

INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN UN MUNDO EN CRISIS Y CAMBIO

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y PSICOPATOLÓGICO DE
LOS MENORES ACOGIDOS EN VALENCIA****Paula Sabater Pavía**

Licenciada en Psicología- Becaria del proyecto CSSMI2011-016
Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. Universitat de València.
Avda. Blasco Ibáñez 21, 46010-Valencia. 963 983 157 psabaterp@gmail.com

M^a Dolores Gil Llarío

Profesora Titular Universidad.
Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. Universitat de València.
Avda. Blasco Ibáñez 21, 46010-Valencia. 963 983 157 Dolores.Gil@uv.es

Rosa Molero Mañes

Profesora Asociada Universidad.
Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación. Facultad de Psicología. Universitat de València.
Avda. Blasco Ibáñez 21, 46010-Valencia. 963 540 129 Rosa.Molero@uv.es

Rafael Ballester Arnal

Profesor Titular Universidad.
Dpto. de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Universitat Jaume I de Castelló.
Avda. Sos Baynat s/n, 12071, Castellón. 964 729 726 Rballest@psb.uji.es

*Fecha de recepción: 3 de enero de 2012**Fecha de admisión: 15 de marzo de 2012***RESUMEN**

La separación de un menor de su familia biológica es la mejor opción en casos de abuso, negligencia o maltrato pero este recurso puede suponer en sí mismo un nuevo estresor capaz de provocar desajustes en diferentes áreas. El objetivo de este estudio es ver cómo afecta esta situación a los menores para lo cual hemos analizado detalladamente sus características sociodemográficas y psicopatológicas especialmente la ansiedad, depresión y estrés social. En el estudio han participado 116 menores de Valencia de edades comprendidas entre dos semanas y 18 años acogidos por familias educadoras. Los resultados, estructurados en tres niveles de edad, muestran que el acogimiento, aunque surge como una medida preventiva y temporal cuyo fin es el retorno con la familia biológica, se acaba cronificando. Además, el menor no se estabiliza en una familia, sino que se producen ceses y muchos pasan por residencias. Los tutores consideran niveles más altos de patología en los menores de 12 años que los padres. Sin embargo, entre los de 13 a 18, esta tendencia se invierte y son los padres los que reportan niveles más altos de patología, tanto para la depresión como para la ansiedad.

Palabras clave: menores acogidos, ansiedad, depresión, adaptación



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y PSICOPATOLÓGICO DE LOS MENORES ACOGIDOS EN VALENCIA

ABSTRACT

Removing a child from the biological family is the best option in cases of abuse, neglect or mistreatment, but this resource can be a new stressor, because of its possibility to cause imbalances in different areas. The aim of this study is to value how this situation impacts the children. In order to achieve our aim, we have carefully analyzed children's sociodemographic and psychopathological characteristics, especially anxiety, depression and social stress. The study involved 116 children from Valencia, aged between two weeks and 18 years old received by foster families. Results, structured into three age levels, show that the foster care, although emerges as a temporary and preventive measure with the aim to return to the biological family, becomes as permanent. In addition, the child does not stabilize in a family and many of them are moved to a care-residency. Tutors consider higher levels of pathology in children under 12 years old than parents. However, between 13 and 18, this trend is reversed and the parents are who report higher levels of pathology, for both depression and anxiety.

Key words: Foster children, anxiety, depression, adaptation

INTRODUCCIÓN

El acogimiento familiar es un recurso para menores en situación de desamparo, negligencia o maltrato. Aunque se trata de un recurso que pretende minimizar las consecuencias de la situación vivida en sus familias biológicas, el hecho de abandonar la única realidad conocida tiene sus repercusiones en su desarrollo biopsicosocial, pudiendo provocar desajustes en diversas áreas.

El establecimiento de un vínculo familiar seguro es el fundamento para el desarrollo saludable de la persona. La familia desempeña, de esta forma, un rol principal en el ajuste psicosocial del menor (Carreras, 2004; Arruabarrena, 2009). Moreno plantea que, si tenemos en cuenta que los aspectos fundamentales para el desarrollo de un niño son los de carácter físico-biológicos, cognitivos, emocionales y sociales, un niño privado de afecto o con un afecto distorsionado tendrá gravemente dañadas las diferentes áreas del desarrollo (Moreno et al., 2010).

