

---

# LOS JÓVENES TUTELADOS CON PROBLEMAS DE CONDUCTA ATENDIDOS EN LOS CENTROS RESIDENCIALES DE EDUCACIÓN INTENSIVA (CREI) DE CATALUÑA

---

**Lorena Delgado Magro**

Psicóloga Clínica.

Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil CSMIJ de Martorell.

mdelgadam.hsagratcor@hospitalarias.es

## Resumen

Los CREIs son un servicio residencial de acogida temporal para dar respuesta a las necesidades educativas y asistenciales específicas de adolescentes y jóvenes que presentan alteraciones conductuales que requieren una especialización técnica alternativa en su cuidado y atención. Estos centros pertenecen a la red del sistema de protección en Cataluña. Estos jóvenes están en una situación de especial riesgo porque a las circunstancias familiares se añaden las alteraciones de conducta u otros problemas que pueden obstaculizar una inserción educativa en el mundo adulto. El objetivo del trabajo será recoger estudios que describen tanto las características de dichos centros como el perfil de los menores atendidos y realizar un análisis de los mismos concluyendo con unas recomendaciones.

**Palabras clave:** Terapia infantil, salud mental, cuidado residencial, trabajo social terapéutico.

## Abstract

The CREIs are a temporary residential service to respond to the specific educational and assistance needs of adolescents and young people who present behavioral alterations that require an alternative technical specialization in their care and attention. These centers belong to the network of the protection system in Catalonia. These young people are in a situation of special risk because the family circumstances are added to behavioral alterations or other problems that may hinder an educational insertion in the adult world. The objective of the work will be to collect studies that describe both the characteristics of these centers and the profile of the children served and perform an analysis of them, concluding with some recommendations.

**Key Words:** Child Therapy, mental health, residential care, therapeutic social work.

## Introducción

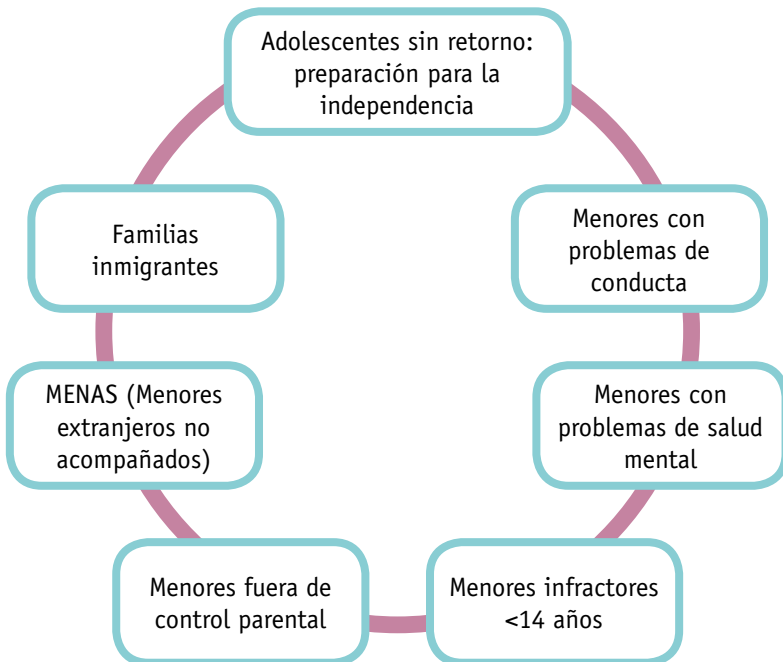
La protección de menores hace referencia a la suma de medidas tendentes a promover y asegurar el ejercicio efectivo de los derechos que poseen los menores de edad. El Acogimiento Residencial (AR) es una de las medidas de protección que adopta la entidad pública competente como forma de ejercicio de guarda de un menor y que incluye la separación del contexto familiar. Se trata de una medida cuya finalidad es ofrecer una atención integral en un entorno residencial a niños, niñas y adolescentes cuyas necesidades materiales, afectivas y educativas no pueden ser cubiertas, al menos temporalmente, en su propia familia. Tiene un carácter instrumental (al servicio de un Plan de Caso que contempla una finalidad estable y normaliza-

da) y temporal (los niños que requieran un hogar por tiempo indefinido deberían orientarse hacia el acogimiento familiar).

En Cataluña la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA) es el organismo que promueve el bienestar de la infancia y la adolescencia en alto riesgo de marginación social y también ejerce la protección y tutela de los niños y adolescentes desamparados.

La caracterización y necesidades de la población que hoy en día se encuentra en hogares de protección (ver figura1) (1) fundamenta la apuesta por un modelo de acogimiento residencial cada vez más especializado. En síntesis, las características que presentan hoy en día un buen número de niños y adolescentes acogidos en hogares son: Adolescentes sin previsión de retorno al

Figura 1. Perfil de menores en el Sistema de Protección.

