

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

**PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO, PROBLEMAS EMOCIONALES Y DE ATENCIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE VIVEN EN ACOGIMIENTO RESIDENCIAL**

**BEHAVIORAL PROBLEMS, EMOTIONAL PROBLEMS AND ATTENTION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS LIVING IN RESIDENTIAL CARE**

MARTHA FERNÁNDEZ-DAZA<sup>1</sup>

UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA, SANTA MARTA - COLOMBIA

ANTONIO FERNÁNDEZ-PARRA

UNIVERSIDAD DE GRANADA, GRANADA - ESPAÑA

FECHA RECEPCIÓN: 16/6/2016 • FECHA ACEPTACIÓN: 12/12/2016

Para citar este artículo: Fernández-Daza, M., & Fernández-Parra, A. (2017). Problemas de comportamiento, problemas emocionales y de atención en niños y adolescentes que viven en acogimiento residencial. *Psychologia*, 11(1), 57-70.

**Resumen**

El objetivo general del estudio es comparar la información aportada por padres, profesores y cuidadores sobre el comportamiento problemático y los problemas emocionales de preadolescentes y adolescentes venezolanos institucionalizados y que viven con sus familias, cuyas edades están comprendidas entre 11 y 16 años. La muestra estuvo constituida por 111 participantes institucionalizados en asociaciones civiles y entidades de protección del Estado, y 111 preadolescentes y adolescentes que conformaron la muestra control y pertenecían a colegios públicos, privados o subsidiados. Se valoraron los síntomas emocionales, el déficit de atención e hiperactividad, problemas con los compañeros, problemas de conducta y comportamiento prosocial. Los comportamientos problemáticos y los problemas emocionales fueron medidos a través del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ), con la información proveniente de padres/cuidadores y profesores, y los problemas de atención fueron evaluados a través de la Escala para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH) con la información de los profesores. Las conclusiones del estudio permiten afirmar que los participantes que viven en las instituciones presentan mayor nivel de problemas de comportamiento, problemas emocionales y de atención que los preadolescentes y adolescentes que conviven con sus familias de acuerdo a los informes de los padres, profesores y cuidadores.

*Palabras clave:* niños; problemas de comportamiento; problemas emocionales; atención; institucionalización; acogimiento residencial.

<sup>1</sup> Doctora en Psicología de la Salud, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Magíster en Neurociencias. Magíster en Psicología Clínica y de la Salud. Docente Investigador. Universidad Cooperativa de Colombia. Vía Troncal del Caribe, Mamatoco. Santa Marta-Colombia. Correo electrónico: mafercv@gmail.com.

### Abstract

The general objective of the study is to compare the information provided by parents, teachers and caregivers about pre-adolescents and Venezuelan adolescents institutionalized and living with their families, whose ages are between 11 and 16 years old. The sample was constituted by 111 participants institutionalized in civil associations and state protection entities, and 111 preadolescents and adolescents who conformed the control sample and belonged to public, private or subsidized schools. Emotional symptoms, attention deficit and hyperactivity, problems with peers, behavior problems and prosocial behavior were assessed. Problematic behaviors and emotional problems were measured through the Capacities and Difficulties Questionnaire (SDQ), with information from parents / caregivers and teachers, and care problems were assessed through the Scale for the Evaluation of Disorder Attention Deficit Hyperactivity Disorder (EDAH) with information from teachers. The conclusions of the study allow us to affirm that the participants living in the institutions present a higher level of behavior problems, emotional problems and attention than the preadolescents and adolescents who live with their families according to the reports of parents, teachers and caregivers.

*Keywords:* children; behavior problems; emotional problems; attention; institutionalization; residential care.

### Introducción

El internamiento infantil (acogimiento residencial) ha sido una de las medidas de protección utilizadas con mayor frecuencia a lo largo de la historia para hacer frente al problema de niños, niñas y adolescentes huérfanos, maltratados, abandonados o con algunas dificultades sociales (Bravo & Del Valle, 2009; Fernández del Valle, 2003; Revuelta, 2011). Ha sido relacionado con diversas opciones de cuidado en materia de protección social infantil que, según el país adquiere denominaciones del tipo: cuidado institucional, colocación en entidad de atención, medida de abrigo, hogares de protección, entre otros. De todos los tipos de atención formal, la atención residencial o institucional continúa siendo la opción principal, aunque, muchos niños ingresan al sistema por las razones equivocadas y sus posibilidades de salir son escasas (Unicef, 2010).

