



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Estudio exploratorio sobre los factores asociados a la resiliencia en niños expuestos a maltrato infantil severo

Deisy Stefany Bernal Chaparro

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de psicología
Bogotá, Colombia
2023

Estudio exploratorio sobre los factores asociados a la resiliencia en niños, niñas y adolescentes expuestos a maltrato infantil severo

Deisy Stefany Bernal Chaparro

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:

Magíster en psicología clínica

Director (a):

D, Psy., Pablo Muñoz Specht

Línea de Investigación:

“Salud mental infantil y juvenil: Una mirada desde la teoría del apego, la mentalización, cognición social, el trauma complejo, el neurodesarrollo y la etología”

Universidad Nacional de Colombia

Facultad Ciencias Humas, Departamento psicología

Bogotá, Colombia

2023

A veces basta con una maestra que con una frase devolvió la esperanza a un niño, un monitor deportivo que le hizo comprender que las relaciones humanas podían ser fáciles, un cura que transfiguró el sufrimiento en trascendencia, un jardinero, un comediante, un escritor, cualquiera pudo dar cuerpo al sencillo significado: «Es posible salir airoso».

B. Cyrulnik

Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.

Nombre: Deisy Stefany Bernal Chaparro

Fecha 30/01/2023

Resumen

Estudio exploratorio sobre los factores asociados a la resiliencia en niños, niñas y adolescentes expuestos a maltrato infantil severo

La resiliencia es definida como la capacidad de adaptarse positivamente a las exigencias del contexto pese a haber experimentado situaciones adversas. Con el propósito de contribuir al estudio de la resiliencia en población infantil superviviente de maltrato severo se realizó un estudio exploratorio de corte cuantitativo, cuyo objetivo fue caracterizar los datos sociodemográficos, el tipo de maltrato, la historia en el proceso de protección y los perfiles socio emocionales y cognitivos de 43 niños, niñas y adolescentes supervivientes de maltrato severo en medida de protección en modalidad internado bajo custodia del Instituto de Bienestar Familiar (ICBF). La muestra fue dividida en dos grupos: uno conformado por los participantes que tienen preservadas las funciones ejecutivas y uno con bajo desempeño en dicha habilidad. Se realizaron análisis descriptivos cuyos resultados permitieron identificar las variables que se observan con mayor frecuencia en cada grupo. Se identificó que el grupo objetivo tienen en común factores externos, como ser acogidos por hogares sustitutos, menor tiempo de institucionalización; y factores individuales, como nivel educativo, capacidad para regular emociones, para sostener relaciones sociales positivas y mayor edad cuando sufrieron maltrato. No obstante, se observa que la resiliencia no es una característica global dado que, si bien el grupo objetivo presentó mejor desempeño general a nivel cognitivo y socioemocional, presentan más problemas de agresividad y conductas disruptivas.

Palabras clave: Maltrato severo, Resiliencia, Institucionalización, Desarrollo neuropsicológico, Desarrollo socioemocional, Altruismo, Cognición social.

Abstract

Exploratory study on the factors associated with resilience in children and adolescents exposed to severe child abuse

Resilience is defined as the ability to positively adapt to the demands of the context despite having experienced adverse situations. With the purpose of contributing to the study of resilience in the child population surviving severe abuse, an exploratory quantitative study was carried out, whose objective was to characterize the sociodemographic data, the type of abuse, the history in the protection process and the socio-demographic profiles. emotional and cognitive disorders of 43 boys, girls and adolescents surviving severe abuse as a protection measure in an internship modality under the custody of the Family Welfare Institute (ICBF). The sample was divided into two groups: one made up of participants who have preserved executive functions and one with low performance in said ability. Descriptive analyzes were carried out, the results of which made it possible to identify the variables that were most frequently observed in each group. It was identified that the most resilient group have external factors in common, such as being welcomed by foster homes, shorter institutionalization time; and individual factors, such as educational level, capacity for regular emotions, to sustain positive social relationships, and older age when they suffered abuse. However, it is observed that resilience is not a global characteristic since, although the target group presented better general performance at a cognitive and socio-emotional level, it presents more problems of aggressiveness and disruptive behaviors.

Keywords: Severe maltreatment, Resilience, Institutionalization, Neuropsychological development, Socioemotional development, Altruism, Social cognition.

Tabla de Contenido

Contenido	5
Resumen.....	5
Abstract.....	6
Lista de Figura	8
Lista de ecuaciones	10
Estudio Exploratorio Sobre Factores Asociados a la Resiliencia en Niños Expuestos a Maltrato Infantil Severo.....	11
Maltrato infantil.....	15
Trastorno Traumático del Desarrollo	18
Los hogares sustitutos y la institucionalización	24
Resiliencia	26
Objetivo General.....	32
Objetivos Específicos.....	32
Objetivo Específico 1	32
Objetivo Específico 2	33
Objetivo Específico 3:	33
Metodología	33
Participantes	33
Procedimiento.....	34
Variable 1. Datos sociodemográficos:.....	37
Resultados.....	44
Conformación de los grupos	45
Descripción de las variables sociodemográficas.....	45
Descripción de la variable tipo de maltrato.....	47
Exploración de la variable historia en el sistema de protección	49
Variable socioemocional	53
Subvariable: Comportamiento infantil – Dificultades internalizantes y externalizantes:.....	53
Comportamiento Infantil - Dificultades internalizantes	54
Ansiedad/ depresión	55
Aislamiento / depresión.....	56
Quejas somáticas	57
Comportamiento Infantil - Dificultades externalizantes	58
Conductas disruptivas.....	59

Comportamientos agresivos	60
Otros problemas.....	61
Problemas sociales.....	63
Problemas de pensamiento	63
Problemas de atención.....	64
Subvariable 2: Cognición Social - Reconocimiento de emociones.....	65
Subvariable 3: altruismo.....	67
Síntesis de los perfiles socioemocional del grupo objetivo y el grupo comparación ...	68
Variable 2: Cognitivo.....	69
Subvariable 1. Funciones cognitivas	70
Habilidades construccionales	70
Memoria (Codificación)	71
Habilidades perceptuales	72
Memoria (evocación diferida)	73
Lenguaje	74
Habilidades metalingüísticas	75
Habilidades espaciales.....	76
Habilidades conceptuales	77
Atención	78
Habilidades escolares	79
Lectura	80
Escritura.....	81
Aritmética	82
Síntesis de la caracterización del perfil cognitivo	83
Discusión.....	84
Conclusiones.....	99
Referencias.....	102

Lista de Figura

Figura 1	47
Figura 2	50
Figura 3	50
Figura 4	51
Figura 5	52

Figura 6	54
Figura 7	56
Figura 8	56
Figura 9	57
Figura 10	59
Figura 11	60
Figura 12	61
Figura 13	62
Figura 14	63
Figura 15	64
Figura 16	65
Figura 17	66
Figura 18	67
Figura 19	68
Figura 20	71
Figura 21	72
Figura 22	73
Figura 23	74
Figura 24	75
Figura 25	76
Figura 26	77
Figura 27	78
Figura 28	79

Figura 29.	80
Figura 30.	81
Figura 31	82
Figura 32	83

Lista de ecuaciones

Ecuación 1. Transformación Z 1	36
--------------------------------------	----

Estudio Exploratorio Sobre Factores Asociados a la Resiliencia en Niños Expuestos a Maltrato Infantil Severo

Todos los niños y niñas tienen la potestad de gozar de los derechos que les han sido proclamados a través de los diferentes tratados internacionales. Dentro ellos, la convención de los derechos de los niños y las niñas se consagra como la primera ley internacional de carácter obligatorio para los países firmantes (Fondo de las Naciones Unidas [UNICEF], 2006). Esta convención consta de 41 derechos, especialmente creados para las personas menores de 18 años dentro de los cuales se incluye: el derecho a un nombre, a la vida, a la educación y a estar protegido frente a todas las formas de violencia. Gracias a la implementación de este tipo de leyes se han generado múltiples avances en relación con el respeto, cuidado y bienestar de niños, niñas y adolescentes (UNICEF, 2006, 2015). Sin embargo, las cifras muestran que la cantidad de infantes que son violentados en el mundo y las múltiples formas de maltrato a las que están expuestos son alarmantes. Convirtiendo al maltrato infantil en un problema de salud pública grave y prevalente en el mundo (De la Rosa et al. 2020)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), el maltrato infantil es definido como:

“los abusos o desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.

Estas formas de violencia varían según el punto del ciclo vital en el que se encuentran los niños, niñas y adolescentes, su nivel de desarrollo y el contexto en el que se desenvuelven. Durante la primera infancia, los principales perpetradores de la violencia son los cuidadores primarios y familiares cercanos debido al alto nivel de dependencia que niños y niñas tienen de ellos y las limitadas interacciones que tienen con personas fuera del hogar (OMS, 2006). Durante este periodo, suelen ser los castigos físicos y psicológicos los tipos de violencia más frecuentes. Según reportes de la OMS (2006) en dos de cada tres niñas y niños de edades entre los 2 y 4 años se emplean castigos corporales y agresiones psicológicas como formas de corrección.

En el periodo de la adolescencia temprana se señala al acoso escolar y al abuso emocional como las formas de abuso más frecuentes. Durante la adolescencia se observa más ocurrencia de la violencia sexual, especialmente dirigida a las mujeres, mientras la violencia física, violencia armada, el homicidio son prevalentes para ambos sexos. Según una revisión global ofrecida por la OMS se estima que el 58% de las niñas y niños en América Latina y el 61% en Norteamérica sufrieron abuso emocional, físico o sexual durante el 2021. Esta misma organización reporta que cerca de 41 mil personas menores de 15 años mueren por homicidio cada año y aclara que esta cifra podría ser superior dado que muchas muertes ocasionadas por maltrato son reportadas como accidentes, caídas, quemaduras o ahogamientos (OMS, 2022).

La prevalencia que tiene este flagelo ha generado que dentro de los académicos interesados en la infancia y adolescencia se haya despertado el interés sobre el maltrato infantil. Sus investigaciones han estado en su mayoría orientadas a identificar las consecuencias que implica estar expuestos a este tipo de flagelos. De esta forma, se ha evidenciado que la vivencia de este tipo de trauma interpersonal es multifacética tanto a corto como a largo plazo en el

desarrollo de la infancia (DePasquale et al., 2019; Russotti et al., 2019; Cicchetti, 2017; Toth et al., 2013). Entre las consecuencias identificadas se encuentra una tendencia a desarrollar un perfil de factores de vulnerabilidad que aumentan la probabilidad de mal adaptación y psicopatología (Assink, et al., 2018; Widom, 2014; Oshri, A. et al., 2013; Cicchetti, 2010). Se ha encontrado también que los infantes que se vieron expuestos a este tipo de situaciones adversas presentan mayores probabilidades de sufrir problemas de salud mental (Young, 2014), en la salud física (Fernández, 2020), mayor prevalencia de abuso de sustancias e incluso alteraciones en la percepción de amenaza (Widom, 2020).

Estas investigaciones, también han permitido constatar que el hecho de haber experimentado situaciones de maltrato, negligencia o abuso durante la infancia no necesariamente genera patrones mal adaptativos. Sino que por el contrario algunas personas, a pesar de haberse desarrollado en situaciones de alto estrés y traumas significativos logran desarrollarse de manera adaptativa, mostrando mayor resiliencia (Cicchetti & Valentino, 2006; Cicchetti, 2016; 2017). Bajo este contexto, resulta interesante identificar qué factores a nivel individual y contextual interactúan en pro de promover la adaptación positiva de niños, niñas y adolescentes. La identificación de estos factores es crucial para favorecer el fortalecimiento individual y el desarrollo de estrategias que los protejan (Cicchetti, 2016). Sumado a esto, el estudio de grupos poblacionales particulares, en este caso niños, niñas y adolescentes, podría aumentar la eficacia de las estrategias de intervención. Lo anterior, debido a que dichas estrategias estarán orientadas a sus necesidades y fortalezas particulares.

Autores como Meichenbaum (2021) afirman en muchas ocasiones los niños, niñas y adolescentes que están expuestos a maltrato severo están expuestos a una mayor cantidad de

factores de riesgo en comparación a los factores de protección a los que podían acceder. Esta característica hace imperativa la importancia de identificar y fortalecer aquellos elementos que podría favorecerlos y así aumentar en su bienestar psicológico y social.

De esta forma, el estudio de la resiliencia contribuye a aumentar las posibilidades de recuperación y reparación de niños, niñas y adolescentes al impactar de manera positiva en la calidad de vida y en la esperanza en las personas (Masten y Cichetti, 2016).

El estudio de la resiliencia es, además, una perspectiva que complementa la mayoría de las investigaciones actuales sobre el maltrato que están orientadas a identificar debilidades o afectaciones, a medir sus capacidades a través pruebas independientes y no a identificar como sus fortalezas personales interactúan con el medio en el que se desarrollan (Cichetti, 2016; Meichenbaum, 2021).

Ahora bien, autores como Kinard (1998, citado en Morelato 2011) afirman que es importante definir operacionalmente el significado de la resiliencia en el maltrato infantil, dado que esta depende de características particulares asociadas como del tipo de maltrato recibido, la severidad y la cronicidad de este. Diferentes investigaciones han constatado el impacto diferencial que tiene los diferentes tipos de maltrato; por ejemplo, autores como Cicchetti y Rogosch (1997 citado en Morelato 2011) observaron que los tipos de maltrato que involucran la participación de un otro genera mayor deterioro en comparación de otras tipologías menos activas como la negligencia o el abandono. Esto indica que las características de la adversidad son variables, por lo tanto, para determinar las características o si se generará o no la mal adaptación, es necesario comprender el conjunto de factores que ejercen influencia en el individuo.

Teniendo en cuenta lo anterior esta investigación tiene como objetivo explorar la influencia sobre los procesos de resiliencia en un grupo de niños, niñas y adolescentes supervivientes de maltrato infantil severo con preservación en funciones ejecutivas en contraste con un grupo de niños con afectaciones negativas en dichas funciones.

Maltrato infantil

El modelo ecológico transaccional entiende a los niños y niñas como organismos inmersos en una serie de sistemas que interactúan y se influyen entre ellos; y al desarrollo como un proceso de intercambio entre factores biológicos, sociales y psicológicos (Lemos Giráldez, como se citó en Contini, 2018; Gaxiola et al., 2022). Desde esta perspectiva el maltrato infantil es considerado como un fenómeno socio psicológico que ocurre en interacción entre la comunidad y la cultura en las que se encuentran inmersos la familia y el individuo (Belsky, como se citó en Cicchetti y Valentino, 2006).

Desde este modelo se consideran cuatro niveles de análisis que contribuyen a la comprensión de la ocurrencia del maltrato infantil: el macrosistema, que engloba los valores culturales y las creencias asociadas al maltrato; el exosistema, que incluye aspectos de la comunidad que contribuyan a la incidencia del maltrato; el microsistema, que abarcan factores dentro la familia que propician el maltrato; y el ontosistema, que incluye los factores propios del individuo ligados a su proceso de evolución. Entre ellos, la capacidad de regulación emocional, desarrollo moral y organización de la personalidad. La configuración de todos estos factores es crucial para determinar la probabilidad de perpetuar el maltrato.

De acuerdo con esta perspectiva, el riesgo de que el maltrato infantil ocurra está determinado por el equilibrio entre los factores de riesgo y protección presentes en cada uno de

los niveles previamente mencionados (Cicchetti y Carlson, 1989; Mulero et al., 2020; Vial et al., 2020; Undurraga, 2021). Es decir, a medida que los factores de riesgo aumentan y los factores de protección disminuyen, el riesgo de ocurrencia de maltrato infantil aumenta. Se determina también que los factores de riesgo y protección de los niveles más cercanos al individuo son los que ejercen mayor influencia en su desarrollo (Cicchetti et al., 2006; Barcelata, 2018).

Los factores de protección del maltrato hacen referencia a circunstancias o entornos que favorecen el desarrollo de los individuos. Estos factores reducen los efectos que puede generar en los niños, niñas y adolescentes la exposición a circunstancias adversas (Moreno, et al., 2002) y los efectos negativos de los factores de riesgo (Muller y Lemieux, 2000; Moreno, 2002). Entre los factores protectores se encuentran: la cohesión social, la calidad de vida y una alta autoestima.

En contraste, dentro de los factores de riesgo de maltrato se encuentran las circunstancias que elevan la posibilidad de impactar negativamente en la integridad física, emocional o en la salud de un individuo. Como haber experimentado violencia en la infancia (Undurraga, 2021), la violencia intrafamiliar, el deterioro en la salud mental y creencias favorables con relación al castigo, entre otras (Bower et al., 2001). De acuerdo con lo anterior, el tipo y la calidad de las experiencias que tengan los niños, niñas y adolescentes impactan profundamente en el desarrollo de sus procesos vinculares, sociales, emocionales y cognitivos (Van Der Kolk, 2005).

No obstante, las carencias afectivas y relacionales que genera el experimentar maltrato infantil severo desde temprana edad aumenta la probabilidad de desarrollar dificultades socioemocionales. Estas dificultades suelen involucrar tres componentes: un componente afectivo, un componente cognitivo y un componente social (Guevara et al., 2020). En el

componente afectivo, relacionado con mayor probabilidad de presentar conductas externalizantes, que incluyen problemas relacionados con la agresividad, poco autocontrol y conductas delictiva e internalizantes que se refiere principalmente a afectaciones de tipo emocional como comportamientos ansiosos, depresivos y problemas (Alarcón et al., 2015). El componente cognitivo, que incluye la cognición social, definido como un procesamiento cognitivo diferenciado de los estímulos sociales, que permite formar intenciones y atribuciones, articulando información para su uso en la interacción social ligada a un contexto; y la mentalización, definida como la capacidad de ver a los demás y a sí mismo como agentes intencionales cuyo comportamiento se basa en estados mentales asociados a emociones, deseos, necesidades y pensamientos (Fonagy et al., 2015). El componente social, que se refiere a habilidades de comunicación verbal y no verbal, cooperación, apoyo, participación y manejo de conflictos (Guevara et al., 2020). Entre ellas el altruismo, que abarca las acciones orientadas a beneficiar a otros y que se realiza sin buscar ningún tipo de provecho personal (Etxebarria, 1999).

Así, las interacciones entre niños, niñas y adolescentes con sus cuidadores pueden resultar efectivas y contribuir al desarrollo humano o, por el contrario, pueden desempeñar un papel disruptivo y adverso que limita la adquisición y fortalecimiento de sus capacidades (Frías, et al., 2003). De acuerdo con esto, los niños, niñas y adolescentes que se han desarrollado en contextos de peligro constante y bajo sistemas de protección inadecuados, pueden desarrollar afectaciones en todas las dimensiones de su desarrollo. La exposición sistemática a eventos como la violencia sexual, la negligencia, la violencia doméstica y el maltrato físico psicológico, vivenciadas de forma crónica, prolongada, en el propio sistema familiar y con un inicio temprano

en la vida es recogida bajo el concepto clínico de “trastorno traumático del desarrollo” (TTD) (Van Der Kolk, 2005).

Trastorno Traumático del Desarrollo

Todos los seres humanos, sin importar el punto del ciclo vital en que se encuentren, requieren de un sistema de conexión social que les permita crear vínculos afectivos con otras personas (Ogden, 2006; Aburto, 2007). Esta necesidad resulta especialmente urgente durante los primeros años de vida debido a que los seres humanos nacen con una capacidad limitada para asegurar su supervivencia, lo que los obliga a depender de figuras primarias que les provean seguridad, los apoyen en la satisfacción de necesidades y sienten las bases para la consolidación de sus estrategias de regulación emocional (Ogden, 2006). Las personas encargadas de proveer estos cuidados generalmente son los cuidadores primarios, sean padres, madres, hermanos entre otros (OMS, 2006; 2017). Sin embargo, en algunas ocasiones estos cuidadores son quienes exponen e incluso perpetran las situaciones de violencia o maltrato severo sobre aquellos a quienes deberían cuidar (Fernández, 2013).

Cuando esto ocurre, el niño, niña o adolescente, no dispone de una base segura a la cual dirigirse ante la percepción de amenaza, genera una paradoja en donde la fuente de amenaza es a la vez la solución ante la necesidad de cuidado, configurándose lo que algunos autores denominan un trauma relacional temprano (Schoore, 2003; Aburto, 2007).

De esta forma, dichos cuidadores exponen a los niños, niñas y adolescentes a su cargo a eventos traumáticos, definidos como sucesos estresantes de los que no es posible escapar y que superan la capacidad de resistencia del individuo (Van Der Kolk, 1996). Las personas que se han

visto expuestas a este tipo de eventos reportan haber vivenciado sentimiento de intenso miedo, de indefensión, de ausencia de sensación de control, de amenaza de aniquilación (Herman, 2004) y la percepción de ver superado sus mecanismos de afrontamiento (Salvador, 2009; Sánchez, 2017). Esto quiere decir que ninguna de las acciones emitidas logró mitigar o eliminar el peligro, no les fue posible escapar, ni luchar por lo que su sistema de defensa se vio sobrepasado y desorganizado (Herman, 2004). De esta forma, se producen cambios profundos y duraderos en las respuestas fisiológicas, emocionales, cognitivas y en la memoria de estas personas.

Las afectaciones generadas por la exposición a este tipo de eventos pueden manifestarse tanto a corto como a largo plazo en el desarrollo de la mayoría de los niños, niñas y adolescentes. Estas afectaciones interfieren en el desarrollo neurológico, en la capacidad para integrar información sensorial, cognitiva y emocional y en el desarrollo de confianza fundamental en las relaciones (Van Der Kolk, 2005).

Los estudios asociados al neurodesarrollo de los niños, niñas y adolescentes han vislumbrado el impacto que tienen las experiencias tempranas en el desarrollo infantil. El neurodesarrollo inicia durante el periodo prenatal y finaliza en la adultez (Pinel, como se citó en Amores et al., 2017), dando como resultado la maduración del sistema nervioso y el desarrollo de las funciones cerebrales (Medina et al., 2015). Durante el periodo prenatal y los primeros años de vida, el cerebro humano presenta mayor neuro plasticidad, de modo que los circuitos del cerebro son más receptivos a la influencia de los factores externos. Estos periodos sentarán las bases para el posterior desarrollo y funcionamiento de las diversas estructuras y sistemas cerebrales (Mesa et al., como se citó en Amores et al., 2017).

Investigaciones previas muestran que la arquitectura cerebral se desarrollará de forma robusta si el niño se encuentra en un contexto estimulante y acogedor; o, por el contrario, su

desarrollo emocional y cognitivo se verá interrumpido por la frecuente exposición a la adversidad crónica o extrema, interrumpiendo el desarrollo normal del cerebro (Mesa et al., como citado en Amores et al., 2017). Gracias a las técnicas de neuroimagen, se ha demostrado que los niños y las niñas expuestos a situaciones de violencia, negligencia y/o maltrato de forma sistemática presentan afectaciones en las regiones del hipocampo, complejo de la amígdala extendida, cerebelo, cuerpo calloso, corteza prefrontal y eje hipotalámico - hipofisario - adrenal de respuesta fisiológica al estrés (De Bellis, 2005; Molina - Díaz, 2015; Moya - Albiol y Martín - Ramírez, 2015).

A nivel vincular, la ruptura de la confianza básica en las relaciones interpersonales tempranas impacta sobre los estilos de apego que los niños y las niñas pueden desarrollar. Se ha encontrado que aquellos infantes que han experimentado abuso severo tienen a desarrollar apegos desorganizados y estilos de narración incoherentes (Holmes, 2011).

A nivel relacional, se genera un impacto negativo en la capacidad de confianza epistémica y, como consecuencia, en la capacidad de comunicación social y salutogénesis. Limitando el conocimiento de aspectos básicos de las dinámicas sociales. Por ejemplo, leer las intenciones de otro, reconocer al otro o la identificación de las señales ostensivas en la comunicación (Fonagy et al., cómo se cita en Bateman y Fonagy, 2019, p.90). A su vez presentan dificultades para confiar y crear relaciones de intimidad, traducidas en una fuerte sensación de vulnerabilidad, peligro o tendencia sentirse instrumentalizados, invalidados o irrespetados a medida que se sienten más vinculados en sus relaciones interpersonales (López, 2008).

Así mismo, debido a las dificultades que suelen presentar para regular sus emociones de forma adaptativa y para buscar correulación en un otro, los niños, niñas y adolescentes asumen

comportamientos que pueden ser percibidos por los demás como violentos, demandantes, dependientes e inseguros (Nordanger et al., como citado en Teague, 2013). Esta característica, sumada a sus capacidades poco desarrolladas para establecer límites interpersonales, mentalizar, ser sensibles a las intenciones de los otros y ser empáticos aumenta la probabilidad de que desarrollen patrones relacionales poco adaptativos (Van Der Kolk, 2005), que en muchas ocasiones les impide crear redes de apoyo, relaciones de parejas o amigos.

A nivel cognitivo, los niños y las niñas que se desarrollan dentro de contextos adversos perciben una sensación constante de amenaza que los lleva a orientar la mayoría de sus recursos cognitivos a propender por su seguridad, limitando así su sistema de exploración y, con ello, su capacidad para concentrarse, aprender y prestar atención. Así, se generan retrasos en la adquisición de habilidades como la recepción y expresión del lenguaje, niveles atencionales, de razonamiento abstracto y escasa creatividad en la resolución de problemas (Nears, 2004), alteraciones en la memoria, las funciones ejecutivas, la capacidad visoespacial (Davis et al., 2015).

Se ha observado también que las personas con antecedentes de maltrato durante su infancia presentan mayor prevalencia de trastornos internalizantes (p.ej. depresión, ansiedad) y externalizantes (p.ej. control de impulsos, conductas agresivas) relacionados con fallos en la capacidad de regulación emocional (Heleniak, Jenness, Vander, McCauley y McLaughlin, como citado en Amores-Villalba y Mateos-Mateos, 2017). Estas dificultades generan problemas de interacción social y de adaptación tanto en la infancia como en momentos posteriores del ciclo vital (Jaffe y Kohn, Mesa-Gresa y Moya-Albiol, como citado en Amores-Villalba y Mateos-Mateos, 2017).