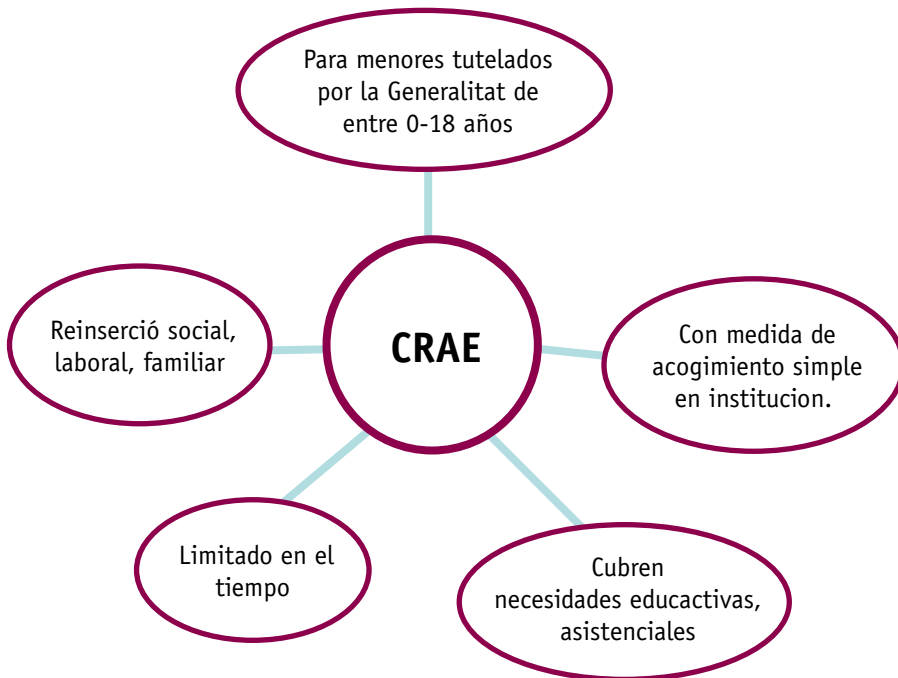


hogar familiar, con presencia de problemas emocionales, de conducta y salud mental, adolescentes que presentan conductas violentas hacia su familia, menores de 14 años infractores con medida protectora y menores extranjeros no acompañados (MENAs).

Muchas veces se oye hablar de, CREI y CRAE no se sabe muy bien en qué consisten estos recursos destinados a los niños ya los adolescentes. En primer lugar, el CRAE, es un Centro Residencial de Acción Educativa que atiende a niños y adolescentes entre los 3 y los 18 años. Esta medida se aplica cuando

se prevé que el desamparo o la necesidad de separación de la propia familia serán transitorios y cuando no ha sido posible o aconsejable la acogida por parte de una persona o de una familia. Estos menores residen en estos centros hasta su mayoría de edad o hasta que la situación familiar se haya solucionado. Por lo tanto, el equipo de profesionales asume las funciones educativas y asistenciales y garantiza las necesidades básicas de los niños y jóvenes. En estos centros también se prepara el menor a adquirir una autonomía personal para su futuro.

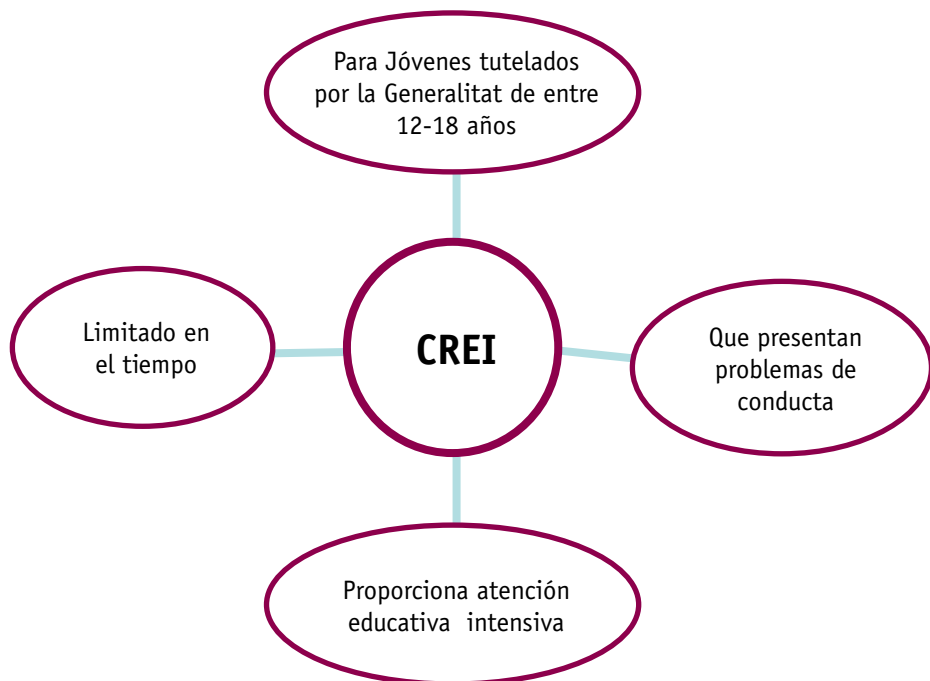
Figura 2. Definición de CRAE.



