



ACOGIMIENTO EN FAMILIA EXTENSA: PERFIL PSICOSOCIAL DE LAS FAMILIAS Y DE LOS MENORES ACOGIDOS

(Kinship foster care: psychosocial profile of families and foster children)

Elena Martínez Miguel

Psicóloga

Asociación de Voluntarios de Acogimiento Familiar de la Comunidad Valenciana

Adelina Gimeno Collado

Catedrática de Escuela Universitaria

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación
Universitat de València

Francisco González Sala

Profesor Contratado Doctor

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación
Universitat de València

Resumen

El Acogimiento en familia extensa es la medida de protección de menores más frecuente en España. Los objetivos del presente estudio son analizar el perfil familiar según diferentes dimensiones, conocer el estado de salud psicosocial de los menores en acogimiento en familia extensa y estudiar la relación entre variables familiares y del menor. La muestra estuvo formada por 101 familias y 122 menores entre 6 y 17 años ($M = 10.07$; $DT = 3.92$), residentes en la provincia de Valencia. La evaluación se realizó mediante entrevistas individuales con cada familia. Los resultados muestran una buena funcionalidad de las familias teniendo en cuenta el clima familiar, el nivel de estrés, los estilos educativos y los apoyos con los que cuentan, pero también muestran los riesgos en general asociados al alto rango de edad de los acogedores, que suelen ser abuelas. En los niños y niñas acogidos aparecen problemas de Aprovechamiento escolar, así como problemas Interiorizados y Exteriorizados. Destaca la presencia de problemas psicosociales en un rango clínico en el 32.4% de los menores. Existe una relación negativa entre problemas psicosociales en los menores acogidos y la funcionalidad familiar, presentando pautas para la formación de las familias y para la intervención con los menores, a nivel preventivo y clínico en materia de salud psicológica principalmente.

Palabras clave: Acogimiento familiar, Clima familiar, Estilos educativos, Salud, Apego.

Abstract

Extended family foster care family is the most frequent protective measure for minors in Spain. The objectives of the present study are to analyze the family profile according to

different dimensions, knowing the state of psychosocial health care of minors in foster care and study the relationship between family and minor variables. The sample consisted of 101 families and 121 minors between 6 and 17 years old ($M = 10.07$; $DT = 3.92$), living in the province of Valencia. The evaluation was carried out through individual interviews with every family. Results show good functionality of families taking into account the family climate, the level of stress, the educational styles and the supports they have, but they also show the risks in general associated with the high age range of the welcoming, who are usually grandmothers. In foster children problems of school achievement appear, as well as internalized and externalized problems. The presence of psychosocial problems in a clinical range stands out in 32.4% of minors. There is a negative relationship between psychosocial problems in foster children and family functionality, presenting guidelines for the formation of families and for intervention with minors, to mainly preventive and clinical level in psychological health.

Keywords: Kinship foster care, Family climate, Educational style, Health, Attachment.

1. INTRODUCCIÓN

La medida de protección del acogimiento familiar se pone en marcha cuando se detecta y constata una situación de desamparo de un menor. En la Ley 26/2015, respetando las modalidades de acogimiento recogidas en el Código Civil, se recoge la vinculación del menor con la familia acogedora, hablando del acogimiento en la propia familia extensa del menor. En concreto el acogimiento en familia extensa representa el 67% de los acogimientos familiares (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018).

Los acogedores en familia extensa son mayoritariamente abuelas, predominando la familia materna frente a la paterna, con edades principalmente entre los 52 y los 59 años, suelen tener estudios primarios o ningún tipo de estudios, bajos ingresos económicos y la mayoría de ellos están jubilados o son pensionistas (Amorós y Palacios, 2004; Bernedo y Fuentes, 2010; Del Valle, Álvarez y Bravo, 2002; García-Bermejo, 2019; Molero, Albiñana, Sabater y Sospedra, 2007; Montserrat, 2006; Rosser, 2011).

Las investigaciones muestran en las familias acogedoras extensas carencias a diferentes niveles (Molero et al., 2007), como por ejemplo de apoyo y de formación (Jiménez, Martínez, Muñoz y León, 2013), así como problemáticas de origen que van asociadas a la propia dinámica familiar. Si bien el mantenimiento de los lazos afectivos es un factor protector, el acogimiento en familia extensa como señala García-Bermejo (2020) también presenta diferentes factores de riesgo que pueden comprometer el desarrollo del acogimiento y la evolución de los niños dentro de la medida, como son las diferencias de edad entre los acogedores y los niños acogidos, así como el sentimiento de fracaso, que lleva a los abuelos actuar con un estilo educativo sobreprotector, probablemente debido al miedo que tienen las familias extensas al ser estigmatizadas (Vis, Handegård, Holtan, Fossum y Thørnblad, 2016),

Teniendo en cuenta que entre las causas que motivan el acogimiento está principalmente la drogodependencia (Molero et al., 2007; Alcorizo, 2012), así como el

alcoholismo y los problemas de salud mental de los progenitores (Rosser, 2011), se plantea la duda razonable respecto a los modelos educativos de las familias de origen, pues tal y como apuntan Bernedo y Fuentes (2010) existen interferencias con los progenitores, lo que favorece la aparición de conflictos intrafamiliares que afectan al bienestar del menor. A pesar de ello, Xu y Bright (2018) señalan menos problemas de salud psicológica en niños y niñas en acogimiento en familia extensa que aquellos que se encuentra en familia educadora sin grado de parentesco con el menor. Llosada-Gistau y Casas (2017) encuentran mayores niveles de bienestar en los menores acogidos en familia extensa que aquellos acogidos en otras modalidades, como familia ajena o en residencias. Este tipo de acogimiento puede suponer un factor protector en la salud mental del menor. Si bien no todos los estudios muestran resultados tan favorables. Taren-Sweeney y Goemans (2019) tras una revisión de la bibliografía, no encuentran evidencias del impacto protector del acogimiento en familia extensa sobre la salud mental de los menores acogidos. Xu y Bright, (2018), atribuyen las diferencias a problemas metodológicos.