A nivel comportamental, se observa en algunos casos dificultades para comprender o aceptar las normas propias de los diferentes contextos en los que se encuentran (p.e., entornos escolares, entornos de protección o de juego). Así mismo, presentan mayor prevalencia de heteroagresiones o autoagresiones, lo que los puede llevar a mostrar conductas opositoras o en otros casos sumisión excesiva. Finalmente, en niños y niñas más pequeños representan los eventos traumáticos a través del juego o los reproducen a través de sus conductas. Así, crecer en condiciones de maltrato infantil somete a niños, niñas y adolescentes a condiciones de estrés tóxico que aumentan la posibilidad de desarrollar patologías y patrones de mal adaptación, tales como depresión, conductas delictivas y ansiedad (Van der Kolk, 2005).

Es por esta razón que el estado colombiano ha desarrollado sistemas de protección, definidos como *“un conjunto de acciones públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y mejorar la calidad de vida de la población”* (Mina, 2013). Para el caso de niños, niñas y adolescentes, el sistema de protección está regulado por el Código de infancia y adolescencia enmarcado en la Ley 1098 de 2006.

En Colombia, cuando se ven vulnerados los derechos de un niño, niña o adolescente el sistema de protección pone en marcha el Proceso Administrativo de derechos (PARD). Este proceso es definido como el conjunto de actuaciones que la autoridad administrativa competente debe desarrollar para la restauración de los derechos de los niños, niñas y adolescentes que han sido vulnerados (ICBF, 2018). En estos casos, la autoridad competente elige cuál de las dos rutas de acción preestablecidas debe ser activada. La primera de ellas se da cuando, después de la debida investigación, el ente competente se cerciora que el sistema familiar es garante de los derechos de niños y niñas (ICBF, 2018). En este caso, se desarrollan las actividades para el

apoyo y fortalecimiento de la familia, en el cuales se brinda apoyo psicológico o se apoya el cuidado de los niños, niñas y adolescentes de forma parcial. Esta ruta de acción pretende reparar el vínculo de las niñas y niños con sus familias en busca de evitar la desvinculación familiar (ICBF, 2018). La segunda ruta se da cuando el sistema familiar no puede garantizar los derechos a las niñas y niños. En ese caso, se activa la modalidad de apoyo familiar en medio diferente al de la familia de origen o red vincular. Esta modalidad hace referencia a hogares sustitutos, casa hogar, internado, casa de acogida o casa de protección (ICBF, 2018) en el cual se restablecen los derechos de dichos niños, niñas y adolescentes.

Según cifras del ICBF para noviembre de 2022 hay 74.982 procesos de restablecimiento de derechos activos (ICBF, 2022). El motivo de ingreso más frecuente asociado con violencia contra niños, niñas y adolescentes es la violencia sexual (48.83%), seguido de la negligencia (42.35%), la violencia física (5,74%) y la violencia psicológica (3.09%) (ICBF, 2022).

Debido a que los niños, niñas y adolescentes que se han visto expuestos de forma sistemática a maltrato severo suelen presentar variaciones en su desarrollo, cada intervención requiere de un tipo de acompañamiento particular que debe ser brindado por personal capacitado y emocionalmente dispuesto para realizarlo. Estas variaciones implican afectaciones en los diferentes niveles de desarrollo de niños, niñas y adolescentes (Van Der Kolk, 2005; 2009), por lo cual algunos supervivientes, pese a haber experimentado abuso severo, muestran mayor capacidad de adaptación (Cicchetti, 2005). Sin embargo, las rutas de acción existentes de los sistemas de protección no se adaptan a las características particulares de cada caso, y en consecuencia fallan al responder de forma integral a las necesidades afectivas, materiales y de cuidado de esta población (ICBF, 2022; OMS 2006).

Los hogares sustitutos y la institucionalización

Como se identificó anteriormente, el propósito de los sistemas de protección consiste en restituir a niñas, niños y adolescentes aquellos derechos que le fueron vulnerados a través de diferentes modalidades de cuidado. En el caso de los hogares sustitutos, su propósito consiste en proporcionar un ambiente familiar que cumpliera las funciones que la familia de origen estaba imposibilitada a satisfacer, favoreciendo el crecimiento personal, familiar y social (Muñoz, et, al 2020; Gontijo et al., 2009; Silva, 2004). Los hogares sustitutos cuentan con características favorecedores para los niños, niñas y adolescentes como brindar cuidadores exclusivos, permitir que los hermanos sean acogidos en el mismo espacio, y en algunas ocasiones, estar acompañados de otros menores de edad en situaciones similares a ellos. Esta característica, favorece la vivencia de una experiencia relacional diferente que favorezca la superación o mitigar las dificultades previas (Mayorga, 2020; Perry, 2002). Por ejemplo, a través del tiempo muestran mayor disposición para crear vínculos de compañerismo con sus pares, mejorar sus expectativas sobre el futuro y muestran mayor disposición a cuidar el bienestar colectivo (López, 2003).

No obstante, los hogares sustitutos también se encuentran asociados a una serie de retos importantes. Los niños, niñas y adolescentes que requieren hogares sustitutos generalmente presentan dificultades a nivel comportamental y afectivo para las que no están preparados por tanto requieren acompañamiento constante de equipo interdisciplinarios compuestos por trabajadores sociales y psicólogos (ICBF, 2018). Adicionalmente, las personas que conforman estos hogares no están exentos de experimentar lo que ante momentos de crisis puede favorecer conductas maltratantes dirigidas hacia los infantes a su cargo (Castañeda, 2005). Finalmente, la cantidad de hogares sustitutos disponibles en Colombia no son los suficientes para acoger a todos los niños, niñas y adolescentes que los requieren. Esto, debido a que los hogares sustitutos deben

cumplir con condiciones mínimas de idoneidad que garanticen que la satisfacción de derechos y necesidades de los niños o grupos de niños, niñas y adolescentes que acoja, lo que si bien es pertinente y necesario dificulta la consolidación de nuevos hogares (Castañeda, 2005).

Por otro lado, la institucionalización se trata de un tipo de alojamiento residencial especializado (UNICEF, 2003). El objetivo de este tipo de instituciones es acoger de forma temporal a los niños, niñas y adolescentes en pro de garantizar sus derechos. No obstante, este tipo de instituciones también presentan una serie de limitaciones que impide satisfacer de forma integral los derechos de los infantes. Entre ellos se encuentra la alta cantidad de niños, niñas y adolescentes a cargo de cada profesional (psicólogos, cuidadores, docentes y trabajadores sociales) y la alta rotación de estos. Esta característica genera limitaciones para que los niños, niñas y adolescentes puedan construir vínculos afectivos con sus cuidadores, para que los profesionales puedan satisfacer sus necesidades de cuidado (Laparra et al., 2006).

Así mismo, se ha encontrado evidencia que muestra que, a largo plazo, los niños, niñas y adolescentes que estuvieron acogidos bajo esta modalidad de cuidado mostraban mayor nivel de problemas internalizantes, externalizantes, problemas de comportamiento disruptivo, problemas de estado de ánimo, de ansiedad e ira (Fernández y Fernández, 2013), déficit en procesos psicológicos, escolares y dificultades en la salud física (López et al., 2014), menores competencias psicosociales y académicas (Fernández y Fernández, 2012).

Sin embargo, esta relación no es totalmente determinista. La exposición a situaciones adversas o contextos que amplifiquen las vulnerabilidades no desembocará necesariamente en la aparición de conductas desadaptativas o afectaciones específicas. Diversas investigaciones se han orientado a tratar de explicar porque algunos de los niños, niñas y adolescente que presentan

mejor capacidad para superar experiencias adversas frente a otros. Inicialmente, estas investigaciones estuvieron dirigidas a identificar factores individuales y factores externos que contribuyen a esta capacidad (Hauser, 1999; Luthar et al., 2000; Fergus et al., 2005).

Posteriormente, el interés ha estado dirigido a identificar como la unión de los factores internos y externos pueden llegar a contribuir para favorecer la resiliencia (Cyrulnick, 2001).

Resiliencia

El concepto de resiliencia nace de las investigaciones sobre las diferencias individuales que permitían que algunos niños, niñas y adolescentes lograran ajustarse adaptativamente a pesar de haber experimentado eventos potencialmente adversos o traumáticos (Salvador 2015; Cicchetti, 2006). La resiliencia es definida entonces como:

“Un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva en el contexto de una adversidad significativa. Implícitas dentro de esta noción, hay dos condiciones críticas: i) la exposición a una amenaza significativa o adversidad severa; y ii) el logro de una adaptación positiva a pesar de los grandes ataques al proceso de desarrollo” (Luthar SS, Cicchetti D, Becker, 2000, p.1).

Los resultados de las primeras investigaciones sobre este tema permitieron evidenciar que esta capacidad adaptativa se relacionaba con factores de riesgo y factores de protección que pueden estar presentes tanto internamente (personales) como externamente (contextuales). Los factores de riesgo son comprendidos como condiciones que favorecen la aparición de resultados negativos como problemas físicos, sociales o psicológicos (Aguiar y Acle, 2012); mientras que los factores protectores, influyen, modifican o favorecen las respuestas que dan las personas a situaciones que predisponen a un resultado no adaptativo (Rutter, 2007).

El modelo ecológico transaccional plantea que la resiliencia es el resultado de las interacciones entre los diferentes factores de protección y factores de riesgo que favorecen la adaptación del individuo. En contraposición, cuando estas interacciones entre factores dificultan la adaptación del individuo, este tenderá a la vulnerabilidad (Ehrensaft et al., 2003). Este modelo también plantea niveles de análisis (sistemas) en los cuales se encuentran diferentes factores de protección y de riesgo.

El exosistema hace referencia a la relación de los niños, niñas y adolescentes con el ambiente, tanto en términos físicos y espaciales como socioeconómicos y culturales. El exosistema incluye las políticas estatales encaminadas a la protección de niños, niñas y adolescentes; la comprensión que se tenga del rol y de los derechos de los infantes en la comunidad y el grado de desarrollo económico y social del país que habite el sujeto (Morelato, 2011; Aguiar y Acle, 2012). Por otra parte, el mesosistema es el nivel de análisis en el cual se evalúa la calidad de la relación de los niños, niñas y adolescentes y sus familias con la comunidad, la familia extensa y el acceso a soporte educativo, de salud y social (Aguiar y Acle, 2012). Por último, el microsistema refiere a la ontogenia propia del sujeto, y a sus interacciones con sus cuidadores principales. Las características particulares de cada cuidador, tales como la estabilidad emocional e historia personal, el clima familiar, las condiciones socioeconómicas, determinan el tipo de interacción que se genera con los niños, niñas y adolescentes (Morelato, 2005; Aguiar y Acle, 2012).

Investigaciones previas sugieren que uno de los factores ontogénicos asociados a la resiliencia de niños, niñas y adolescentes que han sufrido maltrato es la presencia de habilidades sociales, empatía, humor y sentido de pertenencia (Rodríguez, 2009). La función de estas

habilidades es facilitar la adaptación al entorno y favorecer el desarrollo personal, las relaciones interpersonales, el aprendizaje y el bienestar (Suarez, 2022; Betina, 2009; 2010). Estas habilidades facilitan que las personas cercanas los perciban de forma positiva, logrando así que los niños, niñas y adolescentes generen una mayor flexibilidad para regular y adaptar su comportamiento (González, 2011; Sosa y Salas., 2020).

Sin embargo, la resiliencia no debe ser confundida con la capacidad de los niños, niñas y adolescentes de sintonizarse con variables contextuales y responder a las expectativas que otras personas tengan de ellos para evitar el maltrato (Luthar, Cichetti 2007; Sánchez, 2019). Las personas resilientes logran orientar su comportamiento en función de sus propios deseos e intereses, más allá de la supervivencia o evitación de conductas violentas. Estas habilidades sociales son definidas como una serie de respuestas verbales y no verbales que facilitan la expresión de emociones, deseos, necesidades y opiniones de forma adecuada al contexto y respetando al otro, aspecto que su vez propicia la resolución de problemas y minimiza la posibilidad de futuros problemas (Caballo, 2000; Piaggio, 2009). Las habilidades sociales pueden reducir el efecto nocivo de ambientes adversos, prevenir la aparición de problemas de salud mental y favorecer el desarrollo exitoso de los individuos (Piaggio, 2009; Cardozo et al., 2013). Los niños, niñas y adolescentes que cuentan con estas habilidades reciben mayor apoyo social, tienden a presentar mejores estilos de comunicación, son percibidos como más activos y flexibles, características que se ha asociado como un elemento favorecedor de la autoestima y la resiliencia.

A nivel cognitivo, investigaciones se ha identificado que niñas y niños con altas capacidades intelectuales (medidas a través de pruebas de inteligencia) presentan mejor

adaptación ante la adversidad (Garmezy et al., 1984; Luthar, 1991; Masten et al., 1999; Flores et al., 2005). Se considera que esto ocurre debido a que presentan mejor habilidad para solucionar problemas, mejor desempeño académico y mayor capacidad para atraer la atención de sus maestros (Masten et al., 1998). No obstante, es importante tener en cuenta que presentar altas capacidades intelectuales no es sinónimo de presentar un alto desempeño académico. Lo anterior dado que en muchas ocasiones los niños, niñas y adolescentes que se desarrollan en contextos adversos orientan sus recursos a actividades mayormente asociadas a la supervivencia y no necesariamente a actividades académicas. Esta afirmación es apoyada por investigaciones como las desarrolladas por Morgan (2021) y Böel, et al. (2016) quienes no han encontrado correlaciones entre alto desempeño académico o alta escolaridad con mayor resiliencia. Así mismo, se han identificado el control inhibitorio, la memoria de trabajo y la flexibilidad cognitiva como recursos que favorecen la resiliencia al ser habilidades que favorecen la regulación de la atención, de la conducta y de las emociones (Obradovic, 2016).

Todas estas habilidades se agrupan en las funciones ejecutivas, definidas como un conjunto de procesos cognitivos que facilitan el ajustarse de forma flexible y adaptativa a contextos dinámicos en busca de alcanzar una meta (Flores et al., 2010). Los niños, niñas y adolescentes que presentan un adecuado desempeño en funciones ejecutivas logran mantenerse enfocados, ajustarse a situaciones novedosas con mayor facilidad y resistir tentaciones (Flores et al., 2010). Así, presentar un índice alto de funciones ejecutivas favorece una mejor adaptación en la alfabetización temprana, facilita el alcance de mejor desempeño en habilidades matemáticas, facilita lograr un mejor comportamiento en el aula y aumento los comportamientos prosociales. También se asocia con la regulación de las emociones de manera óptima en los primeros años de la infancia (Obradovic, 2016), y por tanto influencia de forma positiva el desarrollo

socioemocional y cognitivo de los niños, niñas y adolescentes (Joseph y Linley, 2006; Eisenberg et al., 2003; Kirke-Smith et al., 2019). Así, diversos estudios han señalado a las funciones ejecutivas como un factor de protección individual asociado a la resiliencia (Lezak, 1982; Sastre-Riba, 2006; Aguiar y Acle, 2012; Shields et al., 2017; Zhang et al., 2019) y afirman que las funciones ejecutivas propician una gran parte de la capacidad de resiliencia en los seres humanos. Esto debido a que su presencia o ausencia genera un papel significativo en el afrontamiento de la adversidad (Davidovich et al., 2016, McKee, 2017; Masten et al., 2012).

Ahora bien, Kaufman et al. (1994) mostraron que los niños, niñas y adolescentes que experimentaron situaciones adversas y a la vez presentan características asociadas a la resiliencia no mostraban una adaptación global, sino que mostraban mayor capacidad de adaptación para ciertos dominios (por ejemplo, cognitivo), mientras que en su capacidad para socializar o en el dominio salud (por ejemplo, presencia de trastornos mentales) se mostraban mayores dificultades. De esta forma, la resiliencia pasó de ser comprendida como un concepto unidimensional a uno multidimensional, permitiendo ampliar la comprensión de la presencia de este concepto de la adaptación de forma global a diferenciar aquellas dimensiones donde el niño o niña se muestra más adaptado (por ejemplo, preservación en habilidades cognitivas, preservación en habilidades emocionales). Esta diferenciación facilita comprender con mayor precisión como las fortalezas de cada individuo interactúa con el ambiente en el que está inmerso, a la vez de propiciar el diseño de intervenciones individuales que permitan comprender las particularidades de cada individuo. Es por ello, que, en este mismo sentido a nivel metodológico, la aproximación a este concepto se realiza de dos maneras: la evaluación directa y la evaluación indirecta. La evaluación directa se realiza a través de pruebas desarrolladas para medir la resiliencia, por ejemplo, la Escala de resiliencia de Connor-Davidson (Connor y

Davidson, 2003). La evaluación indirecta se ha centrado en analizar los rasgos psicológicos que interactúan con los eventos negativos para mitigar su impacto (Tronick y Dicorcia, 2015). Por lo tanto, las características que pueden amortiguar el impacto de un evento adverso pueden considerarse factores de "resiliencia".

Sintetizando la información anteriormente presentada, se puede afirmar que la exposición a eventos traumáticos y la exposición a relaciones que resulten amenazantes, irrespetuosas o insensibles pueden generar consecuencias adversas en términos de salud mental (Berthelot et al., 2020; McLaughlin et al., 2017). No obstante, muchas personas a pesar de experimentar estas experiencias presentan síntomas clínicamente significativos años después de los hechos (Cicchetti, 2013; Haskett et al., 2006). Esta diferencia en las consecuencias de la exposición a este tipo de eventos, pueden explicarse a través de la comprensión de los mecanismos de protección y de riesgo presentes en niños, niñas y adolescentes. De esta forma, para comprender que hace a las personas más resilientes, es importante tener una visión que involucre los diferentes sistemas en los que se encuentran inmersos y la influencia que sus características personales tienen sobre dichos sistemas.

Teniendo en cuenta las contribuciones teóricas anteriormente presentadas, resulta interesante explorar la influencia en los procesos de resiliencia en niños, niñas y adolescentes que han sido expuestos a maltrato severo, que se encuentren en el sistema de protección colombiano y que tiene preservadas las funciones ejecutivas. Esta exploración favorece la comprensión sobre los factores protectores que deben ser fortalecidos a nivel individual y contextual en busca de mitigar las consecuencias que el maltrato severo puede generar en su desarrollo. Así mismo, permite complementar el cuerpo teórico existente sobre la población

infantil colombiana expuesta a situaciones de maltrato intrafamiliar o violencia doméstica, dado que la mayoría de las investigaciones están orientadas a identificar debilidades o afectaciones, a medir sus capacidades a través pruebas independientes y no a identificar como sus fortalezas personales interactúan con el medio en el que se desarrollan.

Esta comprensión abre la puerta hacia el complemento y desarrollo de intervenciones terapéuticas dirigidas a población que han sufrido maltrato severo con el objetivo de que dichas intervenciones respondan a las necesidades contextualizadas de estos niños, niñas y adolescentes fortaleciendo sus recursos emocionales, cognitivos y/o materiales. Por lo tanto, por medio de la presente investigación se buscará contribuir al estudio de la resiliencia caracterizando el tipo de maltrato, historia en el sistema de protección, los perfiles sociodemográficos, socio emocionales y cognitivos de los niños, niñas y adolescentes supervivientes de maltrato severo con preservación en funciones ejecutivas en contraste con un grupo con afectaciones negativas en dichas funciones.

Objetivo General

Explorar la influencia sobre los procesos de resiliencia en un grupo de niños, niñas y adolescentes supervivientes de maltrato infantil severo con preservación en funciones ejecutivas en contraste con un grupo con afectaciones negativas en dichas funciones.

Objetivos Específicos

Objetivo Específico 1:

Identificar los niños, niñas y adolescentes supervivientes de maltrato severo con funciones ejecutivas preservadas y con afectaciones negativas en dichas funciones.

Objetivo Específico 2:

Explorar las variables sociodemográficas, tipo de maltrato, historia en el sistema de protección y perfiles socioemocionales y cognitivos de los niños, niñas y adolescentes supervivientes de maltrato severo con funciones ejecutivas preservadas y no preservadas y su influencia en los procesos de resiliencia.

Objetivo Específico 3:

Describir las diferencias y similitudes sociodemográficas, tipo de maltrato, historia en el sistema de protección, en los perfiles socioemocionales y cognitivos de los niños, niñas y adolescentes supervivientes de maltrato severo con funciones ejecutivas preservadas y no preservadas y su influencia en los procesos de resiliencia.

Metodología

La presente investigación es de corte cuantitativo, de alcance descriptivo exploratorio (Sampieri et al, 2014) realizada a partir de un proceso de análisis de datos secundarios brutos que fueron analizados y organizados. El tipo de muestreo empleado es no probabilístico, la muestra fue seleccionada por conveniencia (Otzen, 2017) y el análisis de la muestra se realizó estimando estadísticas descriptivas para describir el comportamiento de la muestra para las cinco variables que componen la base de datos: Datos sociodemográficos, tipo de maltrato, historia en el sistema de protección, perfil socio emocional y perfil cognitivo.

Participantes

Los datos empleados en esta investigación pertenecen a una base de datos que hace parte del Proyecto de Investigación sobre Trastorno Traumático del Desarrollo (TTD) en niños, niñas y adolescentes de la ciudad de Bogotá (proyecto macro), dirigido y desarrollado por el Centro de

Investigaciones sobre Dinámica Social, CIDS - Área de Salud y Sociedad, de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de La Universidad Externado de Colombia y el Departamento de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia.

La base de datos original se compone de 50 niños, niñas y adolescentes que para el momento de la recolección de datos se encontraban en Proceso de Restablecimiento de Derechos (PARD), bajo el cuidado de un operador de ICBF en modalidad internado en la ciudad de Bogotá. La muestra incluye 27 personas de sexo masculino (54%) y 23 de sexo femenino (46%), con edades que van de los 5 a los 13 años ($M=9.1$, $Mdn=9$, $DS=2.1$). En el estrato socioeconómico bajo (1 y 2) se ubican 49 de los participantes, mientras que 1 pertenece al estrato socioeconómico medio (3 y 4). Al depurar la base de datos se encuentran 949 datos perdidos que hacen referencia a puntajes inválidos u omitidos en las diferentes pruebas y mediciones, estos datos corresponden a 7 niños, niñas y adolescentes. Se eliminaron los resultados de estos niños, niñas y adolescentes en busca de obtener mayor precisión en los resultados de los análisis. De esta manera, la base de datos que se empleó para llevar a cabo la investigación se compone por 43 niños, niñas y adolescentes. La base de datos depurada agrupa los datos de 21 participantes de sexo femenino (49%) con edades comprendidas entre los 6 y los 13 años ($M=9.32$, $Mdn=9$, $DS=1.94$) y 22 de sexo masculino (51%) con edades entre los 6 y los 13 años ($M=9.57$, $Mdn=9$, $DS=2.38$). La totalidad de los participantes se encontraban cursando primaria.

Procedimiento

Teniendo en cuenta que la resiliencia no es una capacidad global, sino un constructo multidimensional (Kaufman et al., 1994), esta capacidad fue evaluada indirectamente mediante el desempeño en funciones ejecutivas de los sujetos. Estas funciones han sido identificadas en la literatura previa como un factor altamente asociado a la resiliencia.

Para el análisis exploratorio propuesto en esta investigación se procedió en primera medida a la conformación del grupo objetivo (participantes con funciones ejecutivas preservadas) y el grupo comparación (participantes con afectaciones negativas en funciones ejecutivas). Para la conformación del grupo objetivo se estableció como criterio de inclusión tener un desempeño alto en funciones ejecutivas para el grupo comparación el criterio de inclusión fue tener un desempeño bajo en este mismo dominio. Para la evaluación del desempeño de las *funciones ejecutivas* se utilizó la evaluación neuropsicológica infantil (ENI - 2). Este instrumento fue diseñado por Matute et al., (2007) con el objetivo de brindar información sobre las características neuropsicológicas de población infantil y juvenil (individuos entre los 5 y los 16 años de edad). Esta prueba está estandarizada con población infantil colombiana y mexicana (Rosselli et al., 2004) y es ampliamente usada con población infantil latinoamericana.

El diseño de la prueba permite obtener un análisis cuantitativo y cualitativo (en algunas de las pruebas) de tres grandes dominios: 1. Funciones cognitivas, 2. Habilidades escolares y 3. Funciones ejecutivas, como se describe en la Tabla 1. La prueba tiene un tiempo de aplicación promedio de 300 minutos (Matute et al., 2007).

Tabla 1.

Dominios de la evaluación neuropsicológica infantil ENI 2

Funciones cognitivas	Habilidades escolares	Funciones Ejecutivas
Habilidades construccionales	Lectura	Fluidez cognitiva
Memoria (codificación y evocación diferida)	Escritura	Flexibilidad cognitiva

Memoria (recuperación)	Aritmética	Planeación
Lenguaje		organización
Habilidades perceptuales		
Habilidades metalingüísticas		
Habilidades espaciales		
Habilidades conceptuales		
Atención		

A continuación, con el fin de identificar los participantes con los puntajes más altos y más bajos, y teniendo en cuenta que al realizar una exploración inicial de la base de datos se identificó que ninguno de los sujetos cuenta con todas sus funciones cognitivas en un rango promedio o superior al promedio según los criterios de clasificación de la prueba, se realizó una nueva categorización de las puntuaciones de esta batería ENI 2. De esta forma, se agruparon los sujetos que obtuvieron puntuaciones Altas, Medias y Bajas con respecto a la misma muestra. Las puntuaciones T fueron transformadas en una puntuación Z mediante la comparación del valor de cada individuo (x_i) con la media de la muestra (\bar{x}) y la divide en la desviación estándar muestral (σ) siguiendo la Ecuación 1.

Ecuación 1. Transformación Z 1

$$z = \frac{x_i - \bar{x}}{\sigma}$$

Posteriormente fueron seleccionados los sujetos que obtuvieron puntuaciones más altas dentro de la muestra general en el dominio Funciones ejecutiva. Para ello, se identificaron a los individuos que obtuvieron puntuaciones superiores a 0.8 desviaciones estándar y se clasificaron en el Grupo objetivo. De igual manera, los individuos que obtuvieron puntuaciones inferiores a -

0.8 desviaciones estándar, que corresponden a las puntuaciones más bajas, fueron clasificados en el grupo de comparación. Para seleccionar este criterio se identificó un punto de corte en el que se diferenciarán los sujetos que conformaron los grupos de aquellos ubicados en el promedio en al menos 3 puntos tanto en las puntuaciones T como en las puntuaciones Z.