Los Centros Residenciales de educación Intensiva (CREI) son servicios residenciales de estancia limitada en el tiempo, para adolescentes y jóvenes de doce a dieciocho años tutelados por la Generalitat de Catalunya que presentan alteraciones en el comportamiento que requieren sistemas educativos intensivos. Tiene como objetivo dar respuesta educativa y asistencial a los adolescentes con trastornos de conducta que requieren de un sistema de educación intensiva. Estos centros por tanto tienen encomendada la educación de estos jóvenes que están en

una situación de especial riesgo porque a las circunstancias familiares se añaden las alteraciones de conducta u otros problemas que pueden obstaculizar una inserción educativa en el mundo adulto. Entre los problemas predominan los bajos niveles educativos, el paro, la inestabilidad laboral, pobres redes sociales de apoyo, poca integración social, maternidad adolescente y un mayor índice de conductas delictivas (17). Según (15) un 34% de los jóvenes en centros de justicia juvenil de Catalunya eran menores tutelados por la administración.

Figura 3. Definición de CREI.



Según el Informe Estadístico mensual de la Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia (DGAIA), hasta febrero del 2018 existen 7530 niños y adolescentes con medidas de protección en Catalunya de los cuales 3764 (50,0%) se encuentra en Acogimiento Familiar, 3580 (47,5%) en Acogimiento Residencial y 186 (2,5%) con otras medidas. En el 2018 se informa que existen 101 CRAEs con 1866 plazas que se encuentran situados principalmente en las zonas de Barcelona ciudad y comarcas y 5 CREIs con 122 plazas.

En algunas comunidades autónomas como en Cataluña los diferentes centros especializados reciben denominaciones distintas (de socialización, terapéuticos) pero viene a ser prácticamente lo mismo representando solo el 7% de las plazas residenciales totales en España. Según el informe de los derechos del niño (2013) (19), cabría estudiar las necesidades de plazas en unidades hospitalarias y residenciales para adolescentes con problemas graves de salud mental y adaptar la oferta a las necesidades resultantes. En este sentido para dar respuesta a situaciones que requieren un abordaje técnico especializado complementario a la red de centros ofertados por el sistema de protección, el organismo competente en materia de protección a la infancia y la adolescencia puede establecer conciertos con diferentes entidades para un determinado número de plazas en centros que no pertenecen a la red de centros de protección: centros de la red de salud mental, de personas con discapacidades, de intervención en toxicomanías, etc.

El ingreso y la estancia de personas menores de edad en programas de acogida residencial especializada para el tratamiento de problemas graves de conducta, de patologías en la salud mental y de dependencia a tóxicos siempre requieren una autorización judicial.

En el Artículo 133 de la Ley de Derechos y Oportunidades en la Infancia y Adolescencia 14/2010 (10) indica que cuando sea necesario en función de las características de los menores acogidos se han de crear centros o unidades con espacios de escolarización propios reconocidos por la administración educativa con actividades escolares reconocidas por el sistema educativo que incorporen en su configuración elementos constructivos de protección con el objeto de favorecer la eficacia de los programas educativos, prelaborales o de tratamiento psicológico o terapéutico. El Programa marco para los centros residenciales de febrero del 2017 de la DGAIA desarrolla los requerimientos generales que son aplicables en los recursos de acogida residencial básico y los requerimientos y las características particulares de la acogida residencial especializado en centros o unidades de educación intensiva. En este documento marco se regula el acogimiento residencial especializado en sistemas de educación intensiva. Se indica que se ha de velar porque las prácticas de contención en los centros respeten los derechos de los menores, limitar el uso de las salas y otras medidas de contención o aislamiento físico a casos extraordinarios para proteger al propio menor y que bajo ningún concepto sean utilizadas como medida de sancionadoras o correctivas. La administración de psicofármacos a los menores por parte del personal del centro ha de tener un seguimiento médico y en ningún caso puede ser una medida de contención habitual.

Estos centros tienen como objetivo proporcionar educación y atención a estos niños y adolescentes, pero incluyen medidas estructurales de protección para la tutela y la educación. Presentan tipologías y ratios diversas. Actualmente en todo Catalunya existen 6 CREIS. En Barcelona (El Pedrenyal, Castan-

yers, Mas Ritort, Can Rubió), En Tarragona (El Guaret) y en Gerona (La Ginesta). Tres pertenecen a la Fundación Resilis (Fundación Plataforma educativa) y son concertados por el Departamento de Trabajo y Asuntos sociales de la Generalitat de Cataluña y dos son centros propios de La Generalitat (Castanyers y Can Rubió). El número de plazas disponibles varía en función del tamaño de los centros. Las edades oscilan entre los 12 y 18 años, pero para trabajar de forma individualizada suelen reducir los grupos agrupándolos en menores de 16 y mayores de 16 años. Castanyers es el centro que dispone de más plazas y realiza una distribución en pequeños, medianos y grandes. Castanyers, Pedrenyal y Guaret acogen a población masculina, Mas Ritort acoge población femenina y Can Rubio es un Centro mixto.

