiento, quejas somáticas, ansiedad/depresión (constituyen la banda ancha de la escala internalizada), comportamiento delictivo (de ruptura de normas), comportamiento agresivo (conforman la banda ancha de la escala externalizada), problemas sociales, problemas de pensamiento y problemas de atención. Como en el caso del DSM, la segunda parte también puede ser valorada a través de las escalas clínicas orientadas al DSM (problemas: afectivos, de ansiedad, somáticos, de atención/hiperactividad, oposicionista/desafiante, de conducta, obsesivo compulsivo, de estrés posttraumático). También incluye una escala de cualidades positivas.

La fiabilidad y validez del YSR ha sido ampliamente contrastada con escalas análogas de otros instrumentos (Abad, Forns, Amador y Martorell, 2000; Achenbach y Rescorla, 2001; Doyle, Mick y Biederman, 2007; Vreugdenhil, Wim van den Brink, Ferdinand, Wouters y Doreleijers, 2006;), usada en estudios transculturales (Ivanova, et al., 2007; Smokowski, Buchanan, Bacallao, 2009); estudios longitudinales (Alati et al., 2008; Smokowski y Bacallao, 2007; Smokowski, Rose y Bacallao 2009); en estudios genéticos y bioquímicos (Semiud et al., 2000); con información cruzada entre los informantes (Achenbach, Dumenci y Rescorla, 2002); en estudios multiculturales (Rescorla,

Achenbach, Almqvist, et al. (2007); en estudios en Latinoamérica (Cova, Maganto y Melipillán, 2005; Betancourt y Andrade, 2008; Valencia-García y Andrade-Palos, 2005); con psicopatologías específicas (Doyle et al., 2007; Nillni, et al., 2009; Zubeidat, Fernández, Sierra y Salinas, 2007); y con población vulnerable (Reijneveld et al., 2009; Santiago et al., 2009; Vreugdenhil et al. 2006).

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en niños(as) y adolescentes de 7-17 años (STAXI-NA; Del Barrio, Spielberger y Aluja, 2005). El cuestionario de Ira versión adaptada para niños y adolescentes procede de la adaptación del STAXI para adultos a población infantil española (Del Barrio, Spielberger y Aluja, 2005). Permite valorar los tres componentes de la ira: experiencia, expresión y control. Consta de 32 ítems con un formato de respuesta de tres opciones según la frecuencia de las conductas. Están distribuidos en tres partes diferenciadas: 1) ira estado (sentimiento, expresión verbal y expresión física); 2) ira rasgo (temperamento de ira y reacción de ira); y 3) afrontamiento (expresión interna, expresión externa, control externo y control interno). Además, proporciona un índice de expresión global de la ira.

Las propiedades psicométricas informadas por sus autores son adecuadas (Del Barrio, Aluja, y Spielberger, 2004; Del Barrio et al., 2005 en Carrasco, Holgado y Del Barrio, 2007). Los coeficientes de fiabilidad muestran un patrón de resultados entre 0,53 a 0,81 para las tres escalas principales (es decir, Ira Estado, Ira Rasgo y Expresión de la Ira), pero con las subescalas se obtiene un coeficiente superior a 0,60 de Cronbach, excepto en la escala expresión de la ira donde el coeficiente es 0,45. Algunos autores (Gambetti y Giusberti, 2009, Kerr y Schneider, 2008) informan de un Alfa de Cronbach en la escala de Ira Rasgo de 0,72 y para la Expresión de la Ira de 0,61. La confiabilidad Test-re-test durante un período de doce días osciló de 0,18 a 0,29. Por otra parte, señalan que el STAXI-NA obtuvo una buena validez de constructo y validez convergente (Gambetti y Giusberti, 2009, Kerr y Schneider, 2008).

Inventario de Depresión Infantil (*Children's Depression Inventory, CDI/7-17*; Kovacs, 1992). El CDI es el instrumento de autoinforme más usado para la evaluación de la depresión infantil en niños y adolescentes. Consta de 27 reactivos y evalúa tres factores: depresión, falta de entusiasmo y dificultades en

las relaciones interpersonales. Las puntuaciones totales diagnostican tres niveles de depresión: leve (7 a 13 puntos), moderada (14 a 19 puntos) y severa (>20 puntos). La normalidad se establece entre 0 a 6 puntos. Los reactivos tienen tres alternativas, que se puntúan en 0-1-2, en función del grado de depresión que indique la respuesta del niño: 0 indica normalidad, el 1 cierta intensidad de depresión y el 2 presencia de síntomas depresivos. Su aplicación puede ser tanto individual como colectiva, con una duración promedio de 10 a 15 minutos. El rango de sus puntuaciones oscila entre 0 y 54.

Las propiedades psicométricas de este instrumento han sido ampliamente demostradas. Por ejemplo, Kovacs (1992) hace una revisión de estudios que analizan la fiabilidad del CDI, tanto su consistencia interna, como la fiabilidad test-retest o la fiabilidad a dos mitades. En la mayoría de estudios encontró que los coeficientes alfa oscilaron entre 0,71 y 0,94, indicadores de una buena consistencia interna. La fiabilidad del CDI es aceptable fluctuando entre los 0,38 y 0,87 para la estabilidad temporal (en el periodo comprendido entre una semana y un año). Dado que el CDI mide un estado más que un rasgo, el intervalo de retest para evaluar la fiabilidad debe ser corto, aproximadamente, entre 2 y 4 semanas (Kovacs, 1992; Sitanerios y Kovacs, 1999). La fiabilidad de dos mitades se encuentra entre 0,57 y 0,84. La adaptación española del CDI (Del Barrio y Carrasco, 2004) muestra un alfa de Cronbach de 0,79, una fiabilidad test-retest de 0,38 y una fiabilidad de las dos mitades de 0,77 (Sanhis, 2008).

Así mismo, como punto de corte para el diagnóstico de depresión se establece la puntuación de 19 cuando se trata de datos recogidos de una muestra amplia, de características generales. Para los intereses clínicos, el punto de corte se sitúa en 12 o 13 (Buela-Casal, Carretero-Dios y Macarena, 2001; Carrasco, Holgado y Del Barrio, 2007; Del Barrio, Moreno y López, 1999; Galicia, Sánchez y Robles, 2009; Kovacs, 1992; Polaino y García Villamisar, 1993).

Escala de Ansiedad Manifiesta Revisada para Niños (*Revised Children's Manifest Anxiety Scale*, CMAS-R; Reynolds y Richmond, 1985). El CMAS-R es subtitulada *Lo que pienso y siento*. Es una escala de autoinforme diseñada para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes entre los 6 y 19 años. Las opciones de respuesta se presentan en un formato dicotómico sí/no, donde el "sí" indica que el reactivo describe a los jóvenes. Para obtener las puntuaciones individuales de cada escala se suman las respuestas afirmativas,

además en el CMAS-R hay una puntuación total que sería la ansiedad total ésta se obtiene sumando las tres escalas de ansiedad (37 reactivos). La puntuación total de la escala correlaciona más estrechamente con la internalización de las conductas que con la externalización. La escala de la ansiedad fisiológica está compuesta por diez ítems, la escala de inquietud/Hipersensibilidad de 11 ítems, la escala de preocupaciones de carácter social/concentración se compone de siete ítems y la escala de Mentira está formada por nueve ítems.

El CMAS-R ha sido utilizado en diversos estudios con muestras transculturales, demostrando que las subescalas tienen una buena consistencia interna. Existen investigadores como Lonigan, Phillips y Hooe (2003) que han informado de un Coeficiente alfa para la puntuación total de 0,88 y 0,90 para las evaluaciones del Tiempo 1 y 2, respectivamente; así como índices de consistencia interna algo inferiores para las tres subescalas (es decir, 0,83, 0,74 y 0,64 para la subescala de preocupación, concentración, y la subescala de la ansiedad fisiológicas en el momento 1, respectivamente, y de 0,86, 0,74, y 0,66 para la escala de preocupación, concentración, y ansiedad fisiológica en el momento 2, respectivamente).

Otros autores plantean que las subescalas tienen un alfa de Cronbach que va desde 0,78 hasta 0,85, así como validez concurrente, por ejemplo 0,85 para las escalas del STAIC (Pina, Villalta y Zerr, 2009; Reynolds y Richmond, 1978, 1985; Richmond, Rodrigo y de Rodrigo, 1988; Turgeon y Chartrand, 2003; Varela y Biggs, 2006). Además afirman que se correlaciona significativamente con otras medidas de auto-informe y diagnóstico de la ansiedad.

3.3. Procedimiento.

El estudio se realizó en varias fases.

- (a) Previo a la aplicación de los instrumentos, se utilizó el *juicio de expertos* venezolanos en el campo de la Psicología. A estos expertos se les entregaron los instrumentos, para que desde el punto de vista de contenido y forma, se encargaran de determinar la adecuada comprensión de cada uno de los ítems que conforman los instrumentos. Se pretendía establecer su viabilidad en niños y adolescentes venezolanos, así como también en padres y maestros y evitar *a posteriori* ambigüedades en los ítems formulados.

- (b) Posteriormente, se *contactó* con cada una de las instituciones, tanto de protección como educativas a fin de informarles sobre el estudio a realizar. Para la selección de las entidades de protección se contemplaron las edades y características de la población de interés para el estudio.
- (c) Una vez obtenida la *autorización* de aquellas instituciones interesadas en formar parte de la investigación se seleccionaba la muestra. En el caso de los colegios se les remitía a los padres una hoja de **Consentimiento Informado** a través de un cuadernillo que contenía una hoja informativa sobre la investigación que se iba a llevar a cabo y una hoja de autorización. De los cuadernillos devueltos y, por tanto, autorizados, se extrajo la muestra final. En el caso de los niños institucionalizados, no fue necesaria la autorización de los padres, porque la custodia estaba a cargo de dichas entidades.
- (d) De común acuerdo con las autoridades competentes de cada institución, se acordó una fecha para la aplicación de los instrumentos.
- (e) La aplicación del instrumento YSR se realizó en 2 sesiones de 30 min cada una; la pasación de la CMAS-R, CDI y STAXI-NA se llevó a cabo en una tercera sesión de 40 minutos. Todas las sesiones se llevaron a cabo de forma grupal. A los niños institucionalizados se les administró en su tiempo libre, en espacios cómodos y tranquilos, mientras que con el grupo control la administración se realizó durante su jornada escolar, en su salón de clases y generalmente, en presencia de algún docente. A lo largo de la pasación de la prueba se produjeron algunos problemas de comprensión de los items, que fueron solventados por la evaluadora. Al finalizar, se le entregó a cada niño de las instituciones escolares el CBCL, el SDQ versión padres y el EDAH para que lo llevara a casa y fuera rellenado por sus padres. En el caso de los niños institucionalizados se les entregó a los cuidadores. A los maestros y profesores de todos los jóvenes se les entregó el SDQ versión profesores y el EDAH. Por último, se planificó una fecha determinada para la entrega de todos los informes de padres y profesores.

3.4. Diseño.

El diseño de este estudio fue cuasi-experimental (pseudo-experimental, ex post facto, causal comparativo o natural), de carácter transversal, con dos grupos de jóvenes seleccionados en base a la experiencia de estar o no

institucionalizados. A continuación se relacionan las variables objeto de este estudio.

(a) La **variable independiente**, en función de la cuales se formaron los grupos objeto de investigación fue la condición de institucionalización. Así se formaron dos grupos, Institucionalizado (niños, niñas y adolescentes acogidos en instituciones), y Control (preadolescentes y adolescentes pertenecientes a colegios de la comunidad). Los criterios de inclusión o exclusión para pertenecer a un grupo determinado se basaron en el hecho de estar o no institucionalizados en centros de protección de menores bajo la tutela del estado o asociaciones civiles.

(b) Las **variables sociodemográficas** fueron: Sexo (femenino o masculino), Edad y Nivel Escolar.

(c) Las **variables controladas**, en relación con el contexto de evaluación, fueron la fecha y hora de pasación de los instrumentos, y la duración de aplicación de los instrumentos. En relación con los criterios de exclusión se excluyeron del estudio los niños, niñas y adolescentes institucionalizados por infracción.

(d) Las **variables dependientes** de este estudio hacen alusión al desarrollo socioemocional e intelectual de los niños, niñas y adolescentes de la muestra analizada. Las variables dependientes fueron valoradas mediante los instrumentos aplicados descritos previamente a través de las diversas escalas y subescalas que los componen. Estas variables son recogidas en las Tablas 1 y 2.

3.5. Análisis Estadístico.

Los análisis estadísticos pertinentes se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS versión 18. Se aplicaron las pruebas *Chi-cuadrado* para los datos de carácter cualitativo (distribución de las variables cualitativas en los dos grupos), y *t de Student* para muestras independientes, para la comparación entre grupos respecto a variables de carácter cuantitativo.

Además se realizó un análisis de la varianza multivariado de tres factores para la comparación entre los grupos, divididos en función del grupo de pertenencia, sexo y nivel escolar. Se empleó un modelo factorial completo que analizó los efectos de los factores inter-sujetos fijos en las variables dependientes, así como también sus respectivas interacciones. Los factores fijos estuvieron constituidos por el grupo, sexo y el nivel escolar y las variables

dependientes fueron las respectivas ejecuciones en las diferentes escalas aplicadas.

Por último, las correlaciones entre variables se realizaron de acuerdo con el método de Pearson.

Tabla 1. Variables dependientes: informes de padres, cuidadores y profesores.

Instrumento	Variables
Cuestionario sobre el Comportamiento de Niños(as) (CBCL/6-18).	Participación en deportes. Nivel de actividad en pasatiempos. Grupos a los que pertenece. Grado de implicación en grupos. Trabajos-tareas que realiza. Habilidad para llevar a cabo tareas. Amigos(as) íntimos. Veces a la semana que comparte con amigos. Rendimiento escolar. Juega y hace sus tareas solo. Escala I - Ansiedad/depresión. Escala II - Aislamiento depresión. Escala III - Síntomas somáticos. Escala IV - Problemas sociales. Escala V - Problemas de pensamiento. Escala VI - Problemas de atención. Escala VII - Ruptura de normas. Escala VIII - Conducta agresiva. Síndromes Internalizados. Síndromes Externalizados. Puntuación total CBCL.
Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Versión padres).	Escala de Síntomas Emocionales. Escala de Hiperactividad. Escala de Problemas con compañeros. Escala Prosocial. Escala de Problemas de Conducta.
Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Versión profesores).	Escala de Síntomas Emocionales. Escala de Hiperactividad. Escala de Problemas con compañeros. Escala Prosocial. Escala de Problemas de Conducta.
Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (EDAH).	Escala de Hiperactividad. Escala de Déficit de Atención. Escala de Trastornos de Conducta.

Tabla 2. Variables dependientes: autoinforme.

Instrumento	Variables
Auto-informe del Comportamiento de Jóvenes (YSR/11-18).	Participación en deportes. Nivel de actividad en pasatiempos. Grupos a los que pertenece. Grado de implicación en grupos. Trabajos-tareas que realiza. Habilidad para llevar a cabo tareas. Amigos(as) íntimos. Veces a la semana que comparte con amigos. Rendimiento escolar. Juega y hace sus tareas solo. Escala I - Ansiedad/depresión. Escala II - Aislamiento depresión. Escala III - Síntomas somáticos. Escala IV - Problemas sociales. Escala V - Problemas de pensamiento. Escala VI - Problemas de atención. Escala VII - Ruptura de normas. Escala VIII - Conducta agresiva. Síndromes Internalizados. Síndromes Externalizados. Puntuación total YSR.
Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo en niños (as) y adolescentes (STAXI-NA).	Ira Estado. Ira Rasgo. Ira Estado - Sentimiento. Ira Estado - Expresión verbal. Ira Estado - Expresión física. Ira Rasgo - Temperamento de Ira. Ira Rasgo - Reacción de Ira. Expresión externa de la Ira. Expresión interna de la Ira. Control Externo de la Ira. Control Interno de la Ira.
Inventario de Depresión Infantil (CDI /7-17).	Escala Disforia. Escala Autoestima. Escala Total.
Escala de Ansiedad Manifiesta Revisada para Niños (CMAS - R).	Escala Ansiedad fisiológica. Escala Inquietud hipersensibilidad. Escala Preocupación social/concentración. Escala Mentira. Escala Ansiedad total.

4. Resultados.

4.1. Competencias psicosociales y educativas.

El grupo Institucionalizado, estaba constituido por 62 mujeres y 49 hombres (edad: $M = 13,46$; $DT = 1,41$), al igual que el grupo Control (edad: $M = 13,14$; $DT = 1,03$). Ya que la distribución por sexo de ambos grupos fue idéntica, se analizaron las posibles diferencias respecto a la edad, sin que se encontraran diferencias estadísticamente significativas ($t [220] = 1,954$, $p = 0,052$, N.S.). Sí se encontraron diferencias en relación al nivel de escolarización, ya que 38 (34,2%) adolescentes del grupo Institucionalizado cursaban estudios primarios y 73 (65,8%) estudios secundarios, mientras que en el grupo Control 18 participantes (16,2%) cursaban estudios primarios y 93 (83,8%) estudios secundarios. El análisis estadístico reveló que estas diferencias en la distribución de los participantes de ambos grupos eran significativas ($\chi^2[1] = 9,552$, $p = 0,002$).

Tabla 3. Competencias (cuantitativas) informadas mediante el YSR y CBCL

Escala	Grupos				t	p
	Institucionalizado (N = 111)		Control (N = 111)			
	M	DT	M	DT		
YSR: Participación en deportes	2,15	0,974	1,82	1,138	2,345	0,020*
YSR: Nivel de actividad en pasatiempos	1,91	1,149	1,37	1,152	3,502	0,001*
YSR: Grupos a los que pertenece	0,43	0,838	0,50	0,808	-0,571	0,569
YSR: Grado de implicación en grupos	0,75	1,203	0,97	1,225	-1,343	0,181
YSR: Trabajos-tareas que realiza	1,75	1,066	1,09	1,092	4,542	0,0001*
YSR: Habilidad para llevar a cabo tareas	1,95	0,866	1,48	1,189	3,330	0,001*
YSR: Amigos(as) íntimos	2,24	0,630	2,24	0,744	-0,058	0,953
YSR: Rendimiento escolar	1,76	0,801	2,04	0,840	-2,530	0,012*
CBCL: Participación en deportes	1,45	1,093	1,79	1,005	-2,370	0,019*
CBCL: Nivel de actividad en pasatiempos	1,20	1,124	1,56	1,017	-2,448	0,015*
CBCL: Grupos a los que pertenece	0,06	0,279	0,27	0,650	-3,054	0,003*
CBCL: Grado de implicación en grupos	0,16	0,654	0,44	0,960	-2,548	0,012*
CBCL: Trabajos-tareas que realiza	1,61	1,259	1,59	1,005	0,130	0,897
CBCL: Habilidad para llevar a cabo tareas	1,53	1,125	1,76	0,917	-1,627	0,105
CBCL: Amigos(as) íntimos	2,10	0,369	2,10	0,537	-0,073	0,942
CBCL: Rendimiento escolar	1,91	2,353	2,03	0,765	-0,500	0,618

* Diferencias significativas entre grupos.

En la Tabla 3 se muestran los resultados obtenidos sobre las características de los participantes de ambos grupos respecto a competencias psicosociales cuantitativas, tal y como informaron ellos mismos a través del YSR o los padres y cuidadores a través del CBCL. Se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos respecto a varias variables medidas a través del YSR, en las que los niños institucionalizados informaban de una mejor y mayor ejecución que los niños controles. En lo que respecta a las competencias psicosociales (cuantitativas) reportadas a través del CBCL por padres y cuidadores, también se descubrieron diferencias significativas en algunas variables, siendo los niños institucionalizados quienes tienen puntajes más bajos que el grupo control.

Tabla 4. Competencias Psicosociales informadas mediante la YSR y el CBCL.

Variables	Grupos		Chi ²	P
	Institucionalizado (N = 111)	Control (N = 111)		
YSR-Amigos(as) íntimos				
Ninguno	13	21	2,717	0,437
1	25	20		
2 ó 3	32	28		
4 ó más	41	42		
YSR-Veces a la semana que comparte con amigos				
Nunca	40	30	3,722	0,156
1 ó 2	21	32		
3 ó más	50	49		
YSR-Juega y hace sus tareas solo				
Peor que los demás	21	15	1,711	0,425
Igual que los demás	46	44		
Mejor que los demás	44	52		
CBCL-Amigos(as) íntimos				
Ninguno	17	18	9,944	0,019*
1	20	23		
2 ó 3	55	33		
4 ó más	19	34		
CBCL-Veces a la semana que comparte con amigos				
Nunca	51	37	15,796	0,0001*
1 ó 2	47	34		
3 ó más	13	37		
CBCL-Juega y hace sus tareas solo				
Peor que los demás	16	7	7,537	0,023*
Igual que los demás	85	80		
Mejor que los demás	10	21		

Nota: La tabla muestra el número de sujetos que presenta cada característica.

* Diferencias significativas entre grupos.

En relación a las competencias psicosociales cualitativas (Tabla 4), se puede observar que sólo hubo diferencias significativas en las informadas mediante el CBCL por padres y cuidadores, en las que los niños institucionalizados muestran peores competencias tanto en el número de amigos, el tiempo que pasa con ellos y la forma en las que hace solo sus tareas.

4.1. Problemas internalizados y externalizados: escalas CBCL e YSR.

Con el objetivo de comparar ambos grupos respecto a los problemas de comportamiento externalizado e internalizado auto-informados, así como los informados por sus tutores y/o cuidadores en los dos instrumentos multidimensionales utilizados, se procedió a realizar los siguientes análisis estadísticos. Aunque la distribución por sexo en ambas muestras era idéntica, se incluyó dicha variable en el análisis por su repercusión diferencial en la psicopatología infantil y juvenil. Por otra parte, y puesto que ambos grupos diferían respecto al nivel educativo, se incluyó también esta variable en el análisis.

Considerando todo esto, se procedió a realizar la comparación de ambos grupos -Institucionalizado y Control- mediante una ANOVA 2 (grupos) x 2 (sexo) x 2 (niveles educativos). Se utilizó un modelo factorial completo que analizó el efecto de los factores inter-sujetos fijos en las variables dependientes, así como sus respectivas interacciones.

En este primer análisis se consideraron las variables dependientes, en su versión clásica, de carácter psicopatológico evaluadas mediante el YSR y CBCL. Ambos son instrumentos multidimensionales que forman parte del Sistema de Evaluación de Base Empírica ASEBA de Achenbach (1991).

En primer lugar, se presenta el análisis multivariado relacionado con el factor Grupo. Tal como se muestra en la Tabla 5, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en todas las escalas pertenecientes al instrumento de autoinforme YSR. Mientras que en el CBCL, basado en los informes de padres y cuidadores, no hubo diferencias significativas. Las puntuaciones obtenidas en las escalas del YSR por los jóvenes que vivían en las instituciones -grupo Institucionalizado- fueron siempre más altas que las del grupo Control.

Tabla 5. Comparación entre grupos respecto a los problemas de comportamiento evaluados mediante el YSR y el CBCL.

Escala	Grupos				F	p
	Institucionalizado (N = 111)		Control (N = 111)			
	M	DT	M	DT		
YSR - Ansiedad/depresión	6,55	4,60	3,89	4,39	12,346	0,001*
YSR - Aislamiento depresivo	5,23	3,48	3,82	2,64	8,137	0,005*
YSR - Síntomas somáticos	6,37	4,35	4,38	3,84	12,332	0,001*
YSR - Problemas sociales	5,88	3,97	3,98	3,40	10,525	0,001*
YSR - Problemas de pensamiento	8,69	4,52	6,95	3,95	11,368	0,001*
YSR - Problemas de atención	7,47	3,98	4,87	3,37	18,844	0,0001*
YSR - Ruptura de normas	8,46	4,62	6,35	4,26	13,570	0,0001*
YSR - Conducta agresiva	10,70	6,35	7,65	5,52	10,155	0,002*
YSR - Síndromes Internalizados	18,14	10,71	12,09	9,13	15,332	0,0001*
YSR - Síndromes Externalizados	19,16	10,18	14,00	9,20	12,397	0,001*
YSR - Puntuación total	72,90	31,97	54,16	27,83	18,234	0,0001*
CBCL - Ansiedad/depresión	3,48	3,41	3,46	2,91	0,867	0,353
CBCL - Aislamiento depresivo	2,57	2,43	2,70	2,28	0,770	0,381
CBCL - Síntomas somáticos	2,48	2,33	2,26	2,03	1,024	0,313
CBCL - Problemas sociales	2,99	4,02	3,48	2,97	0,182	0,670
CBCL - Problemas de pensamiento	1,61	2,70	1,08	1,48	2,785	0,097
CBCL - Problemas de atención	4,74	4,87	4,52	3,38	0,353	0,553
CBCL - Ruptura de normas	4,01	4,38	3,88	4,07	0,787	0,376
CBCL - Conducta agresiva	7,05	7,83	7,26	5,87	0,539	0,464
CBCL - Síndromes Internalizados	8,52	6,55	8,43	5,65	1,401	0,238
CBCL - Síndromes Externalizados	11,06	11,81	11,14	9,54	0,679	0,411
CBCL - Puntuación total	32,31	28,36	33,30	19,72	0,657	0,418

* Diferencias significativas entre grupos.

En segundo lugar, se hace alusión al análisis multivariado del factor Sexo. Se puede comprobar que hubo diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las escalas evaluadas a través del CBCL en base a los informes de padres y cuidadores, así como en algunas escalas del YSR, en las que los informantes eran los propios adolescentes participantes en este estudio. Específicamente, las puntuaciones correspondientes al sexo Femenino fueron significativamente más elevadas en las siguientes escalas del YSR: problemas de pensamiento y puntuación total. Por el contrario, en las escalas del CBCL, basadas en los informes de padres y cuidadores, las puntuaciones más elevadas correspondieron al sexo Masculino en problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, ruptura de normas, conducta agresiva y síndrome externalizado. Sólo fueron superiores las puntuaciones de las

adolescentes en la escala correspondiente a los síntomas somáticos. Los resultados se presentan en la Tabla 6.

Tabla 6. Comparación entre grupos (sexo) respecto a los problemas de comportamiento evaluados mediante el YSR y el CBCL.

Escala	Sexo				F	p
	Femenino (N =124)		Masculino (N =98)			
	M	DT	M	DT		
YSR - Ansiedad/depresión	5,81	5,09	4,46	3,99	1,648	0,201
YSR - Aislamiento depresivo	4,91	2,96	4,03	3,34	2,157	0,143
YSR - Síntomas somáticos	5,79	4,40	4,78	3,86	0,791	0,375
YSR - Problemas sociales	5,17	3,82	4,62	3,78	0,865	0,353
YSR - Problemas de pensamiento	8,58	4,34	6,86	4,11	7,512	0,007*
YSR - Problemas de atención	6,29	4,07	5,99	3,67	0,386	0,535
YSR - Ruptura de normas	7,48	4,51	7,30	4,63	0,365	0,546
YSR - Conducta agresiva	9,82	6,53	8,21	5,29	2,383	0,124
YSR - Síndromes Internalizados	16,51	10,72	13,28	9,66	1,959	0,163
YSR - Síndromes Externalizados	17,30	10,51	15,42	8,98	1,888	0,171
YSR - Puntuación total	68,29	31,57	57,83	29,11	5,220	0,023*
CBCL - Ansiedad/depresión	3,56	3,15	3,34	3,13	0,000	0,997
CBCL - Aislamiento depresivo	2,76	2,36	2,47	2,30	0,117	0,733
CBCL - Síntomas somáticos	2,65	2,34	2,00	1,87	5,331	0,022*
CBCL - Problemas sociales	2,833	3,01	3,73	4,03	5,031	0,026*
CBCL - Problemas de pensamiento	1,01	1,48	1,79	2,77	7,052	0,009*
CBCL - Problemas de atención	3,98	3,92	5,44	4,33	6,562	0,011*
CBCL - Ruptura de normas	3,20	3,07	4,87	5,14	6,243	0,013*
CBCL - Conducta agresiva	6,15	5,83	8,42	7,85	5,229	0,023*
CBCL - Síndromes Internalizados	8,98	6,27	7,82	5,76	0,918	0,339
CBCL - Síndromes Externalizados	9,36	8,50	13,29	12,57	6,059	0,015*
CBCL - Puntuación total	29,91	21,53	36,44	27,01	3,712	0,055

* Diferencias significativas entre grupos.

En tercer lugar, se realizó el análisis multivariado del factor Curso escolar, cuyos resultados se recogen en la Tabla 7. En este caso, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas del YSR ruptura de normas y síndromes Externalizados. Para el resto de las escalas no hubo diferencias estadísticamente significativas. En todos los casos los participantes de primaria puntuaron más bajo que los jóvenes de bachillerato.

Tabla 7. Comparación entre grupos (nivel escolar) respecto a los problemas de comportamiento evaluados mediante el YSR y el CBCL.

Escala	Nivel Escolar				F	p
	Primaria (N =56)		Bachillerato (N =166)			
	M	DT	M	DT		
YSR - Ansiedad/depresión	5,35	4,39	5,17	4,78	1,164	0,282
YSR - Aislamiento depresivo	4,51	3,46	4,52	3,06	1,373	0,243
YSR - Síntomas somáticos	5,63	4,66	5,25	4,03	0,428	0,514
YSR - Problemas sociales	4,91	4,21	4,94	3,67	1,583	0,210
YSR - Problemas de pensamiento	8,25	4,55	7,68	4,24	0,522	0,471
YSR - Problemas de atención	6,37	4,20	6,08	3,79	1,086	0,299
YSR - Ruptura de normas	6,85	4,97	7,59	4,41	5,159	0,024*
YSR - Conducta agresiva	8,82	7,16	9,21	5,65	3,734	0,055
YSR - Síndromes Internalizados	15,50	11,34	14,95	10,05	1,257	0,263
YSR - Síndromes Externalizados	15,50	11,54	16,80	9,28	5,716	0,018*
YSR - Puntuación total	63,46	34,91	63,74	29,52	3,618	0,059
CBCL - Ansiedad/depresión	3,57	3,26	3,43	3,10	0,046	0,829
CBCL - Aislamiento depresivo	2,50	2,44	2,68	2,30	0,584	0,445
CBCL - Síntomas somáticos	2,62	2,43	2,28	2,07	0,162	0,687
CBCL - Problemas sociales	3,53	3,99	3,13	3,35	1,346	0,247
CBCL - Problemas de pensamiento	1,41	2,55	1,34	2,04	0,446	0,505
CBCL - Problemas de atención	5,05	4,69	4,48	3,97	0,809	0,369
CBCL - Ruptura de normas	3,51	4,13	4,08	4,21	0,486	0,487
CBCL - Conducta agresiva	6,85	7,45	7,25	6,68	0,047	0,828
CBCL - Síndromes Internalizados	8,69	6,55	8,40	5,91	0,306	0,581
CBCL - Síndromes Externalizados	10,37	11,37	11,345	10,42	0,173	0,678
CBCL - Puntuación total	32,32	27,8164	32,959	23,03	0,034	0,854

* Diferencias significativas entre grupos.

En cuarto lugar se presentan los resultados del análisis de varianza multivariado realizado entre las variables de estudio y los factores Grupo x Sexo. Los resultados mostraron efectos de interacción con valores estadísticamente significativos sólo para las escalas YSR-Aislamiento depresivo y CBCL-Problemas sociales. Para el resto de las variables no hubo efectos de interacción estadísticamente significativos. La Tabla 8 permite una inspección detallada de estos resultados.

Tabla 8. Interacción Grupo x Sexo respecto a los problemas de comportamiento evaluados mediante la YSR y el CBCL.

Escala	Grupos								F	p
	Institucionalizado				Control					
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino			
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT			
YSR - Ansiedad depresión	7,13	4,78	5,82	4,30	4,50	5,10	3,12	3,17	1,320	0,252
YSR - Aislamiento depresivo	6,03	3,03	4,20	3,76	3,79	2,46	3,86	2,89	4,129	0,043*
YSR - Síntomas somáticos	6,61	4,54	6,06	4,12	5,06	4,21	3,51	3,14	0,000	0,996
YSR - Problemas sociales	6,29	4,02	5,37	3,89	4,06	3,29	3,88	3,56	0,923	0,338
YSR - Problemas de pensamiento	9,39	4,46	7,82	4,48	7,77	4,11	5,92	3,52	0,397	0,529
YSR - Problemas de atención	7,68	4,11	7,20	3,82	4,95	3,58	4,78	3,12	0,395	0,530
YSR - Ruptura de normas	8,77	4,64	8,06	4,62	6,19	4,03	6,55	4,58	0,445	0,505
YSR - Conducta agresiva	11,53	6,60	9,65	5,92	8,11	6,05	7,06	4,76	2,729	0,100
YSR - Síndromes Internalizados	19,77	10,77	16,08	10,38	13,35	9,76	10,49	8,07	1,321	0,252
YSR - Síndromes Externalizados	20,31	10,57	17,71	9,57	14,31	9,64	13,61	8,69	2,161	0,143
YSR - Puntuación total	77,81	31,99	66,69	31,17	57,69	29,07	49,69	25,79	0,878	0,350
CBCL - Ansiedad depresión	3,23	3,12	3,80	3,75	3,92	3,22	2,87	2,36	0,708	0,401
CBCL - Aislamiento depresivo	2,58	2,31	2,55	2,60	2,95	2,45	2,38	2,03	0,409	0,523
CBCL - Síntomas somáticos	2,92	2,64	1,92	1,73	2,39	2,00	2,09	2,07	0,809	0,370
CBCL - Problemas sociales	2,16	2,78	4,04	5,02	3,51	3,14	3,45	2,78	3,941	0,048*
CBCL - Prob. de pensamiento	,94	1,50	2,47	3,54	1,07	1,49	1,11	1,48	3,495	0,063
CBCL - Problemas de atención	3,94	4,63	5,76	5,01	4,03	3,12	5,15	3,63	0,002	0,961
CBCL - Ruptura de normas	3,13	3,14	5,12	5,40	3,28	3,06	4,66	5,02	0,062	0,804
CBCL - Síndromes Internalizados	8,73	6,69	8,27	6,44	9,26	5,92	7,34	5,13	0,132	0,717
CBCL - Síndromes Externalizados	8,58	8,99	14,20	14,10	10,13	8,04	12,45	11,15	0,457	0,500
CBCL - Puntuación total	27,13	23,17	38,86	32,90	32,69	19,72	34,09	19,92	0,96	0,327

* Diferencias significativas entre grupos.

La Figura 1 muestra gráficamente la interacción entre los factores Grupo y Sexo en relación con la variable YSR-Aislamiento depresivo. Como puede observarse, mientras que en el grupo Institucionalizado la puntuación de las participantes adolescentes es más elevada que la de los adolescentes en esta variable, ocurre lo contrario en el grupo Control. Respecto a la variable CBCL-Problemas sociales, la Figura 2 muestra que mientras en el grupo Institucionalizado las puntuaciones de los adolescentes es muy superior a la que muestran las mujeres, ambas puntuaciones son prácticamente iguales en el grupo Control.

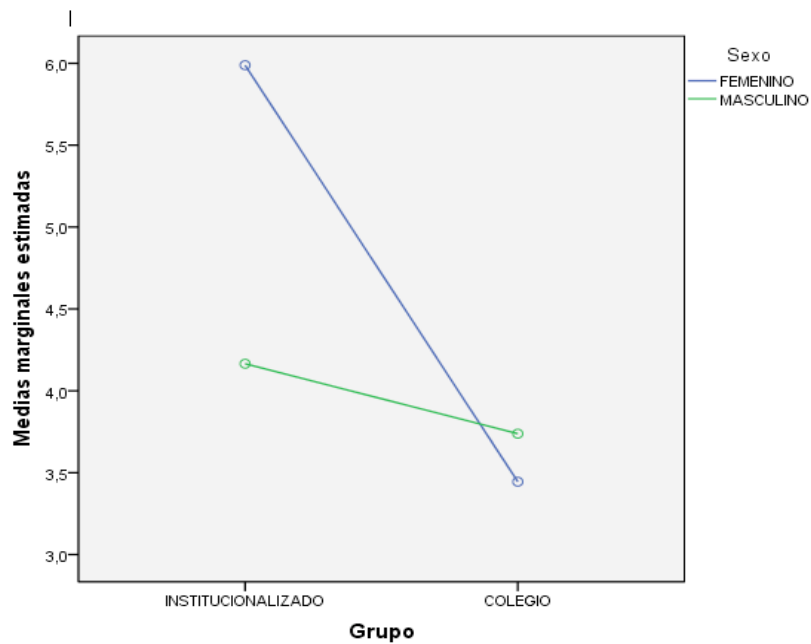


Figura 1. Interacción grupo por sexo, respecto a YSR-Aislamiento depresivo.

