

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

Observatorio  
de la Infancia  
en Andalucía

**CENTROS DE PROTECCIÓN DE MENORES EN  
SITUACIÓN DE DESAMPARO QUE PRESENTAN  
TRASTORNOS DE CONDUCTA EN ANDALUCÍA**

**DIRECCIÓN GENERAL DE INFANCIA Y FAMILIAS**



JUNTA DE ANDALUCÍA

Centros de protección de menores en situación de desamparo que presentan trastornos de conducta en Andalucía

Edita: Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía. Observatorio de la Infancia en Andalucía. Febrero 2012

Equipo de Trabajo:

Carlos Belda Grindley, Psicólogo, Observatorio de la Infancia en Andalucía. Granada.

Consuelo Bustos Díaz, Educadora social. Centro Carmen de Michelena. Jaén.

Antonio Molina Facio, Psicólogo, Responsable Oficina del Menor, Delegación Provincial IBS. Cádiz.

Consuelo Muñoz Asencio, Psicóloga. Dirección General de Infancia y Familias. Sevilla.

M<sup>a</sup> Auxiliadora Trujillo Vega, Trabajadora Social. Centro de Acogida Inmediata "Ángel Ganivet". Granada.



Aviso legal

Esta obra está sujeta a una Licencia "Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5" de Creative Commons. Se permite la reproducción, distribución y comunicación siempre que se cite al autor y no se use con fines comerciales. La creación de obras derivadas también está permitida siempre que se difunda bajo la misma licencia. Puede consultar la licencia completa en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/es/legalcode.es>

# CENTROS DE PROTECCIÓN DE MENORES EN SITUACIÓN DE DESAMPARO QUE PRESENTAN TRASTORNOS DE CONDUCTA EN ANDALUCÍA

## Índice de contenidos

	Pág.
<b>1. Introducción</b> .....	6
<b>2. El Acogimiento residencial de menores en Andalucía</b> .....	11
2.1. Evolución en el acogimiento residencial de menores en Andalucía. ....	11
2.2. Revisión de las normas andaluzas que rigen el acogimiento residencial de menores en Andalucía. ....	15
2.2.1. Principios que rigen el acogimiento residencial de menores en Andalucía .....	17
2.2.2. Derechos, deberes y recomendaciones para la atención a menores en acogimiento residencial.....	20
2.2.3. Centros de protección de menores.....	23
2.2.4. Programas de acogimiento residencial .....	24
2.2.5. Instrumentos para la acción educativa .....	28
2.3. Perfiles de los menores en acogimiento residencial en Andalucía.....	31
<b>3. Los menores con graves trastornos de conducta en acogimiento residencial</b> .....	33
3.1. Qué son los trastornos de conducta .....	33
3.2. Clasificación.....	36
3.2.1. Clasificaciones sindrómicas: CIE-10 y DSM IV-TR.....	37
3.2.2. Clasificaciones funcionales .....	39
3.3. Otros problemas relacionados con los trastornos de conducta.....	41
3.4. Perfiles de los menores que presentan graves trastornos de conducta en centros de acogimiento residencial .....	47
3.4.1. Edad, género y nacionalidad.....	49
3.4.2. Situación legal.....	49
3.4.3. Evolución de los menores en el programa. ....	50
3.4.4. Diagnósticos y características clínicas. ....	52
3.4.5. Características educativas y formativas.....	53
3.4.6. Características familiares. ....	54
3.5. Programas de intervención para menores que presentan graves trastornos de conducta ...	54

<b>4. Los centros para menores con graves trastornos de conducta en Andalucía. Informe de situación .....</b>	<b>59</b>
4.1. El programa de atención a menores con graves trastornos de conducta en Andalucía. ....	59
4.2. Características, organización y funcionamiento de los centros con programas de TC en Andalucía .....	59
4.2.1. Mapa de recursos .....	60
4.2.2. Características y organización de los centros .....	61
4.2.3. La derivación y el ingreso de los menores .....	64
4.2.4. Funcionamiento: régimen de relaciones, modelo de convivencia, potestad de corrección y ausencias.....	66
4.2.5. La intervención socioeducativa y terapéutica .....	70
4.2.6. La salida del centro .....	71
4.3. Análisis de la situación de los CTC.....	72
<b>5. Propuesta de Modelo de Intervención en centros de acogimiento residencial que atienden a menores con graves trastornos de conducta .....</b>	<b>76</b>
5.1. Acogimiento residencial en centros especializados para menores que presentan trastornos de conducta. ....	76
5.1.1. Principios rectores.....	76
5.1.2. Tipología y programas .....	80
5.1.3. Definición y características de los CTC.....	82
5.2. Recursos humanos.....	83
5.2.1. Equipos profesionales .....	83
5.2.2. Perfiles profesionales, formación y especialización .....	84
5.2.3. Ratios .....	85
5.3. Derechos de los menores en los CTC .....	86
5.3.1. Derecho a ser oído .....	86
5.3.2. Derecho al honor y la intimidad .....	86
5.3.3. Derecho a la libertad.....	87
5.3.4. Derecho a la educación .....	87
5.3.5. Derecho a las relaciones personales.....	87
5.4. Estancia en el centro.....	88
5.4.1. Fases de intervención .....	88
5.4.2. Acción educativa y terapéutica .....	89
5.4.3. Instrumentos para la intervención individualizada con el menor.....	96
5.4.4. Coordinación con otras instituciones y servicios.....	97
5.5. La familia del menor.....	98

<b>6. Propuesta de Protocolo de derivación a centros de acogimiento residencial para menores que presentan trastornos de conducta.....</b>	<b>100</b>
6.1. Ingresos en los centros específicos para menores que presentan trastornos de conducta.	102
6.1.1. Criterios para la derivación .....	102
6.2. Procedimiento para el ingreso.....	105
6.2.1. Detección .....	105
6.2.2. Toma de decisión .....	105
6.2.3. Requisitos.....	106
6.2.4. Propuestas .....	106
6.2.5. Audiencia del menor.....	107
6.2.6. Autorización judicial.....	108
6.3. Actuaciones técnicas y administrativas .....	109
6.4. Procedimiento de urgencia .....	111
6.5. Coordinación .....	113
6.6. Traslados.....	114
6.7. Actuaciones de acogida en centros específicos para menores que presentan trastornos de conducta.....	115
6.7.1. Información al menor.....	115
6.7.2. Registros.....	116
6.8. Criterios para la salida del centro .....	118
6.9. Actuaciones técnicas y administrativas para el cese.....	119
6.10. Seguimiento .....	121
<b>7. Conclusiones y propuestas.....</b>	<b>123</b>
7.1. Conclusiones.....	123
7.2. Propuestas .....	126
7.2.1. Relativas a los espacios materiales.....	126
7.2.2. Relativas al uso de los recursos en la comunidad .....	127
7.2.3. Relativas a la gestión, coordinación y seguimiento .....	128
7.2.4. Relativas al derecho de privacidad de los menores.....	130
7.2.5. Relativas a las medidas de corrección.....	131
7.2.6. Relativas a los perfiles profesionales del personal de los centros .....	131
7.2.7. Relativas a la información al menor y su participación en el centro.....	132
7.2.8. Relativas a la evaluación psicológica y administración de tratamientos .....	133
<b>8. Referencias bibliográficas .....</b>	<b>135</b>
<b>9. ANEXOS .....</b>	<b>154</b>
9.1. Protocolo-Cuestionario de recogida de datos de los centros .....	154
9.2. Criterios para el diagnóstico de los TC .....	176

## 1. Introducción

El informe que exponemos pretende, por un lado, dar cuenta de la situación de los menores que presentan trastornos de conducta en los centros de acogimiento residencial dependientes de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de Andalucía y por otro, ofrecer una propuesta de Modelo de Intervención y Protocolo de Derivación a estos centros.

Distintas instituciones de ámbito nacional e internacional han indicado la necesidad de contar con una regulación específica de estos centros residenciales de menores que contemplen la utilización de medidas de contención de carácter no sancionador.

El informe del Defensor del Pueblo Español(Defensor del Pueblo, 2009) en sus conclusiones dice,

*El desarrollo de un marco normativo por las comunidades autónomas con la finalidad de dotar de mayores garantías de protección a los derechos de los menores en situación de dificultad social, no ha logrado en todos los casos el fin perseguido. En ese marco legal no se detallan, entre otros, los supuestos en que pueden adoptarse medidas de contención de los menores (pag. 391).*

El mismo informe hace una recomendación específica en el punto 5,

*Que se valore la conveniencia de establecer un marco jurídico general sobre los menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social, determinando los supuestos, requisitos y condiciones en los que las entidades públicas de protección de menores pueden aplicar programas específicos que contemplen la utilización de medidas de contención de carácter no sancionador (pag. 404-405).*

El comité de los Derechos del Niño, en sus recomendaciones a España, recogidas en el informe de 3 de noviembre de 2010, también se hace eco de esta preocupación que se refleja en la recomendación específica 42: *El Comité recomienda al Estado Parte que establezca normas y protocolos para definir los límites y el tipo de atención prestada a los niños con trastornos de comportamiento y/o en riesgo social, así como los criterios para enviar a esos niños a centros privados. El Comité insta al Estado Parte a velar por que los derechos del niño estén plenamente garantizados.*

Más recientemente, el anteproyecto de la Ley Orgánica Complementaria al Anteproyecto de Ley de Actualización de la Legislación sobre Protección a la Infancia refleja claramente esta preocupación y la intención por parte de la Administración Pública de seguir las recomendaciones de instituciones relacionadas con la defensa de los derechos de la infancia.

En el ámbito andaluz, la formación de esta comisión de estudio y el trabajo planteado es también un reflejo de esta preocupación para la Administración competente en materia de protección a la infancia.

En el desarrollo del trabajo hemos tenido siempre como referencia los documentos para la atención a personas en este tipo de centros. De especial observancia para este grupo de trabajo han sido los siguientes documentos institucionales:

- Recomendación de la Reunión de Ministros del Consejo de Europa sobre los derechos de los menores que viven en instituciones residenciales (Council of Europe Committee of Ministers, 2005).
- Reglas de las Naciones Unidas para la protección de menores privados de libertad (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1990).

- Protocolo Básico de Actuación en centros y/o residencias con menores diagnosticados de trastornos de conducta (Ministerio de Sanidad y Política Social-Comisión Interautonómica, 2010).
- Informe Especial del Defensor del Pueblo Español (Defensor del Pueblo, 2009).
- Informe Especial al Parlamento del Defensor del Pueblo Andaluz. (2007). *Menores con trastornos de conducta en Andalucía*.
- Recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño (Asamblea de las Naciones Unidas, 2010).
- Anteproyecto de la Ley Orgánica Complementaria al Anteproyecto de Ley de Actualización de la Legislación sobre Protección a la Infancia (2011).

En adelante nos referiremos al objeto del presente informe como “*personas menores que presentan trastornos de conducta*” poniendo énfasis en la no estigmatización de estas personas que en algún momento de su vida pueden sufrir un trastorno psicológico o social, pero que no forma parte de su condición personal, y por tanto se considera una afectación transitoria. Los trastornos del comportamiento y las emociones suponen el motivo principal de atención de las Unidades de Salud Mental Infanto Juvenil de Andalucía según datos de 2008 (Dirección General de Asistencia Sanitaria, 2008) y este tipo de problemas requiere una atención especial, máxime cuando nos referimos a menores que además de presentar estos trastornos, están necesitados de la protección institucional por la situación de desamparo en la que se encuentran.

Para atender los propósitos del informe se ha constituido un equipo de trabajo multiprofesional integrado por 5 personas conocedoras del sistema de protección de menores en Andalucía y de la atención a los menores que presentan trastornos de conducta.



El trabajo se ha realizado de acuerdo con la siguiente metodología:

1. Revisión de la literatura científica y construcción del Borrador del *Protocolo de recogida de información* de los centros.
2. Pilotaje del Protocolo en uno de los centros y por dos personas del equipo que desarrollan su labor profesional en centros de acogimiento residencial.
3. Envío del protocolo a centros.
4. Recogida de protocolos y resumen de datos.
5. Visita a todos los centros.
6. Solicitud y recogida de información complementaria.
7. Análisis de datos.
8. Trabajo conjunto para la elaboración de la Propuesta de Intervención y Protocolo de Derivación.
9. Redacción de informe.

En cuanto a la elaboración del *Protocolo de recogida de información*, debemos decir que con éste no se ha pretendido hacer un análisis en profundidad de los perfiles de las personas menores que presentan trastornos de conducta en los centros específicos de acogimiento residencial, sino conocer cuál es la situación de esas personas en los centros y del funcionamiento de los mismos. Por tanto, el protocolo se ha ceñido a los datos que dieran cuenta del objeto de estudio del informe.

Esperamos que la información recogida y aquí reflejada contribuya sobre todo a la mejora en la atención que reciben las personas menores que presentan trastornos de conducta, y en ese sentido, si queremos profundizar el conocimiento sobre el fenómeno de los trastornos de conducta en personas menores de edad en

nuestra Comunidad Autónoma. Queda pendiente la elaboración de un estudio riguroso sobre esas personas que abarque los distintos sectores en los que pueden ser atendidas, desde el Sistema de Protección de Menores al Sistema de Atención Sanitaria, y los Sistemas de Educación y Justicia de Andalucía.

El capítulo 2 ofrece una visión general del acogimiento residencial de menores en situación de desamparo en la Comunidad Autónoma Andaluza y particularmente del acogimiento residencial de menores que presentan graves trastornos de conducta. En el capítulo 3 encontraremos información sobre los trastornos de conducta, cómo se definen, los sistemas para su clasificación, los tratamientos que han resultado eficaces para su abordaje y algunas características de los menores en centros de protección andaluces especializados en la atención de los trastornos de conducta. En el capítulo 4 se ofrecen los datos relativos a la situación de los centros residenciales específicos para menores que presentan trastornos de conducta, recogiendo información sobre las características del centro, los equipos profesionales, la organización y funcionamiento del centro, así como información sobre la acción educativa y terapéutica y la derivación y finalización de la intervención. En el capítulo 5 se presenta una propuesta de Modelo de Intervención para los centros de acogimiento residencial para menores que presentan trastornos de conducta a partir de los documentos técnicos y educativos vigentes para todos los centros de acogimiento residencial. En el capítulo 6 encontraremos una propuesta de Protocolo de Derivación a estos centros específicos y finalmente en el 7 se resumen las conclusiones extraídas del trabajo llevado a cabo y se hacen propuestas de mejora para la organización y funcionamiento de estos centros.

## **2. El Acogimiento residencial de menores en Andalucía**

### ***2.1. Evolución en el acogimiento residencial de menores en Andalucía***

La conceptualización de los derechos de la infancia se inició con la declaración sobre los Derechos del Niño de Ginebra de 1924, y la de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de 20 de noviembre de 1959, que culminaría treinta años más tarde con la aprobación, el 20 de noviembre de 1989, de la Convención de los Derechos del Niño.

Dicha Convención, además de obligar a los Estados firmantes a su cumplimiento, incluye derechos que anteriormente parecían reservados para los adultos. En sus artículos quedan recogidos los derechos de “los menores de 18 años de edad”, considerándole sujeto de derechos y no solo objeto pasivo del derecho a ser protegido. Desde el mismo preámbulo se da gran importancia a la familia como contexto natural de crecimiento del niño, dedicándole varios artículos al derecho que tiene el niño a disponer de una vida familiar y a que sus propios derechos sean respetados en la familia.

España ratificó esta Convención el 30 de noviembre de 1990, y pasó a formar parte, tras su publicación en el B.O.E. el 31 de diciembre, del ordenamiento jurídico español.

En el ámbito de la Unión Europea podemos destacar la Carta Europea de Derechos del Niño de 8 de julio de 1992, y la Carta de Derechos Fundamentales de la UE que dedica el Art. 24 a los derechos del niño.

A nivel del Estado Español, si bien la Constitución de 1978 hace una referencia explícita a la protección de menores en su Art. 39, debemos esperar casi diez años para encontrar la primera ley específica sobre la protección a la infancia.

Será la Ley 21/1987, de 11 de noviembre, de modificación de determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción, la que inicia la configuración del actual sistema de protección de menores, otorgando amplias competencias a las Comunidades Autónomas. Entre los cambios más significativos destacamos la introducción del concepto de desamparo, que es declarado por las Entidades Públicas de las Comunidades Autónomas, la regulación de la adopción y la introducción del acogimiento familiar por primera vez en nuestro ordenamiento jurídico. A partir de ese momento, el recurso más utilizado, y prácticamente único hasta entonces, de internamiento de menores en centros o acogimiento residencial empezaba a dejar de tener el protagonismo principal.