Pero esa misma familia es la que puede suponer el mayor riesgo para el bienestar del niño o adolescente, produciéndose en ella la mayoría de casos de abuso, maltrato y negligencia que se dan entre menores. En estos últimos casos, lo más adecuado puede ser separar al menor de su familia, pero no podemos olvidar que, aunque sea lo más beneficioso dadas las circunstancias, esta separación de la familia biológica tiene efectos colaterales sobre el menor, que puede desarrollar distintas patologías. Según Garland, los niños en acogimiento familiar tienen un alto riesgo de desarrollar problemas conductuales y emocionales (Garland et al., 2001; Landsverk, Garland & Leslie, 2002).

Además, los cambios en el contexto familiar no siempre logran resolver los problemas causados por el maltrato en el núcleo familiar de origen. Uno de los principales problemas es la baja autoestima, variable fuertemente relacionada con la depresión, el fracaso escolar, la baja tolerancia a la frustración y la dificultad para establecer relaciones sociales correctas, entre otras (Montt y Ulloa, 1996). Además, depresión y agresión correlacionan positivamente y de forma negativa con la capacidad para empatizar con otras personas (Quintana, Montgomery y Malaver, 2009), aspecto que está a la base del establecimiento de vínculos necesario para lograr la resiliencia.

En esta línea, Gil y Molero (2010) resaltan que el acogimiento en sí proporciona protección al menor pero, al mismo tiempo, lo aleja de su familia biológica; por lo que adquiere su verdadero sentido cuando se integra dentro de un proyecto más amplio, planteándolo como una medida provisional cuyo objetivo final es el retorno a la familia de origen tras la recuperación de su incapacidad tem-



INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN UN MUNDO EN CRISIS Y CAMBIO

poral. Sin embargo, no todos los menores que están en este recurso se ven afectados de igual manera. Aceptando que comparten unas circunstancias especiales comunes, hay una serie de variables que podrían estar influyendo en su adaptación a la nueva familia educadora y en su desarrollo emocional y personal, como son el número de medidas provisionales por las que han pasado, el haber estado en residencias o únicamente en familias de acogida, la edad con la que fueron extraídos del núcleo familiar, la convivencia con los hermanos en la nueva medida, la frecuencia y calidad de las visitas con los progenitores, etc. Todos estos factores facilitarán o entorpecerán el ajuste emocional del menor, pudiendo predisponer la aparición de patologías si hay varios agentes adversos concomitantes.

MÉTODO

Objetivo

El objetivo de este estudio es realizar una caracterización sociopersonal y psicopatológica de los menores que viven en régimen de acogimiento en familia educadora en Valencia y ver en qué grado les afecta esta situación a nivel emocional analizando específicamente el grado de ansiedad, depresión y estrés social que experimentan.

Este estudio se sitúa dentro de un proyecto más amplio que persigue identificar las claves de la integración de los menores en las nuevas familias para poder reducir el número de emplazamientos a los que es derivado el menor, favoreciendo la estabilidad de este proceso.

Participantes

En este estudio han participado 116 menores (59.5% chicos y 40.5% chicas), de edades comprendidas entre dos semanas y 18 años, con una media de 8 años de edad, siendo en su mayoría de nacionalidad española (85.3%). Un 77.4% de ellos tienen algún hermano, dentro o fuera del sistema de protección. Algunos tienen necesidad de terapia para facilitar el proceso; concretamente, un 20.2% sigue ahora mismo algún tipo de tratamiento psicológico. Por otro lado, un 10.6% tiene algún tipo de minusvalía reconocida o en trámite. En la Tabla 1 vemos los menores distribuidos por sexo y grupo de edad.

Tabla 1. Distribución de la muestra en función del género y la edad

	0-2 años	3-7 años	8-12 años	13-18 años	Total
Hombre	7	24	27	11	69
Mujer	3	19	16	9	47

Instrumento y procedimiento

El protocolo de recogida de información consta de dos partes: una contiene datos relativos a la situación del menor y la otra recoge sus características psicológicas a partir del *Sistema de Evaluación de la conducta de niños y adolescentes* (BASC). Este proceso se llevó a cabo por las técnicas encargadas del seguimiento de las familias acogedoras a través de EMAFI.

