



Artículo Original

Utilidad del ASEBA para valorar problemas sociales y cognitivos en  
niños y adolescentes en acogimiento residencial

Usefulness of ASEBA to Assess Cognitive and Social Problems in Children  
and Adolescents in Children's Homes

Martha P. Fernández-Daza<sup>a</sup> , Sara J. Zabarain- Cogollo<sup>a</sup> 

*a. Universidad Cooperativa de Colombia, Grupo de Investigación Estudios Sociales Interdisciplinares. Santa Marta, Colombia.*

Recibido: 8/11/2019

Aceptado: 12/2/2020

Resumen

**Introducción:** El Sistema de Evaluación de Base Empírica de Achenbach (ASEBA) permite la valoración del comportamiento adaptativo o desadaptativo de niños y adolescentes.

**Objetivo:** Comparar la información aportada por padres, cuidadores y adolescentes sobre el comportamiento social y los procesos cognitivos de niños y adolescentes en acogimiento residencial y que conviven con sus familias.

**Métodos:** La muestra fue de 111 preadolescentes y adolescentes en acogimiento residencial y 111 que convivían con sus familias (muestra control), cuyas edades estaban entre los 11 y 16 años. Se utilizó el



*Autoinforme del comportamiento de jóvenes (Youth Self-Report for Ages, YSR) y el Cuestionario sobre el comportamiento de niños (Child Behavior Check-List, CBCL) que forman parte del ASEBA.*

**Resultados:** Los participantes en acogimiento residencial presentaron más problemas sociales y cognitivos que aquellos que convivían con sus familias. De allí la importancia de promover el cuidado alternativo en medio familiar.

**Conclusiones:** El *Autoinforme del comportamiento de jóvenes* y el *Cuestionario sobre el comportamiento de niños* del ASEBA resultaron útiles para la evaluación del comportamiento de niños y adolescentes en acogimiento residencial.

**Palabras clave:** *niños; problemas de comportamiento; problemas cognitivos; acogimiento residencial; ASEBA.*

### Abstract

**Introduction:** Achenbach System of Empirical Base Assessment allows the assessment of children and adolescents' adaptive and maladaptive behavior.

**Objective:** Compare the information provided by parents, caregivers and adolescents on social behavior and cognitive processes in children and adolescents living in children's homes, and those who live with their families.

**Methods:** The sample consists of 111 pre-adolescents and adolescents in children's homes, and 111 pre-adolescents and adolescents who lived with their families (control sample), ranging in age from 11 to 16 years. Youth Self- Report for Ages (YSR), and Child Behavior Check- List (CBCL), which belong to ASEBA, were used.

**Results:** Participants in children's home had more social and cognitive problems than those who lived with their families. Hence, the importance of promoting alternative care in a family environment.

**Conclusions:** Youth Self-Report for Ages and Child Behavior Check-List were useful for assessing children and adolescents' behavior in children's home.

**Keywords:** *Children, behavior problems, cognitive problems, children's home, ASEBA.*



## Introducción

El *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA)<sup>(1)</sup> permite una valoración del comportamiento de niños y adolescentes; forma parte de las taxonomías dimensionales que conciben la conducta como parte de un continuo, lo que favorece la valoración del nivel de intensidad del problema. Los protocolos están estructurados de tal forma que miden no solo los aspectos adaptativos del comportamiento en lo que respecta a las competencias académicas, sociales, aspectos emocionales y conductuales, sino que también valoran los no adaptativos.

El ASEBA ofrece además la posibilidad de mejorar la evaluación comportamental con la realización de la *Semi-structured Clinical Interview for Children and Adolescents* (SCICA)<sup>(2)</sup> para población entre 6-18 años, adicionalmente, posee un instrumento para registrar la observación en entornos grupales o escolares con la *Direct Observation Forms 6-11-DOF*.<sup>(3)</sup> Otra forma del ASEBA es el *Test Observation Form 2-18-TOF* que permite el registro de problemas observados durante la evaluación.<sup>(4)</sup>

Por otro lado, los protocolos están orientados a evaluar el comportamiento desde un año y medio de edad hasta los 18 años, a través de diferentes informantes y en contextos diversos. Abarca un rango amplio de edad, lo cual favorece una evaluación más ajustada al desarrollo evolutivo, además no solo incluye múltiples informantes, sino diversos ambientes donde el niño se desenvuelve cotidianamente. Es por ello que el ASEBA se puede considerar como un sistema de evaluación que permite una evaluación integral del comportamiento de niños y adolescentes.