Posteriormente la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, configura todo el sistema de protección de menores y aborda una reforma en mayor profundidad de las instituciones de protección reguladas en el Código Civil y en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En la L.O. 1/1996 se resalta nuevamente la prioridad en el mantenimiento del menor en su medio familiar de origen y su integración familiar y social.

Posteriormente la propia Comunidad Autónoma Andaluza, dentro de las competencias en materia de protección de menores que le confiere el primer Estatuto de Autonomía del año 1981, aprueba la primera norma específica en esta materia, la Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y Atención al menor (BOJA de 12 de mayo de 1998). Esta Ley incide nuevamente en los derechos de los menores en la misma línea que la legislación internacional y nacional publicada hasta la fecha y resalta entre los principios de intervención (Art. 19) la prioridad de las medidas preventivas para la permanencia del menor en su núcleo familiar, optándose en caso de separación preferentemente por medidas alternativas de índole familiar.

La Sección 4ª de la citada Ley está dedicada al acogimiento residencial y la regulación de los Centros de Protección, lo cual se concretará posteriormente con el Decreto 355/2003, de 16 de diciembre, del Acogimiento Residencial, cuyo objeto es la regulación del acogimiento residencial de menores, en el marco de actuación de la Junta de Andalucía y el establecimiento de las bases reguladoras del régimen de organización y funcionamiento de los centros de protección de menores.

Como desarrollo a dicho Decreto se publicaron en años posteriores sendas órdenes por las que se aprobaban los Instrumentos Generales para la Planificación de la Acción Educativa en los Centros de Protección de Menores de Andalucía: en el año 2005 el Proyecto Educativo Marco de Centro, y en el año 2007 el Currículum Educativo Marco de Centro así como el Reglamento Marco de Organización y Funcionamiento. Todos ellos documentos de referencia para la elaboración por parte de cada uno de los Centros de Protección de Menores de Andalucía de sus correspondientes documentos técnicos.

Como recoge Fernández del Valle (2009), el acogimiento residencial, a diferencia del acogimiento familiar, es una medida que ha estado siempre presente en la historia de la protección a la infancia en nuestro país (con denominaciones como Casa de Expósitos, de Misericordia, Casas Cuna u Hospicios). Se trataba de una respuesta única y universal consistente en la colocación del niño en una institución que pudiera cubrir sus necesidades más elementales en sustitución del ambiente familiar del que carecía o que era deficitario. Según este mismo autor se pueden discernir tres fases en la evolución del acogimiento residencial en España que se corresponden con tres modelos de actuación diferentes:

- El **modelo institucionalizador**, correspondiente a las macroinstituciones que pretendían cubrir todas las necesidades básicas dentro de la misma institución y que dominaron el panorama de la protección infantil hasta entrados los años 80.
- El **modelo familiar**, que comienza poco a poco a principios de los 80 y que se basa en unidades residenciales más pequeñas y cercanas a un modelo familiar. Este modelo, si bien sentó las bases de un cambio muy necesario, partía de un objetivo de la protección consistente en dar una crianza alternativa a niños sin familia o con familias inadecuadas. Se trata de crear entornos sustitutivos de las familias para educar en ellos a estos niños durante el tiempo que lo necesitaran, en muchos casos desde la más temprana infancia hasta la mayoría de edad.
- El **modelo especializado**. A partir de los años 90 se producen importantes cambios en el sistema de protección que afectan directamente al modelo de acogimiento residencial. En la línea seguida por otros países la introducción del concepto de “*permanency planning*” (Maluccio y cols., 1986) apuesta por las medidas preventivas y de intervención en el entorno familiar antes de cualquier separación. En el caso de que ésta se produzca, orienta toda la intervención a garantizar el retorno del menor a su familia en el menor tiempo posible o, en su defecto, a su integración en una familia acogedora o adoptiva.

Esta nueva concepción de la intervención va a producir cambios significativos en la regulación legal y en las políticas dirigidas a la infancia y, como consecuencia de ello, modificaciones importantes en los perfiles de los menores que se atenderán en los centros, que pasarán a ser mayoritariamente adolescentes, muchos de ellos procedentes de la inmigración, otros de adopciones truncadas o con graves conflictos sociales, familiares y personales.

A su vez la presencia más mayoritaria en los centros de estos perfiles de menores va a poner de relieve la necesidad de diseñar nuevos recursos, programas y estrategias de intervención.

## ***2.2. Revisión de las normas andaluzas que rigen el acogimiento residencial de menores en Andalucía***

En este contexto, se ha ido desarrollando en los últimos años dentro de nuestra Comunidad un modelo de acogimiento residencial más diversificado y especializado, con centros de primera acogida, centros residenciales básicos, centros para menores procedentes de la inmigración o centros para adolescentes con problemas de conducta, entre otros.

La atención especializada se aleja sustancialmente de los modelos anteriores, y ello fundamentalmente porque se constatan las consecuencias negativas que estos tenían en el desarrollo de los niños y en su vida adulta.

Este modelo surge como consecuencia de una nueva concepción de la infancia y ha requerido y requiere de cambios importantes en las políticas dirigidas a este sector. Estas políticas han tenido su claro reflejo en el desarrollo normativo, en el establecimiento de medidas, procedimientos, principios de actuación, recursos y prácticas profesionales que configuran un sistema de protección cuya finalidad se centra en la satisfacción de las necesidades de los niños y en la garantía del ejercicio de todos sus derechos reconocidos en la legislación internacional, nacional y autonómica, teniendo como premisa esencial el interés superior del niño.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía, la implementación de este nuevo sistema de protección ha requerido también de esos cambios en las políticas, que han tenido su reflejo en los diferentes ámbitos de la administración (salud, educación,

cultura y justicia) y lógicamente en las políticas específicas de protección a la infancia (medidas preventivas, apoyo a las familias y fomento del acogimiento familiar).

Estos cambios tienen también consecuencias en los centros de protección, disponiendo la administración andaluza de un amplio desarrollo normativo referente al acogimiento residencial, que ha requerido de un gran esfuerzo para configurar una red de calidad en la atención a los niños en estos recursos.

De un análisis detallado podemos concluir que Andalucía dispone de una normativa en materia de AR ajustada a derecho y a la nueva concepción de la infancia, que está en consonancia con la realidad social y que llega a concreciones necesarias para que los centros cuenten con instrumentos prácticos que posibiliten la atención de los menores respondiendo a criterios de calidad. Por tanto, entendemos que para el caso de los centros para menores que presentan trastornos de conducta, deben ser estas normas el marco de referencia. No obstante a lo largo de este informe expondremos aquellas cuestiones a las que la ley andaluza no ha llegado con la suficiente concreción y que deja vacíos en la atención de los derechos de los y las menores acogidos en estos centros.

Las normas andaluzas establecen los principios generales del acogimiento residencial, los principios de intervención y metodológicos así como las directrices para la acción educativa, concretan la finalidad del acogimiento residencial y articulan los derechos y deberes de los menores, así como las garantías para su ejercicio. Definen los centros y su clasificación y determinan los diferentes programas que pueden llevar a cabo. Detallan también un repertorio de instrumentos para la acción educativa imprescindibles para la planificación, ejecución y evaluación de los programas, la optimización de los recursos, la regulación de las relaciones entre los menores y entre éstos y los profesionales. A continuación se ofrece un resumen de los principios generales recogidos en estas normas.



### **2.2.1. Principios que rigen el acogimiento residencial de menores en Andalucía**

- Su finalidad será promover el desarrollo de la personalidad de cada menor y su integración social, garantizando sus derechos en aras del interés de cada menor.
- Tendrá lugar cuando no sea posible la permanencia dentro de su familia o se considere inadecuado el acogimiento familiar de cada menor.
- Se mantendrá el tiempo estrictamente necesario conforme al plan individualizado.
- Fomentará la relación entre hermanos.
- Procurará la estabilidad residencial así como la ubicación en la misma provincia de origen.
- Se potenciará la preparación escolar y ocupacional de los/las menores con el fin de facilitar la inserción laboral.
- El interés de los menores presidirá todas las decisiones que se adopten en relación con su acogimiento residencial.

### **Principios de intervención**

- *Respeto a los derechos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes*, tanto los inherentes como personas, como los específicos derivados de su acogimiento, incluyendo el derecho a recibir educación en la responsabilidad y respeto por los derechos de los demás.

- *Normalización e integración.* Se pretende asegurar que cada menor en acogimiento adquiera experiencias normalizadas y normalizadoras, utilizando todos los recursos y servicios de la comunidad y que el centro ofrezca una dinámica de funcionamiento de características similares a las de una familia común.
- *Intervención individualizada,* de acuerdo a las necesidades personales, familiares, educativas y sociales de cada menor.
- *Atención integral.* La intervención con los menores deberá contemplar todas las áreas que conforman la vida de una persona: biológica, psicológica, social, cultural, educativa, espiritual, emocional y/o afectiva.
- *Coordinación.* Las entidades y profesionales que intervienen en el proceso actuarán de forma coordinada, teniendo siempre como objetivo principal el interés del menor.

#### **Directrices para la acción socioeducativa**

- *Personalización.* Se atenderá a las necesidades e intereses de cada menor desarrollando sus capacidades y aptitudes, favoreciendo una respuesta educativa adecuada a su identidad e individualidad.
- *Participación y responsabilidad.* Cada menor debe participar en su maduración y desarrollo personal, debiendo ser consultado en aquellas decisiones que le afecten, teniendo en cuenta su grado de madurez. De acuerdo a su edad participarán tanto en su proyecto educativo individualizado y personal de

vida como en la organización de la vida cotidiana y colectiva de su grupo a través de los mecanismos e instrumentos que el centro disponga.

- *Articulación social.* Se favorecerá la relación de cada menor con su entorno inmediato, designando estrategias encaminadas a fomentar su participación e integración activa en los recursos y espacios de la comunidad.

### **Principios metodológicos**

Cada centro deberá desarrollar estos principios, desde sus características específicas, en su Proyecto Educativo de Centro:

- *La acción tutorial.* La figura socioeducativa del tutor o tutora, deberá orientar y guiar a cada menor tanto desde el punto de vista personal como social, teniendo en cuenta sus intereses, actitudes y capacidades, a nivel físico, psicológico y emocional, para que pueda alcanzar su desarrollo integral, utilizando los instrumentos necesarios para su seguimiento y evaluación.
- *Pedagogía de la vida cotidiana.* El ámbito de la vida diaria del centro, con detalles y momentos similares a los de los entornos familiares, es el espacio fundamental donde se desarrolla la acción social y educativa, convirtiéndose éste en un excelente instrumento de intervención. Se deben, por tanto, planificar y estructurar las situaciones para que se conviertan en experiencias educativas con valor pedagógico y significativo para cada menor.
- *Pedagogía del afecto.* Por el papel central que representa la afectividad en el desarrollo infantil y juvenil, se deberá cuidar que los menores

sientan durante su acogimiento que son personas apreciadas, valiosas y aceptadas y que la calidez y la calidad definan el proceso de intervención.

- *Unidad y diversidad metodológica e instrumental.* Los métodos de intervención socioeducativa utilizados deberán tener en cuenta el principio de individualización y las características particulares de cada menor, deberán ser diversificados y con equipos profesionales coordinados.

### **2.2.2. Derechos, deberes y recomendaciones para la atención a menores en acogimiento residencial**

La finalidad del acogimiento residencial es garantizar la protección de cada menor y procurar su bienestar, ofreciéndole una atención y educación integral en un marco de convivencia normalizado durante su periodo de estancia en el centro, potenciando sus cualidades y fomentando su autonomía personal y su integración social, en función de su edad y grado de madurez, a través de programas adecuados que posibiliten el desarrollo de sus capacidades y el tratamiento de la problemática personal que presente.

La permanencia de una persona en el centro se prolongará solo durante el tiempo estrictamente necesario, de acuerdo al Plan de Intervención establecido en cada caso.

Cada menor en acogimiento residencial gozará de todos los derechos y garantías reconocidas en general en el ordenamiento jurídico vigente, así como en su desarrollo normativo posterior.

Los principales derechos que articula el Decreto 355/2003, de 16 de diciembre son:

- *Derecho a una atención integral, y la garantía de su cumplimiento* a través de una atención y prestación de servicios a tiempo completo, de una coordinación entre los distintos miembros del equipo de profesionales e instituciones, servicios y recursos, mediante una intervención interdisciplinar y coordinada
- *Derecho a la seguridad y a la confidencialidad* a través de un riguroso respeto y protección de datos.
- *Derecho al trato personalizado, cuya garantía vendrá dada por:* una atención específica a cada menor y una acción educativa individualizada en función de sus carencias y necesidades a través de personal cualificado y coordinado
- *Derecho a la intimidad y a la libertad de expresión* adecuada a cada menor y en función del tipo de programa o programas que desarrolle el recurso residencial. Adecuando espacios, horarios, facilitando las relaciones personales, proporcionando recursos y respetando la intimidad de cada menor
- *Derecho a la información.* La garantía de su cumplimiento puede y debe llevarse a cabo de forma transversal en el desarrollo y puesta en práctica, tanto de las distintas etapas del acogimiento residencial como en la elaboración de los Reglamentos de Organización y Funcionamiento de Centro.
- *Derecho a las relaciones personales,* fomentando y potenciando las relaciones sociales de cada menor.

- *Derecho a la salud.* Adecuado a cada menor y tipo de programa, a través de protocolos de actuación y con coordinación de recursos e instituciones sanitarias
- *Derecho a la educación.* A través de escolarizaciones en recursos educativos o formativos ocupacionales, atendiendo a la edad, perfil y demandas de cada menor, con perspectivas a su mayoría de edad e incorporación a la vida adulta.

Para el adecuado ejercicio de los derechos de los menores, la Ley establece las siguientes garantías,

- *Información.* Se informará a cada menor y sus familias desde el primer momento de sus derechos y garantías.
- *Irrenunciabilidad.* Ninguna persona menor podrá renunciar a los derechos que la Constitución y las leyes le reconocen.
- *Efectividad.* Cada menor podrá ejercer sus derechos sin más limitaciones que las establecidas en el régimen jurídico.
- *Reclamaciones y quejas y sugerencias.*

Con respecto a los deberes y obligaciones a cada menor en acogimiento residencial le corresponderán, en función de su edad y grado de desarrollo, los siguientes deberes:

- *Respetar* a las demás personas acogidas y al personal del centro, comportándose de forma correcta y adecuada.
- *Respetar y utilizar* adecuadamente los horarios establecidos, las dependencias y objetos del recurso residencial.

- *Desarrollar*, de forma satisfactoria y con aprovechamiento, las actividades educativas programadas, así como aquellas otras de carácter formativo y laboral, tanto internas como externas.
- *Atender las indicaciones* que les realice el personal del centro en el ejercicio legítimo de sus funciones.
- *Cumplir las normas* de organización, funcionamiento y convivencia establecidas en el reglamento del centro.

### **2.2.3. Centros de Protección de Menores**

Según el Decreto 355/2003, de 16 de diciembre, del Acogimiento Residencial de Menores, los centros de protección de menores son establecimientos destinados al acogimiento residencial de menores sobre quienes se asuma u ostente previamente la tutela o guarda, sin perjuicio de la atención inmediata que se les preste cuando se encuentren transitoriamente en una supuesta situación de desprotección. Dichos centros deberán tender hacia una calidad técnica y calidez humana.

Los centros cuya titularidad y gestión depende de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social se denominan centros propios. Los que son gestionados por otras administraciones o del ámbito privado dependen de lo que se denomina “entidades colaboradoras”.

En el artículo 19 del Decreto 355/2003, los centros de protección de menores se clasifican en casas y residencias, aunque en su evolución, se tiende a la diversificación de centros según las diferentes necesidades que se van presentando.

*Casas:* son viviendas normalizadas con unas pautas de convivencia funcionales y relacionales semejantes a los hogares familiares más comunes. El número de plazas de las mismas no podrá exceder de ocho, salvo que así lo contemple la normativa específica reguladora de los requisitos materiales y funcionales de los centros.

*Residencias:* están compuestas por varias unidades o núcleos de convivencia que no deben exceder de ocho plazas, salvo que la normativa específica reguladora de los requisitos materiales y funcionales de los centros contemple otras posibilidades. Las personas acogidas comparten algunos espacios comunes y la actividad se organiza de la forma más parecida a la de una vivienda familiar.

#### **2.2.4. Programas de acogimiento residencial**

Los programas constituyen marcos de referencia en los que se establecen los principios y criterios que impulsan la acción social y educativa de los centros teniendo en cuenta los perfiles individuales y colectivos que presenta cada menor de edad en acogimiento residencial, adecuándose a las distintas circunstancias sociales e históricas. Son un instrumento técnico para orientar la acción en los centros de acuerdo al perfil de menores en ellos atendidos en cada momento y que variará de acuerdo a la necesidad de adaptación constante a los cambios de dichos perfiles.