Con esta submuestra fueron estimados estadísticos descriptivos para cada grupo de variables que componen la base de datos empleada en esta investigación. Este conjunto de variables describe los datos sociodemográficos, el tipo de maltrato al que fueron expuestos los niños, niñas y adolescentes, el historial de vinculación al sistema de protección, las variables que describen el perfil socioemocional y las variables que describen el perfil cognitivo. Estas variables son descritas a continuación:

Variable 1. Datos sociodemográficos: La edad, el estrato sociodemográfico y/o el nivel educativo pueden desarrollarse como factores de riesgo o de protección para niños, niñas y adolescentes dependiendo de la forma en que interactúen entre ellos (Morelato, 2005; Aguiar y Acle, 2012), lo que permite ampliar la comprensión de algunas características propias del microsistema y del ontosistema de la muestra en el momento particular de la recolección de datos.

Variable 2. Tipo de maltrato: el maltrato infantil muestra consecuencias diferenciales que van ligadas al tipo de maltrato experimentado, la cronicidad y la severidad de este (Jaffe et al., 2011). En la presente investigación se describió el tipo o tipos de violencias dirigidos hacia los menores de edad según la clasificación del ICBF (2019. p.27 - 29): *Negligencia:* Falta de protección y cuidado mínimo por parte de los encargado de cuidado, *Maltrato físico:* es toda acción a través de la fuerza física que puede causar dolor, malestar, lesiones daños a la salud o al

desarrollo.; *Maltrato psicológico*: acción u omisión destinada a degradar, discriminar o controlar las acciones, comportamientos o creencias del individuo, *Abuso sexual*: todo acto o comportamiento de tipo sexual en el cual se haga uso de la fuerza o cualquier tipo de coacción aprovechando la condición de indefensión y las relaciones de poder existentes, y *Abandono*: situación de extrema negligencia en donde los cuidadores principales rompen los vínculos físicos y afectivos con el niño, niña o adolescente, evadiendo las responsabilidades físicas, psicológicas y emocionales que les conciernen (Sanín, 2013). Se tuvo en cuenta si el niño, niña o adolescente sufrió de uno o más tipos de maltrato.

Variable 3. Historia en el sistema de protección: Como se mencionó con anterioridad, cuando los derechos de los niños, niñas o adolescentes colombianos son vulnerados y se cerciora que la familia de estos menores de edad no son garantes de la seguridad del infante, se activa la modalidad de apoyo familiar en medio diferente al de la familia de origen o red vincular. Esta modalidad hace referencia a hogares sustitutos, casa hogar, internado, casa de acogida o casa de protección (ICBF, 2018). En el caso de los participantes de este estudio, fueron acogidos bajo la modalidad 1. Internado y 2. Hogar sustituto. Esta variable brinda información sobre la o las modalidades de cuidado que acogieron al niño, niña o adolescente, la duración de permanencia bajo cada una de estas modalidades y la edad en que ingresó al sistema de protección

Para recolectar la información de estas tres variables se empleó una encuesta sociodemográfica que incluye información sobre la historia de la institucionalización del infante. A continuación, se describirá en detalle la encuesta utilizada:

Instrumento para la evaluación de las variables 1, 2 y 3: Encuesta sociodemográfica y de salud: Esta encuesta es un instrumento ad hoc diseñado por miembros de la Universidad

Externado de Colombia (Muñoz y Caicedo, 2018). Su objetivo está orientado a recolectar información sobre datos sociodemográficos básicos de niños, niñas y adolescentes (edad, sexo, etnia, escolaridad, etc.), la historia del desarrollo de los participantes (antecedentes neurodesarrollo, alegrías, infecciones recurrentes, etc.) y sus contextos actuales e información sobre el motivo y la historia de institucionalización.

Esta información es recopilada en una entrevista estructurada realizada a un cuidador familiar o institucional por un entrevistador capacitado. La información recopilada fue triangulada con los Expedientes de Atención Protectora, que son los documentos más confiables disponibles para los niños institucionalizados en Colombia (Granados, 2019). Estos expedientes contienen la información sociodemográfica de los niños, niñas y adolescentes, el historial de su proceso legal y una evaluación completa e integral de niños, niñas y adolescentes realizada por un equipo multidisciplinar (Granados, 2019).

Variable 4. Socioemocional

Las carencias afectivas y relacionales que genera el experimentar maltrato infantil severo desde temprana edad aumenta la probabilidad de desarrollar dificultades socioemocionales, dado que las primeras experiencias relacionales influyen en el desarrollo del sistema de conexión social y sienta las bases de las estrategias de regulación de la estimulación interna y externa (Jurist et al., citado en Ogden, 2006). Estas dificultades socioemocionales se expresan a través del conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal. Para este estudio la variable socioemocional será entendida desde una perspectiva amplia que involucra tres componentes esenciales: el afectivo - relacional, la cognición social y el altruismo.

Subvariable 1. *Comportamiento Infantil - Dificultades internalizantes y*

externalizantes: Para la presente investigación el componente afectivo - relacional, se evaluará a través de la sub - variable: *Comportamiento Infantil - Dificultades internalizantes y externalizantes*. Las conductas internalizantes se refieren principalmente a afectaciones en la regulación emocional (Heleniak et al., 2016) como comportamientos ansiosos, depresivos y problemas somáticos. Las conductas externalizantes incluyen problemas relacionados con la agresividad, poco autocontrol y conducta delictiva (Alarcón et al., 2015). Para ello se empleó: *Instrumento 2. Lista de verificación de comportamiento infantil (Child Behavior Checklist - CBCL)*.

El CBCL es un cuestionario desarrollado por Achenbach (2001) con el objetivo de evaluar problemas de comportamiento y emocionales en población infantil de los 6 a los 18 años. Este instrumento ha sido ampliamente empleado en población latinoamericana y ha sido sometido a procesos de evaluación de consistencia, adaptación y validación para 44 sociedades, incluida la población colombiana (Rescorla et al., 2012, citado en Granados, 2019). El CBCL posee una confiabilidad de 0.79 para escala de competencia social, 0.78 a 0.97 para la sección de síndromes o comportamiento específico, finalmente para la escala total la confiabilidad es de 0.95 (Achenbach y Rescorla, 2001).

EL CBCL se compone de ocho subescalas de banda estrecha: Ansioso / Deprimido, Retirada / Deprimida, Quejas Somáticas, Problemas Sociales, Problemas de Pensamiento, Problemas de Atención, Comportamiento de Reglamentación y Comportamiento Agresivo y tres Puntajes Total de Banda Ancha; Internalización, Externalización y Problemas totales. Este cuestionario suele ser completado por padres o cuidadores, quienes a través de una escala Likert de 3 puntos (siendo 0= no ocurre, 1= ocurre con mucha frecuencia y 3= a menudo ocurre) dan

cuenta del comportamiento de los niños en los últimos seis meses y en la actualidad (Achenbach y Rescorla, 2001).

Subvariable 2. Cognición Social - Reconocimiento de emociones.

El componente de cognición social se evaluará a través de la sub - variable: *Cognición Social - Reconocimiento de emociones*. La cognición social es definida como un procesamiento cognitivo diferenciado de los estímulos sociales, que permite formar intenciones y atribuciones, articulando información para su uso en la interacción social ligada a un contexto; y la mentalización, comprendida como definida como la capacidad de ver a los demás y a sí mismo como agentes intencionales cuyo comportamiento se basa en estados mentales asociados a emociones, deseos, necesidades y pensamientos (Fonagy et al., 2004). Para ello se empleó la prueba lectura de la mente en los ojos.

Instrumento 3. Test Lectura de la Mente en los Ojos: Esta prueba, también llamada test de la mente en los ojos o test de la mirada fue diseñado por Barón-Cohen et al. (1997) como una medida de Teoría de la Mente Avanzada. La versión que se empleó en la presente investigación corresponde a la versión infantil, adaptada para la población colombiana. Esta prueba se compone de 28 fotografías en escala de grises de la región ocular del rostro y cuatro opciones de respuesta de las cuales solo una es correcta (Barón et al., 2001). Al aplicar el instrumento, el administrador lee en voz alta las cuatro posibles respuestas y los niños o niñas rodean o señalan la palabra que considera mejor describe el sentir o pensar de la persona en la foto dentro de las cuatro respuestas posibles (Barón et al., 2001). Esta prueba ha sido ampliamente empleada para evaluar la teoría de la mente en grupos poblacionales, especialmente de tipo clínico para evaluar déficit en cognición social, rasgos autistas y reconocimiento de emociones (Zegarra, 2022;

Thiébaud et al., 2016; Tin et al., 2018); trastorno por déficit de Atención con hiperactividad (Mary et al., 2015; Pineda et al., 2012), Esquizofrenia (Etchepare et al., 2017), Demencias (Duclos et al., 2018; Poletti et al., 2012), Trastornos de la Conducta (Fonagy et al., 2016), y maltrato infantil (Luke et al., 2013).

Subvariable 3. Altruismo

El *Altruismo*, definido como las acciones orientadas a beneficiar a otros y que se realiza sin buscar ningún tipo de provecho personal (Etxebarria, 1999), fue medida a través del *Instrumento 4. Juego de interacción “Dictador de oportunidades”*.

El dictador de oportunidades es la adaptación infantil (Aponte, Martínez y Caicedo, 2016) del juego del Dictador, el cual permite realizar comparaciones sistemáticas del comportamiento altruista entre diversos individuos y contextos (Shrivastava et al., 2017). Este juego de interacción ha sido empleado desde la década de 1950 en aproximadamente 129 publicaciones y se han realizado 41.433 variaciones de este. Según Martínez et al. (2016): “El análisis de este juego explora el complejo cerebro social en interacción a través de a través de una serie de correlaciones entre la tendencia altruista del sujeto y su historia persona” (p. 62). Este instrumento no cuenta con estudios donde se realicen estimaciones cuantitativas para evaluar la calidad de su funcionamiento.

La aplicación de este juego se realiza en una habitación en donde se encuentra el entrevistador y el participante. El entrevistador brinda a cada participante de forma individual diez fichas de casino que le permiten participar en una rifa. Posteriormente, se le indica a cada participante que puede regalar las fichas que quiera a otro participante que no conoce, con el objetivo de que él o ella también pueda participar en la rifa. El participante tiene dos minutos

para tomar la decisión. Al finalizar el juego, la cantidad de fichas donadas indicará la tendencia altruista de cada participante.

Variable 5. Cognitivo

La infancia es un periodo crítico para el desarrollo del individuo que puede verse fuertemente influenciado por estresores externos como el maltrato infantil (Touza-Garma, 2001). La vivencia de maltrato severo durante este periodo puede interferir en el desarrollo del sistema nervioso generando afectaciones en el momento actual y futuro que se expresan a través de alteraciones en el funcionamiento neuropsicológico (Davis et al., 2015). Estas alteraciones pueden observarse a través de un rendimiento escolar inferior a lo esperado por su edad (Duque et al., 2008; Erazo, 2018) que suele ser explicado por alteraciones en funciones cognitivas básicas (Patarroyo, 2014; Sarmiento, 2018) y por afectaciones socioemocionales. La variable cognitiva será explorada a través de dos subvariables: *1. Funciones cognitivas* y *2. Habilidades escolares*.

Subvariable 1. Funciones cognitivas

Esta subvariable hace referencia a todos los procesos a través de los cuales la información recibida mediante los sentidos se transforma, se elabora, se almacena se recupera y se utiliza (Ramírez et al., 2020). Estos procesos hacen referencia a: *habilidades constructivas, memoria (codificación y evocación diferida), memoria (recuperación), lenguaje, habilidades perceptuales, habilidades metalingüísticas, habilidades espaciales, habilidades conceptuales*.

Subvariable 2. Habilidades escolares

Esta subvariable brinda información sobre la adquisición de habilidades de *lectura, escritura, cálculo y atención*, con el objetivo de caracterizar las dificultades a las que los niños, niñas y adolescentes pueden estar enfrentando en el ámbito escolar.

Para evaluar las subvariables anteriormente mencionadas se empleó el *Instrumento 5. Evaluación Neuropsicológica Infantil-2 (ENI 2)*, que fue descrito anteriormente.

A partir de las variables previamente descritas, se realizó un análisis descriptivo a través de tablas de frecuencias y porcentajes de las variables categóricas y se estimaron medidas de tendencia central y de varianza para las variables numéricas, con el propósito de describir cada uno de los grupos, buscando identificar características comunes entre los sujetos que los conforman. Para verificar la normalidad de los datos se empleó la prueba de Shapiro-Wilk. Debido a que no todas las variables tienen una distribución normal, se realizó un análisis no paramétrico para identificar si las diferencias entre las medianas de los grupos eran significativas, utilizando la prueba estadística U de Mann-Whitney (W) con un α de 0.05 y la correlación biserial de rango (r_b) como medida de tamaño del efecto. Todos los análisis fueron realizados empleando el software JASP en su versión 0.16.4.

Resultados

Este capítulo contiene la presentación de los resultados obtenidos en la investigación. En primer lugar, se describe la conformación de los grupos objetivo y comparación. El segundo apartado contiene los resultados del análisis descriptivo para la exploración de las variables “datos sociodemográficos”, “tipo de maltrato” e “historia en el sistema de protección”. En el tercer apartado se presenta el resultado de la caracterización del perfil socioemocional para cada

uno de los grupos. El cuarto apartado presenta la caracterización del perfil cognitivo del grupo objetivo y el grupo de comparación.

Conformación de los grupos

Cada grupo está conformado por 12 sujetos. Aquellos que pertenecen al grupo objetivo obtuvieron puntuaciones T en el dominio Funciones ejecutivas del ENI-2 ubicadas entre 50 y 67 y puntuaciones Z entre 0.89 y 2.63 estimadas sobre la muestra general. Las puntuaciones en el dominio Funciones ejecutivas de quienes conformaron el grupo comparación presentaron valores de T entre 23 y 33; y valores Z entre -0.85 y -1.87.

Aquellos que pertenecen al grupo objetivo obtuvieron puntuaciones T en el dominio Funciones ejecutivas del ENI-2 ubicadas entre 50 y 67, con una media de 54.17 (Mdn= 53 DS= 5.27) y puntuaciones Z estimadas a partir de la muestra general ubicadas entre 0.89 y 2.63. Las puntuaciones en el dominio Funciones ejecutivas de quienes conformaron el grupo comparación presentaron valores de T entre 23 y 33, la media es de 30.58 (Mdn=33, DS=3.99); y valores Z con respecto a la muestra general se ubicaron entre -0.85 y -1.87. Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 0$, $p = < 0.01$ y $r_b = -1.00$, lo que indica que hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable, siendo más altas las puntuaciones obtenidas por el grupo objetivo.

Descripción de las variables sociodemográficas

La Tabla 2 presenta las edades de los niños que conforman el grupo de comparación y el grupo objetivo divididas por sexo, detallando la media, mediana y desviación estándar. Se puede observar que las medidas de tendencia de ambos grupos son cercanas, aunque más bajas para el grupo de comparación. Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 51.50$, p

0.24 y r_b -0.28, lo que indica que no hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable.

Tabla 2.

Variable sociodemográfica: Edad grupo objetivo y grupo comparación.

	<i>Sexo</i>	<i>n</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Edad en años</i>		
Grupo comparación	Femenino	6	50%	M= 9	Mdn=8.5	DS=2.7
	Masculino	6	50%	M= 8.1	Mdn=8	DS=2.2
Total		12	100%	M= 8.5	Mdn= 8	DS=2.4
Grupo objetivo	Femenino	5	41.6%	M= 9.2	Mdn= 8	DS= 2.1
	Masculino	7	58.3%	M= 9.8	Mdn= 11	DS=1.8
Total		12	100%	M= 9.5	Mdn= 10	DS=1.9

Nota. M= mediana; Mdn= mediana; DS= desviación estándar

La Tabla 3 contiene las frecuencias y el porcentaje de niños, niñas y adolescentes según los años de educación que han recibido. Al igual que en la Figura 1, se puede observar que un mayor porcentaje de niños del grupo de comparación cuenta con entre 0 y 2 años de educación (75.01%). En cuanto al grupo objetivo, se observa mayor porcentaje de niños, niñas y adolescentes con entre 3 y 5 años de formación académica (66.67%). Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 33.50$, $p = 0.03$ y $r_b = -0.53$, lo que indica que hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable, siendo más altos los valores en el grupo objetivo.

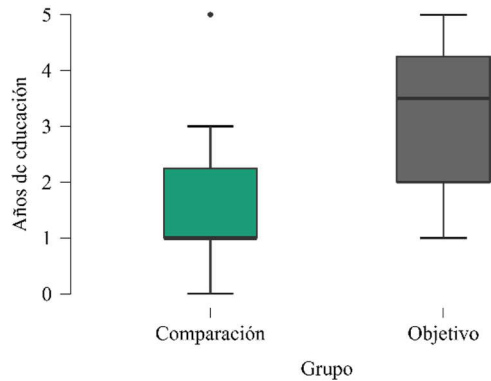
Tabla 3

Frecuencias para los años de escolarización del grupo control y grupo objetivo

Grupo	Años de educación	Frecuencia	Porcentaje
Comparación	0	2	16.67%
	1	5	41.67%
	2	2	16.67%
	3	1	8.33%
	5	2	16.67%
	Total		12
Objetivo	1	1	8.33%
	2	3	25%
	3	2	16.67%
	4	3	25%
	5	3	25%
	Total		12

Figura 1

Años de educación.



Descripción de la variable tipo de maltrato

En la Tabla 4 se presentan las frecuencias y el porcentaje de niños, niñas y adolescentes según el o los tipos de maltrato reportados en el motivo de ingreso. En el grupo control se observa que un mayor porcentaje de niños, niñas y adolescentes (75%) fueron expuestos a Negligencia, Negligencia y abandono y Negligencia y abuso sexual. En cuanto al grupo objetivo

se observa que los porcentajes más altos están en Negligencia (33.33%) y Negligencia y maltrato físico y psicológico (25%)

Tabla 4.

Frecuencia para dos tipos de maltrato del grupo comparación y grupo objetivo.

Grupo	Tipo de maltrato	Frecuencia	Porcentaje
Comparación	Abandono	1	8.33%
	Abuso sexual	0	0%
	Maltrato físico y/o psicológico	2	16.67%
	Maltrato físico y/o psicológico y abandono	0	0%
	Maltrato físico y/o psicológico y abuso sexual	0	0%
	Negligencia	5	41.67%
	Negligencia y abandono	3	25%
	Negligencia y abuso sexual	1	8.33%
	Negligencia y maltrato físico y psicológico	0	0%
	Total	12	100%
Objetivo	Abandono	1	8.33%
	Abuso sexual	1	8.33%
	Maltrato físico y/o psicológico	0	0%
	Maltrato físico y/o psicológico y abandono	1	8.33%
	Maltrato físico y/o psicológico y abuso sexual	1	8.33%
	Negligencia	4	33.33%
	Negligencia y abandono	1	8.33%
	Negligencia y abuso sexual	0	0%
	Negligencia y maltrato físico y psicológico	3	25%
	Total	12	100%

Posteriormente, se estimó el número de niños que presentó cada tipo de maltrato. Estas frecuencias se presentan en la Tabla 5 y se observa que en ambos grupos los porcentajes más altos se encuentran en Negligencia.

Tabla 5.

Frecuencia para el motivo de ingreso dividido en grupo objetivo y grupo control

Grupo	Motivo de ingreso	Frecuencia	Porcentaje
Comparación	Abandono	1	8.33%

	Abuso sexual	0	0%
	Maltrato físico y/o psicológico	2	16.67%
	Maltrato físico y/o psicológico y abandono	0	0%
	Maltrato físico y/o psicológico y abuso sexual	0	0%
	Negligencia	5	41.67%
	Negligencia y abandono	3	25%
	Negligencia y abuso sexual	1	8.33%
	Negligencia y maltrato físico y psicológico	0	0%
	Total	12	100%
Objetivo	Abandono	1	8.33%
	Abuso sexual	1	8.33%
	Maltrato físico y/o psicológico	0	0%
	Maltrato físico y/o psicológico y abandono	1	8.33%
	Maltrato físico y/o psicológico y abuso sexual	1	8.33%
	Negligencia	4	33.33%
	Negligencia y abandono	1	8.33%
	Negligencia y abuso sexual	0	0%
	Negligencia y maltrato físico y psicológico	3	25%
		Total	12

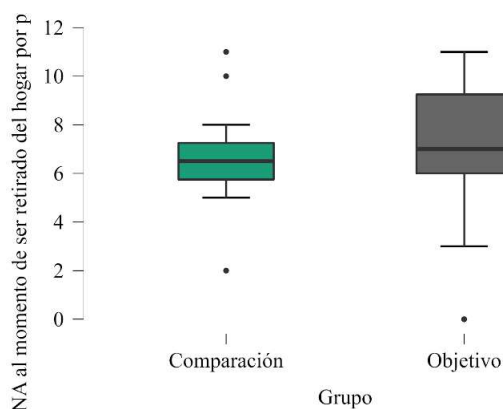
Exploración de la variable historia en el sistema de protección

La edad media de los niños, niñas y adolescentes del grupo comparación al ser retirados del hogar es de 6.6 años (Mdn= 6.5, DS= 2.3), mientras que la del grupo objetivo es 6.9 años (Mdn= 7, DS= 2.2). En el grupo de comparación se observa que hay una mayor concentración de los datos hacia edades menores y se encuentran dos datos atípicos, como se observa en la Figura 2. En cuanto al grupo objetivo, se encuentra que hay una mayor concentración de niños en edades mayores. Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 59.00$, $p =$

0.46 y $r_b = 0.08$, lo que indica que no hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable.

Figura 2

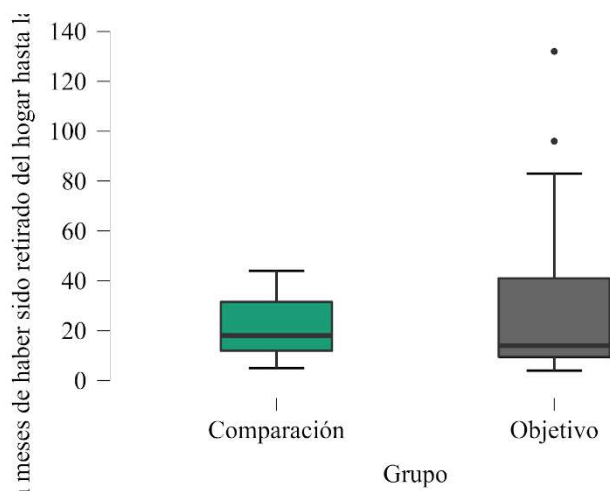
Edad al ser retirados del hogar en años



Respecto al número de meses transcurridos desde que los niños fueron retirados del hogar hasta el momento de la evaluación, se observa que en el grupo comparación la media es de 20.92 (Mdn= 18, DS= 12.87) y en el grupo objetivo, la media es de 35.5 (Mdn= 14, DS= 43,08). Como se observa en la Figura 3, los datos del grupo comparación se encuentran agrupados entre los 5 y los 44 meses y en el grupo objetivo entre los 4 y los 132 meses; la dispersión de datos en este último grupo es mayor, sin embargo, el 50% de la muestra que se encuentra entre el percentil 25 y el 75 está entre los 9.5 y los 41 meses. Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 78$, $p = 0.75$ y $r_b = 0.08$, lo que indica que no hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable.

Figura 3

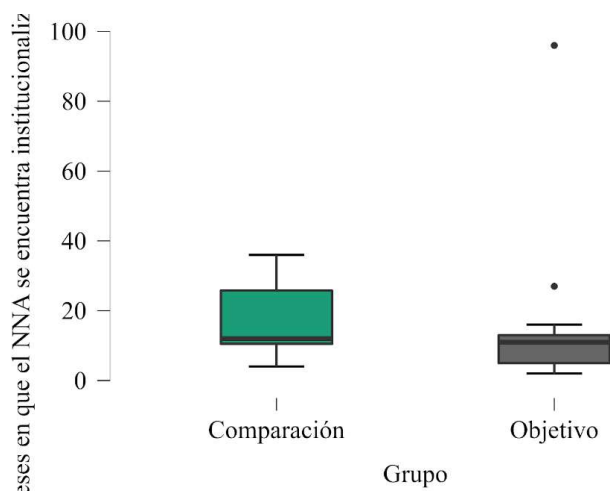
Número de meses al momento de ser retirado del hogar



La permanencia institucional del grupo de comparación es más prolongada respecto al grupo objetivo. En el grupo de comparación se obtuvo una media de 17.58 (MD=12 y DS=11.45); los datos se ubican entre 4 y 36 meses, agrupando el 50% que se encuentra entre el percentil 25 y 75 a los sujetos que estuvieron institucionalizados entre 10.50 y 25.75 meses. En cuanto al grupo objetivo, se observa una media de 11.42 (MD=11 y DS=25.63) y como se observa en la Figura 4, este grupo presenta dos datos atípicos que corresponden al sujeto 15E y 7E quienes permanecieron respectivamente 96 y 132 meses institucionalizados. Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 93.50$, $p = 0.22$ y $r_b = 0.30$, lo que indica que no hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable.

Figura 4

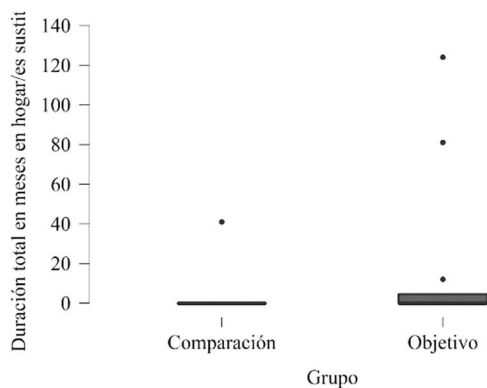
Número de meses acogido en modalidad internado



Como se observa en la Figura 5, en el grupo de comparación los niños no accedieron a un hogar sustituto, a excepción del sujeto 25E quien tiene un reporte de no haber permanecido en dicho hogar (0 meses) y el sujeto al sujeto 21E quien estuvo 41 meses en un hogar sustituto, siendo un dato atípico en el grupo. Por otra parte, el 33.33% de los sujetos pertenecientes al grupo objetivo fueron ubicados en hogares sustitutos. Sin embargo, el 66.67% no tuvieron acceso a un hogar sustituto. Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 54$, $p = 0.15$ y $r_b = -0.25$, lo que indica que no hay diferencias significativas entre los grupos para la duración en hogares sustitutos.

Figura 5

Duración total en meses bajo modalidad hogares sustitutos.