Respecto al perfil de los menores, la media de edad está entre los 10 u 11 años, siendo mayor el número de menores acogidos entre los 4 y 11 años (Del Valle et al., 2002; Molero et al., 2007; Montserrat, 2006). Su rendimiento académico suele ser bajo, pues un número importante ha repetido curso, presentan problemas conductuales en el contexto escolar (Del Valle y Montserrat, 2008; Molero et al., 2007), un mayor absentismo (Molero et al., 2007) respecto a los menores no acogidos. Vis et al. (2016) en un estudio longitudinal realizado durante 8 años con niños acogidos en familia extensa, señalan mayores problemas emocionales y conductuales en los varones en edades tempranas, mientras que en la adolescencia no aparecen diferencias en función del género, concluyendo que en el caso de las mujeres estas problemáticas aparecen después de la adolescencia.

Las características particulares del acogimiento en familia extensa requieren de estudios que ayuden a conocer las necesidades reales que presentan estos acogimientos con el fin de diseñar intervenciones tanto con la familia acogedora como con el menor acogido (Molero et al., 2007). Para ello resulta imprescindible determinar fortalezas y debilidades relacionadas con los propios acogedores así como el perfil psicológico de los menores acogidos, todo ello con el objetivo de diseñar intervenciones ajustadas que faciliten el desarrollo del menor y una mayor funcionalidad familiar como factor protector.

El presente estudio tiene como objetivos: a) Describir las características de las familias acogedoras extensas, incluyendo las dimensiones clima familiar, nivel de estrés, apoyos y estilo educativo; respecto a los acogedores su perfil socio demográfico, su calidad de vida respecto a su salud y su estilo de apego, b) Describir el perfil psicosocial y de salud los menores acogidos identificando el porcentaje de problemas de salud psicológica y analizando diferencias en los síndromes del CBCL en función del sexo y de la edad, y c) Relacionar los problemas psicosociales de los menores con las características familiares.

Como hipótesis principales del trabajo, se espera encontrar que las familias acogedoras muestren indicadores de funcionalidad, es decir que no presenten problemas relacionados con el clima familiar, ni altos niveles de estrés familiar, ni carencia de

apoyos, y que en ellas sean predominantes los estilos educativos asertivo y sobreprotector. En relación a los menores acogidos, se espera encontrar problemas psicosociales importantes en una parte de la muestra, atendiendo a los factores en el CBCL, aunque no se espera encontrar diferencias ni en función del sexo, ni en función de la edad. Por último, se espera encontrar una relación positiva y significativa entre los problemas del menor -internalizados, externalizados y totales- y los indicadores de disfuncionalidad familiar -estrés, conflictividad, estilos educativos no asertivos y escasez de apoyos-.

2. MÉTODO

2.1. Muestra

La muestra estuvo compuesta por 101 familias acogedoras extensas de la ciudad de Valencia. Las edades de los acogedores comprendían desde los 24 hasta los 74 años en el caso de las mujeres y entre los 29 y los 77 años en el caso de los hombres.

La muestra de menores estuvo formada por un total de 122, de los cuales 57 (46.7%) eran varones y 65 (53.3%) mujeres. Las edades comprendían entre los 6 y los 17 años, siendo la media de edad de 10.07 años (DT = 3.92).

2.2. Instrumentos

Se realizaron escalas ad hoc con indicadores para describir el acogimiento y los perfiles de los acogedores y de los menores acogidos.

El Clima familiar se evaluó a través de la adaptación española de Seisdedos, de la Cruz y Cordero (1995) de la Escala de Clima Familiar (FES) (Moos, Moos y Trickett, 1995), que evalúa las relaciones interpersonales que se producen en el entorno familiar, cumplimentándose la dimensión de relaciones interpersonales, compuesta por 27 ítems agrupados en tres subescalas: Cohesión, Expresividad y Conflicto.

Los Estilos Educativos se evaluaron a través del Perfil de Estilos Educativos (PEE) (Magaz y García, 2011) del grupo Albor-Cohs, en concreto la prueba PEE-i que evalúa los hábitos educativos a partir de una escala que cumplimentan padres o cuidadores. El instrumento cuenta con un total de 48 ítems con un formato de respuesta dicotómico. Los estilos educativos se clasifican en 8 categorías: Asertivo, Sobreprotector, Inhibicionista, Punitivo, Inhibicionista-punitivo, Sobreprotector punitivo, Falso Asertivo y No definido.

El Apoyo Social fue evaluado a través del Cuestionario de Apoyo Social de Mos - Medical Outcomes Study- (Sherbourne y Stewart, 1991), adaptación española de López et al. (2000). Este instrumento presenta un factor relacionado con el tamaño de la red de apoyo, un factor denominado Apoyo Emocional/informacional que valora la expresión de afecto y la comprensión empática y la presencia de personas como consejeras o guías. El factor Apoyo Instrumental que valora la provisión de ayuda material o tangible y el

factor Apoyo Afectivo que valora la presencia de alguien cercano que ofrezca amor y afecto.

El Cuestionario de Salud SF-36 (Ware, Snow, Kosinski y Gandek, 1993) se utilizó para valorar la calidad de vida relacionada con la salud de los acogedores, utilizando la versión española de Alonso, Prieto y Antó (1995). Este instrumento está constituido por 36 ítems divididos en ocho dimensiones: Función Física, Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional y Salud Mental. La escala permite obtener el Componente Sumario Físico (CSF) y el Componente Sumario Mental (CSM).

El estilo de Apego fue evaluado con el Cuestionario de Relación de Bartholomew y Horowitz (1991) para adultos en su adaptación española de Alonso-Arbiol (2000). Este cuestionario presenta cuatro descripciones de cada uno de los cuatro prototipos de estilos de apego adulto: Seguro, Preocupado, Temeroso y Alejado (Yárnoz, Alonso-Arbiol, Plazaola y Sainz, 2001) mediante una escala tipo Likert de siete puntos. También permite obtener dos dimensiones del apego, como son el modelo de sí mismo y el modelo de los otros (Griffin y Bartholomew, 1994).

El Estrés se evaluó a través de la escala Parental Stress Index Short-Form (PSI- SF) de Abidin (1995) en su adaptación española (Díaz-Herrero, Brito de la Nuez, López- Pina, Pérez-López y Martínez-Fuentes, 2010). Instrumento que cuenta con un total de 36 ítems en formato de respuesta tipo Likert con 5 alternativas. En la adaptación española los factores son Malestar personal y Estrés derivado del cuidado del niño y una puntuación Global de estrés.

