



Trabajo Fin de Máster

Laura María Gómez López

“Salud Mental y Atención Recibida en Niños, Niñas y Adolescentes en Acogimiento Familiar. Una Revisión Sistemática”

Noviembre 2022

Tutorizado por Jesús Jiménez Morago

Máster en Psicología de la Intervención Social y Comunitaria

Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla

Resumen

Antecedentes: La adversidad infantil puede tener graves consecuencias en el desarrollo y la adaptación de las personas que la sufren a lo largo de su vida. En los casos más graves, la actuación del sistema de protección implica la separación de su familia de origen y la adopción de medidas como el acogimiento familiar. *Objetivo:* La presente revisión pretende conocer los avances que se han realizado en los últimos 10 años sobre salud mental en personas menores de edad que se encuentran en acogimiento familiar, analizando la prevalencia de problemas internalizantes, externalizantes y trastornos mentales en dicha población, y explorando los recursos, servicios o programas especializados que atienden a su salud mental. *Método:* se aplicó el protocolo PRISMA y se buscó en Scopus, PubMed, Web Of Science y Psycodoc. Tras definir los criterios de inclusión y exclusión y realizar la depuración, se seleccionaron 17 investigaciones.

Resultados: Existe una elevada prevalencia de problemas emocionales, conductuales y trastornos psicológicos, siendo frecuente el diagnóstico de TDAH y TEPT. También se destaca una alta incidencia de sintomatología asociada al trauma, la cual se correlaciona significativamente con problemas de conducta. Además, se han identificado buenas prácticas en programas o servicios, los cuales centran su intervención en variables relacionadas con los hallazgos encontrados sobre los problemas de salud mental.

Conclusiones: aunque diferentes estudios evidencian alteraciones en la salud mental de la población mencionada, aún quedan retos pendientes tanto el diagnóstico como en la atención que se presta a estos niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar.

Palabras clave: Sistema de Protección de Menores, Acogimiento Familiar, Salud Mental, Servicios de Salud Mental, Atención Psicosocial.

Abstract

Background: Childhood adversity can have serious consequences on the development and adaptation of those who suffer it throughout their lives. In the most serious cases, the action of the protection system involves separation from their family of origin and the adoption of measures such as foster care. *Objective:* The aim of this review is to find out what progress has been made in the last 10 years on mental health in minors in foster care, analysing the prevalence of internalising and externalising problems and mental disorders in this population, and exploring the resources, services or specialised programmes that attend to their mental health. *Method:* we applied the PRISMA protocol and searched Scopus, PubMed, Web Of Science and Psycodoc. After defining the inclusion and exclusion criteria and performing the filtering, 17 research studies were selected. *Results:* There is a high prevalence of emotional and behavioural problems and psychological disorders, with a frequent diagnosis of ADHD and PTSD. There is also a high incidence of trauma-related symptomatology, which correlates significantly with behavioural problems. In addition, good practices have been identified in programmes or services, which focused their intervention on variables related to the findings on mental health problems. *Conclusions:* although different studies show alterations in the mental health of the aforementioned population, there are still pending challenges both in diagnosis and in the care provided to these children and adolescents in foster care.

Key words: Child Protection System, Family Foster Care, Mental Health, Mental Health Services, Psychosocial Attention.

Índice

Introducción	1
Sistema de Protección de Menores y Tipos de Acogimiento Familiar	2
Salud Mental e Infancia en el Sistema de Protección de Menores.....	5
Diferentes Perspectivas en el Análisis de la Salud Mental	7
Atención a la Salud Mental de Personas Menores en Acogimiento Familiar	8
Objetivos	11
Metodología	12
Fuentes de Información.....	12
Criterios de elegibilidad	13
Estrategia de Búsqueda y Procedimiento de Extracción de Datos.....	15
Resultados	17
Selección e Inclusión de Estudios	17
Características de las Investigaciones Seleccionadas.....	18
Riesgo de sesgo en los estudios.....	20
<i>Prevalencia de trastornos o problemas de salud mental</i>	21
<i>Atención a la Salud Mental</i>	28
Discusión.....	32
Conclusiones	36
Referencias Bibliográficas	39
Apéndices.....	47
Apéndice A. Instrumentos psicométricos usados en los enfoques conductual y psicopatológico.	47
Apéndice B. CASPe. Adaptación Española de Critical Appraisal Skills Programme	49
Apéndice C. Artículos incluidos en la revisión.....	52
Apéndice D. Gráficas CBCL y SDQ.....	66

Introducción

La sociedad actual se enfrenta a una “epidemia silenciosa” causada por diversos problemas de salud mental que nos pueden afectar a cualquier edad, pues su aparición depende de múltiples factores que influyen aumentando o disminuyendo el riesgo de sufrirlos. Existen ciertos sectores poblacionales que, por experiencias especialmente negativas vividas en los primeros años de vida, presentan una serie de factores que incrementan el riesgo de padecer estos problemas.

Los efectos de la adversidad infantil son numerosos y pueden darse en varias áreas de adaptación personal a múltiples niveles, pues están relacionados con el padecimiento de enfermedades físicas problemas en la salud mental, alteraciones en el desarrollo social y dificultades académicas (Carrera, 2020). Además, Kessler et al. (2010, citado en Carrera, 2020), apoyan que la adversidad relacionada con el mal funcionamiento familiar parece estar relacionada con el desarrollo de psicopatologías.

Las situaciones de adversidad van acompañadas de una serie de factores moderadores que influyen en la gravedad y el tipo de consecuencias. Entre estos, se encuentra la cronicidad, la severidad o el momento de desarrollo (“timing”), pues, dependiendo de cuando se dé, afectará de diferente forma en la aparición de problemas externalizantes frente a internalizantes o viceversa (Tottenham, 2009, citado en Carrera, 2020). Sin embargo, también existen factores moderadores relativos a características individuales del niño, niña o adolescente, como es la sensibilidad al contexto o su sexo, pues según Carrera (2020) las consecuencias de la adversidad en varones están más relacionadas con la conducta antisocial y problemas externalizantes, mientras que las niñas tienden más padecer problemas internalizantes. A pesar de ello, también existen factores moderadores que influyen de manera positiva, como son las experiencias

vividas durante y después de la adversidad o la presencia de elementos protectores y apoyo recibido tras ella (Carrera et al., 2020).

No obstante, a pesar de las evidencias mostradas acerca de los efectos y consecuencias la adversidad infantil, esta población a veces pasa desapercibida (Carrera et al., 2016), aun siendo numerosa. Según la Secretaría de Estado de Servicios Sociales (2021), en 2020 en España había 18.892 personas menores de edad en acogimiento familiar, predominando los grupos de edad de 11 a 14 años. Según la Oficina técnica del III Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía (2022), en dicha comunidad el sistema de protección de menores tenía bajo su tutela a 5057 niños, niñas y adolescentes en diciembre de 2021, siendo 2417 los que se encontraban en acogimiento familiar, de los cuales el 63,8% estaban en familia extensa y el 36,2% en familia ajena.

Cada vez son más los y las profesionales, como Camps-Pons et al. (2014), manifiestan lo urgente y prioritario que es avanzar en investigación, prevención, evaluación e intervención psicológica en esta población para poder incrementar su calidad de vida. Atendiendo esta necesidad, la presente revisión sistemática pretende investigar, a partir de la literatura científica, el estado de salud mental de las personas menores de edad que han vivido situaciones de desamparo y que actualmente se encuentran protegidas a través de la medida acogimiento familiar.

Sistema de Protección de Menores y Tipos de Acogimiento Familiar

Según la Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2010, citada en Vanschoonlandt et al., 2013), los servicios de atención a la infancia deben limitar y reducir el acogimiento residencial, promoviendo siempre el cuidado en entornos familiares alternativos, pues crecer en instituciones puede agravar las consecuencias de la adversidad en el desarrollo, tanto a nivel cognitivo como emocional, social y físico.

Por ello, son muchos los países que a lo largo del último siglo están optando por la desinstitucionalización de la infancia (Carrera, 2020).

Siguiendo esta línea, en el panorama legislativo internacional, la Convención de los Derechos del Niño identificó a la familia como la unidad fundamental para el bienestar y crecimiento de las personas. Por ello, si alguna persona menor de edad no se encuentra en un entorno familiar seguro en el que poder desarrollarse y crecer de manera adaptativa y saludable, tiene derecho a ser protegido o protegida por el Estado, que le debe ofrecer alternativas adecuadas y adaptadas a sus necesidades (Comité de los Derechos del Niño, 2013, citado en Save the Children y Asociación Estatal de Acogimiento Familiar, 2021). A nivel estatal, la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor (LOPJM) y la ley 26/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, introdujeron en España el deber de dar prioridad al acogimiento familiar frente al residencial, y concretamente, al acogimiento en familia extensa frente al acogimiento en familia ajena en aquellos casos en los que no sea posible la permanencia del menor con su familia de origen, ni a través de intervenciones de preservación familiar, sobre todo para aquellos menores de entre 0 y 6 años.

En Andalucía, la ley 4/2021, de 27 de julio, también establece la prioridad del acogimiento familiar frente al residencial, el cual no podría darse en menores de trece años, a menos que, de manera excepcional, no se encuentre ninguna alternativa familiar, no debiendo tener una duración mayor a tres meses para aquellos niños y niñas menores de siete años, ni de seis meses para los mayores de siete años.

Por tanto, el acogimiento familiar se establece como una medida jurídica en la que a una familia se le otorga la guardia y custodia de una persona menor de edad, con la obligación de ofrecerle atención, acompañamiento, educación, cuidados y una

formación integral. A través de esta medida de protección, la familia de acogida se inicia en un proceso de reparación de las secuelas y consecuencias de la adversidad, adquiriendo el rol de referente de un modelo educativo adecuado (Viedma et al., 2016).

Existen diferentes modalidades de acogimiento familiar, cada una con unas características diferenciadas y una finalidad particular. Por un lado, con relación a si existe un vínculo previo entre la persona menor de edad y la familia acogedora, se encontraría el acogimiento en familia ajena y el acogimiento en familia extensa. Este último es aquel que se produce cuando existe una relación de parentesco por afinidad o consanguinidad de hasta tercer grado con las personas solicitantes del acogimiento. A diferencia de este, el acogimiento en familia ajena se da cuando la persona menor de edad no puede permanecer con ningún miembro de su familia de origen, por lo que se le ofrece una familia con la que no mantenía una relación previa, permitiéndole, si es posible, que mantenga contacto con su familia biológica (Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, 2022).

Por otro lado, en función del contexto sociofamiliar, las características personales y la edad, el acogimiento podrá producirse con carácter temporal o permanente, encontrándose tres modalidades diferenciadas (Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, 2022): a) Acogimiento familiar de urgencia, el cual se aplica cuando se debe intervenir de manera inmediata, especialmente cuando la edad del niño o niña es de entre 0 y 7 años, evitando el ingreso en un centro de protección. En esta modalidad, las familias reciben una remuneración y deben estar disponibles en todo momento, b) Acogimiento familiar temporal, que tiene una duración máxima de 2 años. Se dará en aquellos casos en los que existe una situación de crisis en la familia de origen y se está valorando la posibilidad de reintegración o el cambio a una medida más estable si este regreso no es posible, y c) Acogimiento familiar permanente,

que es indicado cuando se valora que el regreso del menor con su familia de origen sería perjudicial, optando en ese caso por una integración duradera y estable en otro núcleo familiar. Es frecuente que la familia acogedora intente mantener los lazos con la familia biológica de la persona menor de edad, pues puede resultar positivo en algunos casos. Además, el acogimiento temporal o permanente puede ser especializado. Este se dará en cuando se presenten unas circunstancias especiales que precisen un apoyo específico, y al menos una de las personas acogedoras debe tener disponibilidad, experiencia o cualificación para desempeñar esta función (Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, 2022).

Con independencia de la modalidad en la que se desarrolle el acogimiento familiar, este se considerada una de las figuras más relevantes a través de las cuales los sistemas de protección a la infancia ejercen su acción protectora (Secretaría de Estado de Servicios Sociales, 2021). Para realizar la importante labor que desempeñan, las familias trabajan de manera conjunta y reciben apoyo de los y las profesionales que trabajan en este ámbito. Por ello, se pretenderá mantener la identidad y los conocimientos teóricos de la intervención social en la práctica, analizando y modificando elementos contextuales, ecológicos, relacionales y de apoyo social, a través de modelos basados en la evidencia, que fomenten el bienestar psicosocial de estos niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad y de las familias que realizan la labor acogedora (Del Valle, 2018).

Salud Mental e Infancia en el Sistema de Protección de Menores

Según la Organización Mundial de la Salud (2022), la salud mental es un elemento fundamental, que, junto a la física y social, conforman un estado de bienestar que no solo puede considerarse como la ausencia de enfermedades o afecciones. De forma más específica, es considerada como un estado de bienestar en el que una persona

desarrolla sus capacidades y enfrenta el estrés cotidiano de manera adaptativa. En el caso de los niños, niñas y adolescentes atendidos por los sistemas de protección, se ha observado que su salud mental puede agravarse en algunos casos por la adversidad sufrida, el distanciamiento de su comunidad, su grupo de iguales o estresores ambientales (Vanshooland et al., 2013; Yoon et al., 2019; Hiller et al., 2021).

Actualmente, esta población es considerada una de las más vulnerables, lo cual es apoyado por la literatura científica, que demuestra que el riesgo de padecer problemas en el desarrollo, psicológicos, físicos y/o sociales, es significativamente mayor que en la población general (Lehmann et al., 2020; Eadie et al., 2021). En la misma línea, Burns et al. (2004), mostraron que estos niños, niñas y adolescentes presentaban hasta ocho veces más la probabilidad de tener un diagnóstico de trastorno mental, y que el 63.1% de los que se encuentran en acogida en familia ajena, y el 39.3% de los acogidos en familia extensa, mostraban puntuaciones clínicamente significativas en el *Child Behavior Checklist* (CBCL). Por otro lado, según la investigación de Lehmann et al., (2020), la adversidad infantil es considerada uno de los mayores predictores de padecer problemas de salud mental, estando presente en el 45% de los trastornos mentales diagnosticados en la infancia. Yoon et al., (2019) demostraron que niveles elevados de sintomatología depresiva se asocian con mayores situaciones de adversidad, oscilando la prevalencia de dicho trastorno entre el 4 y el 36% en los jóvenes con medidas de protección, y Larsen et al., (2018) que el 48.8% de los jóvenes en acogimiento sufría problemas psicológicos. Todos estos resultados coinciden con la investigación llevada a cabo en España por Jiménez-Morago et al., (2021), en la cual el 49% de los niños y niñas presentaban al menos un trastorno mental (el 30% tenía al menos un diagnóstico y el 10% dos).

En definitiva, parece que las estimaciones acerca de la prevalencia de problemas de salud mental en los niños, niñas y adolescentes que se encuentran en acogimiento familiar es semejante en casi todos los países occidentales, en los que casi un menor de cada dos cumple los criterios para ser diagnosticado con un trastorno mental (Bronsard et al., 2016, citado en Lehmann et al., 2020). Según Landsverk y Garland (1999, citado en Stoner et al., 2015), se estima que cerca del 80% de esta población padecerá problemas psicológicos a lo largo de su vida.

En la actualidad, también se debe tener en cuenta el impacto que la situación de pandemia causada por la Covid-19 ha provocado en esta población. A nivel mundial, según Vallejo-Slocker et al., (2022), se han realizado pocas investigaciones que hayan indagado en este tema, siendo de especial relevancia, ya que estos niños, niñas y adolescentes se han visto afectados por ello de manera diferente, pues padecían problemas de salud mental previos que han podido agravarse. Por otro lado, Carrera (2020) destaca también la necesidad de una mayor producción científica en este ámbito, recalcando la importancia de que se realicen comparaciones con la población general, así como que se analice la eficacia del acogimiento familiar en el desarrollo de las personas menores de edad que han sufrido adversidad.

