

A. Fernández Rivas*, A. Gatón Moreno**, E. Vivanco González*, E. Sesma Pardo*, I. Kerexeta Lizeaga*, A. Díaz Cosgaya*, MA González Torres*.

* Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Basurto (Bilbao)

** Red de Salud Mental de Vizcaya

Correspondencia:

Dra. Aranzazu Fernández Rivas
Sección de Psiquiatría infanto-juvenil. Pabellón Escuzza
Hospital Universitario Basurto
Avda. Montevideo 18. 48013 Bilbao
ARANZAZU.FERNANDEZRIVAS@osakidetza.eus

Psicopatología de los adolescentes residentes en hogares funcionales que precisan hospitalización psiquiátrica

Psychopathology of adolescents living in foster care who require a psychiatric hospitalization

RESUMEN

Introducción: Los adolescentes residentes en Hogares Funcionales presentan más riesgo de presentar Trastorno disocial y consumo de tóxicos.

Método: Se estudió una muestra compuesta por todos los 431 adolescentes (12 y 17 años, 50,1% varones) que requirieron hospitalización en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Basurto a lo largo de 68 meses consecutivos. Analizamos las características diferenciadoras respecto al motivo de ingreso, diagnóstico psiquiátrico, consumo de tabaco, alcohol y drogas, antecedentes psiquiátricos personales y familiares entre aquellos adolescentes ingresados que residían en hogares funcionales y los que residían con sus familias.

Resultados: El motivo más frecuente de ingreso para el total de la muestra fue alteración de la conducta (60,7% para los menores residentes en hogares funcionales y 33% para los residentes con familia de origen), seguidos de descompensación psicótica (24,7%) para residentes en hogares funcionales, y trastorno de la conducta alimentaria (16,4%) para los residentes con sus familias ($p<0,001$). El diagnóstico psiquiátrico al alta más frecuente en ambos grupos fue trastorno psicótico (39,3% y 28,9%), siendo el trastorno disocial (37,1%) más prevalente en los adolescentes de hogares funcionales ($p<0,001$). Los residentes en hogares funcionales consumían más

tabaco (59,6%) ($p<0,001$), cannabis (50,6%) ($p<0,001$), anfetaminas (15,7%) ($p<0,01$) y cocaína (14,6 %) ($p<0,05$), y tenían más antecedentes de tratamiento psiquiátrico previo ($p<0,05$) y antecedentes familiares psiquiátricos ($p<0,001$).

Conclusiones: Los adolescentes que residen en hogares funcionales y precisan una hospitalización psiquiátrica representan un grupo de población en mayor riesgo de presentar trastorno disocial, consumir tabaco, cannabis y otras sustancias y poseer más antecedentes familiares psiquiátricos.

Palabras clave: Hogar Funcional, adolescentes, psicopatología, trastorno disocial, consumo de sustancias.

ABSTRACT

Introduction: adolescents living in Foster care show high risk of conduct disorder and drug use.

Method: A sample comprised by all 431 adolescents (ages 12-17, 50,1% men) admitted at the Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Unit of Hospital Universitario Basurto during a period of 68 months was collected. Reason for admission, psychiatric diagnosis, tobacco, alcohol and drug use, personal and family psychiatric history were studied comparing those adolescents who live in Foster care with those living with their families.

Results: The most common reason for admission was

behavioral problems (60.7% in those living in foster care and 33% in those living with their families), followed by psychotic symptoms (24.7%) for adolescents in foster care, and eating disorders (16.4%) for those living with their families ($p < 0.001$). The most frequent psychiatric diagnosis at discharge was in both groups psychotic disorder (39.3%, 28.9%); and conduct disorder (37.1%) was more prevalent in adolescents in foster care ($p < 0.001$). Those adolescents in Foster care smoke more frequently (59.6%) ($p < 0.001$), and use cannabis (50.6%) ($p < 0.001$), amphetamines (15.7%) ($p < 0.01$), and cocaine (14.6 %) ($p < 0.05$) also more frequently. They had had more previous psychiatric treatments ($p < 0.05$) and more psychiatric disorders in their families ($p < 0.001$).