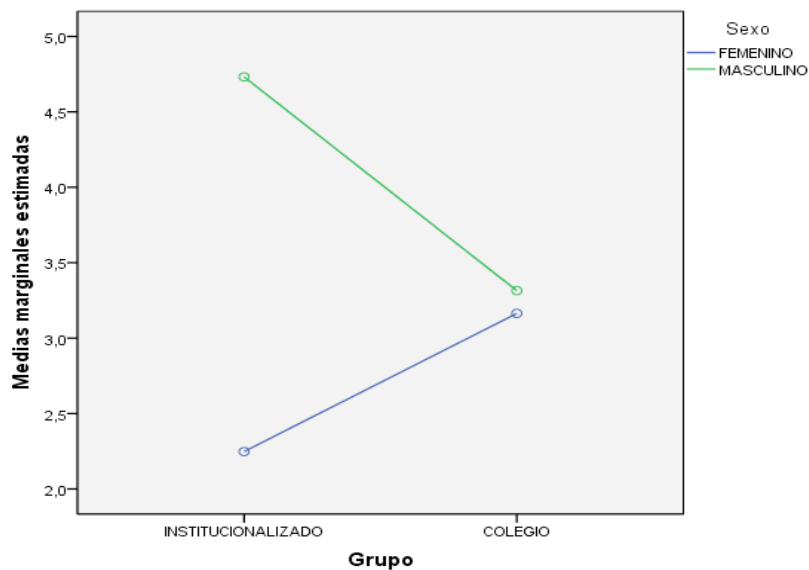


Figura 2. Interacción grupo por sexo, respecto a CBCL-Problemas sociales.

En quinto lugar, en lo que respecta al análisis de varianza multivariado realizado entre las variables de estudio y los factores Grupo por Curso, que se presenta en la Tabla 9, sólo se encontraron interacciones en las variables CBCL-Problemas sociales, CBCL-Síndromes Internalizados y CBCL-Puntuación total. En ninguna de estas variables se habían encontrado diferencias entre los grupos

Institucionalizado y Control. En los tres casos, las puntuaciones más altas eran las de los participantes de Primaria del grupo Institucionalizado y los participantes de Bachillerato del grupo Control.

Tabla 9. Interacción Grupo x Nivel educativo respecto a los problemas de comportamiento evaluados mediante la YSR y el CBCL.

Escalas	Grupos								F	p
	Institucionalizado				Control					
	Primaria		Bachillerato		Primaria		Bachillerato			
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT			
YSR - Ansiedad/depresión	6,53	4,58	6,56	4,64	2,89	2,70	4,12	4,65	0,010	0,922
YSR - Aislamiento depresivo	5,16	3,50	5,26	3,49	3,17	3,07	3,95	2,57	0,031	0,860
YSR - Síntomas somáticos	7,00	4,73	6,04	4,13	3,06	3,47	4,65	3,89	1,810	0,180
YSR - Problemas sociales	5,79	4,49	5,93	3,71	3,06	2,86	4,18	3,49	0,152	0,697
YSR - Problem. de pensamiento	9,42	4,85	8,32	4,32	5,78	2,56	7,20	4,16	2,612	0,107
YSR - Problemas de atención	7,53	4,24	7,44	3,86	3,94	2,98	5,07	3,44	0,391	0,533
YSR - Ruptura de normas	8,13	5,36	8,63	4,22	4,17	2,48	6,76	4,44	1,504	0,221
YSR - Conducta agresiva	10,82	7,88	10,64	5,45	5,39	4,64	8,11	5,61	0,234	0,629
YSR - Síndromes Internalizados	18,68	11,37	17,86	10,42	9,11	8,42	12,72	9,23	0,424	0,515
YSR - Síndromes Externalizados	18,95	12,80	19,27	8,61	9,56	6,81	14,87	9,43	0,519	0,472
YSR - Puntuación total	74,47	36,96	72,08	29,29	42,61	22,58	56,50	28,44	0,904	0,343
CBCL - Ansiedad depresión	4,11	3,66	3,15	3,25	2,44	1,85	3,67	3,04	3,473	0,064
CBCL - Aislamiento depresivo	2,84	2,66	2,42	2,31	1,78	1,77	2,89	2,34	3,746	0,054
CBCL - Síntomas somáticos	3,03	2,71	2,19	2,07	1,78	1,48	2,36	2,12	1,938	0,165
CBCL - Problemas sociales	3,87	4,55	2,53	3,67	2,83	2,38	3,61	3,07	5,526	0,020*
CBCL - Problem. de pensamiento	1,53	2,92	1,66	2,60	1,17	1,58	1,07	1,47	0,060	0,807
CBCL - Problemas de atención	5,47	5,10	4,36	4,73	4,17	3,67	4,59	3,34	1,249	0,265
CBCL - Ruptura de normas	3,95	4,61	4,04	4,29	2,61	2,77	4,13	4,25	1,439	0,232
CBCL - Conducta agresiva	7,66	8,52	6,74	7,49	5,17	4,18	7,68	6,09	2,850	0,093
CBCL - Síndromes Internalizados	9,97	7,26	7,77	6,07	6,00	3,56	8,91	5,87	4,899	0,028*
CBCL - Síndromes Externalizados	11,61	12,93	10,78	11,26	7,78	6,66	11,81	9,91	2,442	0,120
CBCL - Puntuación total	35,82	32,00	30,48	26,32	24,94	13,77	34,97	20,36	4,128	0,043*

* Diferencias significativas entre grupos

La Figura 3 muestra gráficamente la interacción entre los factores Grupo y Nivel Educativo en relación con la variable CBCL-Problemas sociales. Se observa que, en el grupo Institucionalizado los jóvenes de primaria puntúan mucho más alto que los de secundaria en esta variable, ocurre lo contrario en el grupo Control. En cuanto a la variable CBCL-Síndromes internalizados se detalla que el comportamiento es parecido a la variable anterior, la Figura 4 muestra que mientras en el grupo Institucionalizado las puntuaciones de los jóvenes de primaria es superior a la que muestran los de secundaria, en el grupo Control sucede a la inversa. La Figura 5 pertenece a la variable CBCL-Puntuación Total

se puede ver que en el grupo institucionalizado los jóvenes de primaria tienen una puntuación superior que los de secundaria, no siendo así en el grupo control.

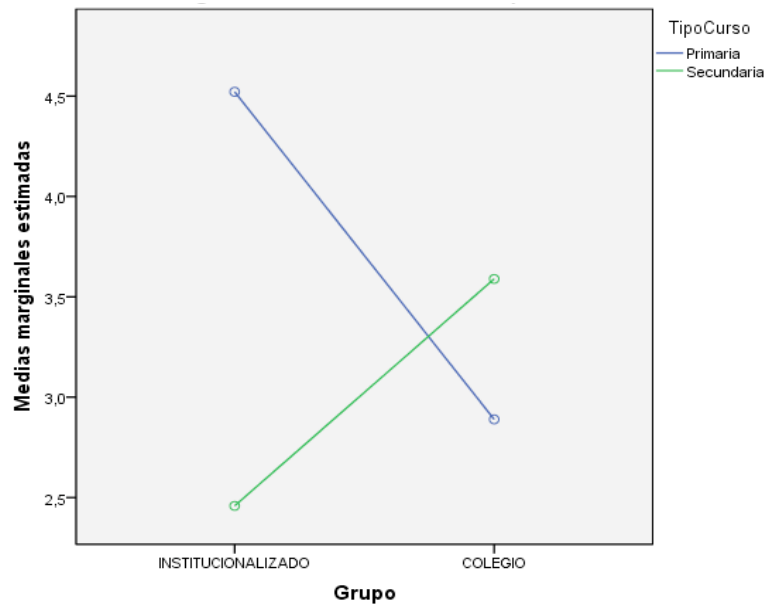


Figura 3. Interacción grupo por nivel educativo, respecto a CBCL-Problemas sociales.

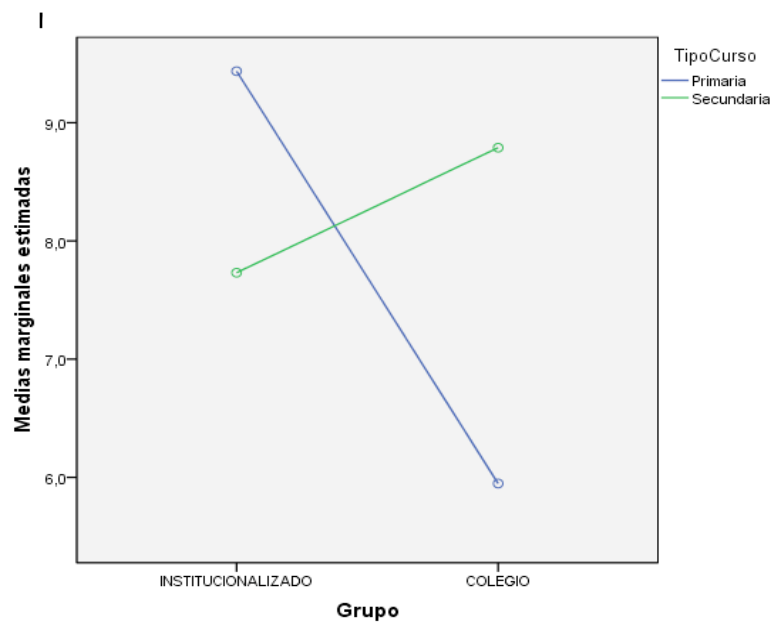


Figura 4. Interacción grupo por nivel educativo, respecto a CBCL-Síndromes internalizantes.

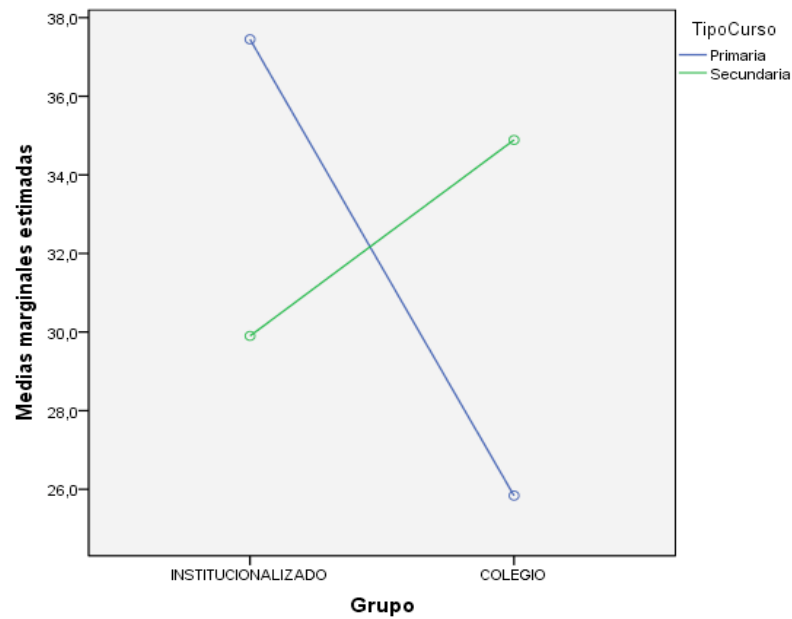


Figura 5. Interacción grupo por nivel educativo, respecto a CBCL-Puntuación Total.

Finalmente, los efectos de interacción relacionados con los factores Grupo, Sexo y Curso se recogen en la Tabla 10, no hubo interacciones significativas.

Tabla 10. Interacción Grupo x Nivel educativo x Sexo respecto a los problemas de comportamiento evaluados mediante la YSR y el CBCL.

Escala	Grupos																F	p
	Institucionalizado								Control									
	Femenino				Masculino				Femenino				Masculino					
	Primaria		Bachiller		Primaria		Bachiller		Primaria		Bachiller		Primaria		Bachiller			
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	
YSR - Ansiedad depresión	7,29	5,04	7,00	4,63	4,40	1,84	6,18	4,68	2,18	2,68	5,00	5,37	4,00	2,52	3,02	3,29	3,758	0,054
YSR - Aislamiento depresivo	5,54	3,21	6,44	2,85	4,10	4,20	4,23	3,70	2,91	2,66	3,98	2,40	3,57	3,82	3,90	2,79	0,000	0,986
YSR - Síntomas somáticos	7,43	5,14	5,94	3,94	5,80	3,26	6,13	4,35	2,73	2,69	5,57	4,33	3,57	4,65	3,51	2,93	2,670	0,104
YSR - Problemas sociales	6,21	4,74	6,35	3,39	4,60	3,66	5,56	3,97	2,91	1,97	4,31	3,48	3,29	4,07	4,02	3,55	0,367	0,545
YSR - Prob. de pensamiento	9,89	5,22	8,97	3,75	8,10	3,48	7,74	4,74	7,00	2,14	7,94	4,42	3,86	1,95	6,27	3,66	0,098	0,754
YSR - Problemas de atención	7,96	4,69	7,44	3,62	6,30	2,36	7,44	4,11	3,82	2,64	5,20	3,73	4,14	3,67	4,90	3,09	0,881	0,349
YSR - Ruptura de normas	8,43	5,65	9,06	3,68	7,30	4,62	8,26	4,66	4,27	1,62	6,61	4,28	4,00	3,61	6,95	4,67	0,011	0,918
YSR - Conducta agresiva	11,79	8,45	11,32	4,68	8,10	5,45	10,05	6,04	4,64	2,50	8,86	6,33	6,57	6,92	7,17	4,46	3,524	0,062
YSR - Sindr. Internalizados	20,25	12,22	19,38	9,58	14,30	7,39	16,54	11,05	7,82	7,24	14,55	9,88	11,14	10,29	10,44	7,87	2,379	0,124
YSR - Sindr. Externalizados	20,21	13,75	20,38	7,21	15,40	9,34	18,31	9,65	8,91	3,39	15,47	10,16	10,57	10,50	14,12	8,50	1,556	0,214
YSR - Puntuación total	78,75	40,09	77,03	23,99	62,50	24,04	67,77	32,94	44,18	14,78	60,61	30,63	40,14	32,69	51,39	24,87	0,717	0,398
CBCL - Ansiedad depresión	4,25	3,23	2,38	2,80	3,70	4,85	3,82	3,49	2,27	2,05	4,28	3,33	2,71	1,60	2,90	2,48	3,156	0,077
CBCL - Aislamiento depresivo	2,79	2,41	2,41	2,24	3,00	3,40	2,44	2,39	1,82	1,89	3,20	2,51	1,71	1,70	2,50	2,08	0,059	0,809
CBCL - Síntomas somáticos	3,54	2,91	2,41	2,31	1,60	1,26	2,00	1,84	2,09	1,51	2,46	2,10	1,29	1,38	2,23	2,15	0,417	0,519
CBCL - Problemas sociales	3,14	3,15	1,35	2,16	5,90	7,02	3,56	4,37	2,64	2,50	3,70	3,25	3,14	2,34	3,50	2,87	0,005	0,944
CBCL - Prob. de pensamiento	1,07	1,78	,82	1,24	2,80	4,80	2,38	3,21	,91	1,81	1,10	1,43	1,57	1,13	1,02	1,53	0,162	0,687
CBCL - Problemas de atención	5,25	5,10	2,85	3,97	6,10	5,32	5,67	5,00	3,09	3,62	4,24	3,01	5,86	3,29	5,03	3,71	2,003	0,158
CBCL - Ruptura de normas	3,54	3,43	2,79	2,90	5,10	7,09	5,13	5,00	1,82	2,04	3,60	3,16	3,86	3,44	4,80	5,27	0,341	0,560
CBCL - Conducta agresiva	6,96	6,98	4,21	5,37	9,60	12,11	8,95	8,40	4,09	4,18	7,46	5,46	6,86	3,85	7,95	6,86	0,907	0,342
CBCL - Sindr. Internalizados	10,57	7,21	7,21	5,91	8,30	7,51	8,26	6,24	6,18	3,82	9,94	6,11	5,71	3,40	7,62	5,36	1,542	0,216
CBCL - Sindr. Externalizados	10,50	10,19	7,00	7,67	14,70	19,01	14,08	12,86	5,91	6,17	11,06	8,16	10,71	6,78	12,75	11,79	0,714	0,399
CBCL - Puntuación total	34,00	26,58	21,47	18,47	40,90	45,30	38,33	29,67	21,82	14,72	35,08	19,98	29,86	11,42	34,83	21,08	1,258	0,263

* Diferencias significativas entre grupos.

4.2. Índices clínicos orientados al DSM: escalas CBCL e YSR.

En segundo lugar, se consideraron las variables dependientes de carácter psicopatológico evaluadas mediante el YSR y CBCL, es decir las escalas clínicas orientadas al DSM a partir de los mismos instrumentos multidimensionales del Sistema ASEBA de Achenbach (1991) utilizados para los análisis del apartado 4.1. Además, se incluyó la subescala Cualidades Positivas de ambos instrumentos.

En este caso, el objetivo fue el de comparar los grupos respecto a las escalas clínicas orientadas al DSM auto-informadas, así como los informadas por sus tutores y/o cuidadores en los dos instrumentos multidimensionales utilizados. Como en el caso anterior, se procedió a realizar la comparación de ambos grupos -Institucionalizado y Control- mediante una ANOVA 2 (grupos) x 2 (sexo) x 2 (niveles educativos). Se utilizó un modelo factorial completo que analizó el efecto de los factores inter-sujetos fijos en las variables dependientes, así como sus respectivas interacciones.

Tabla 11. Comparación entre grupos respecto a los problemas evaluados mediante las escalas orientadas al DSM, del YSR y el CBCL.

Escalas	Grupos				F	p
	Institucionalizado (N = 111)		Control (N = 111)			
	M	DT	M	DT		
YSR Problemas Afectivos	6,83	4,53	4,85	4,86	9,568	0,002*
YSR Problemas de Ansiedad	3,83	2,59	2,37	2,04	13,328	0,000*
YSR Problemas somáticos	3,17	2,94	2,02	2,41	8,013	0,005*
YSR Prob. Atención/Hiperactividad	5,19	2,92	3,30	2,73	19,469	0,000*
YSR Prob. Oposicionista/Desafiante	3,05	2,34	1,99	1,94	11,265	0,001*
YSR Problemas de Conducta	6,29	4,66	4,13	4,18	13,844	0,0001*
YSR Prob. Obsesivo Compulsivo	4,41	2,92	2,68	2,64	16,297	0,0001*
YSR Prob. de Estrés Posttraumático	9,72	5,48	6,64	4,55	15,225	0,0001*
Cualidades Positivas YSR	18,50	5,79	17,41	6,24	3,373	0,068
CBCL Problemas Afectivos	2,98	2,86	3,05	2,52	0,009	0,923
CBCL Problemas de Ansiedad	2,05	2,32	2,43	1,94	0,009	0,925
CBCL Problemas somáticos	1,66	1,91	1,42	1,46	1,375	0,242
CBCL Prob Atención/Hiperactividad	3,54	3,73	3,87	2,84	0,005	0,947
CBCL Prob. Oposicionist/Desafiante	2,67	2,69	2,92	2,41	0,009	0,924
CBCL Problemas de Conducta	3,97	5,20	3,10	3,97	3,528	0,062
CBCL Prob. Obsesivo Compulsivo	1,82	2,20	1,43	1,49	3,817	0,052
CBCL Prob. Estrés Posttraumático	5,39	4,54	5,62	3,51	0,675	0,412
Cualidades Positivas CBCL	2,12	2,73	1,37	1,37	5,716	0,018*

* Diferencias significativas entre grupos.

En la Tabla 11 se presentan las puntuaciones obtenidas por los participantes de ambos grupos en cada una de las escalas orientadas al DSM obtenidas a partir de los instrumentos YSR y CBCL. Se encontraron diferencias significativas entre grupos en todas las escalas clínicas evaluadas mediante el YSR, donde los participantes del grupo Institucionalizado obtenían puntuaciones superiores a los del grupo Control. No ocurrió lo mismo cuando se consideraron esas mismas escalas en base al informe de padres y colaboradores a través del CBCL, ya que no hubo diferencias significativas en ninguna de las escalas clínicas, y sólo se encontró un nivel significativamente mayor de cualidades positivas en el grupo Institucionalizado.

Tabla 12. Comparación entre grupos (por sexo) respecto a los problemas evaluados mediante las escalas orientadas al DSM, del YSR y el CBCL.

Escalas	Sexo				F	p
	Femenino (N = 124)		Masculino (N = 97)			
	M	DT	M	DT		
YSR Problemas Afectivos	6,58	5,17	4,90	4,10	2,467	0,118
YSR Problemas de Ansiedad	3,35	2,54	2,79	2,28	1,562	0,213
YSR Problemas somáticos	2,95	2,91	2,14	2,47	1,192	0,276
YSR Prob. Atención/Hiperactividad	4,26	3,15	4,22	2,76	0,004	0,947
YSR Prob. Oposicionista/Desafiante	2,76	2,37	2,21	1,96	1,081	0,300
YSR Problemas de Conducta	5,19	4,55	5,23	4,57	0,002	0,965
YSR Prob. Obsesivo Compulsivo	3,87	3,07	3,13	2,63	1,565	0,212
YSR Prob. de Estrés Posttraumático	9,08	5,56	7,04	4,61	5,530	0,020*
Cualidades Positivas YSR	18,75	5,03	16,94	7,00	9,030	0,003*
CBCL Problemas Afectivos	3,06	2,77	2,96	2,59	0,055	0,814
CBCL Problemas de Ansiedad	2,15	2,09	2,36	2,21	1,969	0,162
CBCL Problemas somáticos	1,85	1,82	1,14	1,45	8,554	0,004*
CBCL Prob Atención/Hiperactividad	3,13	3,03	4,44	3,52	8,072	0,005*
CBCL Prob. Oposicionist/Desafiante	2,43	2,34	3,26	2,74	8,318	0,004*
CBCL Problemas de Conducta	2,85	3,44	4,40	5,71	4,956	0,027*
CBCL Prob. Obsesivo Compulsivo	1,71	1,79	1,52	2,00	0,057	0,812
CBCL Prob. Estrés Posttraumático	5,25	3,77	5,83	4,38	1,727	0,190
Cualidades Positivas CBCL	1,47	1,57	2,09	2,75	3,398	0,067

* Diferencias significativas entre grupos.

En cuanto a las diferencias obtenidas tras el análisis del factor Sexo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas Problemas de Estrés Posttraumático y Cualidades Positivas, según los autoinformes de los niños, niñas y adolescentes en el YSR. En ambos casos las participantes de sexo femenino puntuaron más alto, tal y como se aprecia en la Tabla 12.

Igualmente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas clínicas del CBCL: Problemas somáticos, Problemas de Atención e Hiperactividad, Problemas Oposicionistas/Desafiantes y Problemas de Conducta. Mientras que los participantes de sexo masculino obtuvieron puntajes superiores en las tres últimas categorías mencionadas, respecto a los Problemas Somáticos fueron las adolescentes las que mostraron un nivel significativamente mayor.

Tabla 13. Comparación entre grupos (por Nivel Escolar) respecto a los problemas evaluados mediante las escalas orientadas al DSM, del YSR y el CBCL.

Escalas	Nivel Escolar				F	p
	Primaria (N = 56)		Bachillerato (N = 165)			
	M	DT	M	DT		
YSR Problemas Afectivos	5,59	5,00	5,94	4,74	2,835	0,094
YSR Problemas de Ansiedad	3,16	2,69	3,09	2,36	1,787	0,183
YSR Problemas somáticos	2,95	3,18	2,49	2,58	0,013	0,911
YSR Prob. Atención/Hiperactividad	4,50	3,07	4,15	2,96	0,801	0,372
YSR Prob. Oposicionista/Desafiante	2,50	2,58	2,53	2,08	2,065	0,152
YSR Problemas de Conducta	4,80	5,45	5,35	4,22	4,492	0,035*
YSR Prob. Obsesivo Compulsivo	3,89	3,09	3,44	2,85	0,365	0,546
YSR Prob. de Estrés Posttraumático	7,98	5,82	8,27	5,07	4,663	0,032*
Cualidades Positivas YSR	18,55	6,41	17,75	5,92	0,070	0,792
CBCL Problemas Afectivos	3,05	2,86	3,02	2,63	0,011	0,916
CBCL Problemas de Ansiedad	2,25	2,15	2,25	2,15	0,096	0,757
CBCL Problemas somáticos	1,89	2,08	1,43	1,55	0,001	0,973
CBCL Prob Atención/Hiperactividad	3,88	3,64	3,67	3,20	0,506	0,478
CBCL Prob. Oposicionist/Desafiante	2,70	2,72	2,84	2,50	0,031	0,861
CBCL Problemas de Conducta	3,36	4,79	3,62	4,60	0,188	0,665
CBCL Prob. Obsesivo Compulsivo	1,93	2,34	1,53	1,70	0,418	0,519
CBCL Prob. Estrés Posttraumático	5,41	4,43	5,57	3,91	0,127	0,722
Cualidades Positivas CBCL	1,50	2,11	1,84	2,21	1,064	0,304

* Diferencias significativas entre grupos.

La Tabla 13 recoge los resultados de la variable Curso relacionados con la muestra total. Sólo se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre participantes de Primaria y de Bachillerato en las escalas del DSM Problemas de Conducta y Problemas de Estrés Posttraumático, según son evaluadas por el YSR. El grupo que estudia bachillerato obtuvo puntuaciones más elevadas que el grupo de primaria en ambos casos.

Tabla 14. Interacción Grupo x Sexo respecto a los problemas evaluados mediante las escalas orientadas al DSM, del YSR y el CBCL.

Escalas	Grupos								F	p
	Institucionalizado				Control					
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino			
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
YSR Problemas Afectivos	7,73	4,72	5,69	4,05	5,44	5,38	4,10	4,04	1,682	0,196
YSR Problemas de Ansiedad	4,19	2,61	3,36	2,50	2,50	2,17	2,20	1,88	2,751	0,099
YSR Problemas somáticos	3,40	3,22	2,88	2,55	2,50	2,50	1,41	2,17	0,165	0,685
YSR Pr Atención/Hiperactividad	5,50	2,96	4,80	2,86	3,02	2,84	3,65	2,57	2,843	0,093
YSR Pr Oposicionista/Desafiante	3,37	2,47	2,63	2,12	2,15	2,11	1,80	1,71	2,079	0,151
YSR Problemas de Conducta	6,37	4,60	6,18	4,78	4,00	4,21	4,29	4,17	0,872	0,351
YSR Prob. Obsesivo Compulsivo	4,82	2,90	3,88	2,88	2,92	2,97	2,39	2,15	1,075	0,301
YSR Pr de Estrés Posttraumático	11,16	5,41	7,90	5,04	7,00	4,93	6,18	4,01	5,278	0,023*
Cualidades Positivas YSR	18,77	4,78	18,14	6,91	18,73	5,31	15,73	6,94	10,639	0,001*
CBCL Problemas Afectivos	2,81	2,82	3,20	2,92	3,31	2,73	2,71	2,21	0,034	0,855
CBCL Problemas de Ansiedad	1,68	1,91	2,53	2,70	2,63	2,17	2,18	1,59	2,346	0,127
CBCL Problemas somáticos	2,13	2,15	1,06	1,36	1,58	1,39	1,22	1,54	1,605	0,207
CBCL Pr Atención/Hiperactividad	2,66	3,22	4,65	4,05	3,60	2,77	4,22	2,91	0,694	0,406
CBCL Pr Oposicionist/Desafiante	2,05	2,31	3,45	2,94	2,81	2,33	3,06	2,53	0,17	0,680
CBCL Problemas de Conducta	3,06	3,80	5,12	6,42	2,65	3,07	3,67	4,86	0,317	0,574
CBCL Prob. Obsesivo Compulsivo	1,71	1,85	1,96	2,58	1,71	1,74	1,08	1,02	1,582	0,210
CBCL Prob. Estrés Posttraumático	4,61	3,80	6,37	5,21	5,89	3,66	5,29	3,32	1,674	0,197
Cualidades Positivas CBCL	1,45	1,67	2,96	3,49	1,48	1,48	1,22	1,23	2,651	0,105

* Diferencias significativas entre grupos.

La Tabla 14 presenta las puntuaciones relativas con el análisis de la interacción Grupo por Sexo de los participantes, respecto a las escalas orientadas al DSM del YSR y CBCL. Se observa que únicamente hay interacción entre estos dos factores para la escala clínica Problemas de Estrés Posttraumático y en la variable Cualidades Positivas, ambas medidas con el YSR, aunque en la segunda no se encontraron diferencias significativas entre los grupos Institucionalizado y Control cuando se realizó el análisis correspondiente (Tabla 11). Así, aunque las participantes femeninas muestran niveles más altos en Estrés Posttraumático, las diferencias sólo son apreciables en el grupo Institucionalizado, y mínimas en el grupo Control, como puede verse en la Figura 6. Por otra parte, la Figura 7 muestra que los niveles de Cualidades Positivas son prácticamente iguales en todos los subgrupos, salvo los participantes masculinos del grupo Control, que son los que muestran peores puntuaciones.

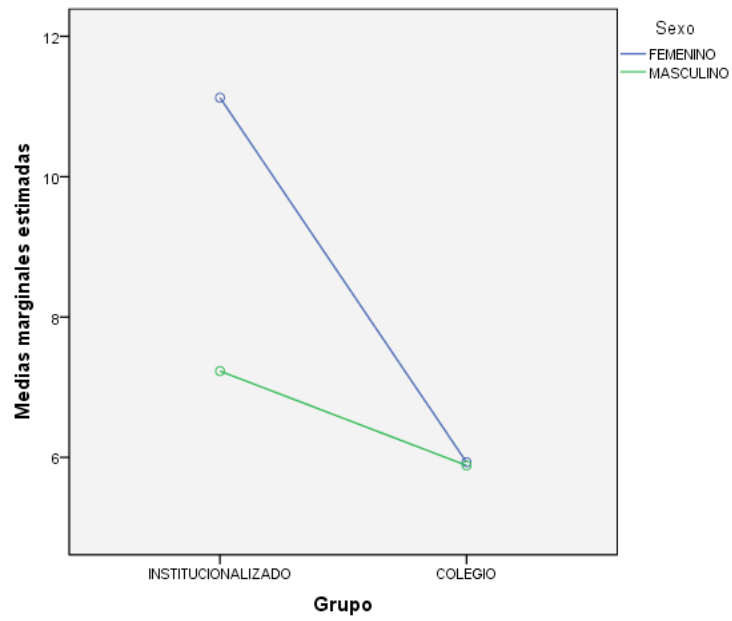


Figura 6. Interacción grupo por sexo, respecto a YSR- Problemas de Estrés Posttraumático.

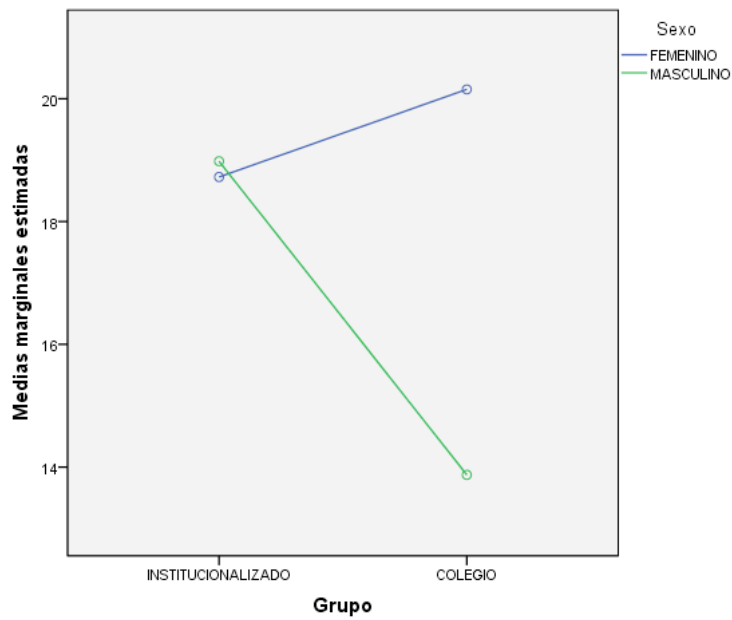


Figura 7. Interacción grupo por sexo, respecto a YSR-Cualidades Positivas.

Respecto al análisis de la interacción Grupo por Nivel Educativo, que se presenta en la Tabla 15, las únicas interacciones que resultaron significativas corresponden a las escalas clínicas de Problemas de Ansiedad y Problemas de Estrés Posttraumático del CBCL. En ambos casos las puntuaciones más altas las obtuvieron los participantes de primaria del grupo Institucionalizado, y los de bachiller del grupo Control. En ninguno de los dos casos se encontraron diferencias significativas entre los grupos Institucionalizado y Control (Tabla 11).

Tabla 15. Interacción Grupo x Nivel educativo respecto a los problemas evaluados mediante las escalas orientadas al DSM, del YSR y el CBCL.

Escalas	Grupos								F	p
	Institucionalizado				Control					
	Primaria		Bachillerato		Primaria		Bachillerato			
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
YSR Problemas Afectivos	6,84	5,05	6,82	4,27	2,94	3,83	5,24	4,99	0,762	0,384
YSR Problemas de Ansiedad	3,81	2,78	3,83	2,50	1,77	1,86	2,50	2,07	0,032	0,859
YSR Problemas somáticos	3,63	3,38	2,93	2,68	1,50	2,15	2,14	2,46	0,855	0,356
YSR Pr Atención/Hiperactividad	5,53	2,93	5,01	2,92	2,33	2,14	3,47	2,81	1,564	0,212
YSR Pr Oposicionista/Desafiante	3,13	2,79	3,00	2,09	1,17	1,34	2,16	2,01	0,858	0,355
YSR Problemas de Conducta	6,26	5,83	6,30	3,96	1,72	2,65	4,59	4,29	2,157	0,143
YSR Prob. Obsesivo Compulsivo	4,82	3,14	4,19	2,79	1,94	1,89	2,84	2,76	1,119	0,291
YSR Pr Estrés Posttraumático	9,53	5,98	9,82	5,24	4,72	3,92	7,03	4,60	0,132	0,716
Cualidades Positivas YSR	18,79	6,04	18,34	5,70	18,06	7,29	17,28	6,08	0,411	0,522
CBCL Problemas Afectivos	3,26	3,13	2,84	2,72	2,61	2,20	3,16	2,57	0,620	0,432
CBCL Problemas de Ansiedad	2,45	2,40	1,85	2,26	1,83	1,47	2,58	2,00	4,513	0,035*
CBCL Problemas somáticos	2,26	2,34	1,34	1,57	1,11	1,02	1,50	1,53	2,604	0,108
CBCL Pr Atención/Hiperactividad	4,11	4,03	3,25	3,56	3,39	2,68	4,01	2,85	2,397	0,123
CBCL Pr Oposicionist/Desafiante	2,84	2,82	2,58	2,63	2,39	2,55	3,05	2,38	1,347	0,247
CBCL Problemas de Conducta	4,08	5,44	3,92	5,10	1,83	2,46	3,38	4,18	1,853	0,175
CBCL Prob. Obsesivo Compulsivo	2,29	2,66	1,58	1,89	1,17	1,20	1,50	1,54	2,788	0,096
CBCL Pr Estrés Posttraumático	6,05	5,05	5,04	4,25	4,06	2,29	5,99	3,60	5,228	0,023*
Cualidades Positivas CBCL	1,76	2,43	2,30	2,87	,94	1,06	1,47	1,42	0,035	0,853

* Diferencias significativas entre grupos

La Figura 8 muestra gráficamente la interacción entre los factores Grupo y Nivel Educativo en relación con la variable CBCL-Problemas de ansiedad. Se puede ver que, mientras que en el grupo Institucionalizado la puntuación es más elevada en los niños de primaria que en los de secundaria en esta variable, ocurre lo contrario en el grupo Control. En lo que concierne a variable la CBCL-Problemas de Estrés Posttraumático el comportamiento es similar a la variable anterior (Figura 9).

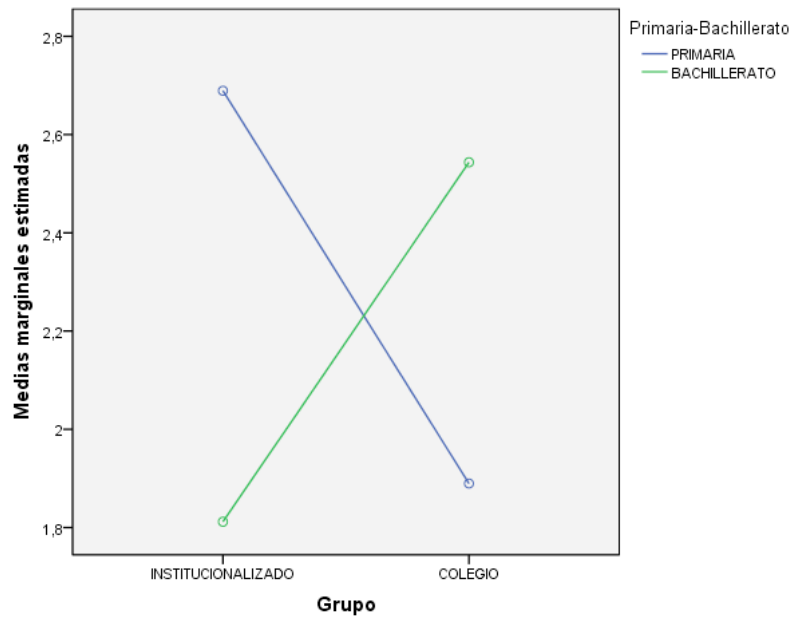


Figura 8. Interacción grupo por nivel educativo, respecto a CBCL-Problemas de Ansiedad.