Diferentes Perspectivas en el Análisis de la Salud Mental

Las investigaciones realizadas en el ámbito de la salud mental han seguido principalmente dos trayectorias. Por un lado, algunos estudios se han realizado desde una perspectiva conductual, indagando en los problemas internalizantes y externalizantes que los niños, niñas y adolescentes presentan como consecuencia de la adversidad sufrida. Por otra parte, otras investigaciones han seguido un enfoque más psicopatológico, explorando la prevalencia de trastornos mentales y basándose en las categorías diagnósticas que se aplican a la población general a través de manuales como

el DSM y la CIE (Tarren-Sweeney, 2013). Cada enfoque emplea los instrumentos psicométricos que más se ajustan a los objetivos que persiguen, los cuales se detallan en el Apéndice A.

La perspectiva conductual permite la creación de programas y servicios que intervienen desde un enfoque psicosocial, disminuyendo la posibilidad de que dichas dificultades se vuelvan potencialmente más graves. Sin embargo, aunque proporciona estimaciones generales de problemas de salud mental, no determina si el problema debe ser tratado o podría clasificarse como un trastorno psiquiátrico, pues para ello se debería tener en cuenta información más detallada (Staines, 2012). Por otro lado, el enfoque psicopatológico ofrece un conocimiento más profundo sobre problemas psicológicos, síntomas, duración o comorbilidad (Tarren-Sweeney, 2013). Sin embargo, se pueden dar casos en los que no exista bienestar psicológico, pero no se cumplan los criterios diagnósticos de ningún trastorno, por lo que no debe excluirse la idea de que la persona tenga problemas de salud mental que deban ser tratados (Lehmann et al., 2014). Además, dada la adversidad sufrida, las dificultades que pueden presentar tienen características diferenciales que no son recogidas por los enfoques diagnósticos clásicos, pudiendo requerir tratamientos específicos (Tarren-Sweeney, 2013).

Aunque existen estas dos tendencias, hay poca especificidad en cuanto a qué trastornos mentales se relacionan con la adversidad y sus distintos tipos, y, de manera general, los hallazgos la suelen vincular más con la vulnerabilidad a desarrollar problemas psicológicos internalizantes y externalizantes, sin especificar diagnósticos psicopatológicos (Kessler et al., 2010, citado en Carrera, 2020).

Atención a la Salud Mental de Personas Menores en Acogimiento Familiar

El rol que desempeñan las familias acogedoras es clave en la protección de estos niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, en algunas ocasiones, las consecuencias

derivadas de la adversidad son tan graves que proporcionar un entorno familiar que brinde cuidados y apoyo es necesario, pero no es suficiente, pues no abordarlas de manera especializada se ha identificado como un factor de riesgo que afecta a su salud mental, su rendimiento académico y sus relaciones interpersonales (Hiller et al., 2021).

Según Balsells et al., (2019), el apoyo social formal es un elemento fundamental en la atención y el acompañamiento para sobrellevar este tipo de situaciones. Su relevancia radica en la influencia que tiene sobre la adaptación y el bienestar subjetivo, ya que disminuye los niveles de depresión y estrés causados por los eventos traumáticos, siendo un factor protector, pues ofrece una red de apoyo que contribuye a mejorar el bienestar psicológico. Por ello, en estos casos, a la labor de las familias acogedoras se le debe sumar la colaboración de otros servicios que, a través de intervenciones especializadas, capacitación y acompañamiento, contribuyan a reducir los efectos negativos de la adversidad (Farmer y Lippold, 2016).

En España, estos servicios son los denominados “Servicios de Apoyo al Acogimiento Familiar” (SAAF), anteriormente llamados “Instituciones Colaboradoras de Integración Familiar” (ICIF). Entre las funciones que desempeñan los SAAF se encuentran (Viedma et al., 2016): capacitación de familias acogedoras, difusión, formación y valoración de idoneidad, preparación del niño, niña o adolescente para el acogimiento, seguimiento, apoyo y mediación en el contacto entre la persona menor de edad y la familia de origen. Estos servicios contribuyen a la detección, derivación y tratamiento de trastornos psicológicos en los niños, niñas y adolescentes que atienden. Además, el caso de algunas entidades como la “Asociación Márgenes y Vínculos”, también se ofrece un acompañamiento terapéutico para facilitar la gestión e integración adecuada de su situación e historia de vida (Viedma et al., 2016).

En Andalucía, todas las personas menores de edad tienen acceso a las Unidades de Salud Mental Infantil del Servicio Andaluz de Salud. Además, dadas las características de la población mencionada, la Junta de Andalucía ha incentivado la creación de diferentes servicios para reforzar la atención a la salud mental que les ofrecen. Uno de ellos es el “Programa especializado de reparación psicoterapéutica de menores víctimas de daño emocional severo” (Programa Orión), que provee tratamiento psicológico especializado a las personas menores de edad del Sistema de Protección que presenten graves problemas de conducta y adaptación. Además, también lleva a cabo estrategias de psicoeducación para que el entorno próximo comprenda y responda de forma adecuada a sus necesidades (Asociación Imeris, 2022). En la misma línea, una actuación similar también desarrollada en Andalucía es el “Programa preventivo para niños, niñas y adolescentes en situación de dificultad y/o conflictividad en el ámbito familiar (NAYFA)” que, aunque no interviene en la salud mental de manera directa, entre otras acciones, promueve competencias sociopersonales que incrementan la adaptación y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes en su contexto familiar y social (Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, s.f.).

Atendiendo a la investigación en otros países, Staines (2012) propone que la relación entre salud mental y acogimiento familiar es bidireccional y cíclica, por lo que la detección de problemas psicológicos en las primeras etapas mejorará considerablemente la adaptación a la familia acogedora. Así lo demostró en su investigación realizada en Reino Unido, donde se observó que ofrecer diferentes mecanismos de apoyo psicosociales (intervenciones terapéuticas, trabajar la historia de vida, terapia de juego, actividades y dinámicas organizadas, capacitación, información sobre recursos, etc.) implementados lo antes posible, contribuían a la estabilización de los acogimientos. Por otro lado, Arild et al., (2016) demostraron que el apoyo de

servicios especializados permite mantener relaciones entre las familias biológicas y acogedoras, lo cual también actúa como factor protector ante el desarrollo de problemas de salud mental. Larsen et al., (2018) también investigaron si los servicios que se ofrecían a los niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar cubrían sus necesidades de salud mental. Los resultados mostraron que más de la mitad no recibió servicios que atendieran estas necesidades (57%) o no recibieron servicios especializados. Por otro lado, Hiller et al. (2021) indagaron la percepción sobre la recepción de servicios en jóvenes de Inglaterra que se encontraban en el Sistema de Protección, evidenciando que esta población siente que no tiene apoyos especializados que atiendan sus necesidades psicológicas, y que solo una minoría había accedido a servicios de salud mental, que además se sentía insatisfecha con la atención recibida.

Objetivos

Las investigaciones sobre salud mental en acogimiento familiar son fundamentales para el perfeccionamiento del modelo de intervención profesional. Sin embargo, a pesar de ser una población vulnerable por la adversidad y el maltrato sufrido, existen pocos estudios e información sobre el desarrollo psicosocial de las personas menores de edad en acogimiento familiar, quedando aún mucho recorrido por realizar en este ámbito (Carrera et al., 2016).

Por ello, la presente revisión sistemática plantea un objetivo general: conocer los avances que se han realizado en los últimos 10 años sobre la salud mental y el bienestar psicológico de niños, niñas y adolescentes que se encuentran en medida de acogimiento familiar, tanto en el panorama nacional como internacional. Además, también persigue dos objetivos específicos:

- Analizar, a través de los enfoques psicopatológico y conductual, la prevalencia problemas psicológicos internalizantes y externalizantes en niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar, así como la prevalencia de trastornos mentales en dicha población.
- Explorar los recursos, servicios o programas de salud mental especializados existentes que brindan apoyo psicosocial a la población mencionada.

Metodología

Fuentes de Información

La metodología seguida para el desarrollo de esta revisión sistemática se basa en el modelo PRISMA. Tras el análisis de las diferentes bases de datos en las que se podría realizar la búsqueda, se escogió *PubMed*, *Scopus*, *Web Of Science* y *Psicodoc*, ya que son consideradas algunas de las plataformas más relevantes que incluyen literatura científica sobre psicología.

PubMed fue creada por el servicio “National Library of Medicine” de EE. UU y permite el acceso libre a diferentes bases de datos relacionadas con las Ciencias de la Salud. Cuenta con artículos procedentes de más de 4600 revistas publicadas en 70 países (Instituto de Salud Carlos III, s. f.). Por otro lado, *Scopus* fue creada en 2004 por Elsevier en Ámsterdam, y es considerada una de las mayores bases de datos de resúmenes y literatura revisada por pares. Actualmente es empleada por organizaciones académicas y gubernamentales de todo el mundo, y contiene artículos de revista, conferencias y libros acerca de diferentes ramas de conocimiento procedentes de 105 países (Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología, [FECYT], 2018). *Web Of Science*, fue creada en 1945 por “Philadelphia Clarivate Analytistics” y también contiene revistas, libros y congresos sobre múltiples disciplinas de conocimiento. Incluye

herramientas que permiten, además de otras funciones, clasificar autores, instituciones y naciones de una gran cantidad de publicaciones (Clarivate Analytics, s.f., citado en Universidad de Sevilla, s.f.). Por último, *Psicodoc* es una base de datos bibliográfica internacional creada por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid en 1998. Cuenta con publicaciones de revista, congresos y libros publicados en España, Portugal y Latinoamérica en castellano, inglés y portugués (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid 1998, citado en Universidad de Sevilla, s.f.).

La búsqueda de artículos en estas plataformas se inició en el mes de abril de 2022 y los procedimientos de análisis y cribado de los mismos se realizaron en los meses sucesivos, siendo en junio cuando se comenzó la extracción y análisis de los resultados. Además de las fuentes mencionadas, se buscó información complementaria en Google Académico, Dialnet, páginas web de diferentes organizaciones relacionadas con la temática y documentación aportada por el tutor de este Trabajo de Fin de Máster.

Criterios de elegibilidad

Para lograr los objetivos propuestos se plantearon una serie de criterios que persiguen incluir la información relevante y excluir toda aquella que podría distorsionar los resultados. Los criterios de inclusión considerados son los siguientes:

1. Artículos de investigación, tanto cualitativa como cuantitativa, publicados en los últimos 10 años (de 2012 a 2022).
2. Escritos en inglés o castellano.
3. Estudios realizados con personas menores de edad, con edades comprendidas entre los 0 y 18 años, bajo medida de acogimiento en cualquiera de sus modalidades.
4. Investigaciones realizadas en España u otros países, en los que la medida de acogimiento familiar comparta características similares.

5. Estudios que ofrezcan información sobre servicios especializados o programas que atiendan a la salud mental de las personas menores de edad en acogimiento.

De manera complementaria, los criterios de exclusión planteados han sido los siguientes:

1. Se descartan Trabajos de Fin de Grado, Trabajos Fin de Máster, Tesis, otras revisiones sistemáticas y metaanálisis.
2. Que la población objeto de estudio no se encuentre en acogimiento familiar.
3. Que traten sobre problemas de salud mental en las familias acogedoras y no en los niños, niñas o adolescentes acogidos.
4. Que el programa o servicio de salud mental mencionado en el artículo vaya dirigido exclusivamente a mejorar el bienestar de las personas acogedoras y no el de los niños, niñas o adolescentes en acogimiento.
5. Que los servicios o programas expuestos en el artículo no estén especializados en niños, niñas y adolescentes que han sufrido adversidad infantil. Es decir, que se trate de servicios que atienden a la salud mental de la población general.

Considerados estos criterios de inclusión y exclusión, de manera excepcional en esta revisión se ha optado por incluir un artículo que en su población objeto de estudio incluye a jóvenes de hasta 22 años, ya que, aunque no separaba los resultados por edad, cumplía el resto de los criterios y dada la escasez de estudios en sobre esta población en España, se ha considerado relevante tener en cuenta la información que aportaba. Por otro lado, según la investigación de Sabater et al., (2012), en España el 66.4% de personas menores de edad en acogimiento familiar ha estado en una residencia de manera previa a la medida actual. Por ello, también se ha realizado una excepción incluyendo estudios en los que en su población objeto de estudio, además de niños,

niñas y adolescentes en acogimiento familiar, también contaban con personas menores de edad en medida de acogimiento residencial.

Estrategia de Búsqueda y Procedimiento de Extracción de Datos

Durante la etapa de búsqueda se probaron diferentes operadores booleanos con el objetivo de averiguar cuáles eran los más idóneos. Se optó por tomar dos vías que aseguraran que los objetivos se cumplieran. Es decir, se realizó la búsqueda de problemas de salud mental, y, de forma paralela, se exploró la existencia de servicios o programas que presten una atención a la salud mental especializada. Los operadores definitivos se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1

Operadores booleanos empelados en la búsqueda

Base de Datos	Operadores
Scopus	TITLE-ABS KEY ((<i>prevalence</i>) AND (<i>mental disorders</i>) AND (<i>foster care</i>)) TITLE-ABS KEY (((<i>intervention procedures</i>) OR (<i>mental health services</i>)) AND (<i>foster care</i>))
PubMed	(<i>prevalence</i> [Title/Abstract]) AND (<i>mental disorders</i> [Title/Abstract]) AND (<i>foster care</i> [Title/Abstract]) ((<i>intervention procedures</i> [Title/Abstract]) OR (<i>mental health services</i> [Title/Abstract])) AND (<i>foster care</i> [Title/Abstract])
Psicodoc	(<i>prevalencia</i>) AND (<i>trastornos mentales</i>) AND (<i>acogimiento familiar</i>) (<i>procedimientos de intervención</i>) OR (<i>servicios de salud mental</i>) AND (<i>acogimiento familiar</i>)
Web Of Science	TS= ((<i>prevalence</i>) AND (<i>mental disorders</i>) AND (<i>foster care</i>)) TS= (((<i>intervention procedures</i>) OR (<i>mental health services</i>)) AND (<i>foster care</i>))

Una vez insertados los operadores booleanos en las diferentes bases de datos, se acotó la búsqueda según el idioma, la fecha y el tipo de publicación. Además, también

se añadieron manualmente otros artículos científicos procedentes de otras fuentes, como fueron la página web del Observatorio de la Infancia y documentación aportada por el tutor académico de esta revisión, pues algunos estudios no han sido publicados en revistas de impacto hasta el momento.

Posteriormente se procedió a la lectura de títulos, resúmenes y palabras clave, para distinguir aquellos que contenían información relevante acerca de las variables propuestas. Una vez seleccionados se realizó la lectura completa de cada uno de ellos y se comprobó que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. Cuando se seleccionaron los artículos definitivos, se procedió a registrar y extraer todos aquellos datos que estaban relacionados con la prevalencia de trastornos de salud mental, problemas internalizantes o externalizantes, servicios o programas especializados, instrumentos psicométricos empleados y el tipo de población entre otras, para posteriormente, poder relacionarlos y analizarlos a través de tablas de extracción de datos, gráficas y comparaciones de resultados.

Para evaluar la calidad de las publicaciones incluidas se ha empleado el instrumento estandarizado CASPe, adaptación española de Critical Appraisal Skills Programme (Critical Appraisal Skills Programme Español [CASPe], 2022). Concretamente, se ha empleado la *checklist* para investigaciones cualitativas, pues ofrece una visión más general y se adapta mejor a las características de las diferentes investigaciones. En el Apéndice B, se muestran dos tablas formadas por los 10 indicadores que componen la escala y las respuestas para cada investigación, una de las tablas contiene los estudios sobre salud mental y la otra sobre la atención recibida en niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar.

Resultados

Selección e Inclusión de Estudios

El proceso de selección de estudios ha sido detallado en dos diagramas de flujo PRISMA (Figura 1 y Figura 2). La muestra inicial de estudios fue elevada, sin embargo, el número se fue reduciendo en las etapas de selección posteriores, dado a que no cumplían con los criterios propuestos o la medida de acogimiento familiar presentaba características muy diferentes a la de España.