Numerosos estudios han analizado el comportamiento de los niños y adolescentes que viven institucionalizados. En este sentido se ha reportado que los trastornos psiquiátricos infantiles son comunes entre los niños de atención residencial, pero a menudo no se detectan y por lo tanto están sin tratamiento (Goodman, Ford, Corbin, & Meltzer, 2004). Muris y Maas (2004) indicaron que en los niños institucionalizados es más frecuente el apego inseguro y por lo general muestran niveles más altos de dificultades y menores niveles de fortalezas que los niños no institucionalizados. En vista de la complejidad de la psicopatología presentada por grupos de alto riesgo algunos autores recomiendan la utilización de múltiples informantes cuando los niños han tenido varios lugares de residencia y/o cuidadores, como aquellos que han sido

o están al cuidado de la autoridades locales o que viven en acogimiento residencial (Janssens & Deboutte, 2009; Vostanis, 2006).

Otro estudio reveló que el 77 % de la muestra informó de problemas interpersonales, pero, más del 60 % de los niños que habían vivido en instituciones reportaron estar funcionando bien, dentro del rango normal en todas las escalas SDQ. El porcentaje más alto fue para la escala de conductas prosociales (alrededor del 94 % en los informes de madres y padres) y los porcentajes de las puntuaciones de los niños que mostraban comportamientos clínicos variaron del 3 % para los síntomas emocionales y el 29 % para hiperactividad (Reinoso & Forns, 2010).

Hay quienes también cuestionan la institucionalización por considerar que incrementa la exclusión y favorece la estigmatización al separar al joven de su medio familiar o comunitario para que a través del internamiento y la represión, imponer normas, violando así sus derechos. Esta premisa se sustenta en el deseo de estandarizar los comportamientos, sin tomar en cuenta los contextos donde se originan, ni las características de los individuos (Giammaría, 2010).

Los objetivos específicos planteados en el estudio fueron: (1) Comparar los problemas de comportamiento, problemas emocionales y de atención en la muestra de adolescentes institucionalizados y la muestra control que vive con sus padres; (2) Identificar diferencias en los problemas de comportamiento, emocionales y de atención en función del sexo de los participantes; (3) Enumerar diferencias en relación con el nivel escolar de la muestra; (4) Describir diferencias considerando la interacción entre el grupo de pertenencia y el

sexo de los participantes; (5) Detallar las diferencias tomando en cuenta la interacción entre el grupo al que pertenecen y el nivel escolar en el que se encuentran escolarizados; y (6) Especificar diferencias en función de la interacción entre el grupo de pertenencia, el sexo de los participantes y el nivel escolar. El estudio aspira demostrar si los preadolescentes y adolescentes venezolanos institucionalizados tendrán más problemas de comportamiento, problemas emocionales y de atención que los niños y adolescentes que viven con sus padres. Para la realización del estudio se adoptó un diseño *ex postfacto*, de tipo transversal, con dos grupos de adolescentes seleccionados con base en vivir en instituciones o convivir con sus padres.

## Método

### Participantes

La muestra estuvo compuesta por 222 adolescentes y preadolescentes entre los 11 y 16 años del Distrito Federal Caracas y del Estado Miranda, pertenecientes a colegios tanto públicos como privados o subsidiados, con una media de 13.3 años de edad ( $DT = 1.24$ ), 124 eran mujeres y 98 varones, se formaron dos grupos: los menores Institucionalizados ( $N = 111$ ) y el grupo Control ( $N = 111$ ). Tanto el grupo de preadolescentes y adolescentes en acogimiento residencial como el grupo control estaban integrados por 62 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 institucionalizados en centros de protección de menores bajo la tutela del Estado o asociaciones civiles, tener entre 11 y 16 años de edad, y estar escolarizados entre los cursos quinto de enseñanza primaria y noveno de bachillerato, ambos inclusive. Las razones del ingreso de los adolescentes al acogimiento residencial eran: orfandad, niños que vivían en las calles o había sido retirada la custodia a sus padres. La mayoría de los adolescentes tenían más de un año en la institución y habían ingresado entre los 8 y 11 años de edad. 2 instituciones pertenecían a asociaciones civiles sin fines de lucro y 3 a entidades de protección del Estado. Todas las instituciones albergan a niños y adolescentes en situación de riesgo, excepto, menores