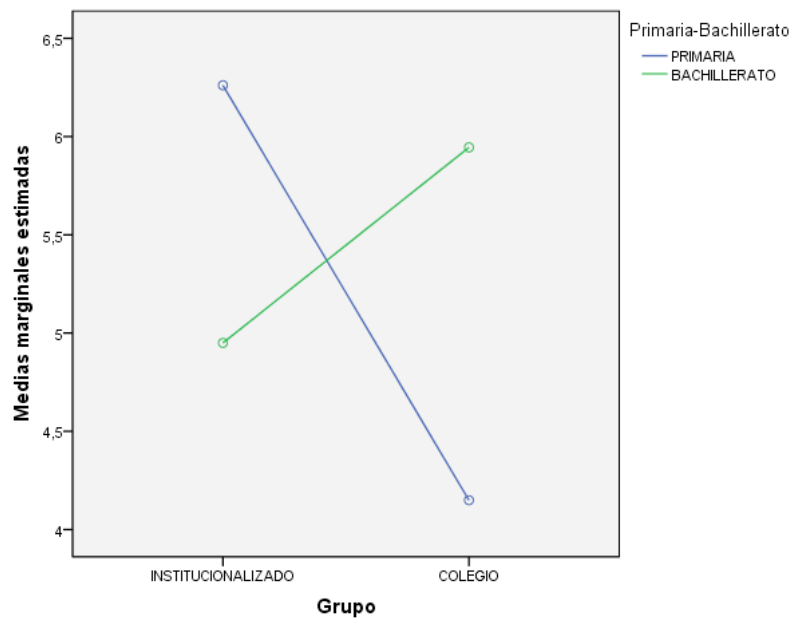


Figura 9. Interacción grupo por nivel educativo, respecto a CBCL-Problemas de Estrés Posttraumático.

Finalmente, en la Tabla 16 se recogen los efectos de interacción relacionados con los factores Grupo, Sexo y Curso. Sólo resultaron estadísticamente significativas las interacciones de la escala clínica de Problemas somáticos y la escala de Cualidades Positivas, evaluadas ambas con el YSR. Respecto a los problemas somáticos las puntuaciones fueron muy similares en todos los grupos, salvo las participantes femeninas de primaria del grupo Institucionalizado, que presentaron las puntuaciones más elevadas. En el caso de las Cualidades Positivas destaca el subgrupo de adolescentes de Primaria del grupo Control, quienes obtuvieron el nivel más bajo.

La Figura 10 muestra gráficamente la interacción entre los factores Grupo, Sexo y Nivel Educativo en relación con la variable YSR-Problemas somáticos de los jóvenes de primaria. Como puede observarse, mientras que en el grupo Institucionalizado la puntuación de las participantes adolescentes es más elevada que la de los adolescentes en esta variable, ocurre lo contrario en el grupo Control. Respecto a la variable YSR-Problemas somáticos de los jóvenes de Bachillerato, la Figura 11 revela que ambas puntuaciones son prácticamente iguales en el grupo Institucionalizado, en general los subgrupos se comportan de forma similar, excepto, los jóvenes del sexo masculino del grupo Control quienes tienen puntuaciones mucho más bajas. La Figura 12 corresponde a la variable YSR-Cualidades Positivas en los jóvenes de Primaria se detalla que en el grupo Institucionalizado los adolescentes tienen puntuaciones superiores que las adolescentes en esta variable, no siendo así en el grupo control. Y por último, la Figura 13 correspondiente a la variable YSR-Cualidades Positivas de los jóvenes de Bachillerato, se puede apreciar que los subgrupos tienen un comportamiento parecido donde las jóvenes puntúan más alto que los jóvenes.

Tabla 16. Interacción Grupo x Nivel educativo x Sexo en los problemas evaluados mediante las escalas orientadas al DSM, del YSR y el CBCL.

Escalas	Grupos																F	p
	Institucionalizado								Control									
	Femenino				Masculino				Femenino				Masculino					
	Primaria		Bachiller		Primaria		Bachiller		Primaria		Bachiller		Primaria		Bachiller			
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT			
YSR Problemas Afectivos	7,50	5,49	7,91	4,05	5,00	3,02	5,87	4,29	2,36	3,41	6,10	5,52	3,86	4,53	4,17	4,06	1,502	0,222
YSR Problemas de Ansiedad	4,28	2,93	4,11	2,37	2,50	1,90	3,59	2,61	1,45	2,06	2,72	2,14	2,28	1,49	2,22	1,96	2,661	0,104
YSR Problemas somáticos	4,00	3,64	2,91	2,79	2,60	2,37	2,95	2,63	1,18	1,60	2,78	2,58	2,00	2,89	1,34	2,07	4,127	0,043*
YSR Pr Atención/Hiperactivid	5,89	3,25	5,18	2,70	4,50	1,43	4,87	3,13	1,91	1,51	3,25	3,01	3,00	2,89	3,73	2,56	0,773	0,380
YSR P Opositorista/Desafian	3,46	3,12	3,29	1,82	2,20	1,23	2,74	2,29	0,82	0,98	2,43	2,18	1,71	1,70	1,83	1,75	2,287	0,132
YSR Problemas de Conducta	6,79	5,98	6,03	3,09	4,80	5,41	6,54	4,62	1,18	1,25	4,61	4,38	2,57	3,99	4,56	4,23	1,696	0,194
YSR Pr Obsesivo Compulsivo	5,25	3,35	4,47	2,46	3,60	2,12	3,95	3,06	1,73	2,10	3,18	3,08	2,29	1,60	2,41	2,27	1,663	0,199
YSR Pr Estrés Posttraumático	10,75	6,35	11,50	4,58	6,10	2,88	8,36	5,39	4,27	3,26	7,59	5,05	5,43	5,00	6,34	3,93	1,362	0,244
Cualidades Positivas YSR	18,21	5,38	19,24	4,24	20,40	7,69	17,56	6,68	22,36	3,32	17,94	5,36	11,29	6,68	16,46	6,86	11,278	0,001*
CBCL Problemas Afectivos	3,43	3,08	2,29	2,52	2,80	3,39	3,31	2,83	2,27	2,28	3,53	2,78	3,14	2,12	2,71	2,23	3,286	0,071
CBCL Problemas de Ansiedad	2,18	1,96	1,26	1,78	3,20	3,36	2,36	2,53	1,64	1,50	2,84	2,25	2,14	1,46	2,24	1,61	0,668	0,415
CBCL Problemas somáticos	2,75	2,52	1,62	1,67	0,90	,88	1,10	1,47	1,36	1,12	1,63	1,44	0,71	,76	1,34	1,64	0,741	0,390
CBCL Pr Atención/Hiperactivi	3,79	3,71	1,74	2,45	5,00	4,92	4,56	3,87	2,73	2,76	3,78	2,76	4,43	2,37	4,29	2,98	1,627	0,203
CBCL P Opositorist/Desafian	2,57	2,56	1,62	2,02	3,60	3,50	3,41	2,84	1,55	2,42	3,08	2,24	3,71	2,29	3,02	2,56	3,046	0,082
CBCL Problemas de Conducta	3,54	4,17	2,68	3,48	5,60	8,14	5,00	6,02	1,18	1,83	2,96	3,20	2,86	3,08	3,90	5,14	0,100	0,753
CBCL Pr Obsesivo Compulsivo	2,29	2,19	1,24	1,37	2,30	3,83	1,87	2,21	1,27	1,35	1,80	1,81	1,00	1,00	1,12	1,03	0,653	0,420
CBCL P Estrés Posttraumático	5,82	4,28	3,62	3,07	6,70	7,02	6,28	4,76	3,73	2,72	6,35	3,69	4,57	1,40	5,54	3,47	1,609	0,206
Cualidades Positivas CBCL	1,57	1,67	1,35	1,69	2,30	3,95	3,13	3,40	0,73	1,10	1,65	1,51	1,29	0,95	1,24	1,28	1,938	0,165

* Diferencias significativas entre grupos.

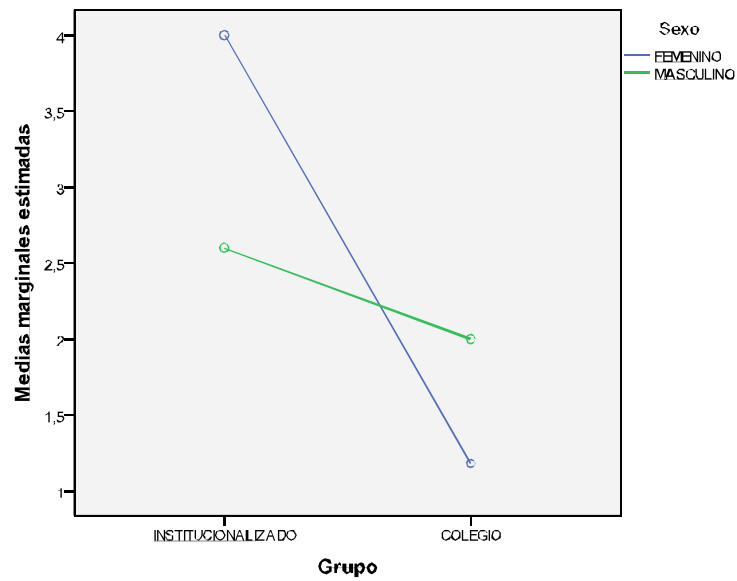


Figura 10. Interacción grupo por sexo por nivel educativo, respecto a YSR-Problemas Somáticos (Primaria).

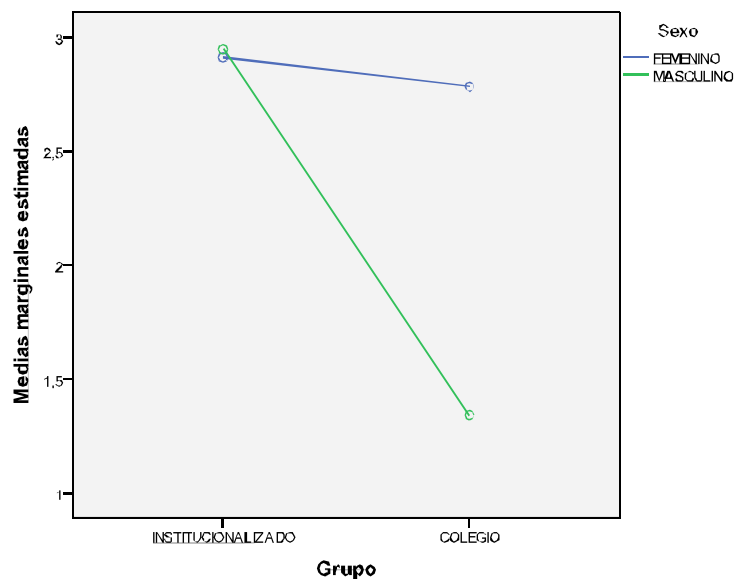


Figura 11. Interacción grupo por sexo por nivel educativo, respecto a YSR-Problemas Somáticos (Bachillerato).

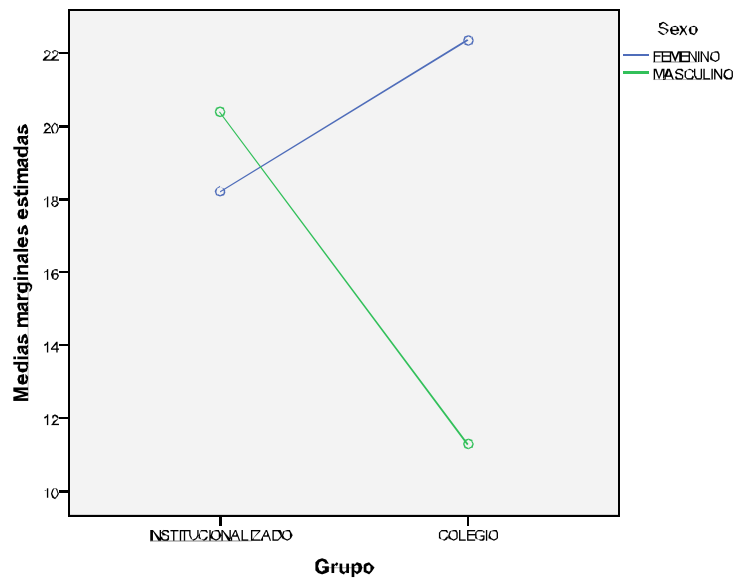


Figura 12. Interacción grupo por sexo por nivel educativo, respecto a YSR-Cualidades Positivas (Primaria).

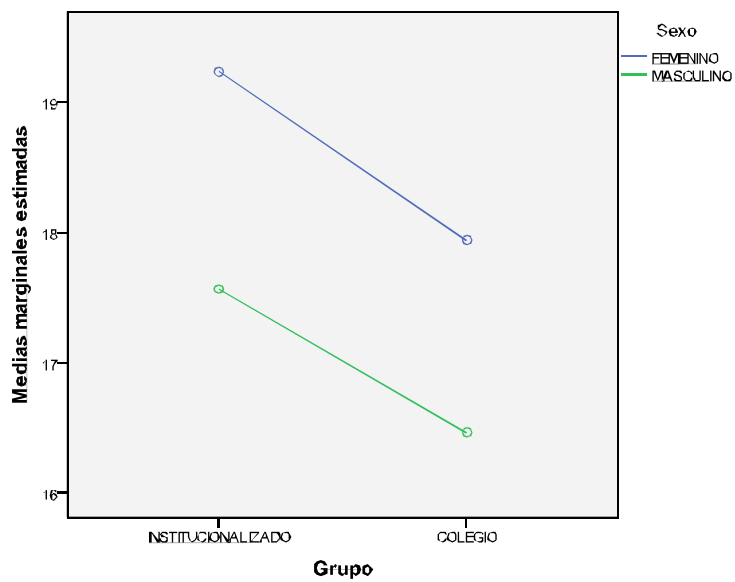


Figura 13. Interacción grupo por sexo por nivel educativo, respecto a Cualidades Positivas.

4.4. Problemas de comportamiento: SDQPadres, SDQProfesores y EDAH.

En tercer lugar, se consideraron las variables dependientes de carácter psicopatológico centradas en comportamientos problemáticos evaluado mediante el SDQ, mediante la información de padres/cuidadores y profesores, y en comportamientos perturbadores evaluados a través del cuestionario EDAH a través de la información de los profesores de los adolescentes.

Nuevamente el objetivo fue el de comparar los grupos respecto a las variables evaluadas con estos instrumentos, en los que la información era aportada por los adultos que convivían con los menores (padres/cuidadores) y sus profesores. Se procedió de nuevo a realizar la comparación de ambos grupos - Institucionalizado y Control- mediante una ANOVA 2 (grupos) x 2 (sexo) x 2 (niveles educativos). Se utilizó un modelo factorial completo que analizó el efecto de los factores inter-sujetos fijos en las variables dependientes, así como sus respectivas interacciones.

Tabla 17. Comparación entre grupos respecto a los problemas evaluados mediante el SDQ Padres, SDQ Profesores y EDAH.

Escala	Grupos				F	p
	Institucionalizado (N = 111)		Control (N = 111)			
	M	DT	M	DT		
SDQprof - Síntomas emocionales	2,69	2,06	1,86	1,43	12,344	0,001*
SDQprof - Hiperactividad	4,48	2,46	3,22	2,37	7,861	0,006*
SDQprof - Prob. con compañeros	3,23	1,70	2,81	1,88	4,210	0,041*
SDQprof - Conducta Prosocial	6,81	2,35	7,13	1,61	3,349	0,069
SDQprof - Problemas de Conducta	3,36	2,39	1,87	1,71	22,352	0,0001*
SDQpad - Síntomas emocionales	1,90	1,94	1,89	1,89	0,325	0,569
SDQpad - Hiperactividad	4,15	2,49	3,10	2,34	7,341	0,007*
SDQpad - Prob. con compañeros	2,91	1,78	2,46	1,75	5,624	0,019*
SDQpad - Conducta Prosocial	5,97	2,70	6,96	1,99	14,153	0,0001*
SDQpad - Problemas de Conducta	2,87	2,12	1,71	2,11	9,127	0,003*
EDAH - Hiperactividad	5,54	4,16	3,06	2,78	19,695	0,0001*
EDAH - Déficit de Atención	5,39	3,74	3,69	2,90	9,925	0,002*
EDAH - Trastornos de Conducta	8,47	7,08	5,11	4,04	17,109	0,0001*

* Diferencias significativas entre grupos.

En la Tabla 17 se presentan las puntuaciones obtenidas por los participantes de cada grupo en las escalas correspondientes. En función del grupo de pertenencia se puede observar que hubo diferencias significativas en todas las variables menos la Conducta Prosocial según la estimación de los profesores en el SDQ, y los Síntomas Emocionales según la estimación de los padres y cuidadores en la misma prueba. Las diferencias encontradas en todo momento fueron desfavorables para el grupo de niños y adolescentes que vivían en las instituciones, porque obtuvieron puntajes más elevados en todas las escalas de problemas. A la inversa, la puntuación del grupo Control fue superior en la escala de Conducta Prosocial cuando los informantes son los padres y cuidadores.

Tabla 18. Comparación entre grupos (por sexo) respecto a los problemas evaluados mediante el SDQ Padres, SDQ Profesores y EDAH.

Escalas	Sexo				F	p
	Femenino (N = 124)		Masculino (N = 97)			
	M	DT	M	DT		
SDQprof - Síntomas emocionales	2,24	1,96	2,32	1,62	0,050	0,824
SDQprof - Hiperactividad	3,52	2,68	4,28	2,16	10,633	0,001*
SDQprof - Prob. con compañeros	2,89	1,93	3,20	1,61	2,947	0,087
SDQprof - Conducta Prosocial	7,07	2,03	6,85	2,01	10,570	0,001*
SDQprof - Problemas de Conducta	2,51	2,36	2,77	1,99	0,730	0,394
SDQpad - Síntomas emocionales	1,77	1,97	2,06	1,83	0,902	0,343
SDQpad - Hiperactividad	3,34	2,59	4,00	2,27	2,086	0,150
SDQpad - Prob. con compañeros	2,47	1,69	2,97	1,85	1,626	0,204
SDQpad - Conducta Prosocial	6,46	2,54	6,47	2,28	0,230	0,632
SDQpad - Problemas de Conducta	2,16	2,07	2,47	2,33	0,161	0,689
EDAH - Hiperactividad	3,87	3,56	4,87	3,91	4,703	0,031*
EDAH - Déficit de Atención	4,22	3,43	4,95	3,45	5,164	0,024*
EDAH - Trastornos de Conducta	6,33	5,78	7,40	6,24	3,641	0,058

* Diferencias significativas entre grupos.

Los resultados del análisis multivariado con respecto al factor Sexo se exponen en la Tabla 18. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las variables Hiperactividad y Prosocial según la información de los profesores a través del SDQ. Así mismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas del EDAH correspondientes a la Hiperactividad y Déficit de Atención. En esta oportunidad, así como en ocasiones anteriores fue el grupo de jóvenes de sexo masculino los que

alcanzaron índices más altos que los del sexo femenino en todas las variables de carácter clínico, mientras que mostraron mejores niveles de Conducta Prosocial.

Tabla 19. Comparación entre grupos (por Nivel Escolar) respecto a los problemas evaluados mediante el SDQ Padres, SDQ Profesores y EDAH.

Escala	Nivel Escolar				F	p
	Primaria (N = 56)		Bachillerato (N = 165)			
	M	DT	M	DT		
SDQprof - Síntomas emocionales	1,79	1,83	2,44	1,79	6,607	0,011*
SDQprof - Hiperactividad	3,98	2,64	3,81	2,44	0,128	0,721
SDQprof - Prob. con compañeros	2,85	1,73	3,08	1,83	1,339	0,248
SDQprof - Conducta Prosocial	6,23	2,41	7,22	1,81	11,038	0,001*
SDQprof - Problemas de Conducta	2,72	2,37	2,59	2,15	0,256	0,614
SDQpad - Síntomas emocionales	1,78	2,10	1,93	1,85	0,092	0,762
SDQpad - Hiperactividad	3,76	2,62	3,58	2,42	0,038	0,846
SDQpad - Prob. con compañeros	2,66	1,68	2,70	1,81	0,697	0,405
SDQpad - Conducta Prosocial	5,73	2,80	6,71	2,23	1,683	0,196
SDQpad - Problemas de Conducta	2,69	2,32	2,16	2,13	1,535	0,217
EDAH - Hiperactividad	4,92	4,16	4,10	3,58	0,688	0,408
EDAH - Déficit de Atención	5,60	4,21	4,18	3,08	3,585	0,060
EDAH - Trastornos de Conducta	7,86	7,30	6,44	5,46	1,096	0,296

* Diferencias significativas entre grupos.

La Tabla 19 muestra las puntuaciones obtenidas por los participantes de los dos Niveles Escolares, Primaria y Bachillerato en las escalas valoradas en este apartado. Se puede comprobar que sólo hubo diferencias significativas entre ambos niveles en la escala clínica de Síntomas emocionales, y la escala de Conducta Prosocial, en ambos casos según la información aportada por los profesores de los participantes. Se observa que los niños, niñas y adolescentes de bachillerato obtuvieron puntajes superiores con respecto a los de primaria.

Respecto a la Tabla 20, esta recoge las puntuaciones concernientes al análisis multivariado de la interacción entre Grupo y Sexo. Se observa que exclusivamente existe interacción entre estos dos factores cuando se trata de la variable Déficit de Atención de la Escala EDAH. En ella las puntuaciones más bajas las obtuvieron las adolescentes del grupo Control. Para el resto de las variables no hubo interacciones significativas, tal y como muestra también la Figura 14.

Tabla 20. Interacción Grupo x Sexo respecto a los problemas evaluados mediante el SDQ Padres, SDQ Profesores y EDAH.

Escala	Grupos								F	p
	Institucionalizado				Control					
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino			
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
SDQprof - Síntomas emocionales	2,60	2,20	2,82	1,89	1,89	1,65	1,84	1,11	0,354	0,553
SDQprof - Hiperactividad	4,47	2,62	4,51	2,28	2,58	2,43	4,05	2,02	6,940	0,009
SDQprof - Prob. con compañeros	3,00	1,61	3,53	1,79	2,78	2,23	2,87	1,34	0,202	0,654
SDQprof - Conducta Prosocial	6,79	2,40	6,84	2,32	7,35	1,57	6,87	1,64	1,292	0,257
SDQprof - Problemas de Conducta	3,44	2,58	3,29	2,16	1,59	1,69	2,25	1,66	0,296	0,587
SDQpad - Síntomas emocionales	1,71	1,97	2,14	1,91	1,83	2,00	1,95	1,78	0,306	0,581
SDQpad - Hiperactividad	3,97	2,61	4,39	2,35	2,71	2,44	3,57	2,15	0,030	0,862
SDQpad - Prob. con compañeros	2,60	1,55	3,31	1,99	2,34	1,83	2,57	1,68	0,504	0,478
SDQpad - Conducta Prosocial	5,82	2,89	6,16	2,47	7,10	1,96	6,83	2,06	0,028	0,867
SDQpad - Problemas de Conducta	2,66	2,02	3,14	2,25	1,66	2,02	1,76	2,24	2,713	0,101
EDAH - Hiperactividad	5,28	3,85	5,88	4,55	2,47	2,60	3,85	2,82	0,047	0,828
EDAH - Déficit de Atención	5,57	3,68	5,17	3,86	2,89	2,58	4,73	2,97	3,917	0,049*
EDAH - Trastornos de Conducta	8,04	6,64	9,02	7,65	4,62	4,18	5,78	3,78	0,135	0,714

* Diferencias significativas entre grupos

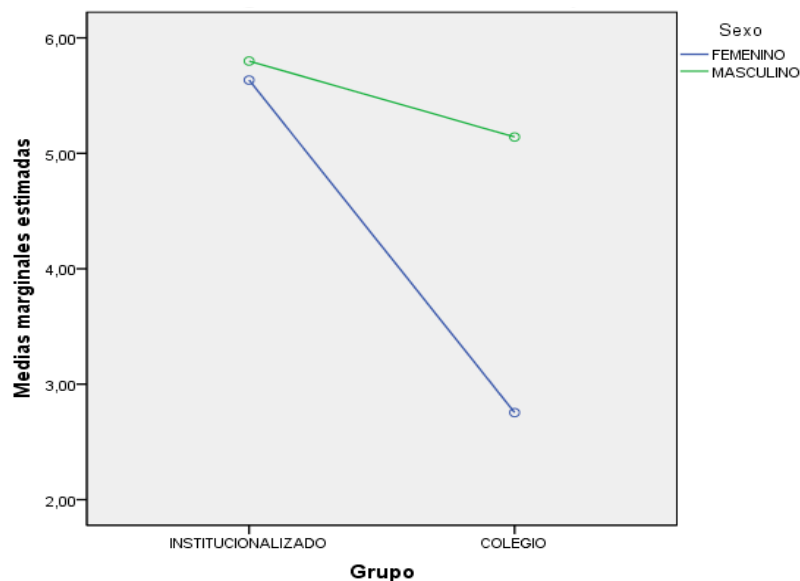


Figura 14. Interacción grupo por sexo, respecto a EDAH-Déficit de Atención.

Tabla 21. Interacción Grupo x Nivel educativo respecto a los problemas evaluados mediante el SDQ Padres, SDQ Profesores y EDAH.

Escala	Grupos								F	p
	Institucionalizado				Control					
	Primaria		Bachillerato		Primaria		Bachillerato			
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
SDQprof - Síntomas emocionales	2,05	1,89	3,03	2,08	1,24	1,64	1,98	1,37	0,001	0,971
SDQprof - Hiperactividad	4,37	2,27	4,55	2,57	3,16	3,22	3,24	2,19	0,109	0,742
SDQprof - Prob. con compañeros	3,24	1,60	3,23	1,77	2,06	1,77	2,97	1,89	1,498	0,222
SDQprof - Conducta Prosocial	5,79	2,32	7,34	2,21	7,17	2,43	7,13	1,43	6,081	0,014*
SDQprof - Probl. de Conducta	3,29	2,29	3,41	2,46	1,53	2,14	1,94	1,62	0,432	0,512
SDQpad - Síntomas emocionales	1,50	1,77	2,11	2,02	2,39	2,64	1,80	1,72	2,153	0,144
SDQpad - Hiperactividad	4,05	2,47	4,21	2,53	3,17	2,92	3,10	2,24	0,031	0,860
SDQpad - Prob. con compañeros	3,05	1,59	2,84	1,89	1,83	1,62	2,59	1,76	3,027	0,083
SDQpad - Conducta Prosocial	4,87	2,48	6,55	2,65	7,56	2,62	6,85	1,85	9,286	0,003*
SDQpad - Probl. de Conducta	2,84	2,10	2,89	2,16	2,39	2,79	1,59	1,95	0,253	0,615
EDAH - Hiperactividad	5,81	4,37	5,42	4,08	3,06	3,04	3,07	2,75	0,475	0,491
EDAH - Déficit de Atención	6,48	4,19	4,83	3,39	3,78	3,75	3,68	2,74	1,550	0,214
EDAH - Trastornos de Conducta	9,36	8,00	8,01	6,57	4,72	4,24	5,20	4,02	1,808	0,180

* Diferencias significativas entre grupos

Respecto al análisis de la interacción Grupo por Nivel Educativo, que se presenta en la Tabla 21, las únicas interacciones que resultaron significativas corresponden a las escalas de Conducta Prosocial. En ambos casos las puntuaciones más bajas las obtuvieron los participantes de primaria del grupo Institucionalizado. La Figura 15 muestra gráficamente esos efectos de interacción entre los factores Grupo y Nivel Educativo en relación con la variable SDQProf-Conducta Prosocial. Como puede observarse, en ambos grupos los jóvenes de secundaria tienen una puntuación superior con respecto a los de primaria. La figura 16 corresponde a la variable SDQPad-Conducta Prosocial se aprecia que los participantes de secundaria del grupo Institucionalizado tienen puntuaciones más elevadas que los de primaria, sucediendo lo contrario con los participantes del grupo Control.

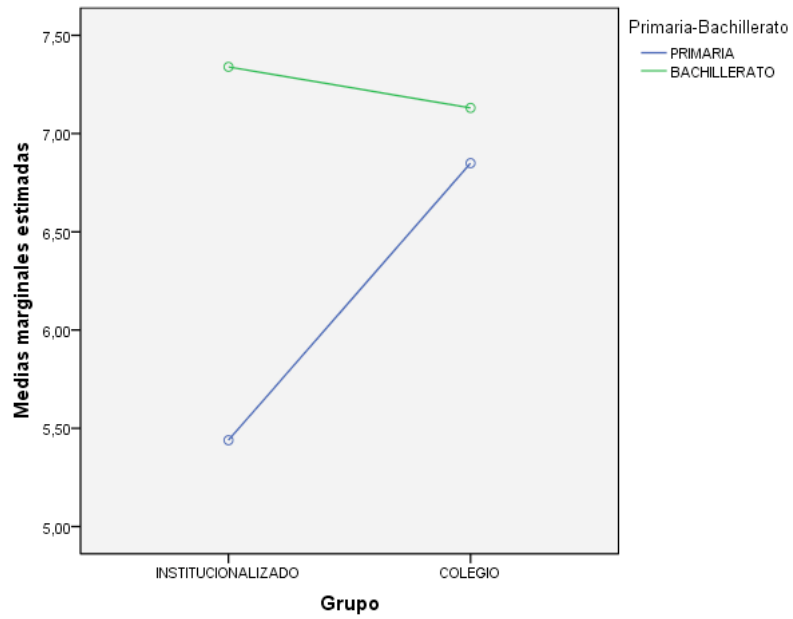


Figura 15. Interacción grupo por nivel educativo, respecto a SDQProf-Conducta Prosocial.

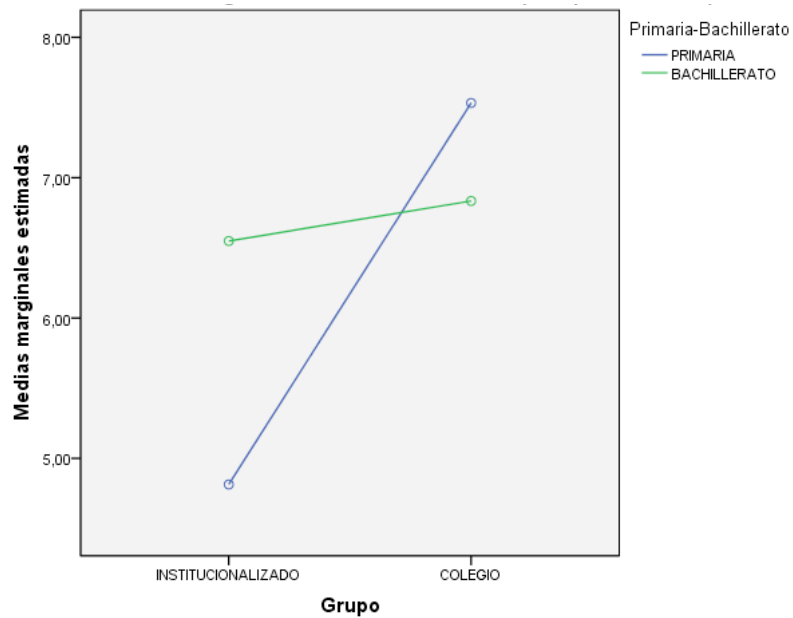


Figura 16. Interacción grupo por nivel educativo, respecto a SDQPad-Conducta Prosocial.

Por último en este punto, se presentan los resultados del análisis de la interacción entre los factores Grupo, Sexo y Curso. Se puede observar en la Tabla 22 que no hubo efectos de interacción para la mayoría de las variables, excepto en Problemas con compañeros, según la información de los profesores en el SDQ, y los Problemas de Conducta, según la información de los padres y cuidadores con el mismo instrumento de medida. Las puntuaciones más altas en la escala de Problemas con compañeros la obtuvieron los adolescentes de enseñanza Bachillerato del grupo Institucionalizado, mientras que en Problemas de Conducta los jóvenes institucionalizados de Primaria.

La Figura 17 muestra gráficamente la interacción entre los factores Grupo, Sexo y Nivel Educativo en la variable SDQProf-Problemas con Compañeros de los jóvenes de Primaria se detalla que ambos sexos en el grupo Institucionalizado se comportan de forma parecida, mientras que en el grupo Control la puntuación del sexo masculino es muy superior a la del sexo femenino. En la Figura 18 de la variable SDQProf-Problemas con Compañeros de los participantes de Bachillerato se puede observar que los jóvenes tienen puntuaciones más altas que las jóvenes en el grupo Institucionalizado, sin embargo, sucede lo contrario en el grupo Control. La Figura 19 de la variable SDQPad-Problemas de Conducta de los participantes de Primaria se aprecia que los del grupo Institucionalizado de sexo masculino puntúan más alto que los del sexo femenino, mientras que en el grupo Control sucede a la inversa. Y la Figura 20 de la variable SDQPad-Problemas de Conducta de los participantes de Bachillerato se puede ver que en ambos grupos los adolescentes tienen puntuaciones superiores con respecto a las adolescentes.

Tabla 22. Interacción Grupo x Nivel educativo x Sexo en los problemas evaluados mediante el SDQ Padres, SDQ Profesores y EDAH.

Escala	Grupos																F	p
	Institucionalizado								Control									
	Femenino				Masculino				Femenino				Masculino					
	Primaria		Bachiller		Primaria		Bachiller		Primaria		Bachiller		Primaria		Bachiller			
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT			
SDQprof - Sínt emocionales	1,82	1,81	3,24	2,31	2,70	2,06	2,85	1,87	1,30	2,02	2,01	1,55	1,14	0,90	1,94	1,12	1,283	0,259
SDQprof - Hiperactividad	4,14	2,17	4,74	2,94	5,00	2,54	4,38	2,23	1,71	2,31	2,77	2,43	5,43	3,26	3,82	1,70	0,810	0,369
SDQprof - P. con compañeros	3,25	1,78	2,79	1,45	3,20	1,03	3,62	1,94	1,46	1,76	3,07	2,23	3,00	1,41	2,84	1,36	4,705	0,031*
SDQprof - Conducta Prosocial	6,18	2,26	7,29	2,42	4,70	2,21	7,38	2,03	8,27	2,33	7,15	1,30	5,43	1,40	7,11	1,59	0,883	0,349
SDQprof - Probl. de Conducta	3,07	2,34	3,74	2,76	3,90	2,13	3,13	2,17	1,42	2,40	1,63	1,53	1,71	1,80	2,33	1,67	1,676	0,197
SDQpad - Sínt emocionales	1,25	1,67	2,09	2,14	2,20	1,93	2,13	1,94	2,36	2,91	1,71	1,77	2,43	2,37	1,91	1,68	0,625	0,430
SDQpad - Hiperactividad	3,71	2,31	4,18	2,85	5,00	2,79	4,23	2,24	3,18	3,60	2,61	2,14	3,14	1,57	3,70	2,23	2,033	0,155
SDQpad - P. con compañeros	3,04	1,71	2,24	1,33	3,10	1,29	3,36	2,15	1,82	1,89	2,46	1,82	1,86	1,21	2,76	1,69	0,446	0,505
SDQpad - Conducta Prosocial	4,93	2,55	6,56	2,98	4,70	2,41	6,54	2,37	7,64	2,87	6,99	1,72	7,43	2,37	6,68	2,01	0,037	0,847
SDQpad - Probl. de Conducta	2,50	1,91	2,79	2,13	3,80	2,39	2,97	2,21	2,91	3,24	1,39	1,56	1,57	1,81	1,83	2,33	4,011	0,046*
EDAH - Hiperactividad	5,23	4,06	5,33	3,74	7,43	5,02	5,49	4,40	2,45	3,01	2,47	2,54	4,00	3,06	3,81	2,85	0,583	0,446
EDAH - Déficit de Atención	6,34	4,02	4,93	3,29	6,85	4,86	4,74	3,51	2,55	3,05	2,96	2,49	5,71	4,15	4,57	2,79	0,148	0,700
EDAH - Trastor. de Conducta	8,24	6,91	7,88	6,50	12,48	10,26	8,13	6,70	3,91	4,66	4,77	4,10	6,00	3,42	5,72	3,91	0,520	0,472

* Diferencias significativas entre grupos.

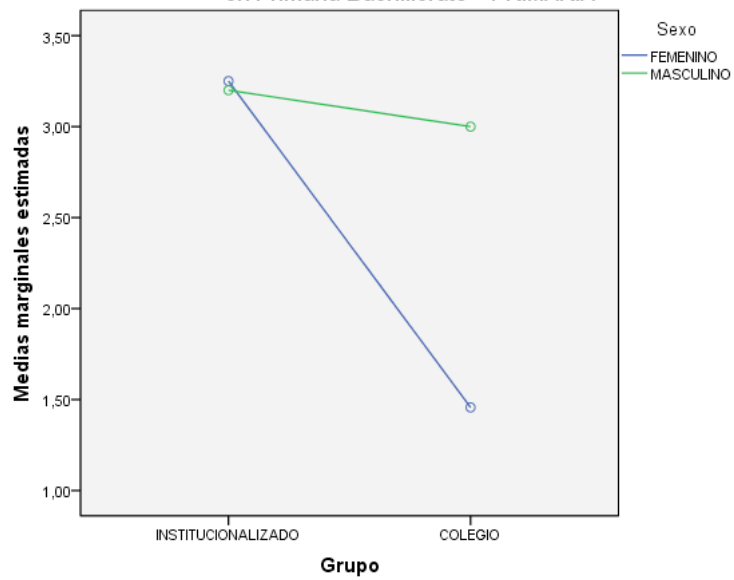


Figura 17. Interacción grupo por sexo por nivel educativo, respecto a SDQProf-Problemas con Compañeros (Primaria).