Figura 1

Diagrama de flujo sobre prevalencia de problemas de salud mental

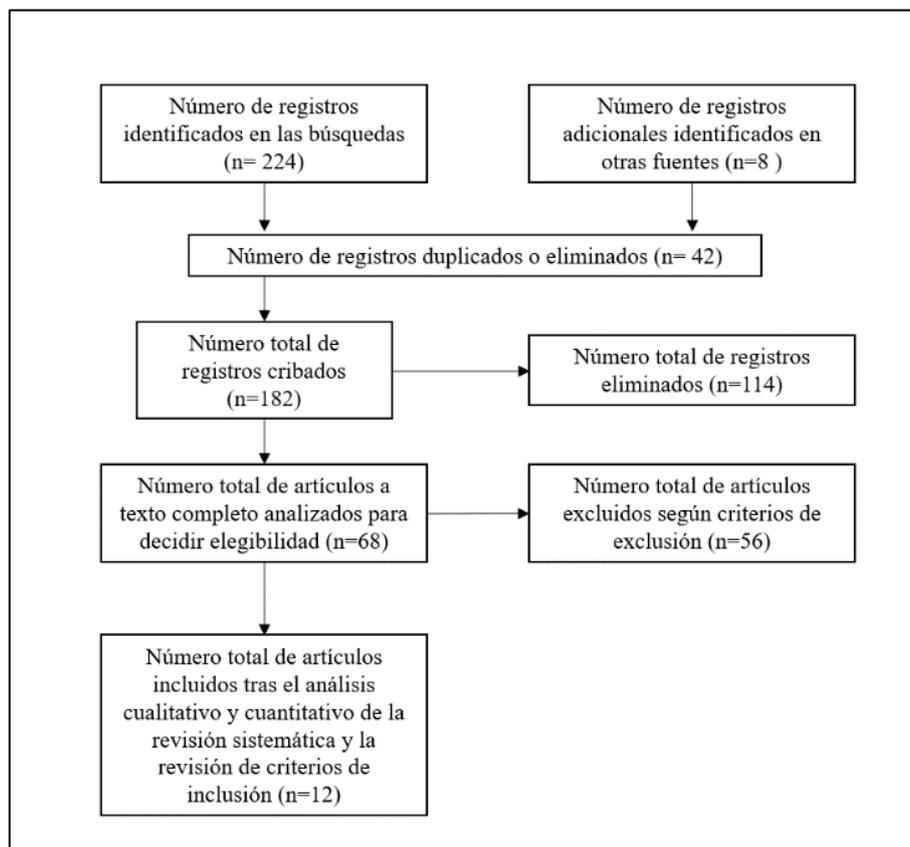
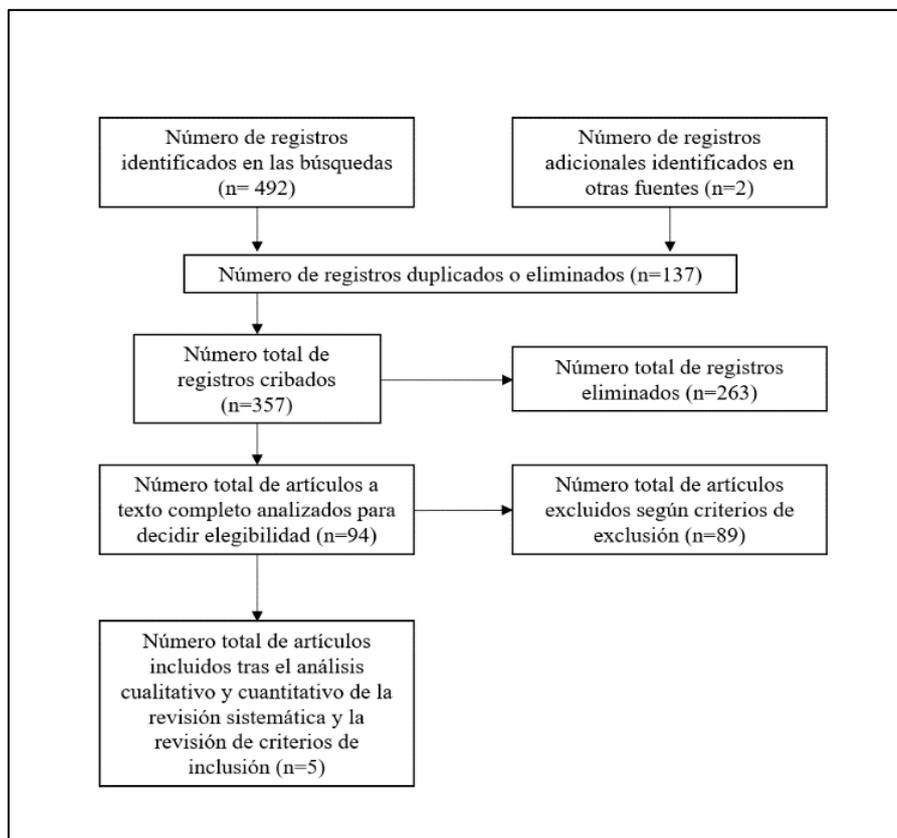


Figura 2

Diagrama de flujo sobre programas y servicios especializados



Características de las Investigaciones Seleccionadas

Esta revisión cuenta con 17 artículos, 12 sobre prevalencia de problemas de salud mental y 5 acerca de programas servicios de atención a la salud mental.

De los doce artículos sobre prevalencia, siete han seguido un enfoque conductual, tres una perspectiva psicopatológica, y los dos restantes son mixtos. Estas investigaciones han sido realizadas en España ($n= 1855$), Noruega ($n=512$), Reino Unido ($n=299$), Países Bajos ($n=239$), Bélgica ($n=212$) y Estados Unidos ($n=424$), siendo la muestra total de niños, niñas y adolescentes de 3541. Entre las medidas de protección, aunque predominantemente se ha buscado que la población se encontrara en acogimiento en familia ajena o extensa, se han incluido investigaciones que también presentaban otras medidas de protección (acogimiento residencial, pisos asistidos o

adopción). En cuanto al diseño y metodología desarrollada, se destaca que excepto dos estudios longitudinales, todos se realizan con un diseño trasversal. Las herramientas psicométricas empleadas en las investigaciones con enfoque conductual fueron: el *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), KIDSCREEN-10, KIDCOPE, *Child Behaviour Checklist* (CBCL) o el *Sistema de Evaluación de la conducta de niños y adolescentes* (BASC). Por otro lado, los estudios de carácter psicopatológico usaron el *Development and Well-Being Assessment* (DAWBA), *RQ de Bartholomew*, *Symptom Checklist-90-R* (SCL-90-R), *Trauma Symptom* o el *Checklist for Children* (TSCC). La calidad de las publicaciones ha sido evaluada a través de la adaptación española de *Critical Appraisal Skills Programme - Qualitative Checklist* (CASPe, 2022), en la que se obtuvo una media de 8.58 (Apéndice B), cumpliendo todas con los parámetros para ser consideradas de “alta calidad” científica excepto una, que se consideró “moderada”.

Por otro lado, los 5 artículos sobre atención a la salud mental especializada a niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar muestran diferentes programas o servicios. Cuatro de ellos se desarrollaron en Estados Unidos y uno en Reino Unido. La eficacia de las mismas ha sido comprobada a través de diseños predominantemente longitudinales, que emplean una metodología de evaluación pre-post, estudios de cohorte y/o grupos de control (aleatorizados y no aleatorizados). Entre los instrumentos empleados para evaluar el impacto de la atención recibida se encuentran: *Conflict Behaviour Questionnaire* (CBQ), *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ), *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC), *Child Behavior Checklist* (CBCL) o *The Kaufman Brief Intelligence Test* (KBIT) entre otros. La calidad de las publicaciones también se evaluó a través de la adaptación española de *Critical Appraisal Skills Programme - Qualitative Checklist* (CASPe, 2022). En este caso, se alcanzó una media

de 9.6, cumpliendo todas con los parámetros para considerarse de “alta calidad” científica.

En el Apéndice C se muestran los artículos definitivos de cada búsqueda, detallándose información relevante acerca del enfoque en el que se basan, la intervención que presentan, la población objeto de estudio, el país donde se ha realizado, la metodología empleada y los hallazgos principales.

Riesgo de sesgo en los estudios

A lo largo de las fases de esta revisión se ha ido desarrollando un plan para minimizar los sesgos. En primer lugar, se revisó la “literatura gris” para identificar información que pudiera ser relevante y así reducir el sesgo de publicación. Los operadores se introdujeron en las bases de datos tanto en inglés como en castellano para evitar el sesgo relacionado con el idioma y, además, se buscó en cuatro bases de datos, evitando el sesgo de indexación. Las posibilidades que ofrece la red de la Universidad de Sevilla y las aportaciones del tutor académico de este trabajo han permitido reducir el sesgo de texto completo, y el sesgo de calidad se redujo a través de la evaluación CASPe y de la discriminación de aquellos artículos que tras la lectura completa no coincidían con características similares a la medida de protección de España o su metodología no era adecuada para los objetivos que perseguía. Por último, en la fase de extracción de resultados se realizó un análisis bibliométrico, por lo que se descartaron evidencias que aparecían en diferentes artículos, pero procedían de los mismos autores y una única investigación, dejando solo una representación de los resultados aportados.

Síntesis de los Resultados Obtenidos

Prevalencia de trastornos o problemas de salud mental

A continuación, se detallan los hallazgos encontrados en esta revisión sistemática sobre salud mental en esta población, indicándose en primer lugar los resultados desde un enfoque conductual, continuando desde la perspectiva psicopatológica y finalizando por los estudios que combinan ambos.

Investigaciones con Enfoque Conductual

Según la investigación de Jiménez-Morago et al., (2015) realizada en Andalucía con niños, niñas y adolescentes de entre 4 y 10 años del Sistema de Protección, el grupo poblacional con mayor puntuación en problemas y dificultades (detrás de los que reciben acogimiento residencial) es el que se encuentra en medida de acogimiento en familia ajena, que se situaban cerca de un rango clínico y los cuales presentan los valores de hiperactividad más elevados ($M= 6.67$, rango clínico). La escala de hiperactividad en los niños y niñas en acogimiento en familia extensa, aunque fue ligeramente menor, también alcanzó un rango clínico ($M= 6.17$). Con relación a los problemas internalizantes y externalizantes, en esta investigación se mostraron puntuaciones de 2.93 y 3.48 respectivamente en niños y niñas en acogimiento en familia ajena, y 1.82 y 3.33 respectivamente en acogimiento en familia extensa.

Por otro lado, el artículo de Vallejo-Slocker et al., (2022), que muestra los resultados de dos estudios con poblaciones independientes y equivalentes realizados en 2020 y 2021 en España, y que además de incluir a personas menores de edad en diferentes modalidades de acogimiento, también incluye a niños en riesgo con programas de fortalecimiento familiar, con edades comprendidas entre 8 y 18 años, concuerda con los resultados de Jiménez-Morago et al., (2015). En el Estudio II, la

puntuación media de problemas emocionales en el SDQ fue de 3.72 (rango límite), y de problemas de conducta de 3.32 (rango límite), que, en comparación con los datos obtenidos en 2020, muestra un deterioro estadísticamente significativo de la salud mental. Estos dos estudios emplean además otro instrumento psicométrico, el KIDSCREEN-10, que evalúa la calidad de vida y el cual mostró puntuaciones de 6.39 en problemas internalizantes y 8.52 en problemas externalizantes en 2021 (Índice total $M=37.56$, que indica un buen funcionamiento), sin mostrar diferencias significativas con los valores obtenidos en 2020.

Siguiendo con las investigaciones desarrolladas a nivel nacional, Martínez et al., (2021) estudiaron el perfil psicosocial de los niños, niñas y adolescentes de entre 6 y 17 años en acogimiento en familia extensa en la Comunidad Valenciana, indagando en la salud mental de dicha población a través del cuestionario CBCL entre otros. En consonancia con las investigaciones anteriores, los resultados obtenidos también evidencian problemas de salud mental, ya que el 13.8% alcanzó valores clínicos de agresividad, el 13.9% de problemas al relacionarse y el 12.8% de sintomatología depresiva. De acuerdo con Jiménez-Morago et al., (2015), en esta población también se encontraron niveles elevados de problemas internalizantes y externalizantes, pues el 21.5% y el 27.0% respectivamente presentaron rangos clínicos.

Por otro lado, en Noruega, Arild et al., (2016) realizaron un estudio longitudinal en 8 años acerca de la salud mental de menores que se encontraban en acogimiento en familia extensa o ajena. Los resultados obtenidos en el CBCL mostraron que, en la primera medición, el 36% de las personas menores de edad que vivían con su familia extensa, y el 52% que residían con una familia de acogida ajena, obtuvo puntuajes clínicos. Acerca de las diferencias a lo largo del tiempo, no hubo resultados estadísticamente significativos, aunque analizando de manera individual se puede

observar como 14 participantes dejaron de presentar una puntuación en rango clínico. Los problemas internalizantes fueron más frecuentes en la segunda medición (28.6% rango clínico), sin embargo, los que habían estado en acogimiento en familia ajena sufrían menos problemas externalizantes. A nivel general, el estudio concluyó que los problemas de salud mental eran similares a lo largo del tiempo en ambos grupos. Cabría destacar que no se ofrece información sobre cuantos recibieron apoyo psicológico.

En Bélgica, Vanschoonlandt et al., (2013), también emplearon el cuestionario CBCL para evaluar la salud mental de niños y niñas de entre 3 y 12 años en acogimiento en familia ajena. En este caso, se centraron en la prevalencia de problemas externalizantes y si recibían atención a su salud mental. Los resultados revelaron que la tasa de problemas externalizantes era elevada (40.6%), superior a los resultados que Martínez et al, (2021) obtuvieron en población española en familia de acogida extensa (27.0%), aunque bien es cierto que su población era de mayor edad (6 a 17 años). Además, el 14.3% presentaba una conducta agresiva, alcanzando un valor también ligeramente superior a Martínez et al., (2021) donde la tasa fue de 13.8%. En cuanto a los síntomas de hiperactividad, el 59.2% de los niños los presentaba, lo cual va en consonancia con los resultados de Jiménez-Morago et al., (2015). Cabe destacar que solo el 20.9% de los niños y niñas con problemas externalizantes recibió ayuda profesional, y que el 17.5% había recibido o recibía en el momento de la entrevista, atención psicológica especializada.

Maaskant et al., (2014) también indagó sobre el estado de salud mental de los niños y niñas de entre 4 a 12 años que se encontraban en acogimiento en familia ajena (56.9%) o extensa (43.1%), centrándose en la población de los Países Bajos. A través del SDQ, se observó que el 37.4% de la población estudiada puntuaba en un rango clínico. La media del Índice de Dificultades Totales fue ligeramente superior en los

chicos 11.85 frente a 11.34 en las chicas (valores dentro del rango límite). En lo relativo a los problemas internalizantes, los resultados son inferiores a los obtenidos por Jiménez-Morago et al., (2015) y Vallejo-Slocker et al., (2022) pues los valores medios son de 2.31 en los chicos y 2.5 en las chicas (valores en el rango normativo). En cuanto a los problemas externalizantes, las puntuaciones obtenidas también son menores, pues alcanzan una media de 2.27 en chicos y 2.0 en chicas (puntuaciones dentro del rango límite). En cuanto a la escala de hiperactividad el 29.4% se encontraba en un rango clínico, aunque la media obtenida de la población estudiada se encontraba en un rango normal ($M=4.81$). Cabe destacar que, en este estudio, la conducta prosocial se relacionó positivamente con llevar más tiempo con una familia de acogida y que, a mayor número de colocaciones, mayor cantidad de problemas.

Por último, también se ha identificado una investigación desarrollada en Reino Unido por Staines (2012), realizada con niños y niñas de entre 5 y 14 años que se encontraban en acogimiento familiar y recibían apoyo de IFAs (Agencias de Acogida Independientes). En consonancia con el resto de los estudios y con Maaskant et al., (2014), se observó que, a mayor cantidad de problemas de salud mental, mayor inestabilidad en la colocación. El 36% presentaba problemas graves de dificultad emocional, el 11% de conducta violenta, valor menor que el 14.3% que informaron Vanschoonlandt et al., (2013). El 35% de los chicos, y el 43% de las chicas mostró puntuaciones clínicas en el Índice de Dificultades Totales. En cuanto a problemas externalizantes, el 57% de los chicos y el 54% de las chicas obtuvo un rango clínico, y el 23% de los chicos y el 31% de las chicas puntuó valores clínicamente significativos en problemas internalizantes. En esta muestra, a diferencia de las investigaciones mencionadas anteriormente, la hiperactividad fue el problema menos prevalente, aunque el 16% de la población estudiada obtuvo una puntuación clínica.

