



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

**DIFERENCIAS EN AUTOESTIMA,
AUTOEFICACIA Y SATISFACCIÓN VITAL EN
ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS Y
ADOLESCENTES EN CONTEXTOS SOCIALES DE
RIESGO**

Autor: Cristina Pérez Tabuenca
Directora Profesional: Amaia Halty Barrutieta
Tutor Metodológico: David Paniagua Sánchez

Madrid
Mayo 2016



**DIFERENCIAS EN AUTOESTIMA, AUTOEFICACIA Y SATISFACCIÓN VITAL EN
ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS Y ADOLESCENTES EN CONTEXTOS
SOCIALES DE RIESGO**

Cristina
Pérez
Tabuenca

INDICE

Resumen/Abstract.....	Pág 4
Introducción	Pág 5
Método	Pág 12
Participantes	Pág 12
Instrumentos.....	Pág 14
Procedimiento	Pág 15
Resultados.....	Pág 16
Discusión	Pág 18
Referencias	Pág 23

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue estudiar las diferencias en autoestima, autoeficacia y satisfacción vital entre dos grupos de adolescentes en función de su lugar de residencia (institución/situación familiar de riesgo), sexo y presencia o ausencia de discapacidad intelectual. La muestra estuvo compuesta por 20 adolescentes (13 hombres y 7 mujeres), con edades comprendidas entre 14 y 17 años. El 50% de la muestra presentaba diagnóstico de Discapacidad Intelectual. Se utilizaron las adaptaciones españolas de la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE), la Escala de Autoeficacia Generalizada (GSES) y la Escala de Satisfacción Vital (SWLS). La prueba paramétrica t de Student para muestras relacionadas no mostró diferencias significativas en función del sexo en ninguna de las variables estudiadas. Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas entre los grupos en función del lugar de residencia en las medidas de autoeficacia y satisfacción vital (mayor puntuación en ambas variables en los menores institucionalizados). Además, el grupo de menores sin diagnóstico de discapacidad intelectual obtuvo mayores puntuaciones en autoestima y autoeficacia que aquellos que residen en un hogar infantil estatal. No se obtuvieron diferencias significativas en satisfacción vital en función de la presencia o ausencia de discapacidad intelectual. Se discuten las posibles actuaciones que pueden llevar a cabo los órganos competentes con el fin de elaborar programas que aumenten los niveles de autovaloración citados en los adolescentes con características similares a los participantes de este estudio.

Palabras clave: autoestima, autoeficacia, satisfacción vital, adolescencia, institucionalización, contexto social de riesgo.

ABSTRACT

The aim of this study was to examine differences in self-esteem, self-efficacy and life satisfaction between two groups of adolescents according to their place of residence (institution / family risk), gender, and presence or absence of intellectual disability. The sample consisted of 20 adolescents (13 males and 7 females), aged between 14 and 17 years. 50% of the sample had a diagnosis of intellectual disability. the Spanish adaptations of the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE), Generalized Self-Efficacy Scale (GSES) and Life Satisfaction Scale (SWLS) were used. Parametric Student t test for paired samples showed no significant differences by gender in any of the variables studied. The results show significant differences between the groups depending on the place of residence on measures of self-efficacy and life satisfaction (highest score in both variables in institutionalized children). In addition, the group of children without intellectual disability diagnosis obtained higher scores on self-esteem and self-efficacy than those living in a state children's home. No significant differences in life satisfaction depending on the presence or absence of intellectual disability were obtained. possible actions that can be performed by the competent bodies in order to develop programs that increase levels of self-worth cited in adolescents with similar characteristics participants in this study are discussed.

Key words: self-esteem, self-efficacy, life satisfaction, adolescence, institutionalization, social context of risk.

El término *institucionalización* hace referencia a una medida de protección por parte de la Administración Estatal que conlleva la separación del niño de sus progenitores, de tal manera que permanecer en su casa no siga constituyendo un riesgo para su integridad (Benavides & Miranda, 2007; Gómez, Muñoz & Haz, 2007; Ison & Morelato, 2008; Muñoz, Gómez & Santamaría, 2008).

Durante la época franquista española, la acción social relativa a la protección de menores se vio reforzada a través de la creación de una red propia de instituciones y centros de acogida en el país. En ellos, se amparaba tanto a niños huérfanos como a aquellos procedentes de familias inmersas en situaciones de extrema pobreza y/o con graves carencias.

Según Hernández Sánchez del Río (2008), "la familia constituye el núcleo de socialización primario más influyente en la formación de una imagen particular de sí mismo, del mundo y de los demás, de acuerdo con la calidad de la oferta de estímulos, la satisfacción de las necesidades físicas y emocionales, la seguridad percibida, etc" (p 28). Sin embargo, por diversas y adversas circunstancias psicológicas y/o socioculturales, son bastantes las familias que ofrecen un modelo de referencia muy alejado de este ideal, procurando a los hijos una serie de obstáculos que, muchas veces, les impedirán el logro de aquella personalidad y repertorio conductual conformes con las expectativas del grupo social (Domingo, 2003). En consecuencia, los Servicios Sociales intervienen en aquellas familias que poseen las características que nombran estos autores, ya que tienen repercusiones negativas en el desarrollo del menor. Estas dificultades pueden manifestarse a diferentes niveles (físico, intelectual, cognitivo, relacional) y en distintas esferas de la vida (escolar, social, laboral, relacional), y dificultan la adaptación normalizada del menor en el mundo, con las consecuencias psicopatológicas que ello puede implicar.

Así, diversos estudios (Sainero, Bravo, & Del Valle, 2014; Sempik, Ward, & Darker, 2008) han demostrado que los niños institucionalizados son mucho más vulnerables al abandono, la explotación y el daño psicológico que niños que se desarrollan bajo condiciones normalizadas. Este colectivo, tal y como recoge Save the Children (citado en Ayllon, Orjuela & Román, 2011), presenta dificultades relacionadas con las interacciones sociales en general y con desconocidos en particular, con la toma de decisiones, la autonomía y la individualidad.

Además, son niños en los que se evidencia tanto una autoestima profundamente dañada como un coeficiente intelectual menor que aquellos que crecieron en su hogar familiar o con padres adoptivos (Ayllon, Orjuela, & Román, 2011).

La diversidad evolutiva observada en niños que parten de las mismas experiencias se fundamenta en que el desarrollo es el resultado de la interacción entre los factores de riesgo y de protección de la persona con el entorno y las experiencias que se suceden a lo largo de la vida (Lemos, 2003). Por factores de riesgo se entiende el conjunto de factores que incrementan la probabilidad de expresión y manifestación de un trastorno; frente a ellos, los de protección amortiguan o disminuyen la posibilidad de aparición de dificultades (Sainero, 2014).