Los tres centros concertados disponen de valla y puertas que limitan las salidas al exterior sin permiso y están ubicados lejos de núcleos urbanos. Castanyers y Can Rubió no disponen de estos cercados, pero a diferencia de Can Rubió, Castanyers se encuentra cerca de un núcleo urbano. Todos los centros disponen en sus recintos de una zona de huerto, otra habilitada para animales, pista deportiva. Además, El Pedreyal, Castanyers y Can Rubió disponen de piscina. Dentro del recinto también existe una zona para aula escolar y para talleres. El edificio de vivienda principal dispone de todos los equipamientos necesarios para hacer la vida (dormitorios, salas de estar, salas de juegos, lavabos y comedor). Los espacios interiores suelen estar divididos en zonas residenciales diferenciadas para trabajar con diferentes grupos educativos. Las habitaciones pueden ser individuales, dobles o triples. En Castanyers se ha habilitado un edificio anexo de 8 plazas donde los jóvenes que residen allí disponen de más libertad para autogestionarse

mientras que en el centro el Guaret se ha habilitado una habitación triple para este fin.

En los centros concertados predomina el personal joven que hace poco tiempo que se diplomado y que aporta ideas nuevas. En cambio, en los centros propios los trabajadores son funcionarios que aportan experiencia a la tarea educativa. Se realizan reuniones de equipo semanales para hablar de casos concretos, planificar actividades, intervenciones y tratar temas del día a día. Además disponen de procesos sistematizados de traspaso de la información que permiten que todo el equipo esté al día de los cambios. Las tutorías pueden ser asignadas directamente por la dirección al entrar el joven en el centro en función de la disponibilidad de personal o se espera un tiempo para conocer el perfil del joven y que educador es el más adecuado. Generalmente se intenta que las tutorías tengan una continuidad, pero si se observa conveniente o el joven lo demanda se puede valorar un cambio. La labor del educador siempre esta reforzada por todo el equipo educativo. En algunos centros las tutorías pueden cambiar porque los educadores trabajan a turnos y los educadores de noche no tutorizan.

En el programa marco se indica que estos centros deben disponer de un psicólogo si tienen más de 20 plazas. Sobre la figura del psiquiatra se indica una dedicación parcial en función del número de plazas. Según (17) se observan importantes diferencias en la ratio de jóvenes por profesional de la psicología entre los diferentes CREIs estudiados. Según el estudio anteriormente mencionado (17) el Guaret no dispone de psicólogo que complemente la intervención educativa, pero tiene apoyo de un servicio psicopedagógico externo que realiza seguimiento de forma semanal. Can Rubio lo ha solicitado, pero todavía no dispone de este servicio.

Figura 4. Adaptado de Sabaté-Tomás, Sala-Roca y Arnau (2017).

El Pedrenyal	Centro concertado. 20 Plazas. Masculino. Ratio 1,1 jóvenes por profesional.
El Guaret	Centro Concertado. 20 plazas. Masculino. Ratio 0,8 jóvenes por profesional.
Mas Ritort	Centro concertado. 20 plazas. Femenino. Este CREI fue inaugurado en Nov 2012. Ratio 0,8 jóvenes por profesional.
Castayers	Centro Propio. 42 plazas. Masculino. Ratio 0,6 jóvenes por profesional.
Can Rubió	Centro propio. 20 plazas. Mixto. Inaugurado en abril del 2018. Con anterioridad a esa fecha era un Centro Terapéutico.
La Ginesta	Sin informacion

En la mayoría de los centros los primeros 21 días de internamiento los jóvenes están en periodo de observación y no pueden salir del centro. Pasado este tiempo si la resolución lo contempla pueden empezar a tener permisos de salida (sin pernoctas) con la familia y posteriormente de fin de semana (17). Instaurar una rutina diaria es muy importante en el centro ya que los jóvenes suelen venir de situaciones cotidianas muy desestructuradas y la rutina se utiliza como herramienta para dar seguridad y pautar el día a día (hora de levantarse, comidas, higiene etc). En el ámbito académico se trabaja para que los menores de 16 años con-

sigan la ESO en las aulas y que los mayores de 16 puedan realizar formación práctica en los talleres. Los jóvenes que evolucionan favorablemente pueden hacer bachillerato en institutos ordinarios fuera del centro. El comportamiento en las aulas influye en la valoración global y en los permisos. Los talleres de iniciación laboral suelen funcionar normalmente todo el año y realizan tareas de cuidado de animales, huerto y mantenimiento de mobiliario, tareas de construcción, pintura o soldadura. En el Guaret el taller se plantea como una simulación de un lugar de trabajo con un contrato ficticio y donde si no se cumplen las normas se puede

enviar al joven a realizar cursos de reciclaje a la escuela como si estuviera en el paro. En Castanyers los jóvenes pueden conseguir dinero extra por trabajos del centro.

El tutor del Joven es el encargado de estar en contacto con los centros educativos y de ocio donde están matriculados los menores. Además, los maestros propios del Departamento de Educación de los CREIS se reúnen trimestralmente en Barcelona con su responsable de zona. En el CREI Pedrenyal se han establecido colaboraciones con el ayuntamiento del pueblo y se realizan programas de aprendizaje y servicios a la comunidad. Las actividades de ocio suelen estar restringidas a las tardes y fines de semana y son una mezcla entre lo que el joven demanda y la oferta educativa del centro. Existen zonas dedicadas a juegos (juegos de mesa, Play Station, fútbolín, pimpón etc.), se organizan actividades deportivas según las características de las instalaciones y salidas lúdicas o culturales. Durante los periodos vacacionales o no lectivos en los centros Castanyers, Guaret y Can Rubió, que disponen de personal educativo propio del Departamento de educación, se interrumpen las clases y se buscan otras actividades en el territorio. En los Centros el Pedreyal y Mas Ritort, que disponen de maestros que son personal propio, se reduce la jornada escolar y se realiza repaso del temario combinado con otras actividades de ocio. Durante el verano se suele aprovechar para hacer repaso general del temario, salidas a la playa, colonias y casales de verano ordinarios en algunos jóvenes que su evolución lo permite. En el caso del Pedreyal se organizan colonias propias como premio para jóvenes que han demostrado una buena evolución.