En el Apéndice D se detallan gráficas que han sido realizadas para una comparación más detallada de las evidencias aportadas, pues todas las investigaciones emplearon los cuestionarios SDQ o CBCL y esto ha facilitado la extracción y el análisis de los resultados.

Investigaciones con Enfoque Psicopatológico

En esta revisión se han encontrado tres investigaciones realizadas desde una perspectiva psicopatológica sobre salud mental en niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar.

La primera fue realizada por Sabater et al., (2012) en la Comunidad Valenciana, con personas menores de edad (de entre dos semanas hasta 18 años) en acogimiento en familia ajena y empleando el instrumento BASC (Sistema de evaluación de la conducta en niños y adolescentes), que evalúa múltiples aspectos emocionales y conductuales y permite establecer un diagnóstico basado en el DSM-5. Esta herramienta fue administrada a tres fuentes de información: el propio niño, niña o adolescente, las familias acogedoras y los tutores académicos. El 15.2% de los niños y niñas de entre 8 y 12 años se consideraba en riesgo de padecer depresión, siendo el 6.1% los que se encontraban en niveles clínicamente significativos. Respecto a los síntomas de ansiedad en ese mismo grupo de edad, el 17.6% se consideraba en niveles críticos y el 2.9% refería sufrir niveles clínicamente significativos. Sobre la información proporcionada por familias y tutores, esta difería, pues las familias consideraban que las prevalencias más elevadas de depresión (35%) y ansiedad (40%) se daban en los adolescentes de entre 13 y 18 años, mientras que los tutores informaban que identificaban niveles más elevados en los menores de 12 años. El 20.2% del total de la población recibía tratamiento psicológico en el momento del estudio.

Más tarde, Camps-Pons et al., (2014), realizaron una investigación sobre la salud mental de 40 jóvenes de entre 13 y 22 años que se encontraban en acogimiento en familia extensa (47.5%), familia ajena (5%), pisos asistidos (35%) y residencias (12.5%) en España. En esta ocasión, la herramienta psicométrica empleada fue el SCL-90-R (Symptom Checklist-90-R), que permite evaluar una gran variedad de síntomas psicopatológicos. Las tasas de prevalencia más altas se dieron en los síntomas de hostilidad (ira, irritabilidad y resentimiento) con un 50% de la población objeto de estudio, seguida de síntomas obsesivo-compulsivos (conductas, pensamientos e impulsos que les generan ansiedad intensa) con el 45%, ideación paranoide con otro 45%, síntomas psicóticos (soledad, aislamiento y estilo de vida esquizoide) con otro 45% y sensibilidad interpersonal (timidez, vergüenza, hipersensibilidad e inhibición) con el 42.5%. Toda la población estudiada estaba recibiendo atención psicológica por parte del “Servei d’Atenció al Menor del Consell Insular de Menorca” o la Asociación Invia de Barcelona.

Por otro lado, en Estados Unidos, Leathers et al., (2021) estudiaron la salud mental de 144 niños y niñas de entre 8 y 14 años que se encontraban en acogimiento en familia ajena, extensa, especializada o residencial, y que además presentaban inestabilidad en la colocación. El 66.7% de esta población tenía un trastorno mental diagnosticado y el 34.8% padecía dos o más. El 38.2% de estos niños y niñas habían tenido una o más hospitalizaciones psiquiátricas y la media de colocaciones previa a la familia de acogida actual era de 4.2 ($SD= 2.38$). La prevalencia más elevada se dio en el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (52%), seguido de trastorno de conducta disruptiva (20%), ansiedad y/o depresión (11.1%), trastorno bipolar (9%), trastorno de estrés postraumático (6.3%) y esquizofrenia (2.1%). Aunque la incidencia de trastorno bipolar y esquizofrenia parezca baja, los

investigadores destacan que estas tasas de prevalencia son elevadas en comparación a la población general, en la cual resulta poco común que se den este tipo de diagnósticos en el rango de edad estudiado. El 75% de la población había recibido psicoterapia, sin embargo, el 40% de las familias la consideraba insuficiente o inadecuada. Las niñas tenían más probabilidades de recibir tratamiento centrado en el trauma (30.9%, frente a 5.6% de los niños). Los niños recibían más tratamiento para la ira (17%) y estaban más medicados (60%). El estudio concluye que los niños con inestabilidad en las colocaciones en Estados Unidos reciben gran cantidad de servicios, pero siguen existiendo dudas acerca del contenido y la idoneidad.

A pesar de las diferencias culturales, los valores y prevalencias obtenidos por Camps-Pons et al., (2014) y Leathers et al., (2021) mantienen ciertas similitudes, coincidiendo en que los síntomas psicóticos aparecen con más frecuencia que en la población general, y que la conducta disruptiva y los síntomas de hostilidad también eran muy frecuentes.

Investigaciones con Enfoque Conductual y Psicopatológico

En esta revisión sobre salud mental también se ha encontrado investigaciones que mezclaban la perspectiva conductual y psicopatológica, ofreciendo información sobre cómo se relacionan los problemas internalizantes y externalizantes con algunos diagnósticos clínicos. Por un lado, la realizada por Lehmann et al., (2014) en Noruega, con 279 niños y niñas de entre 6 y 12 años que se encontraban en acogimiento familiar, en la que se empleó la escala DAWBA y la SDQ con el objetivo de evaluar si esta última era útil para detectar problemas de salud mental en dicha población. Según el DAWBA, la tasa más elevada de prevalencia se daba en trastornos emocionales (depresión o ansiedad), siendo diagnosticados en un 24% de la población, a los que le siguieron los trastornos de conducta y oposición desafiante (21.5%), TDAH (19%) y

trastorno reactivo del apego (19.4%). Se observan diferencias en las puntuaciones en comparación con el estudio de Leathers et al., (2021), a pesar de que el rango poblacional analizado era similar, pues estos encontraron una tasa mucho mayor de TDAH (52%) y una prevalencia menor de ansiedad y depresión (11.1%). Siguiendo con los datos aportados por Lehmann et al., (2014), según el SDQ, la prevalencia de problemas de salud mental fue de 57.4%. La puntuación media en la Escala de Impacto fue de 2.8 ($SD= 2.8$) cuando informaba el cuidador o cuidadora y de 1.8 ($SD= 1.9$) cuando informaban los profesores.

Por otro lado, se encuentra la investigación desarrollada por Barboza et al., (2017) en Estados Unidos, en la cual se estudió la relación entre síntomas de estrés postraumático y problemas externalizantes a través de una muestra de 280 niños, niñas y adolescentes de entre 8 y 15 años en acogimiento familiar con indicios de maltrato previos a la medida. Combinando los resultados de la escala TSCC y la escala CBCL se observó que los niveles iniciales de conductas externalizantes y los síntomas de TEPT se relacionaban significativamente, desarrollándose de manera conjunta en el tiempo. La gravedad de los síntomas externalizantes se mantuvo en el rango límite en los dos primeros años de acogimiento, sin embargo, esta disminuyó significativamente en la última medición. La escala CBCL mostró que la prevalencia de problemas externalizantes en rango clínico era del 54.4% y del 8% de síntomas de estrés postraumático. De los 21 participantes que cumplían con un diagnóstico de TEPT, el 62% de ellos también cumplía con problemas externalizantes en rango clínico.

Atención a la Salud Mental

No existe una gran variedad de servicios que aborden las necesidades psicológicas de los menores que se encuentran en acogimiento familiar. Ya que, de manera generalizada, las necesidades de desarrollo, emocionales y sociales de la

población mencionada son poco reconocidas (Tucker y Mares, 2013). En esta revisión se han encontrado algunos programas o servicios especializados llevados a cabo en diferentes países, los cuales se exponen a continuación.

Uno de ellos es el programa de cuidado de crianza temporal “Together facing the challenge” (TFTC) propuesto por Farmer y Lippold (2016) en Estados Unidos. Este consiste en una intervención para jóvenes de entre 2 y 21 años (86% entre 10 y 17 años) que padecen trastornos emocionales o de comportamiento y están en acogimiento familiar. Consiste en instruir a los cuidadores y cuidadoras principales (el 90.2% eran mujeres) para que realicen intervenciones con enfoque conductual basadas en la combinación de elementos centrados en la conducta y los cuidados propios del contexto familiar. Concretamente, se formó a las familias en técnicas conductuales (por ejemplo, economía de fichas), aunque también emplearon técnicas basadas en la relación (hablar sobre el tema, escucha empática...). El 88% de las familias consideró que el profesional que lo supervisaba entendió sus necesidades y dificultades “muy bien”.

Por otro lado, Hiller et al., (2021) también en Estados Unidos, presentan el protocolo “RELATE”, que consiste en una intervención grupal de entre 5 y 8 participantes para jóvenes de 10 a 17 años que se encuentran en acogimiento en familia extensa o ajena, residencial, o que viven de manera semindependiente (excluyéndose si viven con un padre biológico), y que presentan síntomas elevados de TEPT. Puede ser realizado de manera presencial u online, y es dinamizado por profesionales de la salud mental. Está compuesto por 7 sesiones, 5 para los jóvenes y 2 para las familias de acogida. En estas sesiones se trabaja la memoria del trauma, psicoeducación y estrategias de afrontamiento. En este estudio se observó que la exposición al trauma y el TEPT son muy elevadas en el grupo, pero actualmente no existe una evaluación de los síntomas dentro del sistema de atención social adaptada a dicha población.

Taussing et al., (2019) desarrollaron el programa “Fostering Healthy Futures” (FHF) también en Estados Unidos. Este proyecto consiste en una intervención preventiva, realizada con niños de 9 a 11 años en acogimiento familiar extenso (54%), ajeno (42%) y residencial (4%) para el fomento de futuros saludables. Tiene una duración de 9 meses y estaba conformado por tutorías individualizadas y grupos de habilidades. En estas intervenciones grupales se trabajaba el reconocimiento y gestión de emociones, la toma de perspectiva y resolución de problemas, el manejo de la ira, la identidad, el cambio y la pérdida, la presión y el autocontrol entre otras. La tutoría individual consistía en un programa de mentoría, en los que personas graduadas en psicología o trabajo social pasaron durante 30 semanas, de 2 a 4 horas semanales con un niño o niña que se les asignaba. Así se pretendía que los conectaran y acompañaran a los diferentes servicios que necesitaban, los apoyaran, aplicaran las habilidades aprendidas, se involucraran en actividades sociales, culturales, educativas y promovieran actitudes positivas hacia el futuro. El programa demostró un impacto significativo en la reducción de síntomas asociados al trauma, ansiedad y depresión. Además, también generó un impacto positivo en la utilización de servicios de salud mental. La eficacia fue consistente en la mayoría de los subgrupos, lo que sugiere que FHF podría mejorar la salud mental de diversos niños y niñas.

Por otro lado, Hawk et al., (2020) comprobaron la eficacia del servicio “Parent-Child Care” (PC-CARE). Este consiste en una prevención secundaria para mejorar el ajuste del comportamiento en los menores de edad y la estabilidad de colocación en la acogida, y estaba dirigido a niños de 1 a 5 años. Se compone por 7 sesiones, que se realizan con las familias de los niños y niñas que entran en una nueva colocación. A lo largo de estas sesiones los profesionales capacitan a las familias y les enseñan habilidades de comunicación positiva, autorregulación y manejo del comportamiento,

promoviendo las conductas adaptativas en los niños, niñas y en ellos mismos. En todo momento, las personas encargadas de implementar las sesiones priorizan el impacto que la situación de adversidad ha tenido en el niño o niña, y forman a los cuidadores y cuidadoras para que sean capaces de identificar problemas de salud mental o necesidades antes de que se agraven o aparezcan nuevos problemas. Tras la evaluación, se observó que los síntomas del trauma y los problemas de conducta externalizante disminuyeron. Además, las conductas positivas y adaptativas (iniciativa y autoregulación) aumentaron, así como las relaciones entre las familias y los niños y niñas. Por otro lado, también se logró una mayor estabilidad en la colocación en los primeros seis meses posteriores al servicio, lo cual influye de manera positiva en el bienestar psicosocial de los menores acogidos.

También en Estados Unidos, Sullivan et al., (2019) desarrollaron una aplicación móvil para ofrecer capacitación sobre manejo del trauma y comportamiento en niños, niñas y jóvenes de entre 5 meses y 21 años que se encuentran en familias de acogida tanto ajena, extensa, como en adopción. Esta aplicación se ofrecía de manera complementaria a una formación sobre trauma y estrés destinada a los cuidadores y cuidadoras. Entre los contenidos de la aplicación y técnicas que se emplean se encuentran: psicoeducación, modelado, herramientas de aprendizaje (tarjetas didácticas y ejemplos), un apartado de seguimiento de las conductas problemáticas y un módulo informativo sobre abuso de sustancias. Los problemas psicológicos que presentaban los niños se evaluaron a través del SDQ, y los resultados promedios previos a la intervención fueron: 5.06 en problemas emocionales (rango clínico), 3.83 en problemas de conducta (rango clínico) y 6.44 en problemas de hiperactividad y atención (puntuación límite), 4.28 en problemas en las relaciones con los iguales (rango límite) y 5.61 en conducta prosocial. En el análisis de los resultados se observó un aumento de

conocimientos sobre el trauma y de la autoeficacia de las familias de acogida. En los niños, niñas y jóvenes, los problemas de atención e hiperactividad no disminuyeron, es más, aumentaron. Los problemas emocionales se mantuvieron constantes, lo cual puede deberse a que los cuidadores no hayan informado sobre los problemas internalizantes previos por falta de comprensión acerca su bienestar emocional. Sin embargo, el comportamiento prosocial aumento significativamente.

Discusión

Hasta la fecha no existen muchas investigaciones acerca de la salud mental de niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar, pues esta medida de protección es muy reciente en algunos países y las peculiaridades de la población mencionada hacen que existan diferentes dificultades metodológicas (Carrera, 2020). Estos motivos influyen en que no se haya encontrado una gran cantidad de artículos sobre salud mental y atención recibida en acogimiento familiar publicados en revistas de impacto, ni que tampoco se hayan desarrollado muchos programas o servicios que ofrezcan una atención a la salud mental especializada, a diferencia de aquellos o aquellas que se encuentran en acogimiento residencial, de los cuales existe una mayor producción científica. Sin embargo, en esta revisión sistemática se han encontrado varios estudios con buenos indicios de calidad.

Los resultados de las investigaciones seleccionadas coinciden en que existe una relación significativa y bidireccional entre los problemas de salud mental y la estabilidad de la persona menor de edad en la colocación, pues a mayor cantidad de problemas, mayor inestabilidad y viceversa (Staines, 2012; Maaskant et al., 2014; Jiménez-Morago et al., 2015; Arild et al., 2016). Además, parece que la prevalencia de problemas es mayor en aquellos niños, niñas y adolescentes en acogimiento en familia

ajena que en extensa, pero menor que en acogimiento residencial (Jiménez-Morago et al., 2015; Arild et al., 2016).

La labor de las familias acogedoras es destacada en muchos de los artículos, siendo esta considerada un contexto de recuperación (Carrera et al., 2016), pues se ha demostrado que, a mayor tiempo transcurrido en medida de acogimiento familiar, menores eran los problemas emocionales (Jiménez-Morago et al., 2015) y mayor es la conducta prosocial (Maaskant et al., 2014).

Desde la perspectiva psicopatológica, las evidencias encontradas muestran que, en España, la incidencia de síntomas de hostilidad, obsesivo-compulsivos, ideación paranoide, psicóticos y de sensibilidad interpersonal eran elevados (Camps-Pons et al., 2014). El diagnóstico de TDAH fue muy frecuente en la mayoría de los países que se incluyen en esta revisión, así como de conducta disruptiva, oposición desafiante, ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático. Desde el enfoque conductual, la presencia de problemas internalizantes, externalizantes y problemas de atención e hiperactividad también fue elevada, pues la mayoría de las investigaciones se observaron sujetos en rango clínico (32.4% en la población española analizada por Martínez et al., 2021). Las investigaciones realizadas desde esta última perspectiva han empleado los instrumentos CBCL o SDQ, lo cual facilitó el análisis y comparación de los resultados. Además, ambos instrumentos han sido validados y se consideran efectivos para la detección de problemas de conducta y emocionales en niños, niñas y adolescentes en medidas de protección (Lehmann et al., 2014) lo cual apoya la calidad científica de las investigaciones.