Se debe tener en cuenta que en un mismo centro se pueden desarrollar diferentes programas. Aunque los programas tiendan a reflejar situaciones y respuestas colectivas o grupales, se pueden combinar programas de carácter general con algunos de aplicación individual, sin olvidar la incompatibilidad objetiva entre



algunos programas derivada del propio perfil poblacional, así como de las características espaciales, logísticas y profesionales propias de algunos de ellos.

Las personas menores de edad que entran en un sistema de protección deberán ser atendidas en el programa que sea más adecuado a sus circunstancias.

### ***1. Programas destinados a acogida inicial e inmediata***

En ellos se plantea el acogimiento, bien sea de urgencia o de acogida programada, de los menores en su diversidad, cuando no se conoce adecuadamente su problemática y sea necesario un diagnóstico, siempre que requiera una toma de decisiones sobre su futuro.

Dentro de estos programas nos encontramos con diversas situaciones, en las cuales es necesario realizar un diagnóstico, recepción, cambio y orientación previa a alguna otra medida, para su posterior integración en recursos familiares o residenciales más adecuados en cada caso.

Entre las distintas situaciones a abordar se considerarían la Acogida Inmediata o de Urgencia de carácter general; Primera Acogida para la Recepción, Diagnóstico y Derivación; Acogida Inmediata especializada en Menores Extranjeros no acompañados, entre otros.

La permanencia de menores en centros que desarrollen programas de acogida inmediata será la de menor tiempo posible, bien sea para posibilitar la integración o reintegración familiar, por la superación de la situación que justifica la acogida, o bien para pasar a los recursos previstos para el acogimiento residencial de carácter general, o en su caso a los Programas Específicos de Atención a la Diversidad si se consideran necesarios.

## **2. Programas residenciales básicos**

En dichos programas se desarrolla un acogimiento residencial de carácter general y normalizado, incluyendo la diversidad, desde un abordaje de integración familiar y social, con calidez y afectividad.

En él se ofrece a cada menor alojamiento, convivencia, educación, afectividad, procurándole un bienestar adecuado para su desarrollo integral como persona, durante el tiempo necesario hasta que pueda producirse el retorno a su familia si fuera posible, la preparación para la emancipación o la vida autónoma cuando cumplan dieciocho años, o se adopte otra medida alternativa (acogimiento familiar o adopción), todo ello en un entorno lo más normalizado y semejante al núcleo familiar.

Tienen cabida en el programa menores con algún tipo de discapacidad leve o moderada, situaciones transitorias que exijan tratamientos específicos o cualquier otra necesidad (derivada de la edad, el sexo, la cultura, el idioma...) que, requiriendo apoyos o adaptaciones no precisen de una atención especializada ni en recursos humanos o materiales, ni en un entorno segregado. Si es necesario se les incluiría en un programa complementario utilizando los recursos de la comunidad.

Hay situaciones dentro del programa que necesitan de un tratamiento específico: la atención a menores en proceso de gestación y jóvenes madres, la preparación para la emancipación y la vida independiente, la integración social y laboral de menores procedentes de la inmigración, el tratamiento a menores con conductas socialmente conflictivas, la adaptación a las necesidades de menores con discapacidades leves y la deshabituación de las drogodependencias. Todas estas situaciones deberán abordarse con programas complementarios utilizando todos los recursos necesarios, con el fin último de un desarrollo integral dentro de la

cotidianidad, y de una normal convivencia de todos y todas las menores que conviven en el centro.

### ***3. Programas específicos de atención a la diversidad***

Dentro de estos programas se atiende a menores con necesidades específicas que exigen un tratamiento más diferenciado y segregado, inabordable desde Programas de Atención Residencial Básica. Se desarrollan en centros que, por sus características espaciales, profesionales e instrumentales reúnen las condiciones adecuadas para un acogimiento terapéutico, ya sea de forma temporal o permanente, según la situación de cada menor, hasta que dejen de necesitar este recurso bien sea por alcanzar la mayoría de edad, retornar con la familia biológica, extensa o ajena, o bien pasar a otro recurso residencial.

#### ***a) Programas para el abordaje de graves trastornos del comportamiento relacionados con patologías psicosociales y educativas***

En este tipo de programa tienen cabida menores cuya conflictividad en su comportamiento impide un desarrollo normal de convivencia en un centro, afectando a los demás menores que conviven en dicho centro. En principio son programas con carácter transitorio, aunque con la posibilidad de permanencia hasta la mayoría de edad, adecuándose los criterios de permanencia a la situación de cada menor.

Su principal característica es la aplicación de técnicas y actuaciones muy estructuradas, destinadas a la contención y corrección con carácter terapéutico y socioeducativo de aquellas conductas o comportamientos muy contrarios al modelo de convivencia, a través de un aprendizaje de comportamientos positivos y la asimilación de las reglas sociales básicas, cuyo fin es la reintegración de

menores a centros donde se desarrollen programas de Atención Residencial Básica.

***b) Programas para graves trastornos de la conducta asociados a tipologías psiquiátricas***

Tienen cabida menores con problemas conductuales asociados a deficiencias o trastornos de tipo psiquiátrico.

La atención a menores dentro de dicho programa requiere de especialización tanto de profesionales como recursos, técnicas y procedimientos para su abordaje. Su enfoque es rehabilitador, terapéutico y socioeducativo, encaminado a lograr la mayor independencia posible e integración social.

***c) Programas para atención a menores con discapacidad grave***

Se aborda la atención a menores con grave discapacidad física, psíquica y/o sensorial, siendo necesaria una ayuda constante de personal cualificado e infraestructuras apropiadas para desarrollar las actividades de la vida diaria.

Se trata de proporcionarles tratamiento específico para en la medida que sea posible eliminar o reducir la problemática que planteen y puedan desarrollarse como personas.

### ***2.2.5. Instrumentos para la acción educativa***

Según las diferentes órdenes anteriormente expuestas, los principales documentos marco por los que se van a regir los centros de acogimiento residencial en la Comunidad Andaluza son: Proyecto Educativo Marco, Currículum Educativo Marco y Reglamento de Organización y Funcionamiento.

El decreto 355/2005, de 16 de diciembre, del Acogimiento Residencial de Menores, en su título V regula cómo debe organizarse la acción educativa de los recursos residenciales a través de instrumentos necesarios para su planificación, ejecución y evaluación basándose en los documentos marco y disposiciones legales vigentes: Proyecto Educativo de Centro (PEC), Currículum Educativo de Centro (CE), Reglamento de Organización y Funcionamiento de Centro (ROF), Programación Anual y Memoria Anual.

Cada centro deberá definir sus documentos en función de sus circunstancias particulares (tipo de centro, programa o programas que desarrolle).

### *1. Proyecto Educativo de Centro*

Es un documento que sirve de guía general para la planificación del centro y se elabora tomando como referencia el Proyecto Educativo Marco, recogido en el capítulo I, artículo 50 del decreto 355/2003, de 16 de diciembre, aprobándose por Orden de 13 de Julio de 2005.

El PEC es un instrumento de gestión que recoge y concreta la orientación que los miembros del centro pretenden dar a sus actuaciones. Este documento enumera y define el conjunto de rasgos que dan identidad a un centro, concreta los objetivos, principios, directrices, criterios metodológicos, estructura organizativa, exclusivamente de carácter general facilitando la orientación, el seguimiento y evaluación de los Proyectos Educativos de los Centros.

### *2. Currículum Educativo de Centro*

Es un documento basado en el Currículum Educativo Marco, recogido en el capítulo I, artículo 51 del decreto 355/2003 y aprobado en la Orden de 23 de julio

de 2007, en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Este documento sirve de guía para la elaboración de los instrumentos de planificación, ejecución y evaluación a nivel general (Programación Anual y Memoria Anual) y a nivel individual (Proyecto Educativo Individualizado), siguiendo las directrices del Proyecto Educativo Marco.

En él se desarrollan los objetivos y contenidos (conceptuales, procedimentales y actitudinales) que se deben desarrollar en los centros.

El CEC es un compendio sistematizado de todos aquellos aspectos referidos a la planificación y desarrollo de los procesos de enseñanza-aprendizaje que tienen lugar en el contexto residencial y que están ligados a situaciones de la vida cotidiana de cada menor.

### *3. Reglamento de Organización y Funcionamiento*

Es un documento basado en el Reglamento Marco para la Organización y Funcionamiento, recogido en el capítulo I, artículo 52 del Decreto 355/2003 aprobado por Orden de 23 de Octubre de 2007, en el ámbito de la Comunidad Andaluza.

El fin de este documento es servir de instrumento operativo y eficaz para todos los colectivos implicados en los recursos residenciales (profesionales y menores), como base y guía para una mejor optimización de recursos, una mejora en la actuación en cuanto a deberes y derechos individuales y grupales de las personas físicas y jurídicas que se interrelacionan dentro del ámbito del acogimiento.

Establece las bases para la planificación, ejecución y evaluación de la acción educativa en los mismos, siguiendo las directrices del Proyecto Educativo de Centro,

siendo cada centro de protección de menores el que deberá concretar su propio reglamento de organización y funcionamiento, así como su ámbito de aplicación.

De la lectura de todos estos documentos legales referidos a los recursos de acogimiento residencial, podemos deducir que la Comunidad Autónoma Andaluza cuenta con instrumentos de carácter organizativo, educativo y de planificación suficientes para un buen desarrollo de la atención y protección de los menores acogidos en los centros de la red de protección. No obstante, tanto el análisis de estos documentos como la información recogida directamente de los centros para graves trastornos del comportamiento relacionados con patologías psicosociales y educativas y psiquiátricas, nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de una regulación específica, complementaria a ésta, en estos centros y que permita la unificación de criterios de actuación en los mismos.

### ***2.3. Perfiles de los menores en acogimiento residencial en Andalucía***

Las personas menores de edad acogidas en protección en los centros residenciales pertenecientes a la Comunidad Autónoma Andaluza, como sabemos, pueden estar en desventaja social y además suelen presentar problemas de salud relacionados con enfermedades derivadas de maltrato o lesiones; problemas en su desarrollo relacionados con déficit nutricionales o de crecimiento; problemas en su control de esfínteres, o manifestaciones psicosomáticas; determinados problemas psicológicos tales como trastornos emocionales, afectivos, relacionales y conductuales relacionados con el maltrato, desprotección, carencias afectivas; problemas escolares y académicos relacionados con desprotección, maltrato, circunstancias familiares, problemas con el idioma.

Tradicionalmente se ha admitido en acogimiento residencial cualquier menor con medidas de protección (guarda o tutela), y edades comprendidas entre 0 y 18 años, pero en la actualidad la franja de edad de los menores atendidos en los centros se corresponde mayoritariamente con la etapa adolescente, influido probablemente por diversos factores como la llegada de menores procedentes de la inmigración, el aumento del fenómeno de la violencia juvenil intrafamiliar y social, la interrupción de acogimientos y adopciones nacionales o internacionales, así como la aplicación de políticas preventivas y de apoyo a la familia (Bravo y Del Valle, 2001).

Se observa, por tanto, un aumento en la presencia de estos perfiles: menores con problemas de conducta, emocionales y de salud mental, menores con conductas violentas, menores infractores con medidas protectoras, menores extranjeros no acompañados y acompañados con modelos familiares carenciados, menores provenientes de países en conflicto, menores sin previsión de reintegración familiar, con problemáticas familiares muy cronificadas, con intervenciones fallidas, menores denunciados por sus padres debido a dificultades en el control de la conducta de sus hijos/as. Por tanto, menores con necesidades específicas que requieren de la diversidad y especialización de recursos, entre otros, para la atención de menores con graves trastornos de conducta.



### 3. Los menores que presentan graves trastornos de conducta en acogimiento residencial

#### 3.1. Qué son los “Trastornos de conducta”

*El trastorno de conducta, también denominado trastorno disocial, se caracteriza por la persistencia y reiteración de conductas que violan las normas sociales y los derechos de las personas. Los síntomas pueden comportar agresión a las personas y animales, destrucción o robo de bienes ajenos y violación grave de las normas familiares y sociales mediante fugas, absentismo escolar o vagabundeo antes de los 13 años (Kazdin y Buela Casal, 1999)*

El término trastorno de conducta o trastorno grave de conducta, se utiliza comúnmente para referirse a distintos patrones de comportamientos molestos o disruptivos que implican un deterioro significativo en el funcionamiento diario y una incontrolabilidad manifiesta de los comportamientos por parte de los padres, cuidadores o educadores (Essau, 2003; Kazdin y Buela-Casal, 1999). Los menores diagnosticados con este trastorno actúan de manera violenta hacia sí mismos o hacia su entorno, produciendo daños en las personas o cosas con las que interactúan, o transgrediendo las normas sociales y los derechos básicos de los demás, produciendo un desajuste del menor en el ámbito social, educativo o familiar-residencial.

No todos los chicos o chicas que presentan comportamientos socialmente disruptivos de manera puntual acaban desarrollando un trastorno de conducta, pero sí podemos constatar que todos los adolescentes o adultos que presentan trastornos disociales o antisociales suelen tener una historia previa de comportamientos socialmente disruptivos (Kirk, Gallagher, y Anastasiow, 2000). Para hablar de trastorno de conducta no basta con observar algún comportamiento disocial aislado, sino que debe haber una persistencia de estos comportamientos.

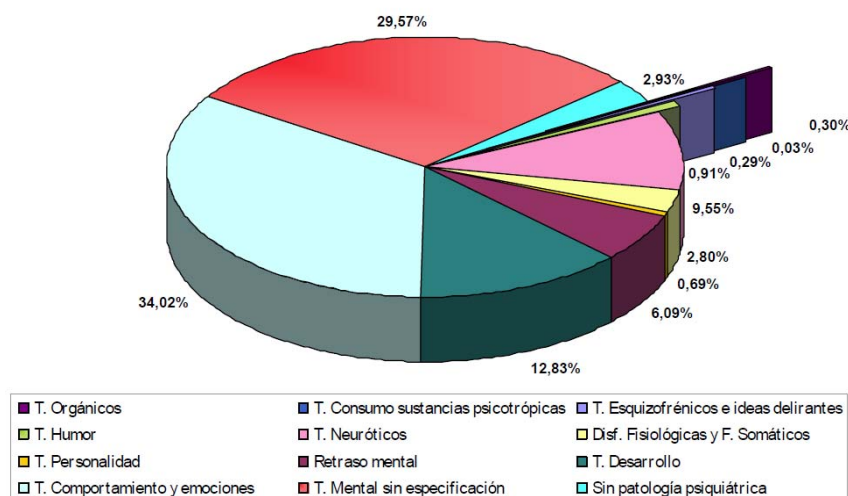
Las consecuencias de este tipo de comportamientos son altamente perjudiciales tanto para el propio menor como para su entorno próximo. Así,

encontramos que los adolescentes que presentan trastornos de conducta suelen fracasar en niveles educativos básicos dentro del ámbito académico, pueden desarrollar otros trastornos psicológicos cuando son adultos, y algunos pueden llegar a tener problemas con la justicia cuando alcanzan la edad de responsabilidad penal. Mientras que algunos de estos adolescentes ejercen maltrato sobre sus familiares (madres, padres o hermanos/as), un alto número de ellos se inicia en el consumo de drogas y se ve envuelto en embarazos no deseados (Biglan, Brennan, Foster, y Holder, 2004). En este sentido, la experiencia nos indica que en el ámbito residencial estos menores pueden manifestar también comportamientos violentos hacia sus iguales o hacia los profesionales del centro residencial, así como hacia las instalaciones y equipamiento del mismo.

Existe una serie de razones por las que los trastornos de conducta llaman especialmente la atención.

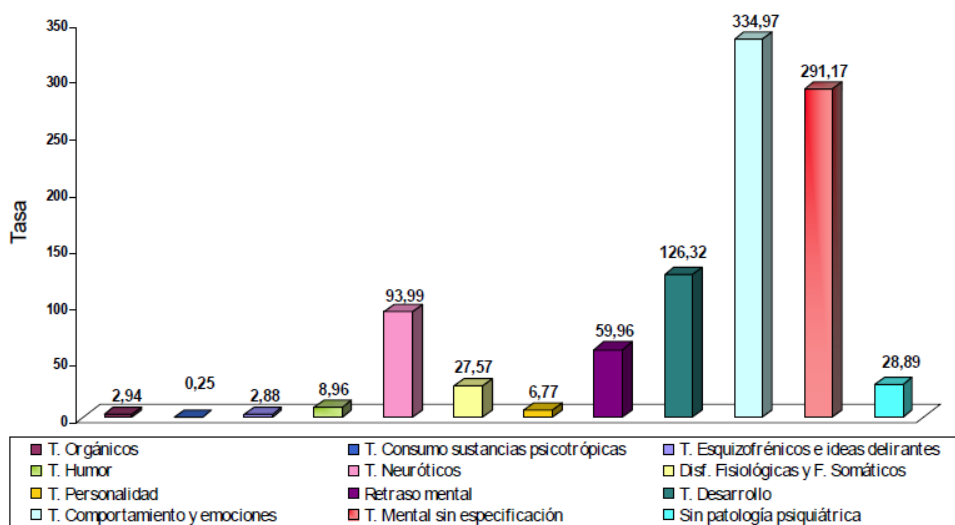
- En primer lugar, están entre los trastornos conductuales más frecuentes en niños, niñas y adolescentes en la población general y suponen uno de los motivos principales de derivación a las unidades de atención a salud mental infanto-juvenil.