La primera parte incluye 17 preguntas cerradas de diversos tipos que recogen información relativa a la edad, sexo, nacionalidad, número de hermanos, existencia de minusvalía, asistencia a terapia, la situación inicial y actual del menor (tutela o guarda) y el número de acogimientos. Seguidamente, se analiza la medida actual y las anteriores (objetivo del plan de protección, tipo de acogimiento, etc.) así como la temporalidad del acogimiento y si está acogido junto a algún herma-



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y PSICOPATOLÓGICO DE LOS MENORES ACOGIDOS EN VALENCIA

no. Cuando ha habido acogimientos anteriores, se recoge información en relación al motivo del cese (si fueron ceses previstos o debidos a ruptura a petición de la Administración, de la familia acogedora o del menor). También se recoge información relativa a las visitas con la familia biológica (frecuencia, duración, si precisa control por técnicos, familiar con quien se ve, etc.). Y, por último, se valora la integración del menor en la nueva familia desde tres puntos de vista: el de la familia educadora, el del técnico responsable del seguimiento y el del propio menor.

En segundo lugar se aplicó la escala BASC (Reynolds y Kamphaus, 1992). Este instrumento ofrece información relativa a varias dimensiones patológicas (Exteriorizar problemas, Interiorizar problemas, Problemas escolares, Desajuste clínico y Desajuste escolar) y dimensiones adaptativas (Habilidades adaptativas, Otras habilidades y Ajuste personal). Esta evaluación se realiza utilizando distintas fuentes de información (padres, tutores y el propio sujeto). En este estudio vamos a profundizar en los resultados obtenidos en las subescalas de Ansiedad, Depresión (valoradas ambas por padres, tutor y el propio sujeto), Estrés Social e Índice de Síntomas Emocionales (estos dos últimos presentes únicamente en el autoinforme).

El instrumento se aplica en tres niveles con distintas formas según los evaluadores: P1 y T1 para que padres y tutores respectivamente valoren a menores de entre 3 y 7 años; P2, T2 y S2 para padres, tutores y el propio menor de 8 a 12 años y P3, T3 y S3 para jóvenes de 13 a 18 años.

Los cuestionarios para padres y tutores (P y T) contienen descriptores de conductas con un formato de elección múltiple de cuatro alternativas que van desde “nunca” hasta “casi siempre”, mientras que el autoinforme de personalidad (S) es un inventario que consta de enunciados que han de ser contestados como “verdadero” y “falso”.

Se trata de un instrumento con una buena consistencia interna (entre 0.70 y 0.90) en todas sus escalas y una validez adecuada, ya que ofrece buenos índices de correlación con diversos instrumentos entre los que destaca 0.80 con CBCL (Achenbach, 1991) y 0.50 con Conners' Parent Rating Scale (Conners, 1989)

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico de la muestra

Como ya se ha comentado, un 60% aproximadamente son chicos y sus edades se extienden entre los 15 días y los 18 años. Un 10.6% tiene algún tipo de minusvalía oficialmente reconocida o en trámite, y un 20.2% recibe terapia. Un 77.4% tiene hermanos pero sólo el 35.2% de estos están acogidos juntos. El porcentaje de menores en régimen de tutela aumenta de un 84.5% en la situación inicial a un 94% en la actual.

En la tabla 2 se muestra el número de acogimientos que han experimentado los menores distribuido por niveles de edad. La media general es de 2 acogimientos. Cabe resaltar que hay 21 menores que están en su tercer hogar de acogida y 9 de ellos son menores de 7 años.

Tabla 2. Número de acogimientos por intervalos de edad

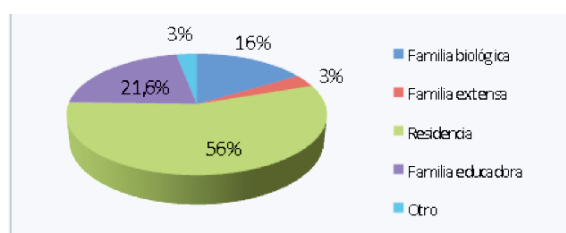
	nº acogimientos con actual				
	1	2	3	4	5
0-2 años	8	2	0	0	0
3-7 años	9	23	9	2	0
8-12 años	7	19	8	2	4
13-18 años	2	11	4	2	1
Total	26	55	21	6	5



INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN UN MUNDO EN CRISIS Y CAMBIO