Algunas de las intervenciones mejor valoradas por sus resultados según los profesionales (17) tienen que ver con el programa

motivacional de recompensas, vivienda aneja para los jóvenes con mayor autonomía, participación de los ex residentes, trabajo individualizado en el aula, cine fórum, iniciación laboral donde se simula una situación de trabajo real.

## Problemas de Salud Mental en el Sistema de protección:

En el marco internacional, los niños y adolescentes que se encuentran acogidos en el sistema de protección a la infancia (especialmente aquellos con medida de separación familiar) son considerados una población especialmente vulnerable en la manifestación de trastornos y alteraciones de salud mental (10). Estas poblaciones ejercen demandas en servicios de salud mental genéricos planteado el dilema de si estos servicios son adecuados y suficientes en el presente para poder dar una respuesta adecuada a esta situación. Las cifras de prevalencia de alteraciones y trastornos con estas muestras oscilan entre el 40 y el 80% a través de los diferentes estudios internacionales (5) y de una probabilidad 2.5 veces mayor de tener problemas de salud mental en comparación con la población general (16). Los trastornos más comunes son los que se proyectan hacia el exterior (manifestaciones externalizadas: hiperactividad, trastorno de conducta, etc.) cuyo promedio a través de los estudios es del 42% (9). Los trastornos de tipo internalizado (depresión, ansiedad, aislamiento, etc.) también están presentes, aunque en menores proporciones a los trastornos externalizados y superan a las tasas estimadas en la población general infanto-juvenil (12). También es mayor la prevalencia de discapacidad entre los niños y adolescentes del sistema de protección.



Según algunos estudios, la frecuencia oscila entre el 10 y el 31% de los niños y jóvenes (21) porcentaje muy superior al estimado en la población general infanto-juvenil, aunque son escasas las referencias a sus características y necesidades.

En Cataluña según datos de la DGAIA presentados en el nuevo programa marco de colaboración con el departamento del CatSalut. Los menores protegidos por la DGAIA tienen una tasa seis veces mayor sobre la población general de atención por servicios de Salud mental y el 24% padecen algún problema de salud mental. De este 24%, el 34% están en centros, el 19% Acogidos en Familia extensa y 10% están acogidos en familia ajena. Según la tipología del recurso: un 50% de los menores acogidos en un CREI, un 35% de los acogidos en CRAE (Centro Residencial de Acción Educativa) y un 22% de los acogidos en CA (Centro de acogida) tienen problemas de Salud mental.

Las condiciones genéticas-prenatales, las condiciones relacionadas con los cuidados previos y posteriores al cuidado residencial interaccionan e influyen en el desarrollo neuropsicológico. Estos niños tienen peor salud física, mayor prevalencia de problemas del aprendizaje y del lenguaje y peores logros académicos que otros niños (11). Las experiencias sociales que hacen que entren en AR representan por tanto factores de riesgo para su bienestar físico y salud mental. La exposición a trauma psicológico, de privación emocional y otras condiciones limitan la oportunidad de desarrollar apegos seguros. Posteriormente cuando entran en bajo el sistema de protección también encuentra un número de eventos estresantes como la pérdida de los padres biológicos, integración a nuevas familias o a nuevos emplazamientos residenciales y diversos cambios en los emplazamientos a lo largo de su

infancia. Se han identificado diferentes predictores de problemas de salud mental como son una mayor edad a la hora de entrar en cuidados residenciales, inestabilidad en los emplazamientos, percepción de inseguridad en los emplazamientos y discapacidad cognitiva (2). Las rupturas de emplazamiento a menudo ocurren cuando los cuidadores se ven confrontados por serias conductas disruptivas pero la inestabilidad influye en un deterioro cada vez mayor de la salud mental del niño (2). Entrar a una corta edad en una familia acogedora parece ser un factor protector en los problemas de salud mental, pero sin embargo es un factor de riesgo para el cuidado residencial (3). La edad de entrada en el acogimiento residencial se ha relacionado con mayores problemas de apego y desarrollo neurológico y emocional. Estas dificultades en el apego (apegos inseguros y desorganizados) correlacionan con la presencia de problemas conductuales y emocionales (7).

Parecería por tanto que los niños y jóvenes del sistema de protección a la infancia, constituyen una población con una clara necesidad de atención psicológica y clínica; sin embargo, a pesar de esta evidencia científica, sólo una cuarta parte de los menores con problemas y alteraciones de salud mental reciben la asistencia clínica necesaria (19). La derivación a servicios de salud mental no está relacionada con el número y severidad de los síntomas (11). Ciertas formas de maltrato, principalmente el abuso sexual y físico, es más probable que se deriven a servicios de salud mental mientras niños que solo han experimentado negligencia es menos probable que sean derivados. Este hecho parece más relacionado con las percepciones de los derivadores que con una mayor severidad del daño.