Personas menores de 18 años atendidas en Unidades de salud Mental Infanto-Juvenil según grupo diagnóstico. SSPA, 2008.



CIE-10	Grupo diagnóstico	Número	Porcentaje
F00-F09	T. Orgánicos	47	0,30
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotrópicas	4	0,03
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	46	0,29
F30-F39	T. Humor	143	0,91
F40-F49	T. Neuróticos	1.500	9,55
F50-F59	Disfunciones fisiológicas y factores somáticos	440	2,80
F60-F69	T. Personalidad	108	0,69
F70-F79	Retraso mental	957	6,09
F80-F89	T. Desarrollo	2.016	12,83
F90-F98	T. Comportamiento y emociones (Infancia y Adolescencia)	5.346	34,02
F99	T. Mental sin especificación	4.647	29,57
-	Sin patología psiquiátrica	461	2,93
<b>Total</b>		<b>15.715</b>	<b>100,00</b>

Personas menores de 18 años atendidas en Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil según grupo diagnóstico. Tasas por 100.000 habitantes. SSPA, 2008.



- En segundo lugar, los daños que presentan los niños y niñas con este tipo de trastornos afectan al ámbito académico, relaciones sociales, posibles problemas con la justicia y suelen aumentar el riesgo de desarrollar otros problemas como el consumo de sustancias o la depresión.

- En tercer lugar, los y las menores con este tipo de trastornos suelen estar atendidos simultánea o consecutivamente por varios recursos como servicios de salud mental infanto-juvenil, educación especial, recursos especializados de servicios sociales e igualdad y bienestar social o justicia juvenil. Esto tiene como consecuencia por un lado, un grave deterioro en la calidad de vida de las personas que son víctimas de la conducta de estos menores, y por otro lado, un elevado coste tanto económico como de esfuerzo institucional y profesional que nos lleva a enfatizar la necesidad de coordinación de los diferentes recursos destinados a la atención de estos menores, sin menoscabo del coste que la sociedad debe pagar por la atención a las víctimas.

A pesar de la creciente publicación de estudios epidemiológicos sobre la conducta antisocial, aún quedan muchas incertidumbres por clarificar sobre la prevalencia de los trastornos de conducta y la conducta antisocial en la infancia y adolescencia (Maughan, Rowe, Messer, Goodman, y Meltzer, 2004). Recientes revisiones han concluido que hay aún poca consistencia en las evidencias sobre tendencias en la edad y género y en los patrones de comorbilidad con otros trastornos (Loeber, Burke, Lahey, Winters, y Zera, 2000). No obstante, se constata en los datos existentes un predominio de chicos sobre chicas a la hora de presentar trastornos de conducta (Kroes et al., 2001; Noakes y Rinaldi, 2006; Romano, Tremblay, y Vitaro, 2001). Además, los estudios sugieren que la prevalencia aumenta con la edad, tanto en chicos como en chicas, sobre todo en la adolescencia media (entre los 13 y los 16 años).

### **3.2. Clasificación**

La clasificación de los trastornos incluidos en la categoría “trastornos de conducta” puede hacerse desde una aproximación sindrómica o bien desde una

aproximación funcional. La clasificación sindrómica pretende identificar conjuntos de signos y síntomas agrupándolos en categorías diagnósticas o trastornos a los que se asocia una etiología conocida, un curso y una respuesta al tratamiento. La clasificación funcional organiza los comportamientos y conjuntos de comportamientos según los procesos funcionales que se postula que han originado y mantenido esos comportamientos, es decir, identificando las funciones que cumplen los comportamientos disruptivos, y agrupándolas en base a esas funciones.

Dentro de la primera aproximación son dos los sistemas de clasificación más extendidos internacionalmente, se trata de la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10), publicada por la Organización Mundial de la Salud (1992) y la del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders IV) publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (2001).

### **3.2.1. Clasificaciones sindrómicas: CIE 10 y DSM IV TR**

La CIE-10 es la clasificación general de enfermedades publicada por la Organización Mundial de la Salud en 1992 y por tanto es la más utilizada en el ámbito médico en general y psiquiátrico en particular. Incluye no solo las enfermedades mentales sino las enfermedades de todo tipo. Los trastornos de conducta están incluidos en la categoría **“Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia” (F90-F98)** que incluye:

- F90 Trastornos hiperkinéticos
- **F91 Trastornos disociales**
- **F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos**

- F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia
- F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
- F95 Trastornos de tics
- F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia

Los subrayados y señalados en negrita son los que se corresponden específicamente con trastornos de conducta y pueden comprobarse los criterios para su diagnóstico en el ANEXO 1.

El DSM-IV-TR es un manual específico de clasificación de trastornos mentales y psicológicos. Establece un sistema de clasificación basado en la asunción de que existen procesos patológicos con una etiología específica. Asume que hay una clara distinción entre el funcionamiento normal y el anormal, apoyándose en variables como el número, la severidad, la persistencia y el daño de los síntomas. Dentro de este sistema, el término “trastorno de conducta” está incluido en el grupo denominado “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia”, en concreto en la subcategoría **“Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador”**, que incluye cinco trastornos:

- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (código 314.01)
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (código 314.00)
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (código 314.01)

- **Trastorno negativista desafiante (código 313.81)**
- **Trastorno disocial (código 312.8)**

Los dos últimos (subrayados y señalados en negrita) son los que se corresponden con trastornos de conducta (ver ANEXO 1 para criterios diagnósticos).

### **3.2.2. Clasificaciones funcionales**

El método de clasificación funcional es menos directo y más simple en su organización que el categorial. Consiste en organizar los comportamientos y los conjuntos de comportamientos según los procesos funcionales que se piensa los han producido y mantenido. El sistema de *análisis funcional* es el más representativo de este tipo de clasificaciones y consiste en *a)* identificar las características de la persona, su conducta y el contexto en el que ocurre, *b)* organizar la información recogida en términos de principios conductuales (control de estímulos y consecuencias) e identificar las relaciones causales que deberían ser cambiadas, *c)* crear una intervención o tratamiento basado en el análisis realizado y *d)* aplicar el tratamiento y evaluar el cambio.

El uso de este método no se ha extendido porque, a pesar de la simplicidad de las categorías que propone, el análisis necesario para extraer esas categorías resulta complejo. No obstante, cuando se ha utilizado, la probabilidad de que el tratamiento sea más afectivo, aumenta y se observan mejores resultados en la intervención.

En el caso de los centros de acogimiento residencial para menores que presentan graves trastornos del comportamiento, resulta especialmente interesante este sistema de clasificación, dado que no solo se trata de detectar y clasificar los casos sino también de proporcionarles el recurso y la atención más apropiada a sus necesidades sin que resulte iatrogénica, es decir, evitando que reciban una atención más especializada de lo necesario, con los consiguientes posibles efectos colaterales. En ese sentido resultaría útil seguir un *Protocolo de recogida de información* sistemático para la derivación de una persona menor a un centro especializado. Basado en un sistema de clasificación funcional puede extraerse un sistema para la detección y decisión de derivación de un menor a un centro específico. El sistema de detección debería recoger al menos los siguientes apartados:

1. Definir operacionalmente las conductas que resultan disfuncionales, forma, frecuencia e intensidad.
2. Contar con un instrumento que nos oriente a la hora de recoger la información y tomar la decisión. Ese instrumento debe recoger las conductas y las variables que las originaron y mantienen.
3. Especificar las medidas y contingencias para la atención y abordaje de las conductas disfuncionales (¿qué necesita el menor para contener y corregir esos comportamientos?)
4. Determinar si el centro ha proporcionado o puede proporcionar las contingencias o medidas necesarias.
5. Proponer las medidas necesarias y buscar un centro que se ajuste a esas necesidades si fuese oportuno. Enviar dicho informe al centro de destino, en su caso.



Este sistema objetivo puede utilizarse para la detección y derivación de casos de menores con trastornos de conducta en los centros residenciales de protección de menores.

### ***3.3. Otros problemas relacionados con los trastornos de conducta***

Los estudios realizados con muestras clínicas han puesto de manifiesto que los niños que son tratados por trastornos de conducta u otras conductas disruptivas presentan un alto riesgo de desarrollar otros trastornos (Angold, Costello, y Erkanli, 1999; Bornstein y Gold, 2008; Caron y Rutter, 1991; Kazdin y Whitley, 2006; Lahey, Loeber, Burke, Rathouz, y McBurnett, 2002; Lilienfeld, 2003; Mueser y Drake, 2007; Nock, Kazdin, Hiripi, y Kessler, 2007; Sheidow et al., 2008). Los datos epidemiológicos son especialmente importantes en este punto, dadas las altas tasas de comorbilidad que presentan estas muestras. Este tipo de estudios, realizados entre la población general, arrojan tasas muy bajas de los trastornos de conducta. Como es de esperar, el solapamiento entre trastornos de conducta (TC), trastorno negativista desafiante (TND) y trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es alto, según Angold, Costello y Erkanli (1999). También se observa alta comorbilidad entre TC/TND y dificultades emocionales, así como TC/TND con trastornos depresivos. La asociación con trastornos de ansiedad es menos consistente.

Además de identificar los factores de riesgo a través de análisis multivariable y comorbilidad entre trastornos, se ha estudiado la influencia de otras variables relacionadas con los trastornos de conducta como, factores biológicos, características de personalidad, condiciones sociodemográficas, características familiares y prácticas parentales, relaciones entre iguales y contexto escolar y habilidades verbales (De la Peña, 2004; Kazdin y Bucla-Casal, 1994; Moreno y Revuelta, 2002; Patterson,

Forgatch, Yoerger, y Stoolmiller, 1998; Pettit, 2004; Place, Wilson, Martin, y Hulsmeier, 2000; Tarren-Sweeney, 2008).

A pesar de la falta de evidencia a favor del valor explicativo de los factores biológicos para la génesis y desarrollo de los trastornos de conducta (Loeber y Pardini, 2008), se ha estudiado la influencia de diferentes factores biológicos, encontrándose, por un lado, que existen anormalidades en áreas frontolímbicas que se asemejan a los observados en adultos con trastornos antisociales (Huebner et al., 2008) y una correlación positiva entre un funcionamiento disminuido en la amígdala y rasgos de personalidad insensible o cruel (Marsh, Beauchaine, y Williams, 2008). En el caso de los trastornos de conducta, siguen realizándose estudios sobre el peso de los genes *versus* el del aprendizaje social (Kendler, Jacobson, Myers, y Eaves, 2008). Se han estudiado también las diferencias en patrones de sueño entre chicos con trastornos de conducta y chicos sin este trastorno, pero el estudio no arrojó diferencias significativas al respecto (Lindberg et al., 2008).

En cuanto a las características de personalidad y los trastornos de conducta, se han estudiado qué rasgos de personalidad están relacionados con estos trastornos y la conducta antisocial (Burt y Donnellan, 2008; Romero, 1996), comprobando que los patrones extremos de personalidad son los que correlacionan con la aparición de trastornos externalizantes (tanto trastornos hiperactivos como trastornos de conducta) (Cukrowicz, Taylor, Schatschneider, y Iacono, 2006). Se ha comprobado, además, que los menores diagnosticados de trastornos de conducta puntúan significativamente en impulsividad (Krueger, Markon, Patrick, Benning, y Kramer, 2007; Tranah, Harnett, y Yule, 1998) y que la presencia de este trastorno correlaciona con el diagnóstico posterior de personalidad antisocial (Washburn et al., 2007). Otro dato al respecto es que los trastornos de personalidad límite se solapan con los trastornos externalizantes (James y Taylor, 2008). Así mismo, los niños diagnosticados de trastornos de conducta presentan déficits en la interpretación de

las señales sociales, sobreestiman su competencia social y atribuyen excesivamente intenciones hostiles a los demás (Webster-Stratton y Lindsay, 1999). Por otro lado, la tasa de comorbilidad entre trastornos de conducta y consumo de sustancias es alta (Aarons, Brown, Hough, Garland, y Wood, 2001; Compton, Conway, Stinson, Colliver, y Grant, 2005; Wiesner y Windle, 2006) en comparación con la comorbilidad encontrada en el caso de los trastornos internalizantes (Lansford et al., 2008; Miller-Johnson, Lochman, Coie, Terry, y Hyman, 1998). También, en menores con trastornos de conducta, el hecho de que sus compañeros consuman sustancias supone un factor de riesgo para el inicio en el consumo de sustancias (Ciairano, Bosma, Miceli, y Settanni, 2008; Mason, Hitchings, McMahon, y Spoth, 2007). Con respecto al consumo de tabaco específicamente, se ha encontrado que los chicos que presentan trastorno de conducta fuman su primer cigarrillo a una edad más temprana que los demás (Bagot et al., 2006).

Otro grupo de estudios ha abordado las condiciones sociodemográficas relacionadas con los trastornos de conducta. Bender y Losel (1997) encontraron que la falta de integración en la sociedad tenía un efecto de riesgo para los adolescentes bien adaptados, pero tenía un efecto de protección sobre los no adaptados. En concreto, el hecho de vivir en un barrio desfavorecido y la existencia de conflictos familiares cuando los niños se encuentran en la primera infancia, supone una situación de riesgo para que inicien y desarrollen comportamientos disruptivos. A ello hay que sumarle el hecho de que se relacionen con iguales con trastornos de conducta, lo cual tiene gran importancia en el desarrollo de conductas antisociales durante la infancia (Ingoldsby, Kohl, McMahon, y Lengua, 2006). Curiosamente, una baja organización del barrio está inversamente relacionada con la presencia de comportamientos violentos (Chung y Steinberg, 2006).

Con respecto a las características familiares de los menores con trastornos de conducta (para una revisión exhaustiva en este ámbito, véase Caseras et al., 2002),

las familias que experimentan altos niveles de conflicto han mostrado una menor probabilidad de tener una buena implicación con sus hijos (Ary, Duncan, Biglan et al., 1999; Ary, Duncan, Duncan, y Hops, 1999) y, por tanto, existe una mayor probabilidad de que éstos desarrollen trastornos de conducta. En el seno de familias formadas por padres irritables y negativos y con ausencia o disparidad de normas socio-morales entre los miembros de la familia, se observa un mayor índice de niños con TND o TD (Del Barrio y Carrasco, 2002; Edwards, Barkley, Laneri, Fletcher, y Metevia, 2001; Kim, Hetherington, y Reiss, 1999). Cuando los padres se rinden o muestran respuestas inconsistentes a las conductas coercitivas del niño, también aumenta la probabilidad de un TD (Patterson, Reid y Dishion, 1992, citado en Caseras et al., 2002). La permisividad excesiva parece tener efectos negativos, favoreciendo que los hijos tengan una conducta más inmadura, con escaso autocontrol y con una falta de independencia y disposición para asumir responsabilidades (Olweus, 1980). Por el contrario, el castigo negativo está relacionado con la aparición de trastornos de conducta (Hernández, Gómez-Becerra, Martín, y González, 2008) y el castigo severo puede desempeñar un papel causal en el desarrollo de la conducta antisocial (Dodge, Bates, y Pettit, 1990). Frick, (1994) por su parte, encontró que los estilos educativos inadecuados muestran una relación lineal positiva con el número de síntomas de trastornos de conducta en muchos jóvenes, aunque no en los que poseen rasgos de insensibilidad afectiva. También se han comprobado un mayor estrés y un comportamiento menos eficaz en madres que en padres de niños con trastornos de conducta (Calzada, Eyberg, Rich, y Querido, 2004).