El contexto familiar en el que existen situaciones de violencia entre los miembros constituye el ambiente de crianza más adverso posible para la promoción de un desarrollo ajustado y exitoso (Cicchetti & Valentino, 2006). Así, son numerosas las investigaciones que han estudiado las relaciones existentes entre las experiencias de maltrato familiar en la infancia y la aparición de psicopatología y problemas en el desarrollo evolutivo posterior (Kreppner et al., 2007; McAuley & Davis, 2009; Milburn, Lynch, & Jackson, 2008; Reams, 1999; Sawyer, Carbone, Searle, & Robinson, 2007; Stahmer, et al., 2005). A través de diferentes estudios, se ha demostrado que las situaciones vitales adversas como abuso sexual, maltrato físico y emocional o violencia familiar, entre otros, constituyen un grave problema para la salud mental de menores y adolescentes, ya sean éstos testigos o víctimas de las mismas (Fantuzzo & Mohr, 1999; Kitzmann, Gaylord, Holt & Kenny, 2003).

En este sentido, cabe destacar que los factores relacionados con la violencia física y/o psicológica por parte de los progenitores a los propios hijos no actúan en solitario como únicos factores de riesgo en el desarrollo de psicopatologías en el infante. Variables como la confluencia entre distintos tipos de negligencia (emocional, afectiva, física, intelectual, económica, social.....) y las dinámicas relacionales disfuncionales y desadaptativas, tanto dentro como fuera del sistema familiar, constituyen igualmente un factor de riesgo determinante en la aparición de sintomatología física y psicológica en los miembros que la conforman. Por ejemplo, la experiencia de diferentes tipos de maltrato y la consiguiente situación de desamparo en un niño puede tener unos efectos perniciosos para su desarrollo evolutivo (Llanos, 2013).

Manso (2005) realiza una revisión sobre los estudios que mencionan las consecuencias psicológicas y comportamentales del maltrato infantil. En ellos, se mencionan consecuencias tales como: alteraciones de conducta, sintomatología de hiperactividad, baja autoestima, intentos de suicidio, actitudes defensivas, sintomatología depresiva, retrasos en el desarrollo, incompetencia en el funcionamiento social y en el reconocimiento e identificación de las emociones (miedo, disgusto, felicidad, tristeza, rabia, ...) de los otros a través de la expresión facial, participación en acciones delictivas, reacciones de agresividad verbal y física, deficiencias en el empleo del lenguaje común, incapacidad para abstraer y generalizar los conceptos, trastornos del habla, etc.

Relacionado con lo anterior, también se ha estudiado cómo el maltrato emocional y la negligencia en etapas tempranas del desarrollo influye en periodos posteriores de la infancia, adolescencia y edad adulta. Estudios como el de Glaser (2002) han puesto de manifiesto que las personas que viven este tipo de situaciones presentan una mayor tasa de trastornos emocionales (como baja autoestima, ansiedad o estrés), desórdenes conductuales (como irresponsabilidad, oposicionismo y comportamientos antisociales), bajo desempeño y ausentismo escolar, agresividad y/o aislamiento social, que la población general.

A lo largo de los años, la institucionalización (también denominada acogimiento o cuidado residencial, cuidado institucional, medida de abrigo u hogar de protección, entre otras) se ha considerado una alternativa de actuación en materia de protección social infantil. Así, en el artículo 11.2 de la ley orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, se refleja el principal objetivo que persiguen los órganos competentes en materia de protección a la infancia: la supremacía del interés del menor. Es por ello que los servicios de protección a la infancia deberían dirigir sus esfuerzos a buscar la integración del niño en un contexto familiar estable y seguro en el menor tiempo posible, siempre que sea éste el mayor beneficio para el niño o la niña (Llanos, 2013).

A pesar de que estas medidas de protección del menor surgen en los años 30, no fue hasta el año 1977 cuando el Consejo de Europa abordó en nuestro país los aspectos relacionados con las necesidades psicológicas, afectivas, intelectuales y sociales de los niños.

Tal y como se desprende de la teoría del apego de Bowlby, los vínculos de apego tempranos con padres o sustitutos paternos son determinantes en el desarrollo de la personalidad y de la salud mental del infante (Marrone, Diamond & Juri, 2009). Estudios como los de Burlingham y Freud (citado en Marrone, Diamond & Juri, 2009) ponen en evidencia que la privación de cuidado, apoyo y soporte suficientes por parte de la figura de referencia o sustitutos de ésta producen déficits en el niño y condicionan el desarrollo de la personalidad del mismo de manera negativa, independientemente de si dichas figuras están presentes o no (Marrone, Diamond & Juri, 2009), y de si las necesidades fisiológicas básicas están cubiertas.

Tal y como afirma Rutter (1987), la privación materna incluye carencias a nivel perceptivo, social, biológico o emocional, además de las situaciones en las que un niño no tiene o ha perdido un vínculo seguro con su cuidador principal. De esta manera, en la historia de los individuos con serios problemas psicológicos, generalmente aparecen perturbaciones o trastornos de los vínculos de apego con las figuras significativas y existe disfunción familiar (Marrone, Diamond & Juri, 2009).

Diferentes estudios (Benavides & Miranda, 2007; Gómez, Muñoz & Haz, 2007; Ison & Morelato, 2008; Muñoz, Gómez & Santamaría, 2008; Fuertes, 1992; Fuertes & Sánchez, 1990) consideran que la institucionalización puede ser una medida de protección adecuada y beneficiosa para el menor que bajo ella se encuentra. Por un lado, porque el permanecer en el hogar familiar puede suponer un riesgo para la integridad de sí mismo. Y, por otro, porque la institución puede satisfacer las funciones básicas principales para el desarrollo del niño que hasta ese momento pueden haber sido ignoradas o insatisfechas por carencia de recursos en el contexto de desarrollo temprano. Frente a dichas investigaciones, existen otros estudios que rechazan completamente dicha medida por suponer consecuencias negativas en el desarrollo de los menores afectados por la misma. Entre otros, Barudy y Dantagnan (2005) nombran las condiciones institucionales que impiden otorgar un sentimiento de familiaridad o un modelo de padre o madre para el futuro de los niños que residen en recursos de protección, como pueden ser: las malas condiciones laborales de los educadores, la violencia institucional, los modelos que privilegian la "domesticación educativa" y la rotación permanente de los adultos que se ocupan de los niños.

Este último factor puede vivirse como una repetición de la relación de apego con la figura de referencia en la infancia, lo que puede aumentar los problemas de vinculación ya existentes por las carencias anteriormente nombradas (Barudy & Dantagnan, 2005).

El planteamiento de Potter (Potter & Wetherell, 1987) aporta elementos muy enriquecedores al debate sobre el papel de las instituciones en la atención a la infancia, ya que es cierto que la crítica a los centros ha sido, en muchos casos, exagerada en algunos aspectos. Los efectos que la investigación ha demostrado sobre la institucionalización en los niños se han generalizado excesivamente, sin tener en cuenta que las condiciones infrahumanas de muchos de los centros donde se realizaron dichos estudios no son condiciones conaturales a la institución (Fuertes, 1992). De la misma manera, los estudios que muestran que la atención en colectividad posee efectos negativos en los menores, tampoco miden ni diferencian qué tipos de problemas tienen que ver con la situación de privación o distorsión en las relaciones vividas en su familia, y cuáles se deben a la institucionalización (De Roda & Fuertes, 1992).