Para evaluar los Problemas psicosociales de los niños y niñas acogidos se utilizó la adaptación española de Sardinero, Pedreira y Muñiz (1997) de la escala Child Behavior Checklist (CBCL 6-18) de Achenbach (1991), que fue contestada por los acogedores. Las respuestas se dan en una escala tipo Likert que oscila de 0 a 2, donde 0 se corresponde con “no es cierto” y 2 con “muy cierto o cierto a menudo”. La escala diferencia factores de banda estrecha o primarios que son: Problemas sociales, Problemas de atención, Problemas de pensamiento y una categoría abierta que se denomina Otros problemas, que incluye Romper normas. Además se consideran primarios otros cinco factores agrupados en dos factores de banda ancha: Problemas Interiorizados y Exteriorizados. Existe una puntuación global que evalúa la psicopatología total del menor (Moreno-Manso, Serrano-Serrano, Galán-Rodríguez y García-Baamonde, 2015).

2.3. Procedimiento

Tras obtener las autorizaciones pertinentes de la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas se contó con la colaboración de la Asociación de Voluntarios de Acogimiento Familiar (AVAF) y de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Valencia, los cuales, tras informar a las familias sobre el objetivo del estudio consintieron que el grupo de investigadores se pusiera en contacto con ellas. Las entrevistas fueron voluntarias y contaron con el consentimiento previo firmado por los acogedores. Se llevaron a cabo

en el domicilio familiar, tras acuerdo telefónico de la fecha. Su duración aproximada fue de unos 90 minutos.

2.4. Análisis

Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS 22.0. Se calcularon frecuencias, porcentajes y medias para obtener el perfil de las familias, de los acogedores y de los menores. Se realizó un análisis de varianza multivariante (MANOVA) entre sujetos 2 (grupo entre 6 y 11 años y grupo entre 12 y 17 años) x 2 (hombre / mujer) en las variables dependientes relacionadas con los factores del CBCL. Se empleó la Traza de Pillai para evaluar la significación de los efectos, siendo esta prueba la más robusta al alejamiento de los supuestos matemáticos (Tabachnick y Fidell, 2007). Posteriormente se realizaron ANOVAS de continuación en las variables de ajuste donde se dieron efectos multivariantes significativos, siendo este el procedimiento más habitual (Bray y Maxwell, 1982). Se empleó la eta-cuadrado parcial para determinar el tamaño del efecto siguiendo los valores señalados por Cohen (1992), interpretando dicho efecto como bajo (.02), medio (.13) o alto (.26). Por último, se realizaron correlaciones de Pearson para determinar la existencia de relaciones entre los factores analizados.

3. RESULTADOS

3.1. Duración y desencadenantes del acogimiento

Aproximadamente tres cuartas partes de los menores llevan en acogimiento más de tres años y entre las razones que con mayor frecuencia han motivado la toma de una medida de protección de este tipo es, en el caso del padre dejación en las funciones parentales, la prisión y la paternidad no reconocida, y en el caso de la madre dejación en las funciones parentales y la toxicomanía (Tabla 1).

Tabla 1

Duración del acogimiento y desencadenantes.

Duración del acogimiento	N	%
De 0 a 1 año	13	10.7
De 1 a 3 años	17	13.9
Más de 3 años	92	75.6
Desencadenantes	N (padre)	N (madre)

Orfandad	3	8
Paternidad no reconocida	16	0
Discapacidad o enfermedad	3	15
Toxicomanía	12	21
Prisión	18	11
Dejación de funciones	22	22
Abandono	13	14

3.2. Dimensiones familiares y perfil de los acogedores

El clima familiar puede ser considerado de calidad pues presenta puntuaciones por encima de la media en cohesión ($M = 7.74$; $DT = 1.59$.) y en expresividad ($M = 6.96$; $DT = 1.46$) y por debajo de la media en conflictividad ($M = 2.91$; $DT = 1.56$).

Respecto a los apoyos con que cuenta la familia, el número de amigos íntimos presenta una media de cuatro miembros ($DT = 3.21$) mientras la media de amigos con la que se puede contar es de 5 ($DT = 4.78$). La valoración de los tres tipos de apoyos, emocional-informacional ($M = 45.17$; $DT = 10.53$), afectivo ($M = 22.56$; $DT = 4.55$) e instrumental, ($M = 16.92$; $DT = 4.49$) están por encima de la media de la escala.

Respecto al estilo educativo, las puntuaciones medias mayores se dan en los ítems de un estilo asertivo ($M = 10.76$; $DT = 1.10$), seguido de un estilo sobreprotector ($M = 6.72$; $DT = 2.76$), y posteriormente el punitivo ($M = 5.79$; $DT = 2.83$) y el inhibicionista ($M = 4.49$; $DT = 2.46$).

Si se tiene en cuenta el porcentaje de casos incluido en cada estilo, se observa que la mayor frecuencia corresponde al estilo sobreprotector ($N = 25$, 32.9%), seguido del asertivo ($N = 24$, 31.6%), presentando una menor frecuencia estilos mixtos, sobreprotector punitivo ($N = 11$, 14.5%) y falso asertivo ($N = 7$, 9.2%), con porcentajes por debajo del 3.9% (tres casos en cada grupo) en el inhibicionista, en el inhibicionista-punitivo el sobreprotector-punitivo y en el grupo considerado como no definido.

El nivel de estrés total muestra una media de 61.18 ($DT = 20.00$), considerado bajo teniendo en cuenta que Abidin (1995) considera que el rango normal está en una media de 71 y una DT de 15.4. En ningún caso hubo una puntuación media por encima de 90, considerando puntuaciones por encima de ésta como clínicamente significativas (Abidin, 1995). El factor malestar personal muestra una media de 21.54 ($DT = 8.27$), y el factor estrés derivado del cuidado de los menores la puntuación media es de 39.64 ($DT = 14.00$), puntuaciones situadas dentro del rango típico (Abidin, 1995).

La Tabla 2 incluye el perfil de los acogedores, que se caracteriza por una mayor presencia de abuelas y de la familia materna. Un 42% son familias monoparentales. La situación de pensionista es la más frecuente, siendo el tramo de edad más frecuente entre 55 y 74 años en las mujeres y entre 55 y 77 en los varones.

Tabla 2

Perfil sociodemográfico de los acogedores.