Conclusions: Adolescents in Foster Care who are admitted to inpatient psychiatric units are a group at a high risk of conduct disorder, tobacco, cannabis and drug use, and have more frequent history of psychiatric disorders in their families.

Keywords: Foster Care, adolescents, psychopathology, conduct disorder, substance use

INTRODUCCIÓN

En España, la Estadística Básica de Medidas de Protección a la Infancia, elaborada por la Dirección General de las Familias y la Infancia, cifra en 29.544 el número total de menores que, el 31 de diciembre de 2006, se encontraban tutelados por alguna Administración pública española, y en 9.590 los menores con expediente de guarda administrativa. Por otra parte, en el mismo periodo, un total de 11.257 menores estaban acogidos en centros (sin contabilizar los de Andalucía, Mallorca y Melilla, cuyos datos no figuraban en la estadística), bien como consecuencia de la tutela o con independencia de ella. En los últimos años, la tendencia, tanto en el número de tutelas como en el de acogimientos residenciales, es ascendente (4).

Los menores que residen en hogares funcionales, con frecuencia, han sido víctimas de abuso físico o negligencia (3), y presentan más riesgo de consumo de sustancias (20, 25) y de desarrollo de patología de salud mental (15).

Respecto al consumo de tóxicos, este es más frecuente en jóvenes en acogimiento residencial comparado con la población general. En adultos jóvenes con historia personal de haber residido en un hogar funcional, se ha visto una mayor tasa de consumo de sustancias (25). Se

realizó un estudio en el que se evaluó adultos jóvenes sin hogar con antecedentes de haber residido en un hogar funcional en su infancia, encontrándose que presentaban un mayor consumo de tabaco, marihuana, y tratamiento previo por consumo de drogas (27). La conducta delictiva también es un factor de riesgo para el consumo de tóxicos, tanto drogas sociales como ilegales (29).

Ha habido varios estudios que han evaluado los factores de riesgo para el consumo de tóxicos en menores residentes en hogares funcionales. Por una parte, se ha encontrado como factores de riesgo pertenecer a raza blanca, historia personal de negligencia física, historia personal de trastorno por estrés post traumático o trastorno de la conducta y estar en situación de vivienda más independiente o de desprotección (30). Otro estudio encontró como factores de riesgo de consumo de sustancias el sexo masculino, historia previa de abuso, presencia de clínica internalizante y/o externalizante, consumo de sustancia en pares y mayor edad de entrada en el hogar funcional (1).

Respecto a la escolarización y educación, tienden a desarrollar más problemas conductuales y de disciplina, experimentan más fallos en su educación debido al frecuente cambio de colegios al que se ven sometidos, con mayor frecuencia están en educación especial y presentan más absentismo escolar que los menores que viven con sus familias biológicas (4).

Así mismo, los menores en acogimiento residencial están en riesgo de presentar más conductas sexuales de riesgo (2, 26). Se ha relacionado la severidad del abuso sexual en la infancia con los comportamientos sexuales de riesgo en estos adolescentes (6). El uso de marihuana y la conducta delictiva se ha visto como los mayores predictores para presentar conductas sexuales de riesgo de adquirir VIH (26).

Por último, los menores residentes en hogares funcionales presentan más riesgo de desarrollo de patología de Salud Mental (15), tasas más altas de ingresos psiquiátricos y de uso de medicación psicotrópica (22). Un reciente estudio realizado en adultos jóvenes sin hogar con historia en su infancia de haber residido en un hogar funcional, concluyó que dicho antecedente aumentaba la frecuencia de presentar un diagnóstico de trastorno de ansiedad, afectivo o psicótico, de recibir medicación psicotrópica o de haber sido ingresado en una unidad de psiquiatría (28).

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

En el presente estudio se establecen las diferencias psicopatológicas respecto al consumo de tóxicos, antecedentes familiares y diagnóstico de enfermedad mental en un grupo de adolescentes que precisaron hospitalización psiquiátrica comparando los menores residentes en hogares funcionales y los que residen con su familia biológica.