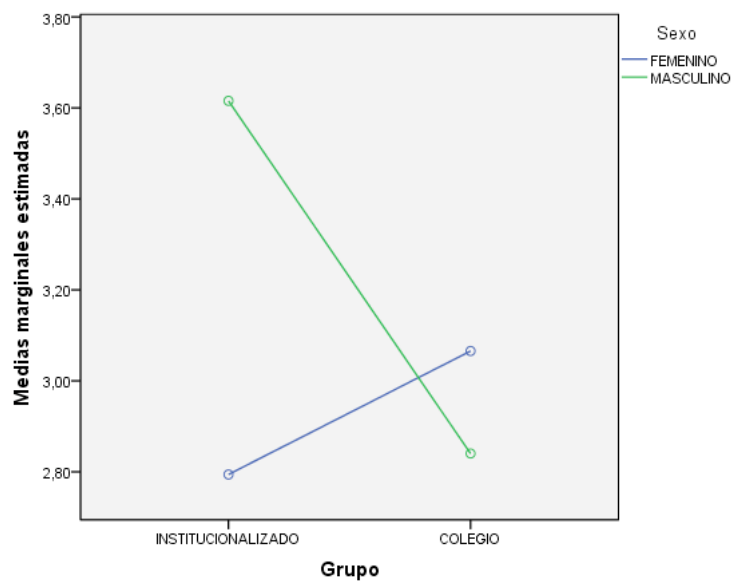


Figura 18. Interacción grupo por sexo por nivel educativo, respecto a SDQProf-Problemas con Compañeros (Bachillerato).

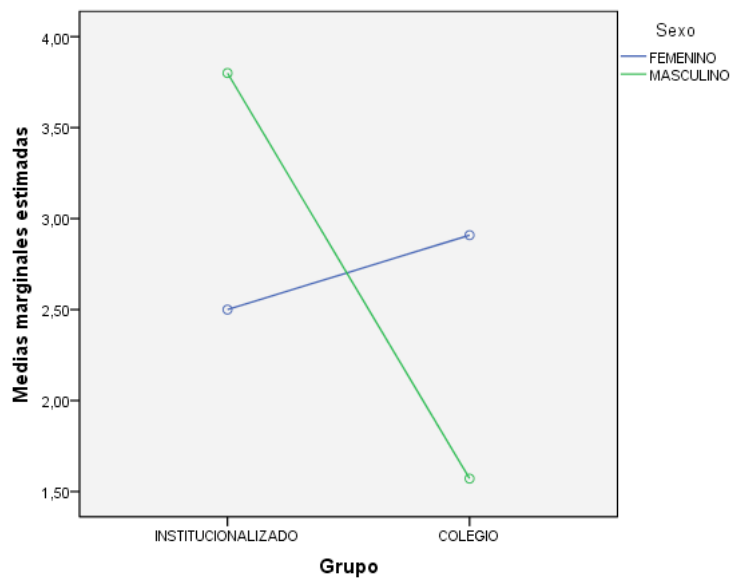


Figura 19. Interacción grupo por sexo por nivel educativo, respecto a SDQPad-Problemas de Conducta (Primaria).

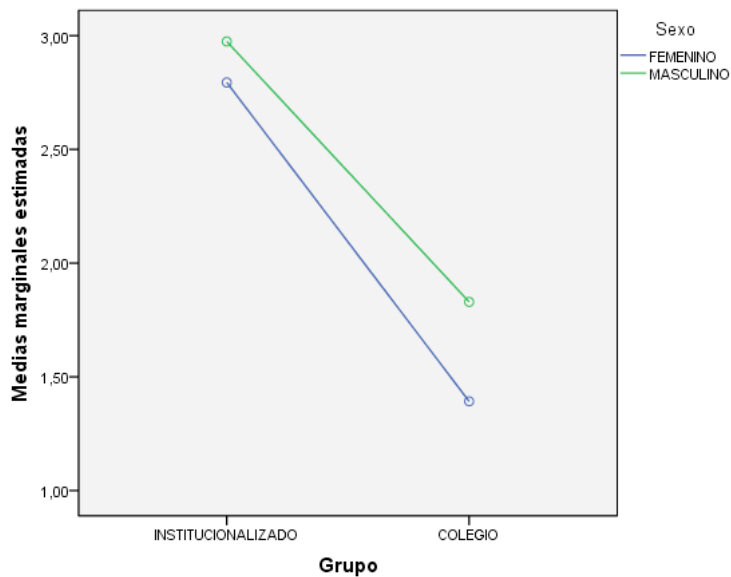


Figura 20. Interacción grupo por sexo por nivel educativo, respecto a SDQPad-Problemas de Conducta (Bachillerato).

4.5. Problemas psicológicos: CMAS-R, CDI y STAXI-NA.

En cuarto lugar, se consideraron las variables dependientes procedentes de autoinforme correspondientes a diferentes problemas psicológicos y psicopatológicos, concretamente la ansiedad, evaluada mediante el CMAS-R, el estado de ánimo, evaluado mediante el CDI, y la ira estado-rasgo, evaluada mediante el STAXI-NA.

Como en los anteriores apartados el objetivo fue el de comparar los grupos respecto a las variables evaluadas con estos instrumentos, en los que la información era aportada por los propios menores participantes en el estudio. Así, se realizó la comparación de ambos grupos -Institucionalizado y Control- mediante una ANOVA 2 (grupos) x 2 (sexo) x 2 (niveles educativos). Nuevamente se utilizó un modelo factorial completo que analizó el efecto de los factores inter-sujetos fijos en las variables dependientes, así como sus respectivas interacciones.

Tabla 23. Comparación entre grupos respecto a los problemas evaluados mediante los autoinformes CMAS, STAXI-NA y CDI.

Escala	Grupos				F	p
	Institucionalizado (N = 111)		Control (N = 111)			
	M	DT	M	DT		
Ansiedad fisiológica ^a	5,12	2,03	3,84	2,39	12,508	0,0001*
Inquietud hipersensibilidad ^a	6,49	2,15	5,15	2,59	10,565	0,001*
Preocupación social/concentración ^a	3,22	1,66	2,04	1,81	15,824	0,0001*
Mentira ^a	5,09	1,79	5,16	1,97	0,018	0,894
Ansiedad total ^a	14,84	4,67	11,02	5,56	19,414	0,0001*
Ira Estado - Sentimiento ^b	5,05	1,67	4,43	1,23	5,532	0,020*
Ira Estado - Expresión verbal ^b	2,26	0,65	2,36	0,89	1,299	0,256
Ira Estado - Expresión física ^b	2,17	0,58	2,27	0,87	1,907	0,169
Ira Rasgo - Temperamento ^b	6,50	2,17	5,30	1,56	12,830	0,0001*
Ira Rasgo - Reacción Ira ^b	6,83	2,19	7,35	2,24	0,119	0,731
Expresión externa de la Ira ^b	7,25	2,33	6,72	1,88	3,964	0,048*
Expresión interna de la Ira ^b	8,03	2,09	6,86	1,96	10,515	0,001*
Control Externo de Ira ^b	7,88	2,35	8,47	2,34	10,925	0,157
Control Interno de Ira ^b	8,51	2,77	9,00	2,52	0,493	0,484
CDI - Disforia	6,66	4,83	4,06	3,74	15,015	0,0001*
CDI - Autoestima	7,37	3,40	5,37	3,00	22,060	0,0001*
CDI - Total	14,03	7,39	9,44	5,97	22,290	0,0001*

* Diferencias significativas entre grupos. ^a CMAS-R ^b STAXI-NA

En la Tabla 23 se presentan los resultados del análisis multivariado para el factor Grupo. Como se puede comprobar se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos -Institucionalizado y Control- en las mayoría de las escalas evaluadas, excepto la escala de Mentira del CMAS-R; las escalas Ira-Estado-Expresión verbal, Ira-Estado- Expresión física, Ira Rasgo-Reacción Ira, Control Externo de la Ira y Control Interno de la Ira, todas ellas del STAXI-NA. Las diferencias en todo momento eran desfavorables para el grupo de niños y adolescentes institucionalizados.

Tabla 24. Comparación entre grupos (por sexo) respecto a los problemas evaluados mediante los autoinformes CMAS, STAXI-NA y CDI.

Escalas	Sexo				F	p
	Femenino (N = 124)		Masculino (N = 97)			
	M	DT	M	DT		
Ansiedad fisiológica ^a	4,79	2,39	4,08	2,13	2,142	0,145
Inquietud hipersensibilidad ^a	6,22	2,43	5,31	2,42	2,284	0,132
Preocupación social/concentración ^a	2,71	1,96	2,53	1,65	0,684	0,409
Mentira ^a	5,18	1,95	5,06	1,79	0,104	0,747
Ansiedad total ^a	13,72	5,53	11,93	5,23	1,099	0,296
Ira Estado - Sentimiento ^b	4,85	1,61	4,62	1,33	0,119	0,730
Ira Estado - Expresión verbal ^b	2,31	0,77	2,30	0,79	0,372	0,543
Ira Estado - Expresión física ^b	2,19	0,71	2,25	0,77	1,349	0,247
Ira Rasgo - Temperamento ^b	5,98	1,97	5,80	1,99	0,009	0,925
Ira Rasgo - Reacción Ira ^b	7,32	2,27	6,78	2,15	0,640	0,425
Expresión externa de la Ira ^b	7,21	2,08	6,70	2,17	1,326	0,251
Expresión interna de la Ira ^b	7,81	2,18	6,98	1,91	4,101	0,044*
Control Externo de Ira ^b	8,10	2,29	8,27	2,45	0,383	0,537
Control Interno de Ira ^b	9,04	2,75	8,39	2,49	3,350	0,069
CDI – Disforia	5,29	4,37	5,46	4,68	0,495	0,483
CDI – Autoestima	6,13	3,19	6,69	3,54	1,900	0,169
CDI – Total	11,42	6,75	12,15	7,52	1,222	0,270

* Diferencias significativas entre grupos. ^a CMAS-R ^b STAXI-NA

El análisis multivariado recogido en la Tabla 24 permitió contrastar las diferencias referentes al Sexo. En esta ocasión, sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala Expresión interna de la Ira del STAXI-NA, en la que las participantes de sexo femenino ofrecieron una puntuación más elevada que el sexo masculino.

Igualmente, el análisis multivariado realizado en función del Nivel Escolar, recogido en la Tabla 24, sólo detectó diferencias significativas para una de las variables evaluadas mediante el STAXINA, en este caso la Expresión externa de la Ira. En este caso los jóvenes de primaria obtuvieron puntajes inferiores en esta escala al compararlos con los de bachillerato.

Tabla 24. Comparación entre grupos (por Nivel Escolar) respecto a los problemas evaluados mediante los autoinformes CMAS, STAXI-NA y CDI.

Escala	Nivel Escolar				F	p
	Primaria (N = 56)		Bachillerato (N = 165)			
	M	DT	M	DT		
Ansiedad fisiológica ^a	4,50	2,34	4,47	2,30	0,766	0,383
Inquietud hipersensibilidad ^a	6,19	2,23	5,70	2,53	0,766	0,382
Preocupación social/concentración ^a	2,95	1,75	2,52	1,85	0,580	0,447
Mentira ^a	5,33	1,73	5,06	1,93	0,425	0,515
Ansiedad total ^a	13,64	5,19	12,70	5,55	0,080	0,777
Ira Estado - Sentimiento ^b	4,75	1,44	4,74	1,52	0,382	0,537
Ira Estado - Expresión verbal ^b	2,18	0,66	2,35	0,81	0,963	0,327
Ira Estado - Expresión física ^b	2,12	0,54	2,25	0,79	0,189	0,664
Ira Rasgo - Temperamento ^b	5,89	1,81	5,91	2,04	0,456	0,500
Ira Rasgo - Reacción Ira ^b	6,57	1,82	7,26	2,33	3,029	0,083
Expresión externa de la Ira ^b	6,43	2,00	7,18	2,14	5,797	0,017*
Expresión interna de la Ira ^b	7,30	2,12	7,49	2,10	2,498	0,115
Control Externo de Ira ^b	7,70	2,20	8,33	2,39	2,723	0,100
Control Interno de Ira ^b	8,41	2,76	8,87	2,61	2,082	0,150
CDI – Disforia	5,79	4,64	5,22	4,46	0,004	0,947
CDI – Autoestima	7,12	3,65	6,12	3,22	1,264	0,262
CDI – Total	12,91	7,39	11,35	6,96	0,330	0,567

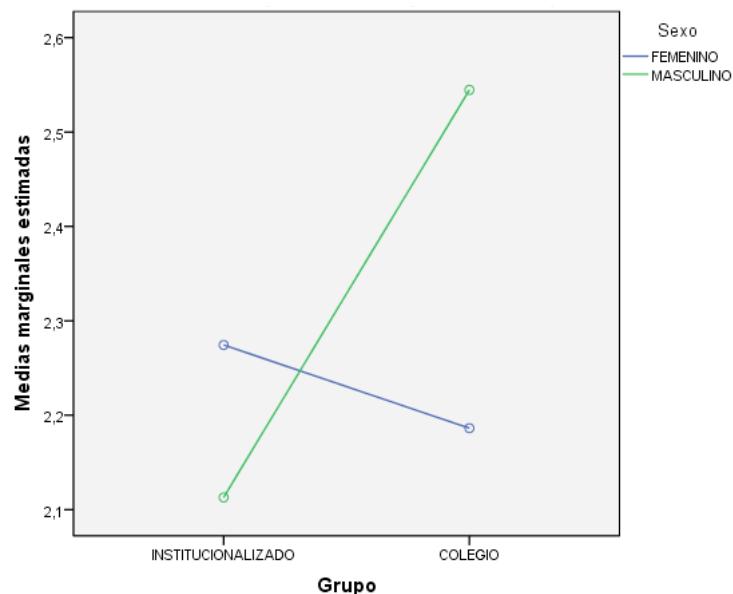
* Diferencias significativas entre grupos. ^a CMAS-R ^b STAXI-NA

El análisis de las interacciones entre los factores Grupo y Sexo, para las variables psicológicas de autoinforme, sólo encontró una interacción significativa respecto a la escala del STAXINA Ira-Estado-Expresión verbal, variable esta en la que no diferían los grupos Institucionalizado y Control (ver Tabla 23). En este caso, mientras que las mujeres participantes de ambos grupos mostraban niveles muy semejantes, las mayores diferencias se daban entre los participantes de sexo masculino. En la Tabla 25, y Figura 21, pueden comprobarse estos resultados.

Tabla 25. Interacción Grupo x Sexo respecto a los problemas evaluados mediante los autoinformes CMAS, STAXI-NA y CDI.

Escala	Grupos								F	p
	Institucionalizado				Control					
	Femenino		Masculino		Femenino		Masculino			
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
Ansiedad fisiológica ^a	5,24	2,27	4,96	1,72	4,34	2,45	3,12	2,20	0,121	0,729
Inquietud hipersensibilidad ^a	6,56	2,42	6,41	1,77	5,89	2,43	4,12	2,52	2,704	0,102
Preocupac. social/concentración ^a	3,29	1,86	3,13	1,39	2,13	1,90	1,88	1,70	0,961	0,328
Mentira ^a	5,20	1,90	4,96	1,67	5,16	2,03	5,18	1,91	0,031	0,861
Ansiedad total ^a	15,09	5,36	14,51	3,66	12,35	5,41	9,12	5,39	0,325	0,569
Ira Estado - Sentimiento ^b	5,19	1,72	4,88	1,62	4,50	1,45	4,34	0,90	1,259	0,263
Ira Estado - Expresión verbal ^b	2,32	0,70	2,18	0,60	2,31	0,86	2,43	0,93	4,259	0,040*
Ira Estado - Expresión física ^b	2,19	0,65	2,14	0,50	2,19	0,79	2,35	0,97	3,583	0,060
Ira Rasgo - Temperamento ^b	6,56	2,15	6,43	2,21	5,40	1,59	5,16	1,52	0,133	0,715
Ira Rasgo - Reacción Ira ^b	7,03	2,27	6,57	2,10	7,61	2,26	7,02	2,19	0,010	0,921
Expresión externa de la Ira ^b	7,27	2,20	7,22	2,50	7,15	1,97	6,14	1,62	0,405	0,525
Expresión interna de la Ira ^b	8,52	2,05	7,41	2,01	7,10	2,11	6,52	1,73	2,342	0,127
Control Externo de Ira ^b	8,08	2,21	7,63	2,53	8,11	2,40	8,90	2,19	0,819	0,366
Control Interno de Ira ^b	8,95	2,85	7,96	2,60	9,13	2,67	8,83	2,30	0,496	0,482
CDI - Disforia	6,60	5,00	6,73	4,65	3,98	3,19	4,16	4,34	0,001	0,978
CDI - Autoestima	7,10	3,23	7,71	3,62	5,16	2,88	5,59	3,16	1,221	0,270
CDI - Total	13,69	7,31	14,45	7,55	9,15	5,29	9,76	6,74	0,254	0,615

* Diferencias significativas entre grupos. ^a CMAS-R ^b STAXI-NA

**Figura 21. Interacción Grupo por Sexo STAXINA Ira-Estado-Expresión verbal.**

Finalmente, los análisis de las interacciones entre los factores Grupo y Nivel Escolar, y los tres factores analizados (Grupo, Sexo y Nivel Escolar), no encontraron ninguna interacción significativa, tal y como muestran las Tablas 26 y 27.

Tabla 26. Interacción Grupo x Nivel educativo respecto a los problemas evaluados mediante los autoinformes CMAS, STAXI-NA y CDI.

Escala	Grupos								F	p
	Institucionalizado				Control					
	Primaria		Bachillerato		Primaria		Bachillerato			
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
Ansiedad fisiológica ^a	4,95	2,30	5,21	1,90	3,56	2,20	3,89	2,43	0,036	0,849
Inquietud hipersensibilidad ^a	6,44	2,22	6,52	2,13	5,67	2,25	5,04	2,66	0,604	0,438
Preocupac. social/concentración ^a	3,40	1,47	3,13	1,76	2,00	1,97	2,04	1,79	0,037	0,847
Mentira ^a	5,38	1,78	4,95	1,80	5,22	1,70	5,15	2,04	0,237	0,627
Ansiedad total ^a	14,78	4,74	14,86	4,67	11,22	5,41	10,98	5,62	0,140	0,709
Ira Estado - Sentimiento ^b	4,97	1,62	5,10	1,71	4,28	0,83	4,46	1,30	0,069	0,793
Ira Estado - Expresión verbal ^b	2,13	0,47	2,33	0,73	2,28	0,96	2,37	0,89	0,744	0,389
Ira Estado - Expresión física ^b	2,05	0,32	2,23	0,68	2,28	0,83	2,26	0,89	1,314	0,253
Ira Rasgo - Temperamento ^b	6,21	1,83	6,66	2,32	5,22	1,63	5,31	1,56	0,427	0,514
Ira Rasgo - Reacción Ira ^b	6,66	1,89	6,92	2,35	6,39	1,72	7,53	2,30	1,193	0,276
Expresión externa de la Ira ^b	6,61	2,11	7,59	2,38	6,06	1,76	6,85	1,89	0,107	0,744
Expresión interna de la Ira ^b	7,63	2,15	8,23	2,05	6,61	1,94	6,91	1,97	0,914	0,340
Control Externo de Ira ^b	7,50	2,08	8,08	2,48	8,11	2,47	8,53	2,32	0,036	0,849
Control Interno de Ira ^b	8,45	2,63	8,55	2,86	8,33	3,12	9,13	2,38	0,223	0,637
CDI - Disforia	6,82	4,68	6,58	4,94	3,61	3,84	4,15	3,74	0,392	0,532
CDI - Autoestima	8,11	3,68	6,99	3,21	5,06	2,65	5,43	3,08	3,787	0,053
CDI - Total	14,92	7,13	13,56	7,53	8,67	6,16	9,59	5,96	1,751	0,187

* Diferencias significativas entre grupos. ^a CMAS-R ^b STAXI-NA

Tabla 27. Interacción Grupo x Nivel educativo x Sexo en los problemas evaluados mediante CMAS, STAXI-NA y CDI.

Escala	Grupos																F	p
	Institucionalizado								Control									
	Femenino				Masculino				Femenino				Masculino					
	Primaria		Bachiller		Primaria		Bachiller		Primaria		Bachiller		Primaria		Bachiller			
M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT			
Ansiedad fisiológica ^a	6,28	2,32	6,79	2,51	6,88	1,92	6,29	1,73	5,91	1,97	5,88	2,53	5,29	2,75	4,00	2,45	0,010	0,919
Inquietud hipersensibilidad ^a	3,38	1,55	3,22	2,11	3,46	1,29	3,05	1,41	1,36	1,50	2,29	1,95	3,00	2,31	1,73	1,53	2,672	0,104
Preocupac. social/concentración ^a	5,43	1,71	5,00	2,05	5,21	2,04	4,90	1,58	5,27	1,49	5,14	2,14	5,14	2,12	5,17	1,92	0,001	0,971
Mentira ^a	14,75	5,20	15,38	5,54	14,89	3,36	14,41	3,77	10,82	4,87	12,69	5,51	11,86	6,52	8,85	5,05	1,188	0,277
Ansiedad total ^a	5,07	1,63	5,29	1,80	4,70	1,64	4,92	1,63	4,00	0,00	4,61	1,58	4,71	1,25	4,29	0,84	1,048	0,307
Ira Estado - Sentimiento ^b	2,18	0,55	2,44	0,79	2,00	0,00	2,23	0,67	2,00	0,00	2,37	0,94	2,71	1,50	2,37	0,83	1,623	0,204
Ira Estado - Expresión verbal ^b	2,07	0,38	2,29	0,80	2,00	0,00	2,18	0,56	2,00	0,00	2,24	0,86	2,71	1,25	2,30	0,93	1,430	0,233
Ira Estado - Expresión física ^b	6,18	1,94	6,88	2,29	6,30	1,57	6,46	2,36	5,00	1,48	5,49	1,62	5,57	1,90	5,10	1,48	0,106	0,745
Ira Rasgo - Temperamento ^b	6,61	1,81	7,38	2,56	6,80	2,20	6,51	2,10	6,27	1,68	7,90	2,27	6,57	1,90	7,08	2,27	0,002	0,967
Ira Rasgo - Reacción Ira ^b	6,57	2,06	7,85	2,18	6,70	2,36	7,36	2,55	6,09	1,92	7,37	1,93	6,00	1,63	6,19	1,65	0,107	0,744
Expresión externa de la Ira ^b	7,86	2,01	9,06	1,94	7,00	2,49	7,51	1,89	6,45	2,21	7,24	2,08	6,86	1,57	6,50	1,77	0,111	0,739
Expresión interna de la Ira ^b	7,64	1,99	8,44	2,35	7,10	2,38	7,77	2,58	8,45	2,66	8,04	2,36	7,57	2,23	9,15	2,15	1,774	0,184
Control Externo de Ira ^b	8,79	2,70	9,09	3,00	7,50	2,27	8,08	2,69	8,64	3,50	9,24	2,49	7,86	2,61	8,99	2,27	0,021	0,885
Control Interno de Ira ^b	6,50	4,86	6,68	5,19	7,70	4,22	6,49	4,78	3,18	3,09	4,16	3,21	4,29	4,99	4,15	4,34	0,008	0,927
CDI – Disforia	7,50	3,13	6,76	3,31	9,80	4,69	7,18	3,15	5,18	2,09	5,16	3,04	4,86	3,53	5,78	3,13	1,680	0,196
CDI – Autoestima	14,00	6,50	13,44	8,01	17,50	8,50	13,67	7,19	8,36	4,80	9,31	5,42	9,14	8,30	9,93	6,63	0,451	0,503
CDI – Total	6,28	2,32	6,79	2,51	6,88	1,92	6,29	1,73	5,91	1,97	5,88	2,53	5,29	2,75	4,00	2,45	0,010	0,919

* Diferencias significativas entre grupos.

4.6. Relación entre informantes: padres/cuidadores, adolescentes y profesores.

Por último, se procedió a analizar la relación entre la información aportada por los padres o tutores y/o cuidadores con la auto-informada por los adolescentes, en aquellos instrumentos que miden las mismas variables, concretamente los procedentes del sistema ASEBA: el CBCL y el YSR. Así mismo se analizó la relación entre la información aportada por padres/cuidadores y los profesores de los adolescentes, en el único instrumento en que informaron ambos, el SDQ.

La Tabla 28 presenta las correlaciones entre los problemas de comportamiento informados por los propios adolescentes y los informados por padres y cuidadores en ambos instrumentos. Las correlaciones más altas correspondieron a los problemas de comportamiento externalizado, además de los problemas de atención tanto para la muestra total como para los dos grupos por separado. Considerando la muestra total, los informes de padres y cuidadores correlacionaban significativamente con los autoinformes de los adolescentes, en todas las escalas. Cuando se consideraron los grupos por separado se observó que también hubo una correlación significativa en todas las escalas en la información aportada por los adultos y los adolescentes del grupo institucionalizado. Sin embargo, los informes de adultos y adolescentes del grupo control correlacionaron significativamente en todas las escalas, excepto, en las escalas de aislamiento depresivo, problemas del pensamiento y conductas agresivas.

Tabla 28. Correlaciones entre los informes de los adolescentes (YSR) y padres o cuidadores (CBCL).

Escalas	Muestra Total (N = 222)	Grupo Institucionalizado (N = 111)	Grupo Control (N = 111)
Ansiedad/Depresión	0,229**	0,200*	0,285**
Aislamiento depresivo	0,160*	0,216*	0,109
Síntomas somáticos	0,232**	0,222*	0,237*
Problemas Sociales	0,234**	0,238*	0,296**
Problemas Pensamiento	0,247**	0,308**	0,084
Problemas de Atención	0,378**	0,464**	0,266**
Ruptura de Normas	0,451**	0,536**	0,366**
Conductas Agresivas	0,275**	0,429**	0,095
Síndromes Internalizados	0,242**	0,284**	0,209*
Síndromes Externalizados	0,350**	0,504**	0,196*

* La correlación es significativa al nivel 0,05.

** La correlación es significativa al nivel 0,01.

La Tabla 29 presenta las correlaciones entre los problemas de comportamiento informados por los padres y cuidadores y los informados por los profesores, en el SDQ. En general, las correlaciones más altas correspondieron a la Conducta Prosocial, los problemas de hiperactividad y los problemas de conducta (perturbadora). Estas mismas escalas también fueron las correlaciones más altas en el grupo Institucionalizado cuando se consideraron los grupos por separado, es decir, Conducta Prosocial, seguidas de Hiperactividad y los Problemas de Conducta, mientras que en el grupo control las más altas correspondían a la Hiperactividad, los Síntomas Emocionales y los Problemas con los Compañeros. En todos los casos, los informes de padres/cuidadores y profesores correlacionaban de forma significativa, aunque eran superiores las obtenidas en el grupo institucionalizado.

Tabla 29. Correlaciones entre los informes de los padres/cuidadores y profesores en el SDQ.

Escalas	Muestra Total (N = 222)	Grupo Institucionalizado (N = 111)	Grupo Control (N = 111)
Síntomas emocionales	0,551*	0,644*	0,466*
Hiperactividad	0,651*	0,756*	0,494*
Problemas con compañeros	0,572*	0,678*	0,464*
Conducta Prosocial	0,656**	0,776*	0,417*
Problemas de Conducta	0,627*	0,725*	0,421*

* La correlación es significativa al nivel 0,05.

** La correlación es significativa al nivel 0,01.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

1. Discusión.

La existencia de problemas y trastornos psicológicos en la infancia y adolescencia es una lamentable realidad. Por tanto, es primordial la detección de psicopatología en edades iniciales ya que muchos trastornos de inicio temprano tienen un peor pronóstico y presentan mayores recidivas que aquellos que se inician en la adultez (Ernst y Goldberg, 2004; Ropcke y Eggers, 2005; Ashford, Smit, van Lier, Cuijpers, Koot, 2008). Los niños conforman el grupo más vulnerable de un país y dentro de ese grupo están los niños privados del cuidado de sus progenitores. Los niños institucionalizados, son producto de la pobreza, el desarraigo, las familias disfuncionales, la orfandad, la carencia de lazos afectivos, el estrato social bajo, el maltrato, la enfermedad, la soledad, nexos familiares inmersos en la desprotección y el abandono. En consecuencia, es el estado y las instituciones privadas quienes asumen parte de este rol protector. No obstante, aunque algunas necesidades sean cubiertas, parece indiscutible que la privación deja huellas en su salud y bienestar mental. El niño institucionalizado debe ser considerado en una situación de alto riesgo, en la cual convergen elementos de diverso orden: biológico, psicológico, social, físico, cultural y económico. A esto se pueden añadir características propias de la institución, las características propias de los cuidadores y las diferencias individuales intervinientes en la experiencia de institucionalización.

Por otra parte, es evidente que la institucionalización es un problema de gran magnitud debido no sólo a las consecuencias que genera en el propio niño,

sino también, a la heterogeneidad de factores implicados como son: las políticas de protección de niños, niñas y adolescentes, la infravaloración de la población, la ausencia de registros institucionales, razones de ingreso, entre otras. A esto se suma el hecho de que, la mayor parte de la evidencia es de origen anglosajón, por lo que es fundamental profundizar en su estudio en Latinoamérica, ya que se ha demostrado a lo largo de este trabajo su imperiosa necesidad debido al uso inadecuado del cuidado alternativo residencial y la situación de los niños, niñas y adolescentes en cuidado institucional en estos países.

El objetivo general del presente estudio fue *analizar los problemas externalizados e internalizados de preadolescentes y adolescentes venezolanos institucionalizados, en términos de lo que se denomina actualmente acogimiento residencial*, en una muestra de niños y adolescentes venezolanos seleccionados en base al hecho de estar institucionalizados o convivir con sus familias. Los adolescentes y preadolescentes institucionalizados lo estaban por diversas razones, pero no por problemas legales.

Para alcanzar dicho objetivo se propuso un estudio de tipo cuasi-experimental, de carácter transversal, con dos grupos de jóvenes seleccionados en base a la experiencia de estar o no institucionalizados. Se partió de una muestra total de 409 adolescentes y preadolescentes entre los 11 y 15 años, venezolanos tanto institucionalizados como no, que fueron evaluados en su totalidad. Los adolescentes institucionalizados pertenecían a asociaciones civiles y entidades de protección. El grupo normalizado estaba conformado por adolescentes de colegios de la comunidad. Tras la evaluación de los menores se obtuvieron resultados completos de 111 adolescentes institucionalizados, de los 117 con los que se contaba inicialmente, y se seleccionó al azar otro grupo de 111 adolescentes entre los 292 que pertenecían a los colegios de la comunidad, que constituyeron el grupo Control.

De acuerdo a los resultados del estudio, en líneas generales, puede confirmarse que los niños, niñas y adolescentes institucionalizados demuestran tener más problemas de comportamiento, tanto internalizados como externalizados, comprometiendo así diversas áreas de su funcionamiento. No obstante, se hizo evidente también que algunos problemas los resultados eran bastante heterogéneos. Sobre este último aspecto, es preciso recordar que se

empleó una evaluación de múltiples informantes, lo que pudo dar lugar a esta variabilidad.

A continuación se discutirán los resultados obtenidos en el estudio, en función de los objetivos específicos que se habían propuesto, y se valorará el cumplimiento o no de las hipótesis formuladas.

1.1. Primer objetivo específico.

En primer lugar, se pretendía *identificar las competencias psicosociales y académicas de niños y adolescentes institucionalizados en comparación con una muestra control no institucionalizada.*

La revisión bibliográfica nos permite afirmar que, efectivamente, las privaciones que han vivido y a las que están expuestos los niños institucionalizados pueden conllevar a una serie de alteraciones, no solo a nivel físico sino también académico y socio-emocional que afectan su funcionamiento. Los resultados obtenidos en este estudio muestran que, en líneas generales, las competencias psicosociales reportadas por los niños institucionalizados (YSR) eran inferiores en comparación con los niños que conviven con sus familias, en lo que respecta al rendimiento escolar, no siendo así en las relaciones sociales. Así, el rendimiento escolar de los niños institucionalizados era significativamente inferior que el de los niños que conviven con sus padres, aunque sólo cuando informaban los propios menores. Igualmente, los niños institucionalizados, que eran de la misma edad que sus controles normalizados, estaban escolarizados en cursos inferiores a los que les correspondían por su edad, en los que sí estaban escolarizados los participantes del grupo control. Estos resultados guardan relación con los hallazgos encontrados por Behen, Helder, Rothermel, Solomon y Chugani (2008) donde niños que habían experimentado graves carencias mostraron déficits a nivel funcional a pesar de la integridad de las funciones básicas.

Además, los niños institucionalizados afirmaban involucrarse más en deportes, pasatiempos y en los trabajos o tareas de la casa o comunidad, así como tener una mejor habilidad para llevarlas a cabo en comparación con los otros adolescentes. Esto podría deberse a que en las diferentes instituciones se distribuyen entre todos los integrantes las responsabilidades para llevar a cabo el mantenimiento de la casa. Sin embargo, estos resultados no fueron corroborados, por los informes de padres y cuidadores a través del CBCL, ya que los niños

institucionalizados obtuvieron puntajes inferiores en casi todas las competencias psicosociales evaluadas con respecto al grupo de niños que conviven con su familia. Estas incluían la pertenencia a grupos o equipos, el grado de implicación en esos grupos, deportes, tiempo y habilidad para sus pasatiempos favoritos, el número de amigos íntimos y la habilidad para llevar a cabo las tareas.

De acuerdo a los informes de padres y cuidadores también hubo diferencias significativas en relación a las veces por semana que los menores comparten su tiempo con amigos, juegan y hacen sus tareas solos, o en el número de amigos íntimos. Se observa con estos resultados que las redes de soporte social con que cuenta el niño institucionalizado son menores, tal y como señalan Eapen (2009) y Rutter (2000).

Debido a los resultados anteriormente señalados se puede decir que se confirma parcialmente la **hipótesis número 1**, ya que en algunas áreas y según los informantes con los que se cuenta, “los adolescentes institucionalizados tienen mayor déficit en las competencias psicosociales y académicas que los miembros de la muestra control no institucionalizada.

La discrepancia observada entre padres o cuidadores y los autoinformes de los adolescentes será tratada más adelante.

1.2. Segundo objetivo específico.

Se pretendía, en segundo lugar, *comparar ambos grupos respecto a los problemas de comportamiento externalizado e internalizado y los índices clínicos multidimensionales, tanto auto-informados como los informados por sus tutores y/o cuidadores,*

Los hallazgos más relevantes en relación a este objetivo se obtuvieron en relación a los problemas de comportamiento reportados en función del grupo de pertenencia, ya que podemos afirmar la presencia de diferencias tanto en la escala de banda estrecha como en la escala de banda amplia de la escala multidimensional YSR utilizada en este estudio. Con los datos obtenidos en esta escala de autoinforme se hallaron diferencias significativas en todas las escalas de síndromes de banda estrecha, siendo los niños institucionalizados los que alcanzaron puntuaciones peores en comparación con el grupo control. Las puntuaciones más altas se encontraron en la puntuación total de problemas, síndromes externalizados, síndromes internalizados, y conducta agresiva. No

obstante, en los informes de los padres (grupo Institucionalizado) y cuidadores (grupo Control) no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

Los resultados obtenidos en base a la información proporcionada por los adultos coinciden con los hallazgos de Smyke et al. (2007), ya que ellos también encontraron que los problemas externalizados e internalizados no fueron más comunes en los niños institucionalizados que los niños que viven con sus familias. Evidentemente, esto es contradictorio con los resultados obtenidos en base a los autoinformes de los participantes en este estudio, que sí guardan similitud con las investigaciones de Muris y Maas (2004) que encontraron que los niños institucionalizados tuvieron niveles más bajos de conducta prosocial y los niveles más altos en psicopatologías que los niños no institucionalizados. Esto también concuerda con estudios que sugieren que hay una variedad de trastornos emocionales y de comportamiento disruptivo en niños institucionalizados (Rutter y Sonuga-Barke, 2010).

Nuestros resultados indican, en cualquier caso, que los adolescentes institucionalizados presentan índices más elevados de problemas de comportamiento que los que viven con sus familias, cuando estos son auto-informados, pero también indican que esta información no se ve confirmada por los adultos responsables de su cuidado.

Al observar por separado los resultados de cada grupo, se detalla que las puntuaciones más altas en relación al grupo institucionalizado, en orden decreciente son: puntuación total de problemas, síndromes externalizados y síndromes internalizados. Mientras que, en el grupo que vive con sus padres es: la puntuación total de problemas, síndromes externalizados y síndromes internalizados. Es decir, las conductas problemáticas más frecuentes en ambos grupos es la misma.

Se podría deducir también que los resultados de nuestro estudio son diversos porque como se señaló anteriormente la mayoría de los comportamientos de los jóvenes que se encontraban institucionalizados presentaron déficit en diversas áreas de su funcionamiento. Este resultado es también concordante con el estudio de Rutter et al. (2001) quienes encontraron resultados heterogéneos en las respuestas de los niños que habían sufrido privación institucional severa. En ese caso, de los siete dominios evaluados los problemas de apego, la falta de atención/hiperactividad, características cuasi-autistas y deterioro cognitivo se asociaron con la privación institucional. Por el

contrario, las dificultades emocionales, relaciones deficientes con sus pares y problemas de conducta no se asociaron con la institucionalidad. Otro aspecto a resaltar de su estudio fue que una quinta parte de los niños que tenían más tiempo en las instituciones mostró un funcionamiento normal.