infractores. 3 de los centros eran de naturaleza religiosa y 2 no tenían adscripción confesional. Las cinco instituciones acogían a menores entre los 0 y 18 años de edad. El grupo normalizado estaba integrado por preadolescentes y adolescentes de cuatro colegios de la comunidad que imparten educación normalizada (1 privado y 3 subsidiados). Dos de los centros eran de naturaleza religiosa. La muestra de los participantes en acogimiento residencial se estableció con todos aquellos cuya evaluación estuvo completa. Mientras que, el grupo control se formó como un grupo igualado en número, edad y sexo con el grupo institucionalizado.

## Instrumentos

Cuestionario de Capacidades y Dificultades (*The Strengths and Difficulties Questionnaire*, SDQ; Goodman, 1997), en sus versiones para *Padres y profesores*. El SDQ es un cuestionario breve que puede ser administrado a padres y maestros de niños de 4 a 17 años. Los 25 ítems del cuestionario comprenden 5 escalas, a saber: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con los compañeros, y la conducta prosocial de niños/as y adolescentes. Igualmente, existe una parte complementaria que indaga sobre el efecto o el impacto, si el informante considera que el niño tiene un problema en estas áreas y, de ser así, se le pregunta acerca de cuán angustiante le resulta, también acerca de su cronicidad, sobre el sufrimiento que originan, su interferencia con la rutina diaria y sobre el deterioro social que causan. Las opciones de respuesta van desde «Un tanto cierto» que se puntúa siempre como 1, a «No es cierto» y «Absolutamente cierto» cuyas puntuaciones varían según el reactivo. El SDQ se ha empleado como instrumento de cribado en diversas poblaciones tanto general como clínica y ha demostrado una excelente consistencia interna y la buena validez de criterio en los Estados Unidos, Latinoamérica y Europa (Bourdon, et al., 2005; Brown, Wissow, Zachary & Cook, 2007; Cury & Golfeto, 2003; Felitlich & Goodman, 2001; Garcia-Cortazar, Mazaira, & Goodman, 2000; Goodman, Ford, Simmons, Gatward, & Meltzer, 2000). En esta investigación se utilizaron las versiones para padres y profesores. Para el momento del estudio, no existen datos de fiabilidad y validez para la población estudiada.

Escala para la evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH; Farré & Narbona, 1998). Es una escala para ser administrada a maestros o profesores. Consta de 20 ítems que se valoran con una escala de tipo Likert de 4 grados puntuables en 0 (nada), 1 (poco), 2 (bastante) o 3 (mucho). Después de ser analizados estos reactivos se desglosan en una escala global y 5 subescalas: Hiperactividad (H), Déficit de atención (DA), Trastornos de Conducta (TC), Hiperactividad con Déficit de Atención (H-DA) e Hiperactividad con Déficit de Atención y Trastorno de Conducta (H-DA-TC) (Muñoz, 2010; Poeta & Rosa, 2004). Los profesores responden de acuerdo a la frecuencia del comportamiento del niño, niña o adolescente en los últimos seis meses. Todas las subescalas tienen coeficientes de fiabilidad iguales o superiores a 0,90 (Farré & Narbona, 1998). De manera análoga los valores de la validez convergente de estas subescalas con los criterios del DSM-IV ya que muestra puntuaciones superiores a 0,75 y el nivel de correlación (correlación de Pearson) de las puntuaciones conseguidas por las informaciones aportadas por profesores en la EDAH fue de 0,61 (Capdevila-Brophy, Navarro-Pastor, Artigas-Pallarés, & Obiols-Llandrich, 2007). Se desconocen datos específicos para la población estudiada.