Se recogieron todos los ingresos de entre 12 a 17 años de edad hospitalizados en la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital Universitario de Basurto (Bilbao) de febrero del 2005 a septiembre del 2009. La muestra estaba formada por un total de 431 ingresos, el 50,1% varones y 49,9% mujeres. Del total, 89 residían en Hogares funcionales (13,2% varones y 7,4% mujeres) y 342 con su familia de origen (36,9% varones y 42,5% mujeres). La edad media del grupo de los residentes en hogares funcionales fue de: 15,08 años, desviación típica 1,842.

Procedimientos

Se trata de un estudio prospectivo en el que para obtener los datos sobre las características sociodemográficas y sobre la historia personal y familiar de enfermedad mental de cada menor se les realizó entrevistas clínicas a pacientes, familia y/o tutor.

El estudio recibió la aprobación del Comité de Investigación y Ensayos Clínicos del Hospital Universitario de Basurto de forma previa a su puesta en marcha.

Se recogieron las siguientes variables: motivo de ingreso, diagnóstico al alta, consumo de tóxicos (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, anfetaminas), antecedentes personales psiquiátricos y familiares, medido este último como tratamiento, ingreso psiquiátrico, consumo de alcohol y otros tóxicos, entre menores residentes en hogares funcionales respecto a los que viven con sus familias que precisaron ingreso psiquiátrico en nuestra Unidad.

Respecto al diagnóstico al alta, se realizó por el psiquiatra responsable de la Unidad, siendo el mismo profesional para todos los menores, siguiendo los criterios de la CIE 10.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados mediante el paquete

estadístico SPSS 15.0. Se realizó análisis descriptivos de los datos y análisis bivariados mediante las pruebas Chi cuadrado de Pearson y el Test estadístico exacto de Fisher para las variables no cuantitativas, y T student para las cuantitativas.

RESULTADOS

Respecto al motivo de ingreso entre los adolescentes que residen en hogares funcionales, el más frecuente fue la alteración de la conducta (60,7%), seguido de descompensación psicótica (24,7%). El más frecuente para los menores residentes con sus familias biológicas fue la alteración de la conducta (33%) y el segundo el trastorno de la conducta alimentaria (TCA) (16,4%). Destaca la disparidad en el resto de los motivos entre ambos grupos (conducta suicida y clínica depresiva en menores residentes con sus familias). ($p < 0,001$). La tabla 1 refleja los motivos de ingreso en ambos grupos.

Tabla 1. Motivo de ingreso en la Unidad de Psiquiatría Infanto juvenil ($p < 0,001$)

Motivo de ingreso	Hogar funcional (N=89)		Familia biológica (N=342)	
	N	%	N	%
Alteración de la conducta	54	60,7	113	33,0
Descompensación psicótica	22	24,7	69	20,2
Conducta suicida	11	12,4	59	17,3
Clínica depresiva	2	2,2	27	7,9
TCA	0	0	56	16,4

Tabla 2. Diagnóstico emitido al alta del ingreso de la Unidad de Psiquiatría Infanto Juvenil ($p < 0,001$)

Diagnóstico al alta	Hogar funcional (N=89)		Familia biológica (N=342)	
	N	%	N	%
Trastorno psicótico	35	39,3	99	28,9
Trastorno disocial	33	37,1	50	14,6
Trastorno adaptativo	9	10,1	69	20,2
Retraso mental	6	6,7	8	2,3
Trastorno depresivo	0	0	41	12,0
TCA	0	0	59	17,3

En cuanto al diagnóstico psiquiátrico al alta de la hospitalización (tabla 2), el diagnóstico más frecuente en ambos grupos fue el de trastorno psicótico (39,3%, 28,9%) seguido de trastorno disocial en el grupo de menores residentes en hogares funcionales y trastorno adaptativo en los residentes con su familia. ($p < 0,001$).