En relación a este objetivo, se planteó la pregunta siguiente: *¿cuáles son los problemas de comportamiento en la muestra total en relación al sexo de los participantes?* Según los resultados hubo diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de los informes de padres y cuidadores, y en algunos autoinformes de niños, niñas y adolescentes en función del sexo de los participantes. En los autoinformes las adolescentes obtuvieron puntajes más elevados en problemas de pensamiento y la puntuación total de problemas. Caso contrario con los informes de padres y cuidadores donde el sexo masculino reportó puntajes más altos en problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas de atención, ruptura de normas, conducta agresiva, síndromes externalizados y la puntuación total de problemas, y menos en síntomas somáticos donde fue el grupo de las jóvenes el que puntuó más alto.

Se percibe en nuestros resultados que los varones tienen mayor carga de problemas de comportamiento que las niñas, lo que es más cierto cuando se trata de problemas de carácter externalizado o de conducta perturbadora. En sentido similar, van las conclusiones de Messer, Goodman, Rowe, Meltzer y Maughan (2006); Veenstra, Lindenberg, Oldehinkel, De Winter y Ormel (2006). Igualmente, guardan relación con el estudio BEIP (Zeanah et al., 2009).

Se sabe que los adolescentes varones tienen una mayor prevalencia de trastornos externalizados, en comparación con sus pares femeninas, y que las adolescentes mujeres sufren más trastornos interiorizados (Schmid et al., 2008; Valencia-García y Andrade-Palos, 2005; y Zeanah et al., (2009). Similares resultados han obtenido también Rubio-Stipec et al. (2003) quienes encontraron que los trastornos disruptivos fueron más prevalentes en los niños y los trastornos depresivos en las niñas. En este sentido los resultados obtenidos en este estudio son concordantes con una amplia literatura previa.

Ahora bien, en cuanto a la pregunta sobre *cuáles son los problemas de comportamiento que se presentan en la muestra total en función del nivel escolar*, los autoinformes indicaron que en ruptura de normas, conducta agresiva, síndromes externalizados y puntuación total los niños, niñas y adolescentes de bachillerato puntuaron más alto que los jóvenes de primaria. Sin embargo, en

función de la información de padres y tutores no se obtuvieron diferencias significativas respecto a los problemas de los dos niveles escolares

Los resultados pudieran interpretarse como que los jóvenes de bachillerato gestionan de manera diferente los conflictos y situaciones que experimentan, cuando se les compara con jóvenes de primaria. Lamentablemente, en este caso lo hacen de forma disfuncional. Pudiera ser porque la etapa de bachillerato implica un proceso de adaptación al nuevo ciclo escolar que probablemente le genere cambios difíciles de asimilar, por ejemplo, adaptarse a nuevos compañeros y profesores, a nuevo centro escolar, la modalidad de estudio es diferente a la anterior, el horario escolar es más intensivo, los centros son más grandes y por consiguiente no hay una atención tan individualizada como en primaria, mayores exigencias no sólo a nivel educativo sino también de regulación y control emocional, entre otros.

Considerando la pregunta acerca de *si existen efectos de interacción entre el grupo y el sexo*, sí se encontraron interacciones significativas en las escalas de aislamiento depresivo autoinformada, y de problemas sociales, según el informe de padres y cuidadores. En la primera fueron las niñas institucionalizadas las que obtuvieron mayor puntaje mientras que los varones institucionalizados tienen más problemas sociales. Esto significa que la condición de ser niña y estar institucionalizada favorece el desarrollo de ansiedad y depresión. Pero, el ser varón y vivir en acogimiento institucional influye en los problemas sociales.

Los seres humanos son sociables por naturaleza, por lo cual se espera que cualquier psicopatología que presente tenga efectos negativos sobre su estado de ánimo y sobre su comportamiento social. Por lo tanto, los problemas de los jóvenes que viven en las instituciones pudieran ser una consecuencia de las diversas privaciones a las que están expuestos. Tal como reportan las investigaciones de Rutter et al. (2001).

También se planteó la pregunta sobre *si hay efectos de interacción entre el grupo y el nivel escolar*. En nuestro estudio sólo se encontraron interacciones entre ambas variables en los problemas sociales, síndromes internalizados y en la puntuación total, según la información de padres y cuidadores. Así, los jóvenes de primaria institucionalizados tenían más problemas sociales, síndromes internalizados y puntuación total en los informes de padres y cuidadores. De lo cual se puede inferir que, vivir en instituciones y estar en primaria incrementa la

probabilidad de problemas sociales, síndromes internalizados y problemas en general.

En este caso quizás los padres y cuidadores perciben más problemas que los propios niños porque tienen criterios de madurez diferentes para evaluar los problemas. Además, tienen mayores oportunidades de observar el comportamiento de los niños de primaria porque éstos necesitan mayor supervisión.

En lo que respecta a *si existen efectos de interacción entre el grupo, sexo y nivel escolar* únicamente fueron estadísticamente significativos los relativos a los autoinformes en ansiedad-depresión, y en la escala de ruptura de normas según los informes de padres y cuidadores. Así, las niñas y las adolescentes institucionalizadas que cursan primaria fueron las que puntuaron más alto en ansiedad-depresión. Mientras que en ruptura de normas la puntuación más alta correspondió a los niños y los adolescentes institucionalizados que cursan bachillerato. En este caso parece que ser del sexo femenino, estar institucionalizada y estudiar enseñanza primaria hace más probable el desarrollo de ansiedad-depresión. Sin embargo, pertenecer al sexo masculino, estar institucionalizado y en enseñanza de bachillerato está relacionado con mayores niveles de ruptura de normas.

Otro de los hallazgos relevantes está relacionado con la pregunta sobre *cuáles son los índices clínicos en los problemas reportados en función del grupo de pertenencia*. Antes de empezar a comentar los resultados en relación con esta parte del objetivo, es importante aclarar dos aspectos. En primer lugar, no ha sido objeto de estudio, emitir juicios diagnósticos, y en segundo lugar, que los instrumentos aplicados no están diseñados para la realización directa de un diagnóstico clínico. Los instrumentos sólo cumplen funciones orientativas sobre la psicopatología presentada por los jóvenes. Sin embargo, las escalas multidimensionales del sistema ASEBA permiten en la actualidad la valoración de los cuestionarios clásicos YSR y CBCL considerando las escalas clínicas orientadas al DSM que se han elaborado.

En este caso, tomando en cuenta los resultados de nuestro estudio, los niños, niñas y adolescentes institucionalizados muestran puntuaciones peores en todos los índices clínicos que los del grupo Control, cuando se considera la información de autoinforme con el YSR. Es decir, presentan puntuaciones más altas en los autoinformes, aunque cuando se consideran informes de padres y

cuidadores sólo mostraron diferencias significativas respecto a un mayor nivel de cualidades positivas.

En cuanto a nuestros resultados, se puede ver que van en la misma línea que los informados por McCann et al. (1996) quienes al comparar adolescentes en acogimiento residencial con adolescentes que vivían con sus propias familias encontraron que la prevalencia de psicopatologías en los adolescentes fue del 67% frente al 15% del grupo de comparación, de los cuales el 96% de los adolescentes se encontraban en las instituciones. Las puntuaciones peores se encontraban en el grupo institucionalizado, las más frecuentes fueron: trastornos de conducta (22, 28%), trastornos de ansiedad generalizada 20, 26%, trastorno depresivo mayor (23%), TDAH y otros trastornos depresivos. Seguidos de psicosis funcional no especificada, trastorno de la personalidad de tipo evitativo y trastorno oposicionista-desafiante.

También están relacionados con los resultados de Goodman et al. (2004) quienes hicieron un cribado de problemas de salud mental y encontraron que la proporción de niños institucionalizados con un “probable” diagnóstico clínico específico que a su vez podría ser clasificado como “trastornos de conducta”, “trastornos de hiperactividad” “trastornos emocionales” y “cualquier desorden” fue: algún trastorno (84.8%), trastorno oposicionista-desafiante (83.1%), TDAH (63.8%), algún trastorno de ansiedad o depresión (43.4%) y diagnósticos menos comunes, tales como trastornos del espectro autista y trastornos de la conducta alimentaria. Salvo una excepción, en la mayoría de casos se detectó la presencia de “algún trastorno” y la predicción específica fue más frecuente en “trastornos de conducta”, seguidos de “trastornos de hiperactividad” y por último, de “trastornos emocionales”.

En línea con Ford et al. (2007) los que compararon niños cuidados por el sistema público con niños desfavorecidos pero que viven en hogares privados, y concluyeron que los jóvenes en acogimiento residencial tenían niveles más altos de psicopatología, dificultades educativas y trastornos del neurodesarrollo. Entre los trastornos con mayor ocurrencia se pueden mencionar: algún trastorno psiquiátrico, algún trastorno de ansiedad (los más frecuentes fueron el trastorno de ansiedad por separación, trastornos de estrés posttraumático, trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos de ansiedad), depresión, hiperkinesia, trastorno oposicionista-desafiante y trastornos de conducta.

Schmid et al. (2008) también encontraron resultados parecidos, donde la prevalencia de los trastornos mentales en niños de atención residencial fue del 59,9%, con un predominio de los trastornos externalizados y los trastornos disruptivos. El 81,15% alcanzó una puntuación global en el rango clínico y una tasa de trastornos comórbidos del 37%, además de una puntuación significativa en deterioro del funcionamiento psicosocial. Los problemas más frecuentes fueron: trastornos de conducta, TDAH, depresión, distimia, al menos un trastorno mental, entre otros.

En épocas más recientes, se ha concluido que los jóvenes institucionalizados fueron significativamente más propensos a cumplir con los criterios para cualquier trastorno mental (61.5%), así como trastornos externalizados (28.8%), trastornos internalizados (42,2%) y TDAH (23.1%), entre otros (Zeanah, et al., 2009).

Pero, un dato que también preocupa es que los niños, niñas y adolescentes no se perciben con cualidades positivas significativas, las puntuaciones altas de cualidades positivas se basan únicamente en la información de padres y cuidadores. Sobre todo, teniendo en cuenta que las cualidades positivas es una evaluación de las fortalezas individuales y gran parte de ellas se refieren a comportamientos prosociales. Los puntajes altos en esta escala pueden actuar como mediadores con los problemas de comportamiento, además, como factores protectores durante el período infanto-juvenil, por consiguiente, deben ser alentados y fortalecidos. En consecuencia, la auto-percepción de los jóvenes sobre sus fortalezas también puede haber influido en los resultados sobre su propio comportamiento.

Ahora bien, nuestros resultados muestran otro dato bastante relevante en relación a las cualidades positivas de los niños y adolescentes del grupo institucionalizado ya que fueron los mejores en este sentido comparados con el grupo que vive con sus padres. Ello podría explicar porque los informes de padres y cuidadores no revelan tantos problemas de comportamiento en el rango clínico en comparación con los autoinformes. Posiblemente, estas cualidades positivas están actuando como mediadoras en el comportamiento ante la vista de los cuidadores. Igualmente, las cualidades positivas de los jóvenes institucionalizados pueden estar relacionadas con interacciones más positivas con los cuidadores, de tal manera que la actitud amable y colaboradora de los niños y adolescentes puede fomentar un ambiente de mayor cohesión, lo que a su vez facilita a los cuidadores manejar un niño con estas características.

Alternativamente, un entorno más positivo puede promover cualidades positivas juveniles, por ejemplo, ser colaborador, propiciar las buenas relaciones interpersonales, entre otros.

La pregunta acerca de *cuáles son los índices clínicos en los problemas reportados en la muestra total en relación al sexo de los participantes* se encontraron diferencias estadísticamente significativas en problemas de estrés posttraumático y cualidades positivas cuando eran informados por los propios participantes. Esto no fue así cuando la información procedía de padres y cuidadores, ya que en este caso hubo diferencias respecto a los problemas somáticos, problemas de atención e hiperactividad, problemas oposicionistas/desafiantes y problemas de conducta. Los varones obtuvieron puntajes peores (más altos) en las tres últimas categorías mencionadas, mientras que las adolescentes lo hicieron respecto a los problemas somáticos y trastornos de estrés posttraumático, así como en las cualidades positivas, aunque en este caso ese puntaje mayor debe ser considerado como positivo.

Análogos resultados a estudios previos que plantean que la influencia del género fue variada dependiendo de los diferentes tipos de trastorno o problema. Las niñas eran más propensas a tener trastorno de estrés post-traumático; los muchachos más propensos a ser diagnosticados con trastorno hiperactivo, y trastorno negativista desafiante (Ford et al., 2007).

En cierto modo, los datos obtenidos guardan concordancia con estudios recientes que señalan que entre los jóvenes en acogimiento institucional los varones fueron más sintomáticos que las niñas (Zeanah, et al., 2009) porque en algunas escalas de problemas el sexo masculino tiene puntuaciones peores comparados con el femenino.

También son similares a los datos reportados en la literatura, específicamente, relacionados con el trastorno de déficit de atención e hiperactividad en población venezolana normalizada (Montiel-Nava, Peña y Montiel-Barbero, 2003; Montiel-Nava, Peña, Montiel-Barbero y Polancsyk, 2008; Montiel-Nava, Peña, López., et al., 2002).

En lo que respecta a las cualidades positivas, nuestros datos son coincidentes con investigaciones anteriores que afirman que en líneas generales los adolescentes en muchos países calificaron alto en la escala de cualidades positivas. Sin embargo, las niñas obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los niños en la escala de cualidades positivas y los adolescentes

mayores obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los adolescentes más jóvenes. Las puntuaciones bajas en cualidades positivas pueden reflejar mayores presiones sociales contra las personas que parecen presumidas. Aunque las cualidades positivas son elegidas como las características deseables, los adolescentes generalmente las avalan como reflejo de sí mismos (Rescorla, Achenbach, Almqvist, et al., 2007).

En relación con la pregunta de *cuáles son los índices clínicos en los problemas reportados en la muestra total en función del nivel escolar*, los niños, niñas y adolescentes de bachillerato muestran puntuaciones más elevadas que el grupo de primaria en problemas de conducta y problemas de estrés posttraumático, en base a los autoinformes. Llama la atención que las personas significativas para los jóvenes no avalan dichos problemas, por tanto, es el propio joven que se percibe de esta manera.

La respuesta a la pregunta sobre *si existen efectos de interacción entre el grupo y el sexo en los índices clínicos*, es que solamente hubo una interacción en problemas de estrés posttraumático y cualidades positivas autoinformadas. Los participantes de sexo femenino que viven en las instituciones obtuvieron las calificaciones más altas. Esto significa que ser una niña o una adolescente institucionalizada muestra niveles más altos de problemas de estrés posttraumático, así como también, tener mayores cualidades positivas.

Los resultados en conjunto, es decir, de los autoinformes e informes de padres y cuidadores podrían sugerir que la cohesión con el cuidador podría estar asociada con el manejo de los problemas de comportamiento. Siendo esta cohesión más evidente en las niñas institucionalizadas. Otra posibilidad puede ser que la cohesión con la institución puede constituirse en una vía por la cual las niñas y adolescentes con cualidades positivas que viven en acogimiento residencial demuestran resiliencia en edades tempranas. Esto apoyaría la tesis de Holmbeck et al., (2002).

Continuando con la pregunta acerca de *si hay efectos de interacción entre el grupo y nivel escolar en los índices clínicos* se observan valoraciones estadísticamente significativas en los informes de padres y cuidadores que reportan problemas de ansiedad y problemas de estrés posttraumático. Siendo los jóvenes que viven con sus familias y que estudian bachillerato los que registraron puntajes más altos y los jóvenes institucionalizados de primaria, respectivamente.

Los altos niveles de adversidad psicosocial, así como la tolerancia hacia la frustración y los mecanismos de afrontamiento proporcionan una explicación para los índices clínicos reflejados en problemas de estrés postraumático de los niños y adolescentes institucionalizados. Y en el caso de los jóvenes de bachillerato que viven con sus padres los problemas de ansiedad podrían indicar que el incremento de demandas asociadas a la edad les hacen sufrir más miedos y preocupaciones.

Finalmente, se formuló la pregunta de *si existen efectos de interacción entre el grupo, sexo y nivel escolar en los índices clínicos*, pero ésta sólo se encontró en las escalas de problemas somáticos y cualidades positivas del instrumento de autoinforme (YSR). Así, las jóvenes de sexo femenino institucionalizadas y que cursaban estudios de primaria tuvieron peores puntuaciones en problemas somáticos y las jóvenes de sexo femenino que vivían con sus familias y que cursaban estudios de primaria obtuvieron puntuaciones más favorables en cualidades positivas. Ello significa que, la condición de ser mujer, estar institucionalizada y cursar enseñanza primaria estaba asociada a un mayor nivel de problemas somáticos. Sin embargo, pertenecer al sexo femenino, vivir con los padres y estudiar primaria se asocia con mayor nivel de cualidades positivas.

Las jóvenes de sexo femenino institucionalizadas que cursan primaria, posiblemente tienen mayores problemas somáticos (quejas) porque se sienten más solas y tristes y tienen un manejo disfuncional de sus conflictos. Además, generalmente esas quejas por problemas somáticos están relacionadas con la ansiedad y los trastornos afectivos. Como se detalló en el reporte grupal de problemas de comportamiento, los autoinformes reportan problemas de este tipo en el grupo que vive en acogimiento residencial. El efecto de interacción indica que no sólo la institucionalización está relacionada con un mayor nivel de quejas somáticas, sino que también influyen el nivel escolar y el sexo.

Considerando los resultados obtenidos en relación con este segundo objetivo, se puede considerar que la **hipótesis 2** del estudio se ve confirmada sólo parcialmente. Es decir, *los menores institucionalizados presentan más problemas de comportamiento externalizado e internalizado, o mayores puntuaciones en índices clínicos*, cuando son ellos mismos los que informan sobre su comportamiento en instrumentos del sistema ASEBA. En ese caso sí parece que presenten mayores problemas que sus compañeros no institucionalizados. Sin embargo, cuando se considera el informe de padres o cuidadores, los resultados

no corroboran esta hipótesis, ni cuando se estudian los problemas internalizados y externalizados, ni cuando se consideran los índices clínicos. Además, algunas de las diferencias detectadas están relacionadas también con el sexo y nivel escolar de los participantes.

1.3. Tercer objetivo específico.

Este objetivo era *comparar la información aportada por padres, profesores y cuidadores sobre el comportamiento problemático y comportamiento disruptivo de preadolescentes y adolescentes institucionalizados y los jóvenes que viven con sus familias*. En este caso, se consideraron instrumentos de evaluación diferentes a los utilizados en los dos primeros objetivos. Por una parte el instrumento de evaluación SDQ (Goodman, 1997), que es un instrumento multidimensional de *screening* para la evaluación de problemas de comportamiento similares a los valorados por el sistema ASEBA. Este instrumento se utilizó tanto con los padres o cuidadores como con los profesores de los niños. Además, se utilizó también información aportada por los profesores a través del cuestionario EDAH, centrado en conductas disruptivas o perturbadoras.

Los hallazgos más importantes relacionados con este objetivo fueron los concernientes con la primera pregunta sobre si *hay diferencias en los problemas de comportamiento en función del grupo de pertenencia*, ya que se puede constatar que, ciertamente, hubo diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de los problemas reportados tanto por padres como por profesores y cuidadores. En el caso de los profesores hubo diferencias en todos los problemas informados, excepto, en el comportamiento prosocial. En los reportes de padres o cuidadores se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables, salvo en los síntomas emocionales. Los niños, niñas y adolescentes en acogimiento institucional alcanzaron puntuaciones peores que el grupo control en todas las escalas de problemas, menos en el reporte de los padres y cuidadores acerca del comportamiento prosocial. Los problemas más relevantes reportados por los informantes fueron: síntomas emocionales, hiperactividad, problemas con los compañeros, problemas de conducta y déficit de atención.

Como ya se ha comentado antes, los problemas en diversas áreas del funcionamiento de los niños, niñas y adolescentes que viven en acogimiento residencial en comparación con jóvenes que viven con sus familias de origen han

sido informados por estudios anteriores. Brevemente se expondrán algunos estudios, en vista de que ya se han ejemplificado lo suficiente.

Ha tal sentido, los resultados de Groza (1999) sugieren que los niños que han sido institucionalizados tienen más problemas de comportamiento que los niños de la muestra normalizada. Evidencias longitudinales previas han reportado en la evaluación de diferentes informantes que los niños que habían sido institucionalizados tenían puntuaciones más bajas en el desarrollo cognitivo, eran menos seguros y eran menos capaces de comprender las emociones que los niños criados por su familia (Vorria, et al., 2006). También son congruentes con resultados del estudio ERA señalados recientemente que indican altas tasas de problemas conductuales y emocionales en población infanto-juvenil institucionalizada (Sonuga-Barke et al., 2010).

Ahora bien, en relación a los resultados de nuestro estudio y analizando por separado el comportamiento de cada grupo, se puede observar que las puntuaciones más elevadas del grupo institucionalizado fueron en trastornos de conducta y comportamiento prosocial informados tanto por profesores como por padres o cuidadores. Mientras que, en el grupo que vive con sus padres, las puntuaciones más altas correspondieron al comportamiento prosocial informado por profesores, padres o cuidadores y por último, los trastornos de conducta. Es evidente que aunque los informes enfatizan sobre los mismos comportamientos, su prioridad es completamente a la inversa. Además, no es lo mismo reportar el comportamiento de una conducta positiva como es el comportamiento prosocial que destacar problemas o alteraciones del comportamiento como son los trastornos de conducta. Una explicación posible para estos resultados es que debido a las carencias sufridas por el grupo institucionalizado los efectos sobre el comportamiento son más graves que en el grupo que vive con sus padres. Por otra parte, la naturaleza del ser humano es ser social, por lo que las relaciones sociales positivas son muy importantes para su desarrollo pleno, y el comportamiento prosocial forma parte de ellas. Si consideramos que el comportamiento prosocial, es el resultado de una salud mental positiva se puede inferir entonces que esto podría ser un factor de protección que tienen los niños, niñas y adolescentes institucionalizados de la muestra analizada.

Otra posibilidad para estos resultados en el comportamiento prosocial podría ser que los jóvenes que viven en las instituciones como ya han experimentado pérdida, pueden tratar de evitar el abandono mediante el fortalecimiento de sus habilidades sociales. Se observa que aunque es importante

para cada grupo de jóvenes, los informes reportan que el comportamiento prosocial es más significativo para los niños, niñas y adolescentes que viven con sus padres, probablemente porque cuentan con más redes de apoyo o porque las redes de apoyo disponibles son diferentes. Los resultados guardan similitud con los estudios que indican que el comportamiento prosocial puede desarrollarse en la más adversa de las condiciones sociales (Aguilar-Vafaie et al., 2011; Macfie et al., 1999; Reinoso y Forns, 2010).

En cualquier caso, también es interesante destacar que mientras que padres y cuidadores informan de que los menores institucionalizados muestran un nivel significativamente inferior de conducta prosocial, no se encuentra la misma diferencia cuando son los profesores los que informan. En este caso, la información aportada por los profesores resulta interesante, puesto que son profesionales acostumbrados al trato con adolescentes, y sensibles a sus problemas y dificultades.

En este sentido parece importante observar el comportamiento de los jóvenes en su propio contexto porque los patrones de comportamiento podrían variar dependiendo del contexto y de las personas que le rodean. Es por ello que la manera más adecuada de conocerlo y evaluarlo es a través de los diferentes informantes en diferentes contextos interpersonales y comunitarios (Achenbach, et al., 1987; Fergusson y Horwood, 1993; Kazdin, 1979; Steinberg y Morris, 2001; Verhulst y Akkerhuis, 1989).

Hay dos aspectos claramente evidentes en nuestros resultados y es que existe ausencia de concordancia en algunos problemas reportados, tal es el caso de los informes de los padres o cuidadores, donde hay diferencias significativas en el ámbito prosocial, mientras que, no sucede así en los informes de los profesores. Por otro lado, en el reporte de los padres o tutores no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a síntomas emocionales, sin embargo, en los reportes de los profesores si hay diferencias significativas. Una posibilidad para este tipo de resultados es que los informantes se centran en diferentes aspectos de la psicopatología de los niños, niñas y adolescentes, en consecuencia, hacen evaluaciones cualitativamente diferentes, en consonancia con los estudios de Cole et al. (2000).

Otra alternativa válida puede ser que tanto los padres como los cuidadores y profesores tienen una base amplia para analizar el comportamiento la que va a depender de sus experiencias individuales y sus habilidades socio-cognitivas, por

lo que se esperan diferencias en sus juicios sobre el comportamiento de los niños, niñas y adolescentes, explicación congruente con los estudios de Cole et al. (2000). Esta falta de concordancia entre los informes también pudiera ser por los diferentes sesgos que se manifiestan según el tipo de fuentes: padres, cuidadores o profesores.

La pregunta siguiente relacionada con este objetivo fue *si existen diferencias en la muestra total en relación al sexo de los participantes*. Efectivamente se descubrieron diferencias estadísticamente significativas en algunas variables, por ejemplo, en la hiperactividad, déficit de atención y el comportamiento prosocial reportado por los profesores. Los jóvenes del sexo masculino alcanzaron índices más altos que los del sexo femenino en todas las variables, a excepción del comportamiento prosocial, donde son las niñas las que destacan según el informe de los profesores. Similares deducciones con De la Peña (2000) y Janssens y Deboutte (2009). Igualmente, son análogos con los resultados del estudio ERA, específicamente, en el reporte de índices más elevados en los varones en lo que respecta al déficit de atención e hiperactividad (Stevens, Sonuga-Barke, et al., 2008). Sin embargo, los resultados son medianamente congruentes con los de Reinoso y Forns (2010) quienes encontraron sólo ligeras diferencias significativas de género, siendo las niñas las que muestran más problemas en las relaciones interpersonales y menos conflictos con las normas y reglas que los niños.

Una tercera pregunta planteaba *si hay diferencias en la muestra total en función del nivel escolar*, y ciertamente las diferencias eran significativas en algunas escalas. Por ejemplo, en los informes de los profesores, específicamente, en síntomas emocionales y comportamiento prosocial. Los participantes de bachillerato reflejaron mayores compromisos en síntomas emocionales, pero también tienen un mayor comportamiento prosocial con respecto a los jóvenes de primaria en el reporte de profesores.

Tal como se señaló anteriormente, esto podría deberse a que el grupo de escolares de bachillerato son adolescentes, por consiguiente, están viviendo una etapa crítica de su desarrollo, en términos de su identificación personal, donde además se cuestionan valores, modelos infantiles y esquemas autoritarios y tratan de asumir nuevos roles.

La respuesta a la pregunta sobre *si existen efectos de interacción entre el grupo y el sexo*, se observa que exclusivamente hay en las escala de déficit de

atención. En este caso, los niveles eran muy similares en todos los participantes, salvo las adolescentes no institucionalizadas, que presentaban las mejores puntuaciones. Conclusiones que difieren de los resultados de Janssens y Deboutte (2009).

Otra pregunta surgió acerca de si *hay efectos de interacción entre el grupo y nivel escolar*, únicamente es evidente en el comportamiento prosocial. Se observa que los participantes institucionalizados de primaria presentaban el nivel más bajo de conducta prosocial, respecto a los demás subgrupos, tanto cuando informan los profesores como los padres. Según este resultado los adolescentes institucionalizados de primaria parecen ser el grupo menos eficiente socialmente. En el caso de los jóvenes de bachillerato, aunque vivan en acogimiento residencial son más independientes y tienen menos supervisión, por tanto, pueden elegir sus relaciones interpersonales y ampliar su repertorio social con mayor facilidad que los de primaria.

Por último, en lo que respecta a este objetivo surge la pregunta de si *existen efectos de interacción entre el grupo, sexo y nivel escolar*, pero no hubo efectos de interacción en la mayoría de las variables, excepto, en los informes de los profesores que se referían a problemas con los compañeros, y en los reportes de los padres, en problemas de conducta. Esto significa, en primer lugar, que estar institucionalizado, ser del sexo masculino y estudiar bachillerato hay una mayor probabilidad de presentar problemas con los compañeros de acuerdo al informe de los profesores. En segundo lugar, que estar institucionalizado, ser del sexo masculino y estudiar primaria influye en el desarrollo de problemas de conducta según las informaciones de los padres. Tiene sentido con la idea anteriormente expuesta que refiere que los jóvenes de bachillerato tienen más relaciones sociales, lo que podría sugerir también que tienen una mayor probabilidad también de presentar problemas con las mismas.

Teniendo en cuenta los resultados expuestos, se confirman las **hipótesis 3 y 4** del estudio, ya que considerando los *informes de los padres, profesores y cuidadores* los niños, niñas y adolescentes institucionalizados presentan mayor nivel de problemas de comportamiento no disruptivo o perturbador (hipótesis 3) y conductas disruptivas o perturbadoras (hipótesis 4) que los jóvenes que conviven con sus familias.

Los resultados aquí obtenidos son en gran medida contradictorios con los resultados considerados respecto al anterior objetivo y, concretamente, con los

datos obtenidos en relación a la hipótesis 2. Se recordará que en aquel caso, cuando se consideraba la información aportada por los padres y cuidadores en el CBCL de Achenbach (1991), no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. Sin embargo, cuando la evaluación es realizada considerando la información que dan esos mismos padres y cuidadores a instrumentos de evaluación diferentes, el SDQ de Goodman (1997) y el EDAH de Farré y Narbona (1998), los resultados indican que sí hay diferencias entre ambos grupos, en un número apreciable de variables.

En este caso la explicación más obvia es que los resultados diferentes dependen de los instrumentos aplicados, también diferentes. El CBCL de Achenbach (1991) es un instrumento multidimensional creado a través de un proceso complejo pero no guiado por ningún sistema de clasificación preexistente (Fernández Parra, 1997), que consta de un número elevado de ítems (120). Sin embargo, el SDQ, aunque también multidimensional, está basado en la CIE-10 (Goodman, 1997), y consta de sólo 24 ítems. Ambas diferencias son considerables, aunque el estudio de Goodman y Scott (1999) demostraran correlaciones significativas entre las escalas de ambos instrumentos.

Las diferencias son aún más claras si se considera el EDAH, ya que este es un instrumento específico para la evaluación del déficit de atención, hiperactividad y trastornos de conducta perturbadora.

1.4. Cuarto objetivo específico.

Con este objetivo se pretendía *establecer si existen diferencias entre los problemas psicológicos (estado depresivo, ansiedad e ira) reportados en los autoinformes de jóvenes institucionalizados al compararlos con la muestra control que convive con sus padres.*

En cuanto a este objetivo, se puede afirmar que los hallazgos más importantes corresponden a la primera pregunta planteada sobre *si hay diferencias en los problemas de comportamiento en función del grupo de pertenencia.* Así, se pudo comprobar que, efectivamente, había diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al grupo de pertenencia en la mayoría de los problemas psicológicos reportados, siendo el grupo de jóvenes institucionalizados los que presentaban más problemas de comportamiento que los adolescentes que viven con su familia. Un abanico amplio de problemas fue reportado en los autoinformes, entre ellos se pueden mencionar: problemas

referidos a la ansiedad tanto total como fisiológica, inquietud e hipersensibilidad, preocupación social/concentración; problemas de ira como estado, específicamente en los sentimientos; en la ira como rasgo, estrictamente, en el temperamento. Así mismo, en la expresión de la ira, tanto a nivel interno como externo, y también disforia y problemas de autoestima.

Tal y como señalan Goodman et al. (2004) confiar sólo en los autoinformes en ausencia de informantes adultos permitiría detectar alrededor de la mitad de los trastornos emocionales, aunque se echaría de menos la gran mayoría de problemas de conducta e hiperactividad. Esto indica la necesidad de contar con informes de adultos para los trastornos externalizados o conductas perturbadoras, pero también la necesidad de los autoinformes para los problemas emocionales.

Según los resultados obtenidos, es evidente que, los jóvenes que viven acogimiento residencial y que forman parte de la muestra tienen déficit en la mayoría de las áreas emocionales evaluadas. Aunque la experiencia de haber crecido en una institución es individual, existen aspectos comunes debido al impacto que causa en la vida de los niños, niñas y adolescentes. Varias explicaciones son posibles para la obtención de estos resultados, una de ellas es que los jóvenes que viven en acogimiento institucional proporcionan una información diferente a los niños, niñas y adolescentes que viven con sus familias porque su contexto de desarrollo ha sido diferente y por tanto, sus experiencias de vida tanto individuales como cognitivas, físicas, de comportamiento, emocionales y sociales están marcadas por el contexto de privación.

Los problemas en diversas áreas del funcionamiento de grupos que viven en acogimiento institucional comparados con grupos que viven con sus familias han sido informados por estudios anteriores. Es el caso de McCann et al. (1996) en su estudio sobre los adolescentes ubicados en el sistema de protección, donde se encontraron niveles particularmente altos de trastornos en comparación con los adolescentes que vivían con sus propias familias. Agregando que no sólo sufren problemas mentales graves, particularmente el trastorno depresivo mayor, sino que también mostraron altos niveles de comorbilidad.

Adicionalmente, Qinghong et al. (2001) encontraron en su muestra síndromes de externalización, internalización y trastornos emocionales, entre ellos: ruptura de normas, deterioro funcional, ansiedad, depresión, TDAH.

Pero, Fernández-Molina et al. (2011) al comparar los problemas de conducta de adolescentes españoles en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa encontraron que la mayoría de adolescentes puntúa en el rango normal y únicamente un porcentaje pequeño tenía problemas de conducta importantes que les situaban dentro del rango clínico. No obstante, los adolescentes en acogimiento residencial obtuvieron puntuaciones superiores en problemas de conducta que los adolescentes en acogimiento preadoptivo y aquellos que vivían con sus abuelos. Igualmente, comprobaron que el grupo de acogimiento residencial tiene un porcentaje superior de participantes en el rango clínico del total de problemas que el resto de adolescentes en los otros tipos de acogimiento. En el rango clínico, los adolescentes en acogimiento institucional demostraron un mayor índice de problemas en ruptura de normas, en la escala total, en conducta agresiva y en problemas somáticos.

Ahora bien, una de las grandes fortalezas de este trabajo es que compara los problemas de comportamiento autoinformados por niños, niñas y adolescentes institucionalizados con muestra normalizada. Hasta el momento, son pocos los estudios que conjugan estos tres aspectos: muestra en acogimiento residencial, muestra normalizada y las medidas de autoinforme empleadas, especialmente, las que evalúan problemas específicos. No obstante, los datos obtenidos apoyan la literatura existente hasta el momento.

Por ejemplo, los resultados de Dell’Aglío y Hutz (2004) al investigar la depresión y el rendimiento escolar en niños institucionalizados y niños que vivían con sus familias mostraron en el autoinforme de depresión diferencias entre los grupos. Las mujeres que vivían en las instituciones presentaron puntuaciones significativamente más altas. En cuanto a rendimiento académico, se encontraron diferencias entre el grupo institucionalizado y el grupo que vive con su familia sólo entre los niños, siendo el grupo institucionalizado el que mostró menor promedio. Resultados similares han obtenido otros autores (Goncalvez, 2012; Wathier y Dell’Aglío, 2007; Wathier-Abaid et al., 2009).

Sin embargo, nuestros resultados son inconsistentes con los hallazgos de Pracana y Santos (2010), quienes encontraron en los auto-informes que los niños alojados en las instituciones no difieren significativamente del grupo de comparación en términos de patología depresiva. Aunque hay que mencionar que se utilizó una muestra menos representativa (23 niños y adolescentes, entre 9 y 15 años de edad).

Vale la pena recordar que problemas internalizados como la ansiedad y depresión comparten características comunes y muestran altas tasas de prevalencia en niños y adolescentes, incluso con los problemas externalizados. Por lo que se sugiere estar atentos a este tipo de patologías que podrían empeorar los efectos de eventos adversos en edades tempranas.

A esta altura, es importante exponer que la finalidad del control y regulación emocional es manejar adecuadamente las respuestas emocionales, especialmente, ante situaciones adversas. Lo que a su vez tiene que ver con las estrategias de afrontamiento empleadas por las personas. La emoción de ira podría claramente circunscribirse a éstas últimas. Se puede decir que dependiendo de su intensidad y frecuencia la expresión y control de la ira podrían considerarse como adaptativas o desadaptativas. Por consiguiente, el manejo adecuado en la expresión y control de la ira se deriva de un buen control emocional, en caso contrario, la ira se convierte en una emoción desadaptativa que dificulta el desarrollo adecuado del niño. Si el niño, niña o adolescente “no puede” o “no sabe” regular sus emociones y controlar sus impulsos, es muy posible que se produzcan otras dificultades a la hora de relacionarse, a nivel académico o en diferentes contextos. Todo esto está relacionado con los trabajos de Averill (1982, 1983, 1993) y Pérez, Redondo y León (2008).

En cualquier caso, cuando se considera la información aportada por los instrumentos de autoinforme, tanto los que aquí se están considerando como el YSR ya comentado, se observa una gran concordancia respecto a la información que aportan.

Respecto a la pregunta sobre si *existen diferencias en la muestra total en relación al sexo de los participantes*, se constató que sólo hubo diferencias estadísticamente significativas en los autoinformes en la variable expresión interna de la ira. Este es un dato sorprendente por cuanto se suele considerar que las mujeres presentan mayores niveles de problemas emocionales que los hombres (ver p. ej., Qinghong et al., 2001).

Dell’Aglío y Hutz (2004), en un estudio con niños y adolescentes brasileños, al evaluar sintomatología depresiva encontraron diferencias significativas entre los sexos, y entre el grupo institucionalizado y el grupo no institucionalizado, revelando que el sexo femenino tenía una media más alta que el sexo masculino y que el grupo institucionalizado mostró una media superior que el grupo que vive con su familia. En el mismo sentido fue el estudio de

Wathier y Dell'Aglio (2007) donde se encontraron también diferencias significativas respecto al sexo, siendo las niñas y las adolescentes institucionalizadas las que tenían puntajes superiores que las que viven con su familia.