Para efectos del presente estudio son de interés el Cuestionario sobre el Comportamiento de Niños (*Child Behavior Check-List*, CBCL).<sup>(5)</sup> y el Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes (*Youth Self-Report for Ages*, YSR).<sup>(6)</sup> El primero está diseñado para recibir información proveniente de padres y cuidadores a través de la observación del comportamiento infantil entre 6-18 años en contextos familiares y el reporte de los profesores en lo que respecta al contexto escolar. Mientras que el YSR<sup>(6)</sup> permite el reporte sobre el propio comportamiento de población entre 11-18 años.

La evidencia a nivel mundial de estudios recientes que han utilizado el ASEBA para evaluar el comportamiento infantojuvenil es amplia.<sup>(7,8,9,10,11,12,13,14,15)</sup> Sin embargo, son pocos los estudios que reportan la utilidad del ASEBA para el análisis del comportamiento de niños y adolescentes en acogimiento residencial en América Latina.<sup>(16,17,18,19,20)</sup>

El acogimiento residencial es una modalidad de cuidado alternativo que se utiliza para niños y adolescentes sin protección parental. En este sentido, también hay que indicar que las Naciones Unidas exponen las



directrices para incentivar el acogimiento familiar, polo opuesto al cuidado residencial, aunque ambos se emplean como forma de protección infantil cuyos derechos han sido vulnerados. Por otro lado, las directrices promueven la prevención de la separación del niño de su familia biológica y la búsqueda de las soluciones alternativas más apropiadas.<sup>(21)</sup>

Los problemas sociales y cognitivos en niños y adolescentes en acogimiento residencial han sido reportados por diversos estudios evidenciándose sus consecuencias en las diversas áreas del desarrollo y los diferentes contextos donde se desenvuelven.<sup>(22,23,24,25,26)</sup> Algunos autores revelan incluso que el tiempo del acogimiento residencial es un importante predictor de problemas cognitivos y que la sociabilidad indiscriminada sirve como un marcador de problemas posteriores en las relaciones sociales.<sup>(19,27)</sup>

Se ha sugerido que una mayor exposición al maltrato se asocia con mayores tasas de problemas cognitivos y relacionales.<sup>(28)</sup> Al considerarse el abandono infantil una forma de maltrato, se puede deducir entonces que los niños y adolescentes en acogimiento residencial tienen mayores probabilidades de presentar problemas en su forma de relacionarse, puesto que la manera que conocieron para relacionarse no fue la adecuada, por tanto, no cuentan con las estrategias suficientes que le permiten mantener relaciones sanas. Además, tienen dificultades para sostener vínculos estables, suelen tener problemas con sus pares, pueden ser menos capaces de restablecer los vínculos familiares, y más.

Por otra parte, la carencia de instrumentos estandarizados para los niños y adolescentes en acogimiento residencial ha sido reportada por diferentes estudios a nivel mundial.<sup>(19,29,30)</sup> En consecuencia, el propósito de esta investigación es conocer la utilidad del ASEBA para valorar los problemas sociales y cognitivos en niños y adolescentes en acogimiento residencial y con sus familias biológicas.

El objetivo general fue comparar la información aportada por padres, cuidadores y adolescentes sobre el comportamiento social y los procesos cognitivos de niños y adolescentes en acogimiento residencial y que conviven con sus familias.



## Métodos

El estudio fue descriptivo, cuantitativo y de carácter transversal.

La muestra fue de 222 adolescentes y preadolescentes venezolanos cuyas edades estaban entre 11 y 16 años, de los cuales 124 eran mujeres y 98 varones, estudiantes de colegios públicos o privados, con una media de 13,3 años de edad (DT = 1.24). Se distribuyeron en 2 grupos: grupo en acogimiento residencial (N =111) y grupo control (N =111), en cada uno había 2 mujeres y 49 hombres (edad: M = 13,46; DT = 1,41; edad: M = 13,14; DT =1,03, respectivamente).

Los criterios de inclusión o exclusión fueron: estar o no en acogimiento residencial del sistema público o asociaciones civiles, tener entre 11 y 16 años de edad, y estar escolarizado. El grupo normalizado estaba integrado por preadolescentes y adolescentes de colegios de la comunidad. La muestra de los participantes en acogimiento residencial se determinó con aquellos cuya evaluación estuvo completa. Por otro lado, la del grupo control se constituyó al igualar en número, edad y sexo con el grupo en acogimiento residencial.