Entre las prácticas parentales estudiadas, están también la buena supervisión por parte de los padres y madres o cuidadores, que a su vez, está relacionada con una menor probabilidad de aparición de trastornos de conducta (Reitz, Prinzie, Dekovic, y Buist, 2007; Williams, Conger, y Blozis, 2007); no obstante, un excesivo control

psicológico de los padres o cuidadores se ha asociado a un comienzo del trastorno con más problemas de delincuencia en chicas y en adolescentes con edad avanzada (Pettit, Laird, Dodge, Bates, y Criss, 2003) y una repetición de manera reiterada de las instrucciones parece estar relacionada con el desarrollo de trastornos de conducta (Hernández et al., 2008). Las buenas prácticas parentales, por otra parte, afectan a las relaciones que los hijos tienen con sus iguales, siendo menos aceptados por éstos cuando las relaciones padres-hijos están basadas en la autoridad e imposición de normas (Hurt, Hoza, y Pelham, 2007). El grado de información que los padres tienen sobre las actividades de sus hijos está claramente relacionado con el desarrollo de trastornos de conducta, así, a mayor información, menor probabilidad de que los hijos se comporten antisocialmente (Laird, Criss, Pettit, Dodge, y Bates, 2008). Así mismo, los adolescentes con uno o dos progenitores con comportamiento antisocial o consumo de alcohol han mostrado una clara probabilidad de desarrollar trastornos externalizantes, independientemente del género y la edad (en el rango 2-17 años) (Gottfredson y Hirschi, 1990; Hussong et al., 2007).

Las relaciones entre iguales y su interacción con los trastornos de conducta ha sido otro aspecto estudiado en la literatura científica. La correlación entre tener amigos antisociales y trastorno de conducta ha sido evidenciada (Heinze, Toro, y Urberg, 2004) aunque, a su vez, se ha visto que la segregación no es la solución a este trastorno, puesto que los jóvenes deben aprender a comportarse en un contexto social (Gifford-Smith, Dodge, Dishion, y McCord, 2005). En cualquier caso, como variable moduladora, hay que añadir que la influencia que puedan tener los amigos depende de la importancia del papel que desempeñen los padres del chico (Meeus, Branje, y Overbeek, 2004). Cuando un niño acosa verbalmente a otros es probable que cuando sea adolescente muestre comportamientos antisociales y abuse del alcohol, mientras que si acosa físicamente se puede predecir que en la adolescencia agredirá físicamente, se relacionará con otros chicos antisociales y tendrá múltiples

problemas de conducta (Rusby, Forrester, Biglan, y Metzler, 2005). De otro lado, el hecho de ser rechazado por los iguales durante la infancia supone un factor de riesgo para desarrollar trastornos de conducta (Miller-Johnson, Coie, Maumary-Gremaud, y Bierman, 2002), mientras que la auto-regulación actúa como factor de resiliencia contra la influencia negativa de los iguales (Gardner, Dishion, y Connell, 2008).

Con respecto al estudio de los menores con trastornos de conducta en el contexto escolar (para una revisión específica sobre el tema véase Mooney, Epstein, Reid, y Nelson, 2003; Trout, Nordness, Pierce, y Epstein, 2003), se ha encontrado que los chicos que presentan comportamientos antisociales y son rechazados por sus iguales tienen más probabilidad de fracasar en la escuela (French y Conrad, 2001; McEvoy y Welker, 2000) y, mientras están escolarizados, su rendimiento es significativamente menor que el de los chicos que no presentan estos trastornos (Reid, Gonzalez, Nordness, Trout, y Epstein, 2004). Cuanto más tempranamente son detectados los trastornos de conducta en la escuela mejor evolución pueden tener en el tratamiento (Reinke, Herman, Petras, y Ialongo, 2008), que, para una óptima eficacia, deberá implicar también a los educadores (Reid, 1993; Webster-Stratton, Reid, y Stoolmiller, 2008). Relacionada con el desempeño escolar en menores con trastornos de conducta, está la habilidad verbal; en concreto, variables como “un pobre desarrollo verbal” y “dificultades en el lenguaje” aparecen en un alto número de menores con trastornos de conducta, aunque no de forma aislada, sino en combinación con otros factores como el nivel socioeconómico de la familia (Gibson, Piquero, y Tibbetts, 2001). En muestras clínicas se observa que estos chicos que presentan dificultades a nivel verbal no presentan dificultades en áreas motoras (Gray, Jordan, Ostergaard, y Fischer, 2001). La relación se invierte en chicos que además presentan rasgos psicopáticos, en los que se observa un desarrollo verbal normal (Muñoz, Frick, Kimonis, y Aucoin, 2008).

### ***3.4. Perfiles de los menores que presentan graves trastornos de conducta en centros de acogimiento residencial***

Los menores que ingresan en los centros residenciales específicos para el abordaje de los trastornos de conducta suelen haber pasado por otros recursos del sistema de atención social a la infancia y no se han adaptado al funcionamiento de esos otros recursos. Algunos de ellos han desarrollado algún comportamiento delictivo, absentismo escolar u otros comportamientos disruptivos que entran en colisión con la dinámica y funcionamiento de los recursos residenciales básicos y con los recursos educativos y sociales normalizados. Esto produce como resultado en algunos casos que los menores sean expulsados de su centro educativo, protagonicen disputas o trifulcas en su centro de residencia y lleven a los educadores o educadoras del mismo a solicitar una derivación o traslado a un centro especializado.

Además en los últimos años ingresan en los centros, como hemos venido apuntando, menores que presentan graves problemas adaptativos, que han desarrollado esos mismos comportamientos a los que nos hemos referido. Son menores cuyas familias se ven desbordadas en su crianza y educación y que acuden a los servicios de protección o al sistema de reforma juvenil. En muchos casos la familia hace una renuncia explícita de sus deberes derivados de la patria potestad.

Muchos de estos chicos, tampoco se adaptan a la dinámica y funcionamiento de los centros residenciales en los que se les ingresa (normalmente de acogida inmediata o residencial básico) y su atención requiere de centros con programas más específicos.

A ello hay que añadir las dificultades que en algunos casos presentan chicos procedentes de la inmigración legal e ilegal con trayectorias de vida de gran complejidad, cuyas interacciones sociales y/o familiares en este contexto resultan problemáticas y acaban desarrollando también comportamientos disociales.

La bibliografía consultada muestra una gran falta de estudios en relación con esta mayor incidencia de problemas de conducta que afectan sobre todo a jóvenes y en relación con los nuevos perfiles familiares que acompañan estas situaciones.

A continuación se ofrece un esquema de los recursos disponibles en Andalucía para la atención de menores que presentan trastornos de conducta en los distintos sectores del sistema de atención social a la infancia y adolescencia,

	0-3 años	4-6 años	7-13 años	14-18 años
<b>Contexto familiar/residencial</b>	Familia Biológica	Familia Biológica	Familia Biológica	Familia Biológica
	Familia Acogedora (de Urgencia o no)	Familia Acogedora (de Urgencia o no)	Familia Acogedora	Familia Acogedora
	Centro de Acogimiento Residencial	Centro de Acogimiento Residencial	Centro de Acogimiento Residencial específico para Graves TC	Centro de Acogimiento Residencial específico para Graves TC
			Programas para Menores Infractores (Art. 3 Ley 5/2000)	Centros de Internamiento (Justicia Juvenil)*
	Servicios Sociales Comun. Equipos de Tratamiento Familiar	Servicios Sociales Comun. Equipos de Tratamiento Familiar	Servicios Sociales Comun. Equipos de Tratamiento Familiar	Servicios Sociales Comun. Equipos de Tratamiento Familiar
<b>Contexto Educativo</b>	Centro de Educación Socioeducativa 0-3	Educación Infantil 4-5	Educación Primaria	Educación Secundaria Bachillerato
		EOE (Equipos de Orientación Educativa)	EOE (Equipos de Orientación Educativa)	Departamentos de Orientación de los IES.
<b>Contexto Sanitario</b>	Control del niño sano	Consultas de Pediatría	Consultas de Pediatría	Consultas Médicas
	Consultas Pediatría	USMIJ (Unidad de Salud Mental Infante Juvenil)	USMIJ (Unidad de Salud Mental Infante Juvenil)	Atención en Salud Mental
	Atención Temprana			
	Consultas privadas de Psicología	Consultas privadas de Psicología	Consultas privadas de Psicología	Consultas privadas de Psicología
<b>Contexto Judicial</b>	Equipo Psicosocial – Juzgados de Familia	Equipo Psicosocial – Juzgados de Familia	Equipo Psicosocial – Juzgados de Familia	Equipos Psicosociales Juzgados de Menores
	Punto de Encuentro Familiar	Punto de Encuentro Familiar	Punto de Encuentro Familiar	Equipos de Medio Abierto: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Libertad Vigilada</li> <li>• Centro de Día</li> <li>• Servicios en Beneficio de la Comunidad</li> <li>• Mediación Penal Juvenil</li> <li>• Atención Ambulatoria en Salud Mental.</li> </ul>
				* Estos centros dependen en su financiación y gestión de la Consejería de Gobernación-Justicia

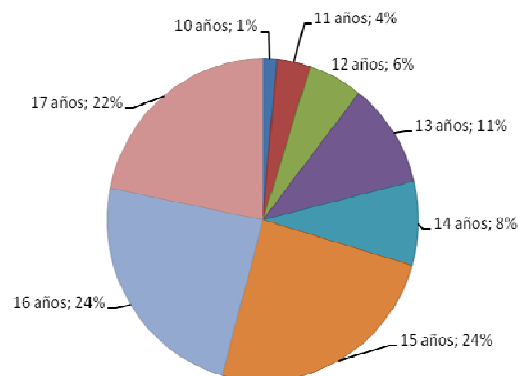
En el estudio realizado hemos encontrado los siguientes datos en relación a las características de los menores:



### 3.4.1. Edad, género y nacionalidad

En junio de 2011 se encontraban ingresados en los 14 centros específicos para trastornos de conducta en Andalucía 142 menores, de los cuales 41 (28,87%) son chicas y 101 (71,12%) chicos. Las edades están comprendidas entre los 10 y los 17 años, siendo la edad más frecuente los 15 años (24,6%), seguida de los 16 años (23,9%) y los 17 (21,8%).

Edad	%	Nº Menores	Chicos	Chicas
10	1,41	2	1	1
11	3,52	5	5	0
12	5,63	8	6	2
13	10,6	15	11	4
14	8,45	12	9	3
15	24,6	35	25	10
16	23,9	34	24	10
17	21,8	31	20	11
			<b>101</b>	<b>41</b>

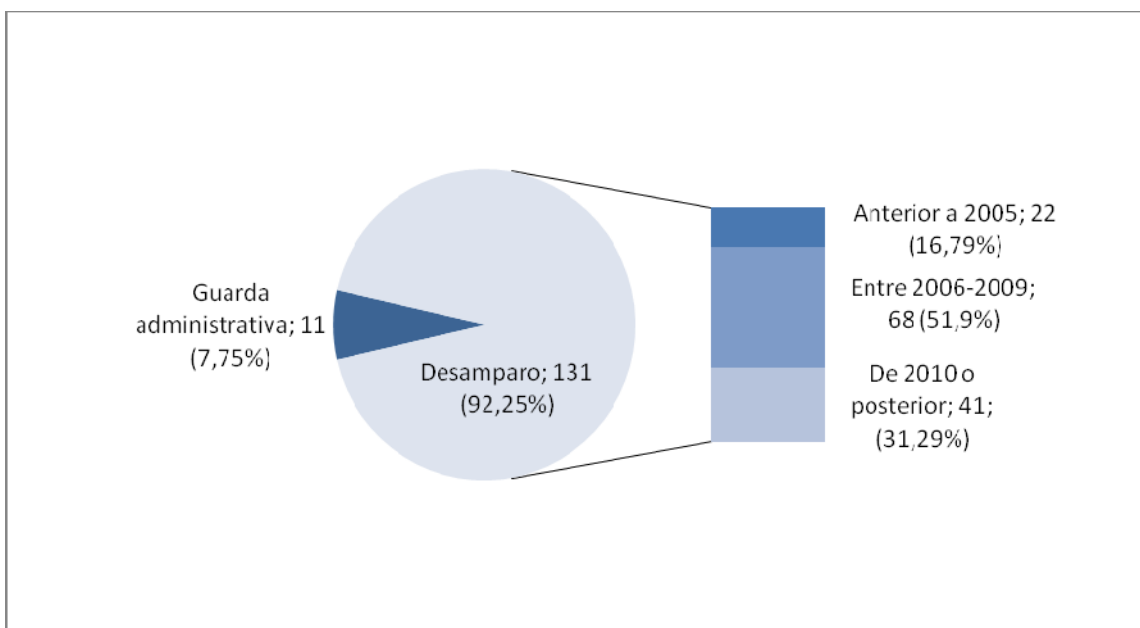


Los menores y las menores que ingresan en estos centros específicos en Andalucía proceden en su mayor parte (83,1%) del territorio español; los menores extranjeros suponen el 16,9% del total.

### 3.4.2. Situación legal

De los 142 menores acogidos en estos centros, 131 (92,25%) tienen resolución de desamparo, mientras que 11 (7,75%) están acogidos en régimen de guarda. De los 131 con medida de desamparo, 22 (16,79%) la tienen desde antes del año 2005, 68 (51,90%) de estas personas menores tienen medida de desamparo entre el año 2006 y 2009, mientras que 41 (31,29%) la tienen desde 2010 o

posterior. Solo 3 (2,11%) de estas personas menores han ingresado en el centro con autorización judicial.

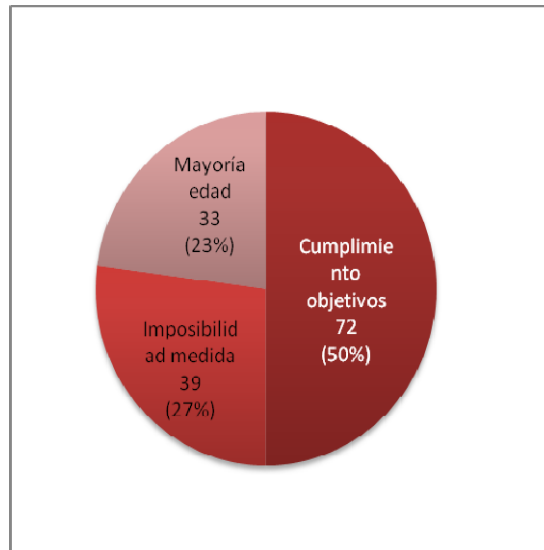


En cuanto a las medidas de reforma juvenil se observa que 22 (15,49%) tienen medida judicial de reforma, 11 de ellos anterior al ingreso en el centro y a los otros 11 se les impone la medida durante la estancia en el centro.

### **3.4.3. Evolución de los menores en el programa**

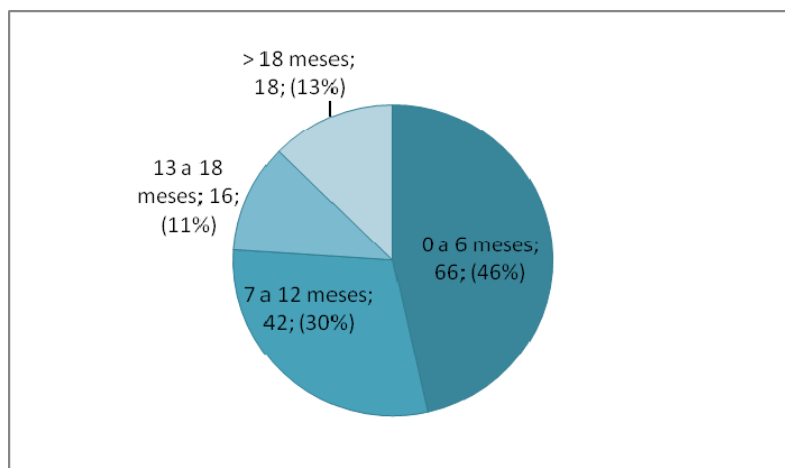
A lo largo de 2010 hubo 161 ingresos y 137 ceses en todos los centros sondeados. Los motivos de finalización de la intervención para los menores que cesaron en ese año fueron en el 50% de los casos por cumplimiento de objetivos, en el 39,27% de los casos por imposibilidad de llevar a cabo la medida y en el 33,23% de los casos por cumplimiento de la mayoría de edad.

Causas de finalización de la intervención:



La permanencia de los menores atendidos en el centro a lo largo del año 2010 fue en el 46% de los casos (66 menores) entre 0 y 6 meses, en el 30% de los casos (42 menores) fue entre 7 y 12 meses, para el 13% de los casos (18 menores) fue mayor de 18 meses y para el 11% de los casos (16 menores) la permanencia en el centro fue de entre 13 y 18 meses.