## Definición de consenso sobre el Acogimiento Residencial Terapéutico

En una cumbre internacional realizada en Inglaterra se llegó a una definición de consenso con expertos de 13 países sobre lo que era un tratamiento terapéutico residencial en detrimento de otras denominaciones como *“cuidado colectivo”* que tienden a enmascarar importantes diferencias entre programas, al unir servicios diferentes cuando se realizan revisiones de la investigación. El término cuidado colectivo también remite a la transición del siglo XIX desde las clásicas macro instituciones hacia el modelo de asistencia basado en hogares, reforzando la narrativa de negatividad respecto a la intervención residencial de cualquier tipo. *“El tratamiento terapéutico residencial incluye el uso planificado de un ambiente de convivencia multidimensional, específicamente construido, diseñado para proporcionar o reforzar tratamiento, educación, socialización, soporte y protección a niños y jóvenes con problemas conductuales o de salud mental, en colaboración tanto con sus familias como con un amplio espectro de recursos comunitarios de ayuda formales e informales”* (22).

Los principios que rigen el (ART) son:

- Primero no hacer daño. La seguridad debe estar lo primero de todo como forma de prevenir posibles abusos.
- Espíritu de colaboración con las familias. Siempre que sea posible favoreceremos los vínculos, facilitaremos su participación plena y activa en la vida cotidiana del programa y con quien promoveremos responsabilidades compartidas sobre los resultados en una toma de decisiones conjunta.
- Los programas se encuentran anclados en las comunidades, culturas y redes de relaciones sociales que definen e influyen en

los menores y las familias a las que servimos.

- Son algo más que una plataforma para recoger intervenciones basadas en la evidencia o técnicas y estrategias prometedoras. En su núcleo, el ART, se nutre de una cultura unificadora que resalta el aprendizaje a través de la convivencia y la relación personal.
- Como último objetivo epistemológico estaría la identificación de modelos o estrategias basadas en la evidencia que sean efectivos, replicables y generalizables. El grupo de trabajo se nutre de investigadores que intentan la eficacia relativa de los modelos ART existentes e indagar sobre lo que hay en esa *“caja negra”*

## Perfil de los menores acogidos en CREI:

Según un estudio publicado recientemente sobre los CREIS en Catalunya (realizado en 4 CREIS con 206 casos) (17): La edad media de ingreso es 15.4 años y la de salida 16.6 años. Según la procedencia antes del ingreso: de CRAE el 33,5%, de Centro de Acogida el 27,7%, del domicilio familiar el 19.4%. El resto tenía procedencias diversas (centros de justicia, centros terapéuticos, otros CREIS y recursos de transición a la vida adulta). El 54.9% presentan delitos conocidos, el 43% tenía algún trastorno diagnosticado, el 73,3% consumía tóxicos y el 64% se fugó durante su estancia.

Según (18), existen en toda España sólo 91 centros que responden a la actual denominación de centros terapéuticos y de socialización que disponen de 1078 plazas (7.9% de toda la red de centros) para niños y adolescentes tutelados. Un 2.5% son para discapacitados físicos o psíquicos. Solamente

se registran 4 centros para adolescentes con abuso de sustancias siendo este un recurso que falta en muchas comunidades autónomas por lo que deben utilizar la red de Salud Mental especializada en consumo de sustancias. Los autores refieren que según su estudio realizado con una muestra de 51 chicos tutelados atendidos en centros terapéuticos el perfil es el siguiente: sexo masculino, edad media 15-16 años, mayor número de cambios de residencia, más amenazas e intentos de suicidio y mayor consumo de tóxicos. El 80% puntúan por encima del rango clínico en problemas de comportamiento exteriorizados evaluados con la escala CBCL. No existen sin embargo diferencias en la escala problemas de pensamiento, lo que sugiere que los trastornos psicóticos no son un criterio necesario para derivar a centros terapéuticos. El de origen cultural y de etnia también parece ser una variable relevante. Sorprendentemente se indica que un 34% de los casos atendidos en programas terapéuticos no reciben tratamiento especializado salud mental. Cuando reciben tratamiento, este puede realizarse en el propio centro o por el sistema público de Salud Mental.

En otro estudio realizado más recientemente (14) con 93 adolescentes que residían en centros terapéuticos en comparación con una muestra equivalente de adolescentes que recibían en programas para la autonomía, se indica que los jóvenes con mayor número de cambios de emplazamiento residencial tienen el doble de probabilidades de ser derivados a centros terapéuticos. La variable abuso de sustancia multiplica la probabilidad por cuatro. Los jóvenes en tratamiento terapéutico han estado en general menos tiempo en acogimiento residencial, pero han tenido muchos más cambios de centro que el grupo de comparación. Esto puede indicar que los casos derivados tenían problemas previos

ocultos que hacía inviable su atención en un recurso residencial ordinario. En este estudio, a diferencia del anterior, se indica que el 70% de los casos en ambos grupos reciben alguna clase de tratamiento lo que parece indicar una mayor concienciación y esfuerzo en la atención de las necesidades de Salud mental de esta población en España. Entre las razones para que el 30% no reciban tratamiento se indica que el programa en sí puede ser en sí mismos suficientemente terapéuticos para cubrir sus necesidades, que los educadores no consideren la necesidad de tratamiento o que los jóvenes rechacen acudir a terapia. No se encontraron diferencias entre los grupos en el porcentaje de casos que recibían atención en salud mental pero los jóvenes en centro terapéutico tenían mayor probabilidad de recibir tratamiento psiquiátrico y tratamiento farmacológico.