En contraposición a estas investigaciones, los estudiosos del campo se han empezado a interesar recientemente en la manera en que un lugar de residencia, diferente al hogar familiar de origen, puede suponer una experiencia positiva en el desarrollo del niño. Las condiciones de atención y estimulación proporcionadas por las instituciones que albergan a menores son enriquecedoras y saludables, y las experiencias de convivencia y de relación pueden resultar muy positivas y reparadoras para los mismos.

La vida en un grupo de iguales proporciona experiencias positivas que promueven la formación y mantenimiento de relaciones con otros compañeros y adultos; desarrolla sentimientos de formar parte de un grupo, donde el adolescente se siente útil y unido a sus iguales; enseña a tomar decisiones en grupo, valores y patrones de conducta positivos, etc (Fernández del Valle, Álvarez & Fernánz, 1998).

En un primer momento, la institución puede ser beneficiosa por proporcionar una función de respiro, emergencia y acogida para el niño y sus familiares, adaptándose a la multiplicidad y diversidad de necesidades y circunstancias que les rodean. Además, el ofrecer una atención terapéutica y educativa adecuada a los menores con graves trastornos comportamentales, intelectuales y sociales a través de la presencia de referentes adultos sólidos que acompañan y apoyan en la vida cotidiana puede repercutir positivamente en la preparación a la independencia que desde este tipo de medidas se trabaja (Zurita, 1992).

Los datos publicados por el Observatorio de la Infancia en 2013 muestran que, hasta la fecha del último Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia de ese mismo año, hay 29.291 menores en régimen de protección por parte del Estado Español. Este colectivo es acogido en una amplia red de recursos asistenciales (hogares infantiles, centros terapéuticos, pisos tutelados, etc) donde desarrollan sus vidas atendidos por profesionales designados por la administración u otras organizaciones, fundaciones y asociaciones relacionadas con el ámbito de atención a la infancia y adolescencia. Los servicios competentes en la materia de protección del menor son los encargados de detectar la imposibilidad en las familias para lograr un desarrollo vital saludable y positivo en el menor en caso de mantenerse en el hogar familiar. Derivado de este análisis, la administración estatal lleva a cabo medidas de tutela o guarda con dichos menores.

En Madrid, la Red de Residencias Infantiles contó con 1.579 plazas residenciales en 2014, en las que fueron atendidos 1.921 menores. Del total de plazas disponibles, 244 fueron destinadas a menores con discapacidad, trastornos de salud mental y trastornos de conducta, según los datos obtenidos de la memoria de actividades del Instituto Madrileño de la Familia y el Menor de la Comunidad de Madrid en 2014.

Todos estos datos están en consonancia con los estudios realizados con población institucionalizada, los cuales ponen en evidencia las graves consecuencias a nivel cognitivo, psicológico, social... que tiene para el menor convivir en un contexto familiar o social de riesgo. Las graves carencias y/o la falta de estimulación en etapas tempranas del desarrollo provocan déficits a nivel intelectual y cultural que se traducen a menudo en diagnósticos de discapacidad intelectual (límite/ligera o moderada) en la infancia o durante la adolescencia.

Dicha discapacidad puede guardar relación con el retraso emocional y estimular derivado de su lugar de origen y residencia, más que por problemas a nivel bioquímico cerebral que les impidan o dificulten el aprendizaje de conocimientos académicos y de diversa índole. Los miembros de familias en riesgo de exclusión social (bajo nivel socioeconómico, conflictivas, agresivas, con escaso apoyo social y familiar, relaciones frías y negligentes) tienen más probabilidad de contraer enfermedades físicas, abuso de drogas y sustancias neuroactivas y disfunciones emocionales y de la capacidad para relacionarse socialmente. Este perfil biológico y comportamental supone un mayor riesgo para la aparición de trastornos mentales, enfermedades crónicas y mortalidad temprana en los niños criados bajo estas condiciones (Repetti, Taylor & Seeman, 2002).

En etapas caracterizadas por la formación y consolidación de la identidad, como es la adolescencia, estos chicos procedentes de familias disfuncionales y negligentes podrían tener una mayor probabilidad de mostrar dificultades en la autopercepción de sí mismos. Los síntomas a través de los cuales se manifiestan estos aspectos pueden ser muy variados y particulares, pudiendo llegar a tomar forma de trastornos depresivos, de ansiedad y de conducta alimentaria, entre otros, e, incluso pueden empezar a exteriorizar, en dicha etapa del desarrollo, síntomas de trastornos mentales graves como esquizofrenias, trastornos bipolares y trastornos de personalidad.

Frente a este enfoque de la institucionalización como un factor de riesgo en el desarrollo del menor, diferentes investigaciones han enumerado los mecanismos de compensación (factores de protección) que permitirían un desarrollo o evolución favorable (ausente de sintomatología) a pesar de las condiciones adversas a las que hace frente esta población. Desde el marco de los niños y jóvenes del sistema de protección, debería promoverse el fomento y desarrollo de las habilidades sociales, la autoestima y la autoeficacia (generalmente deficitarias en este grupo), ya que son considerados elementos que "protegen" de la aparición de dificultades clínicas (Gilligan, 1999; Rutter, 1987). Lo mismo sucede con la existencia de una red estable de apoyo (Masten, Best & Garmezy, 1990) y con el éxito escolar (Gilligan, 2000). Todas estas variables deberían formar parte del trabajo psicoeducativo que se realice en los hogares de acogida (Del Valle, Sainero, & Bravo, 2011).

Por lo tanto, en el marco del acogimiento residencial sería necesario prestar especial atención a los factores de protección de los niños y adolescentes con una mayor vulnerabilidad para quienes la experiencia protectora (ya de por sí un potencial factor de riesgo) puede suponer la condición que precipite la aparición de dificultades, alteraciones o trastornos que exigirían una intervención específica (Sainero, 2014).

De esta forma, evaluar variables como la autoestima, la autoeficacia y la satisfacción vital, como se pretende en el presente trabajo, se vuelve fundamental ya que dichos aspectos se encuentran relacionados con la percepción que todo individuo hace de sí mismo, y tienen una carga afectiva evidente, por tratarse de conceptos relativos a la forma de percibir y valorar distintos aspectos personales. Ello hace que resulte interesante analizar las relaciones que tienen estos tres aspectos autovalorativos con el hecho de vivir en una institución o en el hogar familiar, el sexo y la presencia o ausencia de discapacidad intelectual. Especialmente en un periodo como la adolescencia, en el que chicos y chicas tendrán que hacer frente a diversos cambios y tareas evolutivas que repercutirán en la percepción que tienen de sí mismos (Havighurst, 1972).