Finalmente, frente a la variable adopciones fallidas se observa que 3 (25%) de los niños que pertenecen al grupo de comparación tuvieron una adopción fallida y permanecieron 7 días en esta. En cuanto al grupo objetivo, solo 1 (8.33%) de los niños tuvo una adopción fallida que duró 90 días.

Variable socioemocional

En la primera parte de este apartado se presentan los resultados de la exploración de las subvariables: 1. *Comportamiento Infantil - Dificultades internalizantes y externalizantes*, 2. *Cognición Social - Reconocimiento de emociones* y 3. *Altruismo*. En la segunda parte se presenta el perfil socioemocional del grupo objetivo (participantes con funciones ejecutivas preservadas) y el grupo comparación (participantes con impacto negativo en funciones ejecutivas).

Subvariable: Comportamiento infantil – Dificultades internalizantes y externalizantes:

Para esta variable se presenta el porcentaje de niños, niñas y adolescentes cuyo desempeño los ubican en el rango normal, es decir, que sus conductas se enmarcan dentro de los esperado para su edad; el límite clínico, en el que se ubican aquellos participantes cuyas puntuaciones son levemente más altas de los esperado para su edad; y el rango clínico, que corresponde a aquellos participantes que presentan alteraciones significativas.

Comportamiento Infantil - Dificultades internalizantes

Las conductas internalizantes agrupan las dificultades psicológicas que se dirigen hacia el interior, cuando la perturbación del niño, niña o adolescente se dan en relación con su medio interno y sus síntomas fundamentales se asocian con lo que ha dado en denominarse comportamientos sobre controlados (Heleniak et al., 2016). Dentro de esta clasificación se incluyen trastornos como la ansiedad, la depresión, el rechazo social, el aislamiento, trastornos de la alimentación, problemas de retraimiento, neuróticos y psicósomáticos (Segovia et al., 2008).

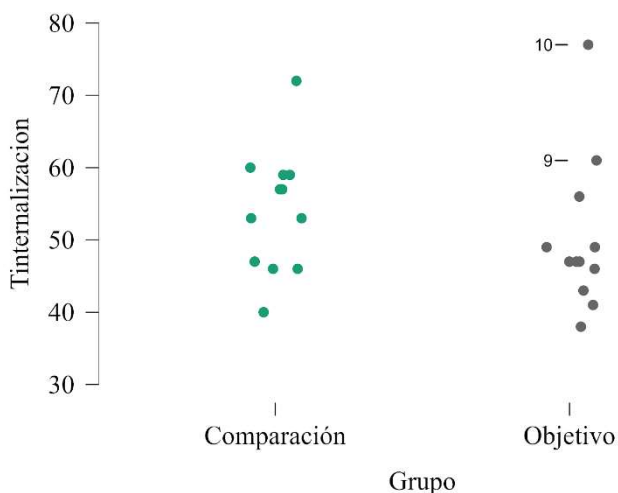
Como se observa en la Figura 7, para el dominio Conductas internalizantes se observa que 11 (91.67%) de los niños, niñas y adolescentes que pertenecen al grupo se ubican en el rango normal, ningún niño se ubica en el Límite clínico, finalmente 1 niño (8.33%) se ubica en el Rango clínico. La media para este grupo es 50.08 (Mdn= 47 DS= 10.47).

En cuanto al grupo de comparación se observa que 11 niños (91.67%) se ubican en un rango normal, ningún niño se ubica en el Límite clínico; finalmente 1 niño (8.33%) se ubica en el Rango clínico. La media para este grupo es de 54.08 (Mdn=55 DS=8.54).

Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 92.50$, $p = 0.25$ y $r_b = 0.28$, lo que indica que no hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable.

Figura 6

Puntuaciones por grupo para Conductas internalizantes



De acuerdo con estos resultados, los niños, niñas y adolescentes que componen ambos grupos presentan niveles de afectación similares para esta subvariable. A continuación, se presentan los resultados obtenidos para las subescalas: *Ansiedad/ depresión*, *Aislamiento/depresión* y *quejas somáticas* que componen la escala Conductas internalizantes.

Ansiedad/ depresión

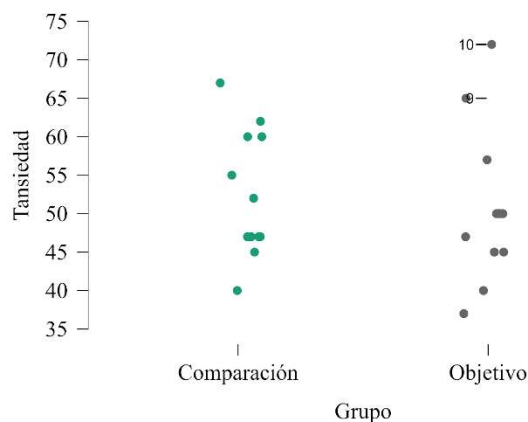
Como se observa en la Figura 7 Para el dominio Ansiedad/depresión se observa que 10 (83.33%) de los niños que pertenecen al grupo objetivo se ubican en un rango normal, 1 niño (8.33%) se ubica en el Límite clínico, finalmente 1 niño (8.33%) se ubica en el Rango clínico. La media para este grupo es 50.67 (Mdn= 50 DS= 9.91).

En cuanto al grupo de comparación se observa que 11 niños (91.67%) se ubican en un rango normal; 1 niño (8.33%) se ubica en el Límite clínico, finalmente ningún niño se ubica en el Rango clínico, siendo estos. La media para este grupo es de 52.42 (Mdn=49.50 DS=8.27).

Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 81.50$, $p = .60$ y $r_b = .13$, lo que indica que no hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable.

Figura 7.

Puntuación de los grupos para Ansiedad / depresión



Aislamiento / depresión

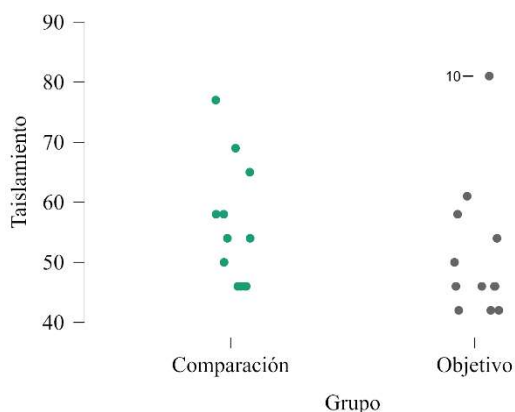
Como se observa en la Figura 8, para el dominio Aislamiento / depresión se observa que los 12 niños (100%) que pertenecen al grupo objetivo se ubican en un rango normal; ningún niño se ubica en el Límite clínico, finalmente ningún niño se ubica en el Rango clínico. La media para este grupo es 51.17 (Mdn= 46 DS= 11.29).

En cuanto al grupo de comparación se observa que 10 niños (83.33%) se ubican en un rango normal, 2 niños (16.67%) se ubican en el Límite clínico; finalmente ningún niño se ubica en el Rango clínico. La media para este grupo es de 55.75 (Mdn=54 DS=10.19).

Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W= 96.50$, $p = .16$ y $rb = .34$, lo que indica que no hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable.

Figura 8.

Puntuaciones obtenidas por los grupos para aislamiento



Quejas somáticas

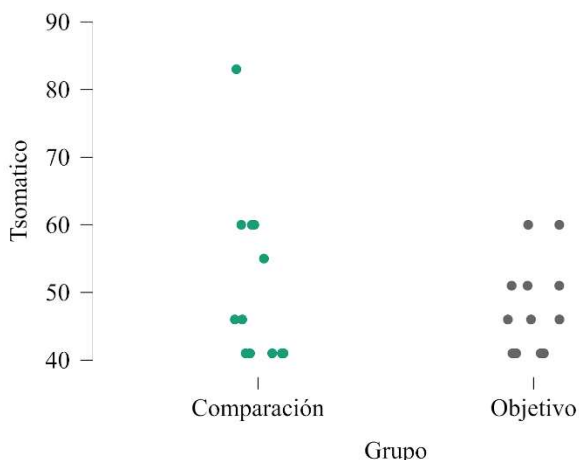
Como se observa en la Figura 9, para el dominio Quejas somáticas se observa que los 12 niños (100%) que pertenecen al grupo objetivo se ubican en un rango normal; ningún niño se ubica en el Límite clínico, finalmente ningún niño se ubica en el Rango clínico. La media para este grupo es 47.92 (Mdn= 46 DS= 6.89).

En cuanto al grupo de comparación se observa que 11 niños (91.67%) se ubican en un rango normal; 1 niño (8.33%) se ubica en el Límite clínico; finalmente ningún niño se ubica en el Rango clínico. La media para este grupo es de 51.25 (Mdn=46 DS=12.91).

Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 76$, $p = 0.83$ y $r_b = 0.06$, lo que indica que no hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable.

Figura 9.

Puntuaciones obtenidas por los grupos para quejas somáticas



Comportamiento Infantil - Dificultades externalizantes

Las conductas externalizantes engloban los patrones de conducta mal adaptativa en niños, niñas y adolescente en diferentes situaciones y contextos exteriores, ocasionando problemas a los otros (Maldonado, 2018). Estos problemas suelen asociarse con comportamientos subcontrolados o trastornos de conducta que suelen presentarse con mayor frecuencia en niños que en niñas como en el caso de la hiperactividad, trastornos agresivos y antisociales (Segovia et al., 2008)

Al igual que en el apartado anterior, se muestran los resultados del comportamiento de la muestra para la escala “conductas externalizantes” y luego se explorarán las diferentes subescalas que componen dicha escala. Se presenta el porcentaje de niños, niñas y adolescentes que se ubican en el rango normal, el límite y el rango clínicos.

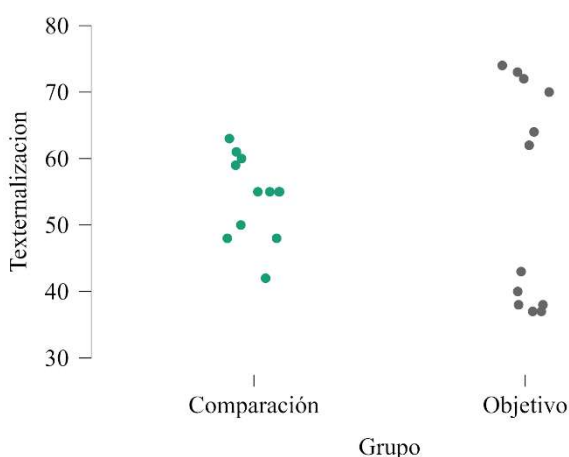
Como se observa en la Figura 10, para el dominio Conductas externalizantes se observa que 8 (66.67%) de los niños, niñas y adolescentes que pertenecen al grupo objetivo se ubican en un rango normal, ningún niño se ubica en el límite clínico. Finalmente 4 (33.33%) niños, niñas o adolescentes del grupo se ubican en el rango clínico. La media para este grupo es 54 (Mdn= 52.50 DS= 16.27).

En cuanto al grupo de comparación se observa que los 12 niños (100%) se ubican en un rango normal, ningún niño se ubica en el Límite clínico; finalmente ningún niño se ubica en el Rango clínico. La media para este grupo es de 54.25 (Mdn=55 DS=6.22).

Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 72$, $p = 1.00$ y $rb = 0.00$, lo que indica que no hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable.

Figura 10.

Puntuaciones obtenidas por los grupos para conductas externalizantes



De acuerdo con estos resultados, una mayor cantidad de niños, niñas y adolescentes del grupo objetivo presentan conductas externalizantes frente al grupo comparación. A continuación, se presentan los resultados obtenidos para las subescalas: *conductas agresivas* y *conductas disruptivas* que componen la escala Conductas externalizantes.

Conductas disruptivas

Como se observa en la Figura 11, para el dominio Conductas disruptivas se observa que 8 (66.67%) de los niños que pertenecen al grupo objetivo se ubican en un rango normal; 1 niño

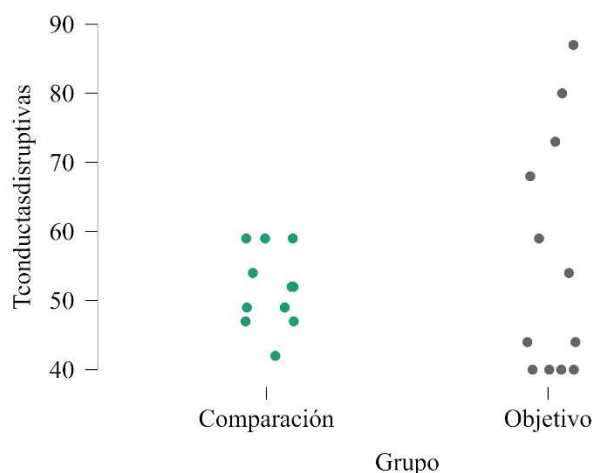
(8.33%) se ubica en el Límite clínico y 3 niños (25%) se ubica en el rango clínico. La media para este grupo es 55.75 (Mdn= 49 DS= 17.31).

En cuanto al grupo de comparación se observa que los 12 niños (100%) se ubican en un rango normal; ningún niño se ubica en el Límite clínico, finalmente ningún niño se ubica en el Rango clínico. La media para este grupo es de 51.75 (Mdn=52 DS=5.38).

Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 75.00$, $p = .88$ y $r_b = .04$, lo que indica que no hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable.

Figura 11.

Puntuaciones obtenidas por los grupos para conductas disruptivas



Comportamientos agresivos

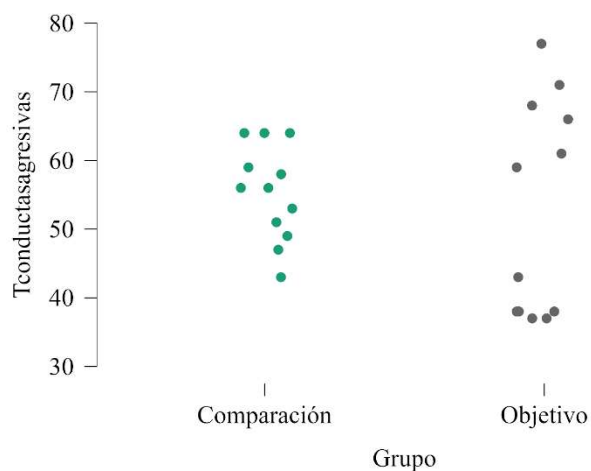
Como se observa en la Figura 12, para el dominio Comportamientos agresivos se observa que 8 (66.67%) de los niños que pertenecen al grupo objetivo se ubican en un rango normal, 2 niños (16.67%) se ubica en el Límite clínico, finalmente 2 niños (16.67%) se ubica en el rango clínico, La media para este grupo es 52.75 (Mdn= 51 DS= 15.61).

En cuanto al grupo de comparación se observa que los 12 niños (100%) se ubican en un rango normal, ningún niño se ubica en el Límite clínico, finalmente ningún niño se ubica en el Rango clínico. La media para este grupo es de 55.33 (Mdn=56 DS=6.96).

Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 78.00$, $p = 0.75$ y $r_b = .08$, lo que indica que no hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable.

Figura 12.

Puntuaciones obtenidas por los grupos para comportamiento agresivos



Otros problemas

Como se observa en la Figura 13 en este apartado se describe en un primer momento el comportamiento de la muestra para la escala “*otros problemas*”, que engloba alteraciones de pensamiento, hacerse daño, escuchar o ver cosas que los demás consideran que no existen, hacer cosas extrañas para los demás y problemas de sueño. Adicionalmente, categoriza conductas como dependencia de los adultos, problemas para relacionarse con otros sus pares, tendencias a relacionarse con personas de menor o mayor edad y sentimientos de torpeza, así como mantener

conflicto con otros. Posteriormente, se muestran los resultados de la exploración de las subescalas “*problemas sociales*” y “*problemas de pensamiento*” que componen dicha escala.

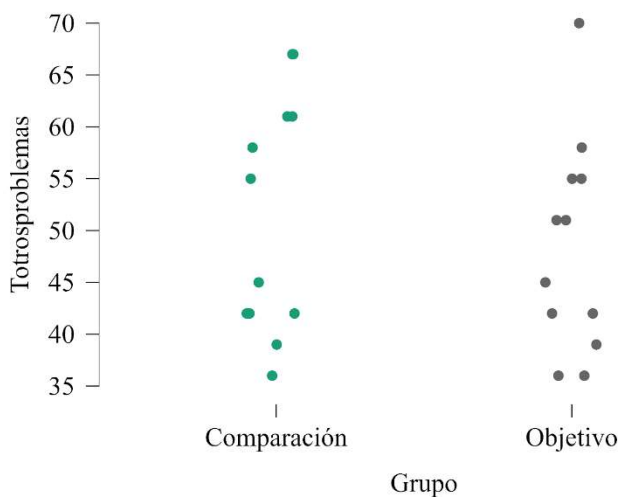
Para el dominio Otros problemas se observa que 11 (91.67%) de los niños que pertenecen al grupo objetivo se ubican en un rango normal, ningún niño se ubica en el límite clínico; finalmente 1 niño (8.33%) se ubica en el rango clínico. La media para este grupo es 48.33 (Mdn= 48 DS= 10.22).

En cuanto al grupo de comparación se observa que 10 niños (83.33%) se ubican en un rango normal, 2 niños (16.67%) se ubica en el Límite clínico, finalmente ningún niño se ubica en el Rango clínico. La media para este grupo es de 51.25 (Mdn=50 DS=11.38).

Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 84.50$, $p = 0.49$ y $r_b = 0.17$, lo que indica que no hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable.

Figura 13.

Puntuaciones obtenidas por los grupos para otros problemas



Problemas sociales

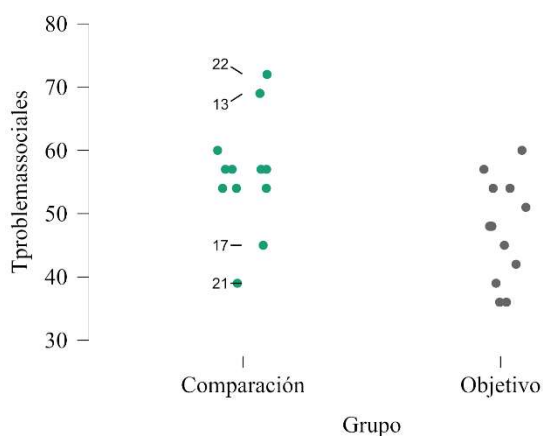
Como se observa en la Figura 14, para el dominio Problemas sociales se observa que los 12 niños (100%) que pertenecen al grupo objetivo se ubican en un rango normal, ningún niño se ubica en el Límite clínico, finalmente ningún niño se ubica en el Rango clínico. La media para este grupo es 47.50 (Mdn= 48 DS= 8.07).

En cuanto al grupo de comparación se observa que 10 (83.33%) de los niños se ubican en un rango normal, 1 niño (8.33%) se ubica en el Límite clínico; finalmente 1 niño (8.33%) se ubica en el Rango clínico. La media para este grupo es de 56.25 (Mdn =57 DS=8.87).

Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 111.50$, $p = 0.02$ y $r_b = 0.55$, lo que indica que hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable, siendo más altas las puntuaciones obtenidas por el grupo de comparación.

Figura 14.

Puntuaciones obtenidas por los grupos para problemas sociales



Problemas de pensamiento

Como se observa en la Figura 15, para el dominio Problemas de pensamiento se observa que los 12 niños (100%) que pertenecen al grupo objetivo se ubican en un rango normal, ningún

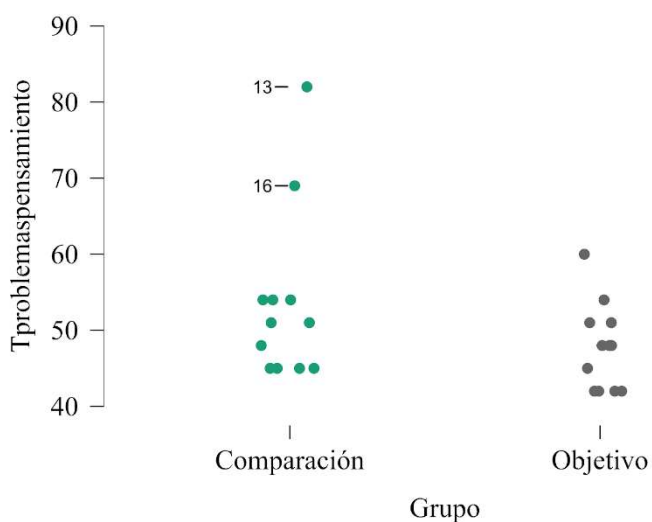
niño se ubica en el Límite clínico, finalmente ningún niño se ubica en el Rango clínico. La media para este grupo es 47.75 (Mdn= 48 DS= 5.64).

En cuanto al grupo de comparación se observa que 10 (83.33%) de los niños se ubican en un rango normal; 1 niño (8.33%) se ubica en el Límite clínico, finalmente 1 niño (8.33%) se ubica en el Rango clínico. La media para este grupo es de 53.58 (Mdn=51 DS=11.22).

Empleando el estadístico U de Mann – Whitney, se obtuvo un $W = 98.00$, $p = 0.14$ y $r_b = 0.36$, lo que indica que no hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable.

Figura 15

Puntuaciones obtenidas por los grupos para problemas de pensamiento



Problemas de atención

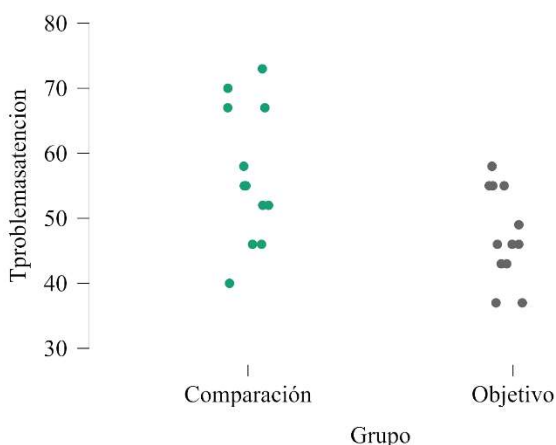
Como se observa en la Figura 16, para el dominio Problemas de atención se observa que los 12 niños (100%) que pertenecen al grupo objetivo se ubican en un rango normal; ningún niño se ubica en el Límite clínico, finalmente ningún niño se ubica en el Rango clínico. La media para este grupo es 47.50 (Mdn= 46 DS= 7.06).

En cuanto al grupo de comparación se observa que 8 niños (66.67%) se ubican en un rango normal, 2 niños (16.67%) se ubica en el Límite clínico; finalmente 2 niños (16.67%) se ubica en el Rango clínico. La media para este grupo es de 56.75 (Mdn=55 DS=10.51).

Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 107.50$, $p = .04$ y $r_b = 0.49$, lo que indica que hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable y son mayores las puntuaciones del grupo de comparación.

Figura 16.

Puntuaciones obtenidas por los grupos para problemas de atención



Subvariable 2: Cognición Social - Reconocimiento de emociones.

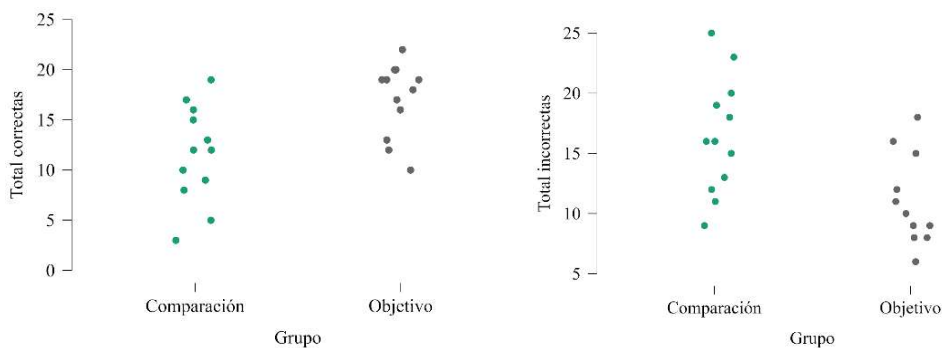
Para la subvariable cognición social, definida como un procesamiento cognitivo diferenciado de los estímulos sociales, que permite formar intenciones y atribuciones, articulando información para su uso en la interacción social ligada a un contexto; y la mentalización, comprendida como definida como la capacidad de ver a los demás y a sí mismo como agentes intencionales cuyo comportamiento se basa en estados mentales asociados a emociones, deseos, necesidades y pensamientos (Fonagy et al., 2004), se observa que el grupo

objetivo presentó mayor cantidad de respuestas correctas respecto al grupo comparación. Esto significa que, como se observa en Figura 17, a los niños, niñas y adolescentes que conforman este grupo se les facilitó más asociar las palabras que mejor describen el sentir o pensar, con la expresión facial de la persona que les era presentada a través de la foto, respecto al grupo comparación, y a su vez asociaron menor cantidad de palabras incorrectas con las expresiones faciales. Empleando el estadístico U de Mann - Whitney en la variable Puntuaciones correctas, se obtuvo un $W = 24.50$, $p = < .01$ y $r_b = -.65$, lo que indica que hay diferencias significativas entre los grupos y son mayores las puntuaciones del grupo objetivo. Para el caso de la variable Puntuaciones incorrectas, se obtuvo un $W = 119.50$, $p = < .01$ y $r_b = .65$, lo que indica que hay diferencias significativas entre los grupos y son mayores las puntuaciones del grupo de comparación.

De esta forma, y teniendo en cuenta ambos resultados, se podría inferir que el grupo objetivo presentan menos dificultades para interpretar las emociones de los demás a través de sus expresiones faciales.

Figura 17

Puntuación para los grupos en cognición social



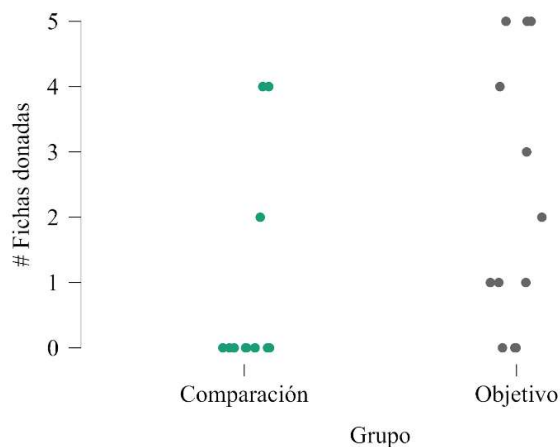
Subvariable 3: altruismo

Como se puede observar en la Figura 18, se observa una mayor tendencia del grupo objetivo a tener conductas altruistas, comprendidas como definido como las acciones orientadas a beneficiar a otros y que se realiza sin buscar ningún tipo de provecho personal (Etxebarria, 1999). En este grupo, se observa que 3 (25%) niños, niñas y adolescentes no donaron fichas, 3 niños, niñas y adolescentes (25%) donaron una ficha, 1 niños, niñas y adolescentes (8.33%) donó dos fichas, 1 niños, niñas y adolescentes (8.33%) donó tres fichas, 1 niños, niñas y adolescentes (8.33%) donó cuatro fichas y 3 niños, niñas y adolescentes (25%) donaron 5 fichas. Por otro lado, en el grupo comparación se observa que 9 niños, niñas y adolescentes (75%) no donaron fichas, 1 niños, niñas y adolescentes (8.33%) donó dos fichas y 2 niños, niñas y adolescentes (16.67%) donaron 4 fichas.