## Instrumentos

### Cuestionario sobre el Comportamiento de Niños de 6-18 años (CBCL)

Tiene dos partes. La primera evalúa la adaptación social y el rendimiento académico del niño. La segunda parte, que tiene 120 ítems, permite realizar un perfil de su comportamiento, a través de 8 escalas de «banda estrecha»: aislamiento, síntomas somáticos, ansiedad/depresión, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de ruptura de normas y conducta agresiva. Posee otras 2 escalas de «banda ancha», conformadas por los síndromes internalizados (ansiedad/ depresión, aislamiento y síntomas somáticos) y síndromes externalizados (conducta de ruptura de normas y conducta agresiva), además de la puntuación total. La fiabilidad test-retest, con un intervalo de 1 semana, es de 0,99 para la parte de adaptación social y rendimiento académico, y de 0,95 para la parte de comportamiento. Diferentes estudios han demostrado su consistencia interna.<sup>(31,8)</sup>

### Autoinforme del Comportamiento de Jóvenes (YSR)

Evalúa la psicopatología de niños y adolescentes entre 11 y 18 años. Tiene dos partes. La primera está conformada por 17 ítems relacionados con las competencias psicosociales: habilidades deportivas, sociales y académicas. La segunda parte describe las conductas adaptativas o prosociales y las conductas desadaptativas; consta de 112 ítems. Al igual que el instrumento anterior, el YSR/11-18 está formado por



los síndromes de «banda estrecha» (ansiedad-depresión, aislamiento, conducta agresiva, etc.) y «banda amplia». La fiabilidad y validez del YSR se ha demostrado ampliamente.<sup>(19,32,8)</sup>

En este caso, el propósito de ambos instrumentos fue informar sobre los problemas sociales y cognitivos de los jóvenes.

### **Procedimiento**

Se utilizó el juicio de expertos para valorar la viabilidad de los instrumentos, su selección fue con base en la formación (psicólogos con mínimo 5 años de experiencia) y su experticia (niñez y adolescencia). Luego, se seleccionaron las instituciones educativas y de protección para la obtención de la muestra de niños, niñas y adolescentes. Se les informó sobre el estudio a realizar y quienes aceptaron participar conformaron la muestra. En un primer momento, se explicó a los participantes el objetivo de la investigación y se entregó el consentimiento informado en el caso del grupo normalizado. En cuanto al grupo de niños en acogimiento residencial, se obtuvo la autorización de las entidades de protección y los instrumentos fueron entregados a sus cuidadores. Finalmente, se aplicaron los instrumentos YSR y el CBCL.

### **Análisis de los resultados**

La comparación de ambos grupos –Acogimiento residencial y Control– se realizó mediante una ANOVA 2 (grupos) x 2 (sexo) x 2 (niveles educativos). Utilizando un modelo factorial completo que analizó el efecto de los factores intersujetos fijos en las variables dependientes, así como sus respectivas interacciones.

### **Consideraciones éticas**

Se utilizó el consentimiento informado de los padres para la evaluación de los niños que vivían con sus familias. En el caso de los niños en acogimiento residencial se empleó el consentimiento de las instituciones. Además, se resguardó la confidencialidad de los datos y el uso de la información.

### **Resultados**

El grupo en acogimiento residencial se formó con 62 mujeres y 49 hombres (edad: M =13,46; DT = 1,41), de la misma manera el grupo Control (edad: M = 13,14; DT =1,03). En vista de que la distribución por



sexo de los grupos era idéntica, se pasó a analizar las diferencias respecto a la edad, pero no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $t [220] = 1,954; p = 0,052; N.S.$ ). No obstante, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta al nivel de escolarización, porque el 34,2 % de los adolescentes del grupo en acogimiento residencial estudiaban primaria y 65,8 % secundaria; por su parte, el grupo Control tenía el 16,2 % de los participantes en primaria y 83,8 % secundaria ( $\chi^2[1] = 9,552; p = 0,002$ ).

Tal como se muestra en la tabla 1, en el YSR hubo diferencias estadísticamente significativas en todas las subescalas analizadas. El grupo Acogimiento Residencial fue el que mostró las puntuaciones peores en los problemas sociales y cognitivos. Mientras que, en el CBCL, basado en el reporte de padres y cuidadores sobre el comportamiento de los jóvenes, no hubo diferencias estadísticamente significativas. No obstante, vale indicar que las puntuaciones en las subescalas del CBCL problemas del pensamiento y problemas de atención, obtenidas por los jóvenes que vivían en las instituciones –grupo Acogimiento Residencial– fueron más altas que las del grupo Control. Aunque, se aprecia que la puntuación total de problemas es más alta en el grupo que vive con su familia biológica.

**Tabla 1** - Problemas sociales y cognitivos entre los grupos (YSR-CBCL)

Subescalas		Grupos				F	p
		Institucionalizado (N = 111)		Control (N = 111)			
		M	DT	M	DT		
YSR	Problemas sociales	5,88	3,97	3,98	3,40	10,525	0,001*
	Problemas de pensamiento	8,69	4,52	6,95	3,95	11,368	0,001*
	Problemas de atención	7,47	3,98	4,87	3,37	18,844	0,0001*
	Puntuación total	72,90	31,97	54,16	27,83	18,234	0,0001*
CBCL	Problemas sociales	2,99	4,02	3,48	2,97	0,182	0,670
	Problemas de pensamiento	1,61	2,70	1,08	1,48	2,785	0,097
	Problemas de atención	4,74	4,87	4,52	3,38	0,353	0,553

	Puntuación total	32,31	28,36	33,30	19,72	0,657	0,418
--	------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

\*Diferencias significativas entre grupos.