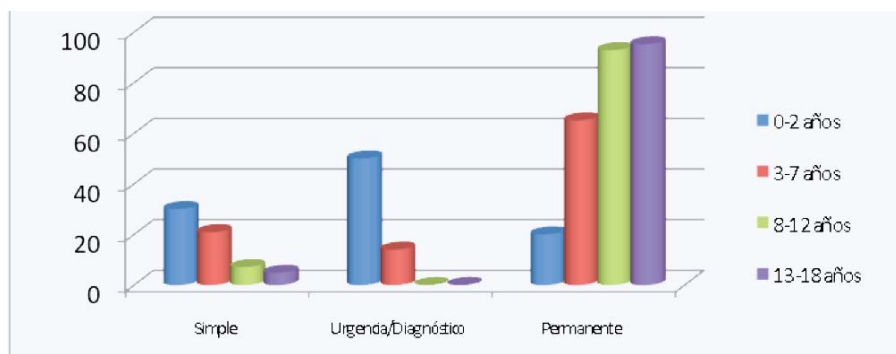
Como puede observarse en el gráfico 1, la mayoría de los menores que forman parte de nuestro estudio llega al acogimiento familiar actual procedente de una residencia. Si sumamos a los que vienen de otra familia educadora, tenemos que un 77.6% de los menores ha pasado, al menos, por una medida de acogimiento anterior. Sólo un 3.4% procede de la familia extensa pero un 66.4% de los menores ha pasado alguna vez por una residencia, frente al 33.6% restante que únicamente ha estado en familias educadoras.

Gráfico 1. Procedencia de los menores



En el gráfico 2 podemos ver que, conforme aumenta la edad de los menores, el porcentaje de ellos que está en acogimiento permanente también se incrementa.

Gráfico 2. Tipo de acogimiento por intervalo de edad.



Un 67% de los menores tiene visitas con su familia biológica. La mayoría (64.9%) son mensuales y la duración predominante es de varias horas, sin llegar a 4 (77.9%). Para un 79.2%, las visitas se realizan de forma regular. Respecto al cumplimiento de las visitas, las familias acogedoras cumplen más que las biológicas (un 84.4% acude siempre a las visitas frente al 67.5% de las familias biológicas). El 53.2 % de los menores recibe mucha preparación para estos encuentros.

Respecto a la integración del menor en la familia acogedora, contábamos con tres valoraciones: una del técnico, otra de la familia y otra del menor. A partir de las tres hemos obtenido un indicador conjunto, según el cual para casi el 50% la integración ha sido total mientras que para un 15% ha sido moderada o poca.

Perfil psicopatológico de los menores

Las variables analizadas han sido depresión y ansiedad evaluadas por la familia educadora, el tutor del colegio y el propio menor a partir de los 8 años, así como el estrés social y un índice de

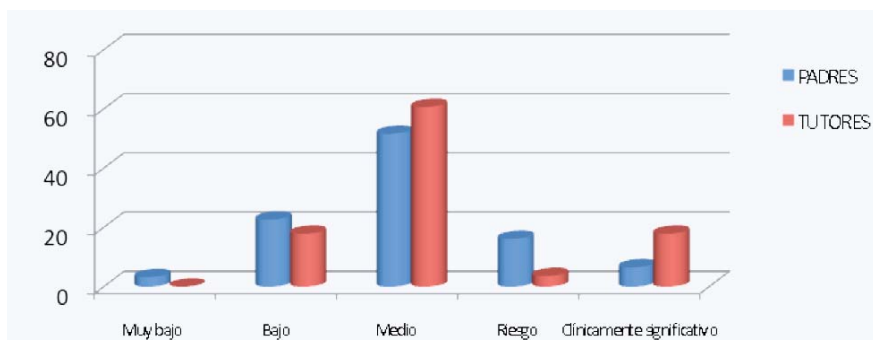


PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y PSICOPATOLÓGICO DE LOS MENORES ACOGIDOS EN VALENCIA

síntomas emocionales valorados únicamente por el menor. Presentamos los resultados según los tres niveles de edad que establece la BASC.

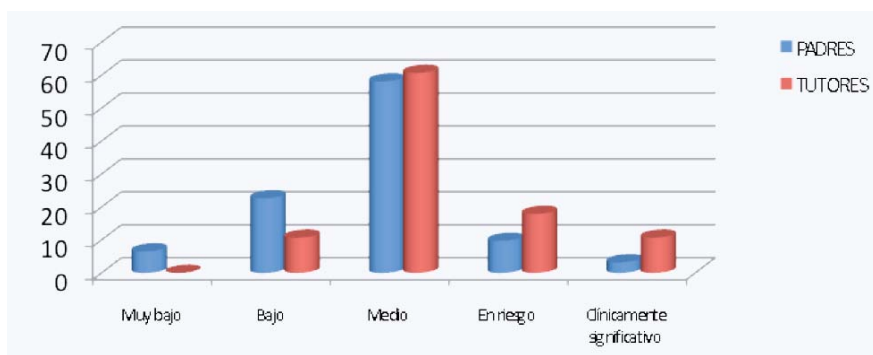
En los menores de 3 a 7 años (T1 y P1) el grado de riesgo percibido por la familia educadora respecto a la **depresión** es mayor que el percibido por los tutores (ver gráfico 3).