Respecto al consumo de tabaco (valorado como positivo el consumo de al menos 1 vez/semana), éste era más frecuente en el grupo de adolescentes residentes en centros de menores (tabla 3) (59,6%, 36,3%) ($p < 0,001$).

El consumo de alcohol (valorado como positivo el consumo de al menos 1 vez/mes) no demostró diferencias significativas entre ambos grupos (45,5% los residentes en hogares y 44,8% los adolescentes que viven con sus familias).

Del mismo modo son los adolescentes que residen en hogares funcionales los que consumen en mayor medida sustancias (valorado como consumo alguna vez en la vida): el más frecuente cannabis (50,6%, 27,9%) ($p < 0,001$); seguido de anfetaminas (15,7%, 6,4%) ($p < 0,01$) y por último cocaína (14,6%, 6,7%) ($p < 0,05$).

Tabla 3. Consumo de tabaco, alcohol y sustancias por parte de los menores que precisan ingreso psiquiátrico.

	Hogar funcional		Familia biológica	
	N	%	N	%
Consumo de tóxicos				
Tabaco	53	59,6	113	36,3 ***
Alcohol	40	45,5	148	44,8
Canabis	45	50,6	92	27,9 ***
Anfetaminas	14	15,9	21	6,4 **
Cocaína	13	14,8	22	6,7 *

* $P < 0,05$
 ** $P < 0,01$
 *** $P < 0,001$

La mayoría de los adolescentes en hogares funcionales habían estado en seguimiento psiquiátrico previo. Antes de los 10 años de edad el 60,7% frente a un 43,9% de los menores que residen con su familia ($p < 0,01$); entre los 10 años de edad y los 6 meses previos al ingreso un 84,3% frente a un 71,9% ($p < 0,05$) (Tabla 4).

Tabla 4. Seguimiento psiquiátrico previo al ingreso.

	Hogar funcional		Familia biológica	
	N	%	N	%
Tratamiento psiquiátrico previo				
Antes de 10 años de edad	54	60,7	150	43,9 **
Entre los 10 años de edad y 6 meses previos al ingreso	75	84,3	246	71,9 *
En los 6 meses previos al ingreso	77	86,5	278	81,3

* $P < 0,05$
 ** $P < 0,01$

Respecto a los antecedentes familiares (Tabla 5), el 19,1% de las madres de los menores residentes en hogares funcionales y el 22,5% de los que convivían con sus familias de origen recibían tratamiento psiquiátrico ambulatorio ($p < 0,001$), frente a un 12,4 % y 9,6% respectivamente de los padres ($p < 0,001$). El 10,1% y 2,3% de las madres habían precisado ingreso psiquiátrico previo ($p < 0,001$), frente a un 5,6 % y 1,5% de los padres respectivamente ($p < 0,001$). En un 30,3 % de los adolescentes residentes en hogares funcionales existían antecedentes familiares de consumo de alcohol frente a un 14,6% de los que vivían con su familia biológica ($p < 0,001$); y un 40,4% antecedentes de consumo de otros tóxicos frente a 10,5% ($p < 0,001$).

Tabla 5. Antecedentes familiares de los menores que ingresan en Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. ($p < 0,001$)

	Hogar funcional		Familia biológica	
	N	%	N	%
Antecedentes familiares				
Tto psiquiátrico de la madre	17	19,1	77	22,5
Tto psiquiátrico del padre	11	12,4	33	9,6
Ingreso psiq de la madre	9	10,1	8	2,3
Ingreso psiq del padre	5	5,6	5	1,5
Consumo de OH	27	30,3	50	40,6
Consumo de otros tóxicos	36	40,4	36	10,5

DISCUSIÓN

Según los datos obtenidos en nuestro estudio, podemos concluir que los menores que requieren una hospitalización psiquiátrica y residen en hogares funcionales presentan

significativamente mayor prevalencia de diagnóstico al alta de Trastorno disocial. Sin embargo en el caso de adolescentes que requieren ingresos psiquiátricos pero que residen con sus familias presentan como trastornos psiquiátricos más frecuentes: Trastorno depresivo, adaptativo y Trastorno de la conducta alimentaria.