Los hallazgos de Barboza et al., (2017) fueron claves, pues mostraron que los síntomas asociados al trastorno de estrés postraumático se relacionaban significativamente a lo largo del tiempo con los problemas externalizantes o de

conducta, los cuales se presentan una elevada incidencia en la mayoría de los estudios. En la misma línea, Leathers et al., (2021) concluyeron que alta prevalencia de TDAH podría también ser resultado de un diagnóstico erróneo o el uso de dicha etiqueta para englobar una serie de síntomas más complejos relacionados con el trauma y las dificultades de apego, por lo que intervenciones centradas en el trauma podrían resultar más efectivas que aquellas enfocadas en el tratamiento de los síntomas de TDAH.

En comparación con la población general que no se encuentra en medidas de protección, según los datos aportados por UNICEF (2020), entre el 10 y 20% de la población mundial menor de 18 años presenta algún problema relacionado con la salud mental. La Oficina Técnica del Primer Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía (2022), muestra que los diagnósticos más habituales entre las personas de 0 a 18 años que fueron atendidas por las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil en 2019 fueron los trastornos del desarrollo (14,7%), los trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (14,6%), varios diagnósticos (9,4%) y los trastornos de ansiedad (3,6%), por lo que se observan notables diferencias en relación a los niños, niñas y adolescentes que han sufrido adversidad infantil.

En cuanto a la atención recibida, las investigaciones incluidas en esta revisión muestran servicios específicos, competentes y eficaces, que actúan sobre diferentes variables y que concuerdan con los hallazgos existentes sobre la salud mental de estos niños, niñas y adolescentes. En el caso de Taussing et al., (2019), emplean las mismas herramientas de evaluación de la salud mental (CBCL y TSCC), o en la de Hawk et al., (2020) intervienen en los síntomas asociados al trauma y los problemas externalizantes. Hiller et al., (2021) también actúan sobre los síntomas relacionados con la adversidad en la persona que la ha sufrido, lo cual, según los resultados citados con anterioridad, influye en la reducción de otros problemas conductuales y emocionales. Por otro lado,

Farmer y Lippold (2016) capacitan y ofrecen estrategias a las familias acogedoras para apoyarlas y facilitar su labor, y Sullivan et al., (2019) para lograr el mismo objetivo desarrollan una aplicación móvil.

En España no se ha identificado ningún artículo acerca de servicios especializados o programas destinados a mejorar la salud mental de los niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar que poder incluir en esta revisión. Entre las causas de esta carencia de información se encuentra que la medida de protección mencionada es reciente, pues comenzó a finales de los años 80 (Carrera et al., 2016) y en los últimos años se ha ido mejorando e implantando, lo cual influye en que aún no haya dado tiempo a realizar investigaciones que prueben la eficacia de determinados programas y servicios a largo plazo. Aunque no se han encontrado estudios que propongan servicios y prueben su eficacia, tras la búsqueda en otras bases de datos se ha identificado el programa “SAFE” (Fuentes-Peláez et al., 2017) que, a través del modelo de apoyo social, promueve el desarrollo cognitivo, comportamental y emocional de adolescentes acogidos o acogidas por familia extensa a través del desarrollo de 9 sesiones, o los programas Orión y NAYFA, que fueron destallados en la introducción.

Cabe destacar que a nivel conceptual y metodológico se han encontrado algunas limitaciones. Por un lado, las relacionadas con la propia revisión, pues pueden existir sesgos relacionados con la diversidad de términos que hacen referencia al acogimiento familiar o a las diferencias en las normativas de los diferentes países incluidos, que, según Carrera et al., (2016) pueden variar en duración, características de las familias acogedoras o intervenciones profesionales. También se debe tener en cuenta que esa revisión es una primera aproximación a la salud mental y atención recibida de la población mencionada, pues se podría indagar más en las características de las diferentes perspectivas, la edad, el tiempo en acogimiento, el tipo de medida o los

aspectos sociales y culturales que influyen y son diferentes en cada uno de los países incluidos. Además, no existen protocolos bien definidos para la evaluación de los problemas de salud mental de los niños en acogimiento familiar (Vanschoonlandt et al., 2013), ni en los instrumentos que deben usarse y su baremación, por lo que las peculiaridades de este tema hacen que los resultados obtenidos, en algunos casos sean difícilmente equiparables.

Por otro lado, respecto a las investigaciones seleccionadas, aunque todas presentan una buena calidad científica, también presentan algunas limitaciones metodológicas. La gran mayoría mencionan que emplear diseños longitudinales y no transversales, ofrecería más información, pero que las características de la población dificultan el desarrollo de dichos procedimientos. Además, en algunos estudios, los datos sobre los problemas de salud mental son aportados por las familias acogedoras, lo cual hace posible que este sea sesgado y no se tengan en cuenta algunos problemas o se sobre-diagnostiquen otros (Arild et al., 2016; Sullivan et al., 2019). En cuanto a las características sociodemográficas y los resultados, también se han encontrado limitaciones, ya que algunos estudios no diferenciaban los datos según la edad y/o incluían a personas con diferentes medias de protección sin separar los resultados en función de la medida. Por otro lado, muchas de las investigaciones y programas propuestos no han sido realizados teniendo en cuenta la perspectiva de género.

Conclusiones

Aunque las investigaciones ponen de relieve que lo mejor para el desarrollo y la salud mental de los niños, niñas y adolescentes que han sido separados de su familia biológica es colocarlos con familias acogedoras en vez de en centros (Carrera, 2020), según Save the Children y la Asociación Estatal de Acogimiento Familiar (2021), el presupuesto que se destina a cada menor que se encuentra en acogimiento familiar es

seis veces menor que aquel que se destina a los que se encuentran en centros de protección. A pesar de ello, sigue habiendo muchos en acogimiento residencial y existe una carencia de recursos económicos que conlleva deficiencias en la valoración de la situación en la que se encuentran y la asistencia que se les ofrece (Save the Children y Asociación Estatal de Acogimiento Familiar, 2021).

En relación con lo anterior, Lehmann et al., (2014) defienden que, aunque en algunos casos estos niños, niñas y adolescentes no cumplan con los criterios establecidos por los sistemas diagnósticos, no debe descartarse la posibilidad de que presenten problemas sustanciales de salud mental, ya que, con independencia del país, las necesidades de salud mental de los menores en acogimiento suponen uno de los principales desafíos en los sistemas de protección (Barnett et al., 2019).

Por ello, esta revisión aporta una primera aproximación, que trata de responder a las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los principales problemas de salud mental que padecen los niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar? y ¿Qué atención a la salud mental reciben?, comparando los resultados que aportan investigaciones sobre este tema realizadas en España y otros países, encontrando 5 estudios realizados a nivel nacional, 6 de otros países europeos y 6 estadounidenses. Se ha observado que las investigaciones sobre prevalencia siguen con mayor tendencia el enfoque conductual, siendo más complicado encontrar datos sobre diagnósticos y, en algunos casos, difícilmente equiparables. Aunque en esta revisión se evidencia que existe una tasa elevada de problemas de salud mental, las diferencias entre las investigaciones realizadas hasta la actualidad no permiten fijar un valor o rango específico, por lo que se destaca la necesidad de mayor inversión en investigación, así como la creación de protocolos de evaluación válidos y eficaces. En esta revisión también se destaca la importancia de buenas prácticas en los servicios que brindan apoyo psicosocial a esta

población, los cuales deben centrarse en los hallazgos obtenidos en materia de salud mental, como, por ejemplo, interviniendo en los síntomas asociados al trauma para mejorar también los problemas externalizantes, no recomendando ofrecer tratamientos para TDAH sin tener en cuenta la situación de adversidad sufrida y sus consecuencias.

Coincidiendo con Carrera et al., (2016), la literatura revisada destaca la necesidad de incrementar los conocimientos en este ámbito, pues los problemas que presentan estos niños, niñas y adolescentes difieren de los aparentemente parecidos en aquellas personas menores de edad que no han sufrido situaciones de adversidad. Esta revisión podría establecer las bases para futuras líneas de investigación, como podrían ser el estudio, validación y estandarización de instrumentos psicométricos que más se adapten a la población y puedan unificar los resultados o el análisis longitudinal de la evolución de los problemas de salud mental y variables relacionadas entre otros.

En materia de práctica profesional, los resultados obtenidos indican la necesidad de crear y desarrollar programas basados en la evidencia, que permitan prevenir, evaluar e intervenir de manera especializada en estos niños, niñas y adolescentes que han sufrido adversidad, pues aunque el panorama es complejo y las dificultades son numerosas, a los niños, niñas y adolescentes que han sufrido adversidad infantil se les debe ofrecer la oportunidad de encontrar a personas y recursos que les ayuden a superar lo vivido, como son sus familiares de acogida y los profesionales que les apoyan (Camps-Pons et al., 2014).

Referencias Bibliográficas

- Arild, S., Helge, B., Holtan, A., Fossum, S. y Thørnblad, R. (2016). Social functioning and mental health among children who have been living in kinship and non-kinship foster care: results from an 8-year follow-up with a Norwegian sample. *Child & Family Social Work*, 21, 557-576. doi:10.1111/cfs.12180
- Asociación Imeris. (2022). *Programa Orion*. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. <https://www.imeris.org/programa-orion/>
- Balsells, M. A., Vaquero, E. y Ciurana, A. (2019). El apoyo social durante el acogimiento: su relevancia para el bienestar de los niños y niñas en situación de protección. *Sociedad e Infancia*, (3), 115-132.
- Barboza, G. E., Domínguez, S. y Pinder, J. (2017). Trajectories of post-traumatic stress and externalizing psychopathology among maltreated foster care youth: A parallel process latent growth curve model. *Child Abuse & Neglect*, 72, 370-382. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.007>
- Barnett, E. R., Cleary, S. E., Butcher, R. L. y Jankowski, M. K. (2019). Children's Behavioral Health Needs and Satisfaction and Commitment of Foster and Adoptive Parents: Do Trauma-Informed Services Make a Difference? *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(1), 73-81. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000357>
- Burns, B. J., Phillips, S. D., Wagner, H. R., Barth, R. P., Kolko, D. J., Campbell, Y., y Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: a national survey. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(8), 960-970. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000127590.95585.65>

- Camps-Pons, S., Castillo-Garayoa, J. A. y Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y salud*, 25, 67-74. <http://dx.doi.org/10.5093/cl2014a6>
- Carrera, P. T. (2020). *Adversidad y adaptación en niños y niñas en acogimiento familiar: Funciones ejecutivas, comprensión de las emociones y representaciones de apego*. [Tesis de Doctorado, Universidad de Sevilla]. Depósito de Investigación Universidad de Sevilla.
- Carrera, P., Jiménez-Morago, J. M., Román, M., León, E. y Viedma, I. (2016). La investigación en acogimiento familiar: de la descripción a los procesos de adaptación y desarrollo. *Apuntes de Psicología*, 34(2-3), 291-300.
- Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad (2022). *Características y modalidades de acogimiento familiar*. <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/inclusion-social-juventud-familias-e-igualdad/areas/infancia-familias/acogimiento/paginas/modalidades.html>
- Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. (s.f.). *Programa preventivo para niños, niñas y adolescentes en situación de dificultad y/o conflictividad en el ámbito familiar (NAYFA)*. Junta de Andalucía. <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/inclusion-social-juventud-familias-e-igualdad/areas/infancia-familias/programa-preventivo-nayfa.html>
- Critical Appraisal Skills Programme Español. (2022). *Leyendo críticamente la evidencia científica: 10 preguntas para ayudarte a entender un estudio cualitativo*. <https://redcaspe.org/materiales/>

- Del Valle, J. F. (2018). La intervención del psicólogo en los servicios sociales de familia e infancia: evolución y retos actuales. *Papeles del psicólogo*, 39(2), 104-115.
- Farmer, E. M., y Lippold, M. A. (2016). The need to do it all: Exploring the ways in which treatment foster parents enact their complex role. *Children and Youth Services Review*, 64, 91-99. <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.03.005>
- Fuentes-Peláez, N., Pastor, C., Amorós, P., Balsells, M. A., Jiménez-Morago, J. M., Molina, M. C., Mateos, A., Lozano, P., Mateo, M., Cirera, L., Comellas, M. J., Del Pino, A., Martín, D., Mundet, A., Ramón, A., Torra, R., Vaquero, E. y Violant, V. (2022). *SAFE: Programa de Soporte para Adolescentes Acogidos y Acogidas en Familia Extensa*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5552_d_safe.prosoporteadolescentesacogidos.accesible.pdf
- Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología. (abril de 2018). *Scopus: Funcionalidades Básicas en Scopus*. https://www.recursoscientificos.fecyt.es/sites/default/files/2018_04_03_scopus_basico_abril_18.pdf
- Hawk, B. N., Timmer, S. G., Armendariz, L. A. F., Boys, D. K., Urquiza, A. J. (2020). Improving behaviors and placement stability for young foster children: An open trial of Parent-Child Care (PC-CARE) in the child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 119, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105614>

Hiller, R. M., Davis, R. S., Devaney, J., Halligan, S. L., Meiser-Stedman, R., Smith, P., Stallard, P., Kandiyali, R. y MacNeill, S. (2021). Protocol for the RELATE trial: a feasibility and pilot randomised controlled trial of a low-intensity group intervention for young people in care with elevated posttraumatic stress symptoms. *Pilot and Feasibility Studies*, 7(204), 1-11.
<https://doi.org/10.1186/s40814-021-00936-7>

Hiller, R. M., Halligan, S. L., Meiser-Stedman, R., Elliot, E., Rutter-Eley, E. y Hutt, T. (2021). Coping and support-seeking in out-of-home care: a qualitative study of the views of young people in care in England. *BMJ Open*, 11.
doi:10.1136/bmjopen-2020-038461

Instituto de Salud Carlos III. (s.f.). *PubMed – Acceso público a las bases de datos de la NLM*.
<https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/Biblioteca/Paginas/PubMed.aspx>

Jiménez-Morago, J. M., Carrera, O., Molano, N., León, E., y Román, M. (6-9 de julio de 2021). *Foster children mental health and parenting stress in non kin foster care*. ICAR7, Milan, Italia.

Jiménez-Morago, J. M., León, E. y Román, M. (2015). Adversity and Adjustment in Children in Institutions, Family Foster Care, and Adoption. *Spanish Journal of Psychology*, (18), 1-10.

Larsen, M., Baste, V., Bjørknes, R., Myrvold, T. y Lehmann, S. (2018). Services according to mental health needs for youth in foster care? – A multi-informant study. *BMC Health Services Research*, 18(634), 1-11.
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3365-6>

- Leathers, S. J., Vande, B. L., y Melka-Kaffer, C. (2021). Mental health services and psychotropic medications provided to children at risk for placement instability in foster care. *Developmental Child Welfare*, 3(3), 256-281. doi: 10.1177/25161032211034255
- Lehmann, S., Breivik, K., Monette, S. y Minnism H. (2020). Potentially traumatic events in foster youth, and association with DSM-5 trauma- and stressor related symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 101, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104374>
- Lehmann, S., Heiervang, E. R., Havik, T. y Havik, O. E. (2014). Screening Foster Children for Mental Disorders: Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *PLoS ONE*, 9(7), 1-11. doi: 10.1371/journal.pone.0102134
- Ley 26/2015, de 28 de julio. Modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE núm. 180.
- Ley 4/2021, de 27 de julio. De Infancia y Adolescencia de Andalucía. BOJA núm. 146.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero. Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE núm. 15.
- Maaskant, A. M., Van Rooij, F. B. y Hermanns, J. M. A. (2014). Mental health and associates risk factors of Dutch school aged foster children placed in long-term foster care. *Children and Youth Services Review*, (44), 207-216.
- Martínez, E., Gimeno, A. y González, F. (2021). Acogimiento en familia extensa: Perfil psicosocial de las familias y de los menores acogidos. *Revista sobre la infancia y adolescencia*, 20, 96-117. <https://doi.org/10.4995/reinad.2021.14324>

Oficina técnica del III Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía 2023-2027.