Gráfico 3. Depresión según padres y tutor. Menores 3-7 años



El 16.1% de los padres piensa que el menor está en situación de riesgo frente al 3.6% de los profesores. Sin embargo, cuando hablamos de niveles de depresión clínicamente significativos, los porcentajes se invierten, siendo los profesores los que consideran que hay un mayor número de menores en esta situación (17.9%) y los padres los que valoran que sólo un 6.5% tiene esos niveles de depresión. En cuanto a la **ansiedad**, sin embargo (ver gráfico 4), los profesores valoran en mayor medida que los padres que los menores están en riesgo o con valores clínicamente significativos.

Gráfico 4. Ansiedad según padres y tutor. Menores 3-7 años

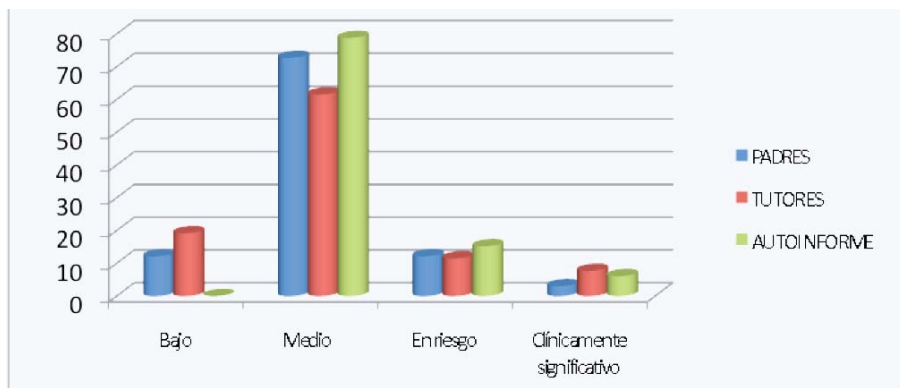


Por lo que se refiere al rango de edad de 8 a 12 años (T2, P2 y S2) desde ninguna de las tres perspectivas se considera la existencia de niveles muy bajos de **depresión** (ver gráfico 5), y en el autoinforme se empiezan a contabilizar casos a partir de valores medios, donde se sitúa una gran parte de los menores (78.8%). Un 15.2% se ve a sí mismo en situación de riesgo, similar a la percepción de los padres (12.1%) y a la de los tutores (11.5%). Estos últimos son los que consideran en mayor medida que su nivel de depresión es clínicamente significativo (7.7%), seguidos de los propios menores (6.1%) y, por último, de los padres (3%).



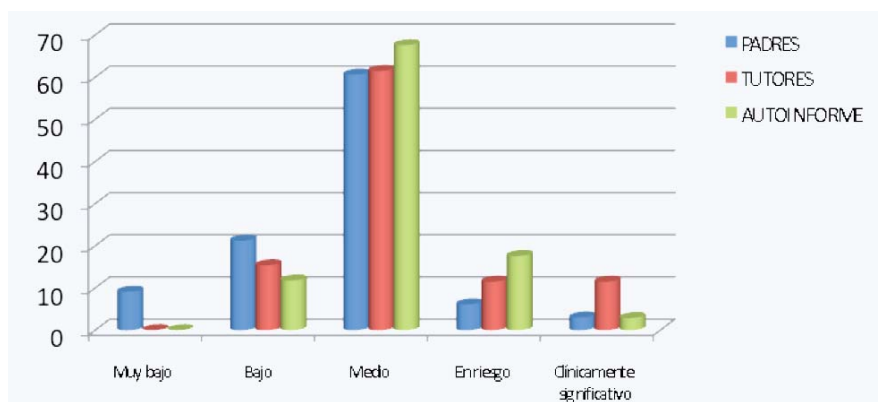
INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN UN MUNDO EN CRISIS Y CAMBIO

Gráfico 5. Depresión según padres, tutores y autoinforme. Menores 8-12 años



En **ansiedad** (ver gráfico 6), vemos que la tendencia general de los padres a valorar la patología de los niveles como muy bajos y bajos sigue presente; en cambio los profesores anulan el nivel más bajo y sitúan al mismo porcentaje de menores (un 11.5%) en los niveles de riesgo y clínicamente significativo (frente a un 9.1% que suman los dos niveles según la percepción de los padres). Por otro lado, los propios menores se perciben a sí mismos en su mayoría en niveles medios, un 17.6% en niveles críticos y sólo un 2.9% en niveles clínicamente significativos).