La autoestima puede considerarse como uno de los más potentes predictores del grado de ajuste psicológico durante la adolescencia y la adultez (Parra, Oliva, & Sánchez-Queija, 2004). Tal y como muestra la bibliografía existente, la autoestima es considerada como un aspecto evaluativo del autoconcepto basado en la percepción global que el individuo tiene de su persona (Rosenberg, 1986). Una autoestima positiva facilita un buen ajuste psicológico, lo que a su vez favorece la adaptación social y puede mediar en la prevención de determinadas conductas de riesgo (Reina, Oliva & Parra, 2010).

Mientras que la autoestima es la valoración personal, la autoeficacia tiene que ver con la percepción que tiene un individuo acerca de su propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones necesarias para conseguir un objetivo (Reina, Oliva & Parra, 2010). No obstante, existen razones para pensar que ambos aspectos guardan relación entre sí: el sentimiento de autoeficacia va a influir en el grado de implicación y persistencia del sujeto en la realización de tareas de cierta complejidad. A su vez, la presencia de esas variables afectará en la consecución del objetivo propuesto y en la autoestima del sujeto (Schunk & Meece, 2006). La autoeficacia también se relacionaría con la satisfacción vital ya que contribuye al logro de los objetivos personales con el consiguiente bienestar (Brannon, 2001).

Finalmente, la satisfacción vital refleja el bienestar subjetivo personal o el grado en que un individuo valora de forma favorable su calidad de vida (Veenhoven, 1995), por lo que ha sido considerado como el componente cognitivo del bienestar psicológico. En etapas como la infancia y la adolescencia, se ha relacionado con indicadores de funcionamiento adaptativo (Huebner, 2004). En cierta medida, esta satisfacción con la propia vida es el resultado de una combinación entre la percepción que tiene el sujeto de sí mismo y de su entorno a nivel micro y macrosocial, por lo que algunas variables como la autoestima y algunos rasgos de la personalidad están en la base de la satisfacción vital (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

Existe falta de consenso acerca de la relación que tienen estas autovaloraciones con el género en la adolescencia. En varios estudios (Chabrol et al., 2004; Walker, 2000) se ponen de manifiesto menores puntuaciones en autoestima en mujeres. Por otro lado, diferentes investigaciones (Goldbeck, Schmitz, Besier, Herschbach, & Herich, 2007) ponen en evidencia mayores puntuaciones de autoeficacia y satisfacción vital en los varones. La disparidad observada en los resultados obtenidos puede ser consecuencia de la utilización de diferentes medidas utilizadas para la evaluación de las variables y de los tramos de edad analizados (Reina, Oliva & Parra, 2010).

El objetivo de esta investigación es observar las diferencias en los tres niveles de autoevaluación citados anteriormente (autoestima, autoeficacia y satisfacción vital) en dos grupos de adolescentes en función del lugar en el que residen, el sexo y la presencia o ausencia de discapacidad intelectual. Por un lado, se espera encontrar que las carencias afectivas, emocionales, sociales, intelectuales... que muestran los menores que viven en el sistema de protección se reflejen en menores puntuaciones en las variables mencionadas que los adolescentes del otro grupo. Por otro lado, se espera contrastar las diferencias en estos tres aspectos autovalorativos entre hombres y mujeres en la adolescencia, con el fin de esclarecer los datos obtenidos hasta el momento por las investigaciones anteriormente nombradas. Por último, se espera que la presencia de discapacidad intelectual en los menores se relacione de manera negativa con las puntuaciones en autoestima, autoeficacia y satisfacción vital.

MÉTODO

Participantes

Los participantes de este estudio fueron 20 menores de edad residentes en la Comunidad de Madrid, de los cuales 7 eran mujeres (35%) y 13 varones (65%). Los Servicios Sociales de la Comunidad están implicados en todos los casos que forman la muestra de este estudio, tanto a nivel individual como familiar, por tratarse, por una parte, de adolescentes protegidos por el Instituto del Menor de la Comunidad de Madrid a través de regímenes de guarda y tutela y, por otra, por vivir éstos en unos contextos de riesgo de exclusión social.

Las edades fluctuaron entre 14 y 17 años, siendo la media de 15 años y 9 meses y la desviación estándar de 0,968. Las frecuencias de edad para la muestra total fueron las siguientes: 14 años (5%), 15 años (35%), 16 años (25%) y 17 años (35%). El 50% de la población estudiada residía en un recurso de protección de la Comunidad de Madrid (Hogar Infantil) y el 50% restante vivía en su hogar familiar de origen.

La mitad de la muestra (50%) contaba con un diagnóstico de discapacidad intelectual y la otra mitad no disponía de Certificado de Discapacidad Intelectual en el momento del estudio.

De los 10 participantes que residían en un Hogar Infantil en la Zona Sur de Madrid especializado en trastornos de conducta y discapacidad, la proporción de mujeres fue de un 20% (2) y la de hombres de un 80% (8). La media de edad en este grupo fue de 15 años y 8 meses (teniendo el menor de ellos 14 años y el mayor 17 años). Tres chicos y dos chicas están diagnosticados de discapacidad intelectual ligera (50% del total de participantes) y viven en el recurso desde hace, mínimo, 3 años. La Comunidad de Madrid ejerce una medida de protección de tutela en 7 de ellos y de guarda en los 3 restantes.

De los 10 sujetos residentes en el Hogar, seis de ellos cursaban diferentes cursos de Educación Secundaria Obligatoria en Institutos Públicos de la Comunidad de Madrid, uno cursaba un PCPI y los otros tres acudían un colegio de Educación Especial de la zona sur de Madrid, en el momento de la realización del estudio.

En el grupo de 10 menores que residen en su hogar familiar en contextos sociales de riesgo, la proporción de mujeres y hombres fue idéntica (50% mujeres y 50% hombres). La media de edad de este grupo fue de 16 años, teniendo el menor 15 años y el mayor de ellos 17. Dentro de este grupo, la proporción de presencia de discapacidad intelectual fue igualmente del 50%. La presencia de Discapacidad Intelectual afectaba a 2 mujeres y 3 varones en este grupo.

La Asociación Centro Trama trabaja con este grupo de menores a través de un programa gestionado por la Comunidad de Madrid. Dicho proyecto pretende ofertar apoyo y seguimiento educativo a los adolescentes protegidos que no se adaptan al sistema de atención residencial convencional o que se encuentren en situaciones de riesgo o conflicto social, en fases previas a las medidas de protección.

Esta asociación se dedica a la inclusión social y laboral de personas en riesgo de exclusión social. Algunos de los menores que participaron en el estudio residen en el hogar familiar con sus familias de origen, otros en hogares de la familia extensa y otros se encuentran sin hogar. Diariamente, concretan encuentros con sus educadores de referencia que se desplazan al lugar en el que ellos se encuentren para realizar actividades relacionadas con su autonomía, gestión de recursos, acompañamiento en situaciones de la vida diaria (médicos, gestiones administrativas, juicios, búsqueda de empleo...).

Instrumentos

A continuación, se presentan los instrumentos utilizados para la evaluación de las variables del estudio.