Variables	Categorías	N	%
Parentesco	Abuelos maternos	44	43.6
	Abuelos paternos	14	13.9
	Tíos maternos	19	18.8
	Tíos paternos	11	10.9
	Hermanos	4	4.0
	Otros	9	8.9
Sexo acogedores	Mujeres	95	60.5
	Hombres	62	39.5
Nº de acogedores	Un acogedor	43	42.6
	Dos acogedores	58	57.4
Edad acogedora	25-40 años	12	13.8
	41-55 años	37	42.5
	56-74 años	38	43.7
Edad acogedor	29-40 años	9	18.8
	41-55 años	12	25.0
	56-77 años	27	56.2

ACOGIMIENTO EN FAMILIA EXTENSA: PERFIL PSICOSOCIAL DE LAS FAMILIAS Y DE LOS MENORES ACOGIDOS.

Situación acogedores	laboral	Activo	19	29.2
		Desempleo/Inactivo	15	24.2
		Sin ingresos	2	3.2
		Otras (Pensiones)	29	43.4
Situación acogedoras	laboral	Activo	28	29.5
		Desempleo	21	22.1
		Sin ingresos	10	10.5
		Otras (Pensiones)	36	37.9

Respecto a la calidad de vida según salud de los acogedores, en la Tabla 3 se presentan medias, desviaciones típicas y el rango de las puntuaciones obtenidas en la prueba SF-36, así como el porcentaje de sujetos que presentan puntuaciones inferiores o superiores a 50 en cada dimensión. Tal y como se puede observar el 84.2% de los acogedores obtienen en salud física puntuaciones por encima de la media y en salud mental el 81.2% están también por encima de la media. Observando con mayor detalle las dimensiones que componen estos dos factores globales, se observa que las mayores puntuaciones medias se dan en los factores de funcionamiento físico, rol emocional y rol Físico. Mientras que las puntuaciones más bajas se dan en dolor corporal, vitalidad y función social. Destacar los porcentajes de acogedores que se encuentran por debajo de una puntuación media de 50 en los factores función social (91.1%), dolor corporal (84.2%) y vitalidad (65.3%).

Tabla 3*Calidad de vida según la salud de los acogedores.*

	<i>M</i>	<i>DT</i>	Rango	PD < 50	PD > 50
Función Física	85.10	24.40	0-100	12 (11.9%)	89 (88.1%)
Rol Físico	77.72	37.56	0-100	24 (23.8%)	77 (76.2%)
Dolor Corporal	22.87	26.50	0-90	85 (84.2%)	16 (15.8%)
Salud General	54.50	13.61	30-100	54 (53.5%)	47 (46.5%)
Vitalidad	47.18	13.57	10-80	66 (65.3%)	35 (34.7%)
Función Social	49.01	8.78	25-75	92 (91.1%)	9 (8.9%)
Rol Emocional	82.51	35.14	0-100	17 (16.8%)	84 (83.2%)
Salud Mental	56.32	10.80	24-92	23 (22.8%)	78 (77.2%)
CSF*	60.05	9.134	29-76	16 (15.8%)	85 (84.2%)
CSM*	58.75	10.71	17-77	19 (18.8%)	82 (81.2%)

*CSF (Componente sumatorio Físico) y CSM (Componente Sumatorio Mental).

Respecto al estilo de apego, es el apego seguro el más frecuente, (un 62.4% que corresponde a 63 casos), seguido por un estilo evitativo (un 22.8% que corresponde a 23 casos); aparecen en menor porcentaje de familias el estilo temeroso (un 9.9% que corresponde a 10 casos) y un estilo preocupado (un 5.0% que corresponde a 5 casos), de tal forma que un 62.4% de los participantes son seguros y un 37.6% inseguros.

Atendiendo al Modelo de sí mismo, se obtiene una puntuación media de $M = -3.34$ y una $DT = 4.018$, encontrando en este grupo 24 acogedores (23.8%) con puntuaciones entre 0 o mayores y 77 acogedores (76.2%) con puntuaciones entre -1 y -12. En el Modelo de los otros, las puntuaciones son $M = -1.42$ y $DT = 4.396$, con un grupo de 39 acogedores (28.6%) con puntuaciones de 0 o mayores y 62 acogedores (71.4%) con puntuaciones entre -1 y -10.

3.3. Perfil de los menores acogidos. Educativo, condición física y problemas psicológicos

El Aprovechamiento Académico presenta resultados preocupantes en muchos casos, pues el Rendimiento académico es deficiente o muy deficiente en el 23.5% de los casos, habiendo repetido curso el 43.4% de los menores acogidos (Tabla 4).

Los porcentajes de casos con alguna enfermedad física suponen el 9.0% y el porcentaje con alguna enfermedad mental gira alrededor del 10.7%, mientras el 7.4% presenta algún tipo de discapacidad relevante (Tabla 4).

Tabla 4

Perfil de los menores. Aprovechamiento académico y Condición física.

Variables	Categoría	N	%
Enfermedad física	Sí	11	9.0
	No	111	91.0
Enfermedad mental	Sí	13	10.7
	No	109	89.3
Discapacidad reconocida	Sí	9	7.4
	No	113	92.6
Rendimiento académico	Deficiente / Muy deficiente	27	23.5
	Medio	35	34.4
	Bueno / Excelente	53	46.1
Cursos repetidos	Sí	49	43.4
	No	64	56.6

Según las escalas CBCL de Achenbach (Tabla 5), se observa que, atendiendo a la puntuación total, aproximadamente el 48% de los casos se encuentra dentro del rango normalizado. Si se observan los porcentajes con respecto al rango clínico un 33.3% son varones y el 31% son mujeres, en cambio en el caso de la edad un 38.6% son mayores de 12 años frente al 28.8% que se encuentran entre los 6 y los 11 años. Con respecto a los problemas interiorizados, un 21.5% de menores se encuentra en un rango clínico, con mayor presencia de mujeres y de más de 12 años, mientras que en el factor problemas exteriorizados el porcentaje asciende al 27% aproximadamente con una mayor presencia de sujetos entre los 6 y los 11 años.