Gráfico 6. Ansiedad según padres, tutor y autoinforme. Menores 8-12 años



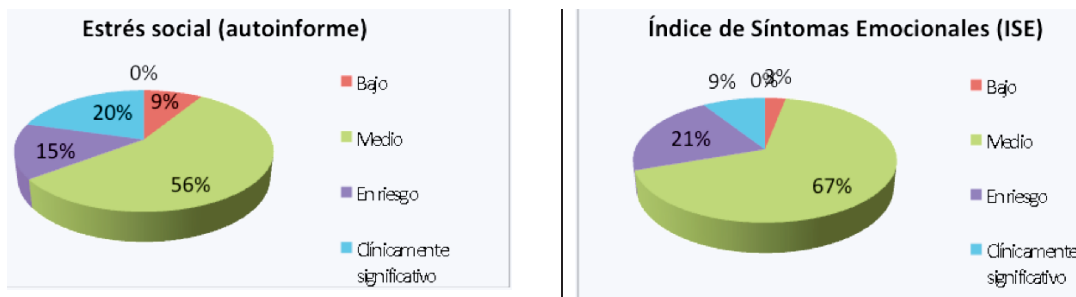
Por lo que respecta al **estrés social** percibido por los propios menores, un 8.8% piensa que tiene niveles bajos, un 14.7% se sitúa en situación de riesgo y un 20.6% en situación clínicamente significativa.

A partir de algunas subescalas del BASC (Ansiedad, Depresión, Sentido de incapacidad, Estrés Social, Relaciones interpersonales y Autoestima, todas ellas de autoinforme) se obtiene el **Índice de Síntomas emocionales (ISE)**. El 30.3% se ve a sí mismo en situación de riesgo o clínicamente significativa, frente al 3% que se sitúa por debajo de valores medios (ver gráfico 7).



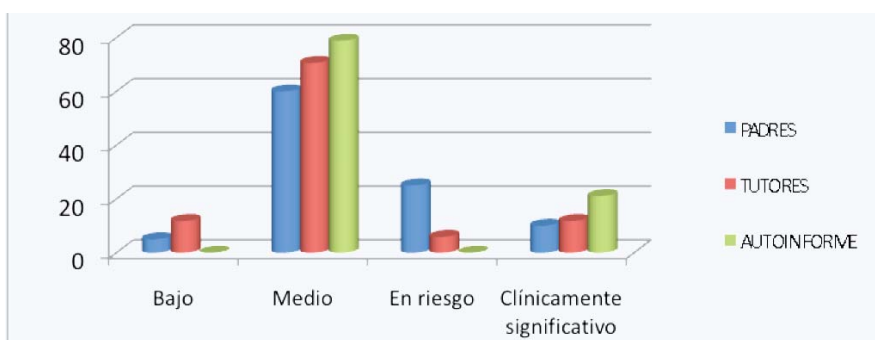
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y PSICOPATOLÓGICO DE LOS MENORES ACOGIDOS EN VALENCIA

Gráfico 7. Estrés social e índice de síntomas emocionales (autoinforme)



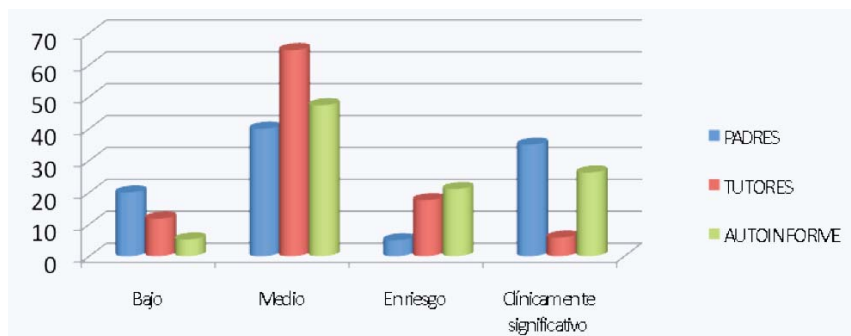
Los padres de menores de 13 a 18 años los sitúan en niveles más altos de **depresión** que en el grupo de edad anterior (35% frente al 15.1% anterior), superando por primera vez a las valoraciones de los profesores (17.7%). Un 78.9% de los menores se percibe a sí mismo con niveles medios de depresión y un 21.1% con niveles clínicamente significativos (ver gráfico 8).