- ***Autoestima***

Para la valoración de la autoestima global se utilizó la adaptación española de la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), validada en población adolescente (Atienza, Moreno, & Balaguer, 2000). La versión española presenta una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0,80 y 0,87) y una fiabilidad test-retest de 0,72. Esta escala está compuesta por 10 ítems de tipo Likert (e.g., “a veces pienso que no sirvo absolutamente para nada”), con opciones de respuesta comprendidas entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 4 (totalmente de acuerdo). El coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach para la escala en este estudio fue de 0,635.

- ***Autoeficacia***

La estimación de la autoeficacia se realizó con la adaptación española de la Escala de Autoeficacia Generalizada (Baessler & Schwarzer 1996), validada en nuestro país por Sanjuán, Pérez, y Bermúdez (2000), con un índice de consistencia interna alfa de Cronbach de 0,87 y una correlación entre dos mitades de 0,88. Este instrumento es una escala unidimensional compuesta por 10 ítems (e.g., “puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga”), que deben ser puntuados en una escala tipo Likert comprendida entre 1 (incorrecto) y 4 (cierto). El coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach para la escala en este estudio fue de 0,758.

- ***Satisfacción Vital***

Se utilizó la Student's Life Satisfaction Scale, elaborada por Huebner (1991). Es un instrumento que sirve para evaluar la satisfacción vital de los chicos y chicas adolescentes, y cuya versión española ha sido validada por Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita (2000) con un índice de fiabilidad alfa de cronbach de 0,84. Está compuesta por siete ítems (e.g., “estoy satisfecho con mi vida”) que deben ser puntuados en una escala tipo Likert comprendida entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 7 (totalmente de acuerdo). No dispone de subescalas, por lo que contempla tan sólo una puntuación global. El coeficiente de fiabilidad, alfa de Cronbach, para esta escala en el presente estudio fue de 0,934.

Procedimiento

Los objetivos del estudio fueron transmitidos, antes de comenzar las evaluaciones, por un lado, tanto al director de la fundación que gestiona el Hogar Infantil como a la directora del mismo y, por otro, a la psicóloga responsable de la asistencia y acompañamiento de los menores del programa gestionado por la Asociación Centro Trama con los que se realizó el estudio y a los educadores sociales guardadores legales de los mismos. Todos los responsables legales de los menores firmaron las autorizaciones requeridas para la realización del estudio de forma voluntaria.

De la misma manera, los tutores legales de los menores fueron informados del estudio, rellenaron las autorizaciones pertinentes antes de comenzar las evaluaciones y ninguno de ellos se opuso a la realización del mismo.

Se procedió, en una sesión grupal, a informar a los menores residentes en el Hogar Infantil del procedimiento y de los objetivos de este estudio, así como de cuestiones relativas a la confidencialidad y del anonimato y formato de los cuestionarios y a las dudas que pudieran surgir antes, durante y después del proceso de evaluación. Tras este primer encuentro, se fijaron los horarios de la realización de los tests de forma individual de forma que no interfirieran en sus rutinas diarias o actividades extraescolares. Se realizaron los cuestionarios individualmente en los plazos propuestos, en un espacio adecuado para tal fin (despacho del psicólogo del centro), contando con la presencia única de la psicóloga responsable de este estudio.

El tiempo de evaluación de cada uno de los cuestionarios no fue mayor de 10 minutos en todos los menores y se atendieron las dudas que surgieron durante el proceso de realización de los tests.

Posteriormente, se concretaron citas con los educadores del programa gestionado por la Asociación Centro Trama según los encuentros que éstos tenían pautados con sus menores de referencia. La realización de las pruebas tuvo lugar en varias regiones de la Comunidad de Madrid, como Villaverde Alto, y diferentes distritos (Arganzuela, Aluche, Usera, Lucero, Chamberí...) en el contexto en el que se encontraban los jóvenes (en su casa, en un café, en la calle, en su trabajo, mientras comían con sus educadores...).

RESULTADOS

Puede asumirse que todas las variables cualitativas del estudio seguían una distribución normal, por lo que se aplicó la prueba paramétrica t de Student para muestras independientes para el estudio de las variables dependientes. El objetivo principal del estudio era comprobar las diferencias en las tres variables que se detallan a continuación en dos grupos de adolescentes formados por chicos y chicas de edades similares y con una presencia de discapacidad intelectual similar.

A continuación se examinarán los resultados de la evaluación del nivel de autoestima en función de las diferentes variables dependientes del estudio. Con los resultados de dicha prueba no se puede decir que existan diferencias estadísticamente significativas en los niveles de autoestima en función de si los sujetos se encontraban institucionalizados o no, $t(18) = -1,222$, $p = 0,238$. Ambos grupos presentaron valores altos en dicha variable, según los rangos establecidos por Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo (2007), como puede verse en la Tabla 1. Tampoco puede decirse que existen diferencias estadísticamente significativas en la variable de autoestima entre hombres y mujeres, $t(18) = 0,292$, $p = 0,774$.

Tabla 1. Rango de puntuaciones para los niveles de autoestima

Nivel de autoestima	Rango de puntuaciones
Alto	30-40
Medio	26-29
Bajo	10-25

Sin embargo, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en autoestima en función de la presencia de discapacidad intelectual o de la ausencia de la misma, $t(18) = 3,158$, $p = 0,005$. En concreto, se ha encontrado que la media en autoestima de los menores que no presentan discapacidad intelectual ($M = 33,80$, $DT = 3,795$) fue significativamente mayor que la de los que contaban con un diagnóstico de discapacidad intelectual ($M = 29,70$, $DT = 1,567$).

Por otro lado, ante la hipótesis de si existen diferencias en la autoeficacia en función del lugar de residencia, del sexo o de la discapacidad intelectual, se presentan los siguientes resultados. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en autoeficacia en función de si los menores residían en un hogar infantil o no, $t(18) = -4,329$, $p < 0,001$. En concreto, se observa que la media en autoeficacia de los menores institucionalizados ($M = 34,60$, $DT = 2,914$) fue significativamente mayor que la de los que no se encontraban en recursos de protección ($M = 29,10$, $DT = 2,767$). También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en esta

variable en función de la presencia discapacidad intelectual o de la ausencia de la misma, $t(18)=2,165$, $p = 0,44$. La media en autoeficacia de los menores sin discapacidad intelectual ($M=33,60$, $DT= 3,893$) fue significativamente mayor que aquellos que sí contaban con diagnóstico de Discapacidad Intelectual ($M= 30,10$, $DT= 3,315$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en autoeficacia entre hombres y mujeres, $t(18)= 0,342$, $p = 0,736$. La variable Autoeficacia se ha medido con una escala cuyas puntuaciones pueden oscilar entre 10 y 40, por lo que las puntuaciones obtenidas por ambos grupos pueden considerarse altas, ya que las adaptaciones españolas del cuestionario utilizado afirman que a mayor puntuación, mayor autoeficacia. En el presente estudio, no se obtuvo una media menor de 28 puntos en ninguno de los grupos entre los que se observaron diferencias significativas, por lo que puede considerarse que los sujetos tenían un concepto de autoeficacia alto.