Al observar el porcentaje de problemas específicos atendiendo al sexo, el mayor porcentaje de casos clínicos aparece en el factor conducta agresiva y en problemas sociales, seguido de retraimiento y depresión con una mayor presencia de mujeres, mientras que en función de la edad, hay un mayor número de casos de menores entre

los 6 y los 11 años en los factores problemas sociales y conducta agresiva, mientras que en retraimiento y depresión es el grupo de más de 11 años el que presenta un mayor número de casos en el rango clínico (Tabla 5).

Tabla 5

Distribución del número de menores según el rango en los diferentes síndromes del CBCL en función del sexo y la edad.

Síndromes	Sexo	Rango			Rango			
		Normal	Límite	Clínico	Edad	Normal	Límite	Clínico
Ansiedad Depresión	H	42(84.0)	6(12.0)	2(4.0)	6-11	52(85.2)	8 (13.1)	1(1.6)
	M	46(78.0)	9(15.3)	4(6.8)	12-17	34(73.9)	7(15.2)	5(10.9)
	Total	88(80.7)	15(13.8)	6(5.5)	Total	86(80.4)	15(14.0)	6(5.6)
Retraimiento Depresión	H	39(78.0)	5 (10.0)	6 (12.0)	6-11	50(82.0)	7(11.5)	4(6.6)
	M	46(78.0)	5 (8.5)	8 (13.6)	12-17	33(71.7)	3(6.5)	(21.7)
	Total	85(78.0)	10 (9.2)	14(12.8)	Total	83(77.6)	10(9.3)	14(13.1)
Problemas somáticos	H	43(86.0)	4 (8.0)	3 (6.0)	6-11	55(90.2)	4(6.6)	2(3.3)
	M	49(83.1)	8 (13.6)	2 (3.4)	12-17	35(76.1)	8(17.4)	3(6.5)
	Total	92(84.4)	12(11.0)	5 (4.6)	Total	90(84.1)	12(11.2)	5(4.7)
Problemas sociales	H	39(78.0)	6(12.0)	5(10.0)	6-11	48(80.0)	3(5.0)	9(15.0)
	M	43(74.1)	5(8.6)	10(17.2)	12-17	32(69.6)	8(17.4)	6(13.0)
	Total	82(75.9)	11(10.2)	15(13.9)	Total	80(75.5)	11(10.4)	15(14.2)
Problemas pensamiento	H	44(88.0)	1 (2.0)	5 (10.0)	6-11	57(93.4)	1(1.6)	3(4.9)
	M	54(91.5)	1 (1.7)	4 (6.8)	12-17	39(84.8)	1(2.2)	6(13.0)
	Total	98(89.9)	2 (1.8)	9 (8.3)	Total	96(89.7)	2(1.9)	9(8.4)
Problemas atención	H	41(83.7)	6(12.2)	2 (4.1)	6-11	47(78.3)	7(11.7)	6(10.0)
	M	45(76.3)	6(10.2)	8 (13.6)	12-17	37(80.4)	5(10.9)	4(8.7)
	Total	86(79.6)	12(11.1)	10 (9.3)	Total	84(79.2)	12(11.3)	10(9.4)

ACOGIMIENTO EN FAMILIA EXTENSA: PERFIL PSICOSOCIAL DE LAS FAMILIAS Y DE LOS MENORES ACOGIDOS.

Romper normas	H	42(85.7)	3 (6.1)	4(8.2)	6-11	49(80.3)	9(14.8)	3(4.9)
	M	47(79.7)	12(20.3)	0(0.0)	12-17	38(84.4)	6(13.3)	1(2.2)
	Total	89(82.4)	15(13.9)	4(3.7)	Total	87(82.1)	15(14.2)	4(3.8)
Conducta agresiva	H	35(70.0)	10(20.0)	5(10.0)	6-11	41(67.2)	10(16.4)	10(16.4)
	M	45(76.3)	4(6.8)	10(16.9)	12-17	37(80.4)	4(8.7)	5(10.9)
	Total	80(73.4)	14(12.8)	15(13.8)	Total	78(72.9)	14(13.1)	15(14.0)
Factor Interiorización	H	35(70.0)	5 (10.0)	10(20.0)	6-11	43(70.5)	10(16.4)	8(13.1)
	M	33(55.9)	13(22.0)	13(22.0)	12-17	23(50.0)	8(17.4)	15(32.6)
	Total	68(62.4)	15(16.5)	23(21.1)	Total	66(61.7)	18(16.8)	23(21.5)
Factor Exteriorización	H	29(58.0)	9 (18.0)	12(24.0)	6-11	31(50.8)	10(16.4)	20(32.8)
	M	35(59.3)	7 (11.9)	17(28.8)	12-17	31(67.4)	6(13.0)	9(19.6)
	Total	64(58.7)	16(14.7)	29(26.6)	Total	62(57.9)	16(15.0)	29(27.1)
Puntuación total problemas	H	25(52.1)	7 (14.6)	16(33.3)	6-11	31(52.5)	11(18.6)	17(28.8)
	M	26(45.6)	13(22.8)	18(31.6)	12-17	18(40.9)	9(20.5)	17(38.6)
	Total	51(48.6)	20(19.0)	34(32.4)	Total	49(47.6)	20(19.4)	34(33.0)

3.4 Relación entre edad y género y su interacción con respecto a los síndromes del CBCL

Los análisis multivariados efectuados muestran diferencias estadísticamente significativas en función de la edad [Traza de Pillai= .316; $F(9, 91)=4.669$; $p = .000$; $\eta^2 = .316$], no habiendo diferencias en función del género [Traza de Pillai= .120; $F(9, 91)=1.385$; $p = .207$; $\eta^2 = .120$] ni en la interacción edad y género [Traza de Pillai= .056; $F(9, 91)=.601$; $p = .793$; $\eta^2 = .056$].