En este sentido (6), analiza los centros para menores con graves conductas transgresoras, y aborda especialmente los problemas ligados a una definición basada en criterios clínicos defendiendo la conveniencia genérica de su adscripción al entorno sanitario, pero también al ámbito de la protección a la infancia cuando se trata de menores desprotegidos; para estos casos se sugiere el uso de conceptos y modelos diferentes a los clínicos: los déficits de autorregulación como problema básico, y la intervención socioeducativa como eje del tratamiento.

Según (17) existen ciertos factores que inciden en la evolución positiva del joven como son la capacidad para adaptarse al funcionamiento del centro, de crear vínculos positivos con los profesionales y compañeros, la disponibilidad de personas de apoyo fuera del CREI y la asistencia a recursos externos. Otros factores que influyen negativamente en la evolución son la escasa capacidad para vincularse a compañeros y profesionales del centro,

la ausencia de personas de apoyo fuera del centro, las fugas frecuentes y haber cometido algún delito o el consumo de tóxicos.

## Conclusiones

Se ha realizado una revisión de los estudios realizados hasta la fecha en España sobre los menores que residen en centros de socialización intentando describir las características de estos centros, el perfil de los menores que allí residen y los problemas que presentan. Tras realizar un análisis de la situación actual finalmente se realizan las siguientes recomendaciones.

- 1) Coincidimos con las recomendaciones realizadas por (17) sobre la importancia de destinar más recursos para realizar programas de intervención a domicilio para trabajar con el joven que reside en un CRAE y la familia para evitar el ingreso en un CREI.
- 2) Realizar un seguimiento sistematizado a la salida del CREI ya que según los profesionales encuestados no existen protocolos de seguimiento.
- 3) Dada la relevancia de la variable consumo de tóxicos en los estudios presentados y teniendo en cuenta que según (14) es una variable predictiva para ingreso en un CREI se debería tener en cuenta tanto en el diseño de programas preventivos como en los programas de intervención dentro de los centros residenciales. Actualmente, aunque se trabajen a nivel tutorial o con el psicólogo del centro residencial las consecuencias del consumo, no existe ningún programa de intervención establecido. Dentro de la red de salud mental infanto-juvenil los recursos públicos de atención a drogodependencias también son muy limitados.
- 4) Estos jóvenes tienen en su trayectoria un mayor número de cambios de emplazamiento residencial generalmente porque las características previas de los centros no fueron suficientemente contenedoras para abarcar la problemática conductual. Las repetidas fugas del centro residencial dificultan la intervención educativa y sanitaria e influyen en una peor evolución del caso. Creemos que se hace necesario revisar esta la variable, así como los procedimientos o protocolos actuales indicados por la DGAIA. Para este fin es imprescindible la colaboración entre instituciones dentro de una misma Comunidad autónoma, entre distintas comunidades y países vecinos.
- 5) Sería necesario velar porque los principios del acogimiento terapéutico residencial (ART) se apliquen a todo tipo de centros residenciales sin establecer distinciones según tipología y especialización.
- 6) El de origen cultural y de etnia de los menores que residen en un CREI también parece ser una variable relevante que debemos revisar para poder reflexionar sobre nuestras propias actuaciones y buscar los recursos que se adecuen mejor a sus necesidades.
- 7) Finalmente, la necesaria colaboración entre justicia y protección para poder establecer programas preventivos con financiación conjunta ya que muchos de los jóvenes el sistema de justicia son menores que habían estado en el sistema de protección y viceversa.