Tiempo de permanencia en el centro:



#### **3.4.4. Diagnósticos y características clínicas**

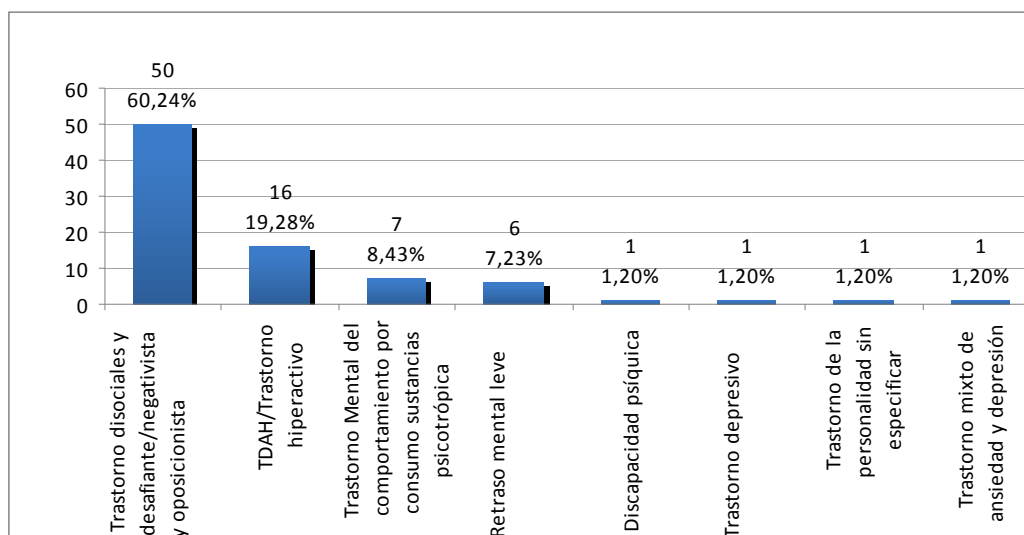
En cuanto a los diagnósticos clínicos que se asignan a los menores, se ha observado que de los 142 menores residentes en centros en el momento de recabar estos datos (mayo de 2011) solo 75 (52,81%) tienen un diagnóstico clínico previo al ingreso en el recurso.

Además hemos constatado que no existe una terminología clara, encontrándose mezcla de etiquetas diagnósticas que a veces no se corresponden con categorías formales según lo visto en los sistemas CIE-10 o DSM-IV-R, mencionados más arriba.

- Trastorno disocial en niño no socializado/enuresis nocturno no orgánica/Rasgos de Personalidad dependiente
- Trastorno disocial
- Trastorno Mental del comportamiento por consumo sustancias psicotrópica Esquizofrenia
- Trastorno disocial (leve, depresivo, en niño no socializado, y de las emociones)
- Retraso mental leve
- Trastorno hiperactivo disocial
- TDAH, Trastorno negativista desafiante/ Retraso Madurativo
- Trastorno de la actividad y de la atención
- Trastorno desafiante oposicionista
- Trastorno de la actividad y de la atención de la atención
- Trastorno negativista desafiante
- Trastorno hiperactivo
- Discapacidad psíquica
- Otros trastornos disociales
- Trastorno de conducta con rasgos disociales y retraso madurativo
- Trastorno depresivo
- Trastorno de la personalidad sin especificar

- Trastorno mixto de ansiedad y depresión

Aunque la terminología no sea coincidente, una vez agrupados los diagnósticos encontramos que los tipos de problemas más frecuentes son:



### 3.4.5. Características educativas y formativas

De las 142 personas menores acogidas en los 14 centros específicos estudiados, en mayo de 2011, había 114 escolarizados, de los que 49 (42,98% de los escolarizados) salen a recursos educativos normalizados, fuera del centro, mientras que 65 (57,01% de los escolarizados) asisten a formación especializada que se lleva a cabo dentro del centro en concierto con la Delegación de Educación correspondiente en cada caso.

	n	%
Escolarizados en recursos educativos normalizados	49	42,98
Escolarizados en programas educativos dentro del centro	65	57,01
Menores que presentan retraso escolar	100	70,42
Menores que reciben apoyo escolar	97	68,30

52 menores están inscritos en programas formativos normalizados fuera del centro tipo escuelas taller, mientras que 21 desarrollan su programa formativo en el mismo centro. A su vez 21 están inscritos en el Servicio Andaluz de Empleo (SAE), 13 en el Programa Andalucía Orienta y 25 en el Programa Labora.

#### **3.4.6. Características familiares**

Las relaciones con la familia de origen se mantienen en el 95,77% de los casos, siendo 136 las personas menores que se comunican con sus familiares a través del teléfono o mediante correspondencia postal. El 64,08% reciben visitas de sus familiares (91 menores) y el 38,73% (55 menores) salen regularmente al domicilio familiar. Se sigue trabajando con la familia en el 66,19% de los casos (94 familias), siendo 6 menores (4,22%) los que no mantienen contacto alguno con su familia de origen.

	n	%
Mantiene contacto telef. /postal	136	95,77
Reciben visitas de sus familiares	91	64,08
Salen al domicilio familiar	55	38,73
No mantiene contacto con su familia	6	4,22
Se realiza trabajo directo con la familia	94	66,19

### **3.5. Programas de intervención para menores que presentan graves trastornos de conducta**

Mucha ha sido la investigación sobre los programas para corregir la conducta antisocial y la conclusión que parece extraerse de ellos es que resulta más rentable dirigir los esfuerzos a la prevención de los mismos. No obstante, lo que la

investigación ha puesto de manifiesto es que los tratamientos más eficaces tienen, al menos, como características:

- Son **multifacéticos o comprehensivos**, es decir abordan todos los aspectos o ámbitos de la vida del menor que contribuyen a la aparición y mantenimiento del trastorno de conducta. En ese sentido incluyen una intervención multiprofesional.
- Son **duraderos o prolongados en el tiempo**, a fin de incrementar la probabilidad de que se mantengan los cambios y se produzca la generalización del cambio conductual.
- Son **específicos**, es decir, diseñados específicamente para el problema que se pretende abordar.
- Deben estar **orientados hacia la competencia social y emocional** del menor que muestra los comportamientos disruptivos.

Otro numeroso grupo de estudios se ha dedicado a analizar la efectividad de tratamientos llevados a cabo con progenitores y cuidadores. Algunos de estos estudios comparan la eficacia de intervenir solo con los padres, intervenir con padres e hijos o incluir a padres, hijos y maestros en el tratamiento, encontrando que, aunque las tres opciones producen efectos beneficiosos, la más efectiva ha sido la que incluye a los tres agentes (Webster-Stratton, Reid, y Hammond, 2004).

Las intervenciones que mejores resultados han ofrecido en la reducción de los comportamientos disruptivos, son las conductuales basadas en procedimientos operantes y las de corte sistémico (Biglan et al., 2004; Eyberg, Nelson, y Boggs,

2008). Partiendo de un enfoque sistémico familiar, pero incorporando elementos del análisis aplicado del comportamiento, está la Terapia Familiar Funcional para menores con trastornos de conducta (Alexander, Pugh, Parsons, y Sexton, 2002; Alexander, Robbins, y Sexton, 2000; Alexander, Sexton, y Robbins, 2002; Biglan et al., 2004). Esta terapia ha conseguido buenos resultados en las intervenciones familiares. Las terapias de tercera generación o terapias contextuales (Greco y Hayes, 2008; Murrell, Coyne, y Wilson, 2005; Murrell y Scherbarth, 2006; Twohig, Hayes y Berlin, 2009) también han irrumpido en el campo de los trastornos de conducta y de los comportamientos violentos (Eifert, McKay, y Forsyth, 2006; Maraver, Gómez-Becerra, Martín, Molinero, y Belda, 2007; Martín, Gómez-Becerra, Maraver, Molinero, y Belda, 2007). Según este enfoque, algunas acciones violentas podrían tener una función de evitación ante eventos privados no deseados, como malestar emocional, ansiedad, sentimientos de rechazo, dolor o incluso de pensamientos asociados a esas emociones (Páez, Gutiérrez, Valdivia, y Luciano, 2006; ).

Las investigaciones que comparan distintos tratamientos (Eyberg et al., 2008; Miller, Wampold, y Varhely, 2008), ofrecen detalles sobre los elementos de cambio que operan en los tratamientos eficaces para menores con trastornos de conducta y apuntan futuras líneas de investigación en esta área. Por último, en relación al estudio de los tratamientos existen numerosos trabajos que analizan el funcionamiento de programas particulares (Barzman y Findling, 2008; Farmer, Compton, Burns, y Robertson, 2002; Giorgi-Guarnieri, 2006; Hemphill y Littlefield, 2001; Jones, Daley, Hutchings, Bywater, y Eames, 2008; Kaminski, Valle, Filene, y Boyle, 2008; Knorth, Klomp, Van den Bergh, y Noom, 2007; O'Cummings, 2001; Ogden y Hagen, 2008; Owens, Murphy, Richerson, Girio, y Himawan, 2008; Sanders, Markie-Dadds, Tully, y Bor, 2000; Stemmler, Beelmann,



Jaurusch, y Losel, 2007; Turner y Sanders, 2006; Woolgar, 2005). De estos estudios se puede concluir que:

- a) No todas las intervenciones que se llevan a cabo están basadas en evidencias o empíricamente validadas. Así, las que están basadas en evidencias obtienen mejores resultados y se mantienen por más tiempo que las que no están basadas en evidencias, incluso cuando se aplican en distintos grupos culturales.
- b) Las intervenciones que incluyen a menores, padres y educadores son más eficaces que las que solo trabajan con uno o dos agentes.
- c) Los programas de intervención que incluyen a padres deben adaptarse en intensidad y duración a las necesidades de cada caso, a través de diferentes modalidades de administración de dichos tratamientos (ej., individual, en grupo, o con asesoramiento telefónico).

Finalmente, cabe señalar que la prevención de los trastornos de conducta en menores se basa cada vez más en métodos científicos, sobre todo en la investigación epidemiológica (Biglan et al., 2004; Biglan et al., 2003). De hecho, tanto mediante programas de prevención primaria (Bierman et al., 2002; Leadbeater, Hoglund, y Woods, 2003; Webster-Stratton et al., 2008) como de prevención secundaria (Mytton, DiGuseppi, Gough, Taylor, y Logan, 2006; Terzian y Fraser, 2005; Zonneville-Bender, Matthys, van de Wiel, y Lochman, 2007), los resultados se han hecho notar positivamente en distintas áreas del desarrollo de los menores que están en riesgo de presentar trastornos de conducta, se incluya o no a los padres en estos tratamientos (para una revisión completa véase Shepard y Carlson, 2003).

Aunque los investigadores han desarrollado múltiples vías de detección e intervención temprana y de prevención, persisten aún barreras que impiden la

implementación de estos programas (Conroy y Brown, 2004). La elaboración, pues, de planes de prevención de estos trastornos requiere un análisis descriptivo previo que nos informe de qué personas son las que tenemos delante, cuáles son sus características, sus carencias y sus necesidades.

## 4. Los Centros para menores con graves trastornos de conducta en Andalucía. Informe de situación

### 4.1. El programa de atención a menores con graves trastornos de conducta en Andalucía

El Decreto 355/2003 de Acogimiento Residencial de Menores, establece que los centros de menores desarrollarán su actuación a través de programas de atención residencial que serán definidos por la Dirección General competente en materia de protección. Si bien no existe un desarrollo específico de dichos programas, sí contamos con una mayor concreción de los mismos en el Proyecto Educativo Marco para los centros de protección publicado en la Orden 13 de julio de 2005. En el Apartado 5.4. del Anexo a dicha Orden se describen los Programas de Acogimiento Residencial. El abordaje de los graves trastornos de conducta se incluye dentro de los denominados Programas Específicos de Atención a la Diversidad. En concreto, y dentro de los mismos, se distinguen tres posibles situaciones: aquellos trastornos relacionados con patologías psicosociales y educativas, los relacionados con patologías psiquiátricas y los menores con grave discapacidad. En lo que se refiere al presente estudio, nos dirigiremos a aquellos centros que desarrollan los dos primeros tipos ya descritos en el capítulo 2, Programa destinado al abordaje de Graves Trastornos del Comportamiento, **relacionados con patologías psicosociales y educativas** y el tratamiento de Graves Trastornos del Comportamiento, **asociados con patologías psiquiátricas**.

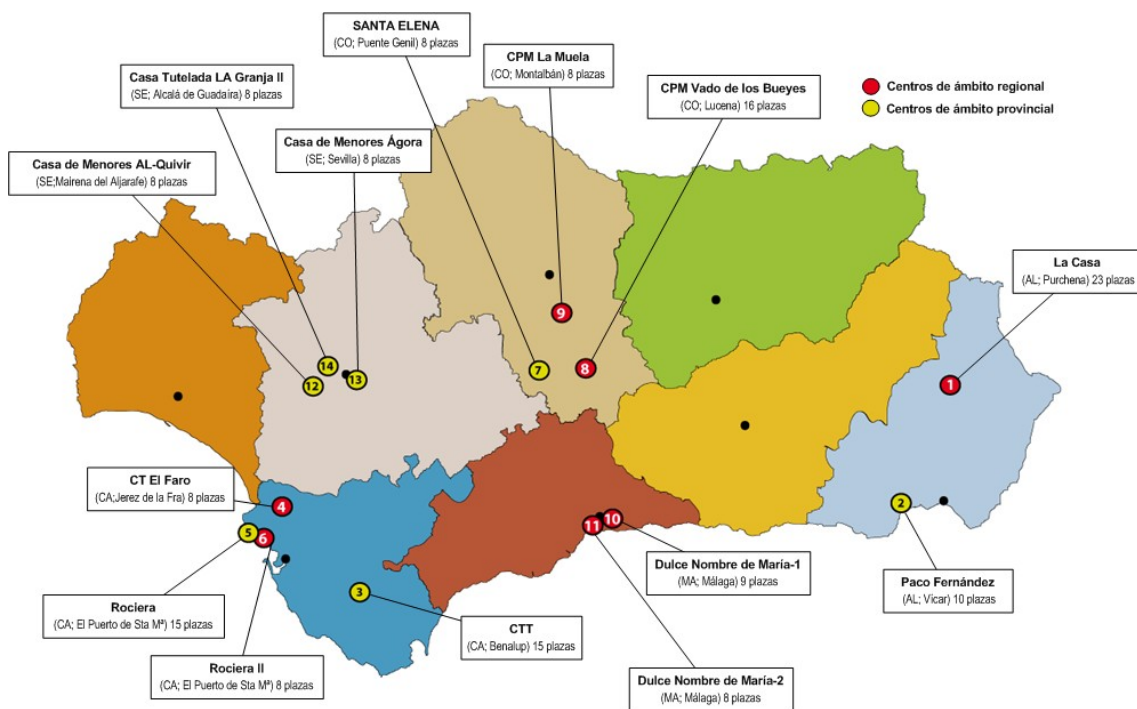
### 4.2. Características, organización y funcionamiento de los Centros con programas de TC en Andalucía

A continuación realizamos una aproximación a los centros de TC de nuestra comunidad a través del análisis de los datos más significativos obtenidos mediante el

Protocolo para la Recogida de Datos para la Evaluación de Centros de Menores que presentan Trastornos de Conducta, comentado más arriba.

#### 4.2.1. Mapa de recursos

Actualmente en Andalucía se cuenta con un total de catorce centros que acogen a menores con graves trastornos de conducta distribuidos en cinco provincias (Almería, Cádiz, Córdoba, Málaga y Sevilla). Todos ellos dependen de Entidades Colaboradoras con distintas fórmulas de convenio o concierto con la administración andaluza, bien a nivel provincial o regional.



En total se dispone para toda la Comunidad de 150 plazas residenciales dentro de este programa. De los 14 centros, un total de cinco, dispone de 8 plazas (*casas*, según la orden 13 de julio de 2005 por la que se aprueba el Proyecto

Educativo Marco para los centros de protección de menores en el ámbito de la Comunidad Autónoma Andaluza), y el resto oscila entre las 9 y las 23 plazas (*residencias*, según la misma orden), que es el número máximo de plazas convenidas en un solo centro. La mayoría de los centros (10 centros) califican sus programas como de atención a graves trastornos del comportamiento social. Tres de ellos se consideran programas para graves trastornos psiquiátricos y uno de ellos lo define como trastornos de conducta socialmente conflictiva (que atiende a menores con graves problemas de toxicomanía).

#### **4.2.2. Características y organización de los centros**

Para la apertura y puesta en funcionamiento de cualquier recurso residencial de menores en Andalucía se exigen una serie de requisitos, los cuales son previamente verificados por la Inspección de Servicios Sociales y por los propios Servicios de Protección de Menores y sin los que no sería factible dicho funcionamiento. Partiendo del cumplimiento de dichos requisitos, a través del Protocolo de Recogida de Datos se ha incidido nuevamente en algunas de estas cuestiones en mayor profundidad.

En lo que se refiere a todo lo relacionado con el **espacio residencial**, la gran mayoría de los centros cumplen de forma adecuada con la normativa vigente a fecha de elaboración de este informe. En este caso además de completar el Protocolo de Recogida de Datos cada uno de los centros fue visitado por los miembros del equipo redactor del presente informe, con lo cual dichas condiciones materiales fueron comprobadas “in situ”. En el momento de la visita tan solo un centro tiene dificultades en la adecuación del espacio educativo, y dos en la adecuación del

espacio residencial, uno de ellos pendiente de traslado a otras instalaciones en el último trimestre del año 2011.