Empleando el estadístico U de Mann - Whitney se obtuvo un $W = 37$, $p = .03$ y $r_b = -.48$, lo que indica que hay diferencias significativas entre los grupos y son mayores las puntuaciones del grupo objetivo.

Figura 18.

Puntuaciones para los grupos de altruismo



Síntesis de los perfiles socioemocional del grupo objetivo y el grupo comparación

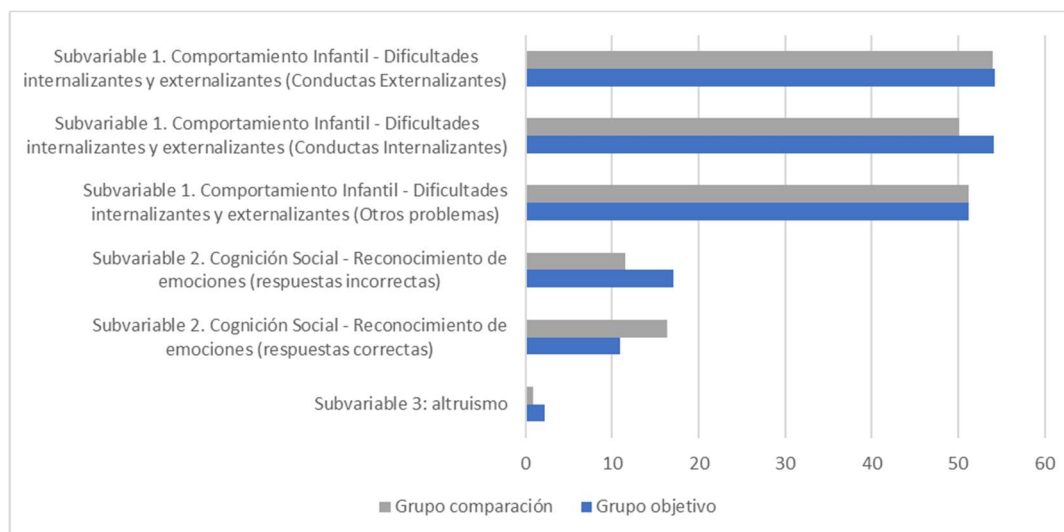
A continuación, en la Figura 19 se muestran los resultados de la exploración del perfil socioemocional para el grupo objetivo, representado por la barra color azul, y el grupo comparación, representado por la barra color gris.

Los resultados de la subvariable 1. *Comportamiento infantil - Dificultades internalizantes y externalizantes* muestran que los participantes pertenecientes al grupo objetivo y grupo control presentan conductas externalizantes y de otros problemas similares. Mientras que el grupo objetivo presenta un mayor porcentaje de participantes muestra conductas internalizantes.

Los resultados de la subvariable 2. *Cognición Social - Reconocimiento de emociones* muestra que el grupo objetivo mayor cantidad de respuestas incorrectas y una menor cantidad de respuestas correctas, lo que indica una mayor tendencia a interpretar inapropiadamente las expresiones faciales de las fotografías. Finalmente, para la subvariable 3. *Altruismo* se observa una mayor conducta altruista en el grupo objetivo, respecto al grupo comparación.

Figura 19.

Exploración de los perfiles socioemocionales de los grupos comparación y objetivo



Variable 2: Cognitivo

Como fue señalado en el apartado procedimiento, se realizó una nueva categorización de las puntuaciones de esta batería ENI 2. Para ello, se emplearon 2 criterios para realizar la agrupación teniendo en cuenta la distribución de puntuaciones de cada subprueba. En las subpruebas 3. Habilidades perceptuales, 4. Memoria (evocación diferida), 5. Lenguaje, 7. Lectura, 8. Escritura, 9. Aritmética, 10. Habilidades espaciales, 11. Atención y 12. Habilidades conceptuales se tomó como puntuaciones Bajas con respecto a la muestra general, a aquellos sujetos que tuvieron valores Z inferiores a -0.51; las puntuaciones Medias fueron valores Z entre -0.5 y 0.49; finalmente las puntuaciones Altas las conformaron los sujetos que obtuvieron valores Z superiores a 0.5.

Para el caso de las subpruebas 1. Habilidades constructivas, 2. Memoria (codificación) y 6. Habilidades metalingüísticas, se tomaron como puntuaciones Bajas con respecto a la muestra general, aquellos sujetos que tuvieron valores Z inferiores a 0; las puntuaciones Medias fueron

valores Z entre 0 y 0.99; finalmente las puntuaciones Altas las conformaron los sujetos que obtuvieron valores Z superiores a 1.

En el siguiente apartado se presenta la descripción del desempeño que obtuvo el conjunto de niños, niñas y adolescentes que conformó cada uno de los grupos en las diferentes subpruebas del ENI-2. Se describe el porcentaje de niños, niñas y adolescentes que obtuvieron puntuaciones Altas, Medias y Bajas con respecto a la muestra general, junto con el valor promedio, la mediana y desviación estándar de cada grupo.

Subvariable 1. Funciones cognitivas

La subvariable funciones cognitivas engloba las habilidades constructivas, memoria (codificación y evocación diferida), memoria (recuperación), lenguaje, habilidades perceptuales, habilidades metalingüísticas, habilidades espaciales, habilidades conceptuales.

Habilidades constructivas

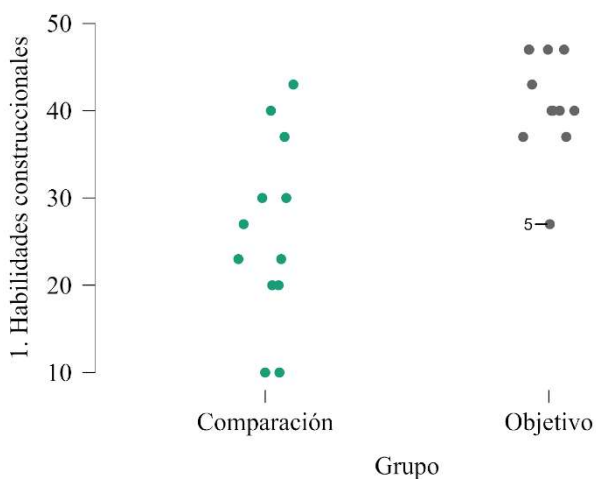
Como se observa en la Figura 19, para el dominio habilidades constructivas se observa que 7 niños (58.33%) del grupo objetivo se ubicaron en el puntaje *Medio*, 4 niños (34%) se ubican en puntaje alto, los sujetos; finalmente 1 (8.33%) se ubicó en puntaje *Bajo*. La media para este grupo fue 41 (Mdn= 40 DS= 5.88).

En el caso del grupo de comparación, la media es de 26.08 (Mdn= 25, DS=10.62); 9 (75%) niños están ubicados en puntajes *Bajo*; en puntajes *Medio* se ubicaron 3 niños (25%); ningún niño logra alcanzar puntajes *Altos* para este dominio.

Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W= 17$, $p = < 0.01$ y $rb = -0.76$, lo que indica que hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable, siendo más altas las puntuaciones obtenidas por el grupo objetivo.

Figura 20

Puntuaciones obtenidas por los grupos para Habilidades constructivales



Memoria (Codificación)

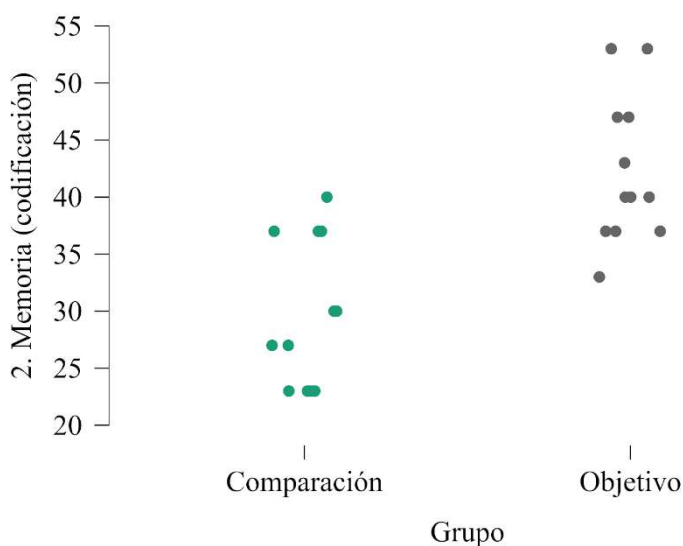
Como se observa en la Figura 21, para el dominio Memoria (Codificación) se observa que el 8 (58.33%) de los niños que pertenecen al grupo objetivo obtuvieron puntajes *Medios* con respecto a la muestra general, 4 niños (33.33%) obtuvieron puntajes *Altos* con respecto a la muestra general, finalmente 1 (8.33%) obtuvo puntajes *Bajos*. La media para este grupo es 42.2 (Mdn= 40 DS= 6.47).

Mientras que el grupo de comparación presenta 8 niños (66.67%) ubicados en puntajes *Bajos* con respecto a la muestra general; 4 (33.33%) en puntajes *medios*. La media para este grupo es de 29.75 (Mdn= 28.50, DS=6.47).

Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 13$, $p = < .01$ y $r_b = -0.82$, lo que indica que hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable, siendo más altas las puntuaciones obtenidas por el grupo objetivo.

Figura 21

Puntuaciones obtenidas por los grupos para Memoria (codificación)



Habilidades perceptuales

Como se observa en la Figura 23, para el dominio Habilidades perceptuales se observa que el 7 (58.33%) de los niños que pertenecen al grupo objetivo obtuvieron puntajes *Medios* con respecto a la muestra general, 5 niños (41.67%) obtuvieron puntajes *Altos* con respecto a la muestra general, finalmente ningún niño de este grupo obtuvo puntajes *Bajos*. La media para este grupo es 47.25 (Mdn= 47 DS= 5.66).

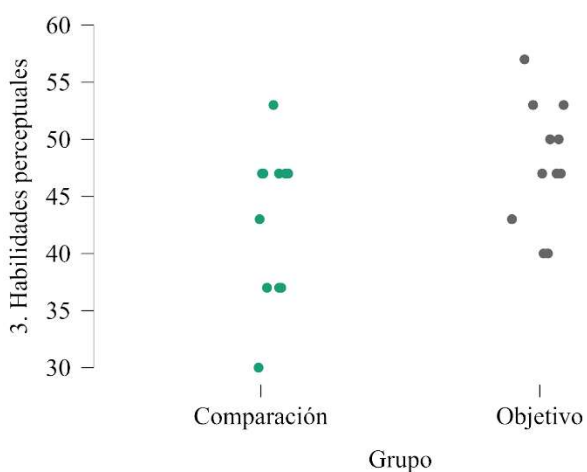
En el grupo de comparación 1 niño (8.33%) presentó puntajes *Bajos* con respecto a la muestra general; 10 (83.33%) puntajes *Medios*, finalmente 1 niño (8.33%) presentó un puntaje

alto con respecto a la muestra general. La media para este grupo es de 42.25 (Mdn=40, DS=6.46).

Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 41$, $p = 0.07$ y $r_b = -0.43$, lo que indica que no hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable.

Figura 22.

Puntuaciones obtenidas por los grupos para habilidades perceptuales



Memoria (evocación diferida)

Como se observa en la Figura 23, para el dominio Memoria (evocación diferida) se observa que el 7 (58.33%) de los niños que pertenecen al grupo objetivo obtuvieron puntajes *Medios* con respecto a la muestra general; 4 niños (33.33%) obtuvieron puntajes *Altos* con respecto a la muestra general; finalmente 1 niño (8.33%) de este grupo obtuvo puntajes *Bajos*, siendo este el 17E. La media para este grupo es 41.67 (Mdn= 40 DS= 7.76).

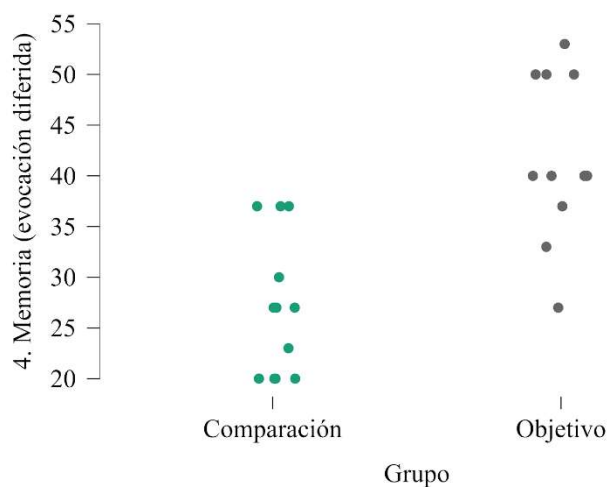
En el grupo de comparación 8 niños (66.67%) presentaron puntajes *Bajos* con respecto a la muestra general, 4 niños (33.33%) puntajes *Medios*, finalmente ningún niño presentó un

puntaje alto con respecto a la muestra general. La media para este grupo es de 27.08 (Mdn=27, DS=6.88).

Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 10$, $p = < .01$ y $r_b = -.86$, lo que indica que hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable, siendo más altas las puntuaciones obtenidas por el grupo objetivo.

Figura 23.

Puntuaciones obtenidas por los grupos para Memoria (evocación diferida)



Lenguaje

Como se observa en la Figura 24, para el dominio Lenguaje se observa que el 7 (58.33%) de los niños que pertenecen al grupo objetivo obtuvieron puntajes *Medios* con respecto a la muestra general, 5 niños (41.67%) obtuvieron puntajes *Altos* con respecto a la muestra general, finalmente ningún niño de este grupo obtuvo puntajes *Bajos*. La media para este grupo es 46.08 (Mdn= 43 DS= 6.84).

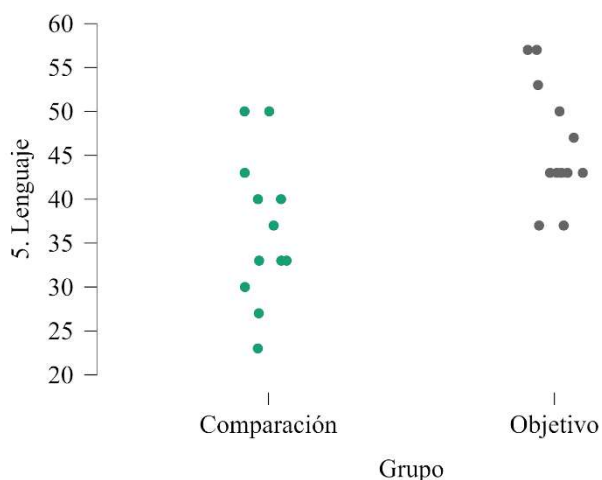
En el grupo de comparación 6 niños (50.00%) presentaron puntajes *Bajos* con respecto a la muestra general, 4 niños (33.33%) puntajes *Medios*, finalmente 2 niños (16.67%) presentaron

un puntaje alto con respecto a la muestra general. La media para este grupo es de 36.58 (Mdn=35, DS=8.44).

Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 26.50$, $p = < .01$ y $r_b = -0.63$, lo que indica que hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable, siendo más altas las puntuaciones obtenidas por el grupo objetivo.

Figura 24

Puntuaciones obtenidas por los grupos para Lenguaje



Habilidades metalingüísticas

Como se observa en la Figura 25, para el dominio Habilidades metalingüísticas se observa que el 3 (25%) de los niños que pertenecen al grupo objetivo obtuvieron puntajes *Medios* con respecto a la muestra general; 9 niños (75%) obtuvieron puntajes *Altos* con respecto a la muestra general; finalmente ningún de este grupo obtuvo puntajes *Bajos*. La media para este grupo es 42 (Mdn= 40 DS= 6.08).

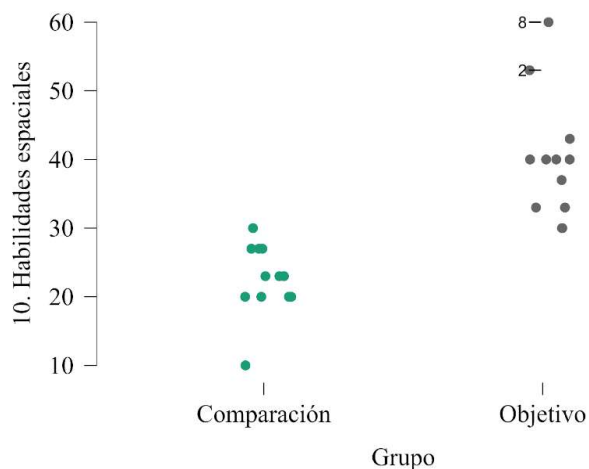
En el grupo de comparación 11 niños (91.67%) presentaron puntajes *Bajos* con respecto a la muestra general, 1 niño (8.33%) puntajes *Medios*, finalmente ningún niño presentó un puntaje

En el grupo de comparación 8 niños (66.67%) presentaron puntajes Bajos con respecto a la muestra general, 4 niños (33.33%) puntajes Medios, finalmente ningún niño presentó un puntaje Alto con respecto a la muestra general. La media para este grupo es de 22.5 (Mdn=23, DS=5.21).

Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 1$, $p = < .01$ y $r_b = -0.99$, lo que indica que hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable, siendo más altas las puntuaciones obtenidas por el grupo objetivo.

Figura 26

Puntuaciones obtenidas por los grupos para Habilidades espaciales



Habilidades conceptuales

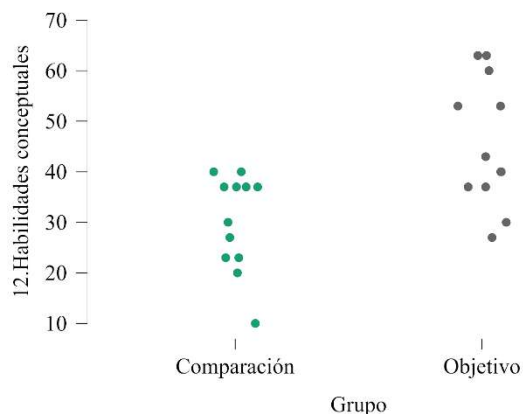
Como se observa en la Figura 27, para el dominio Habilidades conceptuales se observa que el 4 (33.33%) de los niños que pertenecen al grupo objetivo obtuvieron puntajes *Medios* con respecto a la muestra general, 6 niños (50%) obtuvieron puntajes *Altos* con respecto a la muestra general, finalmente 2 niño (16.67%) de este grupo obtuvo puntajes *Bajos*. La media para este grupo es 45.50 (Mdn= 41.50 DS= 12.54).

En el grupo de comparación 6 niños (50%) presentaron puntajes Bajos con respecto a la muestra general, 6 niños (50%) puntajes Medios, finalmente ningún niño presentó un puntaje Alto con respecto a la muestra general. La media para este grupo es de 30.08 (Mdn=33.50 DS=9.55).

Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 24$, $p = < 0.01$ y $r_b = -0.67$, lo que indica que hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable, siendo más altas las puntuaciones obtenidas por el grupo objetivo.

Figura 27.

Puntuaciones obtenidas por los grupos para habilidades conceptuales



Atención

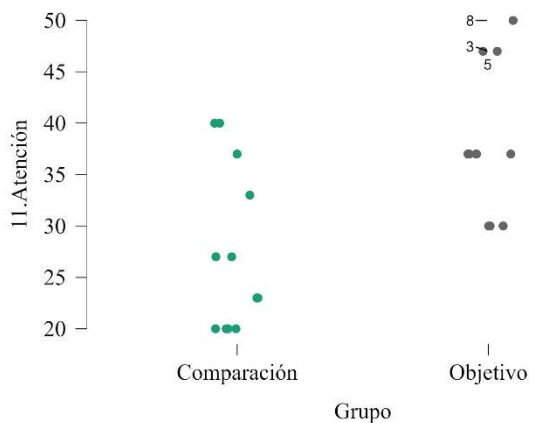
Como se observa en la Figura 28, para el dominio Atención se observa que el 3 (25%) de los niños que pertenecen al grupo objetivo obtuvieron puntajes *Medios* con respecto a la muestra general, 9 niños (75.00%) obtuvieron puntajes *Altos* con respecto a la muestra general; finalmente ningún niño de este grupo obtuvo puntajes *Bajos*. La media para este grupo es 38 (Mdn= 37 DS= 6.77).

En el grupo de comparación 6 niños (50%) presentaron puntajes Bajos con respecto a la muestra general, 3 niños (25%) puntajes Medios, finalmente 3 niños (25%) presentó un puntaje Alto con respecto a la muestra general. La media para este grupo es de 27.50 (Mdn=25, DS=7.97).

Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 27$, $p = < .01$ y $r_b = -0.63$, lo que indica que hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable, siendo más altas las puntuaciones obtenidas por el grupo objetivo.

Figura 28

Puntuaciones obtenidas por los grupos para habilidades conceptuales



Habilidades escolares

Esta subvariable brinda información sobre la adquisición de habilidades de *lectura*, *escritura*, *cálculo* y *atención*, con el objetivo de caracterizar las dificultades a las que los niños, niñas y adolescentes pueden estar enfrentando en el ámbito escolar.

Lectura

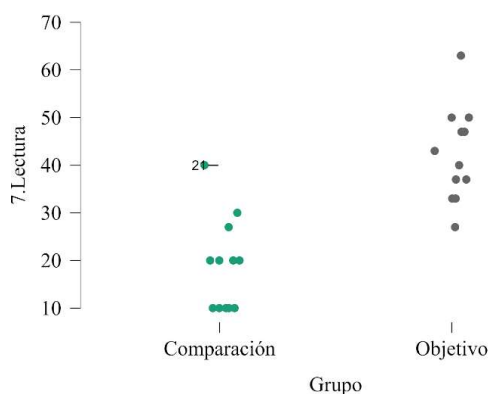
Como se observa en la Figura 29, para el dominio Lectura se observa que el 5 (41.67%) de los niños que pertenecen al grupo objetivo obtuvieron puntajes *Medios* con respecto a la muestra general, 7 niños (58.33%) obtuvieron puntajes *Altos* con respecto a la muestra general. Finalmente, ningún niño de este grupo obtuvo puntajes *Bajos*. La media para este grupo es 42.25 (Mdn= 41.50 DS= 9.82).

En el grupo de comparación 9 niños (75%) presentaron puntajes *Bajos* con respecto a la muestra general, 2 niños (16.67%) puntajes *Medios*, finalmente 1 niño (8.33) presentó un puntaje *alto* con respecto a la muestra general. La media para este grupo es de 18.92 (Mdn=20, DS=9.7).

Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 7$, $p = < 0.01$ y $r_b = -0.90$, lo que indica que hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable, siendo más altas las puntuaciones obtenidas por el grupo objetivo.

Figura 29.

Puntuaciones obtenidas por los grupos para Lectura



Escritura

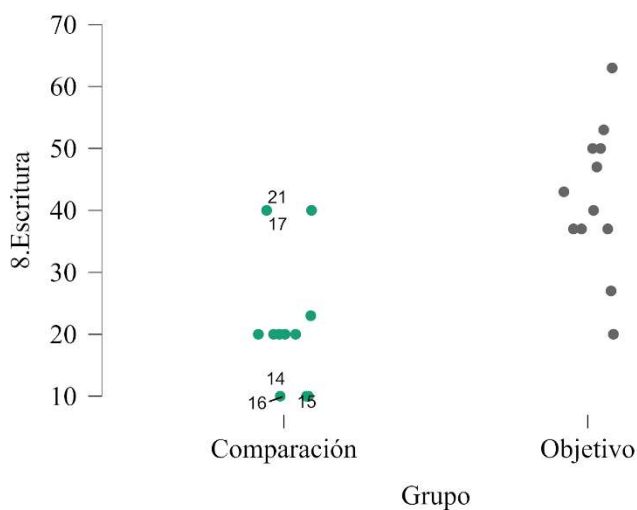
Como se observa en la Figura 30, para el dominio Escritura se observa que el 4 (33.33%) de los niños que pertenecen al grupo objetivo obtuvieron puntajes *Medios* con respecto a la muestra general, 7 niños (58.33%) obtuvieron puntajes *Altos* con respecto a la muestra general, finalmente 1 niño (8.33%) de este grupo obtuvo puntajes *Bajos*, siendo este el 49E. La media para este grupo es 41.50 (Mdn= 42 DS= 11.69).

En el grupo de comparación 10 niños (83.33%) presentaron puntajes *Bajos* con respecto a la muestra general, ningún niño obtuvo puntajes *Medios*; finalmente 2 niños (16.67%) presentó un puntaje *Alto* con respecto a la muestra general. La media para este grupo es de 21.08 (Mdn=20, DS=9.98).

Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 15$, $p = < .01$ y $r_b = -0.79$, lo que indica que hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable, siendo más altas las puntuaciones obtenidas por el grupo objetivo.

Figura 30.

Puntuaciones obtenidas por los grupos para Escritura



Aritmética

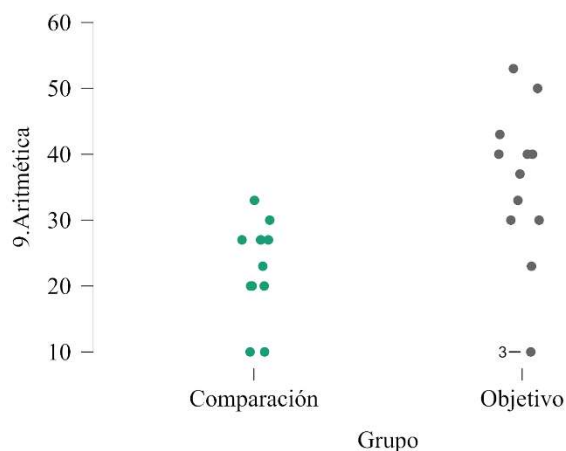
Como se observa en la Figura 31, para el dominio Aritmética se observa que el 3 (25%) de los niños que pertenecen al grupo objetivo obtuvieron puntajes *Medios* con respecto a la muestra general, 7 niños (58.33%) obtuvieron puntajes *Altos* con respecto a la muestra general, finalmente 2 niño (16.67%) de este grupo obtuvo puntajes *Bajos*. La media para este grupo es 35.75 (Mdn= 38.50 DS= 11.71).