(2022). *Diagnóstico sobre el estado de la infancia y adolescencia en Andalucía*.

Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación.

https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=790

5

Organización Mundial de la Salud (OMS). (20 de mayo de 2022). *Mental health:*

strengthening our response. [https://www.who.int/en/news-](https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response)

[room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response](https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response)

Sabater, P., Gil, M. D., Molero, R. y Ballester, R. (2012). Perfil Sociodemográfico y psicopatológico de los menores acogidos en Valencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 247-256.

Save the Children y Asociación Estatal de Acogimiento Familiar (2021). *Gobiernos Acogedores: Buenas Prácticas para Promover el Acogimiento Familiar en España*. Save the Children España

[https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2022-](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2022-01/Dossier_Gobiernos_Acogedores_DIC21.pdf)

[01/Dossier_Gobiernos_Acogedores_DIC21.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2022-01/Dossier_Gobiernos_Acogedores_DIC21.pdf)

Secretaría de Estado de Servicios Sociales (2021). *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia: Boletín número 23, Datos 2020*.

Observatorio de la Infancia, Edita Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030,

[http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/estadisticas/estadisticas/PDF/](http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/estadisticas/estadisticas/PDF/Boletin_Proteccion_23_Provisional.pdf)

[Boletin_Proteccion_23_Provisional.pdf](http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/estadisticas/estadisticas/PDF/Boletin_Proteccion_23_Provisional.pdf)

- Staines, J. (2012). Fostered Children's Behavioural and Emotional Difficulties: Findings from one Independent Foster Care Agency. *Clínica y Salud*, 23(3), 205-219. <http://dx.doi.org/10.5093/cl2012a13>
- Stoner, A. M., Leon, S. C. y Fuller, A. K. (2015). Predictors of Reduction in Symptoms of Depression for Children and Adolescents in Foster Care. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 784-797. doi: 10.1007/s10826-013-9889-9.
- Sullivan, A. D., Lafko, N., Strolin-Goltzman, J., Bielawski-Branch, A., Jorgenson, J., Deaver, A. H., Forehand, G. y Forehand, R. (2019). Feasibility investigation: Leveraging smartphone technology in a trauma and behavior management-informed training for foster caregivers. *Children and Youth Services Review*, 101, 363-371. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2019.03.051>
- Tarren-Sweeney, M. (2013). An Investigation of Complex Attachment- and Trauma-Related Symptomatology Among Children in Foster and Kinship Care. *Child Psychiatry Hum Dev.*, 44, 727-741. doi 10.1007/s10578-013-0366-x
- Taussing, H. N., Weiler, L. M., Garrido, E. F., Rhodes, T., Boat, A. y Fadell, M. (2019). A Positive Youth Development Approach to Improving Mental Health Outcomes for Maltreated Children in Foster Care: Replication and Extension of an RCT of the Fostering Healthy Futures Program. *Am J Community Psychol*, 0, 1-13. doi 10.1002/ajcp.12385
- Tucker, R. y Mares, S. (2013). Establishing a mental health service for young children in out-of-home care: The Gumnut Clinic for 0 to 5 year olds in Western Sydney. *Children and Youth Services Review*, 35(2), 205-212. doi: 10.1016/j.chilyouth.2012.10.013

- United Nations International Children´s Emergency Fund (UNICEF) (2020). *Salud mental e infancia en el escenario de la COVID-19. Propuestas de UNICEF España*. UNICEF ESPAÑA, https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2021/03/COVID19_UNICEF_Salud_Mental.pdf
- Universidad de Sevilla. (s.f.). *Base de Datos: Psicodoc*.
https://fama.us.es/permalink/34CBUA_US/1pfq23c/alma991005986439704987
- Universidad de Sevilla. (s.f.). *Base de Datos: Web of Science*.
https://fama.us.es/permalink/34CBUA_US/18mroog/alma991013077608104987
- Vallejo-Slocker, L., Sanz, J., García-Vera, M. P., Fresneda, J. y Vallejo, M. A. (2022). Mental Health, Quality of Life and Coping Strategies in Vulnerable Children During the COVID-19 Pandemic. *Psicothema*, 34(2), 249-258.
- Vanschoonlandt F., Vanderfaellie J., Van Holen F., De Maeyer S., y Robberechts M. (2013). Externalizing problems in young foster children: Prevalence rates, predictors and service use. *Children and Youth Services Review*, 35(4), 716-724. doi: 10.1016/j.chilyouth.2013.01.015
- Viedma, I., Míguez, M. A., Santaló, C. y Martín, A. (2016). Modelo de intervención y retos en el acogimiento familiar: la experiencia de la Fundación Márgenes y Vínculos. *Apuntes de Psicología*, 34(2-3), 281-290.
<https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/620>
- Yoon, M., Cho, S. y Yoon, D. (2019). Child maltreatment and depressive symptomatology among adolescents in out-of-home care: The mediating role of self-esteem. *Children and Youth Services Review*, 101, 255-260.
<https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2019.04.015>

Apéndices

Apéndice A. Instrumentos psicométricos usados en los enfoques conductual y psicopatológico.

Enfoque	Herramientas psicométricas
Conductual	<p><i>Strength and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ, Goodman, 1997 citado en Lehmann et al., 2014): evalúa fortalezas y dificultades. Se compone por cinco subescalas (problemas de conducta, síntomas emocionales, hiperactividad y falta de atención, problemas con los compañeros y conducta prosocial), valorándose en una escala de 3 puntos. Ofrece un Índice Total de Dificultades (rango de 0 a 40) compuesta por las cuatro primeras subescalas (Maaskant et al., 2014). Es el más utilizado en la investigación de la salud mental infantil (Staines, 2012) y ha sido validado para la detección de problemas externalizantes e internalizantes en niños en acogimiento familiar (Lehmann et al., 2014).</p> <p><i>Child Behavior Checklist</i> (CBCL, Achenbach, 1991, citado en Arild et al., 2016): evalúa problemas emocionales y conductuales según si son externalizantes (agresividad y conducta delictiva) o internalizantes (ansiedad, depresión, quejas somáticas o retraimiento). Además, este instrumento genera una puntuación global de psicopatología total del niño, niña o adolescente. Existe una versión para población con edades comprendidas entre 1 y 6 años, y otra para aquellos de 6 a 18 años. En la versión para los más pequeños se incluyen problemas de atención (Vanschoolandt et al., 2013; Arild et al., 2016; Martínez et al., 2021).</p>
Psicopatológico	<p><i>Development and Well-Being Assessment</i> (DAWBA, Goodman et al., 2000, citado en Lehmann et al., 2014): entrevista estructurada dirigida a niños de entre 5 a 16 años para la evaluación de 14 trastornos mentales, basándose en el CIE-10 y DSM-IV. Puede ser cumplimentado por los cuidadores o cuidadoras, o por los niños y niñas mayores de 11 años. Discrimina de manera adecuada entre los niños que pertenecen a la población general y los que se encuentran en contextos más clínicos, proporcionando estimaciones realistas acerca de prevalencia de trastornos mentales (Lehmann et al., 2014).</p>

Sistema de Evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC, Reynolds y Kamphaus, 1992, citado en Sabater et al., 2012): aporta información acerca de diferentes dimensiones psicopatológicas (problemas externalizantes, problemas internalizantes, problemas escolares, desajuste clínico y desajuste escolar) y adaptativas (ajuste personal, habilidades adaptativas y otras habilidades). Además, contiene diferentes subescalas como Ansiedad, Depresión, Índice de Síntomas Emocionales y Estrés Social. Puede aplicarse a cuidadores, tutores académicos, niños y niñas. Además, presenta una consistencia interna buena en todas sus escalas, oscilando entre 0.7 y 0.9, y su índice de correlación con el instrumento CBCL es de 0.8 (Sabater et al., 2012).

Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R, adaptación española de González et al., 2002, citado en Camps-Pons et al., 2014): Este cuestionario está formado por 90 ítems de autoinforme que se responden a través de una escala tipo Likert de 0 a 4 en función de la frecuencia con la que ha aparecido el síntoma en la semana previa a la evaluación. Consta de 9 dimensiones: obsesión-compulsión, fobia, somatización, depresión, ansiedad, sensibilidad interpersonal, hostilidad, psicoticismo y paranoia (Camps-Pons et al., 2014).

Apéndice B. CASPe. Adaptación Española de Critical Appraisal Skills Programme

Ítems

1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?
2. ¿Es congruente la metodología cualitativa?
3. ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?
4. ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?
5. ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?
6. ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?
7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?
8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?
9. ¿Es clara la exposición de los resultados?
10. ¿Son aplicables los resultados de la investigación?

Tabla 1

Análisis CASPe en las investigaciones sobre salud mental en niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar

Ítems	Lehmann et al., (2014)	Staines (2012)	Maaskant et al., (2014)	Vallejo-Slocker et al., (2022)	Jiménez-Morago et al., (2015)	Arild et al., (2016)	Sabater et al., (2012)	Camps-Pons et al., (2014)	Martínez et al., (2021)	Leathers et al (2021)	Barboza et al., (2017)	Vanshoonland et al., (2013)
1	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
3	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No ³	Sí	Sí	Sí	No ⁵	Sí	Sí
4	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No se específica	Sí	Sí	No ⁴	Sí	Sí	Sí
5	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No se específica ₆	Sí	Sí
6	No se específica	No se específica	No se específica	No se específica	Sí	Sí	No se específica	Sí	Sí	No se específica	No se específica	No se específica
7	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
9	No ¹	Sí	Sí	No ²	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
10	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No se específica	Sí	Sí	Sí	No se específica	Sí	Sí
Total	8	9	9	8	10	7	9	10	9	6	9	9

Notas. ¹ No menciona los resultados obtenidos en el SDQ, solo habla de sus propiedades psicométricas. ² No separa las diferentes poblaciones. ³ Sesgos en los informantes y algunas variables pueden haber contaminado los resultados y hace que no sean representativos. ⁴ La muestra es muy pequeña y solo recoge información de los familiares. ⁵ Falta información sobre a qué síntomas de trauma se refieren o verificación de los síntomas de TDAH. Otro tipo de diseño ofrecería datos de mayor calidad sobre la adecuación de servicios. ⁶ La entrevista era adecuada pero solo se hacía a los familiares y en algunas ocasiones no se completó.

Tabla 2.

Análisis CASPe en las investigaciones sobre atención a la salud mental en niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar

Ítems	Farmer y Lippold, (2016)	Hiller et al., (2021)	Taussing et al., (2019)	Hawk et al., (2020)	Sullivan et al., (2019)
1	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
2	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
3	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
4	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
5	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
6	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
7	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
8	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
9	Sí	No ¹	Sí	Sí	Sí
10	Sí	No se especifica	Sí	Sí	Sí
Total	10	8	10	10	10

Notas. ¹ No se presenta la eficacia ni el impacto de la intervención.

Critical Appraisal Skills Programme Español. (2022). *Leyendo críticamente la evidencia científica: 10 preguntas para ayudarte a entender un estudio cualitativo* <https://redcaspe.org/materiales/>

Apéndice C. Artículos incluidos en la revisión.

Tabla 1

Artículos seleccionados sobre salud mental en niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar

Investigación	Enfoque	Población	País	Metodología	Instrumentos	Principales Resultados
Adversity and Adjustment in Children in Institutions, Family Foster Care, and Adoption (Jiménez-Morago et al., 2015)	Conductual	Muestra = 230 56.5% niños y 43.5% niñas. Edad: 4 a 10 años Medida de protección: residencial ($n=50$), familia ajena ($n=28$), familia extensa ($n=54$) y adopción internacional ($n=49$)	España (Andalucía)	Diseño transversal. Análisis descriptivo y comparación con grupo control.	Índice de adversidad temprana, Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) y entrevistas con el cuidador principal	El 20% de la población estudiada había sufrido cinco o más variables de adversidad infantil. El 55.6% de los que se encontraban en acogimiento en familia extensa y el 57.1% de los que se encontraban en familia ajena habían sufrido maltrato previamente. El grupo de niños en acogimiento en familia ajena fue el segundo con mayor puntaje en problemas y dificultades, que alcanzaron un rango clínico. Las puntuaciones más elevadas fueron las del grupo de acogimiento residencial. En el SDQ, el grupo de acogimiento en familia extensa obtuvo una media de 13.24 ($SD= 6.99$), mientras que el de acogimiento en familia ajena mostró una media de 15.11 (rango límite) y ($SD=5.53$). A mayor edad de acogida, mayor cantidad de problemas de salud mental y a mayor tiempo transcurrido en acogimiento, menos problemas emocionales.

Continuación Tabla 1

Investigación	Enfoque	Población	País	Metodología	Instrumentos	Principales Resultados
Mental Health, Quality of Life and Coping Strategies in Vulnerable Children During the COVID-19 Pandemic (Vallejo-Slocker et al., 2022)	Conductual	Muestra Estudio 1: 604. Muestra Estudio 2: 743. Estudio 1: 50.5% de chicos y 49.5% de chicas. Estudio 2: 52.8% chicos y 47.2% chicas. Edad: 8 a 18. Medida de protección residencial (42.1% E1 y 28.4% E2), acogimiento en familia ajena (3.1% E1 y 1.2% E2) y acogimiento en familia extensa (7.6% E1 y 1.3% E2). También contaron con población en programas de fortalecimiento familiar (47% E1 y 69% E2).	España	Comparación de dos estudios (uno realizado en 2020 y otro en 2021) con grupos independientes equivalentes y árbol de decisión. Diseño transversal.	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), KIDSCREEN-10 y Kidcope	No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las diferentes modalidades de cuidado (Estudio 1). Puntuaron más bajo significativamente en el SDQ, indicando que tenían una salud psicológica peor que la población general antes de la pandemia (Estudio de 2021). Del SDQ se destaca una puntuación de 3.72 de media en problemas emocionales y 3.23 en problemas de conducta. En el KIDSCREEN se obtuvo una puntuación de 6.39 de problemas internalizantes y 8.52 de externalizantes. La salud mental de la población estudiada ha disminuido un 9.7% y su calidad de vida no ha cambiado un año después de la pandemia.

Continuación Tabla 1

Investigación	Enfoque	Población	País	Metodología	Instrumentos	Principales Resultados
Acogimiento en familia extensa: Perfil psicosocial de las familias y los menores acogidos (Martínez et al., 2021)	Conductual	Muestra: 122 menores y 101 familias. El 46.7% eran chicos y el 53.3% chicas. Edad: 6 a 17 años. Medida de protección: Acogimiento en familia extensa.	España (Comunidad Valenciana)	Entrevistas en el domicilio familiar con información proporcionada por la familia acogedora. Diseño transversal.	Escala de Clima Familiar (FES), Perfil de Estilos Educativos-i (PEE), Cuestionario de Apoyo Social de Mos - Medical Outcomes Study, Cuestionario de Salud SF-36, Escala Parental Stress Index Short-Form (PSI-SF) y Child Behaviour Checklist (CBCL)	El 32.4% de los menores presentaban problemas psicosociales en un rango clínico. Además, el 10.7% tenía un diagnóstico de trastorno mental. El 21,5% presentó un rango clínico de problemas internalizantes y el 27% de problemas externalizantes. El mayor porcentaje de problemas en rango clínico se dio en la evaluación de la agresividad (13.8%) y los problemas sociales (13.9%), seguidos de retraimiento y depresión (12.8%), que además se daba principalmente en las chicas. Se destaca la necesidad de formación a la familia extensa e intervención con los menores, tanto a nivel preventivo como clínico. Los menores de 12 a 17 años son los que presentan mayores problemas de retraimiento, depresión, quejas somáticas, problemas atencionales e interiorizados.