Por último, los resultados obtenidos a través de la evaluación de la satisfacción vital mostraron que, por una parte, existen diferencias estadísticamente significativas en dicha variable en función de estar institucionalizado o no, $t(18)= -12,435$, $p < 0,001$. La media de satisfacción vital en los menores institucionalizados fue significativamente mayor ($M= 29,30$, $DT= 4,084$) que la de aquellos que residían en su hogar familiar o en otros contextos de riesgo social ($M= 11,40$, $DT= 2,011$). La variable satisfacción vital se ha medido con una escala cuyas puntuaciones pueden oscilar entre 5 y 35, por lo que la puntuación obtenida por los menores institucionalizados determina que se sienten "satisfechos" y aquellos que viven en contextos sociales de riesgo "insatisfechos", tal y como se refleja en la Tabla 2, donde aparecen los valores determinados por Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985) para clasificar las puntuaciones en la escala.

Por otra parte, no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, $t(18)= 1,090$, $p = 0,290$. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en función de la presencia de discapacidad intelectual o la ausencia de la misma, $t(18)= -0,067$, $p = 0,947$.

Tabla 2. Rango de puntuaciones en la Escala de Satisfacción con la Vida

Nivel de bienestar subjetivo	Puntuación
Altamente satisfecho	30-35
Satisfecho	29-25
Ligeramente satisfecho	24-20
Ligeramente insatisfecho	19-15
Insatisfecho	14-10
Muy insatisfecho	9-5

DISCUSIÓN

El objetivo general del estudio fue analizar las diferencias en tres niveles de autovaloración autoinformados en menores que se encuentran bajo medidas de protección estatal (institucionalización) y aquellos que residen en contextos sociales problemáticos. Además, el estudio pretendía describir las diferencias en estos niveles en función del sexo y de la presencia o ausencia de discapacidad intelectual.

A la luz de los resultados, se observa que los menores que se encuentran residiendo en un recurso de protección tienen niveles más altos de autoeficacia y satisfacción vital que aquellos que viven con familiares o amigos en contextos sociales problemáticos. Los adolescentes institucionalizados se posicionan en un nivel de autoeficacia y de satisfacción altas. Por otro lado, los menores que no se encuentran bajo esta medida tienen niveles igualmente altos en autoeficacia y bajos en satisfacción vital. A diferencia de los resultados obtenidos en investigaciones como las de Spitz y Bowlby (citado en Fernández & Fuertes, 2005), la atención en colectividad que se les proporciona a los menores institucionalizados participantes del estudio puede resultar beneficiosa en el desarrollo de una identidad positiva y saludable. Las condiciones en las que se encontraban los menores estudiados en las investigaciones citadas no son las mismas que en las que se encuentran los sujetos estudiados en la presente investigación. El hecho de contar con una atención individualizada por parte de los profesionales que trabajan en la institución y de convivir con once personas en un hogar con características similares a las de una casa tradicional ha podido repercutir en los resultados obtenidos en este grupo.

Con los datos obtenidos se corroboran las afirmaciones obtenidas en otras investigaciones que afirman que la institucionalización puede proporcionar elementos que protegen de la aparición de dificultades clínicas (Gilligan, 1999; Rutter, 1987). A favor de este argumento, Bowlby (citado en Gadea, 2012) menciona en sus trabajos que, en una institución, el efecto de la privación maternal puede ser relativamente leve si los menores son atendidos por personas que les tratan desde el cariño y la confianza. Sin embargo, los efectos pueden ser nocivos cuando las figuras de referencia principales son amables pero extrañas para el niño, como puede ocurrir en los menores que nacen en familias multiproblemáticas o en contextos de riesgo social. Entre los efectos que conlleva esta privación maternal se encuentran el retraso intelectual, sobre todo del lenguaje, retraso y deficiencia en el crecimiento, incapacidad para establecer relaciones profundas con los demás, etc (Gadea, 2012).

Las puntuaciones altas en autoeficacia y satisfacción vital en este colectivo podrían reflejar el desarrollo de factores personales (adecuada autoestima, autonomía, empatía) que facilitan la resiliencia, a pesar de estar institucionalizados.

De esta manera, los menores cuentan con mayores recursos para resistir a las dificultades y crear una vida digna (Gadea, 2012). El desarrollo de este tipo de recursos podría estar facilitado por las condiciones de atención y estimulación proporcionadas por las instituciones y por lo positivo y reparador que puede llegar a ser la experiencia de convivencia y de relación por sí misma, como se desprende de los trabajos de Fernández del Valle, Álvarez y Fernánz (1998). De cara a futuras líneas de investigación, sería importante determinar qué mecanismos intrapsíquicos relacionados con la resiliencia aparecen con más frecuencia en menores que se encuentran en contextos sociales de riesgo, independientemente de si residen en un recurso de protección o no.

No ocurre así en los adolescentes que se encuentran en situaciones sociales de riesgo. A pesar de vivir con sus familias de origen o allegadas a las mismas, la vida en barrios marginales, pobres, con graves carencias económicas, afectivas e intelectuales, tiene una mayor consecuencia negativa en la auto-percepción de autoeficacia y satisfacción vital que lo que se esperaba inicialmente en el estudio.

Sin embargo, las puntuaciones en autoestima reflejan que los menores de ambas condiciones (institución u hogar familiar) tienen una media alta de autoestima. Siguiendo a Cyrulnik (2003), este hecho hace que no se pueda afirmar que la separación de un niño de una familia que se encuentra en una situación de riesgo al ser internado en una institución sea más favorable que dejarlo viviendo en ella.

El no haber encontrado diferencias significativas entre los grupos en la medida de autoestima puede deberse, en primer instancia, a que ambos obtienen puntuaciones altas en esta variable. Este dato resulta llamativo en cuanto a que en los demás constructos estudiados (autoeficacia y satisfacción vital) sí se observan diferencias significativas entre ambos grupos, encontrándose puntuaciones en dichas variables dentro del rango más elevado en los menores institucionalizados. En niños institucionalizados los mecanismos de defensa más frecuentemente utilizados son el desplazamiento, la negación de sentimientos, la relación a distancia y el aislamiento, con la finalidad de disminuir la ansiedad y la angustia que les genera haber sido rechazados o desvalorizados por sus principales figuras de apego (Armendáriz & Bustamante, 2012). Estos procesos pueden haber influido en las puntuaciones elevadas que otorgaron a los ítems de la escala de autoestima, al haberse instaurado dichos mecanismos en su manera habitual de evaluarse a sí mismos de un modo significativamente más positivo que la imagen real que de ellos mismos tienen.

Además, la poca motivación a la hora de rellenar los cuestionarios pudo haber repercutido negativamente en la puntuación que otorgaron los menores a cada ítem del test. Por último, resulta importante destacar que la extensión del cuestionario puede no haber sido la adecuada para evaluar un constructo tan amplio como es la autoestima.