### Procedimiento

Se utilizó el juicio de expertos venezolanos en psicología, para que valoraran los instrumentos en contenido y forma. El proceso de selección de jueces atendió al grado de experticia en temas relacionados con niñez y adolescencia, además de, ser profesionales de la psicología con mínimo 5 años de experiencia. Colaboraron 2 jueces, la evaluación fue individual, es decir, cada experto respondía un cuestionario sobre preguntas relacionadas con

los instrumentos de recogida de datos. Las preguntas iban dirigidas a diferentes aspectos: claridad en la formulación de los ítems, pertinencia, lenguaje utilizado y adecuación de las consignas a las edades de aplicación. La investigadora se encargó de analizar las apreciaciones. Ambos instrumentos obtuvieron puntajes adecuados en cuanto a contenido y forma. Posteriormente, se escogieron diversas instituciones educativas y de protección para obtener la muestra de niños, niñas y adolescentes y se les informó sobre el estudio a realizar. Después de obtener su autorización, se seleccionó la muestra, y se entregó el consentimiento informado para la recogida de datos de los padres o tutores, en el caso del grupo normalizado. En cuanto al grupo de niños institucionalizados fue indispensable la autorización de las entidades de protección. Por último, se le entregó a cada niño de los colegios, el SDQ para que fuera respondido por sus padres; mientras que, a sus profesores se les facilitó el SDQ versión profesores y el EDAH. Los instrumentos del grupo de adolescentes en acogimiento residencial fueron entregados a sus profesores y cuidadores.

### Resultados

Como la distribución por sexo de ambos grupos fue idéntica, se examinaron las posibles diferencias respecto a la edad, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ( $t [220] = 1.954, p = 0.052, N.S.$ ). En relación al nivel escolar sí se encontraron diferencias, porque 38 (34.2 %) participantes del grupo institucionalizado estudiaban primaria y 73 (65.8 %) estudiaban secundaria, mientras que del grupo Control 18 preadolescentes y adolescentes (16.2%) cursaban estudios primarios y 93 (83.8 %) estudios secundarios. El análisis estadístico determinó que estas diferencias en la distribución de los participantes de ambos grupos eran significativas ( $\chi^2 [1] = 9.552, p = 0.002$ ).

Tabla 1. Comparación entre grupos respecto a los problemas evaluados mediante el SDQ Padres, SDQ Profesores y EDAH.

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

\* Diferencias significativas entre grupos.

En la tabla 1 se presentan las puntuaciones obtenidas por los participantes de cada grupo en las escalas correspondientes. En función del grupo de pertenencia se puede observar que hubo diferencias significativas en todas las variables menos la Conducta prosocial según la estimación de los profesores en el SDQ, y los Síntomas emocionales según la estimación de los padres y cuidadores

en la misma prueba. Las diferencias encontradas en todo momento fueron desfavorables para el grupo de niños y adolescentes que vivían en las instituciones, porque obtuvieron puntajes más elevados en todas las escalas de problemas. A la inversa, la puntuación del grupo Control fue superior en la escala de Conducta prosocial cuando los informantes son los padres y cuidadores.

Tabla 2. Comparación entre grupos (por sexo) respecto a los problemas evaluados mediante el SDQ Padres, SDQ Profesores y EDAH.

Escala	Sexo				F	p
	Femenino (N = 124)		Masculino (N = 97)			
	M	DT	M	DT		
SDQprof - Síntomas emocionales	2,24	1,96	2,32	1,62	0,050	0,824
SDQprof - Hiperactividad	3,52	2,68	4,28	2,16	10,633	0,001*
SDQprof - Prob. con compañeros	2,89	1,93	3,20	1,61	2,947	0,087
SDQprof - Conducta prosocial	7,07	2,03	6,85	2,01	10,570	0,001*

Esta tabla continúa en la siguiente página —>

Escala	Sexo				F	p
	Femenino (N = 124)		Masculino (N = 97)			
	M	DT	M	DT		
SDQprof - Problemas de conducta	2,51	2,36	2,77	1,99	0,730	0,394
SDQpad - Síntomas emocionales	1,77	1,97	2,06	1,83	0,902	0,343
SDQpad - Hiperactividad	3,34	2,59	4,00	2,27	2,086	0,150
SDQpad - Prob. con compañeros	2,47	1,69	2,97	1,85	1,626	0,204
SDQpad - Conducta prosocial	6,46	2,54	6,47	2,28	0,230	0,632
SDQpad - Problemas de conducta	2,16	2,07	2,47	2,33	0,161	0,689
EDAH - Hiperactividad	3,87	3,56	4,87	3,91	4,703	0,031*
EDAH - Déficit de atención	4,22	3,43	4,95	3,45	5,164	0,024*
EDAH - Trastornos de conducta	6,33	5,78	7,40	6,24	3,641	0,058

\* Diferencias significativas entre grupos.