En el grupo de comparación 6 niños (50%) presentaron puntajes *Bajos* con respecto a la muestra general, 6 niños (50%) puntajes *Medios*, finalmente ningún niño presentó un puntaje *Alto* con respecto a la muestra general. La media para este grupo es de 22.83 (Mdn=25, DS=7.25).

Empleando el estadístico U de Mann - Whitney, se obtuvo un $W = 21$, $p = < .01$ y $r_b = -.71$, lo que indica que hay diferencias significativas entre los grupos para esta variable, siendo más altas las puntuaciones obtenidas por el grupo objetivo.

Figura 31

Puntuaciones obtenidas por los grupos para aritmética

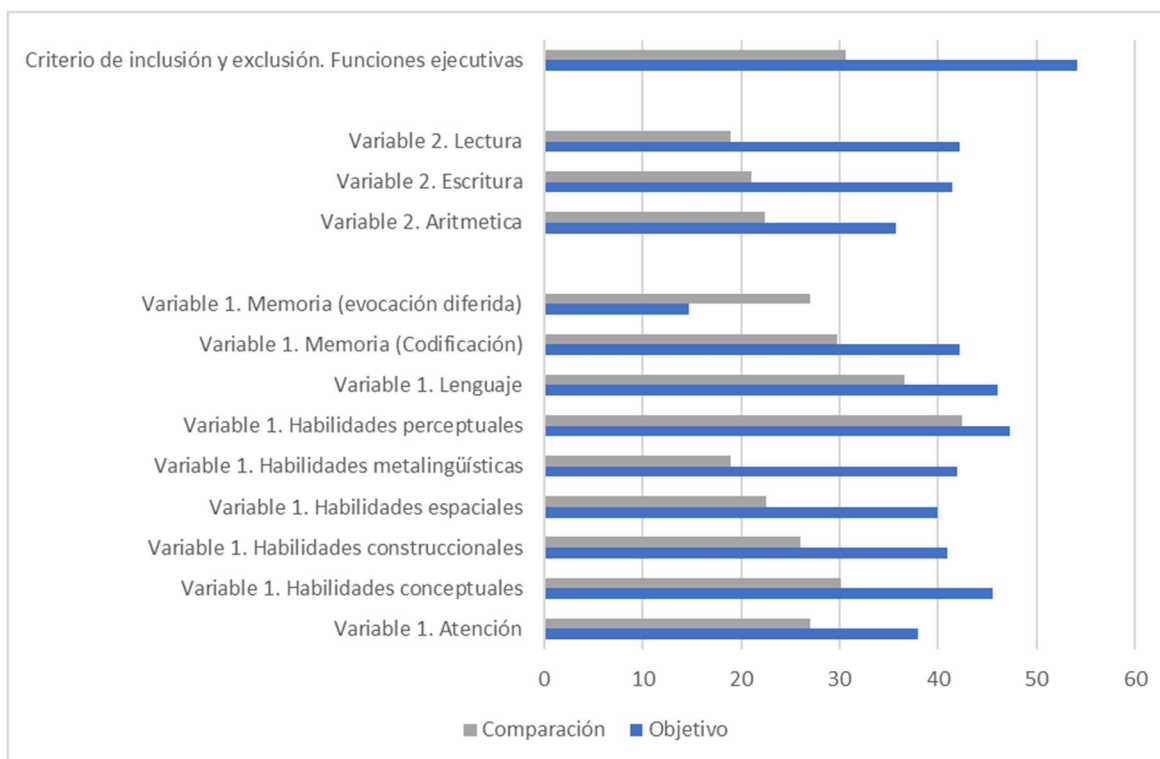


Síntesis de la caracterización del perfil cognitivo

En la Figura 32 puede observar una comparación de las medias de los 13 dominios que componen la Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI 2). Esta gráfica está dividida en tres secciones: La primera de ellas corresponde al dominio funciones ejecutivas, la segunda a habilidades escolares y la tercera a funciones cognitivas. En la Figura 32, se observa que para todos los dominios el grupo objetivo, representado por la barra azul, presenta un mejor desempeño en contraste con el grupo comparación, representado por la barra gris.

Figura 32

Exploración perfil cognitivo del grupo objetivo y del grupo comparación.



Discusión

El objetivo de esta investigación consistió en explorar cinco grupos de variables asociadas con la resiliencia en niños, niñas y adolescentes que han sido expuestos a maltrato severo y que se encuentran acogidos bajo la modalidad de internado en un operador del ICBF en el momento de la recolección de los datos. Las variables se agrupan de la siguiente forma “*datos sociodemográficos*”, “*Tipo de maltrato*”, “*historia en el sistema de protección*”, “*perfil socioemocional*” y “*perfil cognitivo*”.

Los resultados obtenidos tras explorar las variables sociodemográficas permiten observar una frecuencia similar en la variable sexo en ambos grupos. Sobre esta variable no se ha encontrado consenso dado que investigaciones como la realizada por Lucio (2016) con 90 niños de 8 a 12 años que han sufrido maltrato infantil encontró en los niños un nivel más alto de resiliencia (51.1 %) en relación con las niñas (23.8%), mientras que en estudios como el realizado por González et al., (2008) identifican al sexo femenino como un factor protector y el pertenecer al sexo masculino como un factor de riesgo. Esta falta de consenso puede ser explicada a través de aportes realizados por Pinel et al., (2019) quien afirma que más allá de pertenecer a uno u otro sexo, el desarrollo de la resiliencia se asocia con factores de tipo contextual y con la forma de socialización diferenciada entre niños y niñas. Esta afirmación se ve soportada por los resultados de una investigación realizada con 60 adolescentes, con un rango de edad entre 11 y 14 años en donde no se encontraron diferencias significativas respecto al sexo. Este resultado fue explicado por la pertenencia de la muestra a una comunidad que da gran importancia al equilibrio social y donde es frecuente encontrar igualdad de condiciones en mujeres y hombres, ofreciéndoles un trato similar y las mismas oportunidades para desarrollar

esta capacidad (Rincón, 2016). La discrepancia en los resultados de investigación hallados en torno al sexo podría sugerir que existen otros factores que tendrían mayor impacto en el desarrollo de la resiliencia tales como los asociados a los roles de género y al equilibrio social.

Respecto a la edad, los resultados de la presente investigación no mostraron diferencias significativas entre el *grupo comparación* y el *grupo objetivo*, lo que sugiere que la edad no es un factor asociado a la resiliencia. Este resultado resulta interesante dado que es inconsistente con lo hallado en investigaciones previas que señalan que a menor edad mayor es el impacto de las experiencias traumáticas o adversas en el desarrollo infantil ya que entre más corta sea la edad, son menores los recursos con los que cuentan para protegerse de las consecuencias que el maltrato podría generar (Manly et al., 2001; Pineda, 2014; Lecannelier, 2015; García et al., 2016; Dagan et al., 2017; Thompson, 2017; Mountain et al., 2017). Por tal razón, se sugiere que en futuras investigaciones se tenga información precisa sobre el momento en que inició el maltrato en busca de caracterizar mejor la muestra.

Respecto al nivel de escolaridad, se observa que todos los niños, niñas y adolescentes se encuentran cursando primaria. Las personas que pertenecen al *grupo objetivo* presentan un nivel escolar más alto frente al *grupo comparación*. Esto podría indicar que los niños, niñas y adolescentes que recibieron mayor estimulación cognitiva, tendrían más probabilidades de pasar tiempo en espacios alternativos a su hogar como los entornos escolares. Además, el tener mayor nivel de escolaridad aumenta la posibilidad de que los niños, niñas y adolescentes puedan relacionarse con figuras vinculares significativas alternativas como docentes o compañeros (Omar, 2009; Morales, 2021). Este factor es fundamental para el desarrollo infantil y juvenil asociado a la resiliencia.

La resiliencia, según autores como Cyrulnik (citado por Zukerfeld y Zukerfeld, 2011) se construye en relación con otro y es a través de estas relaciones que se fortalece el sistema de conexión social, se brindan experiencias de seguridad y se contribuye al desarrollo de estrategias de regulación emocional adaptativas (Ogden, 2006). En contraposición, las personas que no cuentan con figuras vinculares significativas emplean más recursos en cuidar o vigilar sus vínculos, aumentando la probabilidad de que su sistema de regulación no se desarrolle de manera óptima (Zukerfeld y Zukerfeld, 2011, p.109). En consecuencia, investigaciones recientes señalan que los vínculos afectivos significativos y los entornos de cuidado temprano son factores protectores enriquecedores y predecibles que promueven la sensación de seguridad en niños, niñas y adolescentes, lo que a su vez facilita el óptimo desarrollo (Morales, 2018).

Otro aspecto sociodemográfico para resaltar es el estrato socioeconómico de la muestra. La totalidad de los participantes del estudio se ubican en estratos socioeconómicos bajos, es decir, estratos 1 y 2. Esta característica común resulta interesante dado que múltiples investigaciones previas han señalado a la pobreza como un estresor que limita la capacidad para cubrir las necesidades básicas, lo que puede traducirse en mayor exposición a posibles riesgos que amenazan la salud física y mental de los niños, niñas y adolescentes (Lera, 2009). También se ha identificado que tener mayores desventajas socioeconómicas puede aumentar el riesgo de experimentar eventos adversos en la infancia y de intensificar los efectos negativos de dichos eventos (Kotliarenko et al., 2006, Cervantes, 2019). En cambio, la estabilidad económica en el núcleo familiar se identifica como un factor protector. Así, que la totalidad de la muestra comparta esta característica permite evidenciar que, si bien la vulnerabilidad económica puede ser señalada como un factor de riesgo, esta característica no necesariamente predice menor

resiliencia en niños, niñas y adolescentes, sino que existen otros elementos dentro de los sistemas familiares que pueden modular o disminuir los efectos que esta vulnerabilidad podría generar.

Autores como Abril y Aguas (2016) han afirmado que pertenecer a un sistema familiar con vulnerabilidad económica no necesariamente genera afectaciones negativas en el desarrollo infantil, sino que existen elementos que favorecen y limitan la aparición de la resiliencia. Dentro de los factores que favorecen la resiliencia señalan aspectos como la recursividad, la lucha y el trabajo diario, características que favorecen el fortalecimiento de recursos internos asociados a la resiliencia como la disciplina, autonomía, creatividad y solución de problemas. Afirman también, que los sistemas familiares en situación de pobreza se suele presentar una fuerte filiación entre los miembros que los llevan a brindarse soporte y cuidados entre ellos, cuidados principalmente dirigidos hacia los niños y niñas. Estos cuidados tienen como objetivo principal protegerlos de “su propia pobreza” lo que los lleva a tomar acciones en pro de cuidar de su salud, alimentación, emitir manifestaciones de afecto y a establecer normas claras en pro de minimizar el gasto innecesario de recursos. Dentro de los elementos negativos señalan mayor aumento en los niveles de estrés generados por la carencia, tendencia a residir en contextos más inseguros o con mayor prevalencia de violencia.

Por ello se sugiere que en futuras investigaciones se exploren de forma más amplia los sistemas familiares de manera que permitan distinguir factores protectores y de riesgo particulares de dichos sistemas. Esta identificación permitirá que en las intervenciones realizadas las familias se fortalezcan los factores identificados y se propicie la creación de estos en familias que no cuenten con ellos. La segunda variable analizada corresponde al tipo de maltrato, esta variable se analizó teniendo en cuenta el número de tipos de violencia reportados al momento de

ingreso. De acuerdo con esto, los resultados indican que, en el caso de los niños, niñas y adolescentes que ingresan al sistema de protección por la exposición a un tipo de maltrato, el motivo de ingreso más frecuente para ambos grupos fue la negligencia. En el caso de los niños, niñas y adolescentes que ingresaron por la vivencia de dos tipos de maltrato, los motivos de ingreso más frecuentes en el *grupo comparación* fueron la negligencia y el abandono, mientras que en el caso de los niños, niñas y adolescentes del *grupo objetivo* cada niño, niña y adolescente presentaba un motivo de ingreso diferente. El hecho que los niños, niñas y adolescentes que ingresaron por solo un tipo de maltrato compartan el mismo motivo de ingreso podría indicar que si bien el tipo de maltrato, según algunas investigaciones previas, se puede asociar con afectaciones específicas, dichas afectaciones pueden verse modificadas por la influencia de otros factores de tipo contextual e individual.

Autores como Jaffe et al., (2011), Allwood et al., (2002) y Elmore (2020) han hallado evidencia que muestra las diferentes consecuencias que tiene la exposición a experiencias potencialmente traumáticas en la infancia. Elementos tales como la cronicidad de la exposición, las cualidades y el origen de los eventos traumáticos son posibles predictores de la magnitud de las consecuencias que pueden llegar a tener.

En los casos de maltrato psicológico y abuso sexual se encuentra mayor afectación la memoria y la atención (Amores et al., 2017), en el caso del abandono, la negligencia emocional y el maltrato físico y psicológico se evidencian mayores carencias en habilidades lingüísticas (Moreno-Manso, 2005), y en los casos de la negligencia las afectaciones suelen ser déficits cognitivos y problemas de salud mental que se pueden presentar de forma transversal en el ciclo del desarrollo de quienes lo experimentan (Geoffroy et al., 2016; Teixeira, 2017). A pesar de que

para el presente estudio la variable motivo de ingreso no proporciona información sobre la cronicidad o la relación de los niños, niñas y adolescentes con los o las perpetradores del maltrato, el estudio de estas características resulta importante para poder determinar las afectaciones de los sujetos en diferentes dominios. Es por ello por lo que se recomienda que en futuras investigaciones se exploren variables adicionales asociadas a la cronicidad de la exposición, el perpetrador del maltrato y la edad que inicio.

El tercer grupo de variables corresponde a la historia en el sistema de protección de niños, niñas y adolescentes. Este grupo de variables aportan información relevante para poder caracterizar las relaciones de apego (relación con una figura adulta quien garantiza su seguridad emocional y protección) y el sistema de cuidado (acciones que esa figura adulta le brinda a los niños y niñas a su cargo) de los infantes. La literatura previa ha identificado estos dos elementos como factores fundamentales del desarrollo infantil y juvenil (Dagan et al., 2017; Thompson, 2017; Mountain, et al., 2017; García et al., 2016; Lecannelier, 2015). En este grupo de variables se incluyen la *modalidad de cuidado* en las que fueron acogidos los niños, niñas y adolescentes una vez retirados del hogar; las *características de cuidado* que presenta dicha modalidad; y la cantidad de *tiempo* que permanecieron en cada una de ellas.

La *modalidad de cuidado* hace referencia al tipo de apoyo familiar que acoge a los niños, niñas y adolescentes una vez separados de la familia de origen o red vincular. Las modalidades empleadas por el ICBF para acoger a los niños, niñas y adolescentes de la muestra fueron el Internado (institucionalización) y los Hogares sustitutos. Con respecto a la primera modalidad, múltiples investigaciones previas han asociado a la modalidad internado (o institucionalización) como uno de los factores que podría generar mayor impacto en el desarrollo de niños, niñas y

adolescentes. La institucionalización, según estas investigaciones, no logra garantizar un sistema adecuado de cuidado, limita la estimulación cognitiva, afectiva y emocional proporcionados por la vinculación familiar y la integración social (Valbuena y Saldarriaga, 2017; Colombres, 2020). Los niños, niñas y adolescentes que se encuentran institucionalizados carecen de un ambiente mínimo necesario para desarrollarse, al no crecer en compañía de figuras competentes con capacidad para brindarles seguridad, afecto, cuidado estable y exclusivo (Colombres, 2020).

En la presente investigación un 33.33% de los niños, niñas y adolescentes que componen el *grupo objetivo* fueron acogidos por hogares sustitutos en algún momento de su estancia en el sistema de protección, mientras que el caso del *grupo comparación*, solo se identificaron 2 niños que fueron acogidos bajo esta modalidad y que representan datos atípicos para dicha muestra (uno de ellos reporta que permaneció 0 meses en el hogar sustituto y el segundo 41 meses). De esta forma, se observa que una mayor cantidad de niños, niñas y adolescentes del *grupo objetivo*, una vez retirados del hogar, permanecieron por un periodo de tiempo más prolongado en hogares sustitutos respecto a los niños, niñas y adolescentes del *grupo comparación* quienes en su mayoría han permanecido más tiempo en instituciones del ICBF. Esto podría indicar que los niños, niñas y adolescentes que contaron con hogares sustitutos tenían a su disposición cuidadores estables y exclusivos. En el caso de los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al *grupo comparación*, permanecieron menos tiempo o no accedieron a hogares sustitutos, y pasaron mayor tiempo en institución. Esto implica que tuvieron menos posibilidades de contar con figuras estables en quienes apoyarse, propiciando a su vez interrupciones constantes de vínculos (Bakermans et al., 2011; Jaar et al., 2017; González, 2008; Palummo, 2013; Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (RELAF), 2016; Van Ijzendoorn et al., 2011 en Moreti, 2019). Esto puede deberse a las características propias de las fundaciones como la amplia

rotación y poca capacitación del personal, o una gran cantidad de niños, niñas y adolescentes por cuidador (Moreti, 2019).

Con respecto a las *características* que debe presentar un ambiente mínimo de cuidado para que los niños, niñas y adolescentes se desarrollen adecuadamente, se encuentran las siguientes: 1. Estabilidad en el vínculo, que incluye contar con cuidadores estables y exclusivos con quienes compartir tiempo de calidad; 2. Especificidad, una cantidad limitada de adultos con el rol de cuidadores principales; 3. Predictibilidad, que los niños, niñas y adolescentes puedan anticipar lo que va a pasar en su ambiente; 4. Sensibilidad y compromiso, de modo que haya una cantidad de recursos económicos, tiempo y energía dispuestos para acompañar a niños, niñas y adolescentes; 5. Ausencia de estrés, basada en la capacidad del adulto para contener el estrés que puede experimentar el niño, niña o adolescente (Lecannelier, 2015; Metzger, 2008). En toda relación *cuidador - Niño/Niña*, estas características de cuidado pueden ser medidas en escalas continuas que varían entre polaridades positivas (mejor cuidado) y polaridades negativas (peor cuidado) (Bowlby, 1983).

Finalmente, en cuanto al tiempo que permanecen en cada modalidad de cuidado, es importante destacar que, si bien la institucionalización logra en un primer momento atender las necesidades de protección de los niños, niñas y adolescentes, a mediano y largo plazo puede generar afectaciones permanentes, por lo cual se espera que estos no permanezcan periodos muy extensos en estas condiciones (UNICEF, 2013; Loureiro, 2017).

Aun cuando el *grupo comparación* ha permanecido bajo el sistema de protección en promedio más tiempo que el *grupo objetivo*, una característica común de ambos grupos es que están sujetos a la misma modalidad de cuidado, la institucionalización. La permanencia durante

un largo periodo en instituciones está asociada con un aumento de los problemas de adaptación social, problemas escolares y mayor prevalencia de conductas disruptivas, características que pueden dificultar la convivencia con sus pares y sus adultos (Fernández et al., 2009; Fernández et al., 2013).

Los resultados obtenidos en la presente investigación son consistentes con estas afirmaciones, ya que los niños, niñas y adolescentes del *grupo objetivo* han permanecido menor cantidad de tiempo en la institución, y cuentan con menos problemas de adaptación en la mayoría de las escalas del CBCL con respecto al *grupo comparación*. A pesar de esto, es importante resaltar la importancia de los sistemas de cuidado, ya que permiten que el infante sea retirado de un ambiente familiar en el cual sus derechos están siendo vulnerados. Tanto los hogares sustitutos como las instituciones garantizan a los niños, niñas y adolescentes el acceso a servicios de escolarización y salud, lo cual resulta ser también un factor importante en el desarrollo de la resiliencia (Palummo, 2013).

Además de las características de los sistemas del cuidado, los atributos disposicionales y factores de apoyo externos diferenciales (por ejemplo, experiencias positivas en la escuela, buenas relaciones con sus iguales y relaciones positivas con otros adultos) son elementos que facilitan la adaptación de los infantes al sistema, y, en consecuencia, son factores protectores (Becoña, 2006; Greco et al., 2007; González Arratia, 2011). Esta capacidad de adaptación generada por la interacción entre factores individuales (internos) (Greco et al., 2007) y el ambiente social y cultural (externos) permite que los niños, niñas y adolescentes puedan superar el riesgo y la adversidad (González Arratia, 2011).

La cuarta variable es la *socioemocional*, la cual se compone de tres subvariables: *Comportamiento infantil – Dificultades internalizantes y externalizantes, cognición social - reconocimiento de emociones y altruismo*. Sobre la subvariable *Comportamiento infantil – Dificultades internalizantes y externalizantes*, se observa que los niños, niñas y adolescentes que componen el *grupo objetivo* presentan menores dificultades en: *Aislamiento/depresión, Quejas somáticas, Problemas de pensamiento, Problemas de atención y Otros problemas*. El comportamiento de estas subescalas podría indicar que los niños del grupo objetivo presentan sentimientos de inferioridad, tristeza, nerviosismo en menor frecuencia, tienen menos pensamientos asociados a hacerse daño y menos sentimientos de agotamiento físico sin causa aparente.

Por otro lado, en las escalas *Ansiedad/depresión, Conductas disruptivas y Comportamientos agresivos* los niños, niñas y adolescentes del *grupo comparación* presentaban puntajes que los ubican en el rango normal, en comparación con el *grupo objetivo*, donde una mayor cantidad de niños se ubican en un nivel clínico en estas características. Esto podría significar que los niños pertenecientes al *grupo objetivo* presentan una mayor tendencia a presentar conductas externalizantes, mientras que los que componen el *grupo comparación* presentan mayor tendencia hacia las conductas internalizantes.

La presencia de conductas externalizantes e internalizantes es una característica que ha sido ampliamente documentada en población que ha sufrido maltrato y en población institucionalizada. La presencia de esta característica suele relacionarse con la falta de figuras vinculares que apoyen la creación de estrategias de regulación emocional efectivas (Ogden, 2006), aprendizaje vicario de los modelos a los que está o estuvo expuesto lo que lo lleva a

emitir contingencias similares (Amores, 2017), el temperamento e incluso el tipo de maltrato al que el niño, niña o adolescente pudo haber estado expuesto.

Según Vander Kolk (2005) las dificultades en la regulación del comportamiento consisten en una hiperactivación motora que se expresa en comportamientos automáticos de excitación o agitación; o en mayor presencia de conductas disruptivas, que se expresa en menor capacidad de autocontrol. De esta forma, los niños, niñas y adolescentes que cuentan con estas dificultades suelen presentar un aumento en la probabilidad de que emplear conductas compensatorias como la masturbación crónica, balanceo o actividades autolesivas (morderse, quemarse, golpearse, cortarse) (Van Der Kolk, 2009). Esto significa que presentan más dificultades para regular sus emociones y su comportamiento.

Dado que las características de los niños, niñas y adolescentes son similares en cuanto al tipo de maltrato que han experimentado y las modalidades de cuidado que han tenido no es posible generar hipótesis que permitan explicar porque presentan tendencia conductual distinta. Por tal razón, se recomienda que para futuras investigaciones se obtenga información más detallada sobre el historial social de los participantes. No obstante, el hecho de que los niños, niñas y adolescentes pertenecientes al *grupo comparación* presenten mayores índices de problemas sociales puede generar que este grupo de infantes perciba mayor indiferencia y desatención por parte de sus cuidadores lo que podría mantener su tendencia a interiorizar sus dificultades o su sentir. Esta hipótesis es coherente con un estudio longitudinal de tres ondas realizado con el objetivo de evaluar el desarrollo entre la competencia social y la externalización e internalización del ajuste conductual en una muestra normativa de 117 niños. El resultado de dicha investigación permitió observar que los niños que presentaban menor competencia social

exhibieron más comportamientos de internalización a lo largo de su desarrollo (Bornstein, 2010). Según esta investigación esto puede ocurrir debido a que los niños, niñas y adolescentes que perciben menos apoyo social y por tanto la creencia de que serán menos acompañados, escuchados o soportando, aumentando así sus características depresivas o aislamiento.

Sobre la subvariable *Cognición social - reconocimiento de emociones* se observa que los niños, niñas y adolescentes del *grupo comparación* mostraron más dificultades para reconocer las emociones a través de la expresión de la mirada. Sobre esto Moulson et al., (2014), quien ha estudiado la capacidad para reconocer las emociones a partir de las expresiones faciales y la capacidad para orientar sus decisiones en base a dicha lectura, halló evidencia que indica que los niños, niñas y adolescentes institucionalizados presentaban mayor dificultad para lograr este reconocimiento, especialmente para las emociones asociadas a la felicidad, la tristeza, el enojo y el miedo (Moulson et al., 2014). De esta forma, se podría hipotetizar que las dificultades del *grupo comparación* para reconocer las expresiones faciales y nominarlas de forma adecuada se podría relacionar con permanecer una mayor cantidad de tiempo institucionalizados.

Adicionalmente, también se ha encontrado evidencia que indica que los niños, niñas y adolescentes que han sufrido maltrato presentan mayor sensibilidad para anticipar consecuencias negativas y positivas, mayor pensamiento causal y flexibilidad cognitiva (Ison et al., 2008). Estas características son un indicador de mayor estado de alerta que los llevan a poseer una mayor habilidad para leer las señales del contexto y la identificación emocional a nivel personal, en especial la identificación del miedo (Ison et al., 2008). En el mismo sentido se ha identificado que los niños, niñas y adolescentes supervivientes de maltrato infantil interpretan una gama más amplia de señales como amenazas potenciales, lo cual se asocia con problemas de

externalización (McLaughlin y Lambert, 2017). Esta aseveración podría explicar parcialmente porque los niños, niñas y adolescentes del *grupo objetivo* presentan un nivel alto de conductas agresivas, dado que al identificar una mayor cantidad de señales neutras como amenazantes y a la vez presentar estrategias de regulación emocional poco adaptativas, las conductas agresivas podrían tornarse como una opción viable ante un contexto amenazante (Vassos et al., 2014). Esta asociación está respaldada por evidencia de estudios longitudinales que han confirmado que las dificultades de regulación de las emociones son un mecanismo que vincula el trauma infantil con la aparición de síntomas internalizantes y externalizantes (Heleniak, et al., citado en McLaughlin y Lambert, 2017). En consecuencia, la unión de la mayor tendencia a interpretar señales neutras como amenazantes y menor capacidad de autocontrol puede llevarlos a reaccionar de forma desproporcionada ante situaciones de amenaza o estrés (Van Der Kolk, 2009; Martínez et al., 2008).