Gráfico 8. Depresión según padres, tutor y autoinforme. Menores 13 a 18 años



En **ansiedad** también observamos valoraciones más altas por parte de los padres en los niveles de riesgo y clínicamente significativo (40% frente al 23.5% de los profesores). Estos porcentajes aumentan en los autoinformes: casi la mitad de los menores (47.4%) se considera a sí mismo con ansiedad en niveles de riesgo o clínicamente significativos, mientras que sólo un 5.3% dice tener niveles bajos (ver gráfico 9).

Gráfico 9. Ansiedad según padres, tutor y autoinforme. Menores 13 a 17 años



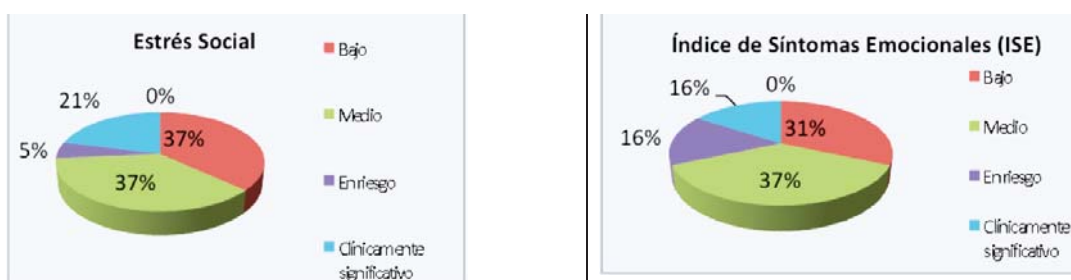


INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN UN MUNDO EN CRISIS Y CAMBIO

En la percepción de **estrés social** (ver gráfico 10), las puntuaciones difieren del anterior grupo de edad. Aunque el porcentaje de menores que se considera con niveles clínicos se mantiene alrededor del 20%, disminuyen los que se sienten en riesgo (de un 14.7% pasamos a un 5.3%), y aumentan considerablemente los que se perciben a sí mismos con bajos niveles de estrés (pasamos de un 8.8% a un 36.8%).

Con el **Índice de Síntomas Emocionales** también hay una tendencia a la baja, aunque los niveles se reparten de manera diferente. Disminuye ligeramente el porcentaje de menores que se sienten en riesgo, pero la cantidad menguante se suma a los niveles clínicos. Sin embargo, pasamos de un 3% a un 31.6% de menores que se sitúan en niveles bajos (ver gráfico 10).

Gráfico 10. Estrés social e índice de síntomas emocionales (autoinforme)



DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

La mayoría de menores estudiados ha pasado, al menos, por una medida anterior de acogimiento. Si sumamos a los que proceden de otra familia educadora o de una residencia, tenemos casi una cuarta parte del total. Un pequeño porcentaje procede de la familia extensa. Esto, aunque no implica un cambio tan drástico para el menor como una familia distinta o una residencia, no deja de ser una medida de protección anterior que, por algún motivo, ha fracasado. Por otro lado, hay un gran número de menores (dos terceras partes) que ha estado alguna vez viviendo en residencia.

También hemos visto que, conforme aumenta la edad de los menores, también aumenta el número de acogimientos permanentes, en detrimento de las medidas temporales. Esto es un indicador de que la medida inicial de acogimiento simple o de urgencia diagnóstico, aunque nazca con la idea de ser provisional y orientada al retorno con la familia biológica (Gil y Molero, 2010), en la práctica se alarga hasta convertirse en una medida indefinida y permanente. En esta misma línea, observamos que los años en el sistema de protección también crecen a la vez que el niño. Sin embargo, la mayoría mantiene contacto con su familia de origen, siendo el perfil de visitas predominante el de frecuencia mensual con una duración de menos de cuatro horas. Se da, de esta forma, una situación un tanto paradójica: los menores son extraídos de su núcleo familiar, como una medida provisional, e integrados en un nuevo núcleo familiar; este proceso, en ocasiones tiene éxito, pero otras veces no funciona y hace inevitable la reubicación en otra familia o en una residencia. El contacto con la familia biológica no se pierde del todo y el retorno como objetivo, por tanto, sigue presente aunque en la práctica no se llegue a producir salvo algunas excepciones. Todo esto puede provocar afectos distorsionados sobre el menor, dañando las diferentes áreas del desarrollo (Moreno et al., 2010).