Con respecto a los síndromes del CBCL (ver tabla 6), el ANOVA de continuidad respecto a la edad indica que los síndromes que presentan diferencias estadísticamente significativas son Retraimiento y depresión con puntuaciones medias mayores en el grupo de 12 a 17 años ($M=4.30$, $DT= 3.651$) frente al grupo de 6 a 11 años ($M=2.02$; $DT=2.338$), en Quejas somáticas, de nuevo con puntuaciones medias mayores en el grupo de 12 a 17 años ($M=3.09$; $DT=3.018$) frente al grupo de 6 a 11 años ($M=1.54$; $DT=2.028$), en Problemas de atención con puntuaciones medias mayores en el grupo de 12 a 17 años ($M=6.93$; $DT=4.043$) frente al grupo de 6 a 11 años ($M=5.14$; $DT=4.045$) y en Problemas internalizados con una puntuación media mayor en el grupo de 12 a 17

años ($M=12.64$; $DT=9.450$) frente al grupo de 6 a 11 años ($M=7.64$; $DT=5.677$). Salvo para el síndrome retraimiento depresión con un tamaño del efecto medio, en el resto de los síndromes que resultaron ser estadísticamente significativos los tamaños del efecto fueron bajos. En el resto de síndromes no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 6

Diferencias en función de la edad en los síndromes del CBCL.

Síndromes CBCL	F _(1, 102)	P	η^2
Ansiedad depresión	2.664	.106	.026
Retraimiento depresión	14.771	.000	.130
Quejas somáticas	9.625	.003	.089
Problemas sociales	.035	.851	.000
Problemas de pensamiento	3.275	.073	.032
Problemas de atención	4.979	.028	.048
Romper normas	2.520	.116	.025
Conducta agresiva	.122	.728	.001
Otros problemas	.013	.911	.000
Internalizados	11.327	.001	.103
Externalizados	.126	.723	.001
Total problemas	2.754	.100	.027

3.5. Relación entre variables familiares y el nivel de riesgo en problemas total, internalizantes y externalizantes.

Con respecto a los ítems relacionados con los estilos educativos se observa una relación positiva entre problemas totales y punición, al igual que en los ítems que evalúan un estilo asertivo, lo cual puede estar relacionado por los acogedores clasificados como falsos asertivos.

La relación entre el estrés de los acogedores y los problemas del menor es positiva y significativa ($p < .01$) en todos los casos, tanto si se trata de problemas interiorizados, de problemas exteriorizados como en el total de problemas.

Atendiendo al Clima familiar, se puede observar una relación positiva y significativa entre los problemas externalizados y el total de problemas con la variable conflictos. Mientras cohesión y expresividad no muestran diferencias significativas.

Respecto a los apoyos con que cuenta la familia, existe una relación negativa y significativa entre el apoyo emocional y los problemas internalizados y el total de problemas. Algo similar sucede con el apoyo afectivo y la presencia de problemas internalizados. Todos estos datos se pueden consultar en la tabla 7.

Tabla 7

Relaciones entre Características familiares y Problemas Interiorizados, Exteriorizados y Total de problemas del menor.

Variables familiares	Factores	Internalizados	Externalizados	Total problemas
Estilos educativos	Sobreprotector	-.055	-.013	-.048
	Inhibicionista	.067	.155	.113
	Punitivo	.194	.210	.247*
	Asertivo	.171	.266*	.280*
Estrés familiar	Malestar personal	.364**	.356**	.394**
	Estrés en el cuidado	.348**	.524**	.528**
	Estrés total	.397**	.519**	.538**
Apoyo Social	Apoyo emocional	-.294**	-.159	-.259*
	Apoyo afectivo	-.314**	-.047	-.213
	Apoyo instrumental	-.186	-.084	-.187
Clima Familiar	Cohesión	-.120	-.023	-.069
	Expresividad	-.107	-.138	-.088
	Conflicto	.124	.252**	.198*

* $p < .05$ ** $p < .01$

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Se puede observar que los acogimientos en familia extensa se caracterizan por su larga duración, ya que en tres cuartas partes de los casos, la duración media es superior a tres años, duración que se maximiza si se tiene en cuenta su corta edad. El periodo es importante teniendo en cuenta la el impacto de los primeros años de vida en el desarrollo de los menores y en la intensidad de los vínculos que se establecen. Resultados que son similares a los hallados en otras investigaciones (Molero et al. 2007; Viedma, Mínguez, Santaló y Martín, 2016).

El desencadenante del acogimiento más frecuente es la dejación de funciones parentales -negligencia y el abandono-, por lo que procede dar prioridad a la formación de los padres biológicos en estilos educativos, fomentando un estilo con afecto, autoridad y límites claros, como medio de facilitar la reunificación familiar y así poder acortar con garantías la duración del acogimiento. La necesidad de intervenir con las familias biológica es una demanda constante de las investigación en cualquier tipo de acogimiento (Bravo y Del Valle, 2009; Domínguez, 2012), más si se tiene en cuenta que el acogimiento es una medida de protección de carácter temporal.

Se confirma la hipótesis de funcionalidad de las familias acogedoras, teniendo en cuenta la baja conflictividad, la alta cohesión y expresividad y unos niveles de estrés dentro de la normalidad planteados por Abidin (1995); resultados similares a los obtenidos en otros estudios (Carrera, Jiménez-Morago, Román y León, 2016; Jiménez, Mata et al. 2013; Jiménez y Zavala, 2011). Existe una red social amplia con altos niveles de apoyo si se tiene en cuenta las puntuaciones aportadas por López et al. (2000), lo cual se relaciona con una mayor resiliencia en estas familias (Fuentes-Peláez, Balsells, Fernández, Vaquero y Amorós, 2016). Mientras que con respecto a los estilos educativos estos son asertivos y sobreprotectores principalmente. Si bien la sobreprotección en términos generales ha sido considerada un factor de riesgo (García-Bermejo, 2020), habría que analizar en cada caso su adecuación, teniendo en cuenta las carencias de los menores y la edad de estos.

El perfil del acogedor no presenta problemas importantes con respecto a su salud, el estilo de apego más frecuente es el apego seguro, aunque el porcentaje de inseguros alcanza casi el cuarenta por cien de los casos. En este sentido, dada la importancia de los vínculos afectivos sería conveniente una valoración mediante técnicas de observación directa (Román, 2011), pues aunque es más laboriosa resulta más válida y contextualizada.

Por otro lado, a pesar de una adecuada funcionalidad familiar se confirma la tercera hipótesis del estudio, al encontrar relación entre los indicadores de disfuncionalidad de la familia y los problemas psicosociales de los menores. En concreto se observan correlaciones significativas y positivas: a) entre conflictividad familiar y problemas externalizados y total de problemas infantiles, b) entre falta de apoyo familiar -en emocional y afectivo- y problemas interiorizados y externalizados, c) entre un estilo educativo punitivo y problemas en los menores, y d) entre estrés familiar y problemas de los menores. Es en este último caso donde las relaciones son mayores y se producen con todos los factores de la dimensión estrés familiar, por lo que resulta

necesario aplicar intervenciones de carácter más especializadas con vistas a disminuir tanto la presencia de problemas como los niveles de estrés.