Finalmente, para la subvariable *altruismo* se identificó que una mayor conducta altruista en los niños, niñas y adolescentes que pertenecen al *grupo objetivo*. Este resultado es consistente con los resultados obtenidos por Long y Lerner (como citado en Leontopoulou, 2010), quienes, a través de un estudio longitudinal, hallaron evidencia que mostraba que los niños, niñas y adolescentes con mayor tendencia a cooperar con los demás y a ayudar, también presentaban mejores índices en resiliencia y autorregulación de la conducta. Los resultados hallados por Long y Lerner y los encontrados en el presente estudio se pueden asociar con una de las características diferenciales del *grupo objetivo*: su mejor desempeño en habilidades sociales. La literatura previa ha permitido evidenciar que los niños, niñas y adolescentes que tienen mayor facilidad para comunicarse y para mostrar empatía y afecto reciben respuestas positivas por parte de las personas que se encuentran a su alrededor y, en consecuencia, perciben mayor apoyo por

parte de su contexto. Esta característica, como fue señalado anteriormente, está fuertemente asociada con la resiliencia (González et al., 2012; Sosa y Salas, 2019).

Como ya ha sido mencionado, los niños, niñas y adolescentes del *grupo comparación* presentan menor desempeño en habilidades sociales y a su vez, menor capacidad de mentalización, menos conductas altruistas y menores índices en conductas agresivas y comportamientos disruptivos. En cambio, los niños, niñas y adolescentes del *grupo objetivo* presentan mejores habilidades sociales, más comportamientos altruistas, mejor capacidad de mentalización y a su vez, mayor índice de conductas agresivas y comportamientos disruptivos. Se identifica así que el *grupo comparación* presenta mayor cantidad de factores de riesgo, mientras que el *grupo objetivo* cuenta con un factor protector que podría ayudarlos a mitigar las consecuencias de las conductas que emiten en momentos de crisis.

El quinto grupo de variables hace referencia al perfil cognitivo de cada grupo realizados a través de los resultados obtenidos por la *Evaluación neuropsicológica infantil (ENI 2)*. Estos resultados mostraron que el *grupo objetivo* alcanzó un mejor desempeño en las 12 funciones cognitivas que fueron evaluadas frente al *grupo comparación*. Este resultado es consistente con investigaciones previas que señalan la capacidad cognitiva como uno de los recursos que facilitan la adaptación de los niños, niñas y adolescentes que han sido expuestos a experiencias adversas (Cicchetti et al., 1993; Aguirre, 2005). Esta capacidad aumenta la cantidad de recursos y estrategias que les permiten a los infantes afrontar las circunstancias negativas que se pueden presentar en su vida. La inteligencia relacionada con aspectos académicos contribuye a generar sensación de competencia y autoconcepto positivo, lo cual a su vez propicia el desarrollo e

implementación de mejores estrategias de afrontamiento en niños, niñas y adolescentes con historial de abuso infantil (Cicchetti et al., 1993; Kotliarenko et al., 1992).

Sobre la subvariable *funciones cognitivas* investigaciones previas sugieren que la edad en el momento de sufrir el maltrato (Moreno-Manso, 2005) y el nivel de estimulación sensorial, afectiva y verbal recibida durante etapas tempranas en el desarrollo (Moreno-Manso, 2005), resultan claves para el desarrollo intelectual posterior. De esta forma, los niños, niñas y adolescentes que no recibieron adecuada estimulación presentaron más posibilidades de ver afectado su desarrollo cerebral y podrían sufrir retrasos a nivel cognitivo, social y de comportamiento (OMS, 2019). Así, es posible hipotetizar que el mejor desempeño general del *grupo objetivo* esté relacionado con el haber recibido mayor estimulación gracias a tener acceso a entornos escolares por más tiempo, que como se mencionó anteriormente, también facilitó el contar con referentes afectivos distintos a los pertenecientes a su familia.

Sobre la subvariable *habilidades escolares* se ha identificado una relación estrecha entre factores como la capacidad de adaptarse a los entornos escolares ya sea por cuestiones de corte intelectual, problemas socioemocionales, habilidades sociales y el desempeño académico (Amores, 2007). Estas relaciones tienen una fuerte relación con la motivación para aprender que los niños, niñas y adolescentes puedan tener en dichos entornos y para pedir ayuda en momentos de necesidad. De esta forma, se identifica que los niños, niñas y adolescentes que conforman el grupo objetivo cuentan con una serie de factores protectores de origen individual y contextual que facilitan su adaptación a los diferentes contextos y que propician mayor aceptación por parte de las personas inmersas en ellos.

Teniendo en cuenta que los procedimientos estadísticos empleados en esta investigación son de naturaleza descriptiva, futuros estudios interesados en este campo podrán emplear herramientas estadísticas más robustas y muestras representativas más grandes para explorar las hipótesis resultantes de este trabajo. De esta manera se podrá también evaluar el nivel predictivo de las variables en las que se evidenció relación con el *grupo objetivo* frente a la resiliencia.

Conclusiones

Los resultados obtenidos en esta investigación permitieron caracterizar el tipo de maltrato, historia en el sistema de protección, los perfiles sociodemográficos, socio emocionales y cognitivos de niños, niñas y adolescentes supervivientes de maltrato severo. La clasificación de los niños, niñas y adolescentes con bajas y altas puntuaciones en funciones ejecutivas permitió explorar las frecuencias, medidas de tendencia y varianza de las diferentes variables analizadas para así identificar características en común y diferenciales entre el grupo de comparación y el objetivo.

Dentro de las variables sociodemográficas se encuentra que los niños, niñas y adolescentes que componen el grupo objetivo presentaban edades más altas en el momento de ser retirados del hogar. Se presume de esta forma que experimentar eventos traumáticos a edades tempranas podría generar mayores afectaciones en el desarrollo. También se encontró que los niños, niñas y adolescentes del grupo objetivo recibieron un mayor número de años de educación con respecto al grupo de comparación, por lo tanto, se recomienda evaluar el impacto de esta variable en la preservación de habilidades socioemocionales y cognitivas de esta población durante futuras investigaciones. También se pudo observar que el tipo de maltrato al que los

individuos de cada grupo fueron expuestos con mayor frecuencia fue negligencia; como se mencionó previamente, en futuras investigaciones puede resultar relevante obtener información detallada sobre el tipo y cronicidad del maltrato para evaluar su impacto en el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes.

En cuanto a las variables relacionadas con la historia en el sistema de protección, se encontró que, si bien no hay diferencias significativas entre los grupos cuando se compara la edad en la que los niños, niñas y adolescentes fueron retirados de su hogar, los sujetos del grupo de comparación presentaron una mayor cantidad de datos agrupados en edades menores, con respecto al grupo objetivo, en donde se observó una mayor cantidad de datos en edades mayores. De igual manera, con respecto al número de meses transcurridos desde que los niños fueron retirados del hogar hasta la fecha en la que fueron tomados los datos de la evaluación, se encuentra que no hay diferencias significativas en esta variable, aunque el grupo objetivo presenta una mayor dispersión de la variable dado que presentan algunos valores atípicos más altos con respecto al grupo de comparación.

Con respecto al tiempo de permanencia en instituciones del sistema de protección, no se encontraron diferencias significativas, aunque se observa una agrupación del mayor volumen de valores dispersos en un rango mayor para el grupo de comparación, con respecto al grupo objetivo; en este último se observa un menor tiempo de institucionalización para la mayoría de los datos, a excepción de algunos datos atípicos. Finalmente, no se encontraron diferencias significativas en el tiempo de duración bajo la modalidad de hogares sustitutos.

En cuanto a los resultados obtenidos en la variable *socioemocional*, se pudo observar que los grupos no presentan diferencias significativas en las variables que componen las Dificultades Internalizantes, siendo estas Ansiedad/depresión, Aislamiento/depresión y Quejas somáticas. Por

su parte, en las variables que componen las Dificultades externalizantes, tampoco se observaron diferencias significativas en la expresión de Conductas disruptivas, Comportamientos agresivos, Otros problemas y Problemas de pensamiento, sin embargo, en las variables Problemas sociales y Problemas de atención, se observaron puntuaciones más altas en el grupo comparación.

Adicionalmente, la evaluación de las variables relacionadas con la cognición social y altruismo, permitieron identificar diferencias significativas que se reflejan en un mejor desempeño para el grupo objetivo. Teniendo en cuenta lo anterior, futuras investigaciones podrán evaluar la consistencia de estos resultados y detallar la relación que presentan los Problemas sociales, los Problemas de atención, la Cognición social y el Altruismo en la resiliencia de los niños, niñas y adolescentes supervivientes al maltrato severo.

Finalmente, los resultados obtenidos en la variable cognitiva permitieron identificar diferencias significativas entre los grupos a través de las diferentes áreas evaluadas por el ENI – 2, a excepción de las Habilidades perceptuales, variable en la que los grupos tuvieron un desempeño similar. En la literatura se ha encontrado evidencia de que las funciones ejecutivas son un factor asociado con la resiliencia, por lo tanto, los resultados de esta investigación son consistentes con dicha hipótesis y de esta manera, futuras investigaciones pueden evaluar la capacidad predictiva de esta variable frente a otras áreas del perfil cognitivo principalmente, y el socioemocional para así, conocer la consistencia de los resultados expuestos en este documento.

Referencias

- Aburto, M. (2007). Psicotraumatología (I): El trauma temprano. *Clínica E Investigación Relacional*, 1(1).
https://www.psicoterapiarelacional.es/portals/0/ejournalceir/v1n1/6_m_aburto_trauma_temprano_ceir_v1n1r.pdf
- Achenbach T. M. y Rescorla L. (2001). *Manual for the aseba school-age forms y profiles: an integrated system of multi-informant assessment*. ASEBA.
- Aguir A. E y Aclé T. G. (2012). Resiliencia factores de riesgo y protección en adolescentes mayas de Yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 53-64.
- Aguirre, A. (2023). Capacidad y factores asociados a la resiliencia, en adolescentes del C.E. Mariscal Andrés Bello Cáceres del Sector IV de Pamplona Alta San Juan de Miraflores 2002. [Tesis, UNMSM] Repositorio Unmsm. Link:
<https://hdl.handle.net/20.500.12672/2683>
- Alarcón, D y Bárrig P. (2015). Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *Liberabit*, 21(2), 253-259.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272015000200008&lng=es&tlng=es
- Allen, J., Lemma, A., Fonagy, P. (2012). Drug Addiction in Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. *Edited by Bateman A, Fonagy P, Washington, DC: American Psychiatric Publishing*, 445-461.

- Alink, L. R. A., Cicchetti, D., Kim, J., & Rogosch, F. A. (2012). Longitudinal associations among child maltreatment, social functioning, and cortisol regulation. *Developmental psychology, 48*(1), 224-236. <https://doi.org/10.1037/a0024892>
- Alvarez, (2003). Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Revista de la Facultad de Psicología, 6*, 179-196.
- Amar, J., Kotliarenko, M., & Llanos, R. A. (2003). Factores psicosociales asociados con la resiliencia en niños colombianos víctimas de violencia intrafamiliar. *Investigación & desarrollo, 11*(1), 162-197.
- Amores, A. y Mateos, R. (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia, *Psicología Educativa, 23*(2), 81-88. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pse.2017.05.006>.
- Aponte, M., Martínez, J. & Caicedo, J. (2016). El cerebro social: expresiones desde la cooperación y la agresión en niños y jóvenes. *Bogotá: Universidad Externado de Colombia. Centro de Investigaciones sobre Dinámica Social*.
- Assink, M., Spruit, A., Schuts, M., Lindauer, R., van der Put, C. E., & Stams, G-JJM. (2018). The intergenerational transmission of child maltreatment: *A three-level meta-analysis. Child Abuse & Neglect, 84*, 131-145. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.037>
- Barcelata, B. (2019). Adaptación y resiliencia adolescente en contextos múltiples. Editorial El Manual Moderno.

- Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., y Muzik, M. (2020). Prenatal attachment, parental confidence, and mental health in expecting parents: The role of childhood trauma. *J Midwifery Womens Health*, 65(1), 85-95. DOI: 10.1111/jmwh.13034.
- Betina, A. (2010). Las habilidades sociales como recursos para el desarrollo de fortalezas en la infancia. *Psicodebate. Psicología, cultura y sociedad*, 10, 231-248. DOI: 10.18682/pd.v10i0.398
- Betina, A., Castro, A. y Contini, N. (2009). Habilidades sociales preescolares: una escala para niños de contextos de pobreza. *Revista de Psicología*, XXVII(1), 3-29. <https://doi.org/10.18800/psico.200901.001>
- Böell, J., Silva, D. y Hegadoren, K. (2016). Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1205.2786>
- Bornstein M, Hahn C y Haynes O. (2010). Social competence, externalizing, and internalizing behavioral adjustment from early childhood through early adolescence: developmental cascades. *Dev Psychopathol*. 22(4), 717-35. DOI: 10.1017/S0954579410000416.
- Boettger, R. y Palmer L. (2010). Quantitative content analysis: it use in technical. *Ieee transactions on professional communication*, 53(4), 346-357.
- Bower, M., Knutson, J. y Winebarger, A. (2001). Disciplinary history, adult disciplinary attitudes, and risk abusive parenting. *Journal of Community Psychology*, 29(3), 219–240.
- Bowlby, J. (1983). *Attachment: Attachment and Loss*. Basic Books Classics (2nd ed.). New York: Basic Books.

- Bordin, I., Rocha, M., Paula, C., Teixeira, M., Achenbach, T., Rescorla, L., y Silveiras, E (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cadernos de Saude Publica*, 29(1), 13–28. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2013000100004>
- Brewin, C. Dalgleish T & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *La Ecología del Desarrollo Humano*. Paidós.
- Brosschot, J., Gerin, W., & Thayer, J. (2006). The perseverative cognition hypothesis: a review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *J. Psychosom. Res.* 60, 113–124. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2005.06.074
- Caballo, V. (2007). *Manual de evaluación y tratamiento en habilidades sociales*. Ed Siglo XXI
- Cabrera, V., Aya, V. y Guevara, I. (2014). Diseño y análisis psicométrico de una escala de resiliencia en infantes. *Revista de la Facultad de Medicina*, 62(2), 213-220.
- Cardozo, G. y Alderete, A. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe*, 23,148-182. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21311917009>
- Cánepa, E. (2016). Recuerdos de la infancia. Las experiencias tempranas y la epigenética. *Revista Química Viva*, 15(1), 13-19.
- Castañeda, P. & Guevara, A. (2005). Estudio de Casos sobre Factores Resilientes en Menores Ubicados en Hogares Sustitutos. [Tesis Pontificia Universidad Javeriana] Repositorio

Pontificia Universidad Javeriana.

<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/7885/tesis04.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Cicchetti, D. (2017). Biological and behavioral effects of early adversity on multiple levels of development. *Development and Psychopathology*, 29(5), pp.1517-1986.

Cicchetti, D. y Carlson, V. (Eds.). (1989). Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect. *Cambridge University Press*.
<https://doi.org/10.1017/CBO9780511665707>

Cicchetti, D. y Lynch, M. (1995). Failures in the expectable environment and their impact on individual development: The case of child maltreatment. *Cicchetti y D. J. Cohen (Eds.), Developmental Psychopathology (2). Risk, Disorder, and Adaptation. New York: A Wiley-Interscience Publication*.

Cicchetti, D y Rogosch, F. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Dev Psychopathol*, 597-600.

Cicchetti D. (2010). Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 9(3), 145–154. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00297.x>

Cicchetti, D. y Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. En: *Cicchetti, D. & Cohen, D. J. (Eds.), Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 129–201). Editorial John Wiley & Sons, Inc.

- Colombres, N. (2020). La Institucionalización de Niños, Niñas y Adolescentes. ¿Protección y Promoción de derechos o estigmatización social? El caso de Catamarca, 2016 [Tesis de maestría]. *FLACSO Argentina*. <http://hdl.handle.net/10469/16316>.
- Connor K, Davidson J. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*.18(2):76-82. doi10.1002/da.10113. PMID: 12964174.
- Consedine N, Consedine C, Magai Y, Krivoshekova. (2005). Sex and age cohort differences in patterns of socioemotional functioning in older adults and their links to physical resilience. *Ageing International*, 30 (3), 209-244.
- Contini, E. (2018). Algunos enlaces conceptuales entre psicopatología del desarrollo, personalidad y evaluación psicológica infanto juvenil. *Ciencias Psicológicas*,12(1), 147-157.
- Constitución Política de Colombia, Ley de Violencia intrafamiliar, reformada por la Ley 575 de 2000.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liataud, J., Mallah, K., Olafson, E., & Van Der Kolk, B. (2005). *Complex Trauma in Children and Adolescents. Psychiatric Niños, niñas y adolescentes*, 35(5), 390–398. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-05>
- Child Welfare Information Gateway. (2016). La crianza de un niño que ha experimentado trauma. Washington, DC: U.S. *Department of Health and Human Services, Children's Bureau*.

Cyrulnik, B (2006). *La maravilla del dolor, “el sentido de la resiliencia”*. Granica.

Dagan, O., y Sagi-Schwartz, A. (2017). Early Attachment Network with Mother and Father: An Unsettled Issue. *Child Development Perspectives*, 12(2), 115–121. Doi:

10.1111/cdep.12272

Davis, A. S., Moss, L. E., Nogin, M. y Webb, N. (2015). Neuropsychology of child maltreatment and implications for school psychologists.

Psychology in the Schools, 52, 77-91. <http://dx.doi.org/10.1002/pits.21806>

Dagan, O., Asok, A., Steele, H., Steele, M. Y Bernard, K. (2018). Attachment security moderates the link between adverse childhood experiences and cellular aging. *Development and Psychopathology*, 30, 1211–1223.

Davidovich, S., Collishaw, S., Thapar, A. K., Harold, G., Thapar, A., and Rice, F. (2016). Do better executive functions buffer the effect of current parental depression on adolescent depressive symptoms? *J. Affect. Disord.* 199, 54–64. Doi: 10.1016/j.jad.2016.03.049

Davis, A., Moss, L., Nogin, M., y Webb, N. (2015). Neuropsychology of child maltreatment and implications for school psychologists. *Psychology in the Schools*, 52, 77-91. DOI: 10.1002/pits.21806

De Bellis, M. D. (2005). The Psychobiology of Neglect. *Child Maltreat.*, 10(2), 150–172.

De la Rosa Santana, J., Almeida Almeida, A., Reina Gregorich, E., Guerra Frutos, L., & Vázquez Gutiérrez, G. (2020). Maltrato infantil. Una revisión bibliográfica. *Revista científica estudiantil*, 3(1). <https://revdosdic.sld.cu/index.php/revdosdic/article/view/39>

- DePasquale, C., Handley, E., Cicchetti, D. (2019). Investigating multilevel pathways of developmental consequences of maltreatment. *Dev Psychopathol.*, 31(4),1227-1236. Doi: 10.1017/S0954579418000834.
- Dillard, R., Beaujolais, B., Yoon, S., Wang, X., Shockley McCarthy, K., & Pei, F. (2021). Factors that inhibit and promote resilience following childhood maltreatment: A qualitative exploration of practitioner perspectives. *Children and Youth Services Review*, 122, 105895. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105895>
- Doss W, Rayfield J, Burris J y Lawver, D. (2021). A quantitative content analysis of survey research methods over a 40-year time period in the Journal of Agricultural Education. *Journal of Agricultural Education*, 62(3), 310-328. <https://doi.org/10.5032/jae.2021.03310>
- Duclos, H., Desgranges, B., Eustache, F., y Laisney, M. (2018). Impairment of social cognition in neurological diseases. *Revue Neurologique*, 174(4), 190-198. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2018.03.003>
- DuMont, K., Widom, C. S., y Czaja, S. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 255–274. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-82479-2_18
- Ehrensaft, E. y Tousignant, M. (2003). Ecología humana y social de la resiliencia. En M. Manciaux (Comp.). *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 159-173). España: Gedisa.

- Eisenberg, N., Valiente, C., Morris, A., Fabes, R., Cumberland, A., Reiser, M., Gershoff, E., Shepard, S. y Losoya, S. (2003). Longitudinal relations among parental emotional expressivity, children's regulation, and quality of socioemotional functioning. *Developmental Psychology*, 39(1), 3–19. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.39.1.3>
- Elmore, A., Crouch, E., y Chowdhury, M. (2020). The Interaction of Adverse Childhood Experiences and Resiliency on the Outcome of Depression Among Children and Youth, 8–17-year-olds. *Child Abuse and Neglect*, 107(104616).
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104616>
- Eme, R. (2017). Developmental psychopathology: A primer for clinical pediatrics. *World J Psychiatr*, 7(3), 159-162.
- Etchepare, A., Merceron, K., Amieva, H., Cady, F., Roux, S., & Prouteau, A. (2014). Évaluer la cognition sociale chez l'adulte: validation préliminaire du Protocole d'évaluation de la cognition sociale de Bordeaux (PECS-B). *Revue de Neuropsychologie*, 6(2), 138-149.
<https://doi.org/10.3917/rne.062.0138>
- Etxebarria, I. (1999). Desarrollo del altruismo y la agresión. En F. López, I. Etxebarria, M. J. Fuentes y M. J. Ortiz (Coord.), *Desarrollo afectivo y social* (pp. 211-230). Madrid: Pirámide.
- Fergus, S. y Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26(1), 399-419.
DOI:10.1146/annurev.publhealth.26.021304.104

- Fergusson, D., McLeod, G., & Horwood, L. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse and Neglect*, 37(9), 664-674. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.013>
- Fernández, M. & Fernández, A. (2013). *Características psicológicas y psicopatológicas de adolescentes venezolanos institucionalizados* [Tesis doctoral - Universidad De Granada]. Repositorio Universidad De Granada - DIGIBUG. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/29805>
- Fernández G., Farina P., Arráiz C. y Troya, E. (2020). Consecuencias del maltrato infantil en un hospital de Maracaibo- Venezuela. *Revista de ciencias sociales*, 26(1), Link: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=73844141>
- Fernández, M. y Fernández, A. (2012). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 12(3), 797-810.
- Florentino, L (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y salud. Universidad Nacional de San Luis. *Suma Psicológica*, 15(1), 95-113.
- Flores, J., Castillo, R. y Jiménez, N. (2014). Desarrollo de funciones ejecutivas, de la niñez a la juventud. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 30(2), 463–473. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.155471>
- Flores, E., Cicchetti, D., y Rogosch, F. A. (2005). Predictors of Resilience in Maltreated and Nonmaltreated Latino Children. *Developmental Psychology*, 41(2), 338–351. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.2.338>

- Fonagy (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Editorial Espaxs, S. A.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive Psychiatry*, 64, 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.11.006>
- Fondo de las Naciones Unidas para los Niños [UNICEF]. (2000). *Maltrato infantil en Chile*. https://www.unicef.cl/archivos_documento/18/Cartilla%20Maltrato%20infantil.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2006). *Convención sobre los Derechos del Niño*. <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2015). *Convención sobre los Derechos del Niño*. <https://www.unicef.es/publicacion/convencion-sobre-los-derechos-del-nino>
- Fondo de las Naciones Unidas para los Niños [UNICEF]. (2013). *Poner fin al internamiento de niñas y niños menores de tres años en instituciones de protección*. <https://www.relaf.org/brochure-llamado-a-la-accion.pdf>
- Fraser, M. W., & Terzian, M. A. (2005). Risk and resilience in child development: Practice principles and strategies. En Mallon, G. y McCartt Hess, P. (Eds.), *Handbook of children, youth, and family services: Practice, policies, and programs*. Columbia University Press.
- Frías, M., López, A., & Díaz, S. (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología*, 8(1), 15-24.

Garnezy, N. (1990). Reflections on the future. En: J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K.

Nuechterlein y Weintraub, S. (eds.). *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (527-534). New York: Cambridge University Press.

Garnezy, N., Masten, A. S., & Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97–111.

Gaxiola, J., Frías, M., Hurtado, M., Salcido, L. y Figueroa, M. (2011). Validación del inventario de resiliencia (IRES) en una muestra del noroeste de México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 73-83.

Gaxiola, J., Pineda, A., González, S. y Gaxiola, E. (2022). Resiliencia y compromiso académico en estudiantes de preparatoria. *Psicumex*, 12, e504.

<https://doi.org/10.36793/psicumex.v12i1.504>

García, M. y Hamilton, C. (2016). Attachment Styles in Children Living in Alternative Care: A Systematic Review of the Literature. *Child Youth Care Forum*, 45, 625–653. doi: 10.1007/s10566-015-9342-x

Gontijo, D. y Medeiros M. (2009). Niños y adolescentes en la falta de vivienda: contribuciones a la comprensión de procesos de vulnerabilidad y desafiliación social. *Ciencia de Salud pública*, 14(2), 467-75.

González, A. (2018). Self-esteem, Optimism and Resilience in Children Living in Poverty. *Revista Internacional de Psicología*, 16(1).

- González, C. Ampudia, A., y Guevara, Y. (2012). Programa de intervención para habilidades sociales en niños. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 43-52.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552012000200005&lng=en&tlng=es.
- Granados, A. (2019). Trauma complejo en niños, niñas y adolescentes: propuesta y uso de un etograma centrado en comportamiento no verbal de regulación emocional y respuesta al estrés. [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia].
<https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/76005>
- Greenaway, R. y Howlin, P. (2010). Dysfunctional attitudes and perfectionism and their relationship to anxious and depressive symptoms in boys with autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Disord.* 40, 1179–1187. doi: 10.1007/s10803-010-0977-z
- Greenberg, M. (2006). Promoting resilience in children and youth. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1094, 139–150. doi: 10.1196/annals.1376.013
- Guevara, C., Rugerio, J., Hermsillo, A. y Corona, L. (2020). Aprendizaje socioemocional en preescolar: fundamentos, revisión de investigaciones y propuestas. *Revista electrónica de investigación educativa*, 22, 1-13. <https://doi.org/10.24320/redie.2020.22.e26.2897>
- Haskett, M., Nears, K., Ward, C., y McPherson, A. (2006). Diversity in adjustment of maltreated children: factors associated with resilient functioning. *Clin Psychol Rev.*, 26(6), 796-812. doi: 10.1016/j.cpr.2006.03.005.
- Hauser, S. (1999). Understanding resilient outcomes: adolescent lives across time and generations. *Journal of research on adolescence*, 9(1), 1-24.