Con relación a los **documentos de centro**, exigidos normativamente, la situación es bastante aceptable, ya que todos ellos cuentan con su propio PEC, CE y ROF, encontrándose en muchos casos únicamente pendientes del correspondiente visado de la DGIF.

Además de esto, y aunque no se exige normativamente, todos los centros cuentan con conexión a Internet y con sistemas de gestión propios o comerciales. A su vez muchos de ellos (un total de 10) siguen sistemas de gestión de calidad tipo EFQM, ISO u otros.

En lo que se refiere al **personal** la Orden de 9 de noviembre de 2005 (BOJA nº 222 de 14 de noviembre) no contempla para este tipo de centros una estructura mínima de personal como sí lo hace para los centros de Primera Acogida o Residencial Básico.

Además de la figura del director todos los centros, excepto dos, cuentan bien con un subdirector/a (6 centros) o bien con un/una coordinador/a educativo/a (10 centros). En ambos casos se trata de personas con titulación universitaria en ciencias sociales y con una experiencia en torno a los cinco años.

Respecto al equipo técnico todos los centros cuentan con psicólogo o psicóloga (con más de tres años de experiencia) y con trabajador o trabajadora social (con más de dos años de experiencia), salvo un centro que no cuenta con profesional de la psicología. Además, aquellos centros que atienden trastornos psiquiátricos cuentan con especialista en psiquiatría a tiempo total o parcial.

Las mayores diferencias las encontramos en los datos del personal educativo. Por una parte en la mitad de los centros aparece la figura del monitor o monitora social, en todos los casos salvo en uno (un total de 30 profesionales) sin titulación universitaria.

En cuanto al número total de educadores nos encontramos con una gran variabilidad entre centros tanto en las ratios como en la existencia de titulación universitaria en los mismos. Todos los centros, salvo tres, cumplirían la ratio mínima de educadores establecida para programas de primera acogida (al no existir ratio para centros con programas de trastorno de conducta). En cuanto a la titulación nos encontramos con seis centros en los que todo el personal educativo tiene titulación universitaria. Cuando analizamos el personal educativo existente por turno, nos volvemos a encontrar importantes diferencias entre un centro y otro, variando entre 5 y 2 menores por educador y turno según el centro del que hablemos.

Respecto a la **formación**, por lo general la mayoría de los profesionales que trabajan en estos centros han ido completando posteriormente la misma a través de cursos más o menos específicos relacionados con la materia, nuevamente con una gran variabilidad en el número de horas invertidas en formación que oscilan entre 68 y casi 1500 horas de algunos educadores. En cuanto a la temática de los cursos realizados se observa que son escasas las directamente relacionadas con la atención a personas menores con “trastornos de conducta”.

Los profesionales de los centros visitados han transmitido la necesidad de:

- Formación continua y específica

- Habilitar plataformas virtuales para posibilitar la formación de forma más asequible y mantener contacto con otros profesionales del mismo campo
- Realización de puestas en común a través de congresos o jornadas, que permita a los profesionales un enfoque actual y amplio sobre los diferentes aspectos que forman parte en la intervención con menores
- Poder intercambiar experiencias y problemáticas comunes relativas a los diversos ámbitos de intervención, propias de los centros de menores que presentan graves trastornos de conducta
- Buscar soluciones compartidas
- Elaborar propuestas de mejora de calidad
- Diseñar y poner en práctica planes conjuntos de formación y especialización, evaluación de programas, diseño y desarrollo de los mismos
- Puesta en práctica de programas psicoeducativos dirigidos a menores que presentan graves trastornos de conducta

#### ***4.2.3. La derivación y el ingreso de los menores***

A lo largo del año 2010 se produjeron 161 ingresos (más de la totalidad de las plazas existentes) en centros con programa de trastornos de conducta y 137 bajas en el mismo periodo. La mayoría de los ingresos se produjeron con coordinación previa con el servicio de protección de menores de procedencia, 115 casos, lo que supone un 71% del total de ingresos y en algunos casos dicha coordinación implica a otros servicios, entre ellos el centro de origen, la DGIF y, en menor medida, ETF, Servicios Sociales Comunitarios y la familia del menor. En cuanto a la procedencia, la mayoría de los menores proviene de otro centro, el 72%, mientras que el resto suele proceder de su familia.



En todos los centros, salvo dos, siempre aparece entre la documentación requerida, la resolución de desamparo, contrastando con el informe psicosocial que solo es requerido en la mitad de los centros y el informe clínico que solo se requiere a veces. La autorización judicial solo es requerida por los centros que atienden trastornos psiquiátricos en concordancia con la normativa vigente (orden de 13 de julio de 2005 por la que se aprueba el Proyecto Educativo Marco para los centros de protección de menores en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía).

El ingreso del menor en el centro se suele realizar con acompañamiento del educador del centro de origen, ya que ésta suele ser la procedencia habitual. Sin embargo, también es frecuente la presencia policial que aparece prácticamente en un tercio de los ingresos. En cambio en la mayoría de los casos está muy poco presente la familia en el momento del ingreso tan solo en 6 casos de los 160 ingresos.

Respecto al proceso de acogida en la mayoría de los casos se señala que en los ingresos programados el menor es informado previamente, pero en muchos casos se considera dicha información incompleta o en el último momento. Los elementos que suele incluir el proceso de acogida en el centro son dependencia, persona que acoge, información y proceso de acogida. Destaca que la información que se da al menor es eminentemente normativa: régimen de convivencia, funcionamiento y normas o características del centro (en casi todos los casos) pero muy escasa en cuanto a la finalidad educativa del ingreso, la situación familiar y personal o incluso sus propios derechos.

Otros aspectos que tienen que ver con el momento mismo del ingreso y que fueron explorados por el Protocolo, tienen que ver con el registro del menor y sus pertenencias y la asignación de habitación e incorporación a las actividades del centro. En el primer caso en todos los centros, salvo en uno, se realiza un registro de

las pertenencias siempre mediante solicitud al propio menor, las cuales suelen ser revisadas por el personal educativo. Así mismo suele existir en todos los casos un lugar donde poder guardar aquellas pertenencias de valor o susceptibles de hacer daño, donde se accede previa petición al educador. La asignación de habitación se suele realizar inicialmente de forma provisional y en función de las características del menor o de su proceso educativo.

#### ***4.2.4. Funcionamiento: régimen de relaciones, modelo de convivencia, potestad de corrección y ausencias***

En todos los centros se suele realizar una evaluación inicial partiendo de los documentos que se disponen y de entrevistas individuales y observación en el propio centro. Es muy escasa la utilización de pruebas diagnósticas que citan tres centros. Los objetivos iniciales generalmente tienen que ver con las habilidades, las relaciones sociales y familiares, el control de impulsos, la resolución de conflictos y el fomento de hábitos saludables. Entre el mes y mes y medio desde el ingreso, todos los centros emiten el informe inicial y entre los 3 y 7 meses se emiten los informes de seguimiento. De cara a la salida y en función de la evolución del menor se emite el informe propuesta. Existe gran variabilidad en cuanto al tipo de incidencias que deben ser comunicadas y a qué instancias hacerlo. En todos los centros existe un horario general y un horario individual (salvo en uno). A su vez en todos los centros, salvo en tres, los menores disponen de horario de libre disposición. En general estos horarios vienen determinados mayoritariamente por las actividades educativas-formativas, sanitarias o de ocio.

En todos los centros, menos en uno, se dispone de un **tutor o tutora** desde los primeros días del ingreso. Generalmente el tutor desarrolla su acción tutorial en un espacio concreto compaginándolo en muchas ocasiones con espacios no formales

o la propia habitación del menor. Estas acciones suelen quedar registradas a través de distintos medios: documentos de seguimiento, actas y registros acumulativos. En todos los centros, salvo en dos, los educadores se reúnen periódicamente, en algunos casos diariamente, en otros semanal y en otros quincenalmente. En los casos en que los menores asisten a recursos educativos normalizados, los educadores mantienen reuniones frecuentes con los tutores de esos centros educativos.

Uno de los aspectos del funcionamiento estudiados tiene que ver con la **gestión de la privacidad**, con relación a objetos personales, tiempo o correspondencia. En todos los centros los menores tienen objetos personales en sus habitaciones. Generalmente objetos de vestuario y aseo, correspondencia, fotos y libros, pósters o material de estudio. Solo en un centro la disponibilidad de dichos objetos está en función de la evolución del menor. En todos los centros los menores disponen de tiempo para poder estar a solas, bien en el tiempo libre o según las fases, aunque no disponemos de información sobre el uso que se le da a ese tiempo y en qué condiciones se desarrolla.

En nueve centros existen cerraduras en las habitaciones, que suelen permanecer abiertas mientras los menores están en su interior. Ocho de éstos cierran solo con llave cuando los menores no están en su interior para preservar sus pertenencias.

En la mayoría de los centros se mantiene la privacidad de la correspondencia, y en nueve de ellos se realiza una apertura supervisada de la misma.

Posteriormente se analizaron las **relaciones de los menores con su familia** como con el entorno. En lo que se refiere a las relaciones familiares la mayoría de los menores mantiene visitas con familiares (excepto los menores extranjeros no

acompañados y aquellos que carecen de familiares) y son informados de las mismas desde el primer momento. En todos los centros las visitas se realizan con supervisión (salvo uno) y en algunos de ellos se permiten visitas sin supervisión. Dicha supervisión consiste en la presencia de algún miembro del equipo técnico y educativo y se realiza un registro escrito donde se recoge información relevante de la visita. En todos los casos la información se transmite al equipo técnico y educativo y en algunos casos al SPM.

En cuanto a las **relaciones sociales**, en todos los casos, salvo uno, los menores disponen de tiempo libre para la salida a actividades lúdicas, deportivas o formativas, en algunos casos dependiendo de la fase en que se encuentre el menor, que en la mayoría de los casos se realiza teniendo en cuenta la opinión del menor. En algunos centros, un total de siete, se permiten visitas en el propio centro de personas no familiares, pero según la finalidad. En todos los casos los menores pueden mantener contacto telefónico, también con limitaciones (número de llamadas o fase de evolución). Siete centros permiten el uso del móvil, pero con limitaciones y todos los centros salvo dos tienen acceso libre a Internet, mientras en uno de ellos dicho acceso es supervisado.

Una de las cuestiones centrales del estudio y que mayor controversia suelen generar en este tipo de centros tiene que ver con el **modelo de convivencia y la potestad de corrección sobre los menores**.

En primer lugar, destaca que en la mayoría de los centros se dedican pocos momentos para informar de comportamientos apropiados y generalmente esta información se transmite únicamente de forma verbal o se encuentra en documentos no accesibles para los menores como el ROF. Las consecuencias habituales de los comportamientos apropiados suelen ser en todos los casos el refuerzo social y la

obtención de beneficios o privilegios. Respecto a los comportamientos negativos se informan de maneras más diversas. En este caso nos encontramos con mayor variedad de consecuencias, aunque la mayoritaria sigue siendo la pérdida de privilegios, sanciones o sistema de créditos. Se incluye también, en estos casos, la intervención individualizada o terapéutica. En casi todos los centros estas conductas conllevan, cambios en los contactos con el exterior, en cuatro casos cambios en régimen de visitas y en uno de contactos telefónicos.

Respecto a la aplicación de **medidas correctivas**, la contención física se utiliza en todos los centros menos uno, pero con muy poca frecuencia y de manera muy puntual. Dicha contención consiste en aplicar la sujeción física mínima para inmovilizar durante un periodo de tiempo muy corto y realizada por personal educativo. En los centros de carácter psiquiátrico se suele aplicar contención farmacológica, la cual se realiza siempre bajo supervisión médica.

El aislamiento físico o tiempo fuera, tan solo se utiliza en ocho centros de forma puntual en los casos que corre peligro la propia integridad del menor o de otra persona. Consiste en aislar al menor en su habitación o en un espacio especial habilitado y bajo supervisión de personal educativo. En tres casos se realiza en la propia habitación y en cinco casos en otras habitaciones con medidas especiales. El tiempo de duración de la medida es muy variable entre un centro y otro.

En este tipo de centros las fugas suelen ser elevadas. Entendemos que aunque no se trate de espacios cerrados, la fuga implica el *abandono inesperado del domicilio familiar o ambiente habitual* (RAE, 2001). En el último año se fugaron un total de 62 menores aunque estas se circunscriben a ocho de los centros. Por otra parte en la mayoría de los casos (80%) los menores regresaron al centro. En cuanto a las actuaciones del centro en todos los casos (salvo uno) se actúa de igual manera, se

busca al menor y se informa a la familia y se suelen aplicar medidas correctoras. No existe acuerdo en cuándo y a qué entidad dirigir la comunicación o la denuncia de los hechos.

#### **4.2.5. La intervención socioeducativa y terapéutica**

En todos los centros, salvo uno, el **proyecto de intervención** se encuentra integrado en un solo documento. El PEI suele ser elaborado por los equipos técnicos y educativos en base a entrevistas, informes y datos del expediente. Se suele elaborar de forma individualizada pero en coordinación y la revisión suele corresponder al equipo técnico. No existe unanimidad en cuanto al periodo para su revisión con gran variabilidad entre los centros. Sin embargo, sí existe coincidencia en que la evaluación del PEI se hace entre equipo técnico y educativo mediante reunión de equipo y con una periodicidad semanal.

Respecto a **la intervención terapéutica**, en la mayoría de los centros (un total de 10) se combinan terapia familiar y otros modelos terapéuticos, en cambio tan solo 3 centros utilizan terapia grupal. En cuanto a los tratamientos utilizados, todos los centros utilizan terapia cognitivo conductual y farmacológica, en este último caso prescritas y seguidas por médicos psiquiatras del servicio público de salud. Otros tratamientos utilizados son la terapia sistémica (en 10 centros), terapia centrada en soluciones (9 centros), dialéctico conductual (7 ocasiones), psicoanalítica (2 centros). Finalmente en cuanto a las técnicas mayoritariamente utilizadas, nos encontramos las de corte cognitivo conductual como la reestructuración cognitiva, la relajación, el autocontrol, la modificación de conducta o genéricas como las entrevistas.

Con la **intervención familiar** se busca mayoritariamente implicar a la familia en el proceso del menor, potenciar las relaciones y aumentar sus habilidades. Dicha implicación se suele buscar con intervenciones directas con el menor y su familia o por separado.

En todos los centros, salvo uno, se describe la aparición de **conductas autolesivas** y en nueve de ellos se han dado manifestaciones de autolisis en el último año. En caso de aparición de estas conductas, por parte de los centros se extrema la precaución y el seguimiento por parte del equipo técnico y educativo.

#### **4.2.6. La salida del centro**

Salvo en cuatro centros, el resto manifiesta que en la mayoría de los casos (más del 50%) se han cumplido los objetivos planteados. Una vez cumplidos los objetivos, lo más habitual es el traslado del menor a otro centro de carácter básico.

Los casos que concluyen sin cumplir objetivos suelen ser porque los chicos deben ingresar en un centro de reforma juvenil, pero son muy escasos aquéllos que se debe a una inadecuación al programa de trastornos de conducta (no llegan al 10% del total), parece indicativo que los ingresos se hicieron correctamente. Otro porcentaje relativamente alto de menores cumple su mayoría de edad en el propio centro (casi un tercio del total), probablemente debido en parte a la edad elevada del ingreso como se expuso más arriba.

El tiempo de permanencia en estos centros suele situarse en una banda en torno al año y el año y medio. Sin embargo, aparecen algunos casos que la duración excede este periodo.

### 4.3. Análisis de la situación de los CTC

Como se ha expuesto de forma detallada en los apartados anteriores, los catorce centros estudiados cumplen de forma adecuada la normativa vigente en Andalucía referente a los requisitos materiales y funcionales para su funcionamiento. En líneas generales, cuentan con instalaciones adecuadas para la atención residencial y educativa de los menores que acogen en las mismas. Las posibles mejoras se circunscriben a centros concretos o a la adecuación de los accesos. En cuanto a la ubicación, algunos de los centros se sitúan en el extrarradio de la ciudad o en zonas alejadas de la misma con lo cual se plantean dificultades de desplazamiento o de integración en la comunidad que deben ser resueltas por los propios centros.

Si bien todos los centros cuentan con un equipo directivo y técnico equivalente, existe una gran variabilidad en lo referente al equipo educativo, donde aparecen figuras como la del monitor o personal educativo sin titulación universitaria. A esta situación se añade el hecho de que no exista una regulación específica de las ratios entre personal educativo y menores que se debe prever para este tipo de programas como sí existe para los centros de primera acogida o los que desarrollan programas básicos. Esto hace que en los centros para menores que presentan trastornos de conducta encontremos diferencias de ratios bastante acusadas.