Tal y como se refleja en el análisis teórico del tema en la primera parte del estudio, las diferencias en autoestima en función del sexo no han sido concluyentes en diferentes investigaciones. En el estudio presente, tampoco se han evidenciado diferencias significativas entre hombres y mujeres en las variables de autoestima, autoeficacia y satisfacción vital, observándose en ambos sexos puntuaciones clasificadas en el rango alto de las variables nombradas. Sería interesante estudiar si esta ausencia de diferencia se debe a los instrumentos utilizados (quizá poco adaptados a la edad de los menores estudiados) o están relacionadas con la edad de los menores que participaron en el estudio. A través de investigaciones de tipo transversal podría observarse si realmente no existen diferencias significativas en estas tres percepciones de autovaloración entre hombres y mujeres durante la adolescencia.

En relación a la presencia de discapacidad intelectual en la muestra del estudio, que fue del 50% en cada uno de los dos grupos estudiados, se corroboran los datos de la bibliografía existente acerca de la presencia de discapacidad intelectual en menores que han sufrido negligencias a distintos niveles (familiar, social, económico, intelectual...). Este resultado es llamativo encontrarlo cuando los menores con discapacidad se comparan con el resto de menores que, aunque no cuenten con un diagnóstico clínico, es sabido que presentan dificultades sociales, emocionales e intelectuales que pueden afectar de forma directa a su autoestima y autoeficacia. Por ello, sería interesante estudiar en investigaciones futuras cuáles son esas dificultades concretas que presentan los menores sin diagnóstico psicológico tanto en condiciones de institucionalización como en contextos sociales de riesgo. En el presente estudio, no fue posible la aplicación de pruebas que permitiesen observar posibles dificultades presentes en ellos puesto que la realización de un número mayor de cuestionarios no era recomendable por posible saturación de la muestra estudiada.

Los propios profesionales tanto del hogar infantil como de la asociación que trabaja con menores en riesgo de exclusión social ponen incluso de manifiesto que la ausencia de un diagnóstico de discapacidad intelectual se debe más a la escasa implicación de los organismos pertinentes en esta materia que a las características de esta población, en la que resultan evidentes dificultades en distintas áreas. En el presente estudio, se evidencian diferencias significativas en autoeficacia entre menores con o sin diagnóstico de discapacidad intelectual, obteniendo una media ligeramente mayor aquellos que no cuentan con dicho diagnóstico.

En concreto, los valores obtenidos por ambos grupos en autoestima y autoeficacia reflejan que los menores sin discapacidad intelectual tienen una autoestima y autoeficacia altas frente a los que sí presentan dicho diagnóstico, que cuentan con valores medios en autoestima y altos en autoeficacia, aunque con una media menor que los primeros en esta última variable. Este hecho podría llevar a estudiosos sobre el tema a indagar sobre la repercusión que tiene el diagnóstico de discapacidad intelectual en el desarrollo de la autoestima y la autoeficacia y en la percepción subjetiva de satisfacción vital de los menores. Buscaglia (1990) afirma que el *yo* de las personas con discapacidad crece y se desarrolla del mismo modo que el de las personas sin discapacidad, aunque las experiencias de relaciones interpersonales negativas a las que se enfrentan desde la infancia (desvalorizaciones, frustraciones y rechazo social), generan una mayor probabilidad de desarrollar un autoconcepto negativo.

Sería interesante diferenciar dicha influencia de la que puede derivarse de la condición de residir en un contexto de protección y/o en contextos sociales de exclusión.

De cara a futuras líneas de investigación, sería importante indagar sobre qué trabajo concreto por parte de los profesionales que trabaja con esta población (tanto institucionalizada como en contextos sociales de riesgo) y qué circunstancias específicas de cada menor influyen en el desarrollo y la formación de una autoestima, autoeficacia y satisfacción vital adecuadas y saludables. Igualmente, el realizar evaluaciones sobre la eficacia de talleres, programas y proyectos puestos en marcha por los profesionales que trabajan en este sector y que pretenden con ello incidir positivamente sobre estas variables, podría suponer mejoras en los aspectos deficitarios que presenta el colectivo estudiado, así como la detección de posibles dificultades encubiertas que, de la misma manera, resulta necesario abordar para lograr un desarrollo exitoso en los menores. Resultaría interesante realizar estudios longitudinales con el colectivo institucionalizado con el objetivo de observar si el desarrollo de los aspectos autovalorativos estudiados en la presente investigación posee una evolución constante y positiva o si, por el contrario, llegan a la institución con graves carencias y son los talleres los que provocan las mejoras.

Además, los resultados obtenidos tanto en esta como en otras investigaciones, podrían estimular a los organismos competentes en la materia a proporcionar los recursos (a nivel educativo, médico, social, económico) y atención adecuados para fomentar un desarrollo y adaptación a la sociedad óptimos en estos menores, con el fin último de disminuir las tasas de exclusión social en este colectivo a través del aumento de bienestar personal en los mismos. Queda claro que un recurso de protección no es el sitio ideal para crecer, desarrollarse, recibir valores.... pero sí en muchas ocasiones puede ser la alternativa más saludable para un menor que no tiene cubiertas las necesidades básicas en su hogar familiar.

La convivencia en colectividad, la presencia de referentes adultos estables y la satisfacción de las necesidades básicas son beneficios que aporta la vida en una institución.

El concepto de institucionalización ha cambiado a lo largo de los años: los centros ya no son orfanatos con condiciones insalubres que albergaban a cualquier clase de niños huérfanos. El trabajo que desde este tipo de recursos se hace actualmente está más especializado y adaptado a las características de los menores y de sus familias, con el objetivo de lograr la máxima adaptación posible a la sociedad que les rodea, así como una autonomía e independencia suficientes para poder desarrollarse individualmente, al margen de la atención de los Servicios Sociales.

REFERENCIAS

- Armendáriz, V., & Bustamante, L. (2012). *Configuración del yo en niños y niñas en condiciones de institucionalización*. (Tesis Doctoral). Departamento de Psicología de la Universidad de Quito. Quito, Perú.
- Atienza, F. L., Moreno, Y., & Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología Universitas Tarraconensis*, 22, 29-42.
- Atienza, F. L., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- Ayllon, E., Orjuela, L., & Román, Y. (2011). *En la violencia de género no hay una sola víctima: Atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género*. Madrid: Procrea.
- Baessler, J., & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Benavides Delgado, J., & Miranda, S. (2007). Actitud crítica hacia el castigo físico en niños víctimas de maltrato infantil. *Universitas Psychologica*, 6(2), 309-318.
- Boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia (Datos 2013). Madrid: Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia.
- Brannon, L. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Thomson Paraninfo.
- Buscaglia, L. F. (1990). *Los discapacitados y sus padres*. Argentina: Emecé.
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). An Ecological-Transactional Perspective on Child Maltreatment: Failure of the Average Expectable Environment and Its Influence on Child Development. *Developmental Psychopathology*, 2, 129-201.
- Chabrol, H., Carlin, E., Michaud, C., Rey, A., Cassan, D., Juilot, M. et al. (2004). A study of the Rosenberg self-esteem scale in a sample of high-school students. *Neuropsychiatrie del'Enfance et del'Adolescence*, 52, 533-536.
- Cyrułnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas: volver a la vida después de un trauma*. España: Gedisa.