Hayward, E. y Homer, B. (2017). Reliability and validity of advanced theory-of-mind measures in middle childhood and adolescence. *British Journal of Developmental Psychology*, 35(3), 454-462. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12186>

Heard, N., Davis, M., Szilagy, M., y Kan, K. (2018). Childhood adversity and parent perceptions of child resilience. *BMC Pediatrics*, 18(1), 1-10.
<https://doi.org/10.1186/s12887-018-1170-3>

Heleniak, C., Jenness, J., Vander, A., McCauley, E. y McLaughlin, K. (2016). Childhood Maltreatment Exposure and Disruptions in Emotion Regulation: A Transdiagnostic Pathway to Adolescent Internalizing and Externalizing Psychopathology. *Cognitive Therapy and Research*, 40, 394-415. DOI: 10.1007/s10608-015-9735-z

Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Espasa.

Holmes, J. (2011). *Teoría del Apego y Psicoterapia: En busca de la base segura* 2ª ed. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF]. (2019). Lineamiento técnico del modelo para la atención de niños, niñas y adolescentes con derechos amenazados y/o vulnerados. Obtenido de Observatorio del Bienestar de la Niñez.
https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/lm1.p_lineamiento_tecnico_del_modelo_para_la_atencion_de_los_ninos_ninas_y_adolescentes_con_derechos_amenazados_yo_vulnerados_v7.pdf

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF]. (2018). Lineamiento técnico de modalidades para la atención de niños, niñas y adolescentes, con derechos amenazados y/o vulnerados.

https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/concepto_icbf_0000028_2018.htm

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF]. (5 de octubre de 2022). Tablero PARD -

Proceso de Restablecimiento de Derechos. Obtenido de Observatorio del Bienestar de la

Niñez: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/observatorio-bienestar-ninez/tablero-pard>

Ison, M. y Morelato, G. (2008). Habilidades socio-cognitivas en niños con conductas disruptivas

y víctimas de maltrato. *Universitas Psychologica*, 7(2), 357-367. Retrieved June 25,

2023, http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-

[92672008000200005&lng=en&tlng=es.](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000200005&lng=en&tlng=es)

Jaffe, S. y Kohn, A. (2011). Effects of Chronic Maltreatment and Maltreatment timing on

Children's Behavior and Cognitive Abilities. *Journal of Child Psychology and*

Psychiatry, 52, 184-194.

Joseph, S. y Linley PA. (2006). Growth following adversity: theoretical perspectives and

implications for clinical practice. *Clin Psychol Rev.*, 26(8), 1041-1053.

Kaufman, J., Cook, A., Army, L., Jones, B., y Pittinsky, T. (1994). Problems defining resiliency:

Illustrations from the study of maltreated children. *Development and Psychopathology*,

6(1), 215-229.

Kaye-Kauderer, H., Feingold, J., Feder, A., Southwick, S., y Charney, D. (2021). Resilience in

the age of COVID-19. *BJPsych Advances*, 27(3), 166-178. doi:10.1192/bja.2021.5

Kotliarenco y Aceitón (2006). “La resiliencia como ventana de oportunidad. Un análisis sobre resiliencia y pobreza” III Conferencia de la Red Latinoamericana y del Caribe de Childwatch International, 17 al 19 de julio.

Kotliarenco, M. (2000). Actualizaciones en Resiliencia. Buenos Aires, Ediciones UNLA.

Laisney, M. (2018). Impairment of social cognition in neurological diseases. *Revue Neurologique*, 174(4), 190-198. <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2018.03.003>

Lecannelier, F. (2015) Fundamentos de las ciencias para la desintegración. En: Fondos de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. *Derecho a crecer en familia. Hacia un modelo alternativo a la internación*. Uruguay.
<https://www.aldeasinfantiles.org.uy/sites/default/files/media/2021-07/Derecho-a-crecer-en-familia-hacia-un-modelo-alternativo-a-la-internación.pdf>

Lemos, S. (2003). La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 19-28.
<https://www.redalyc.org/pdf/778/77808503.pdf>

Leontopoulou, S. (2010). An Exploratory Study of Altruism in Greek Children: Relations with Empathy, Resilience and Classroom Climate. *Psychology*, 1(5), 377-385.

Lezak, M. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology*, 17(2-3), 281–297. <https://doi.org/10.1080/00207598208247445>

López, G., Perea, A., y Loredo, A. (2008). Obesidad y maltrato infantil. Un fenómeno bidireccional. *Acta Pediátrica de México*, 29(6), 342-346.

- Lucio, M. (2016). Resiliencia en niños que han vivido maltrato infantil. Centros de acogimiento institucional de Azuay y Cañar. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, 3 (6)
- Luthar, S. (1991). Vulnerability and resilience: A study of high-risk adolescent. *Child Dev.*, 62, 600-616.
- Luthar S., Cicchetti D. y Becker B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev.*, 71(3), 543-62. doi: 10.1111/1467-8624.00164.
- Luthar, S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. *Developmental psychopathology*, 3, 739-795.
- Lopez, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(3), 159-174.
- Luke, N. y Benerjee, R. (2013). Differentiated associations between childhood maltreatment experiences and social understanding: A meta-analysis and systematic review. *Developmental Review*, 33, 1-28. DOI: 10.1016/j.dr.2012.10.001
- Maldonado, J. O. (2018). Importancia de la neuropsicología infantil en las conductas externalizantes. *Cultura*, 32, 323-330.
- Maley, J., Brewster, I., Mayoral, I., Siruckova, R., Adams, S., McGraw, K., Mikkelsen, M, (2016). Resilience in survivors of critical illness in the context of the survivors' experience and recovery. *Ann. Am. Thorac. Soc.* 13 (8), 1351–1360.
<https://doi.org/10.1513/Aniños, niñas y adolescentes/ATS.201511-782OC>.

- Manly, J., Kim, J., Rogosch, F. y Cicchetti, D. (2001). Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and Psychopathology*, 13, 759–782.
- Mary, A., Slama, H., Mousty, P., Massat, I., Capiou, T., Drabs, V. & Peigneux, P. (2015). Executive and attentional contributions to Theory of Mind deficit in attentiondeficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child Neuropsychol.* 22(3), 345-65.
<https://doi.org/10.1080/09297049.2015.1012491>
- Masten AS, Garmezy N (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. En: Lahey B, Kazdin A (eds). *Advances in clinical child psychology*, Vol. 8 (pp. 1-52). New York: Plenum.
- Masten, A., y Coatsworth, J. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205–220.
- Masten, A., Hubbard, J., Gest, S., Tellegen, A., Garmezy, N., y Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology*, 11, 143–169
- Masten, A. y Cicchetti, D. (2016). Resilience in development: progress and transformation. *Dev Psychopathol.* 1–63. doi: 10.1002/9781119125556.devpsy406
- Masten, A. y Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: contributions of the project competence longitudinal study. *Dev. Psychopathol.* 24, 345–361. doi: 10.1017/S095457941200003X

- Matute, M., Ardila, A., Ostrosky, F., Guajárdo, S., Montiel, T., y Morales Avendaño, G. (2007). *Evaluación neuropsicológica infantil (ENI): Manual de aplicación*. El Manual Moderno.
- McAuley, E., Mullen, S., Szabo, A., White, S., Wójcicki, T. y Mailey, E. L. (2011). Self-regulatory processes and exercise adherence in older adults: executive function and self-efficacy effects. *Am. J. Preven. Med.* 41, 284–290. doi: 10.1016/j.amepre.2011.04.014
- McLaughlin, K. y Lambert, H. (2017). Child trauma exposure and psychopathology: mechanisms of risk and resilience, *Current Opinion in Psychology*, 14, 29-34. DOI: 10.1016/j.copsyc.2016.10.004.
- Meichenbaum (2021). How educators can nurture resilience in high risk children and their families. University of Waterloo. Institute for Violence Prevention and Treatment Miami, Florida. <http://www.teachsafeschools.org/resilience.pdf>
- Medina, M., Kahn, I., Muñoz, P., Leyva, J., Moreno, J., & Vega, S. (2015). Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(3), 565-573.
- Metzger, J. (2008). Resiliency in children and youth in kinship care and family Foster care. *Child Welfare*, 87 (6), 115-140
- Mitchell, S. y Steele, K. (2020). Mentalising in complex trauma and dissociative disorders, *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5(3), 100-168. DOI: 10.1016/j.ejtd.2020.100168

- Molina, R. (2015). Maltrato infantil: consecuencias neurofisiológicas y neuropsicológicas (Trabajo de grado). Universidad de Jaén.
http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1949/1/Molina_Daz_Raquel_TFG_Psicologa.pdf
- Monroy, B., y Palacios, L. (2011). Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella? *Salud mental*, 34(3), 237-246.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000300007&lng=es&tlng=es.
- Morales, (2018). Desafíos en psicoterapia: trauma complejo, apego y disociación. *Avances En Psicología*, 26(2), 135–144. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2018.v26n2.1186>
- Morales, M., y Díaz, D. (2021). Estudio comparativo de la resiliencia en adolescentes: el papel del género, la escolaridad y procedencia. Uaricha, *Revista De Psicología*, 8(17), 62–77.
<http://www.revistauaricha.umich.mx/index.php/urp/article/view/454>
- Morelato, G. (2011). Resiliencia en el maltrato infantil: aportes para la comprensión de factores desde un modelo ecológico. *Revista De Psicología*, 29(2), 203-224.
<https://doi.org/10.18800/psico.201102.001>
- Moretti, M. (2019). Desarrollo en las infancias institucionalizadas y en familias de acogida temporal: Una revisión bibliográfica. *Interdisciplinaria*, 36(2), 263-281.
<https://www.redalyc.org/journal/180/18060566017/html/>
- Moreno, J. (2005). Estudio sobre las consecuencias del maltrato infantil en el desarrollo del lenguaje. *Anales de Psicología*, 21, 224-230.
- Moreno, J. (2002). Maltrato infantil. Teoría e investigación. España: Eos

- Morgan, J. (2021). El análisis de la resiliencia y el rendimiento académico en los estudiantes universitarios. *Revista Nacional de Administración*, 12(1), e3534. <https://dx.doi.org/10.22458/rna.v12i1.3534>
- Mosquera, E., Zúñiga, I., Marroquín, E., Nóbrega, M. & Núñez, J. (2018) Cuidado sensible y seguridad del apego en preescolares. *Cienc. Psicol.*, 12(1), 97-107.
- Mountain, G., Cahill, J., & Thorpe, H. (2017). Sensitivity and attachment interventions in early childhood: A systematic review and meta-analysis. *Infant Behavior and Development*, 46, 14–32. doi:10.1016/j.infbeh.2016.10.006 Link: https://drive.google.com/file/d/1z2Ku5zvvhYy7dTww3MowcEZYVaAu6poi/view?usp=share_link
- Mouesca, P. (2015). Prevención del maltrato infantil: función del pediatra: 1ra parte: Aspectos generales, evidencia, factores de riesgo, factores protectores y desencadenantes. *Archivos argentinos de pediatría*, 113(6), 558-567. <https://dx.doi.org/10.5546/aap.2015.558>
- Moya, A y Ramírez, M (2015). Eje hipotálamo-hipófiso-adrenal y agresión. En: Luis Moya Albiol (ed,) *Neurocriminología*. Pirámide.
- Mulero, A. y Montero, M. (2020). Aproximación ecológica a la negligencia infantil en Puerto Rico: una identificación de riesgos desde la perspectiva profesional. *Psicología Iberoamericana*, 28(1). <https://doi.org/10.48102/pi.v28i1.200>
- Muñoz, P. y Caicedo, J.C. (2017). Cuestionario sobre Trastorno Traumático durante el Desarrollo. -- Unpublished Manuscript. Universidad Externado de Colombia, Bogotá.

- Muller, R. T. y Lemieux, K. E. (2000). Social support, attachment, and psychopathology in high risk formerly maltreated adults. *Child Abuse and Neglect*, 24, 883-900.
- Nears, K. (2004). Resilience in maltreated children (Tesis de Maestría inédita). North Carolina State University.
[<https://repository.lib.ncsu.edu/bitstream/handle/1840.16/615/etd.pdf?sequence=1>]
- Nygren, B., Jonsen, A., Gustafson, Y., Norberg, A. y Lundman, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, 9(4), 354-362.
- Obando, O., Villalobos, M., y Arango, S. (2010). Resiliencia en niños con experiencia de abandono. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(2), 149-159.
- Obradovic, J. (2016). Physiological Responsivity and Executive Functioning: Implications for Adaptation and Resilience in Early Childhood. *Child Development Perspectives*, 10(1), 65-70. DOI: 10.1111/cdep.12164
- Ogden, P., Minton, K. y Pain, C. (2006). Trauma and The Body. A Sensorimotor Approach to Psychotherapy. W. W. Norton.
- Omar, A. (2009). Las perspectivas de futuro y sus vinculaciones con el bienestar y la resiliencia en adolescentes. *Psicodebate. Psicología, cultura y sociedad*, 7, 141-154.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Maltrato infantil. Organización Mundial de la Salud.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

- Oshri, A., Rogosch, F. & Cicchetti, D. (2013). Child Maltreatment and Mediating Influences of Childhood Personality Types on the Development of Adolescent Psychopathology, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(3), 287-301, DOI: 10.1080/15374416.2012.715366
- Otzen, T. & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>
- Palummo, J. (2013). La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe. UNICEF.
- Patarroyo, L. (2014). Perfil neuropsicológico y de inteligencia emocional en niños y niñas que han experimentado maltrato infantil o violencia intrafamiliar [tesis de maestría, Universidad Internacional de la Rioja]. Re-UNIR Repositorio Digital. <https://reunir.unir.net/handle/123456789/2399>
- Perez, A., Guilera, G., Pereda, N., y Jarne, A. (2017). Protective factors promoting resilience in the relation between child sexual victimization and internalizing and externalizing symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 72, 393-403. <https://doi.org/10.1016/J.CHIABU.2017.09.006>
- Perry, B., Colwell, K. y Schick, S. (2002). *Child Neglect*. In: Levinson D. Encyclopedia of crime and punishment.

- Piaggio, A. (2009). Resiliencia. *Revista Psicopedagogia*, 26(80), 291-302.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862009000200014&lng=pt&tlng=es.
- Pineda, W. y Puentes, P. (2012). Estudio ex-post facto de la teoría de la mente en niños escolarizados diagnosticados con trastorno por déficit de atención-hiperactividad. *Tesis Psicológica*, 8(2), 144-161. <https://revistas.libertadores.edu.co/>
- Pineda, L. y Moreno, L. (2008). Factores psicosociales asociados al abandono infantil de un grupo de adolescentes institucionalizados en un centro de protección en la Ciudad de Bogotá. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 2(2), 151-182.
- Pinel, C., Pérez, M. y Carrión, J. (2019). Relación entre género, resiliencia y autoconcepto académico y social en la adolescencia [Relationship between gender, resilience, academic and social self-concept in adolescence]. *Revista de Psicología y Educación*, 14(2), 12.
- Poletti, M., Enrici, I. y Adenzato, M. (2012). Cognitive and affective Theory of Mind in neurodegenerative diseases: Neuropsychological, neuroanatomical and neurochemical levels. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(9), 2147-2164. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.07.004> index.php/TesisPsicologica/article/view/341
- Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar. (2016). Los Olvidados: Niños y niñas en “hogares”. Macroinstituciones en América Latina y el Caribe. [UNICEF].
<http://www.relaf.org/material.html>
- Riff, M., Morán, J. y Cabrera, F. R. (2021). El uso de la mentalización para el abordaje del trauma complejo del desarrollo: aportes para una práctica. En *Parentalidad, Cuidados y*

Bienestar Infantil: El desafío de la intervención en contextos adversos (pp. 343–358).

Unknown.

Rincón, B. (2016). Resiliencia y educación social. *Revista Iberoamericana De Educación*, 70(2), 74-94. <https://doi.org/10.35362/rie70261>

Rodríguez, A (2009). Resiliencia. *Revista Psicopedagogia*, 26(80), 291-302.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862009000200014&lng=pt&tlng=es.

Rueda, P., Cabello, R., y Fernández, P. (2013). Preliminary validation of Spanish “Eyes Test-Child Version.” *Ansiedad y Estrés*, 19(2-3), 173-184.
<https://psycnet.apa.org/record/2013-36936-005>

Russotti, L., Warmingham, J., Handley, E., Rogosch, F. y Cicchetti, D. (2021). Child maltreatment: An intergenerational cascades model of risk processes potentiating child psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 112(104829). DOI: 10.1016/j.chiabu.2020.104829.

Rutter, M. (2003). Genetic Influences on risk and protection: Implications for understanding resilience. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 489–509). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511615788.022>

Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31(3), 205–209.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.02.001>

- Sacroisky, G. (2004). Maltrato físico: un problema de salud que nos involucra. *Arch.argent.pediatr*, 101(1).
- Salgado, A. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Liberabit*, 11(11), 41-48.
- Sánchez, L. (2015). Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, (1).
<https://revistas.uam.es/revIUEM/article/view/416>
- Salvo, S., San Martín, S., Acuña, J. y Vivallo, O. (2021). Desarrollo de factores protectores y obstaculizadores de la resiliencia socioeducativa de niños y niñas, según la perspectiva docente. *Revista Colombiana de Educación*, 1(83), 1-18.
<https://doi.org/10.17227/rce.num83-11026>
- Sampieri, R., Collado, C., Lucio, P., Valencia, S. y Torres, C.(2014). Capítulo 5. Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill Education.
- Sánchez, J. (2019). Factores asociados a la resiliencia en adolescentes de secundaria (Tesis de Maestría inédita). Universidad Iberoamericana Puebla.
[<https://hdl.handle.net/20.500.11777/4504>]
- Sánchez, S., & De la Vega, I. (2013). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad [Introduction to the mentalization-based treatment for borderline personality disorder]. *Acción psicológica*, 10(1).
<https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7030>

Sanín, A. (2013). Abandono infantil: estado de la cuestión. *Textos y Sentidos*, (7), 88-117.

Sarmiento, V. (2018). Desarrollo socioemocional en niños, niñas y adolescentes institucionalizados con Trastorno Traumático durante el Desarrollo. Comparación con un grupo control [tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia] Repositorio Institucional UNAL. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/69055>

Sastre, S. (2006). Condiciones Tempranas del Desarrollo y el Aprendizaje: el papel de las funciones ejecutivas. *Revista Neurología*, 42, 143-151.

Schore, A. (2009). "Relational trauma and the developing right brain: An interface of psychoanalytic self-psychology and neuroscience". *Ann N Y Acad Sci*, 1159, 189-203.

Segura, A., Pereda, N., Guilera, G., & Hamby, S. (2017). Resilience and psychopathology among victimized youth in residential care. *Child Abuse & Neglect*, 72, 301-311. <https://doi.org/10.1016/J.CHIABU.2017.08.019>

Shields, S., Moons, W., Slavich, G. (2017). Better executive function under stress mitigates the effects of recent life stress exposure on health in young adults. *Stress*, 20 (1), 75–85. <https://doi.org/10.1080/10253890.2017.1286322>.

Silva, E. (2004). Organizador: El derecho a la vida familiar y comunidad: refugios para niños y adolescentes en Brasil. IPEA.

Soriano, M. (2022). Impacto en la conducta de las experiencias adversas en la infancia. *Pediatr Integral*, XXVI (1), 49.

- Sosa, S. y Salas, E. (2020). Resilience and social skills in high school students of San Luis de Shuaro, La Merced. *Redalyc*, 11(1), pp. 40-50, 2020
- Suárez, X y Castro, N. (2022). Competencias socioemocionales y resiliencia de estudiantes de escuelas vulnerables y su relación con el rendimiento académico. *Revista de Psicología (PUCP)*, 40(2), 879-904. <https://dx.doi.org/10.18800/psico.202202.009>
- Teague, C. (2013) Developmental Trauma Disorder: A Provisional Diagnosis. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 22(6), 611-625, DOI: 10.1080/10926771.2013.804470
- Thompson, R. (2017). In Keller, H. y Bard, K. eds. (2017). The Cultural Nature of Attachment: Contextualizing Relationships and Development,” Strüngmann Forum Reports, vol. 22. Cambridge, MA: MIT Press. Link: https://esforum.de/publications/PDFs/sfr22/SFR22_12%20Thompson.pdf
- Toth, S. L., Gravener-Davis, J. A., Guild, D. J., & Cicchetti, D. (2013). Relational interventions for child maltreatment: Past, present, and future perspectives. *Development and Psychopathology*, 25, 1601–1617.
- Touza Garza, M. (2001). Las consecuencias del maltrato desde la perspectiva organizacional del desarrollo Pedagogía Social. *Revista Interuniversitaria*, 2(6-7), 365-377.
- Trinidad, J. E. (2021). Social Consequences and Contexts of Adverse Childhood Experiences. *Social Science & Medicine*, 277(113897). <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113897>.

- Tronick E, DiCorcia J. (2015). The everyday stress resilience hypothesis: a reparatory sensitivity and the development of coping and resilience. *Child Aust.*,40, 124-138.
- Undurraga, U. y Santelices, M. (2021). Factores protectores de la interrupción de la transmisión intergeneracional del maltrato infantil: una revisión sistemática. *Terapia psicológica*, 39(3), 375-392. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082021000300375>
- Valbuena, C. y Saldarriaga, J. (2017). Efectos psicológicos de la institucionalización en niños, niñas y [Tesis Universidad Católica de Pereira]. Repositorio Universidad Católica de Pereira. <http://hdl.handle.net/10785/4133>
- Van Der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: A new rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408.
- Van Der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, D., Cloitre, M., D’Andrea, W., Ford, J. D., et al. (2009). Proposal to include a development trauma diagnosis for children and adolescents in DSM–V. <https://www.complexttrauma.org/wp-content/uploads/2019/03/Complex-Trauma-Resource-3-Joseph-Spinazzola.pdf>
- VanMeter F, Cicchetti D. Resilience. *Handb Clin Neurol*. 2020;173:67-73. doi: 10.1016/B978-0-444-64150-2.00008-3. PMID: 32958194.105760,ISSN 0145-2134, <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105760>.
- Vassos, E., Collier, D., Fazel, S. (2014). Systematic meta-analyses and field synopsis of genetic association studies of violence and aggression. *Mol Psychiatry*. 19(4), 471-477 <http://dx.doi.org/10.1038/mp.2013.31>

- Velásquez J. C, Bedoya S, Alvará, S., González, D., Grisales, H. Prevalencia de no resiliencia y factores asociados en escolares de un municipio colombiano. (2019). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2022;40(2):e346304. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e346304>
- Vella, S. Pai, N. (2019). A theoretical review of psychological resilience: Defining resilience and resilience research over the decades. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 7(2), 233.
- Vella, S. Pai, N (2019). A theoretical review of psychological resilience: Defining resilience and resilience research over the decades. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 7(2), 233.
- Vial, A., Van der Put, C., Stams, G., Kossakowski, J. y Assink, M. (2020). Exploring the interrelatedness of risk factors for child maltreatment: A network approach, *Child Abuse & Neglect*, Volume 107, 2020, 104622, ISSN 0145-2134, <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104622>.
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213420302775>)
- Vogindroukas, I., Chelas, E. Y Petridis, N. (2014). Reading the Mind in the Eyes Test (Children's Version): A Comparison Study between Children with Typical Development, Children with High-Functioning Autism and Typically Developed Adults. *Folia Phoniatica ET Logopaedica*, 66(1-2), 18-24. <http://dx.doi.org/10.1159/000363697>
- Wahid, S., Norhayati, M., Sulaiman, Z., Othman, A., Yaacob, L. H., y Nik, N. (2021). Predisposing Factors and Impact of Child Victimization: A Qualitative Study.

- International journal of environmental research and public health*, 18(17), 9373.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18179373>
- White, J., Moffitt, T., y Silva, P. (1989). A prospective replication of the protective effects of IQ in subjects at high risk for juvenile delinquency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 719 – 724
- Widom, C.(2014). Longterm Consequences of Child Maltreatment. In: Korbin, J., Krugman, R. (eds) Handbook of Child Maltreatment. Child Maltreatment, vol 2. Springer, Dordrecht.
https://doi.org/10.1007/978-94-007-7208-3_12
- Widom, C. (2020). Commentary: A challenge for a higher bar in research on childhood trauma - reflections on Danese. *Child Psychol Psychiatry*. 2020 Mar;61(3):251-254. doi: 10.1111/jcpp.13195. Epub 2020 Jan 9. PMID: 31919842; PMCID: PMC7398636.
- Willrich, D., Vieira, H. (2016.) Factores sociodemográficos y condicionantes de salud asociados a la resiliencia de personas con enfermedades crónicas: un estudio transversal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*
- Wingo A, Wrenn G, Pelletier T, Gutman A, Bradley J. Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure, *Journal of Affective Disorders*, Volume 126, Issue 3, 2010, Pages 411-414, ISSN 0165-0327, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.04.009>.
(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032710003459>)
- Yslado, R, Villafuerte, M., Sánchez, J. y Rosales, Isaías. (2019). Vivencias en el proceso de institucionalización e Inteligencia Emocional en niños y adolescentes: diferencias según

variables sociodemográficas. *Revista Costarricense de Psicología*, 38(2), 179-204.

<https://dx.doi.org/10.22544/rcps.v38i02.04>

Zegarra, A., Chino, B., Baron-Cohen, S., Tirapu, J. (2022). Reading the Mind in the Eyes Test: A first approximation to the psychometric properties in the Peruvian Population. *Rev. Ecuat. Neurol.*, 31(1), 66-75.

Zhang, Y., Zhang, X., Zhang, L., Guo, C., (2019). Executive function and resilience as mediators of adolescents' perceived stressful life events and school adjustment. *Front. Psychol.* 10, 446. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00446>.

Zukerfeld, R., & Zukerfeld, R. Z. (2011). Sobre el Desarrollo Resiliente: Perspectiva. *Psicoanalítica. Revista Clínica Contemporánea*, 2 (2), 105-120.