Los resultados del análisis multivariado con respecto al factor sexo se exponen en la tabla 2. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las variables hiperactividad y prosocial según la información de los profesores a través del SDQ. Así mismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas del EDAH correspondientes a la hiperactividad y déficit de atención. En esta oportunidad, así como en ocasiones anteriores fue el grupo de participantes de sexo masculino los que alcanzaron índices más altos que los del sexo femenino en todas las variables de carácter clínico, mientras que mostraron mejores niveles de conducta prosocial.

La tabla 3 muestra las puntuaciones obtenidas por los participantes de los dos niveles escolares, primaria y bachillerato en las escalas valoradas en este apartado. Se puede comprobar que solo hubo diferencias significativas entre ambos niveles en la escala clínica de Síntomas emocionales, y la escala de Conducta prosocial, en ambos casos según la información aportada por los profesores de los participantes. Se observa que los niños, niñas y adolescentes de bachillerato obtuvieron puntajes superiores con respecto a los de primaria.

Tabla 3. Comparación entre grupos (por nivel escolar) respecto a los problemas evaluados mediante el SDQ padres, SDQ profesores y EDAH.

Escala	Nivel escolar				F	p
	Primaria (N = 56)		Bachillerato (N = 165)			
	M	DT	M	DT		
SDQprof - Síntomas emocionales	1,79	1,83	2,44	1,79	6,607	0,011*
SDQprof - Hiperactividad	3,98	2,64	3,81	2,44	0,128	0,721
SDQprof - Prob. con compañeros	2,85	1,73	3,08	1,83	1,339	0,248
SDQprof - Conducta prosocial	6,23	2,41	7,22	1,81	11,038	0,001*
SDQprof - Problemas de conducta	2,72	2,37	2,59	2,15	0,256	0,614
SDQpad - Síntomas emocionales	1,78	2,10	1,93	1,85	0,092	0,762
SDQpad - Hiperactividad	3,76	2,62	3,58	2,42	0,038	0,846

Escala	Nivel escolar					
	Primaria (N = 56)		Bachillerato (N = 165)		F	p
	M	DT	M	DT		
SDQpad - Prob. con compañeros	2,66	1,68	2,70	1,81	0,697	0,405
SDQpad - Conducta prosocial	5,73	2,80	6,71	2,23	1,683	0,196
SDQpad - Problemas de conducta	2,69	2,32	2,16	2,13	1,535	0,217
EDAH - Hiperactividad	4,92	4,16	4,10	3,58	0,688	0,408
EDAH - Déficit de atención	5,60	4,21	4,18	3,08	3,585	0,060
EDAH - Trastornos de conducta	7,86	7,30	6,44	5,46	1,096	0,296

\* Diferencias significativas entre grupos.

La tabla 4, recoge las puntuaciones del análisis multivariado de la interacción entre Grupo y Sexo. Se observa que exclusivamente existe interacción entre estos dos factores cuando se trata de la variable Déficit de atención de la Escala EDAH. Las puntuaciones más bajas las obtuvieron las adolescentes

del grupo Control. Para el resto de las variables no hubo interacciones significativas.

Tabla 4. Interacción Grupo x Sexo respecto a los problemas evaluados mediante el SDQ Padres, SDQ Profesores y EDAH.

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

\* Diferencias significativas entre grupos

Tabla 5. Interacción Grupo x Nivel educativo respecto a los problemas evaluados mediante el SDQ Padres, SDQ Profesores y EDAH.

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

\* Diferencias significativas entre grupos

En cuanto al análisis de la interacción Grupo por Nivel educativo, que se presenta en la tabla 5, las únicas interacciones que resultaron significativas corresponden a las escalas de Conducta prosocial. En ambos casos las puntuaciones más bajas las obtuvieron los participantes de primaria del grupo institucionalizado.