En lo que respecta a los problemas sociales y cognitivos, teniendo en cuenta el sexo de los participantes se puede observar en los autoinformes (YSR) que hubo diferencias estadísticamente significativas en la subescala problemas de pensamiento y en la puntuación total de problemas. Pero, en el CBCL hubo diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las escalas evaluadas con base en los informes de padres y cuidadores, excepto, en la puntuación total de problemas. Específicamente, en las subescalas del YSR puntuaron más alto los participantes del sexo femenino. Y en las subescalas del CBCL, las puntuaciones más elevadas correspondieron al sexo masculino en cuanto a problemas sociales, problemas de pensamiento y problemas de atención. Los resultados se presentan en la tabla 2.

**Tabla 2** - Problemas sociales y cognitivos de acuerdo al sexo (YSR-CBCL)

Subescalas		Sexo				F	p
		Femenino (N = 124)		Masculino (N = 98)			
		M	DT	M	DT		
YSR	Problemas sociales	5,17	3,82	4,62	3,78	0,865	0,353
	Problemas de pensamiento	8,58	4,34	6,86	4,11	7,512	0,007*
	Problemas de atención	6,29	4,07	5,99	3,67	0,386	0,535
	Puntuación total	68,29	31,57	57,83	29,11	5,220	0,023*
CBCL	Problemas sociales	2,83	3,01	3,73	4,03	5,031	0,026*
	Problemas de pensamiento	1,01	1,48	1,79	2,77	7,052	0,009*
	Problemas de atención	3,98	3,92	5,44	4,33	6,562	0,011*
	Puntuación total	29,91	21,53	36,44	27,01	3,712	0,055

\*Diferencias significativas entre grupos.

En cuanto a los problemas sociales y cognitivos dependiendo del nivel escolar, los resultados se muestran en la tabla 3. En este caso, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los informes de padres, cuidadores y en los autoinformes. Sin embargo, en la mayoría de las subescalas, los participantes de primaria mostraron puntuaciones más altas que los jóvenes de bachillerato, excepto en la puntuación total de problemas de ambos instrumentos y en problemas sociales informados con el YSR.

**Tabla 3** - Problemas sociales y cognitivos de acuerdo al nivel escolar (YSR-CBCL)

Escalas		Nivel Escolar				F	p
		Primaria (N = 56)		Bachillerato (N = 166)			
		M	DT	M	DT		
YSR	Problemas sociales	4,91	4,21	4,94	3,67	1,583	0,210
	Problemas de pensamiento	8,25	4,55	7,68	4,24	0,522	0,471
	Problemas de atención	6,37	4,20	6,08	3,79	1,086	0,299
	Puntuación total	63,46	34,91	63,74	29,52	3,618	0,059
CBCL	Problemas sociales	3,53	3,99	3,13	3,35	1,346	0,247
	Problemas de pensamiento	1,41	2,55	1,34	2,04	0,446	0,505
	Problemas de atención	5,05	4,69	4,48	3,97	0,809	0,369
	Puntuación total	32,32	27,816	32,95	23,03	0,034	0,854

\*Diferencias significativas entre grupos.

### Discusión

Actualmente, el acogimiento residencial se presenta como una alternativa de protección social para la población infantil que por diversas razones carece del cuidado de sus padres. Entre los motivos que llevan a hacer uso de esta posibilidad de cuidado se mencionan: la orfandad, situación de abandono, el maltrato, entre otros. Se ha evidenciado una necesidad real de atención de estos niños y adolescentes, teniendo en cuenta que pasan mucho tiempo en las instituciones del sistema de protección infantil, separados de sus



familias, expuestos a la rotación de sus cuidadores, con escasas redes de apoyo, con problemáticas académicas. A lo que deben añadirse las falencias que existen en cuanto a instrumentos que permitan comprender mejor el comportamiento de la población infantil en acogimiento residencial o institucionalizados. Es por ello que el presente estudio pretendió conocer la utilidad del ASEBA para la valoración de problemas sociales y cognitivos en niños y adolescentes en acogimiento residencial y con sus familias biológicas.