Continuación Tabla 1

Investigación	Enfoque	Población	País	Metodología	Instrumentos	Principales Resultados
Social functioning and mental health among children who have been living in kinship and non-kinship foster care: results from an 8-year follow-up with a Norwegian sample (Arild et al., 2016)	Conductual	Muestra: 233 en la primera medición y 111 de los anteriores en la segunda recogida de datos. En la primera medición 55% chicos y 45% chicas. Medida de protección: familia de acogida extensa y ajena.	Noruega	Estudio longitudinal, diseño de cohorte prospectivo (8 años duración).	Child Behaviour Checklist (CBCL)* Adult Self-Report ** *Primera medición **Segunda medición solo si eran adultos.	En la primera medición, el 52% de niños, niñas y adolescentes que vivía con una familia de acogida ajena presentaba puntuaciones por encima del rango clínico en el CBCL. En la segunda medida no hubo diferencias significativas. Sin embargo, a nivel individual, 14 participantes que en la primera medición tenían puntuaciones límite ahora se encontraban sin riesgo. En la segunda medición, los problemas internalizantes fueron más frecuentes (28.6% alcanza un rango clínico). Los niños mostraron más problemas de salud mental a edades tempranas y las niñas desarrollaron problemas más tardíos. El factor que más se relacionó con sufrir problemas de salud mental fue la inestabilidad o el cambio de comunidad o ciudad. Los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas fueron los resultados más frecuentes.
Externalizing problems in young foster children: Prevalence rates, predictors and service use (Vanshoonland et al., 2013)	Conductual	Muestra: 212 No indica cuantos eran niños y cuantas niñas. Edad: 3 a 12 años.	Bélgica	Diseño transversal cuantitativo.	Child Behaviour Checklist (CBCL) y cuestionarios ad hoc	El 40,6% presentaron problemas de externalización. El 14,3% mostró comportamiento agresivo en un rango clínico y el 61.2% presentaba un estado de ánimo irascible y con tendencia a una elevada frustración.

		Medida de protección: Acogimiento en familia ajena.				<p>El 59,2% presentaba síntomas de hiperactividad.</p> <p>Solo el 20,9% de los niños acogidos con problemas externalizantes recibieron ayuda profesional, y únicamente el 17,5 % había recibido o recibe atención psicológica. Recibiéndose, en el 80% de ellos, de manera muy intensiva (2 veces por semana).</p> <p>Se destaca la necesidad de pautas para vincular a los niños con problemas externalizantes y las familias de acogida con los servicios.</p>
Mental health and associated risk factors of Dutch school aged foster children placed in long-term foster care (Maaskant et al., 2014)	Conductual	<p>Muestra: 239</p> <p>El 48.1% eran niños y el 51.9% eran niñas.</p> <p>Edad: 4 a 12 años.</p> <p>Medida de protección: Acogimiento en familia extensa (43.1%) y acogimiento en familia ajena (56.9%).</p>	Países Bajos	Diseño transversal y análisis correlacional.	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) y Escala de impacto	<p>El 37.4% de la población puntuó en un rango clínico y el 37.4% en uno límite. La puntuación media total fue de 11.58 (rango límite). Los chicos presentaron más dificultades totales que las chicas (11.85 y 11.34 respectivamente).</p> <p>En la escala de problemas emocionales la media de los niños fue de 2.31 y la de las niñas de 2.5. En problemas de conducta, los niños obtuvieron una media de 2.27 y las niñas de 2.0. La puntuación media en síntomas de hiperactividad fue de 4.93 en chicos y 4.7 en chicas.</p> <p>A mayor edad, mayor cantidad de problemas reportados por la familia de acogida. A mayor tiempo en acogimiento, mayor era la conducta prosocial.</p>

Continuación Tabla 1

Investigación	Enfoque	Población	País	Metodología	Instrumentos	Principales Resultados
Fostered children's behavioural and emotional difficulties: findings from one independent foster care agency (Staines, 2012)	Conductual	Muestra: 299 El 56% eran chicos y el 44% chicas. Edad: 5 a 14 años. Medida de protección: familias de acogida que cuentan con el apoyo de IFAs (Agencias de Acogida Independientes).	Reino Unido	Diseño longitudinal de medidas repetidas en una muestra de nuevas colocaciones consecutivas.	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) y Cuestionarios ad hoc	En el SDQ, el 14% presentó problemas emocionales en rango límite. La hiperactividad fue el problema menos relevante (16%). El 36% presentaba dificultades emocionales, el 17% problemas de salud mental, el 11% conducta violenta y el 6% dificultades de aprendizaje. Los IFAs habían ofrecido servicios útiles (trabajar la historia de vida, terapia de juego y terapia familiar). Algunas familias referían que algunos niños y niñas seguían necesitando intervención terapéutica más especializada. En los casos en los que no se recibió atención a la salud mental se han identificado las siguientes razones: no se había completado la evaluación integral, el servicio nunca se implementó y la inexistencia de financiación pública.

Continuación Tabla 1

Investigación	Enfoque	Población	País	Metodología	Instrumentos	Principales Resultados
Perfil sociodemográfico y psicopatológico de los menores acogidos en Valencia (Sabater et al., 2012)	Psicopatológico	Muestra: 116 El 59.5% eran chicos y el 40.5% chicas. Edad: 2 semanas a 18 años. Medida de protección: Acogimiento en familia ajena.	España (Valencia)	Diseño transversal. Aplicación del instrumento en función de cuatro niveles de edad y comparación a través de tres fuentes de información (menores de edad, familias acogedoras y tutores académicos).	Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC)	<p>El acogimiento surge como medida temporal, pero se acaba cronificando. El 77.6% de la población había pasado por una medida de protección anterior. Entre ellos, el 3.4% había pasado por acogimiento en familia extensa y el 66.4% había estado alguna vez en residencias.</p> <p>El 15.2% de los menores de 8 a 12 años se consideraba en riesgo de padecer depresión, siendo el 6.1% los que se creían encontrarse en niveles significativos en el momento del estudio. El 20.6% de los menores de edad consideró encontrarse en niveles clínicamente significativos de ansiedad.</p> <p>El Índice total de Síntomas Emocionales mostró que el 30.3% de los menores se encontraban en situación de riesgo o clínicamente significativa.</p> <p>Las familias consideran que los adolescentes de entre 13 y 18 años son los que presentan niveles más elevados de depresión (35%) y ansiedad (40%). Sin embargo, los tutores académicos refieren que los niveles más altos de psicopatología se dan en los menores de 12 años. El 20,2% se recibían tratamiento psicológico en el momento del estudio.</p>

Continuación Tabla 1

Investigación	Enfoque	Población	País	Metodología	Instrumentos	Principales Resultados
Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas (Camps-Pons et al., 2014)	Psicopatológico	Muestra: 40 18 eran chicos y 22 eran chicas. Edad: 13 a 22 años. Medida de protección: acogimiento en familia extensa (19), acogimiento en familia ajena (2), pisos asistidos (14) y residencias (5).	España (Menorca y Barcelona)	Diseño transversal y análisis descriptivo.	RQ de Bartholomew y Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)	El 52,5% presenta sintomatología clínicamente significativa. Las escalas que alcanzaron mayor prevalencia fueron las de hostilidad (50%), obsesión-compulsión (45%), ideación paranoide (45%), psicoticismo (45%) y sensibilidad interpersonal (42,5%). Todos estaban siendo atendidos por el “Servei d’Atenció al Menor del Consell Insular de Menorca” y por la Asociación Invia de Barcelona, que proporciona orientación académica, laboral y psicológica.
Mental health services and psychotropic medications provided to children at risk for placement instability in foster care (Leathers et al., 2021)	Psicopatológico	Muestra: 144 El 62.6% eran chicos y el 37.4% chicas. Edad: 8 a 14 años. Medida de protección: Acogimiento en familia ajena, acogimiento en familia extensa, acogimiento en familia especializada y acogimiento residencial.	Estados Unidos	Diseño transversal, análisis descriptivo.	Entrevista de Servicios para Niños y Adolescentes con Padres (SCAPI)	El 66,7% tenía al menos un trastorno diagnosticado y el 34,8% tenía dos o más diagnósticos. El mayor índice de prevalencia fue de TDAH (52%), seguido de trastorno de conducta disruptiva (20%), ansiedad y/o depresión (11.1%), trastorno bipolar (9%), trastorno de estrés posttraumático (6.3%) y esquizofrenia (2.1%). El 75% había recibido psicoterapia y el 90% tomaba medicamentos psicotrópicos. Las niñas tenían más probabilidades de recibir terapia centrada en el trauma

(30,9% frente al 5,6% de los niños). Sin embargo, los niños recibían más tratamiento para la ira (17%) y medicación (60%).

La media de colocaciones previas a la familia de acogida actual fue de 4.2 ($SD= 2.38$)

Se concluye que los niños con inestabilidad en las colocaciones reciben muchos servicios de salud mental, sin embargo, la mayoría de las intervenciones no están basadas en la evidencia.

Screening foster children for mental disorders: Properties of the strengths and difficulties questionnaire (Lehmann et al., 2014)	Conductual y psicopatológico	Muestra: 279 El 53% chicos y el 47% chicas. Edad: 6 a 12 años. Medida de protección: acogimiento familiar.	Noruega	Diseño transversal, estudio prospectivo	Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) y Development and Well-Being Assessment (DAWBA)	<p>El 63,4% padecía más de un trastorno mental. Según la herramienta DAWBA, el 24% presentaba algún trastorno emocional (depresión o ansiedad), el 21,5% tenía algún trastorno conductual (conducta y oposición desafiante), el 19% TDAH, el 19,4% trastorno reactivo del apego.</p> <p>En esta muestra nadie cumplió con criterios de trastorno de angustia, agorafobia, trastornos de la conducta alimentaria o mutismo selectivo.</p> <p>Según el SDQ, la prevalencia de problemas psicológicos fue de 57,4%. La puntuación media en la Escala de Impacto fue de 2.8 ($SD = 2.8$) cuando informaba el cuidador o cuidadora y de 1.8 ($SD= 1.9$) cuando informaban los profesores.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------	-----------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Continuación Tabla 1

Investigación	Enfoque	Población	País	Metodología	Instrumentos	Principales Resultados
Trajectories of post-traumatic stress and externalizing psychopathology among maltreated foster care youth: A parallel process latent growth curve model (Barboza et al., 2017)	Conductual y psicopatológico	Muestra: 280 El 51.1% eran chicos y el 48.9 chicas. Edad: 8 a 15 años. Medida de protección: acogimiento familiar.	Estados Unidos	Diseño longitudinal con tres mediciones (línea base, 18 meses y 36 meses después de la base).	Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC), Child Behaviour Checklist (CBCL), Violence Exposure Scale (VEX-R) y Maltreatment Classification Scale	Los niveles iniciales de conductas externalizantes y los síntomas de trastorno de estrés postraumático se relacionaron significativamente, desarrollándose de manera conjunta en el tiempo. La prevalencia de problemas clínicamente significativos fue del 54.5% en síntomas de externalización y del 8% en síntomas de trastorno de estrés postraumático. De la totalidad de jóvenes que padecían síntomas de estrés postraumático en rango clínico, el 62% también cumplían con el límite clínico en problemas externalizantes. Solo el 6.6% y el 8% de la población mostraron evidencia de trastorno de estrés postraumático en los años posteriores a la separación de su familia biológica. Los autores refieren que el desarrollo de capacidad de resiliencia puede estar relacionado.

Nota: E1= Estudio 1. E2= Estudio 2

Tabla 2.

Artículos sobre atención a la salud mental en personas menores de edad en acogimiento familiar

Investigación	Intervención	Población	País	Metodología	Instrumentos	Principales Resultados
The need to do it all: Exploring the ways in which treatment foster parents enact their complex role (Farmer y Lippold, 2016)	<p>Programa de cuidado de crianza temporal “Juntos enfrentando el desafío” (TFTC)</p> <p>Intervención para jóvenes con trastornos emocionales y de comportamiento con enfoque conductual. Se instruye a las familias de acogida para que desarrollen la intervención combinando elementos centrados en el comportamiento y los cuidados propios del entorno familiar.</p>	<p>Muestra: 247</p> <p>El 54.7% eran chicos y el 45.3 chicas. En relación con cuidador principal, el 90.2% eran mujeres.</p> <p>Edad: 2 a 21 (el 86% tenía entre 10 y 17 años).</p>	Estados Unidos	Diseño longitudinal, ensayo aleatorizado.	Parent Daily Report (PDR), Trusting Relationship Questionnaire (TRQ) y Conflict Behaviour Questionnaire (CBQ)	<p>Un 30% de las familias consideraba que su desempeño estaba equilibrado entre los dos roles (cuidador y proveedor de tratamiento), sin embargo, el 54% refería sentirse sobre todo cuidador, aunque también desempeñara su otra función.</p> <p>Se instruyó a las cuidadoras y cuidadores para que emplearan técnicas conductuales (economía de fichas) y estos, además, también emplearon técnicas centradas en la relación (hablar sobre el tema y escucha activa).</p> <p>El 49.6% de las cuidadoras y los cuidadores tenía estudios universitarios que no tenían por qué estar relacionados con la salud mental.</p> <p>El 88% de las familias consideró que el profesional que lo supervisaba entendió sus necesidades y dificultades “muy bien”.</p>

Continuación Tabla 2

Investigación	Intervención	Población	País	Metodología	Instrumentos	Principales Resultados
Protocol for the RELATE trial: a feasibility and pilot randomised controlled trial of a low-intensity group intervention for young people in care with elevated posttraumatic stress symptoms (Hiller et al., 2021)	<p>Protocolo “RELATE”</p> <p>Intervención grupal de baja intensidad para jóvenes en acogimiento familiar con síntomas elevados de TEPT.</p> <p>El programa fue desarrollado por profesionales de la salud mental tanto de manera presencial como online, centrándose en el trauma y en la enseñanza de técnicas de recuperación. Es implementado a través de 5 sesiones para los jóvenes y 2 para las familias de acogida e incluye psicoeducación, estrategias de afrontamiento y memoria del trauma.</p>	<p>Muestra: 50</p> <p>No se especifica proporción chicos y chicas.</p> <p>Edad: 10 a 17 años.</p> <p>Con síntomas elevados TEPT.</p> <p>En acogimiento familiar, residencial o que viven de manera semidependiente.</p>	Reino Unido	<p>Metodología cualitativa y cuantitativa.</p> <p>Ensayo piloto con grupo control aleatorizado.</p> <p>Diseño longitudinal con 3 medidas (línea base pre-intervención, post-intervención y seguimiento a los 3 meses de la finalización).</p>	<p>Child and adolescent trauma screen (CATS), CRIES-8, The Child Symptom Scale – Interview Schedule (CPSS-I), Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Short Mood and Feeling Questionnaire (SMFQ), The Inventory of Parent and Peer Attachment - parent scale (IPPA), The Parent Trauma Response Questionnaire (PTRQ), y The Child Health Utility 9D (CHU-9D)</p>	<p>El estudio aún está en periodo de prueba y los autores consideran que sigue existiendo cierta incertidumbre sobre la mejor manera de tratar las necesidades psicológicas de esta población.</p> <p>La exposición al trauma y el TEPT son muy elevadas en el grupo, pero actualmente no existe una evaluación de los síntomas dentro del sistema de atención social adaptada a dicha población.</p> <p>Los autores consideran que hasta el momento la intervención podría resultar factible y eficaz, y que además también mejora el funcionamiento de la persona menor de edad en su entorno.</p>

Continuación Tabla 2

Investigación	Intervención	Población	País	Metodología	Instrumentos	Principales Resultados
A Positive Youth Development Approach to Improving Mental Health Outcomes for Maltreated Children in Foster Care: Replication and Extension of an RCT of the Fostering Healthy Futures Program (Taussing et al., 2019)	Programa Fostering Healthy Futures (FHF) Es una intervención preventiva que fomenta futuros saludables. Tiene una duración de 9 meses y consta de dos partes, una grupal acerca de habilidades y un programa de mentoría individualizado.	Muestra: 426 El 51.9% eran niños y el 48.1% niñas. Edad: 9 a 11 años. En acogimiento familiar extenso (54%), ajeno (42%) y residencial (4%)	Estados Unidos	Estudio de cohorte (10 grupos en 10 veranos consecutivos). El estudio actual añade 5 cohortes adicionales ($n=270$). Consta de un grupo experimental y un grupo control.	The Kaufman Brief Intelligence Test (KBIT y K-BIT-2), Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC), Child Behaviour Checklist (CBCL) y Life Satisfaction Scale	El 92% completó el programa y la asistencia fue mayor al 85%. El programa demostró un impacto significativo en la reducción de síntomas de salud mental, especialmente de los asociados al trauma, la ansiedad y depresión. Además, los efectos fueron consistentes en la mayoría de subgrupos, lo que parece indicar que FHF beneficia a diversos niños y niñas. También se generó un impacto positivo en la utilización de servicios de salud mental. Los resultados indican que es un protocolo efectivo que mejora la salud mental en niños y niñas en situación de vulnerabilidad.
Improving behaviors and placement stability for young foster children: An open trial of Parent-Child Care (PC-CARE) in the child welfare system (Hawk et al., 2020)	Parent-Child Care (PC-CARE) Servicio de prevención secundaria para la mejora del comportamiento y estabilidad en la colocación. Se compone de 7 sesiones. Los profesionales capacitan y enseñan habilidades de comunicación, autorregulación, manejo del comportamiento y conductas adaptativas en los niños, niñas y familiares. También se forma a los y las cuidadoras para que identifiquen problemas y necesidades antes de que se agraven.	Muestra: 153 El 49.7% eran niños y el 50.3% niñas. Edad: 1 a 5 años. Niños y niñas en acogimiento familiar que hayan sufrido eventos traumáticos.	Estados Unidos	Diseño evaluación pre post intervención con medidas repetidas.	Evaluación semanal del comportamiento infantil (WACB)	Disminución en síntomas relacionados con el trauma y problemas de comportamiento externalizante. Aumento de conductas positivas y adaptativas (iniciativa y autorregulación) y mejora de las relaciones con la familia de acogida. Mayor estabilidad en la colocación y menos interrupciones de la misma los primeros seis meses después del servicio. Los hallazgos sugieren que este servicio puede ser beneficioso para apoyar la adaptación de los niños y niñas a las familias.