Las diferencias entre el motivo de ingreso entre los dos grupos fueron más llamativas en lo que respecta a la alteración de la conducta para el grupo de los adolescentes en acogimiento residencial, frente a problemas de la conducta alimentaria y clínica depresiva en los adolescentes residentes con sus familias.

Los menores residentes en hogares funcionales están también en mayor riesgo de presentar trastorno depresivo mayor, manía, y trastorno por estrés postraumático comparado con la población general (18). Los estudios han encontrado que éstos presentan más trastornos de la conducta, con más síntomas externalizantes (14, 19) e internalizantes dentro del rango clínico (12). Con frecuencia estos síntomas son comórbidos con un alto porcentaje de delincuencia y conductas de riesgo (20).

Particularmente, por la carencia afectiva en la crianza durante los primeros años de vida, unido en ocasiones a la experiencia de maltrato o incluso abuso, los menores que precisan ser atendidos en el sistema de protección a la infancia están significativamente en riesgo de presentar problemas emocionales y trastornos de conducta en comparación con sus pares (16). Los menores con historia personal de maltrato que residen en un hogar funcional presentan más riesgo de exhibir comportamientos antisociales y agresividad (10, 13), así como estar envueltos en el sistema de justicia juvenil (16). Los trastornos más frecuentes que se observan en los menores integrados en acogimiento residencial son el trastorno oposicionista desafiante y el trastorno disocial si comparamos su prevalencia con la poblacional (25).

Los comportamientos disociales más prevalentes en la infancia son las peleas, los incendios y los robos (23). Examinando todos los trastornos de salud mental, los trastornos de la conducta son los que más fuertemente predicen el estar envueltos en el sistema de justicia juvenil (32). Los comportamientos antisociales se han relacionado con el género masculino, pertenecer a familia extensa, madre joven, familia desestructurada, menor nivel de inteligencia y mala relación padre-hijo (8). Los trastornos disociales se han visto asociados al trastorno antisocial de la personalidad, la dependencia a sustancias

y a trastorno depresivo en la edad adulta (17, 23).

Según nuestro estudio, haber residido en un hogar funcional se asocia de forma estadísticamente significativa con el consumo de cannabis, tabaco, anfetaminas y cocaína, en cambio en nuestro estudio no encontramos asociación significativa con el consumo de alcohol.

Estos resultados concuerdan con los encontrados en estudios previos (27), en los que se detecta cómo un antecedente previo de acogimiento residencial se asocia al consumo de drogas, en cambio no al alcohol, que parece un tóxico más extendido entre la población adolescente en nuestra sociedad.

En un estudio que valoró diferentes factores de riesgo para el consumo de tóxicos en menores integrados en el Sistema de Protección a la Infancia, el factor que se vio asociado fue el abandono temprano del domicilio familiar. En este mismo estudio también se valoró factores protectores, encontrándose únicamente como protector la unión estrecha al cuidador (29).

Estudios han encontrado que una relación familiar de apoyo y cercana reduce el riesgo de consumo de tóxicos y trastornos del comportamiento en los jóvenes (9). Así mismo, destacan la importancia de la influencia de los pares, ya que a estas edades el consumo de tóxicos rara vez es una actividad solitaria (11). Los jóvenes que pasan su tiempo libre con pares delincuentes están en mayor riesgo de acabar consumiendo sustancias (9).

En nuestro estudio encontramos asociación estadísticamente significativa en la presencia de antecedentes familiares psiquiátricos de primer grado (madre, padre y hermanos) medidos como ingresos psiquiátricos previos, tratamientos ambulatorios, consumo de alcohol y otros tóxicos en el grupo de adolescentes que residían en un hogar funcional frente a los que no.