Respecto al perfil del menor se observa un porcentaje preocupante de menores con rendimiento escolar deficiente. Su condición física y mental, globalmente considerada, presenta problemas entorno al nueve y diez por cien de casos respectivamente. Los problemas psicológicos internalizados y externalizados, así como los síndromes y diagnósticos clínicos a ellos asociados, muestran resultados preocupantes que hacen necesaria una intervención psicológica especializada, puesto que no llega al 50% el número de menores clasificados en un rango normal, confirmándose con ello la segunda hipótesis si se tiene en cuenta que un 32% aproximadamente de los menores se encuentran clasificados dentro del rango clínico, siendo mayor el número de casos en el grupo de más de 11 años.

Analizando la distribución de los problemas encontrados vemos que: a) los problemas exteriorizados son ligeramente más frecuentes que los problemas interiorizados si se tiene en consideración el número de sujetos en el rango clínico, con una mayor presencia de mujeres en ambos factores, resultados similares a los encontrados por Fernández, Del Valle, Fuentes, Bernedo y Bravo (2011), b) los problemas interiorizados son más frecuentes entre los acogidos de más de 11 años y los problemas exteriorizados en los menores entre 6 y 11 años, aunque queda por aclarar en cada caso si se trata de problemas nuevos o de problemas latentes derivados de etapas anteriores. No aparecen diferencias en función del sexo en los síndromes del CBCL, si bien la edad tiene un papel relevante en el nivel de afectación. En concreto son los niños y niñas entre 12 y 17 años los que presentan mayores problemas en retraimiento y depresión, quejas somáticas, problemas atencionales y problemas interiorizados.

Las orientaciones para la intervención que se derivan del presente trabajo requieren de la coordinación entre las Entidades de Seguimiento, los Servicios Sociales Autonómicos y Municipales, y las áreas de Salud y Educación. Además, se requiere de intervenciones específicas de cara a mejorar la salud de los menores en acogimiento en familia extensa, como por ejemplo la elaboración adecuada de su historia de vida como una forma de construir la identidad del niño y aumentar su resiliencia (García-Bermejo, 2017) considerando este tipo de intervención como un factor protector en el bienestar del menor acogido (García-Bermejo, 2020).

En suma, a la vista de los resultados se plantea la necesidad de recabar información mediante estudios longitudinales que permitan conocer la evolución en el tiempo de la funcionalidad de las familias como los perfiles y problemas de los menores. Este enfoque permitirá establecer relaciones causales entre ambos grupos de variables, valorar la evolución de los problemas psicológicos en los acogidos y ver la eficacia de las intervenciones especializadas en comparación con casos similares sin tratamiento, además de identificar posibles desbordamientos asociados a variables familiares o de salud que puedan comprometer la continuidad y la calidad del acogimiento. Otras líneas de investigación han valorado el impacto que tiene el tipo de apego de los acogedores, especialmente aquellos no seguros, sobre el desarrollo del menor, especialmente en aquellos casos en los que el acogimiento se formaliza en niños de corta edad.

Entre las limitaciones que presenta el estudio cabe mencionar por un lado el tamaño y la procedencia de la muestra, no pudiéndose generalizar los resultados al no contar con muestras representativas a nivel nacional. Por otro lado, la información puede estar sesgada al ser recabada únicamente de los acogedores, no teniéndose en cuenta a otros informantes, como los técnicos de seguimiento de cada caso o a los propios menores.

FINANCIACIÓN

Estudio subvencionado por la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas de la Comunidad Valenciana.

Bibliografía

- Abidin, R.R. (1995). *Parenting Stress Index (PSI) manual (3rd ed.)*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Alcorizo, F. (2012). El bienestar del menor acogido en familia extensa. Un estudio de casos sobre la influencia de las visitas de los padres biológicos durante el acogimiento. En *Quadern de Ciències Socials*, 23, 7-31.
- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. En *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- Alonso-Arbiol, I. (2000). Atxikimendu insegurua eta genero rolak pertsonarteko mendekotasunaren korrelatu gisa. Recuperado el 15 de diciembre de 2019, de http://www.euskara.euskadi.net/appcont/tesisDoctoral/PDFak/ltziar_alonso_TESIS.pdf
- Amorós, P. y Palacios, J. (2004). *Acogimiento familiar*. Madrid: Alianza Ensayo.
- Bartholomew, K. y Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. En *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bernedo, I.M. y Fuentes, M.J. (2010). Necesidades de apoyo y satisfacción en los acogimientos en familia extensa. En *Anales de Psicología*, 26(1), 95-103.
- Bray, J. H., & Maxwell, S. E. (1982). Analyzing and interpreting significant MANOVAs. En *Review of Educational Research*, 52, 340-367. <https://doi.org/10.3102/00346543052003340>

- Carrera, P., Jiménez-Morago, J.M., Román, M. y León, E. (2016). La investigación en acogimiento familiar: de la descripción a los procesos de adaptación y desarrollo. En *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental*, 34(2-3), 291-300.
- Cohen, J. (1992). A power primer. En *Psychological Bulletin*, 112, 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Del Valle, J.F., Álvarez, E. y Bravo, A. (2002). Acogimiento en familia extensa. Perfil descriptivo y evaluación de necesidades en una muestra del Principado de Asturias. En *Bienestar y Protección Infantil*, 1(1), 34-56.
- Del Valle, J.F. y Montserrat, C. (2008). *El acogimiento familiar en España. Una evaluación de resultados*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Del Valle, J.F., Bravo, A. y López, M. (2009). El acogimiento familiar en España: Implantación y retos actuales. En *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 33-41
- Díaz-Herrero, A., Brito de la Nuez, A.G., López-Pina, J.A., Pérez-López, J. y Martínez-Fuentes, M^a.T. (2010). Estructura factorial y consistencia interna de la versión española del Parenting Stress Index-Short Form. En *Psicothema*, 22(4), 1033-1038.
- Domínguez, F.J. (2012). ¿Hacia dónde va el acogimiento residencial? En *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 141-150.
- Fernández, M., Del Valle, J.F., Fuentes, M.J., Bernedo, I.M. y Bravo, A. (2011). Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa. En *Psicothema*, 23(1), 1-6.
- Fuentes-Peláez, N., Balsells, A., Fernández, J., Vaquero, E. y Amorós, P. (2016). The social support in kinship foster care: a way to enhance resilience. En *Child & Family Social Work*, 21, 581-590. <https://doi.org/10.1111/CFS.12182>
- García-Bermejo, T. (2017). Fundamentos y estrategias socioeducativas en la elaboración de la historia de vida en el acogimiento en familia extensa. En *Teoría de la Educación*, 29(2), 145-165. <http://dx.doi.org/10.14201/teoredu292145165>
- García-Bermejo, T. (2019). Los acogimientos en familia extensa en Madrid: análisis del perfil familiar y propuestas de intervención. En *Psicología Educativa*, 25(1), 67-75. <https://doi.org/10.5093/psed2018a22>
- García-Bermejo, T. (2020). Reflexión teórica para la orientación psicopedagógica en los acogimientos en familia extensa. En *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 31(2), 19-28. <https://doi.org/10.5944/reop.vol.31.num.2.2020.27983>