Continuación Tabla 2

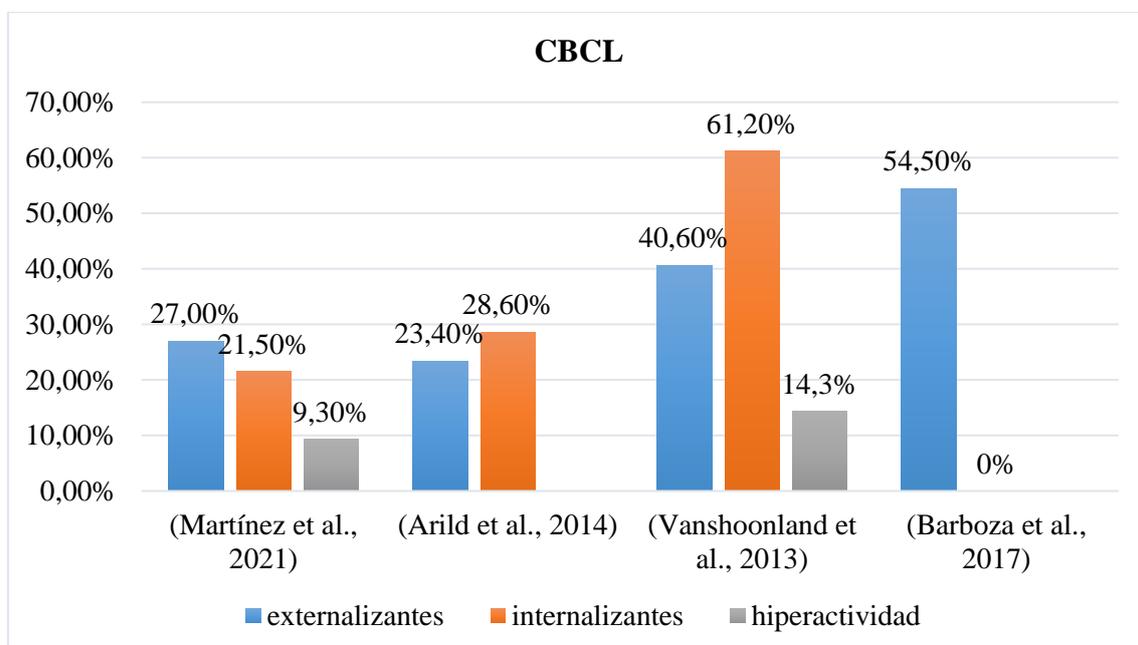
Investigación	Intervención	Población	País	Metodología	Instrumentos	Principales Resultados
Feasibility investigation: Leveraging smartphone technology in a trauma and behavior management-informed training for foster caregivers (Sullivan et al., 2019)	Intervención que combina una capacitación para cuidadores sobre trauma y estrés y una aplicación móvil que proporciona información sobre manejo del trauma y comportamiento. Entre los contenidos de la aplicación, se encuentra psicoeducación, modelado, herramientas de aprendizaje (tarjetas didácticas, ejemplos), un apartado de seguimiento de las conductas problemáticas y un módulo informativo sobre abuso de sustancias.	Muestra: 45 cuidadores (acogimiento en familia extensa, ajena o adopción). El 55% de los niños, niñas y jóvenes en acogimiento eran chicos y el 45% chicas. Edad: 5 meses a 21 años.	Estados Unidos	Estudio cualitativo y cuantitativo. Evaluación pre-post y comparación con grupo control sin asignación aleatoria.	Cuestionario de conocimientos sobre el trauma de la Red Nacional de Estrés Postraumático Infantil, Escala de autoeficacia parental, Cuestionario de tensión del cuidador, Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Grupos focales y encuestas de satisfacción.	Incremento en el conocimiento sobre el trauma, las habilidades de crianza y mejora de la autoeficacia de las familias, lo cual se correlaciona de manera positiva con una mejora en la salud mental de la persona en acogimiento. Los problemas de atención e hiperactividad no mejoraron en el grupo experimental, además, estos empeoraron con el tiempo. El comportamiento prosocial aumento significativamente. Los problemas emocionales se mantuvieron constantes. Esto podría deberse a que los cuidadores no identificaran problemas internalizantes previos por falta de comprensión acerca del bienestar emocional del menor.

Apéndice D. Gráficas CBCL y SDQ

A continuación, se muestran diferentes gráficas en las que se relacionan los resultados entre algunos de los estudios incluidos en la revisión. Dado a que algunas investigaciones muestran sus resultados en forma de prevalencias y otras en función de las puntuaciones obtenidas en cada subescala, se han separado y organizado los resultados para conseguir una visión más completa de la salud mental de niños, niñas y adolescentes en acogimiento familiar en diferentes países.

Gráfica 1

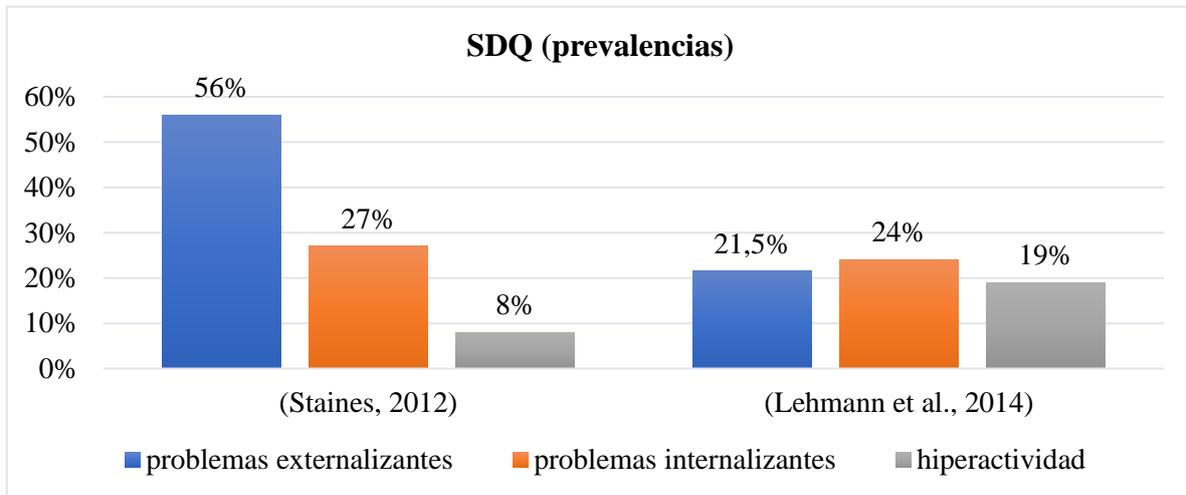
Prevalencia de problemas externalizantes, internalizantes e hiperactividad



Nota. En Barboza et al., (2017) no se detalla información sobre problemas internalizantes ni síntomas de hiperactividad. En Arild et al., (2016) tampoco se detalla información sobre síntomas de hiperactividad.

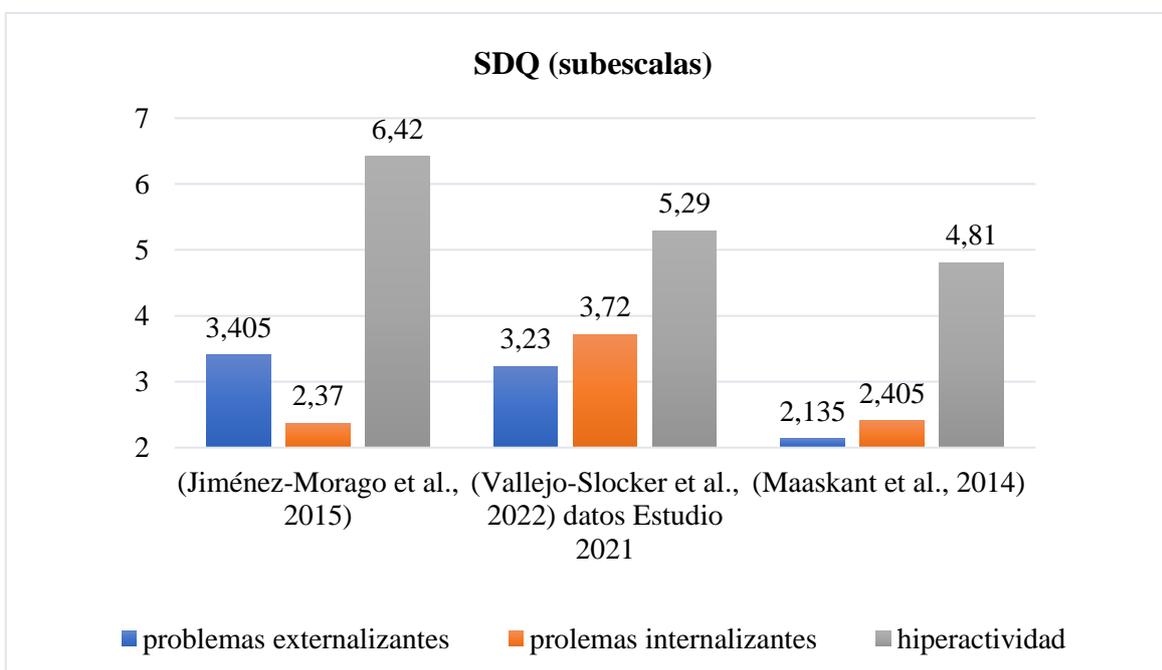
Gráfica 2

Prevalencia de problemas externalizantes, internalizantes e hiperactividad



Gráfica 3

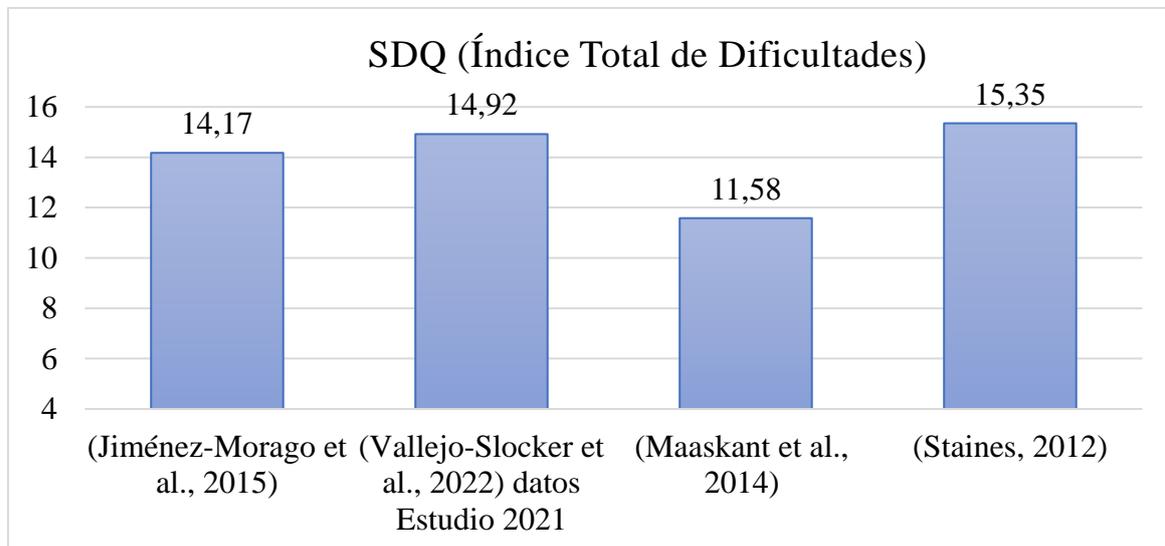
Puntuaciones medias en las subescalas de problemas externalizantes, internalizantes e hiperactividad



Nota. Puntuaciones entre 5-10 en problemas internalizantes, 4-10 en problemas externalizantes y 7-10 en hiperactividad son consideradas clínicas según el baremo de Maaskant et al., (2014).

Gráfica 4

Puntuaciones medias en el Índice Total de Dificultades



Nota. Según el baremo español, las puntuaciones son consideradas en rango clínico si alcanzan valores de 17- 40. Se destaca que los valores presentados corresponden a poblaciones de diferentes países, en los cuales los baremos pueden verse modificados. Se debe tener en cuenta que la población estudiada por Vallejo-Slocker et al., (2022) estaba conformada por niños, niñas y adolescentes procedentes de diferentes medidas de protección, por lo que en sus resultados habría que tener en cuenta la sobrerrepresentación de aquellos que en el momento del estudio se encontraban en centros de protección.

En estos análisis se ha optado por sumar las medias obtenidas en familia de acogida extensa y ajena en aquellos estudios que contaban con ambas poblaciones, consiguiendo así una visión más generalizada. Sin embargo, se destaca que, al realizar análisis por separado, se observan detalles como que los resultados de salud mental en acogimiento en familia ajena de Staines (2012, Reino Unido), se asemejan a los de Jiménez-Morago et al., (2015, España), siendo estas 15.53 y 15.11 respectivamente.



Master en Psicología de la Intervención Social y Comunitaria



ANEXO II

DECLARACIÓN DE AUTORÍA RESPONSABLE

D/D^a Laura María Gómez López, con DNI o documento análogo XXXXXXX, estudiante de I Máster en Psicología de la Intervención Social y comunitaria de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla,

ASUMO Y DECLARO bajo mi responsabilidad que el Trabajo Fin de Máster que presento para su exposición y defensa titulado "Salud Mental y Atención Recibida en Niños, Niñas y Adolescentes en Acogimiento Familiar. Una Revisión Sistemática".

fue escrito por mí y con mis propias palabras a excepción de las citas procedentes de las fuentes referenciadas que están claramente indicadas y reconocidas como cita textual. Tengo constancia de que la incorporación de material público sin su correspondiente cita, la paráfrasis de este material sin referenciar o la utilización de textos, imágenes, metodologías, datos o resultados procedentes de algún trabajo previo o del que no sea autor/a individual, se considera plagio y por lo tanto es susceptible de conllevar el suspenso en el trabajo, así como posibles medidas disciplinarias. Por ello he tenido cuidado en citar cualquier texto, imagen, figura, tabla o ilustración que no sea consecuencia de mi propia investigación, observación o redacción. Por otro lado, asumo que el profesorado podrá utilizar herramientas de control del plagio que garanticen la autoría de este trabajo.

En Sevilla, a 14 de noviembre de 2022

Fdo.