Siguiendo la línea de Garland (2001) y Landsverk (2002), los niños en acogimiento familiar tienen un alto riesgo de desarrollar problemas conductuales y emocionales. Los resultados obtenidos con el BASC indican que los acogedores tienden a minimizar los niveles de patología respecto a los



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y PSICOPATOLÓGICO DE LOS MENORES ACOGIDOS EN VALENCIA

tutores y los propios menores (Ceccato et al., 2011). Para los menores de hasta 12 años, los tutores perciben niveles más significativos de patología que los padres. Sin embargo, en los menores de 13 a 18, esta tendencia se invierte y son los padres los que reportan niveles más altos tanto de depresión como de ansiedad. Por lo que se refiere al autoinforme, los jóvenes se perciben a sí mismos, o en situación de riesgo, o clínicamente significativa, y esto empeora con la edad, ya que en el caso de los mayores (13-18 años) la categoría de riesgo desaparece y todos se consideran en situación clínicamente significativa o en el nivel medio, pero nadie en niveles bajos. Y algo parecido ocurre con la ansiedad, ya que el porcentaje de menores que reportan niveles de riesgo o clínicamente significativos se duplica en los más mayores. El Estrés Social, en cambio, es percibido por ellos mismos como menor y lo mismo ocurre con los síntomas emocionales.

En resumen podemos decir, a partir de estos resultados, que el recurso de acogimiento familiar, aunque nace con vocación de ser breve, tiende a mantenerse de forma indefinida sin un trabajo paralelo que posibilite el retorno con las familias biológicas. Así, los menores crecen con una falta de control sobre sus circunstancias que tiene como consecuencia un aumento progresivo de los niveles de ansiedad y depresión percibidos por ellos mismos, a pesar de que su estrés social se valora como menor. Los padres educadores coinciden con los menores en considerar que con el tiempo aumenta su ansiedad y depresión, valoración inversa a la que realizan los tutores, quizá menos conocedores de la realidad de sus estudiantes más mayores. Todos estos resultados coinciden con los de estudios anteriores (Garland et al., 2001; Landsverk, Garland & Leslie, 2002) e insisten en que el acogimiento familiar no puede ser entendido como una medida indefinida, puesto que no ofrece un contexto suficientemente capaz de generar la salud mental necesaria para abordar las demandas sociales y formativas que se les exige a los jóvenes.

BIBLIOGRAFÍA

- Arruabarrena, M^a.I. (2009). Procedimiento y criterios para la evaluación y la intervención con familias y menores en el ámbito de la protección infantil. *Papeles del psicólogo*, 30, 13-23.
- Carreras, R. (2004). La familia como contexto de desarrollo. En L.R. Ruiz y J.I. Navarro, (coords.). *Menores, responsabilidad penal y atención psicosocial* (pp. 391-403). Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Ceccato, R., Gil, M.D., Molero, R., Ruiz, E. y Ballester, R. (2011). Discrepancias entre padres educadores y profesores en la valoración de las características socioemocionales de los menores acogidos en la ciudad de Valencia. Presentado en *Primer Simposium Nacional de Psicología Clínica y de la salud con niños y adolescentes*, 17 y 18 de Noviembre, Elche (Alicante).
- Garland, A.F., Landsverk, J.L., Houhg, R.L. y Ellis-MacLeod, E. (1996). Type of maltreatments as a predictor of mental health service use for children in foster care. *Child Abuse and Neglect*, 20, 675-688.
- Gil, M.D., Molero, R. (2010). Acogimiento en familia extensa y en familia educadora: Análisis comparativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2, 179-188.
- Landsverk, J., Davis, I., Ganger, W., Newton, R. y Johnson, I. (1996). Impact of children psychosocial functioning on reunification from out-of-home placement. *Children and Youth Services Review*, 18, 447- 462.
- Montt, J. y Ulloa, A. (1996). Autoestima y salud mental en los adolescentes. *Salud mental*, 19 (3), 30-35.
- Moreno, J.M., García-Baamonde y Blázquez, M. (2010). Desarrollo lingüístico y adaptación escolar en niños en acogimiento residencial. *Anales de Psicología*, 26, 189-196.
- Quintana, A., Montgomery, W. y Malaver, C. (2009). Modos de afrontamiento y conducta resiliente en adolescentes espectadores de violencia. *Revista IIPSI*, 12 (1), 153-171.
- Reynolds, C.R. y Kamphaus, R.W. (1992). *Behavior Assessment System for Children (BASC)*, American Guidance Service, Inc. Circle Pines, Minnesota, EE.UU.