## Bibliografía

1. Bravo A, Fernández del Valle J. (2009). Intervención socioeducativa en Acogimiento residencial [Internet]. Gobierno de Cantabria. [consultado el 1 de noviembre 2018] Disponible en: [http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/interv%20socioeducativa\\_acogimiento%20residencial.pdf](http://www.serviciosocialescantabria.org/uploads/documentos%20e%20informes/interv%20socioeducativa_acogimiento%20residencial.pdf)
2. Barber JG, Delfabbro PH. Placement Stability and the Psychosocial Well-Being of Children in Foster Care. *Res Soc Work Pract.* 2003;13(4):41531. Disponible en: <http://doi.org/10.1177/1049731503013004001>.
3. Browne K, Hamilton-Giachritsis C, Johnson R, Ostergren M. Overuse of institutional care for children in Europe: Table 1. *BMJ* [Internet]. [consultado 1 de noviembre de 2018];332(7539):485-7. Disponible en: <http://www.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmj.332.7539.485>
4. Burns BJ, Phillips SD, Wagner HR, Barth RP, Kolko DJ, Campbell Y, et al. (2004). Mental Health Need and Access to Mental Health Services by Youths Involved with Child Welfare: A National Survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. Agosto 2004[consultado 1 noviembre de 2018];43(8):960-70. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709613599>
5. Combs-Orme T, Heflinger CA, Simpkins CG. (2002). Comorbidity of Mental Health Problems and Chronic Health Conditions in Children. *J Emot Behav Disord* [Internet]. abril de 2002 [citado 1 de mayo de 2018];10(2):116-25. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10634266020100020601>
6. Galán Rodríguez, Antonio. (2013). Recursos residenciales para menores seriamente disruptivos: aportaciones técnicas a un debate social e institucional. *Papeles del psicólogo.* [internet]. 2013;34(1):23-31. [consultado el 1 de noviembre del 2018]. Disponible en <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2168.pdf>
7. Howe D, Fearnley S. Disorders of Attachment in Adopted and Fostered Children: Recognition and Treatment (2003). *Clin Child Psychol Psychiatry* [Internet]. julio de 2003 [citado 1 de noviembre de 2018];8(3):369-87. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359104503008003007>
8. Jeune Guishard-Pine, Suzanne McCall, Gail Coleman-Oluwabusola. *Supporting the Mental Health of Children in Care: Evidence-Based Practice.* London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2017. 247 p.
9. Keil V, Price JM. (2006). Externalizing behavior disorders in child welfare settings: Definition, prevalence, and implications for assessment and treatment. *Child Youth Serv Rev* [Internet]. julio de 2006 [citado 17 de mayo de 2018];28(7):761-79. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190740905001945>

10. LDIA, Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, DOGC 5641-2.6.2010(2010).  
en: <http://doi.wiley.com/10.1111/cfs.12374>
11. Minnis H, Everett K, Pelosi AJ, Dunn J, Knapp M. (2006). Children in foster care: Mental health, service use and costs. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. marzo de 2006 [citado 17 de mayo de 2018];15(2):63-70. Disponible en: <http://link.springer.com/10.1007/s00787-006-0452-8>
12. McMillen JC, Zima BT, Scott LD, Auslander WF, Munson MR, Ollie MT, et al. (2005). Prevalence of Psychiatric Disorders Among Older Youths in the Foster Care System. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. enero de 2005 [citado 17 de mayo de 2018];44(1):88-95. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0890856709613460>
13. Nelson CA, Bos K, Gunnar MR, Sonuga-Barke EJS. V. (2011). The Neurobiological toll of early human deprivation: The neurological toll of early huma deprivation. *Monogr Soc Res Child Dev* [Internet]. diciembre de 2011 [citado 17 de mayo de 2018];76(4):127-46. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1540-5834.2011.00630.x>
14. Martín E, González-García C, del Valle JF, Bravo A. (2018). Therapeutic residential care in Spain. Population treated and therapeutic coverage. *Child Fam Soc Work* [Internet]. febrero de 2018 [citado 8 de agosto de 2018];23(1):1-7. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/cfs.12374>
15. Oriol X, Sala-Roca J & Filella G. Juvenile delinquency in dependent youths coming from residential care. *Eropean Journal of Social Work*. 2015, 8(2),211-227.
16. Pecora PJ, Jensen PS, Romanelli LH, Jackson LJ, Ortiz A. Mental health services for children placed in foster care: an overview of current challenges. *Child Welfare*. 2009;88(1):5-2
17. Sabate-Tomàs M, Sala-Roca J i Arnau L. (2017). Els CREI de Catalunya. Intervenció, perfil i evolució dels joves atesos. [Internet].2017. [citado el 1 de noviembre 2018] Disponible en [https://ddd.uab.cat/pub/estudis/2017/171123/Els\\_CREI\\_de\\_Catalunya\\_resum\\_a2017.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/estudis/2017/171123/Els_CREI_de_Catalunya_resum_a2017.pdf)
18. Sainero A, Bravo A, del Valle JF. (2014). Examining Needs and Referrals to Mental Health Services for Children in Residential Care in Spain: An Empirical Study in an Autonomous Community. *J Emot Behav Disord* [Internet]. marzo de 2014 [citado 27 de marzo de 2018];22(1):16-26. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1063426612470517>
19. Sindic de Greuges. Informe sobre los derechos del niño [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.sindic.cat/site/unitFiles/3567/Informe%20derechos%20niño%202013%20definitiu.pdf>

20. Tarren-Sweeney M. Retrospective and concurrent predictors of the mental health of children in care. *Child Youth Serv Rev* [Internet]. enero de 2008 [citado 17 de mayo de 2018];30(1):1-25. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0190740907001223>
21. Trout AL, Casey K, Chmelka MB, DeSalvo C, Reid R, Epstein MH. Overlooked: children with disabilities in residential care. *Child Welfare*. 2009;88(2):111-36.
22. Whittaker JK, F. del Valle J. Acogimiento residencial terapéutico para niños y adolescentes: una declaración de consenso del Grupo de Trabajo Internacional. *Psicothema* [Internet]. agosto de 2017 [citado 17 de mayo de 2018];(29.3):289-298. Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=4396>