Por último, se presentan los resultados del análisis de la interacción entre los factores Grupo, Sexo y Curso. Se puede observar en la tabla 6 que no hubo efectos de

interacción para la mayoría de las variables, excepto en Problemas con compañeros, según la información de los profesores en el SDQ, y los Problemas de conducta, según la información de los padres y cuidadores con el mismo instrumento de medida. Las puntuaciones más altas en la escala de Problemas con compañeros la obtuvieron los adolescentes de enseñanza bachillerato del grupo institucionalizado, mientras que en Problemas de conducta los preadolescentes y adolescentes institucionalizados de primaria.

Tabla 6. Interacción Grupo x Nivel educativo x Sexo en los problemas evaluados mediante el SDQ Padres, SDQ Profesores y EDAH.

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

\* Diferencias significativas entre grupos

## Discusión

El objetivo principal del estudio fue comparar la información aportada por padres, profesores y cuidadores sobre el comportamiento problemático y los problemas emocionales de niños y adolescentes venezolanos institucionalizados y preadolescentes y adolescentes que conviven con sus familias.

Para ello se propusieron 6 objetivos específicos, donde los hallazgos más importantes se encontraron en el primero de ellos acerca de si *hay diferencias en los problemas de comportamiento en función del grupo de pertenencia*, ya que se puede constatar que, ciertamente, hubo diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de los problemas reportados tanto por padres como por profesores y cuidadores. En el caso de los profesores hubo diferencias en todos los problemas informados, excepto, en el comportamiento prosocial. En los reportes de padres o cuidadores se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables, salvo en los síntomas emocionales. Los niños, niñas y adolescentes en acogimiento institucional alcanzaron puntuaciones peores que el grupo control en todas las escalas de problemas, menos en el reporte de los padres y cuidadores acerca del comportamiento prosocial. Los problemas más relevantes reportados por los informantes fueron: síntomas emocionales, hiperactividad, problemas con los compañeros, problemas de conducta y déficit de atención.

Los problemas en diversas áreas del funcionamiento de los adolescentes que viven en acogimiento residencial en comparación con preadolescentes y adolescentes que viven con sus familias de origen han sido informados por estudios anteriores. A tal sentido, los resultados de Groza (1999) sugieren que los niños que han sido institucionalizados tienen más problemas de comportamiento que los niños de la muestra normalizada. Evidencias longitudinales previas han reportado en la evaluación de diferentes informantes que los niños que habían sido institucionalizados tenían puntuaciones más bajas en el desarrollo cognitivo, eran menos seguros y eran menos capaces de comprender las emociones que los niños criados por su familia (Vorria, et al., 2006). También son congruentes con resultados del estudio ERA señalados recientemente que indican altas tasas de problemas conductuales y emocionales en población in-

fanto-juvenil institucionalizada (Sonuga-Barke, Schlotz, & Kreppner, 2010).

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

Otra posibilidad para estos resultados en el comportamiento prosocial podría ser que los preadolescentes y adolescentes que viven en las instituciones como ya han experimentado pérdida, pueden tratar de evitar el abandono mediante el fortalecimiento de sus habilidades sociales. Se observa que aunque es importante para cada grupo de participantes, los informes reportan que el comportamiento prosocial es más significativo para los niños, niñas y adolescentes que viven con sus padres, probablemente porque cuentan con más redes de apoyo o porque las redes de apoyo disponibles son diferentes. Los resultados guardan similitud con los estudios que indican que el comportamiento prosocial puede desarrollarse en la más adversa de las condiciones sociales (Aguilar-Vafae

Roshani, Hassanabadi, Masoudian, & Afruz, 2011; Macfie et al., 1999; Reinoso & Forns, 2010).

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

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

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

Otra alternativa válida puede ser que tanto los padres como los cuidadores y profesores tienen una base amplia para analizar el comportamiento la que va a depender de sus experiencias individuales y sus habilidades sociocognitivas, por lo que se esperan diferencias en sus juicios sobre el comportamiento de los niños, niñas y adolescentes, explicación congruente con los estudios de Cole et al. (2000). Esta falta de

concordancia entre los informes también pudiera ser por los diferentes sesgos que se manifiestan según el tipo de fuentes: padres, cuidadores o profesores.

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

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

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

La respuesta a la pregunta sobre *si existen efectos de interacción entre el grupo y el sexo*, se observa que exclusivamente hay en las escalas de déficit de atención. En este caso, los niveles eran muy similares en todos los participantes, salvo

las adolescentes no institucionalizadas, que presentaban las mejores puntuaciones. Conclusiones que difieren de los resultados de Janssens y Deboutte (2009).