También hay que decir que el empleo de las instituciones para la protección de niños y adolescentes continúa siendo un tema controversial. Una de las razones es porque es una posibilidad que no está exenta de riesgos. A grandes rasgos, estos se pueden clasificar en: generales y particulares. Los primeros tendrían que ver con los factores políticos, económicos, sociales y culturales de un país. Los segundos, serían las características propias de cada caso, como: motivos de ingreso del niño o adolescente al sistema de protección infantil, duración del acogimiento residencial, edad de ingreso, oportunidades de acogimiento familiar, estabilidad en los hogares de acogimiento, características de los cuidadores, vinculación con la familia biológica, elementos relacionados con la infraestructura de la institución, y más. En consecuencia, una serie de factores que indudablemente pueden tener consecuencias sobre su salud física y mental. Es por ello que, los estudios sobre el comportamiento de la población infantil en acogimiento residencial resultan de interés para los investigadores. Además, resultan útiles para conocer a profundidad este tipo de población en situación de vulnerabilidad.

En el presente estudio, en lo que respecta al grupo de pertenencia, se encontró que en los autoinformes los niños y adolescentes en acogimiento residencial se perciben con más problemas sociales y cognitivos que los que conviven con sus familias. Por otro lado, el reporte de padres y cuidadores no reveló diferencias significativas entre los grupos. Sin embargo, se observa que los participantes en acogimiento residencial puntuaron más alto en problemas del pensamiento y problemas de atención. Datos que concuerdan con investigaciones que detectaron problemas sociales y cognitivos en niños y adolescentes en acogimiento residencial.<sup>(33,26)</sup>

Se puede deducir, entonces, en relación a los niños y adolescentes en acogimiento residencial, que el hecho de percibirse con menos habilidades sociales y cognitivas puede constituirse en un factor de riesgo que puede influir en su capacidad de adaptación, grado de independencia, toma de decisiones, forma de comunicarse con las demás personas, rendimiento académico, flexibilidad para ajustarse a las reglas, etcétera.



Además, la ausencia o los déficits en habilidades sociales pueden aumentar la probabilidad de aparición de otras problemáticas tales como: delincuencia, drogadicción, alcoholismo, *bullying*, deserción escolar, poca estima de sí mismo, inseguridad, retraimiento social, problemas de regulación del comportamiento. De acuerdo al sexo de los participantes, en la presente investigación puntuó más alto el sexo femenino en el YSR en problemas de pensamiento y en la puntuación total de problemas. Una hipótesis sobre estos resultados es que quizás las niñas hacen un mayor esfuerzo por mantener un comportamiento socialmente aceptable, pero, exponen más problemas cognitivos y/o emocionales.

Mientras que, en los informes de padres y cuidadores donde se utilizó el CBCL las puntuaciones peores en problemas sociales, problemas de pensamiento y problemas de atención fueron de los participantes del sexo masculino. De lo cual se puede inferir que, de acuerdo a la percepción de padres y cuidadores, ser del sexo masculino puede ser un factor de riesgo para presentar este tipo de problemas. Resultados que coinciden con los hallazgos en población infantil que ha sufrido privaciones, incluso, maltrato.<sup>(34,35)</sup>

Sobre los problemas sociales y cognitivos y su relación con el nivel escolar, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los instrumentos utilizados. Pero, los jóvenes de primaria exhibieron puntuaciones mayores que los participantes de bachillerato en casi todas las subescalas, a excepción, de la puntuación total de problemas reflejada en el YSR y en el CBCL. Además, en problemas sociales informados con el YSR. Los hallazgos pudieran deberse al hecho de que a medida que el niño crece, se espera que su desarrollo vaya a la par de su maduración cognitiva, además, va asumiendo su rol activo dentro de la sociedad y comprendiendo tanto las normas sociales como el comportamiento social esperado.

Estudios realizados con niños y adolescentes víctimas de maltrato han señalado que diversas problemáticas de interrelación como: comportamientos agresivos y conductas disruptivas son más obvios en la etapa escolar, además aumentan su probabilidad de aparecer cuando el niño está expuesto a eventos violentos.<sup>(35)</sup>

De ello se extrae que en los niños y adolescentes que viven en acogimiento residencial y que han vivido situaciones de maltrato, abuso, carencias afectivas de personas significativas a edades tempranas, desintegración familiar, privaciones económicas, relaciones vinculares disfuncionales, y otros; posiblemente exhiban más comportamientos de transgresión de normas (agresividad, conductas oposicionistas y destructivas) que los niños y adolescentes que conviven con sus padres. Esto los llevaría, a su vez, a presentar déficits en su comportamiento social.