Por el contrario, autores como Van der Vegt et al. (2008) han encontrado que el impacto de las adversidades tempranas sobre problemas de salud mental fue en gran medida independiente del sexo. Nuestros resultados apuntan en este sentido.

Sobre la pregunta de si *hay diferencias en la muestra total en función del nivel escolar*, nuevamente sólo hubo diferencias en una de las escalas: expresión externa de la ira, donde los jóvenes de enseñanza primaria demostraron menos nivel que los del grupo de bachillerato.

Acerca de la pregunta de si *existen efectos de interacción entre el grupo y el sexo*, nuevamente sólo se encontraron interacciones en una variable, la expresión verbal de la ira como estado.

Finalmente, no hubo interacciones significativas entre *el grupo y nivel escolar*, ni entre *el grupo, sexo y nivel escolar*, lo que contesta las preguntas respectivas.

Así que, los resultados confirman la **hipótesis 5** del estudio, ya que el grupo de jóvenes institucionalizados muestran *niveles más altos de problemas psicológicos autoinformados que la muestra control que vive con sus padres*, tanto a nivel de estado de ánimo, ansiedad e ira estado y rasgo.

1.5. Quinto objetivo específico.

Con este objetivo se pretendía *analizar la relación entre la información aportada por diferentes informantes en instrumentos de evaluación que tienen versiones que se aplican tanto a unos como a otros*. Esto sólo era posible en el caso de los dos instrumentos del sistema ASEBA, el YSR y el CBCL, y las dos versiones del SDQ para padres y maestros, ya que evalúan las mismas variables y tienen la misma estructura y contenidos. Además, los resultados ya expuestos y analizados muestran que entre los instrumentos del sistema ASEBA parecía existir muy poca concordancia, ya que con el YSR se detectaban gran número de diferencias significativas entre jóvenes institucionalizados y controles, y con el CBCL esto no era así.

Nuestros resultados indican, sin embargo, que había una correlación significativa, escala a escala, entre los instrumentos/informantes, tanto en la muestra total, como cuando se analizaban esas correlaciones por muestras independientes. Esto era así tanto cuando se analizaba el acuerdo entre informantes con el sistema ASEBA como cuando se hacía con el SDQ.

En general las correlaciones más altas entre ambos tipos de informantes, e instrumentos del sistema ASEBA, correspondieron a los problemas de comportamiento externalizado, hallazgos que concuerdan con los resultados del estudio de Reijneveld, Brugman, Verhulst y Verloove. (2005). Igualmente, existe una correlación alta con los problemas de atención, tanto para el total de la muestra como para cada uno de los grupos del estudio. Sin embargo, el acuerdo entre informantes disminuye respecto a los problemas internalizados. Tal como encontró el estudio longitudinal de Van der Vegt et al. (2008) donde la información reportada en el informe de los padres no fue avalada por el autoinforme de sus hijos, en particular, en los problemas de internalización.

Pese a todo, y tal y como se ha señalado, considerando el total de la muestra, los informes de padres y cuidadores correlacionaban significativamente con los autoinformes de los adolescentes en todas las escalas. Lo mismo sucedía cuando se analizaron por separado las correlaciones entre informantes del grupo de niños institucionalizados, pero no respecto al grupo control. En ese grupo la correlación fue muy baja y no significativa para las escalas de síntomas depresivos, problemas de pensamiento, e incluso conductas agresivas. De lo cual se deduce que, hubo acuerdo parcialmente, entre padres y niños del grupo control, mientras que, entre el grupo institucionalizado y sus cuidadores el acuerdo fue mayor.

Por otra parte, los informes de padres y cuidadores correlacionaban de forma alta y significativa con los informes de los profesores, cuando se consideraban sus respuestas al SDQ, en sus versiones correspondientes. En este caso, las correlaciones fueron siempre significativas pero más elevadas cuando se trataba del grupo institucionalizado. Por otra parte, no hubo ninguna escala para la que el acuerdo no fuera significativo.

Los resultados obtenidos permiten afirmar que no parece que los instrumentos hayan fallado de forma relevante a la hora de valorar los problemas, por cuanto coinciden de forma significativa. Sin embargo, como cada uno depende de distintos informantes y estos ofrecen visiones diferentes de la

realidad psicológica, esas pequeñas diferencias pueden explicar los resultados obtenidos.

Como señala Figueras (2006) debería entenderse la variabilidad entre informantes como la aportación de informaciones diferentes por parte de las diversas fuentes de información.

Por otra parte, aunque los niños, niñas y adolescentes institucionalizados pueden percibir una problemática mayor que la que informan los no institucionalizados, estas diferencias no son tan relevantes como para que padres y/o cuidadores las detecten. Parece evidente que, como ya señalaban Armsden et al. (2000) muchos menores institucionalizados funcionan normalmente, y no todos muestran graves alteraciones psicológicas.

En gran medida, se puede considerar que uno de los puntos fuertes de este trabajo estriba en contar con una evaluación multimétodo y multiinformante. Este es un aspecto importante tal y como se ha destacado en la literatura científica en el ámbito de la evaluación de niños y adolescentes (Achenbach et al., 2002; Achenbach y McConaugh, 1987; Achenbach, et al., 1987; Achenbach y Rescorla, 2007; Del Barrio, 2002; Goodman et al., 2004; Janssens y Deboutte, 2009; Van Roy et al., 2010; Zeynep et al., (2007).

En lo que respecta a la concordancia entre informantes, hay estudios que señalan la existencia de acuerdo entre los informantes, tanto para los problemas de comportamiento generales como para problemas más específicos (Achenbach et al., 1987; Grietens et al., 2004; Herjanic y Reich, 1982; Vorria, et al., 1998).

No obstante, las discrepancias entre los diferentes informantes en el ámbito de la psicopatología infanto-juvenil también han sido reportadas. Así, según Rutter et al. (2001) los resultados de los padres difieren ligeramente en relación a los de maestros. Angulo et al. (2010) también indican una concordancia muy baja, entre las valoraciones de padres y maestros, aunque no ha sido nuestro caso. Igualmente en el informe entre padres también aparecen discrepancias en ocasiones, tal como muestra el estudio de Roessner et al. (2007).

Hay evidencia que revela que la información aportada no es intercambiable por otra fuente de información y que esta varía dependiendo del informante. Por ejemplo, los trastornos depresivos fueron más frecuentes en los autoinformes y los trastornos disruptivos (TDAH-Trastorno oposicionista-desafiante) fueron más frecuentes en los informes de los padres (Rubio-Stipeć et al., 2003).

Adicionalmente, investigaciones recientes plantean que los desacuerdos entre informantes no indican necesariamente errores (Achenbach et al., 1987; Achenbach et al., 2008). Hay estudios que confirman la existencia de un bajo grado de acuerdo entre diferentes informantes que provienen de distintos ambientes, por ejemplo, padres-profesores o padres-hijos, mientras que el acuerdo generalmente es moderado cuando los informantes evalúan al sujeto en ambientes parecidos, por ejemplo, padres-madres o entre distintos profesores de un mismo alumno. La razón del bajo grado de acuerdo entre informantes podría sugerir que la variable objetivo difiere en contextos y circunstancias diferentes, más que pensar que las contribuciones de los informantes son inválidas o poco fiables. Además, hacen énfasis en que la evaluación de la psicopatología infantil es compleja, porque los fenómenos que se miden no se pueden definir en términos de unidades físicas. En cambio, la valoración de la psicopatología del niño implica juicios por múltiples personas acerca de si ciertos comportamientos, aspectos emocionales, cognitivos, y / o características sociales son lo suficientemente perjudiciales para justificar la ayuda profesional. Por lo que, no es realista esperar un acuerdo general entre los diferentes informantes (Achenbach et al., 1987; Achenbach et al., 2008).

Bajo este panorama, algunas investigaciones plantean que se han identificado características propias de los informantes que pueden influir en las discrepancias entre informantes, en particular, llaman la atención sobre el método empleado, por lo que promueven la evaluación por pares de informantes, de tal manera que se reduzcan las discrepancias entre informantes (De Los Reyes y Kazdin, 2005). Por otra parte, ciertos estudios recomiendan la utilización de diferentes instrumentos en la evaluación de la población infanto-juvenil y tener precaución cuando se utiliza la información recogida por un solo instrumento (Janssens y Deboutte, 2009). En este sentido, nuestro estudio es valioso porque la evaluación de los niños, niñas y adolescentes se realizó de esta manera.

En líneas generales se puede concluir que cada informante aporta datos valiosos, que amplía la fiabilidad de la evaluación clínica. Además, de que los informantes tienen diferentes aspectos que les causan inquietud y malestar sobre la conducta del niño, así mismo, utilizan diferentes criterios para determinar si un comportamiento constituye un problema o por el contrario, no lo es. Por otra parte, existen otras variables que podrían afectar al grado de acuerdo, entre ellas: la sintomatología a evaluar, la edad y el sexo de los jóvenes, las características tanto del contexto como de los informantes, la calidad de la relación entre

informante y evaluado. Pero, independientemente de la exactitud, fiabilidad o grado de concordancia entre informantes gran parte de la literatura existente apoya la utilización de diferentes observadores para la evaluación del comportamiento de niños, niñas y adolescentes, de tal manera que ésta sea lo más integral posible.

En cualquier caso, de acuerdo a los resultados obtenidos se puede considerar que la **hipótesis 6** se confirma, al menos en la mayoría de las escalas, y que la **hipótesis 7** se confirma en todos los casos, por cuanto las correlaciones significativas indican que hay *acuerdo* entre informantes, tanto cuando se trata de informar respecto a los *niños institucionalizados o aquellos que viven con sus familias, en la información aportada*.

2. Conclusiones.

Basándonos en los resultados del estudio, es posible afirmar que los niños, niñas y adolescentes institucionalizados tienen más problemas de comportamiento externalizados e internalizados, así mismo también, muestran mayores déficits en las competencias psicosociales y académicas comparados con la muestra normalizada, tanto en las medidas generales como en las específicas. El presente estudio apoya, en su mayor parte, las investigaciones que indican que la adversidad en edades tempranas, así como las características individuales y del contexto, son algunas de las variables que interfieren con el desarrollo normal de los jóvenes. En este sentido, los resultados del estudio apuntan a la importancia de analizar los efectos de vivir en acogimiento institucional, debido las diferencias de comportamiento tan diversas como las observadas entre niños institucionalizados y los que viven con sus padres.

La presencia de mayores niveles de comportamiento problemáticos de diversa índole que se han encontrado en este estudio, podrían sugerir mayor riesgo para desarrollar diversos trastornos, como el depresivo, trastornos de ansiedad, u otros problemas tanto internalizados como externalizados, incluyendo su comorbilidad. Por eso es importante, realizar valoraciones posteriores, a fin de constatar si realmente los niños, niñas y adolescentes institucionalizados tienen problemas que requieren la atención de especialistas,

para así intervenir de manera oportuna, porque no tiene sentido identificar problemas del comportamiento si ello no conduce al acceso de tratamientos efectivos.

Por otra parte, es conveniente considerar las altas puntuaciones en comportamiento prosocial y cualidades positivas en el grupo que vive en acogimiento institucional, porque éstas podrían actuar como variables mediadoras o potenciadoras de los factores protectores al momento de realizar una intervención sobre los problemas de comportamiento.

Finalmente, pero no menos importante debido a los resultados reflejados en la muestra que vive en acogimiento residencial, se promueve la desinstitucionalización a través de modelos centrados en la familia y en la prevención, así como también, redes de apoyo para las instituciones dedicadas al acogimiento de niños, niñas y adolescentes.

Dada la ausencia de estudios de esta índole en la República Bolivariana de Venezuela, el estudio hace *aportaciones* relevantes caben destacar que es una herramienta de gran valor tanto para los profesionales de la salud mental como para padres, profesores y cuidadores, porque ayuda a conocer un poco más sobre el desarrollo normal y patológico de los niños y adolescentes venezolanos. En la medida que pueda ser seguido de otros estudios, podría constituirse en una herramienta útil para el diseño de intervenciones enfocadas a la prevención de riesgos en niños institucionalizados y así desarrollar una intervención ajustada a sus necesidades.

La escasez de datos procedentes de muestras latinas, en relación a niños y adolescentes institucionalizados impide contar con un punto de referencia sobre este tipo de población y poder así contrastar resultados y hacer comparaciones adecuadas. Precisamente por ello, son necesarios más estudios realizados con niños y adolescentes institucionalizados en Venezuela y otros países de habla hispana, que consideren diferentes etapas de su desarrollo evolutivo, que involucren a múltiples informantes y que otorguen una visión más amplia sobre el tema.

Aunque en términos cuantitativos, la muestra utilizada para este estudio podría parecer insuficiente, UNICEF Venezuela (2012) señala que en el país hay 720 niños, niñas y adolescentes institucionalizados. En cualquier caso, cabe la posibilidad de un subregistro debido a la falta de censo de algunas instituciones,

pero aún así la muestra parece suficiente en función de la población de referencia.

En cuanto a las principales *limitaciones* del estudio, está el hecho de la naturaleza transversal de la investigación, por lo que los resultados no deben ser interpretados en términos causales ni evolutivos. Tampoco se puede saber si las diferencias encontradas pueden ser atribuidas a la institucionalización en centros de bienestar infantil o a las condiciones previas a la institucionalización vividas por los propios menores (orfandad, abandono, maltrato...).

Así mismo, en futuros estudios deberá considerarse el peso o importancia que las características específicas de los niños, cuidadores y centros de protección pueden tener en relación con la problemática psicológica detectada. En este estudio no ha sido posible acceder a datos relevantes sobre las características de la situación que llevó al niño a la institucionalización, el tiempo de permanencia en los centros, o sus condiciones familiares. Sin duda estos datos habrían sido muy necesarios para profundizar en el análisis de los resultados aquí obtenidos. Pero las situaciones de protección impiden en ocasiones como esta el acceso a información que es considerada sensible por los responsables.

Otra de las debilidades metodológicas del estudio fue que no se encontraron instrumentos de evaluación psicológica adaptados a población venezolana institucionalizada, por lo tanto, este puede ser un camino para futuros estudios. Esto impidió, también, contar con baremos adecuados para la interpretación de los instrumentos, que hubiesen permitido contar con puntos de corte necesarios para un análisis más cualitativo de los datos, y la consideración de niveles clínicos respecto a las variables estudiadas.

Por otra parte, aunque las tasas de respuesta en cada instrumento fueron satisfactorias, la información sobre todas las evaluaciones estuvo incompleta en algunos participantes, principalmente, en los informes de padres y profesores.

En base al trabajo realizado se propone para *futuras investigaciones*:

1. Considerar el peso o importancia de las características específicas de los niños, niñas, adolescentes, cuidadores y centros de protección.
2. Replicar el estudio con muestras más grandes de niños institucionalizados.
3. Realizar y publicar estudios más completos con jóvenes institucionalizados en contextos venezolanos, en diferentes etapas de su desarrollo evolutivo, de

corte longitudinal, que además, involucren múltiples informantes y otorguen una visión más amplia sobre el tema.

4. Validar instrumentos de evaluación para niños y adolescentes institucionalizados.
5. Elaborar una base de datos a nivel nacional que posibilite el acceso a la información sobre las instituciones y los niños y adolescentes en acogimiento residencial de la República Bolivariana de Venezuela.

REFERENCIAS

- Abad, J., Forns, M., Amador, J y Martorell, B. (2000). Fiabilidad y validez del Youth Self-Report en una muestra de adolescentes. *Psicothema*, 12, 49-54.
- Achenbach, T., Becker, A., Döpfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H 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, 251-275.
- Achenbach, T.M., Dumenci, L y Rescorla, L.A. (2002). Ten-year comparisons of problems and competencies for national samples of youth: Self, parent and teacher reports. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 10, 194-203.
- Achenbach, T y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington, VT: Thomas. A. Achenbach.
- Achenbach, T.M. y McConaughy, S.H. (1987). Empirically based assessment of child and adolescent psychopathology. Practical applications. *Newbury Park, California: Sage*.
- 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, 213-232.
- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont.
- Achenbach, T. M y Rescorla, L. A. (2007). *Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology: Implications for mental health assessment*. New York, NY: Guilford Press.
- Adoption and Foster Care. Analysis and Reporting System. (2008). *The AFCARS Report*. Preliminary FY 2006 Estimates as of January 2008 (14). Disponible en: http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/stats_research/afcars/tar/report14.pdf
- Aguilar-Vafaie, M., Roshani, M., Hassanabadi, H., Masoudian, Z y Afruz, G. (2011). Risk and protective factors for residential foster care adolescents. *Children and Youth Services Review*, 33, 1-15.

- Ainsworth, M. (1963). Efectos de la privación materna: estudio de los hallazgos y controversia sobre los métodos de investigación. En O.M.S: *Privación de los cuidados maternos. Revisión de sus consecuencias*. Ginebra: O.M.S.
- Ainsworth, M., Andry, R., Harlow, R., Lebovici, S., Mead, M., Prugh, D y Wootton, B. (1963). *Privación de los cuidados maternos. Revisión de sus consecuencias*. Ginebra: O.M.S.
- Alati, R., Kinner, S., Hayatbakhsh, M., Al Mamuna, A., Najmana, J., Williams, G. (2008). Pathways to ecstasy use in young adults: Anxiety, depression or behavioural deviance? *Drug and Alcohol Dependence*, 92, 108-115.
- Alegría, J. (2008). *Análisis jurídico de los aspectos negativos del internamiento de niños y adolescentes, en un centro estatal de protección y abrigo cuando no se especifican legalmente las circunstancias particulares de cada caso concreto*. Tesis de Licenciatura. USAC. Universidad de San Carlos de Guatemala.
- AMBAR. (2002). Estrategias de abordaje al problema de la explotación sexual infantil/Perfil de la Explotación Sexual Infantil en Caracas: 104 casos de estudios. Caracas-Venezuela. *AMBAR-Embajada Británica*, 1-134.
- Ames, E. (1997). *The Development of Romanian Orphanage Children Adopted to Canada* (Final Report to the National Welfare Grants Program: Human Resources Development Canada). Burnaby, British Columbia: Simon Fraser University.
- Angulo, R., Jané, M.C., Bonillo, A., Viñas, F., Corcoll-Champredonde, A., González, G., Marina, R., Dos Santos, N.C., y Carbonés, J. (2010). Evaluación de la sintomatología negativista-desafiante en niños de seis a ocho años: concordancia entre padres y maestros. *Psicothema*, 22, 455-459.
- Armsden, G., Pecora, P., Payne, V y Szatkiewicz, J. (2000). Children placed in long-term foster care: an intake profile using the Child Behavior Checklist/4-18. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8, 49-64.
- Arroyo, R. (2007). *Niños de la calle: desarticulación entre la política pública social y derechos humanos en el Distrito Federal 1990-2007*. Tesis UNAM. México.
- Averill, J. (1982). *Anger and Aggression: An Essay on Emotion*. New York: Springer.
- Averill, J. (1983). Studies on anger and aggression: implications for theories of emotion. *American Psychologist*, 38, 1145-1160.
- Averill, J. (1993). Putting the social in social cognition, with special reference to emotion. En R.S. Wyer y T.K. Srull (Eds.), *Perspectives on anger and emotion. Advances in social Cognition*, (vol. 6). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

- Avishai-Eliner, S., Gilles, E. E., Eghbal-Ahmadi, M., Bar-El, Y y Baram, T. Z. (2001). Altered regulation of gene and protein expression of hypothalamic-pituitary-adrenal axis components in an immature rat model of chronic stress. *Journal of Neuroendocrinology*, 13, 799-807.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Steele, H., Zeanah, C. H., Muhamedrahimov, R. J., Vorria, P., Dobrova-Krol, N. A., Steele, M., van IJzendoorn, M. H., Juffer, F y Gunnar, M. R. (2011). III. Attachment and emotional development in institutional care: characteristics and catch up. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76, 62-91.
- Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H y Juffer, F. (2008). Earlier is better. A meta-analysis of 70 years of intervention improving cognitive development in institutionalized children. *Monographs of the Society for Research of Child Development*, 73, 279-293.
- Balart, A. (2010). Aportes para una ley de protección de los derechos para la niñez y adolescencia en Chile. Red de Infancia Unicef-Chile.
- Banco Mundial (1997). *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. Nueva York: Oxford University Press.
- Bandura, A. (1969). *Principles of Behaviour Modification*. New York: Holt, Rinehart y Winston.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: Prentice Hall.
- Barrios, B. (2004). *Construcción del conocimiento social en niñas institucionalizadas. Trabajo de Postgrado*. Caracas: Universidad Nacional Abierta. Venezuela.
- Barter, C. (2003). *Abuse of Children in Residential Care*. Londres: NSPCC.
- Barth, R. (2002). *Institutions vs. Foster Homes: The Empirical Base for the Second Century of Debate*. Chapel Hill, NC: UNC, School of Social Work, Jordan Institute for Families.
- Baum, C.G. (1989). Conduct disorders. In T.H. Ollendick y M. Hersen (Eds.), *Handbook of child psychopathology*, 2^{da} ed.) (pp. 171-196). New York: Plenum Press.
- Baumeister, R. F y Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- BBC Mundo. (2010). *Unicef: niños "huérfanos" de Haití deben volver a casa*. Recuperado el 9 de abril de 2012 en: http://www.bbc.co.uk/mundo/internacional/2010/03/100331_haiti_terremoto_ninos_familias_unicef_pl.shtml

- Beckett, C., Maughan, B., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., Kreppner, J. M., et al. (2006). Do the effects of early severe deprivation on cognition persist into early adolescence? Findings from the English and Romanian Adoption Study. *Child Development, 77*, 696-711.
- Behen, M., Helder, E., Rothermel, R., Solomon, K y Chugani, H. (2008). Incidence of specific absolute neurocognitive impairment in globally intact children with histories of early severe deprivation. *Child Neuropsychology, 14*, 453-469.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment. An ecological integration. *American Psychologist, 35*, 320-335.
- Benavides J y Miranda S. (2007). Actitud crítica hacia el castigo físico en niños víctimas de maltrato infantil. *Universitas Psychologica, 6*, 309-318.
- Bernard, B (1995). *Fostering resilience in children*. Chicago: Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education, University of Illinois.
- Betancourt, D y Andrade P. (2008). La influencia del temperamento en problemas internalizados y externalizados en niños. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 10*, 29-48.
- Bijou, S.W. (1982). *Psicología del desarrollo infantil, Vol. 3. La etapa básica de la niñez temprana*. México: Trillas.
- Bijou, S.W. (1990). Desarrollo del lenguaje en los primeros años. En E. Ribes y P. Harzem (Eds.) *Lenguaje y conducta* (pp. 9-29). México: Trillas.
- Bijou, S.W. (1993). *Behavior analysis of child development*. Segunda Revisión. Reno: Context Press.
- Bijou, S.W. y Baer, D.M. (1969). *Psicología del desarrollo infantil. Teoría empírica y sistemática de la conducta*. México: Trillas. (Original publicado en 1961).
- Bjorklund, D. J y Pellegrini, A. D. (2000). Child development and evolutionary psychology. *Child Development, 71*, 1687 - 1708.
- Black, J. E y Greenough, W. T. (1986). Induction of pattern in neural structure by experience: Implications for cognitive development. En M. E. Lamb, A. L. Brown y B. Rogoff (Eds.). *Advances in Developmental Psychology*, Vol. 4 (pp. 1-50). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Black, JE., Jones, TA., Nelson, CA y Greenough, WT. (1998). Neuronal plasticity and the developing brain. En N. Alessi, J.T. Coyle, S.I. Harrison y S. Eth S. (Eds.) *The handbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 31-53). New York: John Wiley & Sons.
- Blum, A.S. (2007). Abandonment, adoption and reproductive disruption: Transitions in child circulation in Mexico City, 1880-1910. *Childhood, 14*, 321-338.

- Bilson, A. (2009). Use of residential care in Europe for children aged under three: some lessons from neurobiology. *The British Journal of Social Work*, 39, 1381-1392.
- Boddy, J., Statham, J., McQuail, S., Petrie, P and Own, C. (2009). *Working on the Edges of Care? European Models of Support for Young People and Families*. London: Institute of Education, University of London.
- Boekaerts, M., Pintrich, P. R y Zeidner, M. (Eds.). (2000). *Handbook of self-regulation*. San Diego, CA: Academic Press.
- Borduin, C y Schaeffer, C. (1998). Violent Offending in Adolescence: Epidemiology Correlates, Outcomes, and Treatment. En Gullotta, Adams y Montemayor (Eds.). *Delinquent Violent Youth. Theory and Interventions. Advances in Adolescent Development*, Vol. 9 (pp. 98-128). Thousand Oaks, CA.: Sage Publications.
- Bourdon, KH., Goodman, R., Rae, DS., et al. (2005). The strengths and difficulties questionnaire: U.S. normative data and psychometric properties. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 557-564.
- Bowlby, J. (1951). *Cuidados maternos y salud mental*. Ginebra: OMS.
- Bowlby, J. (1952). *Maternal care and mental health*, 2nd ed. Geneva: WHO.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol I: Attachment*. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Volume II Separation*. London: The Hogarth Press. [La separación afectiva, Paidós, 1993].
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Volume III Loss, sadness and depression*. London: The Hogarth Press. [La pérdida afectiva, tristeza y depresión, Paidós, 1990].
- Bowlby, J. (1983). *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Boyce, W. T y Chesterman, E. (1990). Life events, social support, and cardiovascular reactivity in adolescence. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 11, 105-111. En Urrego, Y. (2009). El impacto de las experiencias tempranas en la cognición social, *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3, 61-80.
- Branchi, I., D'Andrea, I., Fiore, M., Di Fausto, V., Aloe, L y Alleva, E. (2006). Early social enrichment shapes social behavior and nerve growth factor and brain-derived neurotrophic factor levels in the adult mouse brain. *Biological Psychiatry*, 60, 690-696.
- Branchi, I., D'Andrea, I., Sietzema, J., Fiore, M., Di Fausto, V., Aloe, L., et al (2006). Early social enrichment augments adult hippocampal BDNF levels and survival of BrdU-positive cells while increasing anxiety- and “depression”-like behavior. *Journal of Neuroscience Research*, 83, 965-973.

- Bravo, A y Del Valle, J (2009). *Intervención socioeducativa en acogimiento residencial*. Santander: Gobierno de Cantabria. España.
- Bravo, A y Del Valle, J. (2003). Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residencias de protección. Un análisis comparativo con población normativa. *Psicothema*, 15, 136-142.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: Cognición y desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bronfenbrenner, U y Ceci, S.J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101, 568-586.
- Browne, K. (2009). *The Risk of Harm to Young Children in Institutional Care*. London: Better Care Network and Save the Children.
- Brown, JD., Wissow, LS., Zachary, C y Cook, BL. (2007). Receiving advice about child mental health from a primary care provider: African American and Hispanic parent attitudes. *Medical Care*, 45, 1076-82.
- Bruce, J., Tarullo, A. R y Gunnar, M. R. (2009). Disinhibited social behavior among internationally adopted children. *Development and Psychopathology*, 21, 157-171.
- Bteshe, M. (2011). Os diferentes usos do vídeo no cuidado à saúde materno-infantil. *RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde*, 5, 53-64.
- Buela-Casal, G., Carretero-Dios, H. y Macarena, R. (2001). Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. *Salud Mental*, 24, 17-23.
- Bugental, D. B., Martorell, G. A y Barraza, V. (2003). The hormonal costs of subtle forms of infant maltreatment. *Hormones and Behavior*, 43, 237-244.
- Burgess, C., Rossvoll, F., Wallace, B y Daniel, B. (2010). "It's just like another home, just another family, so it's no different" Children's voices in kinship care: A research study about the experience of children in kinship care in Scotland. *Child and Family Social Work*, 15, 297-306.
- Burgués, M y Herrera, M. (2010). Las medidas de protección de derechos en el Sistema de Protección de la Provincia de Buenos Aires. Cuestiones procedimentales. En UNICEF y el Instituto de Estudios Judiciales. *Temas claves en materia de*

- Protección y Promoción de Derechos de niños, niñas y adolescentes en la Provincia de Buenos Aires.* (pp. 138-162). Buenos Aires: Edición Laura Efrón.
- Canales, P. (2006). *La protección de los Derechos de la Infancia y de la Adolescencia en la Legislación de España, Brasil y Venezuela.* Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (Serie Estudios Nro 5). Chile: Autor.
- Capdevila-Brophy, C., Navarro-Pastor, J.B., Artigas-Pallarés, J y Obiols-Llandrich, J. (2007). Complicaciones obstétricas y médicas en el Trastorno de Déficit Atencional/Hiperactividad (TDAH): ¿Hay diferencias entre los subtipos?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 679-695.
- Caprara, G y Pastorelli, C. (1989). Toward a reorientation of research on aggression. *European Journal of Personality*, 3, 121-138.
- Carlson, M y Earls, F. (1997). Psychological and neuroendocrinological sequelae of early social deprivation in institutionalized children in Romania. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 807, 419-428.
- Carrasco, M.A., Holgado P., y Del Barrio, V. (2007). Análisis de la estructura del cuestionario de comportamiento parental para niños (CRPBI) en población española. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 24, 95-120.
- Cartwright, L. (2004). Emergencies of survival: moral spectatorship and the 'new vision of the child' in postwar child psychoanalysis. *Journal of Visual Culture*, 1, 35-49.
- Caspi, A., Hariri, A. R., Holmes, A., Uher, R y Moffitt, T. (2010). Genetic sensitivity to the environment: The case of the serotonin transporter gene and its implications for studying complex diseases and traits. *American Journal of Psychiatry*, 167, 509-527.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, TE., Mill, J., Martin, J., Craig, IW., et al. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297, 851-854.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T., Taylor, A., Craig, I., et al. (2005). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT genes. *Focus*, 3, 156-160.
- Cavalcante, LIC., Magalhães, CMC y Pontes, FAR. (2009). Processos de saúde e doença entre crianças institucionalizadas: uma visão ecológica. *Ciênc Saúde Coletiva*, 14, 615-25.
- Centro de Investigaciones Inocenti de UNICEF. (2001). *A Decade of Transition, Regional Monitoring Report No. 8.* Florencia: Autor.

- Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF. (2002). *Internación de niños: ¿El comienzo del fin? Crisis de los internados y transformación de las políticas de infancia en España, Italia y el Cono Sur*. Florencia: Autor.
- Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF. (2006). *Protegiendo a la infancia afectada por el VIH y el SIDA*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Florencia: Autor.
- Centro Internacional para el Desarrollo del Niño de UNICEF. (1999). *La adopción Internacional. Innocenti Digest*. Florencia: Autor.
- Champagne, D. L., Bagot, R. C., van Hasselt, F., Ramakers, G., Meaney, M. J., de Kloet, E. R., et al. (2008). Maternal care and hippocampal plasticity: Evidence for experience-dependent structural plasticity, altered synaptic functioning, and differential responsiveness to glucocorticoids and stress. *The Journal of Neuroscience*, 28, 6037-6045.
- Chavanneau, S. (2010). El Sistema de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños y el fuero de familia de la Provincia de Buenos Aires. En UNICEF y el Instituto de Estudios Judiciales (Eds.). *Temas claves en materia de Protección y Promoción de Derechos de niños, niñas y adolescentes en la Provincia de Buenos Aires* (pp. 92-11). Buenos Aires: Edición Laura Efrón.
- Chugani, H. T., Behen, M. E., Muzik, O., Juhasz, C., Nagy, F y Chugani, D. C. (2001). Local brain functional activity following early deprivation: A study of postinstitutionalized Romanian orphans. *Neuroimage*, 14, 1290-1301.
- Cicchetti, D. (1987). Developmental Psychopathology in Infancy: Illustration from the Study of Maltreated Youngsters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 837-845.
- Cicchetti, D. (1996). Child maltreatment: Implications for developmental theory. *Human Development*, 39, 18-39.
- Cicchetti, D. (2002). The impact of social experience on neurobiological systems: Illustration from a constructivist view of child maltreatment. *Cognitive Development*, 17, 1407-1428.
- Cicchetti, D y Curtis, W. J. (2006). The developing brain and neural plasticity: Implications for normality, psychopathology, and resilience. En D. Cicchetti y D. J. Cohen (Eds.), *Developmental neuroscience (2nd ed. Developmental psychopathology*, Vol. 2 (pp. 1-64). Hoboken: John Wiley.
- Cicchetti, D y Rizley, R. (1981). Developmental perspective on the etiology, intergenerational transmission and sequelae of child maltreatment. *New Direction for Child Development*, 11, 31-55.

- Cicchetti, D y Toth, S. (2005). Child maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 409-438.
- Cicchetti, D y Toth, S. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: The coming of age of a discipline. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*, 16-25.
- Cicchetti, D y Tucker, D. (1994). Development and self-regulatory structures of the mind. *Development & Psychopathology, 6*, 533-549.
- Cicchetti, D y Walker, E. F. (2001). Stress and development: Biological and psychological consequences. *Development and Psychopathology, 13*, 413-418.
- Clarke, A. M y Clarke, A. (1976). Early experience: Myth and evidence. London: Open Books. En Marshall, P y Kenney, J. (2009). Biological perspectives on the effects of early psychosocial experience. *Developmental Review, 29*, 96-119.
- Clarke, A. M y Clarke, A. (2000). *Early experience and the life path*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Coe, C. L y Laudenslager, M. L. (2007). Psychosocial influences on immunity, including effects on immune maturation and senescence. *Brain, Behavior, and Immunity, 21*, 1000-1008.
- Cole, D. A., Hoffman, K., Tram, J. M y Maxwell, S. E. (2000). Structural differences in parent and child reports of children's symptoms of depression and anxiety. *Psychological Assessment, 12*, 174-195.
- Colvert, E., Rutter, M., Kreppner, J., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., et al. (2008). Do theory of mind and executive function deficits underlie the adverse outcomes associated with profound early deprivation? Findings from the English and Romanian adoptees study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 1057-1068.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la OEA (2009). *Informe anual de la comisión interamericana de derechos humanos. Capítulo IV. Haití*.
- Comisión Internacional contra la Impunidad en Guatemala y la ONU (2010). *Informe sobre actores involucrados en el proceso de adopciones irregulares en Guatemala a partir de la entrada en vigor de la Ley de Adopciones*. Guatemala: ONU.
- Córdoba de la Llave, R. (2004). Marginación social y criminalización de las conductas. *Medievalismo. Boletín de la Sociedad Española de Estudios Medievales, Año nº 14*, (13-14), 293-322.
- Costello, E., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G y Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry, 60*, 837-44.

- Cova, F., Maganto, C y Melipillán, R. (2005). Género, Adversidad Familiar y Síntomas Emocionales en Preadolescentes. *PSYKHE*, 14, 227-232.
- Crozier, W. R. (2001). *Diferencias individuales en el aprendizaje: personalidad y rendimiento escolar*. Madrid, España: Ed. Narcea.
- Cury, C y Golfeto, J. (2003). Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 139-145.
- D'Alessio, L. (2008). *Mecanismos Neurobiológicos de la Resiliencia*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Dávila, P y Naya, L. (2010). Infancia, educación y códigos de la niñez en América Latina. *Revista Española de Educación Comparada*, 16, 213-233.
- De Bellis, MD. (2005). The psychobiology of neglect. *Child Maltreatment*, 10,150-172.
- De la Peña, O. (2000). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 43, 243-244.
- De Los Reyes, A y Kazdin, A. (2005). Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: A critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 131, 483-509.
- Defensoría del Pueblo (2010). *El derecho de los niños, niñas y adolescentes a vivir en una familia: la situación de los Centros de Atención Residencial estatales desde la mirada de la Defensoría del Pueblo* (Serie Informes Defensoriales-Informe N° 150). Lima: Autor.
- DeJong, M. (2010). Some reflections on the use of psychiatric diagnosis in the looked after or 'in care' child population. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15, 589-599.
- Del Barrio, V. (2002). Método de la evaluación psicológica y su aplicación al niño y al adolescente. En V. del Barrio (ed.), *Evaluación psicológica en la infancia y la adolescencia*. Madrid: UNED.
- Del Barrio, V., Aluja, A y Spielberger, C. (2004). Anger assessment with the STAXI-CA: psychometric properties of a new instrument for children and adolescents. *Personality and Individual Differences*, 37, 227-244.
- Del Barrio, V y Carrasco, MA. (2004). *Manual del Inventario de depresión infantil CDI. Adaptación española*. Madrid: TEA-Ediciones.
- Del Barrio, V., Moreno, C y López, R. (1999). El children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992). Su aplicación en población española. *Clinica y Salud*, 10, 393-416.
- Del Barrio, V., Spielberger, C y Aluja, A. (2005). *STAXI-NA. Inventario de expresión de ira estado-rasgo en niños y adolescentes. Manual*. Madrid: TEA-Ediciones.