- Griffin, D.W. y Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of and adult attachment. En *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(3), 430-445. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.67.3.430>
- Jiménez, J.M., Martínez, R., Muñoz, A. y León, E. (2013) Communication about placement and family functioning in kinship foster families. En *Cultura y Educación*, 25(2), 229-240. <https://doi.org/10.1174/113564013806631264>
- Jiménez, J.M., Mata, E., León, E. y Muñoz, A. (2013). Parental stress and children adjustment in kinship foster families. En *Spanish Journal of Psychology*, 16, e39, 1-10. <https://doi.org/10.1017/sjp.2013.41>
- Jiménez, J.M. y Zavala, M^a.I. (2011). Estrés parental y apoyo social en familias extensas acogedoras chilenas y españolas. En *Infancia y Aprendizaje*, 34(4), 495-506. <https://doi.org/10.1174/021037011797898458>
- López, F.M., Cuenca, M., Viciano, D., Rodríguez, M^a.I., Martín, E.M., Acosta, M. y Odriozola, G. (2000). Evaluación psicosocial de los ancianos de una zona básica de salud. En *Semergen*, 26(8), 387-392. [https://doi.org/10.1016/s1138-3593\(00\)73618-5](https://doi.org/10.1016/s1138-3593(00)73618-5)
- Llosada-Gistau, J. y Casas, F. (2017). ¿Cómo influye el sistema de protección en el bienestar subjetivo de los adolescentes que acoge? En *Sociedad e Infancias*, 1, 261-282 <https://doi.org/10.5209/SOCI.55830>
- Magaz, A. y García, E.M. (2011). *PEE, Perfil de Estilos Educativos (actualización 2011). Manual de referencia*. Bizkaia: Grupo Albor-Cohs.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018). *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia*. Boletín número 20. Datos 2017. Recuperado el 3 de diciembre de 2019, de http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/productos/pdf/Boletin_20_DEFINITIVO.pdf
- Molero, R.J., Moral, M.J., Albiñana, P., Sabater, Y. y Sospedra, R. (2007). Situación de los acogimientos en familia extensa en la ciudad de Valencia. En *Anales de Psicología*, 23(2), 193-200.
- Montserrat, C. (2006). Acogimiento en familia extensa: un estudio desde la perspectiva de los acogedores, de los niños y niñas acogidos y de los profesionales que intervienen. En *Intervención Psicosocial*, 15(2), 203-221. <https://doi.org/10.4321/S1132-05592006000200006>
- Moos, R.H., Moos, B.S. y Trickett, E.J. (1995). *Escalas de Clima Social: Familia (FES), Trabajo (WES), Instituciones Penitenciarias (CIES), Centro Escolar (CES)*. California, USA: TEA.

- Moreno-Manso, J.M., Serrano-Serrano, J., Galán-Rodríguez, A. y García-Baamonde, M.E. (2015). Psychopathology in children and expression of affection in couple relationships. En *Clínica Contemporánea*, 6(1), 3-12. <https://doi.org/10.5093/cc2015a1>
- Román, M. (2011). Metodologías para la evaluación del apego infantil: de la observación de conductas a la exploración de las representaciones mentales. En *Acción Psicológica*, 8(2), 27-38. <https://doi.org/10.5944/ap.8.2.188>
- Rosser, A.M. (2011). Evolución de los acogimientos familiares. Propuesta de actuaciones para la prevención de sus dificultades. En *Anales de Psicología*, 27(3), 729-738.
- Sardinero, E., Pedreira, J. y Muñiz, J. (1997). El cuestionario CBCL de Achenbach: Adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas. En *Clínica y Salud*, 8(3), 447-480.
- Seisdedos, N., de la Cruz, M^a.V. y Cordero, A. (1995). *Adaptación española de las escalas FES, WES y CIES*. Madrid: TEA Ediciones.
- Sherbourne, C.C. y Stewart, A.L. (1991). The MOS social support survey. En *Social Science & Medicine*, 32(6), 705-714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Tabachnick, B.G. y Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5a ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Tarren-Sweeney, M. y Goemans, A. (2019). A narrative review of stability and change in the mental health of children who grow up in family-based out-of-home care. En *Developmental Child Welfare*, 1, 273-294. <https://doi.org/10.1177/2516103219874810>
- Viedma, I., Mínguez, 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. En *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental*, 34(2-3), 281-290.
- Vis, S. A., Handegård, B.H., 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. En *Child and Family Social Work*, 21, 557-567. <https://doi.org/10.1111/cfs.12180>
- Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M. y Gandek, B. (1993). *SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide*. Boston, Massachusetts: The Health Institute, New England Medical Center.

- Xu, Y. y Bright, C. (2018). Children's mental health and its predictors in kinship and non-kinship foster care: A systematic review. En *Children and Youth Services Review*, 89, 243-262. <https://doi.org/10.1016/J.CHILDYOUTH.2018.05.001>
- Yáñez, S., Alonso-Arbiol, I., Plazaola, M. y Sainz, L.M. (2001). Apego en adultos y percepción de los otros. En *Anales de Psicología*, 17(2),159-170.