Adicionalmente, se pudo ver que, en todos los casos de análisis, los autoinformes (YSR) obtuvieron puntuaciones mayores que los reportes de padres y cuidadores (CBCL). Resultados que coinciden con investigaciones anteriores.<sup>(26)</sup>

Las discrepancias entre informantes ya han sido señaladas por diversos estudios.<sup>(34,19,36)</sup> Dichas discrepancias pueden explicarse porque el reporte varía según el contexto, las personas que rodean al niño, la vinculación afectiva entre ellos, los sesgos perceptivos del evaluador... Sea cual fuere la diferencia, ambas informaciones son admisibles, las reportadas a través del YSR y las del CBCL, porque ofrecen información importante para el conocimiento de los problemas sociales y cognitivos que presentan los niños y adolescentes en acogimiento residencial.

Sobre el particular, se concuerda con *Achenbach*, quien afirma que las discrepancias entre informantes muestran válidamente diversos aspectos del funcionamiento de los niños y adolescentes, los cuales están mediados por la genética y el ambiente, además, en lo que respecta a psicopatología infantojuvenil es necesario una evaluación de múltiples fuentes.<sup>(37)</sup>

Son numerosos los estudios que han documentado las repercusiones de la institucionalización (acogimiento residencial) en los dominios específicos del funcionamiento cognitivo: memoria, atención, resolución de problemas, capacidad de aprendizaje, lenguaje, y más.<sup>(17,28,38,39,40)</sup> Algunos de los cuales han informado sobre los déficits persistentes en varios dominios de la función ejecutiva, a pesar del egreso de la atención institucional y el acogimiento familiar de los jóvenes.<sup>(41)</sup>

Por otro lado, sobre el desarrollo social, los estudios han centrado su interés en documentar los patrones de apego desfavorables, que se piensa están asociados con la presencia de psicopatologías y problemas de conducta futuros. Se agrega que, sobre estudios realizados con niños que se encuentran en acogimiento residencial en diferentes países hay un gran cuerpo de evidencia del incremento de apego inseguro o desorganizado (el estilo más predictivo de dificultades posteriores) y la disminución del apego seguro (el estilo más protector).<sup>(41)</sup>

Se coincide con *Fries* y *Pollak*<sup>(42)</sup> cuando indican que las experiencias tempranas de aprendizaje social pueden repercutir en el desarrollo de procesos subyacentes al desarrollo socioemocional. Los niños en acogimiento residencial, que experimentaron negligencia social temprana en su cuidado son más proclives a presentar problemas en las relaciones sociales y al momento de regular su comportamiento social.

Por otra parte, en la actualidad no existe consenso sobre los criterios basados en la evidencia relacionados con el tipo de acogimiento más apropiado fuera del hogar biológico para niños que han experimentado



múltiples riesgos y necesidades psicosociales.<sup>(43)</sup> No obstante, se señala que es indispensable analizar otros elementos y no solo las necesidades clínicas del niño y su familia, porque al implementar esta alternativa de cuidado pueden incrementarse otros factores de riesgo (por ejemplo, cuando existe un acogimiento no planificado o planificado de manera inadecuada), ante lo cual se expone al niño a un acogimiento con un mal pronóstico.

Es por ello, que para reducir los resultados adversos para niños o adolescentes puede ser de utilidad no solo el conocimiento de los factores de riesgo y de protección, sino también, las necesidades al momento de la derivación, realizar seguimientos de los casos, contar con un equipo multidisciplinario y supervisar las instituciones.

La población infantil en acogimiento residencial necesita, además, acciones de prevención de riesgo y promoción de salud, cuidados especializados para enfermedades mentales y problemas de conducta y escolares.<sup>(43,44)</sup> En este sentido, también es importante que los cuidadores conozcan sobre el desarrollo normal y patológico de los niños y adolescentes.

Algunos autores plantean que la institución forma parte de una red de apoyo social y afectivo para los niños en acogimiento residencial. Sin embargo, algunas veces, no es el mejor entorno para crecer.<sup>(19,45)</sup>

A luz de los resultados, se recomienda también estimular las habilidades sociales de los niños y adolescentes en acogimiento residencial, a través de la exploración de nuevos espacios, rutinas novedosas y la interacción permanente con personas ajenas al contexto institucional. Las habilidades sociales en el niño son fundamentales para establecer vínculos estables y sostener interacciones sociales positivas. Así también, para la asimilación de su rol dentro de la sociedad, y el conocimiento y regulación de normas sociales.

En vista de los hallazgos, es recomendable que futuras investigaciones realicen un análisis más pormenorizado del funcionamiento cognitivo y social de los niños y adolescentes en acogimiento residencial, y ampliar el tamaño de la muestra. Es por estas razones que los resultados de la presente investigación no son generalizables. Además, hacen falta investigaciones sobre el acogimiento residencial en países de Latinoamérica que evidencien sobre la salud, el comportamiento y desarrollo de la población infantojuvenil.