- Del Valle, J. F., Sainero, A., & Bravo, A. (2011). *Salud mental de menores en acogimiento residencial*. Badajoz: Junta de Extremadura.
- De Roda, A. B. L., & Fuertes, F. C. (1992). Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes. *Revista de Psicología Social*, 7(1), 53-59.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Domingo, J. O. (2003). Evolución y situación actual de los recursos de protección de menores en España. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, (45), 13-29.
- Fantuzzo, J. W., & Mohr, W. K. (1999). Prevalence and effects of child exposure to domestic violence. *The future of children*, 21-32.
- Fernández del Valle, J., Álvarez, E., & Fernánz, A. (1998). *Y después...¿qué?. Estudio de casos que fueron acogidos en residencias de protección de menores en el Principado de Asturias*. Oviedo: Consejería de Servicios Sociales del principado de Asturias. Oviedo, España.
- Fernández, J & Fuertes, J. (2005). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. España: Pirámide.
- Fuertes, J. (1992). Tendencias actuales en la atención a la infancia en centros residenciales de protección. *Intervención Psicosocial*, (1), 31-45 .
- Fuertes, J., & Sánchez, J. M. (1990). La toma de decisiones en el maltrato infantil. *Infancia y Sociedad*, 2, 47-62.
- Gadea, L. G. (2012). La resiliencia en niños institucionalizados y no institucionalizados. *Avances en psicología*, 20.
- Gilligan, R. (1999). Enhancing the resilience of children and young people in public care by mentoring their talents and interests. *Child and Family Social Work*, 4(1), 197-196.
- Gilligan, R. (2000). Adversity, resilience and young people: The protective value of positive school and spare time experiences. *Children & society*, 14(1), 37-47.
- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child abuse & neglect*, 26(6), 697-714.

- Goldbeck, L., Schmitz, T. G., Besier, T., Herschbach, P., & Henrich, G. (2007). Life satisfaction during adolescence. *Quality of Life Research, 16*, 969-979.
- Gómez, E., Muñoz, M. M., & Haz, A. M. (2007). Familias multiproblemáticas y en riesgo social: características e intervención. *Psykhe (Santiago), 16*(2), 43-54.
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education*. New York: Longman.
- Hernández Sánchez del Río, M.C. (2008). *Educación sexual para niños y niñas de 0 a 6 años*. Madrid: Narcea.
- Huebner, E. S. (1991). Further validation of the Students Life Satisfaction Scale: The independence of satisfaction and affect rating. *Journal of Psychoeducational Assessment, 9*, 363-368.
- Huebner, E. S. (2004). Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents. *Social Indicators Research, 66*, 3-33.
- Ison-Zintilini, M. S., & Morelato-Giménez, G. S. (2008). Habilidades socio-cognitivas en niños con conductas disruptivas y víctimas de maltrato. *Universitas Psychologica, 7*(2), 357-367.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). Child witnesses to domestic violence: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology, 71*(2), 339.
- Kreppner, J. M., Rutter, M., Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Grootheues, C., et al. (2007). Normality and impairment following profound early institutional deprivation: A longitudinal follow-up into early adolescence. *Developmental Psychology, 43*, 931-946.
- Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo, 85*(4), 19-28.
- Llanos López, A. (2013). *Salud, bienestar y desarrollo de niños y niñas con medida de separación familiar en protección infantil*. (Tesis doctoral). Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo. Oviedo, España.
- Manso, J. M. M. (2005). Estudio sobre las consecuencias del maltrato infantil en el desarrollo del lenguaje. *Anales de psicología, 21*(2), 224-230.
- Marrone, M., Diamond, N., & Juri, L. (2009). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Psimática.

- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and psychopathology*, 2(4), 425-444.
- McAuley, C., & Davis, T. (2009). Emotional well-being and mental health of looked after children in England. *Child & Family Social Work*, 14(2), 147-155.
- Instituto Madrileño de la Familia y el Menor (2014). *Memoria de Actividades del Instituto Madrileño de la Familia y el Menor*. Madrid: Consejería de Asuntos Sociales.
- Milburn, N. L., Lynch, M., & Jackson, J. (2008). Early Identification of Mental Health Needs for Children in Care: A Therapeutic Assessment Programme for Statutory Clients of Child Protection. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(1), 31-47.
- Muñoz-Ortega, M. L., Gómez-Alaya, P. A., & Santamaría-Ogliastri, C. (2008). Pensamientos y sentimientos reportados por los niños ante la separación de sus padres. *Universitas Psychologica*, 7(2), 347-356.
- Parra, A., Oliva, A., & Sánchez-Queija, I. (2004). Evolución y determinantes de la autoestima durante los años adolescentes. *Anuario de Psicología*, 35, 331-346.
- Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behaviour*. Sage.
- Reams, R. (1999). Children birth to three entering the State's custody. *Infant Mental Health Journal*, 20(2), 166-174.
- Reina, M. C., Oliva, A., & Parra, Á. (2010). Percepciones de autoevaluación: Autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society and Education*, 1(2).
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological bulletin*, 128(2), 330.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1986). Self-concept from middle childhood through adolescence. En J. Suls, y A.G. Greenwald (Eds), *Psychological perspectives on the self*, (3), 107-136. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American journal of orthopsychiatry*, 57(3), 316.
- Sainero, A., Bravo, A., & Del Valle, J. F. (2014). Examining needs and referrals to mental health services for children in residential care in Spain: an empirical study in an autonomous community. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 22(1), 16-26.
- Sainero Rodríguez, A. M. (2014). *Evaluación de la salud mental de niños y adolescentes con medidas de protección*. (Tesis doctoral). Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo. Oviedo, España.
- Sanjuán, P., Pérez, A. M., & Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12, 509-513.
- Sawyer, M., Carbone, J., Searle, A., & Robinson, P. (2007). The mental health and wellbeing of children and adolescents in home-based foster care. *Medical Journal of Australia*, 186(4), 181-184.
- Schunk, D. H., & Meece, J. L. (2006). Self-efficacy in adolescence. En F. Pajares, y T. Urdan (Eds.), *Adolescence and Education* (5), 71-96. Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Sempik, J., Ward, H., & Darker, I. (2008). Emotional and behavioural difficulties of children and young people at entry into care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(2), 221-233.
- Stahmer, A., Leslie, L., Hurlburt, M., Barth, R. P., Webb, M. B., Landsverk, J., et al. (2005). Developmental and behavioral needs and service use for young children in child welfare. *Pediatrics*, 116(4), 891-900.
- Veenhoven, R. (1995). Developments in satisfaction research. *Social Indicators Research*, 37, 1-46.
- Walker, H. R. (2000). An analysis of the relationship of human sexuality knowledge, self-esteem, and body image to sexual satisfaction in college and university students. *Dissertation Abstract International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60, 45-60.
- Zurita, J. (1992). Tendencias actuales en la atención a la infancia en centros residenciales de protección. *Intervención psicosocial*, 1(2), 31-45.