- Del Valle, J., Lázaro, S., López, M y Bravo, A. (2011). Leaving family care. *Children and Youth Services Review*, 33, 2475-2481.
- Dell'Aglio, D y Hutz, C. (2004). Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17, 341-350.
- Department of Health. (2003a). *Pss Paf Indicator Definitions for 2002-2003*. London. Department of Health.
- Department of Health. (2003b). *Social Services Performance Assessment Framework Indicators 2002-2003*. London. Department of Health.
- Dobrova-Krol, N. A., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J y Juffer, F. (2010). Effects of perinatal HIV infection and early institutional rearing on physical and cognitive development of children in Ukraine. *Child Development*, 81, 237-251.
- Dodge, K. A., Bates, J. E y Pettit, G. S. (1990). Mechanisms in the cycle of violence. *Science*, 250, 1678-1683.
- Dohrenwend, B.P., Raphael, K.G., Schwartz, S., Stueve, A. y Skodol, A. (1993). The structured event probe and narrative rating method for measuring stressful life events. En L. Goldberg y S. Breznitz (eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 174-199). Nueva York: Free Press.
- Dohrenwend, B. S. (1978). Social stress and community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 6, 1-15.
- Donas Burak, S. (2001). Protección, riesgo y vulnerabilidad: Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes y las adolescentes. En: S. Donas Burak. (eds.) *Adolescencia y juventud en América Latina*, (pp 489-499). Cartago: Libro Universitario Regional.
- Doolittle, T. (1995, March). The Long-term Effects of Institutionalization on the Behavior of Children from Eastern Europe and the Former Soviet Union. *The Post, Parent Network for Post-Institutionalized Children*, pp. 1-15.
- Dorado, J (1990). Privación psicosocial en niños de orfelinato. *R.A.E.N*, X, 35.
- Doyle, R., Mick, E y Biederman, J. (2007). Convergence Between the Achenbach Youth Self-Report and Structured Diagnostic Interview Diagnoses in ADHD and Non-ADHD Youth. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 350-352.
- Dozier, M y Rutter, M. (2008). Challenges to the development of attachment relationships faced by young children in foster and adoptive care. En J. Cassidy y P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed.), (pp. 698-717). New York: Guilford.

- Duarte, C., Hoven, C., Berganza, C., Bordin, I., Bird, H y Miranda, C. (2003). Child mental health in Latin America: Present and future epidemiologic research. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33, 203-222.
- Dubaniewicz, A. (1997). *Abandono de menores. Historia y problemática de las instituciones de protección*. Buenos Aires: Editorial Universidad.
- Dubaniewicz, A. (2006). *La internación de menores como privación de libertad. Circuito asistencial y penal*. Buenos Aires: Ed. Dunken.
- Durán-Strauch, E., Guáqueta-Rodríguez, C. A y Torres-Quintero, A. (2011). Restablecimiento de derechos de niños, niñas y adolescentes en el sistema nacional de bienestar familiar. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 2, 549 - 559.
- Durán-Strauch, E y Valoyes, E. (2009). Perfil de los niños, niñas y adolescentes sin cuidado parental en Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud*, 7, 761-783.
- Durrant, JE. (2005). Corporal Punishment: Prevalence, Predictors and Implications for Child Behaviour and Development. In S.N. Hart (ed.), *Eliminating corporal punishment: The way forward to constructive child discipline*. Paris: UNESCO.
- Eapen, DJ. (2009) Institutionalized children: The underprivileged. *International Journal of Nursing Practice*, 15, 349-352.
- Eisemberg, L. (1982). Desarrollo infantil normal. En: Freedman A. y cols. *Tratado de Psiquiatría II* (pp. 2245-64.). Barcelona: Masson.
- Engeland, A y Kopjar, B. (2000). Injuries Connected to Violence: An Analysis of Data from the Injury Registry. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 120, 714-717. En Pinheiro, P. (2006a). *World report on violence against children*. United Nations, New York.
- Espert, F. (1989). Apertura y humanización institucional, alternativas para menores de internados, orfanatos, reformatorios, cárceles juveniles y afines. Programa Regional para América Latina y el Caribe (Serie Metodológica No. 7). Bogotá: UNICEF.
- Espert, F y Myers, W. (1988). Análisis de situación. Programa Regional para América Latina y el Caribe (Serie Divulgativa No. 1). Bogotá: UNICEF.
- EveryChild. (2009a). *Every Child Deserves A Family. EveryChild's Approach to Children Without Parental Care*. London: EveryChild.
- EveryChild. (2009b). *24 million children without a family*. London: EveryChild.
- EveryChild. (2009c). *Missing: Children Without Parental Care in International Development Policy*. London: EveryChild.
- EveryChild. (2009d). *Peru EveryChild's local heroes*. London: EveryChild.

- EveryChild. (2009e). *Shining light in a dark corner of Azerbaijan*. *ChildWorld*. London: EveryChild.
- EveryChild. (2010). *Forced by poverty to marry young child brides in Malawi*. *ChildWorld*. London: EveryChild.
- EveryChild. (2011a). *Getting children out of institutions*. London: EveryChild.
- EveryChild. (2011b). *Raising awareness of the Devadasi practice in India*. London: EveryChild.
- EveryChild. (2011c). *Scaling down: Reducing, reshaping and improving residential care around the world. Positive Care Choices: Working paper 1*. London: EveryChild.
- Evia, T y Vera, D (2007). *¿Cómo les va a las mujeres previamente institucionalizadas? Análisis sobre su situación económico institucional*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. FLACSO. Chile.
- Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en Psicopatología del Desarrollo*. Barcelona: Masson S. A.
- Fachinetto, N. (2004). *Medida Protetiva De Abrigo: Análise Dialética E Sua Transformação Social*. Porto Alegre, Brasil: Fundação Escola Superior Do Ministério Público.
- Farías, A. (2002). Uso del internado en el sistema de protección en Chile. En M. Ferrari, J. Couso, M. Cillero y N. Cantwell (Eds), *Internación de niños: ¿El comienzo del fin? Crisis de los internados y transformación de las políticas de infancia en España, Italia y el Cono Sur* (pp. 85-108). Florencia: Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF.
- Farmer, E y Moyers, S. (2008). *Kinship care: Fostering effective family and friends placement*. London: Jessica Kingsley.
- Farré, A y Narbona, J. (1998). *EDAH, Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. (4th ed.). Madrid, Spain: TEA Ediciones, S. A.
- Fechter-Leggett, M y O'Brien, K. (2010). The effects of kinship care on adult mental health outcomes of alumni of foster care. *Children and Youth Services Review*, 32, 206-213.
- Feeney, J y Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Feinberg, A. P. (2007). Phenotypic plasticity and the epigenetics of human disease. *Nature*, 447, 433-440.
- Felitlich, B y Goodman, R. (2001). Social factors associated with child mental health problems in Brazil: Cross sectional survey. *British Medical Journal*, 323, 599-600.

- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P y Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245-258.
- Fergusson, D. M y Horwood, L. J. (1993). The structure, stability and correlations of the trait components of conduct disorder, attention deficit and anxiety/withdrawal report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 749-766.
- Fernández del Valle, J. (1992). Evaluación de programas residenciales de servicios sociales para la infancia. Situación actual y aportaciones de los enfoques ecopsicológicos. *Psicothema*, 4, 531-542.
- Fernández del Valle, J. (2003). Acogimiento residencial: ¿innovación o resignación? *Infancia y Aprendizaje*, 26, 365-379.
- Fernández, A. (2007). Reconsideraciones en torno de los derechos de la niñez y la adolescencia. *Kairos*, 20, 1-13.
- Fernández Parra, A. (1997). Trastornos del comportamiento en la infancia. Fundamentos teóricos y prácticos. Granada: G.E.U.
- Fernández, J y Fuertes, J (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (1973). Privación familiar y personalidad. *Revista de opinión pública*, 31, 3-29.
- Feuerstein, R, Klein, P y Tannebaum, A. (1991). *Mediated learning experience. Theoretical psychosocial and learning implications*. Tel Avid, Israel: Freund Publishing.
- Feuerstein, R. (1980). *Instrumental enrichment: An intervention program for cognitive modifiability*. Baltimore: University Park Press.
- Figueras, A. (2006). *Evaluación multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes*. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona. España.
- Fisher, L., Ames, E.W., Chisholm, K y Savoie, L. (1997). Problems reported by parents of Romanian orphans adopted to British Columbia. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 67-83.
- Fleitlich, B. y Goodman, R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in Southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 727-734.
- Flores, I. (2000). Ser niño en el Perú: pobreza, enfermedad y riesgo social. *Paediatrica*, 3, 32 - 35.

- Ford, T., Vostanis, P., Meltzer, H y Goodman, R. (2007). Psychiatric disorders among British children looked after by the authorities: comparison with children living in private households. *British Journal of Psychiatry*, 190, 319-325
- Forés, A y Jordi, G (2008). *La resiliencia. Crecer desde la adversidad*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Fox, N. A., Almas, A. N., Degnan, K. A., Nelson, C. A y Zeanah, C. H. (2011). The effects of severe psychosocial deprivation on cognitive development at 8 years of Age: Findings from the Bucharest Early Intervention Project. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines*, 52, 919-928.
- Fox, N.A., Calkins, S.D y Bell, M.A. (1994). Neural plasticity and development in the first two years of life: Evidence from cognitive and socioemotional domains of research. *Development and Psychopathology*, 6, 677-696.
- Fox, S., Levitt, P y Nelson, C. (2010). How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child Development*, 81, 28-40.
- Fraga, M. F., Ballestar, E., Paz, M. F., Ropero, S., Setien, F., Ballestar, M. L., et al (2005). Epigenetic differences arise during the lifetime of monozygotic twins. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102, 10604-10609.
- Fraser, M., Randolph, K y Bennett, M. (2000). *The Handbook of Social Work Direct Practice*. Allen-Meares y Garvin (Ed.). (1ª Ed.). California, Estados Unidos. Sage Publications, Inc.
- Fundación Caracas. (2012). *Entidades de atención*. Recuperado el 15 de Abril de 2012. Disponible en http://fundacioncaracas.gdc.gob.ve/content/site/module/pages/op/displaypage/page_id/69/format/html/
- Galicía, I., Sánchez, A. y Robles, F. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes. Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de Psicología*, 25, 227-240.
- Gambetti, E. y Giusberti, F. (2009). Trait anger and anger expression style in children's risky decisions. *Aggressive Behavior*, 35, 14-23.
- Garbarino, J. (1986). Can we measure success in preventing child abuse?. Issues and policies programs in research. *Child Abuse and Neglect*, 10, 140-156.
- García, C. (2009). *Comparación de la tecnología electrónica convencional y la biológica: énfasis en la función de aprendizaje*. Tesis de Máster Universitat Politècnica de Catalunya. España.
- García, E. (1995). La Convención Internacional Sobre los Derechos del Niño y las políticas públicas. En *IV Seminario Latinoamericano sobre la Niñez y*

- adolescencia. Tiempo de derechos: La Convención Internacional Sobre los Derechos del Niño y las políticas públicas.* Ministerio de Desarrollo Humano. Secretaría Nacional de Asuntos Étnicos, Género y Generacionales. La Paz. Bolivia.
- García, S. (2008). *Protección especial en el campo de la infancia y la adolescencia. Cambios y continuidades en las políticas de infancia, en el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay.* Comité de Coordinación Estratégica de Infancia y Adolescencia. Uruguay: ENIA.
- García-Cortazar, P., Mazaira, JA y Goodman, R. (2000). The initial validation study of the Gallego version of the strengths and difficulties questionnaire. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 2, 95-100.
- Gaudin, J. M. (1993). Effective intervention with neglectful families. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 66-89.
- General Assembly of the United Nations. (2010). *Guidelines for the alternative care of children.* New York: UNGA.
- Gentile-Ramos, I. (2001). Hospitalismo y asilismo en los conceptos de Morquio. *Archivos de Pediatría de Uruguay*, 72, 180-184.
- Ghera, M., Marshall, P., Fox, N., Zeanah, C., Nelson, C., Smyke, A y Guthrie, D. (2009). The effects of foster care intervention on socially deprived institutionalized children's attention and positive affect: results from the BEIP study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 246-253.
- Giammaría, G. (2010). *Análisis de la exclusión social de la infancia y juventud en Colombia (el caso de Cartagena de Indias): respuestas alternativas desde el ámbito institucional.* Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Gimenez-Pando J., Perez-Arjona, E., Dujovny, M y Diaz, F. (2007). Neurological sequelae of child abuse. *Literature review Neurocirugia*, 18, 95-100.
- Goffman, E. (1972). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.* (Buenos Aires: Amorrortu Editores). Primera edición en inglés, 1961.
- Goicoechea, I (2007). *Informe de la misión de relevamiento fáctico sobre la adopción internacional en Guatemala.* Conferencia de La Haya (HCCH). Países Bajos.
- Goldfarb, W. (1943). Infant rearing and problem behavior. *American Journal of Orthopsychiatry*, 13, 249-265.
- Goldfarb, W. (1944). Infant Rearing as a Factor in Foster Home Placement. *American Journal of Orthopsychiatry*, 14, 162-67.
- Goldfarb, W. (1945). Psychological privation in infancy and subsequent adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 15, 247-255.

- Goldfarb, W. (1947). Variations in adolescent adjustment of institutionally-reared children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 17, 449-457.
- Goldfarb, W. (1955). Emotional and intellectual consequences of psychologic deprivation in infancy: A re-evaluation. In P. Hoch y J. Zubin (Eds), *Psychopathology of childhood* (pp.105-119). New York: Grune y Stratton.
- Gómez, E., Muñoz, M y Haz, A. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención. *Psykhé*, 16, 43-54.
- Gómez, E., Muñoz, M y Santelices, M. (2008). Efectividad de las intervenciones en apego con infancia vulnerada y en riesgo social: un desafío prioritario para Chile. *Terapia Psicológica*, 26, 241-251.
- Gómez, F.J., Luengo, M.A., Romero, T.E., Villar, T.P y Sobral, F.J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 581-597.
- Goncalves, A. (2012). *A depressão na criança institucionalizada*. Dissertações de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa. Janeiro. Portugal.
- González, C y Leopold, B. (2009). Responsabilidad y riesgo: las prácticas diagnósticas en el sistema de protección social uruguayo. En *Infancia, adolescencia y políticas sociales*, (pp 7-36). Ministerio de Desarrollo social. Fondos Concursables Carlos Filgueira. Montevideo: Tradinco.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337-1345.
- Goodman, R., Ford, T., Corbin, T y Meltzer, H. (2004). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked-after children for psychiatric disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13 (Suppl 2), 11/25-11/31.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R y Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177, 534-539.
- Goodman, R., Meltzer, H y Bailey, V. (1998). The strengths and difficulties scale: A pilot study on the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.
- Goodman, R. y Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 17-24.

- Greenough, W. T., Black, J. E y Wallace, C. S. (1987). Experience and brain development. *Child Development*, 58, 539-559.
- Gribble, K. (2007). A Model for caregiving of adopted children after institutionalization. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20, 14-26.
- Grietens, H., Onghena, P., Prinzie, P., Gadeyne, E., Van Assche, V., Ghesquière, P., et al. (2004). Comparison of mothers', fathers', and teachers' reports on problem behavior in 5 to 6 year-old children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 25, 137-146.
- Grotberg, E. (1995). *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit. Early Childhood Development: Practice and Reflections*. Number 8. Bernard Van Leer Foundation: La Hague.
- Grotevant, H. D. (2011). Emerging issues in bridging developmental science, practice, and policy in the best interests of children without permanent parents. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76, 274-281.
- Groza, V. (1999). Institutionalization, behavior and international adoption. *Journal. Immigrant Health*, 3, 133-143.
- Groza, V. K., Bunkers, K. M. y Gamer, G. N. (2011). VII. Ideal components and current characteristics of alternative care options for children outside of parental care in low-resource countries. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76, 163-189.
- Groza, V., Davis, K., Brown, S., Herman-Smith, B., Riley-Behringer, M y McCall, et al., (2009). Current typical characteristics of child welfare services in countries that have traditionally relied on institutions to rear children without permanent parents. *Presentation at the Leiden Orphanage Symposium*. Leiden: Universiteit Leiden.
- Groza, V y Ryan, S. D. (2002). Pre-adoption stress and its association with child behavior in domestic special needs, and international adoptions. *Psychoneuroendocrinology*, 27, 181-198.
- Groza, V., Ryan, SD y Cash, SJ. (2003). Institutionalization, behavior and international adoption: predictors of behavior problems. *Journal. Immigrant Health*, 5, 5-17.
- Gunnar, M. R. (2003). Integrating neuroscience and psychological approaches in the study of early experiences. En J. A. King, C. F. Ferris y I. I. Lederhendler (Eds.), *Roots of mental illness in children* (pp. 238-247). New York: New York Academy of Sciences.

- Gunnar, M. R., Morison, S. J., Chisholm, K y Schuder, M. (2001). Salivary cortisol levels in children adopted from Romanian orphanages. *Development and Psychopathology*, 13, 611-628.
- Gunnar, M., Van Dulmen, M y The International Adoption Project Team. (2007). Behavior problems in postinstitutionalized internationally adopted children. *Development and Psychopathology*, 19, 129-148.
- Gunnar, M. R y Vázquez, D. M. (2001). Low cortisol and a flattening of expected daytime rhythm: Potential indices of risk in human development. *Development and Psychopathology*, 13, 515-538.
- Hannon, C., Wood, C y Bazalgette, L. (2010). *In Loco Parentis*. London: Demos.
- Hart, J., Gunnar, M. y Cicchetti, D. (1996). Altered neuroendocrine activity in maltreated children related to symptoms of depression. *Development and Psychopathology*, 8, 201- 214.
- Hawk, B y McCall, RB. (2010). CBCL behavior problems of post-institutionalized international adoptees. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 199-211.
- Heimerdinger, E. (2009). *A Efetivação Da Doutrina Da Proteção Integral Nas Instituições Que Desenvolvem O Atendimento De Asema*. Fundação Escola Superior Do Ministério Público. Porto Alegre. Do Rio Grande Do Sul. Brasil.
- Hein, A. (2004). *Factores de riesgo y delincuencia juvenil. Revisión de la literatura nacional e internacional*. Santiago de Chile: Fundación Paz Ciudadana.
- Hein, A y Barrientos, G. (2004). *Violencia y delincuencia juvenil: Comportamientos de riesgo autorreportados y factores asociados*. Santiago de Chile: Fundación Paz Ciudadana.
- Herjanic, B y Reich, W. (1982). Development of a structured psychiatric interview for children: agreement between child and parent on individual symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 307-324.
- Herrera, M. (2007). Soluciones jurídicas viables al problema de los niños institucionalizados. *Seminarios de Derecho e Instituciones*, Universidad Nacional del Sur (Bahía Blanca, Argentina), Departamento de Derecho. Documento de Trabajo Número 6.
- Hetlinger, C., Simpkins, C y Combs, T. (2000). Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review*, 22, 55-73.
- Holmbeck, G. N., Li, S. T., Schurman, J. V., Friedman, D y Coakley, R. M. (2002). Collecting and managing multisource and multimethod data in studies of pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 5-18.

- Howell, J. (1997). *Juvenile Justice & Youth Violence*, Sage, Thousand Oaks, CA.
- Hudziak, J., Copeland, W., Stanger, C y Wadsworth, M. (2004). Screening for DSM-IV externalizing disorders with the Child Behavior Checklist: a receiver-operating characteristic analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1299-1307.
- IDENA. (2012). *Misión niños y niñas del barrio*. Recuperado el 16 de abril de 2012. Disponible en <http://www.idena.gob.ve/index.php>
- Iglesias De Ussel, J. (1984). La relación infancia y familia en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 27, 7-39.
- INE Venezuela. (2012). *Resultados básicos Censo 2011*. Recuperado el 20 de Abril de 2012. Disponible en <http://www.ine.gov.ve/documentos/Demografia/CensodePoblacionyVivienda/pdf/ResultadosBasicosCenso2011.pdf>
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2004). *Lineamientos técnico administrativos y estándares de estructura de los servicios de bienestar en protección*. Bogotá, Colombia: ICBF.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2007). *Lineamientos del proceso administrativo del restablecimiento de derechos*. Bogotá, Colombia: ICBF.
- Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello, UNICEF-Venezuela y el Ministerio de Planificación y Desarrollo (2005). *Análisis de la situación de la niñez y la mujer en Venezuela 2005*. Caracas, Venezuela: Autores.
- Instituto Interamericano del niño, la niña y adolescentes y la OEA (2010). *Informe final 85ª Reunión Ordinaria del Consejo Directivo del IIN*. 23-24 de septiembre de 2010 - Ciudad de Panamá: Autores.
- Instituto Latinoamericano para la Educación y la Comunicación (2000). *Adopción y los Derechos del Niño en Guatemala*. Guatemala: UNICEF.
- Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE). (2008). *Nicaragua Bienestar y Equidad en la Infancia. Estudio sobre Pobreza Infantil y Disparidades*. Nicaragua: INIDE-UNICEF.
- International Social Service (2008). *Draft UN Guidelines for the Appropriate Use and Conditions of Alternative Care for Children: an introductory briefing on its background, core principles and scope* (SSI/CIR N° 3). Génève: Autor.
- Ison, M y Morelato, G (2008). Habilidades socio-cognitivas en niños con conductas disruptivas y víctimas de maltrato. *Universitas Psychologica*, 7, 357-367.
- Ivanova, M.Y., Achenbach, T.M., Dumenci, L., Rescorla, L.A., Almqvist, F., Bilenberg, N., et al (2007). Testing the 8-syndrome structure of the Child Behavior

- Checklist in 30 societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36, 405-417.
- Janssens, A y Deboutte, D (2009). Screening for psychopathology in child welfare: The strengths and difficulties questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 691-700.
- Jessor, R (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial frame work for understanding and action. *Developmental Review*, 12, 374-390.
- Johnson, D. E. (2000). Medical and developmental sequelae of early childhood institutionalization in Eastern European adoptees. En C. A. Nelson (Ed.), *The Minnesota symposia on child psychology. The effects of early adversity on neurobehavioral development* (Vol. 31, pp. 113-162). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Johnson, M. (1997). *Developmental Cognitive Neuroscience*. Massachusetts. Blackwell.
- En Poch, Olivé ML. (2001). Neurobiología del desarrollo temprano. *Contextos Educativos*, 4, 79-94.
- Johnson, R., Browne, K y Hamilton-Giachritsis, C. (2006). Young Children in Institutional Care at Risk of Harm. *Trauma Violence and Abuse*, 7, 34-60.
- Joormann, J. (2010). Inhibition and emotion regulation in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 19, 161-166.
- Kagan, J. (1998). *Three seductive ideas*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kandel, E. R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155, 469-475.
- Kaufman, J., Yang, B., Douglas-Palumberi, H., Grasso, D., Lipschitz, D., Houshyar, S., Krystal, J.H y Gelernter, J. (2006). Brain-derived neurotrophic factor-5-HTTLPR gene interactions and environmental modifiers of depression in children. *Biological Psychiatry*, 59, 673-680.
- Kaufman, J., Yang, B., Douglas-Palumberi, H., Houshyar, S., Lipschitz, D., Krystal, JH., et al. (2004). Social supports and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (PNAS)*, 101, 17316-17321.
- Kazdin, A. E. (1979). Situational specificity: The two-edge sword of behavioral assessment. *Behavioral Assessment*, 1, 57-75.
- Kerr, MA y Schneider, BJ. (2008). Anger expression in children and adolescents: a review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 28, 559-577.

- Khoshaba, D. M y Maddi, S. R. (1999). Early experiences in hardiness development. *Consulting Psychology Journal*, 51. En Urrego, Y. (2009). El impacto de las experiencias tempranas en la cognición social, *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3, 61-80.
- Knudsen, E. I. (2004). Sensitive Periods in the Development of the Brain and Behavior. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 16, 1412-1425.
- Kochanska, G., Murray, K.T y Harlan, E.T. (2000). Effortful control in early childhood: Continuity and change, antecedents, and implications for social development. *Developmental Psychology*, 36, 220-232.
- Kohnstamm, G.A., Bates, J.E y Rothbart, M.K. (1989). *Temperament in Childhood*. Chichester: Wiley.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory, CDI*. Toronto: Multi-Heath Systems Inc.
- Kreppner, J., O'Connor, T., Rutter, M y the English and Romanian Adoptees Study Team. (2001). Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 513-528.
- Kreppner, J., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., et al. (2007). Normality and impairment following profound early institutional deprivation: A longitudinal follow-up into early adolescence. *Developmental Psychology*, 43, 931-946.
- Kreppner, J., Rutter, M., Marvin, R., O'Connor, T. G y Sonuga-Barke, E. J. (2011). Assessing the concept of the "insecure-other" category in the Cassidy/Marvin scheme: Changes between 4 and 6 years in the English and Romanian adoptee study. *Social Development*, 20, 1-16.
- Kumsta, R., Stevens, S., Brookes, K., Schlotz, W., Castle, J., Beckett, C., Kreppner, J., Rutter, M y Sonuga-Barke E. (2010). 5HTT genotype moderates the influence of early institutional deprivation on emotional problems in adolescence: evidence from the English and Romanian Adoptee (ERA) study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 755-762.
- Lansdown, G. (2005). *The evolving capacities of children: Implications for the exercise for rights*. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.
- Lazarus, RS. (1994). The stable and the unstable in emotion. In: Ekman P, Davidson R (eds). *The Nature of Emotion: Fundamental Questions*. New York: Oxford University Press.
- Le Mare, L., Audet, K y Kurytnik, K. (2007). A longitudinal study of service use on families of children adopted from Romanian orphanages. *International Journal of Behavioral Development*, 31, 242-251.

- Lee, V y Hoaken, P. (2007). Cognition, emotion, and neurobiological development: mediating the relation between maltreatment and aggression. *Child Maltreat*, 12, 281-98.
- León, Ch. (2007). *Secuencias de desarrollo infantil integral*. Caracas: UCAB.
- Lewis, H. (1954). *Deprived Children. A social and clinical study*. London, Oxford University Press.
- Lieberknecht, J y Dalbosco, D. (2007). Síntomas depresivos no contexto de institucionalização. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29, 305-314.
- Liu, D., Diorio, J., Day, J. C., Francis, D. D y Meaney, M. J. (2000). Maternal care, hippocampal synaptogenesis and cognitive development in rats. *Nature Neuroscience*, 3, 799-806.
- Lloyd, E. C y Barth, R. P. (2011). Developmental outcomes after five years for foster children returned home, remaining in care, or adopted. *Children and Youth Services Review*, 33, 1383-1391.
- Lonigan, C. J., Phillips, B. M y Hooe, E. S. (2003). Relations of positive and negative affectivity to anxiety and depression in children: Evidence from a latent variable longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 465-481.
- López, C. (1986). La pobreza en la España Medieval, Madrid, Centro de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. En Ocón Domingo, J. (2004). Un análisis comparativo de de las medidas alternativas de protección de menores en Andalucía y España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 63-81.
- López, C. (1988). La acción social como precedente. En Ocón Domingo, J. (2004). Un análisis comparativo de de las medidas alternativas de protección de menores en Andalucía y España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 63-81.
- López, A y Guemureman, S. (2010). Situación de los adolescentes en el Sistema Penal Juvenil de la Provincia de Buenos Aires desde la perspectiva de los datos. En UNICEF y el Instituto de Estudios Judiciales. *Temas claves en materia de Protección y Promoción de Derechos de niños, niñas y adolescentes en la Provincia de Buenos Aires*. (pp. 166-195). Argentina. Edición Laura Efrón.
- LOPNA. (2007). *Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes*. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 5.859 (Extraordinaria). Caracas 10/12/2007. Venezuela.
- Loyarte, D. (2010). Incidencia del Sistema Legal de Protección de los Derechos del Niño en el derecho de familia. Panorama constitucional, civil y procesal de las cuestiones más relevantes. En UNICEF y el Instituto de Estudios Judiciales. *Temas claves en materia de Protección y Promoción de Derechos de niños,*

- niñas y adolescentes en la Provincia de Buenos Aires*. (pp. 64-91). Argentina. Edición Laura Efrón.
- Luecken, L.J y Lemery, K.S. (2004). Early caregiving and physiological stress responses. *Clinical Psychology Review*, 24, 171-191
- Luengo, M. A., Romero, E., Gómez-Fraguela, J., Guerra, A. y Lence, M. (2002). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa*. Universidad de Santiago de Compostela: Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio del Interior.
- Luoma, I., Kaukonen, P., Mäntymaa, M., Puura, K., Tamminen, T y Samelin, R. (2004). A longitudinal study of maternal depressive symptoms, negative expectations and perceptions of child problems. *Child Psychiatry and Human Development*, 35, 37- 53.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E y Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behaviour and disorganized infant attachment patterns. En J.I. Vondra, D. Barnett (Eds.) (pp. 67-96): *Atypical attachment in infancy an early childhood among children at developmental risk. Monographs of the Society for Research in Child Development*. Oxford: Blackwellll Publisher.
- Macfie, J., Toth, S. L., Rogosch, F. A., Robinson, J., Emde, R. N y Cicchetti, D. (1999). Effect of maltreatment on preschoolers' narrative representations of responses to relieve distress and of role reversal. *Developmental Psychology*, 35, 460-465.
- Maier, S. F y Watkins, L. R. (1998). Cytokines for psychologists: Implications of bidirectional immune-to-brain communication for understanding behavior, mood, and cognition. *Psychological Review*, 105, 83-107.
- Marcovitch, S., Cesaroni, L., Roberts, W y Swanson, C. (1995). Romanian adoption: Parents dreams, nightmares, and realities. *Child Welfare*, 74, 993-1017.
- Marcovitch, S., Goldberg, S., Gold, A., Washington, J., Wasson, C., Krekewich, K y Handley-Derry, M. (1997). Determinants of behavioural problems in Romanian children adopted in Ontario. *International Journal of Behavioral Development*, 20, 17-31.
- Marshall, P y Kenney, J. (2009). Biological perspectives on the effects of early psychosocial experience. *Developmental Review*, 29, 96-119.
- Martín, A. (2006). *Guía de asistencia sanitaria a los niños procedentes de adopción internacional*. Junta de Castilla y León: Gerencia Regional de Salud.
- Martínez, C y Urdangarin, D. (2005). *Evaluación del desarrollo psicomotor de niños institucionalizados menores de 1 año mediante tres herramientas distintas de evaluación*. Tesis de licenciatura. Universidad de Chile.

- McCann, J., James, A., Wilson, S y Dunn, G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in young people in the care system. *British Medical Journal*, 313, 1529-1530.
- McCrory, E., De Brito, S. A y Viding, E. (2010). Research review: the neurobiology and genetics of maltreatment and adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 1079-1095.
- McGowan, P. O., Sasaki, A., D'Alessio, A. C., Dymov, S., Labonte, B., Szyf, M., et al. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience*, 12, 342-348.
- McLaughlin, K., Fox, N., Zeanah, C., Sheridan, M., Marshall, P y Nelson, C. (2010). Delayed maturation in brain electrical activity partially explains the association between early environmental deprivation and symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 68, 329-336.
- McMahon, R. J. y Forehand, R. (1988). Conduct disorders. En E. J. Mash y L.G. Terdal (Eds.), *Behavioral assessment of childhood disorders (2ª edición)* (pp. 185-219). Nueva York: Guilford.
- Mead, M (1963). Punto de vista del Antropólogo cultural sobre la privación materna. En O.M.S: *Privación de los cuidados maternos. Revisión de sus consecuencias*. Ginebra: O.M.S.
- Meaney, M. J. (2001). Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annual Review of Neuroscience*, 24, 1161-1192.
- Meaney, M. J y Szyf, M. (2005). Environmental programming of stress responses through DNA methylation: Life at the interface between a dynamic environment and a fixed genome. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 7, 103-123.
- Mehta, M., Golembo, N., Nosarti, C., Colvert, E., Mota, A., Williams, S., et al. (2009). Amygdala, hippocampal and corpus callosum size following severe early institutional deprivation: the English and Romanian Adoptees study pilot. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 943-951.
- Meintjes, H., Moses, S., Lizette, B y Mampane, R (2007). Homes Truths: The Phenomenon of Residential Care for Children in the Time of AIDS. University of Cape Town, Children's Institute/ University of Pretoria, Centre for the Study of AIDS. En EveryChild. (2011c). *Scaling down: Reducing, reshaping and improving residential care around the world*. Positive Care Choices: Working paper 1, pp. 2-44. Delap, E.

- Méndez, L y González, L. (2002). Descripción de Patrones de Apego en Menores Institucionalizados con Problemas Conductuales. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 2, 75-92.
- Merz, EC y McCall, RB. (2010). Behavior problems in children adopted from psychosocially depriving institutions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 459-470.
- Mesa-Gresa, P y Moya-Albiol, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: el “ciclo de la violencia”. *Revista de Neurología*, 52, 489-503.
- Messer, J., Goodman, R., Rowe, R., Meltzer, H y Maughan, B. (2006). Preadolescent conduct problems in girls and boys. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45, 184-191.
- Messing, J. T. (2006). From the child’s perspective: A qualitative analysis of kinship care placements. *Children and Youth Services Review*, 28, 1415-1434.
- Milanich, N. (2004). The Casa de Huerfanos and child circulation in late-nineteenth century Chile. *Journal of Social History*, 38, 311- 340.
- Mill, J., Tang, T., Kaminsky, Z., Khare, T., Yazdanpanah, S., Bouchard, L., et al. (2008). Epigenomic profiling reveals DNA-methylation changes associated with major psychosis. *American Journal of Human Genetics*, 82, 696-711.
- Millán, M y Serrano, S. (2002). *Psicología y Familia*. Cáritas Española, Editores.
- Miller, L., Tseng, B., Tirella, L., Chan, W y Feig, E. (2008). Health of children adopted from Ethiopia. *Maternal and Child Health Journal*, 12, 599-605. En Sheridan, M., Drury, S., McLaughlin, K y Amas A. (2010). Early institutionalization: neurobiological consequences and genetic modifiers. *Neuropsychology Review*, 20, 414-429.
- Moffitt, T. E., Caspi, A y Rutter, M. (2006). Measured gene-environment interactions in psychopathology: Concepts, research strategies, and implications for research, intervention, and public understanding of genetics. *Perspectives on Psychological Science*, 1, 5-27.
- 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, 1-6.
- Montiel, C., Montiel, I y Peña, J. (2007). Datos normativos del Cuestionario sobre el comportamiento de niños-versión para padres (CBCL) y versión para profesores (TRF), en una muestra de niños venezolanos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 15, 29-44.

- Montiel-Nava, C., Peña, J y Montiel-Barbero I. (2003). Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos. *Revista de Neurología*, 37, 815-9.
- Montiel-Nava, C., Peña, J., Montiel-Barbero, I y Polancsyk, G. (2008). Prevalence rates of attention deficit/hyperactivity disorder in a school sample of Venezuelan children. *Child Psychiatry and Human Development*, 39, 311-22.
- Montiel-Nava, C., Peña, JA., López, M., Salas, M., Zurga, JR., Montiel-Barbero. I., et al (2002). Estimaciones de la Prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad en niños marabinos. *Revista de Neurología*, 35, 1019-1024.
- Montserrat, C., Casas, F. y Bertran, I. (2010). *Criterios para la valoración de las situaciones de riesgo o desprotección de los/las niño/as y adolescentes. Una propuesta a partir de la LDOIA*. Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida. (UdG). Recuperado el 7 de Diciembre de 2011 en: <https://www.udg.edu/LinkClick.aspx?fileticket=x3-qYjYSKbc%3d&tabid=7342&language=ca-ES>
- Morales, G. (2007). *Situación de niños, niñas y adolescentes que se encuentran en colocación familiar o en entidad de atención (2004-2005)*. Tesis de Postgrado. Facultad de Derecho. Universidad Católica Andrés Bello. Caracas. Venezuela.
- Morgan, S. (2000). Response for All AIDS Affected Children, not AIDS Orphans Alone, *AIDS Analysis Africa*, 10, 3.
- Muñoz, L. (2010). *Generación y seguimiento de reglas en niños con problemas de atención y comportamiento perturbador*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. España.
- Muñoz, M., Gómez, P y Santamaría, C. (2008). Pensamientos y sentimientos reportados por los niños ante la separación de sus padres. *Universitas Psychologica*, 7, 347-356.
- Murgatroyd, C y Spengler, D. (2011). Epigenetics of early child development. *Frontiers in Psychiatry*, 2, 1-15.
- Muris, P y Maas, A. (2004). Strengths and Difficulties as Correlates of Attachment Style in Institutionalized and Non-Institutionalized Children with Below-Average Intellectual Abilities. *Child Psychiatry and Human Development*, 34, 317-329.
- Mussen, P. H., Conger, J. J. y Kagan, J. (1977). *Desarrollo de la personalidad en el niño*. México: Trillas.
- Naccarato, T., Brophy, M y Courtney, M. E. (2010). Employment outcomes of foster youth: The results from the Midwest Evaluation of the adult Functioning of Foster Youth. *Children and Youth Services Review*, 32, 551-559.