Para concluir, resulta oportuno indicar que se desconocen instrumentos de evaluación psicológica validados o adaptados a la población infantojuvenil latinoamericana en acogimiento residencial o institucionalizada. Por ello, el ASEBA puede ser una herramienta útil para futuros estudios o constituirse



en el primer acercamiento para su diseño o adaptación. Con los instrumentos que forman parte del ASEBA (CBCL y YSR), en la presente investigación se pudo obtener información amplia e importante sobre el comportamiento social y cognitivo de niños y adolescentes en acogimiento residencial y con sus familias biológicas, los que informaron de sus conductas adaptativas y desadaptativas.

### Referencias bibliográficas

1. Achenbach TM. Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA): Development, findings, theory, and applications. University of Vermont: Research Center of Children, Youth & Families; 2009.
2. McConaughy SH, Achenbach TM. Manual for the Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents. Burlington, VT: University of Vermont; 2001.
3. McConaughy SH, Achenbach TM. Manual for the ASEBA direct observation form for ages 6-11. Burlington, VT: University of Vermont; 2009.
4. McConaughy SH, Achenbach TM. Manual for the test observation form for ages 2-18. Burlington, VT: University of Vermont; 2004.
5. Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/6-18 and 2001 profile. Burlington: University of Vermont; 2001.
6. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for ASEBA School-Age Forms & Profiles. Burlington, VT: University of Vermont; 2001.
7. Fernández-Molina M, Valle JD, Fuentes M, Bernedo IM, Bravo A. Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa. *Psicothema*. 2011;23(1):1-6.
8. Hewitt Ramírez N. Predicción de los problemas de banda ancha y banda estrecha mediante la integración de los modelos transaccional, cognitivo-social y de regulación emocional. [Tesis Doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2016.
9. Hewitt N, Jaimes S, Vera LA, Villa MC. Características psicométricas del cuestionario de comportamientos infantiles CBCL en niños y adolescentes colombianos. [Tesis de Grado]. Universidad de San Buenaventura; 2012.



10. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Niños y Adolescentes en Lima Metropolitana y Callao 2007. Informe General. *Anales de Salud Mental*, 2012; Vol. XXVIII, Suplemento 1. Lima.
11. Rescorla LA, Achenbach TM, Ivanova MY, Harder VS, Otten L, Bilenberg N, *et al.* International comparisons of behavioral and emotional problems in preschool children: parents reports from 24 societies. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*. 2011;40(3):456-67.
12. Rescorla LA, Ginzburg S, Achenbach TM, Ivanova MY, Almqvist F, Begovac I, *et al.* Cross-informant agreement between parent-reported and adolescent self-reported problems in 25 societies. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*. 2013;42(2):262-73.
13. Rescorla L, Ivanova MY, Achenbach TM, Begovac I, Chahed M, Drugli MB, *et al.* International epidemiology of child and adolescent psychopathology II: integration and applications of dimensional findings from 44 societies. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*. 2012;51(12):1273-83.
14. Rocha M. Evidências de validade do Inventário de Autoavaliação para Adolescentes (YSR/2001) para a população brasileira. [Tesis Doctoral]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
15. Viola L, Garrido G, Rescorla LA. Testing multicultural robustness of the Child Behavior Checklist in a national epidemiological sample in Uruguay. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2011;39:897-908.
16. Fernández-Daza M, Fernández-Parra M. Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*. 2013;12(3):797-810.
17. Fernández-Daza M. Funcionamiento Ejecutivo en Población Infantil Institucionalizada. *Memorias V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica*. Santander, España: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC); 2012.
18. Fernández-Daza M. Institucionalización Infantil en Sistemas de Protección. Visión retrospectiva de un problema vigente. *Memorias V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica*. Santander, España: Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC); 2012.
19. Fernández-Daza M. Características psicológicas y psicopatológicas de adolescentes venezolanos institucionalizados. [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada; 2013.