Según un estudio, la depresión en los progenitores es más importante para predecir la depresión infantil que otros factores de riesgo tales como divorcio de los padres o una baja unión familiar. En contraste, tanto la depresión de los progenitores como los factores de riesgo familiares contribuían a predecir los trastornos de la conducta (8). Por otra parte, otro estudio encontró que el porcentaje de trastorno de la personalidad antisocial en los familiares de jóvenes con depresión y trastorno de la conducta era más elevado que en los familiares de jóvenes únicamente con depresión (31).

Una buena conexión padre hijo se ha visto relacionada

con un descenso del riesgo del consumo de sustancias, de la depresión, del bullying y de las relaciones sexuales tempranas. Por otra parte, una hostilidad en las relaciones se asocia con resultados problemáticos, como delincuencia, comportamientos externalizantes, conductas antisociales y consumo de sustancias (9).

Los factores que reflejan un mejor ajuste son habilidades cognitivas tempranas del menor, competencias sociales adecuadas, estabilidad del cuidador y baja frecuencia de abuso físico en la infancia (21).

CONCLUSIONES

Los adolescentes que residen en hogares funcionales y requieren de hospitalización psiquiátrica presentan una mayor prevalencia de trastorno disocial, consumo de tabaco y drogas, seguimiento psiquiátrico y antecedentes familiares de enfermedad mental. Estos resultados probablemente reflejen las consecuencias que la crianza en un entorno negligente o carente de cuidados adecuados provoca o incrementa el riesgo de desarrollar, especialmente en cuanto a la patología externalizante. Por lo tanto, es preciso poner en marcha medidas preventivas que disminuyan la incidencia de patología mental en estos casos, así como realizar una detección lo más temprana posible que permita iniciar abordajes terapéuticos precoces encaminados a incidir en una evolución y pronóstico más favorables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aarons, G. A., Monn, A. R., Hazen, A. L., Connelly, C. D., Leslie, L. K., Landsverk, J. A., Hough, R. L., & Brown, S. A. Substance involvement among youths in child welfare: The role of common and unique risk factors. *The American Journal of Orthopsychiatry* 2008, 78(3), 340-349.
2. Auslander, W.F., McMillen, J.C., Elze, D., Thompson, R., Jonson-Reid, M., & Stiffman, A. Mental health problems and sexual abuse among adolescents in foster care: Relationship to HIV risk behaviors and intentions. *AIDS & Behavior* 2002, 6, 351-359.
3. Barth, R.P., Wildfire, J., & Green, R.L. Placement into foster care and the interplay of urbanicity, child behaviour problems, and poverty. *American Journal of Orthopsychiatry* 2006, 76(3), 358-666.
4. Blome, W. What happens to foster kids: Educational experiences of a random sample of foster care youth and matched group of non-foster care youth. *Child and Adolescent Social Work Journal* 1997, 14, 41-53.
5. Defensor del pueblo (España) 2009. Centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social. http://www.defensordelpueblo.es/documentacion/informesmonograficos/informe_menores_09.pdf.
6. Elze, D. E., Auslander, W., McMillen, C., Edmond, T., & Thompson, R. Untangling the impact of sexual abuse on HIV risk behaviour among youths in foster care. *AIDS Education and Prevention* 2001, 13, 377-389.
7. Farrington D. P. Psychosocial predictors of adult antisocial personality and adult convictions. *Behav Sci Law* 2000. 43, 133-164.
8. Fendrich, M., Warner, V., & Weissman, M.M. Family risk factors, parental depression, and psychopathology in offspring. *Developmental Psychology* 1990, 26, 40-50.
9. Fosco G., Stormshak E., Dishion. T., Winter C. Family relationships and parental monitoring during middle school as predictors of early adolescent problem behavior. *J Chin Child Adolesc Psychol.* 2012, 41 (2): 202-213.
10. Hazen, A.L., Connelly, C. D., Roesch, S., Hough, R. L., & Landsverk, J. Child maltreatment profiles and adjustment problems in high-risk adolescents. *Journal of Interpersonal Violence* 2009, 24, 361-378.
11. Heinze HJ, Toro PA, Urberg KA. Antisocial Behavior and affiliation with deviant peers. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2004, 33, 336-346.
12. Heflinger, C. A., Simpkins, C. G. & Combs-Orme, T. Using the CBCL to determine the clinical status of children in state custody. *Children and Youth Services Review* 2000, 22, 55-73.
13. Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Taylor, A. Physical maltreatment victims to antisocial child: Evidence of and environmentally process. *Journal of Abnormal Psychology* 2004, 113, 44-55.
14. Keil, V., & Price J. M. Externalizing behaviour disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Children and Youth Services Review* 2006, 28, 761-779.