- Nachmias, M., Gunnar, M., Mangelsdorf, S., Parritz, R. H y Buss, K. (1996). Behavioral inhibition and stress reactivity: The moderating role of attachment security. *Child Development*, 67, 508-522.
- Nelson, C., Zeanah, C., Fox, N., Marshall, P., Smyke, A y Guthrie, D. (2007). Cognitive recovery in socially deprived young children: the Bucharest Early Intervention Project. *Science*, 318, 1937-1940.
- O'Connor, N. (1956). The evidence for the permanently disturbing effects of mother-child separation. *Acta Psychologica*, 12, 174-191.
- O'Connor, E y McCartney, K. (2007). Attachment and cognitive skills: An investigation of mediating mechanisms. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28, 458-476.
- O'Connor, T., Rutter, M., Beckett, C., Keaveney, L y Kreppner, JM. (2000). The effects of global severe privation on cognitive competence: extension and longitudinal follow-up. English and Romanian adoptees study team. *Child Development*, 71, 376-390.
- O'Connor., T, Rutter, M y the English and Romanian Adoptees Study Team. (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39, 703-712.
- O'Kane, C., Moedlagl, C., Verweijen-Slammescu, R y Winkler, E. (2006). *Child Rights Situation Analysis: Rights-Based Situational Analysis of Children without Parental Care and at risk of losing their Parental Care*. Global Literature Scan, Innsbruck: SOS-Kinderdorf International.
- Oberlander, T. F., Weinberg, J., Papsdorf, M., Grunau, R., Misri, S y Devlin, A. M. (2008). Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. *Epigenetics*, 3, 97-106.
- Ocón, J. (2000). Pasado y presente de las instituciones de acogida para menores en España: Un análisis particular de la Comunidad Autónoma de Andalucía, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 25, 79-94. En Ocón Domingo, J. (2004). Un análisis comparativo de de las medidas alternativas de protección de menores en Andalucía y España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, pp 63-81.
- Ocón, J. (2003). Evolución y situación actual de los recursos de protección de menores en España. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 45, 13-30.
- Ocón, J. (2004). Un análisis comparativo de las medidas alternativas de protección de menores en Andalucía y España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 17, 63-81.

- Oficina Central de Estadística e Informática - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2000). *Informe sobre Desarrollo Humano en Venezuela, 2000*. Venezuela: Autores.
- Oliván, Gonzalvo. (2003). Niños y adolescentes en acogimiento transitorio: problemas de salud y directrices para su cuidado. *Anales de Pediatría (Barcelona)*, 58, 128-35.
- Oliver, Torelló, J. (1998). Aproximación a la evaluación de servicios residenciales de protección de menores. *Pedagogía social 2 Segunda época: revista interuniversitaria*. UNED.
- Organización de las Naciones Unidas (2004). *Examen de los informes presentados por los estados partes con arreglo al artículo 44 de la Convención* (Signatura CRC/C/125/Add.3). Nicaragua: Comité de los Derechos del Niño.
- Organización de las Naciones Unidas (2006). *Respuestas escritas del gobierno de Honduras relativas a la lista de cuestiones (CRC/C/HND/Q /3) formuladas por el comité en relación con el examen del tercero informe periódico de Honduras (CRC/C/HND/3)* (Signatura CRC/C/HND/Q /3). Honduras: Comité de los Derechos del Niño.
- Organización de las Naciones Unidas (2007a). *Examen de los informes presentados por los estados partes con arreglo al artículo 44 de la Convención* (Signatura CRC/C/VEN/2). Venezuela: Comité de los Derechos del Niño.
- Organización de las Naciones Unidas (2007b). *Respuestas del Gobierno de Venezuela a la lista de cuestiones (CRC/C/VEN/Q/2) formuladas por el Comité en relación con el segundo informe periódico de Venezuela (CRC/C/VEN/2)*. (Signatura CRC/C/VEN/Q/2/Add.1). Venezuela: Comité de los Derechos del Niño.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas, informe compendiado*. Ginebra: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de la República Bolivariana de Venezuela*. Venezuela: OPS/OMS.
- Papalia, D.E., Olds, S.W. y Feldman, R.D. (2005): *Desarrollo humano*. México: McGraw- Hill. 9ª edición.
- Pasamonik, G. (2009). Salud, infancia y adolescencia: prácticas de atención de niños, niñas y adolescentes en situación de calle en la ciudad de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, 16, 257-266.
- Patterson, G. (1982). *A social learning approach: 3. Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia.

- Páramo, María de los Ángeles. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*, 29, n.1, 85-95.
- Pellegrini, M. (2010). Medidas excepcionales, abrigo y guarda institucional. La relación entre los organismos administrativos y el Sistema Judicial. En UNICEF y el Instituto de Estudios Judiciales. *Temas claves en materia de Protección y Promoción de Derechos de niños, niñas y adolescentes en la Provincia de Buenos Aires*. (pp. 112-136). Argentina. Edición Laura Efrón.
- Peña, María Elena de la. (2005). *Conducta antisocial en adolescentes: factores de riesgo y de protección*. Tesis Doctoral Universidad Complutense de Madrid. España.
- Péres, M. (2008). *Habilidades sociales en adolescentes institucionalizadas para el afrontamiento a su entorno inmediato*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. España.
- Pérez, M., Redondo, M y León, L. (2008). Aproximaciones a la emoción de ira: de la conceptualización a la intervención psicológica. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 11, 1-19.
- Perez-Edgar, K., Bar-Haim, Y., McDermott, JM., Gorodetsky, E., Hodgkinson, CA., Goldman, D., Ernst, M., Pine, DS y Fox NA. (2010). Variations in the serotonin-transporter gene are associated with attention bias patterns to positive and negative emotion faces. *Biological Psychology*, 83, 269-271.
- Perfetti, E. (2007). *Situación de niños, niñas y adolescentes que se encuentran en colocación familiar o en entidad de atención (2004-2005)*. Trabajo Especial de Grado. Universidad Católica Andrés Bello. Venezuela.
- Perry, B. D. (1996). *Maltreated Children: Experience. Brain Development and the Next Generation*. New York and London: W.W. Norton.
- Pina, A., Villalta, I y Zerr, A. (2009). Exposure-based cognitive behavioral treatment of anxiety in youth: an emerging culturally-prescriptive framework. *Behavioral Psychology*, 17, 111-135.
- Pinheiro, P. (2006b). *Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños. Hoja de Datos*. New York: United Nations.
- Pinheiro, P. (2006a). *World report on violence against children*. New York: United Nations.
- Pino, M., Herruzo, J. y Moza, E. (2000). Estudio de las consecuencias del abandono físico en el desarrollo psicológico de niños de edad preescolar en España. *Child Abuse & Neglect*, 24, 911-924.

- Poch, Olivé ML. (2001). Neurobiología del desarrollo temprano. *Contextos Educativos*, 4, 79-94.
- Poeta, LS y Rosa, N. (2004). Epidemiological study on symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Behavior Disorder in public schools of Florianopolis/SC using the EDAH. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 150-5.
- Polaino-Lorente, A., Cabanyes, J y Del Pozo Armentia, A. (2003). *Fundamentos de psicología de la personalidad*. Madrid: Rialp.
- Polaino-Lorente, A. y García Villamizar, D. (1993). *La depresión infantil en Madrid. Un estudio epidemiológico*. Madrid: Editorial AC.
- Pollak, S. D. (2005). Early adversity and mechanisms of plasticity: Integrating affective neuroscience with developmental approaches to psychopathology. *Development and Psychopathology*, 17, 735-752.
- Pollak, S. D., Nelson, C. A., Schlaak, M. F., Roeber, B. J., Wewerka, S. S., Wiik, K. L., et al. (2010). Neurodevelopmental effects of early deprivation in post-institutionalized children. *Child Development*, 81, 224-236.
- Pracana, S. M y Santos, S. V. (2010). Depressão em crianças e adolescentes em acolhimento institucional: Caracterização e relação com variáveis do acolhimento. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 721-735). Braga: Universidade do Minho.
- Proadopción. (2005). *Estudio de las Entidades de Atención del Distrito Capital y el status socio-legal de los Niños, Niñas y Adolescentes que se encuentran bajo su protección*. Caracas: Autor.
- Provence y Lipton. (1985). Infants in Institutions: A comparison of their development with Family Reared during the First Year of life. En Rutter, M. *Psiquiatría del desarrollo*. Barcelona: Salvat, pp 289-301. En Dorado, J (1990). Privación psicosocial en niños de orfanato, *R.A.E.N*, X, 35.
- Prugh, D.G. y Harlow, R.G. (1963). Privación encubierta en lactantes y niños pequeños. En *Privación de los cuidados maternos. Revisión de sus consecuencias*. Ginebra: OMS.
- Qinghong, L., Manteuffel, B., Paulic, C y Sondheimer, D. (2001). Describing the Population of Adolescents Served in Systems of Care. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 9, 13-29.
- Ramey, C. T y Ramey, S. L. (1998). Early intervention and early experience. *American Psychologist*, 53, 109-120,
- Ramírez, M. (2000). La infancia abandonada en Santa fe colonial: Entre la caridad privada y la tutela estatal (1641-1810). *Revista Trabajo Social*, 2, 45-64.

- Ramírez, M. (2002). Beneficencia y salud en Colombia: pobreza y desamparo frente al bienestar social. *Revista Credencial Historia*, 155, 3-4.
- Red por los Derechos Humanos de los niños, niñas y adolescentes (2007). *Informe alternativo ante el comité de los derechos del niño-Venezuela*. Venezuela: Autor.
- Reijneveld, S., Brugman, E., Verhulst, F y Verloove, P. (2005). Area deprivation and child psychosocial problems. A national cross-sectional study among school-aged children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 18-23.
- Reijneveld, S., Veenstra, R., Winter, A., Verhulst, F., Ormel, J y Meer, G. (2009). Area Deprivation Affects Behavioral Problems of Young Adolescents in Mixed Urban and Rural Areas: The TRAILS Study. *Journal of Adolescent Health*, 46, 189-196.
- Reinoso, M y Forns, M. (2010). Stress, coping and personal strengths and difficulties in internationally adopted children in Spain. *Children and Youth Services Review*, 32, 1807-1813.
- Relaf. (2010). *Niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en América latina. Contextos, causas y consecuencias de la privación al derecho de la convivencia familiar y comunitaria*. Buenos Aires: Ed. Relaf.
- Rescorla, L.A., 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, 130-142.
- Rescorla, L. A., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., et al. (2007). Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 351-358.
- Revuelta, E. (2011). *Los usos de la inclusa de Madrid, mortalidad y retorno a principios del siglo XX (1890-1935)*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Reynolds, C. R y Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Reynolds, C. R. y Richmond, B. O. (1985). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale. RCMAS Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Richaud, M. (2009). Técnica, el ambiente social y el desarrollo cerebral. Planes y programas para combatir la pobreza en la Argentina. *XXXII Congreso Interamericano de Psicología*. Guatemala: Universidad del Valle de Guatemala.

- Richmond, B. O., Rodrigo, G y de Rodrigo, M. (1988). Factor structure of a Spanish version of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale in Uruguay. *Journal of Personality Assessment*, 52, 165-170.
- Richter, L. (2006). *The role of the health sector in strengthening systems to support children's healthy development in communities affected by HIV/AIDS: a review*. Geneva: World Health Organization.
- Richter, L y Foster, G. (2005). *Strengthening systems to support children's healthy development in communities affected by HIV/AIDS*. Geneva: Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH), World Health Organization.
- Risch, N., Herrell, R., Lehner, T., Liang, KY., Eaves L., Hoh, J., Griem, A., Kovacs, M., Ott, J y Merikangas, K. (2009). Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: a metaanalysis. *JAMA*, 301, 2462- 2471.
- Rizzini, I. (2002). *A criança e a Lei no Brasil. Revisando a história (1822-2000)*. Rio de Janeiro: UNICEF, CESPI/USU.
- Rizzini, Irene y Rizzini, Irma. (2004). *A institucionalização de crianças no Brasil - percurso histórico e desafios do presente*. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio.
- Rodríguez, G., Camacho, J., Rodrigo, M.J., Martin, J.C., y Maiquez, M.L. (2006). Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias de los Servicios Sociales Municipales. *Psicothema*, 18, 200-206.
- Roessner, V., Becker, A., Rothenberger, A., Rohde, LA y Banaschewski, T. (2007). A cross-cultural comparison between samples of Brazilian and German children with ADHD/HD using the Child Behavior Checklist. *European Archives of Psychiatry and Clinical*, 257, 353-359.
- Romero, S. (2008): Un siglo de legislación sobre infancia en America Latina. Un cuadro cronológico en Rodríguez, P. y Mannarelli, M. E. *Historia de la Infancia en America Latina*, 615-632. (Bogotá, Universidad del Externado). En Dávila, P y Naya, L. (2010). Infancia, educación y códigos de la niñez en América Latina. *Revista Española de Educación Comparada*, 16, 213-233.
- Rosa, A., Picchioni, M. M., Kalidindi, S., Loat, C. S., Knight, J., Touloupoulou, T., et al (2008). Differential methylation of the X- chromosome is a possible source of discordance for bipolar disorder female monozygotic twins. *American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric Genetics*, 147B, 459-462.
- Rossetti-Ferreira, M y Costa, N. (2012). Construcción de vínculos afectivos en contextos adversos de desarrollo: importancia y polémicas. *Scripta Nova-Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, XVI, 395.

- Roy, P y Rutter, M. (2006). Institutional care: Associations between inattention and early reading performance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 480-487.
- Roy, P., Rutter, M y Pickles, A. (2000). Institutional care: Risk from family background or pattern of rearing? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 139-149.
- Roy, P., Rutter, M y Pickles, A. (2004). Institutional care: Associations between overactivity and lack of selectivity in social relationships. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 866-873.
- Rubio-Stipeć, M., Fitzmaurice, G., Murphy, J y Walker, A. (2003). The use of multiple informants in identifying the risk factors of depressive and disruptive disorders: Are they interchangeable? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 51-58.
- Rutter, M. (1972). *Maternal Deprivation Reassessed*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books.
- Rutter, M. (1985). Fortaleza contra la adversidad. *Publicación Británica de Psiquiatría*, 147, 598-561.
- Rutter, M. (1990). Psychological Resilience and Protective Mechanisms. En Rolf, J., Masteu, A., Cicchetti, D., Neuchterlieu, K. y Wientraub (eds.). *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology*. New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1992). *Developing Minds: Challenge and Continuity across the Life Span*. Great Britain: Penguin Books.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14, 626-631.
- Rutter, M. (1998). English Romanian Adoptees (ERA) Study Team. Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 465-476.
- Rutter, M. (1999). Psychosocial adversity and child psychopathology. *British Journal of Psychiatry*, 174, 480-493. En Marshall, P y Kenney, J. (2009). Biological perspectives on the effects of early psychosocial experience. *Developmental Review*, 29, 96-119.
- Rutter, M. (2000). Children in substitute care: some conceptual considerations and research implications. *Children and Youth Services Review*, 22, 685-703.
- Rutter, M. (2002). Nature, nurture, and development: From evangelism through science toward policy and practice. *Child Development*, 73, 1-21.
- Rutter, M. (2006a). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals New York Academy Of Sciences*, 1094, 1-12.

- Rutter, M. (2006b). The psychological effects of early institutional rearing. In P. J. Marshall & N. A. Fox (Eds.), *The development of social engagement: Neurobiological perspectives* (pp. 355-391). New York: Oxford University Press.
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse and Neglect*, 31, 205-209.
- Rutter, M. (2008). Understanding and testing risk mechanisms for mental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 44-52.
- Rutter, M. (2010). Gene-environment interplay. *Depression and Anxiety*, 27, 1-4.
- Rutter, M. (2012). Gene-environment interdependence. *European Journal of Developmental Psychology*, 9, 391-412.
- Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Kreppner, J., Mehta, M., Stevens, S y Sonuga-Barke, E.J. (2007). Effects of profound early institutional deprivation: an overview of findings from a UK longitudinal study of Romanian adoptees. *European Journal of Developmental Psychology*, 4, 332-350.
- Rutter, M., Colvert, E., Kreppner, J., Beckett, C., Castle, J., Groothues, C., et al (2007). Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and non-deprived adoptees. I: Disinhibited attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 17-30.
- Rutter, M., Giller, H y Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people* (1a. Ed.). Estados Unidos: Cambridge University Press.
- Rutter, M., Kreppner, J y Connor, T. (2001). English and Romanian Adoptees study team Specificity and Heterogeneity in Children's Responses to Profound Institutional Privation. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 97-103.
- Rutter, M., Moffitt, T y Caspi, A. (2006). Gene-environment interplay and psychopathology: Multiple varieties but real effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 226-261.
- Rutter, M., O'Connor, T y The English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. (2004). Are there biological programming effects for psychological development? Findings from a study of Romanian adoptees. *Developmental Psychology*, 40, 81-94.
- Rutter, M y Sonuga-Barke, E. (2010). X. Conclusions: overview of findings from the era study, inferences, and research implications. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 75, 212-229.
- Sameroff, A.J. (1983). Developmental systems: Contexts and evolution. En W. Kessen (Ed), *Handbook of child psychology: Vol. 1. History, theories, and methods* (pp.238-294). New York: Wiley.

- Sameroff, A.J. (1987). The social context of development. En N. Eisenberg (Ed), *Contemporary topic in developmental psychology* (pp. 273-291). New York: Wiley.
- Sameroff, A.J. (1993). Models of development and developmental risk. En C. Zeanah (Ed), *Handbook of infant mental health* (pp. 3-13). New York: Guilford Press.
- Sameroff, A.J. y Chandler, M.J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. En F.D. Horowitz, E.M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek y G. Siegel (eds.), *Review of Child Development Research*, (vol. 4, pp. 187-244). Chicago: University of Chicago Press.
- Sameroff, A.J. y Fiese, B.H. (1990). Transactional regulation and early intervention. En S.J. Meisels y J.P. Shonkoff (Eds), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 119-149). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sameroff, A.J. y Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. En J.P. Shonkoff y S.J. Meisels (eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 135-159). New York: Cambridge University Press.
- Sameroff, A. J y MacKenzie, M. J. (2003). Research strategies for capturing transactional models of development: The limits of the possible. *Development and Psychopathology*, 15, 613-640.
- Sanabria, A y Uribe, A. (2010). Factores psicosociales de riesgo asociados a conductas problemáticas en jóvenes infractores y no infractores. *Revista Diversitas - Perspectivas en Psicología*, 6, 257-274.
- Sanhis, F. (2008). *Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes*. Tesis de Doctorado. Universidad Ramón Llull. Barcelona. España.
- Santiago, C.D., Wadsworth, M.E y Stump, J. (2009). Socioeconomic Status, Neighborhood Disadvantage, and Poverty-related stress: Prospective Effects on Psychological Syndromes Among Diverse Lowincome Families, *Journal of Economic Psychology*, 32, 218-230.
- Sapolsky, R. M., Romero, L. M y Munck, A. U. (2000). How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions. *Endocrinology Review*, 21, 55-89.
- Save the Children .(2009). *Keeping Children Out of Harmful Institutions: Why we should be investing in family-based care*. UK: London.
- Schejtman, C. (2007). *Nuevos aportes del estudio de interacciones tempranas y de investigaciones empíricas en infantes a la comprensión psicoanalítica de la estructuración psíquica*. Argentina: UBA.

- Schmid, M., Goldbeck, L., Nutzel, J y Fegert, J. M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *BMC. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2, 1-8.
- Schonhaut, L. (2010). Profilaxia del Abandono: Cien Años de Protección de la Infancia en Chile. *Revista chilena de pediatría*, 81, 304-312.
- Schreiner, G. (2009). *Riesgo o abandono: más allá de la semántica*. Recuperado el 6/12/2011 disponible en http://www.conscienciasocial.net/attachments/File/riesgo_o_abandono_m__s_all__de_la_sem__ntica__Gabriela_Schreiner.pdf.
- Semiud-Clikeman, M., Steingard, R. J., Filipek, P., Biederman, L., Bekken, k. y Renshaw, P. F. (2000). Using MRI to examine brain- behavior relationships in males with attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 39, 477-484.
- Sename (Chile) y Ministerio de Justicia (Chile) (1991). *Estudio descriptivo de las características psicológicas, socio-comunitarias y judiciales en una muestra de jóvenes retenidos en el C.D.P. de Puente Alto*. Chile: SENAME.
- Sheridan, M., Drury, S., McLaughlin, K y Amas, A. (2010). Early institutionalization: neurobiological consequences and genetic modifiers. *Neuropsychology Review*, 20, 414-429.
- Silva, A. (2004). *Conducta antisocial un enfoque psicológico*. México Df: Editorial Pax México.
- Silva, E y Aquino, L. (2005). *Os abrigos para crianças e adolescentes e o direito à convivência familiar e comunitária*. Brasilia: IPEA.
- Sitanerios, G y Kovacs, M. (1999). Use of the Children's Depression Inventory. In M. E. Marvish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (2nd ed.) (pp. 267-298). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Sonuga-Barke, E. J., Schlotz, W y Kreppner, J. (2010). Differentiating developmental trajectories for conduct, emotion, and peer problems following early deprivation. In M. Rutter, et al. (Eds.), *Deprivation specific psychological patterns: effects of institutional deprivation* (pp.102-124). *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 75 (1).
- Smokowski, P., Buchanan, R y Bacallao, M. (2009). Acculturation and Adjustment in Latino Adolescents: How Cultural Risk Factors and Assets Influence Multiple Domains of Adolescent Mental Health. *Journal of Primary Prevention*, 30, 371-393.

- Smokowski, P., Rose, R y Bacallao, M. (2009). Acculturation and Aggression in Latino Adolescents: Modeling Longitudinal Trajectories from the Latino Acculturation and Health Project. *Child Psychiatry and Human Development*, 40, 589-608.
- Smyke, A. T., Koga, S. F., Johnson, D. E., Fox, N. A., Marshall, P. J., Nelson, C. A., et al. (2007). The caregiving context in institution-reared and family-reared infants and toddlers in Romania. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 210-218.
- Smyke, A. T., Zeanah, C. H., Fox, N. A., Nelson, C. A y Guthrie, D. (2010). Placement in Foster Care Enhances Quality of Attachment Among Young Institutionalized Children. *Child Development*, 81, 212-223.
- Spielberger, CD. (1996). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spitz, E. (1945). Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The psychoanalytic study of the child*, 1, 153-172.
- Spitz, R. (1948). Conferencia en la Sociedad Francesa de Psicología. En Bertoye, P. en “*Considérations sur l’Hopitalisme*”, Santé Mentale de l’Enfant et de l’Adolescent. Lyon: Simep, 1966, 147-53.
- Spitz, R. (1951). The psychogenic diseases in infancy: an attempt at their etiologic classification. *The psychoanalytic study of the child*, 6, 255-275.
- Spitz, R. (1952). *The psychogenic diseases in infancy Film*. New York: University Film Library.
- Spitz, R. (1957). *No and yes: on the genesis of human communication*. New York: International Universities Press.
- Spitz, R. (1965). *The first year of life*. New York: International University Press.
- Spitz, R. y Wolf, K (1946). Anaclitic depression: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanalytic study of the child*, 2, 313-342.
- Sroufe, L. A y Rutter, M. (1984). The domain of developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 17-29. En Marshall, P y Kenney, J. (2009). Biological perspectives on the effects of early psychosocial experience. *Developmental Review*, 29, 96-119.
- St. Petersburg-USA Orphanage Research Team (2008). The effects of early social-emotional and relationship experience on the development of young orphanage children. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 73, 1-264.
- Steinberg, L. (1999). *Adolescence*. Boston: McGraw-Hill.

- Steinberg, L y Morris, AS. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- Stern, D. (1978). La primera relación madre-hijo. Madrid: Morata, pp 23-86. En Dorado, J (1990). Privación psicosocial en niños de orfelinato. *R.A.E.N*, X, 35.
- Stevens, S. E., Sonuga-Barke, E. J. S., Asherson, P., Kreppner, J. M y Rutter, M. (2006). A consideration of the potential role of genetic factors in individual differences in response to early institutional deprivation: The case of inattention/overactivity in the English and Romanian Adoptees Study, *Association for Child and Adolescent Mental Health*, 25, 63-76.
- Stevens, S. E., Sonuga-Barke, E. J. S., Kreppner, J. M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., et al. (2008). Inattention/overactivity following early severe institutional deprivation: presentation and associations in early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 385-389.
- Tarullo, A. R y Gunnar, M. R. (2005). Institutional rearing and deficits in social relatedness: Possible mechanisms and processes. *Cognitie Creier Comportament*, 9, 329-342.
- Teicher, M., Andersen, S., Polcari, A., Anderson, C., Navalta, C y Kim, D. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 33-44.
- Teicher, MH., Teicher, M. H., Dumont, N., Ito, Y., Vaituzis, A. C., Giedd, J y Anderson, S. (2004). Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biological Psychiatry*, 56, 80-85.
- Thomson Reuters. (2010). Entrevista-Sismo Haití, oportunidad para incitar protección niños. Recuperado el 9 de abril de 2012 Disponible en: <http://lta.reuters.com/articlePrint?articleId=LTASIE62T1B420100330>
- Tierney, A. L y Nelson III, C. A. (2009). Brain development and the role of experience in the early years. *Zero to Three*, 30, 9-13.
- Tizard, B. (1979). Early experience and later social behavior. In D. Shaffer y J. Dunn (Eds.), *The first year of life: Psychological and medical implications of early experience* (197-211). New York: John Wiley.
- Tizard, B y Hodges, J. (1977). The effect of early institutional rearing on the development of eight-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 19, 99-118.
- Tizard, B y Rees, J. (1974). A comparison of the effects of adoption, restoration to the natural mother, and continued institutionalization on the cognitive development of four-year-old children. *Child Development*, 43, 92-99.

- Tobis, D. (2000). *Institutions vs. Foster Homes: The Empirical Base for a Century of Action*. Chapel Hill, NC: UNC, School of Social Work, Jordan Institute for Families.
- Tolfree, D. (2004). *Whose Children? Separated Children's Protection and Participation in Emergencies*. Estocolmo: Save the Children.
- Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S y López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18, 45-59.
- Tottenham, N., Hare, T., Quinn, B., McCarry, T., Nurse, M., Gilhooly, T., et al. (2010). Prolonged institutional rearing is associated with atypically large amygdala volume and difficulties in emotion regulation. *Developmental Science*, 13, 46-61.
- Tremblay, R y Craig, W. (1995). Developmental Crime Prevention en *Building a Safer Society. Strategic Approaches to Crime Prevention* (Edit. Tonry y Farrington). *Crime and Justice*, Vol. 19, The University of Chicago Press, Chicago, 151-236.
- Turgeon, L y Chartrand, E. (2003). Reliability and validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale in a French-Canadian sample. *Psychological Assessment*, 15, 378-83.
- UNDP. (2011). *Beyond Transition: Towards Inclusive Societies*. Bratislava: United Nations Development Programme, Regional Bureau for Europe and CIS.
- UNICEF. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Nueva York: Naciones Unidas.
- UNICEF (2003). *Children in Institutions: The Beginning of the End? The Cases of Italy, Spain, Argentina, Chile and Uruguay*. Florencia: Innocenti Research Centre.
- UNICEF. (2004). *Las generaciones huérfanas de África*. Nueva York: Autor.
- UNICEF. (2005). *Código de la niñez y adolescencia y leyes complementarias: Ley 1680*. Paraguay: Autor.
- UNICEF. (2005a). *Estado Mundial de la Infancia 2006. Excluidos e invisibles*. Nueva York: Autor.
- UNICEF. (2005b). *Stop Violence against Children: Act Now, Report of the Regional Consultation for the UN Study on Violence against Children*, Ljubljana: Autor.
- UNICEF. (2005c). *TransMonee 2005: Data, Indicators and Features on the Situation of Children in CEE/CIS and Baltic States*, Florencia: Centro de Investigaciones Innocenti.
- UNICEF. (2006). *Hojas informativas sobre la protección de la infancia*. Nueva York: Autor.
- UNICEF. (2008). *The Institutional Care of Children*. Nueva York: Autor.

- UNICEF. (2009a). *Progreso para la infancia: Un balance sobre la protección de la niñez*. Nueva York: Autor.
- UNICEF. (2009b). *Estado Mundial de la Infancia. Edición Especial: Conmemoración de los 20 años de la Convención sobre los Derechos del Niño*. Nueva York: Autor.
- UNICEF. (2010). *At Home or in a Home - Formal care and adoption of children in Eastern Europe and Central Asia*. Geneva: UNICEF Regional Office for Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States (CEE/CIS).
- UNICEF. (2011). *Estado Mundial de la Infancia 2011: La Adolescencia una época de oportunidades*. Nueva York: Autor.
- UNICEF y la Adjuntía para los Derechos de la Niñez y la Adolescencia. (2010). *Entrevista a Mayda Ramos: Adjunta para la Niñez y la Adolescencia de la Defensoría del Pueblo*. Lima: Autores.
- UNICEF - Innocenti Research Centre (2005). *Children and Disability in Transition in CEE/CIS and Baltic States*. Florence: Autores.
- UNICEF y el Instituto de Estudios Judiciales (2010). *Temas claves en materia de Protección y Promoción de Derechos de niños, niñas y adolescentes en la Provincia de Buenos Aires*. Buenos Aires: Ed. Suprema Corte de Justicia Provincia de Buenos Aires - Instituto de Estudios Judiciales.
- UNICEF y la Oficina Regional para América Latina y el Caribe. (2004). *La Convención sobre los Derechos del Niño. Quince años después*. America Latina: Autores.
- UNICEF y Servicio Social Internacional (2004). *Mejorar la protección de los niños privados del cuidado de sus padres: la necesidad de reglas internacionales*. Nueva York: Autores.
- UNICEF, UNAIDS y USAID. (2004). *Children on the brink 2004: A joint report of new orphan estimates and a framework for action*. New York: UNICEF.
- UNICEF Venezuela. (2012). *Información del país*. Recuperado el 15 de abril de 2012. Disponible en <http://www.unicef.org/venezuela/spanish/overview.html>
- UNICEF y World Bank (2002). *Education and AIDS. Ensuring education access for orphans and vulnerable children: a training manual*. Washington, DC: The World Bank.
- United Nations Secretary. (2005). *General's Study on Violence against Children. Regional Desk Review: Latin America-North America*.
- Urrego, Y. (2009). El impacto de las experiencias tempranas en la cognición social, *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3, 61-80.

- Valedor Do Pobo (2008). Menores vulnerables: desprotección y responsabilidad penal, *Informe extraordinario de la institución del Valedor do pobo presentado al Parlamento gallego*. Galicia: Autor.
- Valencia, M y Andrade P. (2005). Validez de la Youth Self-Report para Problemas de Conducta en niños Mexicanos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 459-520.
- Valencia-García, R. y Andrade-Palos, P. (2005). Validez del Youth Self Report para problemas de conducta en niños mexicanos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 499-520.
- Van den Dries, L., Juffer, F., H. Van IJzendoorn M y Bakermans, M. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*, 31, 410-421.
- Van den Dries, L., Juffer, F., Van IJzendoorn, M y Bakermans-Kranenburg, M. (2010). Infants' physical and cognitive development after international adoption from foster care or institutions in China. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 31, 144-150.
- Van der Vegt, E., Van der Ende, J., Ferdinand, R., Verhulst, F y Tiemeier, H. (2008). Early childhood adversities and trajectories of psychiatric problems in adoptees: evidence for long lasting effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 239-249.
- Van IJzendoorn, M., Bakermans-Kranenburg, M y Juffer, F. (2007). Plasticity of growth in height, weight, and head circumference: meta-analytic evidence of massive catch-up after international adoption. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 28, 334-343.
- Van Londen, WM., Juffer, F y Van IJzendoorn, MH. (2007). Attachment, cognitive, and motor development in adopted children: short-term outcomes after international adoption. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 1249-1258.
- Van Roy, B., Groholt, B., Heyerdahl, S y Clench-Aas, J. (2010). Understanding discrepancies in parent-child reporting of emotional and behavioural problems: Effects of relational and socio-demographic factors. *BioMedCentral psychiatry*, 10, 56.
- Vanderwert, R., Marshall, P., Nelson, C., Zeanah, C y Fox, N (2010). Timing of intervention affects brain electrical activity in children exposed to severe psychosocial neglect. *PloS One*, 5, 1-5.
- Varela, R. E y Biggs, B. K. (2006). Reliability and validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) across samples of Mexican, Mexican

- American, and European American children: a preliminary investigation. *Anxiety, Stress and Coping: An International Journal*, 19, 67-80.
- Vargas, D y Orozco, M. (2010). La separación materna temprana provoca disminución en las conductas maternas y de autocuidado en hembras adultas. *Tesis Psicológica*, 5, 58-75.
- Vásquez, C. (2003). Predicción y prevención de la delincuencia juvenil según las teorías del desarrollo social, *Revista de Derecho*, 14, 135 - 158.
- Vásquez, C. (2003). Teorías criminológicas sobre delincuencia juvenil. En Colex (Ed.) *Delincuencia juvenil. Consideraciones penales y criminologías* (1ª.Ed., pp.63-119). Madrid, España.
- Veenstra, R., Lindenberg, S., Oldehinkel, A. J., De Winter, A. F y Ormel, J. (2006). Temperament, environment, and antisocial behavior in a population sample of preadolescent boys and girls. *International Journal of Behavioral Development*, 30, 422-432.
- Verhulst, F. C y Akkerhuis, G. W. (1989). Agreement between parents' and teachers' ratings of behavioural/emotional problems of children aged 4-12. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 123-136.
- Vorria, P., Papaligoura, Z., Dunn, J., Marinus, H., van IJzendoorn, Steele, H., Kontopoulou, A y Sarafidou, E. (2003). Early experiences and attachment relationships of Greek infants raised in residential group care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1-13.
- Vorria, P., Papaligoura, Z., Sarafidou, J., Kopakaki, M., Dunn, J., Van IJzendoorn, M.H. y Kontopoulou, A. (2006). The development of adopted children after institutional care: A follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1246-1254.
- Vorria, P., Rutter, M., Pickles, A., Wolkind, S., Hobsbaum, A. (1998). A comparative study of Greek children in long-term residential group care and in two-parent families: I. social, emotional, and behavioral differences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39, 225-236.
- Wahler, R. G. (1990). Social networks and coercitive mother-child interactions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 43-53.
- Wathier, J y Dell'Aglio, D (2007). Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de institucionalização. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29, 305-314.
- Wathier-Abaid, J., Dell'Aglio, D y Koller, S. (2009). Preditores de sintomas depressivos em crianças e adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 9, 203-216.

- Watts-English, T., Fortson, B.L., Gibler, N., Hooper, S.R. y De Bellis, M.D. (2006). The psychobiology of maltreatment in childhood. *Journal of Social Issues*, 62, 717-36. En Mesa-Gresa, P y Moya-Albiol, L. (2011). Neurobiología del maltrato infantil: el “ciclo de la violencia”. *Revista de Neurología*, 52, 489-503.
- Welsh, J., Viana, A., Petrill, S y Mathias, M. (2007). Interventions for internationally adopted children and families: a review of the literature. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 24, 285-311.
- Wiik, K. L., Loman, M. M., Van Ryzin, M. J., Armstrong, J. M., Essex, M. J., Pollak, S. D., et al. (2011). Behavioral and emotional symptoms of postinstitutionalized children in middle childhood. *Journal of Child Psychiatry and Psychology*, 52, 56-63.
- Wisner Fries, A., Shirtcliff, E. A y Pollak, S. D. (2008). Neuroendocrine dysregulation following early social deprivation in children. *Developmental Psychobiology*, 50, 588-599.
- Wolf, K. A y Foshee, V. A. (2003). Family violence, anger expression styles, and adolescent dating violence. *Journal of Family Violence*, 18, 309-316.
- Wootton, B. (1963). Punto de vista de la ciencia social sobre la privación de la madre. En *Privación de los cuidados maternos. Revisión de sus consecuencias*. Ginebra: O.M.S.
- Yoshikawa, H. (1994). Prevention as cumulative protection: effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychological Bulletin*, 115, 28-54.
- Youngblade, L. M. y Belsky, J. (1990). Social and emotional consequences of child maltreatment. En R. Ammerman y M. Hersen (Eds.), *Children and risk: an evaluation of factors contributing to child abuse and neglect* (pp. 109-146). New York: Plenum Press.
- Zahn-Waxler, C., Klimes-Dougan, B y Slattery, M. J. (2000). Internalizing problems of childhood and adolescence: Prospects, pitfalls, and progress in understanding the development of anxiety and depression. *Development and Psychopathology*, 12, 443-466.
- Zeanah, C., Egger, H., Smyke, A.T., Nelson, C.A., Fox, N.A., Marshall, P.J y Guthrie, D. (2009). Institutional rearing and psychiatric disorders in Romanian preschool children. *American Journal of Psychiatry*, 166, 777-785.
- Zeanah, C. H., Gunnar, M. R., McCall, R. B., Kreppner, J. M. y Fox, N. A. (2011). VI. Sensitive Periods. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 76, 147-162.

- Zeanah, CH., Koga, SF., Simion, B., Stanescu, A., Tabacaru, CL., Fox, NA., Nelson, CA., BEIP Core Group. (2006). Ethical considerations in international research collaboration: the Bucharest Early Intervention Project. *Infant Mental Health Journal*, 27, 559-576.
- Zeanah, C. H., Nelson, C. A., Fox, N. A., Smyke, A. T., Marshall, P., Parker, S. W., et al. (2003). Designing research to study the effects of institutionalization on brain and behavioral development: The Bucharest early intervention project. *Development and Psychopathology*, 15, 885-907.
- Zeanah, C. H y Smyke, A. T. (2008). Attachment disorders in family and social context. *Infant Mental Health*, 29, 219-233.
- Zeanah, C., Smyke, A., Koga, S y Carlson, E. (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development*, 76, 1015 - 1028.
- Zeanah, C. H., Smyke, A. T y Settles, L. D. (2006). Orphanages as a developmental context for early childhood. In K. McCartney y D. Phillips (Eds.), *Blackwell handbook of early childhood development* (424-454). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Zeynep, S., Nese, Erol., Didem, Ö y Kerim, M. (2007). Prevalence and predictors of emotional and behavioral problems reported by teachers among institutionally reared children and adolescents in Turkish orphanages compared with community controls. *Children and Youth Services Review*, 29, 883-899.