20. Fernández-Daza M. Comportamientos Internalizados en Niños y Adolescentes que viven con sus Familias y en Instituciones. Memorias de la VII Conferencia Internacional de Psicología de la Salud. La Habana, Cuba: Psicosalud; 2014. p. 1213-20.
21. General Assembly of the United Nations. Guidelines for the alternative care of children. New York: UNGA; 2010.
22. Bakermans-Kranenburg MJ, Steele H, Zeanah CH, Muhamedrahimov RJ, Vorria P, Dobrova-Krol NA, *et al.* III. Attachment and emotional development in institutional care: characteristics and catch up. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 2011;76(4):62-91.
23. Delgado Espinoza CA, Capon Bermeo ME. Factores de riesgo y necesidades de protección en el proceso de reinserción familiar después de su acogimiento institucional por maltrato a niños y adolescentes en la fundación “Hogar para todos”, en la provincia de Cañar, durante el periodo 2010-2013. [Tesis de Maestría]. Quito: Universidad Politécnica Salesiana; 2015.
24. Miño Sánchez JC. Coeficiente de inteligencia en relación a la carencia afectiva parental en niños y niñas que viven institucionalizados en la Fundación Pueblito la Ternura de la ciudad de Quito en el periodo lectivo 2012-2013. [Tesis de Pregrado]. Quito: Universidad Central del Ecuador; 2015.
25. Paniagua C, Palacios J, Moreno Román M, Balbuena F. Reconocimiento de emociones en menores con adversidad familiar temprana. *Apuntes de Psicología*. 2016;34(2-3):321-30.
26. Sainero A, del Valle JF, Bravo A. Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: niños y adolescentes en acogimiento residencial. *Anales de Psicología*. 2015;31(2):472-80.
27. Dozier M, Zeanah CH, Wallin AR, Shauffer C. Institutional care for young children: Review of literature and policy implications. *Social Issues and Policy Review*. 2012;6(1):1-25.
28. Jimeno Jiménez MV. Experiencias traumáticas en la infancia y su influencia sobre el desarrollo afectivo-social y la memoria autobiográfica en adolescentes institucionalizados comparación con un grupo de control. [Tesis Doctoral]. Castilla-La Mancha: Universidad de Castilla La Mancha; 2016.
29. Gomes MMCO papel do psicólogo nas instituições de acolhimento. [Doctoral dissertation]. Junho: Universidade Católica Portuguesa; 2016.
30. Graça J, Calheiros MM, Patrício JN, Magalhães EV. Emergency residential care settings: A model for service assessment and design. *Evaluation and program planning*. 2018;66:89-101.



31. Achenbach T, Edelbrock C. Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile. Burlington, VT: Thomas. A. Achenbach; 1983.
32. Gallego Moya S, Ibáñez Ribes MI. Adaptación española de la escala DSM-oriented del Youth Self-Report (YSR) en población general. *Ágora de Salud*. 2017;IV:145-51.
33. Palummo J. La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe. Panamá: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia UNICEF, Oficina Regional para América Latina y el Caribe; 2013.
34. Berg-Nielsen TS, Solheim E, Belsky J, Wichstrom L. Preschoolers' psychosocial problems: In the eyes of the beholder? Adding teacher characteristics as determinants of discrepant parent-teacher reports. *Child Psychiatry Human Development*. 2012;43(3):393-413.
35. Hewitt Ramírez N, Gantiva Díaz CA, Vera Maldonado A, Cuervo Rodríguez MP, Liliam N, Olaya, H, *et al.* Psychological effects on children and adolescents exposed to armed conflict in a rural area of Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*. 2014;17(1):79-89.
36. López-Rubio S. Prácticas de crianza y problemas de conducta en preescolares: un estudio transcultural. [Tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2013.
37. Achenbach TM. Commentary: Definitely more than measurement error: But how should we understand and deal with informant discrepancies? *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology*. 2011;40(1):80-6.
38. Deambrosio M, de Vázquez MG, Arán-Filippetti V, Román F. Efectos del Maltrato en la Neurocognición. Un Estudio en Niños Maltratados Institucionalizados y no Institucionalizados. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2018;16(1):239-53.
39. Peñarrubia Sánchez MG. Función ejecutiva en niños y niñas adoptados internacionalmente y su relación con el desarrollo socioemocional. [Tesis Doctoral]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2015.
40. Van Nieuwenhuijzen M, Van Rest MM, Embregts PJCM, Vriens A, Oostermeijer S, Van Bokhoven I, Matthys W. Executive functions and social information processing in adolescents with severe behavior problems. *Child neuropsychology*. 2017;23(2):228-41.
41. Berens AE, Nelson CA. The science of early adversity: is there a role for large institutions in the care of vulnerable children? *The Lancet*. 2015;386(9991):388-98.
42. Fries ABW, Pollak SD. The role of learning in social development: Illustrations from neglected children. *Developmental Science*. 2017;20(2):e12431.



43. Leloux-Opmeer H, Kuiper CH, Swaab HT, Scholte EM. Children referred to foster care, family-style group care, and residential care: (How) do they differ? *Children and Youth Services Review*. 2017;77:1-9.
44. Eckerle JK, Hill LK, Iverson S, Hellerstedt W, Gunnar M, Johnson DE. Vision and hearing deficits and associations with parent-reported behavioral and developmental problems in international adoptees. *Maternal and Child Health Journal*. 2014;18(3):575-83.
45. Vivian da Cunha R, Barreyro JP. Revisión del estado del arte de la depresión, la ansiedad y el apoyo social en torno del tema de niños y adolescentes institucionalizados. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*. 2015;19(2):58-73.

#### **Conflicto de intereses**

Las autoras declaran que no existe conflicto de intereses.