15. Landsverk, J. (ed.). Foster care and pathways to mental health services. Lincoln: University of Nebraska Press; 1999.
16. Maschi, T., Bradley, C. A., & Morgen, K. Unraveling the link between trauma and delinquency: The mediating role of negative affect and delinquent peer exposure. *Youth Violence and Juvenile Justice* 2008, 6, 136-157.
17. McGue M & Iacono WG. The association of early adolescent problem behaviour with adult psychopathology. *Am J Psychiatry* 2005, 162: 1118-1124.
18. Pecora, P. J., Jensen, P. S., Romanelli, L. H., Jackson, L. J. & Ortiz, A. Mental health services for children placed in foster care: an overview of current challenges. *Child Welfare* 2009, 88, 5-26.
19. Pilowsky, D. Psychopathology among children placed in family foster care. *Psychiatry Services* 1995, 46, 906-910.
20. Pilowsky, D. J., & Wu, L. T. Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care. *Journal of Adolescent Health* 2006, 38(4), 351-358.
21. Proctor, L. J., Skinner, L. C., Roesch, S., & Litrownik, A. J. Trajectories of behavioral adjustment following early placement in foster care: predicting stability and change over eight years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010, 49(5), 464-473.
22. Raghavan, R., Lama, G., Kohl, P., & Hamilton, B. Interstate variations in psychotropic medication use among a national sample of children in the child welfare system. *Child Maltreatment* 2010, 15:121-131.
23. Reijneveld S.A., Crone M.R., & Meer G. Early detection of children at risk for antisocial behaviour using data from routine preventive child healthcare. *BMC Pediatrics* 2012. 12: 24.
24. Steele J.S., & Buch, KF. Medical and Mental Health of children entering the Utah foster care system. *Pediatrics* 2008. 122, 3.
25. Thompson, R.G. & Auslander, W.F. Risk factors for alcohol and marijuana use among adolescents in foster care. *Journal of substance abuse treatment* 2007, 32, 61-69.
26. Thompson, R.G. & Auslander, W.F. Substance use and mental health problems as predictors of HIV sexual risk behaviors among adolescents in foster care. *Health & Social Work* 2011, 36, 33-43.
27. Thompson, R.G., & Hasin, D. S. Cigarette, marijuana, and alcohol use and prior drug treatment among newly homeless young adults in New York City: Relationship to a history of foster care. *Drug and Alcohol Dependence* 2011, 117, 66-69.
28. Thomposon, R. G., & Hasin, D. Psychiatric disorders and treatment among newly homeless young adults with histories of foster care. *Psychiatric services* 2012. 63(9), 906-912.
29. Traube, D.E., James, S., Zhang, J., & Landsverk, J. A national study of risk and protective factors for substance use among youth in the child welfare system. *Addictive Behaviors* 2012, 37, 641-650.
30. Vaughn, M. G., Ollie, M. T. McMillien, J. C., Scott, L., & Munson, M. Substance use and abuse among older youth in foster care. *Addictive Behaviors* 2007, 32(9), 1929-1935.
31. Williamson, D.E., Ryan, N.D., Birmaher, R.E., Kaufman, J., Rao, U., & Puig-Antich, J, J. A case-control family history study of depression in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1995, 34, 1596-1607.
32. Yampolskaya S., & Chuang E. Effects of Mental Health Disorders on the Risk of Juvenile Justice System Involvement and Recidivism Among Children Placed in Out-of-Home Care. *American Journal of Orthopsychiatry* 2012. 4, 585-593.