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

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

Los resultados en el SDQ de Goodman (1997), indican que sí hay diferencias entre ambos grupos, en un número apreciable de variables. Las diferencias son aún más claras si se considera el EDAH, ya que este es un instrumento específico para la evaluación del déficit de atención, hiperactividad y trastornos de conducta perturbadora.

Teniendo en cuenta los resultados expuestos y considerando los informes de los padres, profesores y cuidadores, los niños, niñas y adolescentes institucionalizados

presentan mayor nivel de problemas de comportamiento y problemas emocionales que los preadolescentes y adolescentes que conviven con sus familias.

En cuanto a las principales limitaciones del estudio está el hecho de la naturaleza transversal de la investigación, por lo tanto, los resultados no deben ser interpretados en términos evolutivos. Tampoco se puede saber si las diferencias encontradas pueden ser atribuidas a la institucionalización en centros de bienestar infantil o a las condiciones previas a la institucionalización vividas por los propios menores (orfandad, abandono, maltrato...). Además, por la propia naturaleza de las instituciones y las dificultades derivadas de las normativas de protección, resultó imposible acceder a datos individuales sobre la permanencia de los niños en las instituciones en las que estaban acogidos, sus situaciones particulares y de vida previas a su ingreso (p.ej., nivel socioeconómico o educativo de sus padres o familias de origen). En futuros estudios deberá considerarse el peso o importancia que las características específicas de los niños, cuidadores y centros de protección pueden tener en relación con la problemática psicológica detectada. Además, como muchos de estos grupos de niños vulnerables pueden haber sido expuestos tanto a traumas agudos como a adversidades crónicas, es necesario tener precaución al interpretar la presencia de una amplia gama de problemas emocionales y de conducta. Por lo tanto, es recomendable la combinación del SDQ con otras medidas (Vostanis, 2006). Finalmente, la falta de puntos de corte para población venezolana, impide detectar con los instrumentos utilizados la existencia o no de trastornos o síndromes clínicos, y ofrecer la prevalencia de los mismos, de forma que pueda ser analizada en relación con otras poblaciones.

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

Este estudio evidencia que los niños y adolescentes institucionalizados en centros de bienestar infantil o en

entidades de atención (acogimiento residencial) en Venezuela, presentan más problemas de comportamiento de todo tipo (internalizado, externalizado y mixto) que los encontrados en la población general. También muestran una peor situación académica y menores competencias psicosociales. Con independencia de que los problemas detectados sean consecuencia de la propia institucionalización, o resultado de las condiciones que llevaron a su acogimiento residencial, deberían recibir una mayor atención por parte de las entidades y autoridades responsables.

## Referencias

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/ adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- Aguilar-Vafaie, M., Roshani, M., Hassanabadi, H., Masoudian, Z., & Afruz, G. (2011). Risk and protective factors for residential foster care adolescents. *Children and Youth Services Review*, 33, 1-15.
- Bourdon, K.H., Goodman, R., Rae, D.S., et al. (2005). The strengths and difficulties questionnaire: U. S. normative data and psychometric properties. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44, 557-564.
- Bravo, A., & Del Valle, J. (2009). *Intervención socioeducativa en acogimiento residencial*. Santander: Gobierno de Cantabria. España.
- Brown, J. D., Wissow, L. S., Zachary, C., & Cook, B. L. (2007). Receiving advice about child mental health from a primary care provider: African American and Hispanic parent attitudes. *Medical Care*, 45, 1076-82.
- Capdevila-Brophy, C., Navarro-Pastor, J. B., Artigas-Pallarés, J., & Obiols-Llandrich, J. (2007). Complicaciones obstétricas y médicas en el trastorno de déficit atencional/hiperactividad (TDAH): ¿Hay diferencias entre los subtipos? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 679-695.
- Cole, D. A., Hoffman, K., Tram, J. M., & Maxwell, S. E. (2000). Structural differences in parent and child reports of children's symptoms of depression and anxiety. *Psychological Assessment*, 12, 174-195.
- Cury, C., & Golfeto, J. (2003). Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 139-145.
- De la Peña, O. (2000). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 43, 243-244.
- Farré, A., & Narbona, J. (1998). *EDAH, Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. (4<sup>th</sup> ed.). Madrid, Spain: TEA Ediciones, S. A.
- Felitlich, B., & Goodman, R. (2001). Social factors associated with child mental health problems in Brazil: Cross sectional survey. *British Medical Journal*, 323, 599-600.
- Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (1993). The structure, stability and correlations of the trait components of conduct disorder, attention deficit and anxiety/withdrawal report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 749-766.
- Fernández del Valle, J. (2003). Acogimiento residencial: ¿innovación o resignación? *Infancia y Aprendizaje*, 26, 365-379.
- García-Cortázar, P., Mazaira, J. A., & Goodman, R. (2000). The initial validation study of the Gallego version of the strengths and difficulties questionnaire. *Revista de Psiquiatria Infanto-Juvenil*, 2, 95-100.
- Giammaría, G. (2010). *Análisis de la exclusión social de la infancia y juventud en Colombia (el caso de Cartagena de Indias): respuestas alternativas desde el ámbito institucional*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38, 581-586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791-799.
- Goodman, R., Ford, T., Corbin, T., & Meltzer, H. (2004). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen

- looked-after children for psychiatric disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(2), II25-II31.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177, 534-539.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The strengths and difficulties scale: A pilot study on the self-report version. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 125-130.
- Goodman, R., & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: Is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 17-24.
- Groza, V. (1999). Institutionalization, behavior and international adoption. *Journal. Immigrant Health*, 3, 133-143.
- Janssens, A., & Deboutte, D. (2009). Screening for psychopathology in child welfare: The strengths and difficulties questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA). *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 691-700.
- Kazdin, A. E. (1979). Situational specificity: The two-edge sword of behavioral assessment. *Behavioral Assessment*, 1, 57-75.
- Macfie, J., Toth, S. L., Rogosch, F. A., Robinson, J., Emde, R. N., & Cicchetti, D. (1999). Effect of maltreatment on preschoolers' narrative representations of responses to relieve distress and of role reversal. *Developmental Psychology*, 35, 460-465.
- Muñoz, L. (2010). *Generación y seguimiento de reglas en niños con problemas de atención y comportamiento perturbador*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. España.
- Muris, P., & Maas, A. (2004). Strengths and difficulties as correlates of attachment style in institutionalized and non-institutionalized children with below-average intellectual abilities. *Child Psychiatry and Human Development*, 34(4), 317-328.
- Poeta, L. S., & Rosa, N. (2004). Epidemiological study on symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Behavior Disorder in public schools of Florianopolis/SC using the EDAH. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 150-5.
- Reinoso, M., & Forns, M. (2010). Stress, coping and personal strengths and difficulties in internationally adopted children in Spain. *Children and Youth Services Review*, 32, 1807-1813.
- Revuelta, E. (2011). *Los usos de la inclusa de Madrid, mortalidad y retorno a principios del siglo XX (1890-1935)*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. España.
- Sonuga-Barke, E. J., Schlotz, W., & Kreppner, J. (2010). Differentiating developmental trajectories for conduct, emotion, and peer problems following early deprivation. In M. Rutter, et al. (Eds.), *Deprivation specific psychological patterns: effects of institutional deprivation* (pp.102-124). *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 75 (1).
- Steinberg, L., & Morris, A. S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83-110.
- Stevens, S. E., Sonuga-Barke, E. J. S., Kreppner, J. M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E. et al. (2008). Inattention/overactivity following early severe institutional deprivation: presentation and associations in early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 385-389.
- Unicef. (2010). *At Home or in a Home - Formal care and adoption of children in Eastern Europe and Central Asia*. Geneva: Unicef Regional Office for Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States (CEE/CIS).
- Verhulst, F. C., & Akkerhuis, G. W. (1989). Agreement between parents' and teachers' ratings of behavioural/emotional problems of children aged 4-12. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 123-136.
- Vorria, P., Papaligoura, Z., Sarafidou, J., Kopakaki, M., Dunn, J., Van IJzendoorn, M. H. & Kontopoulou, A. (2006). The development of adopted children after institutional care: A follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1246-1254.
- Vostanis, P. (2006). Strengths and Difficulties Questionnaire: research and clinical applications. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 367-372.