Siguiendo con el tema de personal, también destacamos grandes diferencias entre unos centros y otros en lo referente a la formación continua del personal educativo y técnico con grandes oscilaciones entre el número de horas que los centros dedican a esta tarea. Además de estas diferencias, y descendiendo a los temas específicos en los que el personal recibe formación, destaca la escasa especialización de la misma teniendo en cuenta el carácter altamente especializado de los centros.



Cuando comenzamos a analizar los detalles relacionados con el ingreso del menor en el centro observamos que, aunque el 30% de los menores que ingresan proceden de su familia, la implicación de ésta en dicho momento es muy baja, apareciendo solo en el 6% de los casos. Incluso una vez que el ingreso se ha producido el menor recibe muy poca información sobre la situación de su familia o la implicación de ésta en el proceso de intervención en el nuevo programa que comienza, dedicándose casi toda la información a aspectos relacionados con el régimen de convivencia y las normas de funcionamiento del centro.

Si bien la mayoría de los menores que ingresan en estos centros se sitúa en una banda de edad entre los 14 y los 18 años, destacamos la existencia de algunos menores por debajo de esta edad, incluso de algunos casos con edad inferior a los 12 años.

Respecto a la documentación que se requiere para dicho ingreso, en casi todos los casos está presente la resolución administrativa que acuerda el traslado, esto contrasta con la ausencia de informes psicosociales o informes clínicos de los menores tan necesarios debido a la especialización del centro. Destaca también la escasa utilización de pruebas psicodiagnósticas (sólo 3 de 14 centros) una vez que los menores se encuentran en el centro.

A partir del momento del ingreso y en líneas generales la mayoría de los centros reflejan un funcionamiento adecuado en sus objetivos educativos con los menores, tutorizados en todos los casos por uno de los educadores del centro. Dicha intervención va quedando reflejada en los distintos documentos de acción educativa y son transmitidas a la entidad responsable de su tutela mediante los informes

iniciales, de seguimiento y propuesta. Hay mucha disparidad en relación al tipo de incidencias que deben ser siempre comunicadas y a qué instancia o instituciones.

Respecto a aquellas cuestiones que pueden resultar más controvertidas, que atañen a los derechos de los menores y que han determinado la intervención de distintos organismos públicos como la Fiscalía, el Defensor del Pueblo o la Comisión del Senado, podemos destacar que en los centros estudiados son escasos los aspectos que generan una especial preocupación. Sin embargo, conviene resaltar algunos que requerirían una regulación más específica por parte de los organismos directivos competentes, entre los que destacamos los que se señalan a continuación:

- La regulación de la gestión de privacidad, como el uso de cerraduras, de objetos de uso personal o la supervisión de la correspondencia.
- La utilización del tiempo libre y las condiciones de su desarrollo.
- Los contactos con el exterior y en especial la regulación del régimen de visitas y relaciones con sus familiares y en qué medida se puede afectar o no por la intervención que se sigue con el menor y su familia.
- Qué conductas deben ser objeto de denuncia y en qué momento y el protocolo a seguir en el caso de las fugas del centro o en los casos de intentos de autolisis.
- Todo lo referente a la resolución de comportamientos inapropiados, desde la información al menor, hasta la aplicación de medidas correctivas, indicando claramente cómo, cuándo y por parte de quién se pueden aplicar y cuáles son los límites de las mismas.

Finalmente destacaríamos cómo en la mayoría de los casos atendidos en estos recursos se cumple con los objetivos planteados en lo relacionado con la mejora del comportamiento de los menores. No obstante, resulta escaso el número de menores

que puede regresar con su familia. También destaca, y debido en parte a la edad del ingreso, un porcentaje alto de menores que alcanza la mayoría de edad en este tipo de centros, lo cual debe ser indicativo de la necesidad de implementar medidas concretas de preparación para inserción sociolaboral y apoyo a la emancipación.

## **5. Propuesta de Modelo de Intervención en centros de acogimiento residencial que atienden a menores con graves trastornos de conducta**

En este capítulo abordaremos la propuesta de modelo de intervención en los CTC partiendo del marco normativo para el acogimiento residencial y de su análisis. Como hemos señalado, este marco ofrece instrumentos importantes para la planificación y organización educativa general de los centros que acogen a menores, incluidos los centros que desarrollan programas para la atención a la diversidad aunque, como también ya hemos señalado, estos instrumentos pueden resultar insuficientes en el caso de este tipo de centros.

Ordenaremos este capítulo abordando cuestiones genéricas recogidas en el PEM y en el ROF y concretando aspectos específicos para los CTC.

El funcionamiento de los centros y en especial el proceso de acogimiento y de estancia de los menores se ajustará a las pautas establecidas en la normativa vigente y en los diversos instrumentos para la planificación educativa.

### **5.1. Acogimiento residencial en centros especializados para menores que presentan trastornos de conducta**

#### **5.1.1. Principios rectores**

Los principios de intervención establecidos en la legislación y recogidos en este informe, en el capítulo 2, son los que deben regir también las actuaciones en los CTC, entendiendo que en determinados momentos las necesidades de estos menores y las peculiaridades de estos programas pueden entrar en contradicción con algunos principios rectores generales (ej. El principio de normalización) por lo que se hace

necesario matizar algunos principios ya formulados y añadir otros que a continuación relacionamos:

*a) De la detección precoz y prevención*

- La atención a los menores con problemas de trastornos de conducta debe considerarse un proceso amplio donde la prevención de los factores y las situaciones de riesgo debe ser prioritaria, junto con la detección precoz de los síntomas e indicadores de posibles alteraciones emocionales y del comportamiento.

*b) De la intervención especializada y atención integral*

- La identificación de trastornos de conducta en los menores debe basarse siempre en un diagnóstico previo efectuado por profesionales especializados, donde se integren aspectos sanitarios, factores familiares, educativos y sociales que puedan influir en la aparición y mantenimiento de la problemática. El mismo deberá incluir indicaciones y pautas terapéuticas para el desarrollo de la intervención, que orienten la actuación profesional desde otros servicios.
- El abordaje de los problemas de trastornos de conducta en los menores de edad requiere una intervención especializada de carácter integral, tanto a nivel individual como sociofamiliar, que englobe las distintas áreas de desarrollo personal y atienda las diversas alteraciones y manifestaciones a nivel físico, psicológico, emocional y comportamental. Ello supone la actuación planificada y coordinada de profesionales y recursos de diferentes ámbitos y disciplinas, además de integrar a la familia como un agente esencial en el proceso terapéutico.

### *c) De la interdisciplinariedad y coordinación*

- Los centros para menores con trastornos de conducta deberán disponer, además de las condiciones y recursos materiales y funcionales adecuados, de un equipo de profesionales con la suficiente formación y capacitación técnica para el diseño y aplicación del plan personalizado de intervención y de las técnicas terapéuticas que en el mismo se establezcan. Se velará especialmente por prestar una atención diferenciada acorde al perfil y necesidades de los menores y de las menores y de sus diagnósticos.
- De igual modo, y en lo que respecta a la coordinación con profesionales de otros ámbitos, se actuará en función de los protocolos que se establezcan al efecto. En este sentido, se establecerán protocolos de actuación que faciliten la coordinación con profesionales de otros ámbitos que intervengan en el proceso de atención de menores con trastornos de conducta, especialmente en lo que respecta a Salud Mental, Educación y Justicia.
- La aplicación de las medidas socioeducativas y terapéuticas que conforman el plan personalizado requiere la participación y colaboración con el equipo del centro, de profesionales de otros dispositivos especialmente de las Unidades de Salud Mental Infantil y de la Adolescencia y de los recursos educativos y sociales, quienes cooperarán en el seguimiento y evaluación de acuerdo a sus responsabilidades y competencias.

### *d) De la excepcionalidad*

- Las necesidades e intereses de los menores que presentan trastornos de conducta deben presidir cualquier intervención profesional y se cuidará que ésta se desarrolle en el seno de su propio medio familiar.

- El internamiento de menores en centros específicos de trastornos de conducta debe considerarse siempre la última opción de la intervención, valorando medidas alternativas que promuevan la permanencia en su entorno familiar, con el apoyo de recursos especializados externos, o el acogimiento en otros núcleos familiares que puedan dar respuesta a sus necesidades.
- Cuando se considere inevitable, por las necesidades de los menores, su acogimiento en un centro residencial de trastornos de conducta se procurará que sea por el tiempo indispensable para la superación de las dificultades que propiciaron su entrada. A tal fin, y en base al diagnóstico previo elaborado, se diseñará un plan personalizado donde se establezca la intervención socioeducativa y terapéutica más idónea.

*e) De la normalización*

- La atención a las necesidades educativas y de integración familiar, social y laboral de los menores con trastornos de conducta se considerará un objetivo esencial del plan de intervención. De modo prioritario, siempre que no se considere inadecuado por la situación y necesidades específicas de los menores y de las menores, se utilizarán los recursos normalizados de la zona.

*f) De la garantía del ejercicio de los derechos fundamentales*

- El personal de los centros velará por la protección y garantía de los derechos que como menores les corresponden. Se les informará de las normas de convivencia del centro y de sus responsabilidades, así como de las medidas de refuerzo y de corrección ante cualquier vulneración de las mismas. Su

aplicación siempre tendrá un carácter educativo, no atentará contra su dignidad y será proporcional a la conducta manifestada.

- Los profesionales del centro deberán regirse por principios éticos y deontológicos en la atención, trato y relación directa con los menores.

### **5.1.2. Tipología y programas.**

Los programas que podrán desarrollar los centros específicos son los recogidos en el PEM para la atención de menores que puedan necesitar el abordaje de su problemática. Este instrumento define entre los programas destinados a la diversidad:

- a) El abordaje de graves trastornos del comportamiento relacionados con patologías psicosociales y educativas. Este tipo de programa va destinado a menores cuyos comportamientos devienen en altamente conflictivos, no necesariamente asociados a patologías psiquiátricas, que son incompatibles con la normal convivencia en los centros, afectando tanto a los propios sujetos como a otros y otras menores con quienes puedan compartir centro. Suponen la aplicación de técnicas y actuaciones muy estructuradas, destinadas a la contención y corrección con carácter terapéutico y socioeducativo de aquellas conductas o comportamientos altamente contrarios al modelo de convivencia, provocando el aprendizaje de comportamientos positivos y la asimilación de las reglas sociales básicas, con la finalidad del retorno de menores a centros donde se desarrollen programas de atención residencial básica. Es decir, en principio, este programa está orientado de forma transitoria hacia la integración en los contextos normalizadores. No obstante, se contempla la posibilidad de incluir casos de mayor permanencia, hasta la mayoría de edad,*



*trabajándose en estas situaciones todos aquellos aspectos derivados de la necesidad de integración social y laboral de cada menor.*

*b) El tratamiento de graves trastornos de la conducta asociados con **patologías psiquiátricas**. Son los casos en que los problemas conductuales están asociados a deficiencias o trastornos de tipo psiquiátrico en menores grave o profundamente afectados por dichas deficiencias o patologías. El abordaje de dicha problemática requiere una alta especialización, tanto de los recursos humanos y materiales, como de las propias condiciones espaciales, así como la combinación de técnicas, medios y procedimientos propios de la medicina psiquiátrica, con el esfuerzo rehabilitador y terapéutico realizado desde los instrumentos y estrategias provenientes del mundo de la intervención social y educativa. A pesar de tratarse de menores con el carácter de personas altamente dependientes, el programa específico siempre va encaminado a lograr las mayores cotas de independencia, normalidad e integración que cada caso permita.*

Además se considera necesario añadir el siguiente programa:

El tratamiento de graves trastornos de la conducta **asociados con la drogodependencia**. En estos casos en que los problemas conductuales están asociados al consumo de sustancias tóxicas adictivas. El abordaje de dicha problemática requiere una alta especialización, tanto de los recursos humanos y materiales, como de las propias condiciones espaciales, así como la combinación de técnicas, medios y procedimientos propios del abordaje de de la deshabitación con el esfuerzo rehabilitador y terapéutico realizado desde los instrumentos y estrategias provenientes del mundo de la intervención psicológica, social y educativa. El programa específico siempre

va encaminado a lograr las mayores cotas de independencia, normalidad e integración que cada caso permita.

### **5.1.3. Definición y características de los CTC**

Son recursos de acogimiento residencial de menores que desarrollan alguno de los programas de intervención específica establecidos en el punto anterior. En cuanto a su estructura, podrán presentar las características propias de casa o de residencia tal y como vienen ambos recursos definidos en el Decreto 355/2003 de Acogimiento Residencial de Menores.

Preferentemente los centros deberán abordar un único tipo de programa específico de atención a la diversidad. Entendiendo que de esa manera se proporcionaría a los menores una atención de mayor especialización y adecuación del programa a sus necesidades específicas. No obstante, se podría considerar la compatibilización de más de uno de estos programas específicos siempre que el centro cuente con las condiciones materiales y funcionales necesarias, con el equipo profesional especializado y diferenciado para cada uno de los programas de intervención y se apliquen los tratamientos indicados para cada tipo de problemática.

No será recomendable la compatibilidad de los programas cuando exista el riesgo de no diferenciar los tratamientos que requieren los menores en función del origen de la problemática presentada.

Los centros deberán contar con los requisitos materiales y funcionales generales regulados por la Orden de 28 de julio de 2000. Los CTC deberán disponer en todo caso de habitaciones de uso individual y de uso compartido, ajustando su utilización a las necesidades de los menores en cada fase de la intervención. Además, deberán

contar con espacios diferenciados para visitas, terapia individual, terapia grupal, y demás espacios contemplados en la Orden citada.

## **5.2. Recursos humanos**

### **5.2.1. Equipos profesionales**

Los CTC deberán contar con un equipo técnico y educativo suficiente para abordar el encargo que el programa conlleva. Este equipo tiene como característica principal su especialización. Deberán estar formados, al menos, por:

- Director/a
- Coordinador/a educativo/a
- Psicólogo/a
- Trabajador/a Social
- Educadores/as sociales

Además, podrán existir otras figuras profesionales que no deberán sustituir al equipo principal, como por ejemplo monitores de ocio y ocupacionales, profesores, médicos y/o pedagogos. La atención psiquiátrica se llevará a cabo preferentemente por los profesionales del sistema público de salud. No obstante, en aquellos centros que cuenten con esta figura profesional, deberán establecer en cada programa individualizado los mecanismos de coordinación con el sistema público.

La entidad titular del centro garantizará las condiciones laborales y profesionales apropiadas, en la medida que esa variable afecta directamente a la calidad de la atención a los menores.

### **5.2.2. Perfiles profesionales, formación y especialización**

Las figuras del director o directora y de los coordinadores o coordinadoras deberán contar con una titulación académica mínima de grado universitario en el área de ciencias sociales o de la salud (o sus equivalentes universitarios de diplomatura o licenciatura). Preferentemente deberán contar con un postgrado en el área de atención a la infancia y la familia y con experiencia previa en el campo de la atención a la infancia y adolescencia.

Los perfiles de los psicólogos o psicólogas podrán ser:

1. Titulados en la especialidad de Psicología Clínica (Real Decreto 2490/1998).
2. Graduados o Licenciados en Psicología con formación de Master o Postgrado en intervención con infancia y/o adolescencia.

Ambos perfiles deben incluir una formación especializada en el tratamiento de problemas clínicos con infancia y adolescencia.

Los trabajadores y trabajadoras sociales deberán contar, además de la titulación correspondiente, con una formación de Master o Postgrado específica en atención a la infancia y adolescencia en riesgo además de experiencia previa en la intervención con infancia y adolescencia.

Los educadores y educadoras sociales contarán con la titulación de grado correspondiente además de una formación de Master o Postgrado específica en atención a la infancia y adolescencia en riesgo así como de experiencia previa en la intervención con infancia y adolescencia.

Todas las figuras profesionales que conformen estos equipos deberán participar en un programa de formación continua o de supervisión profesional permanente.

Las funciones de estos profesionales serán las recogidas en el Reglamento Marco de Organización y Funcionamiento en los centros de protección de menores en el ámbito de la Comunidad Autónoma Andaluza.

### 5.2.3. Ratios

Debido al carácter especializado de los centros residenciales específicos, la ratio de personal con respecto al número de menores deberá ser superior a la de los residenciales básicos o centros de acogida inmediata. En estos recursos encontramos:

Nº PLAZAS	CAI			BÁSICO		
	Educadores / Monitores	Eq.Técnico	E.Directivo	Educadores/ Monitores	Eq.Técnico	E.Directivo
0-6	-			3*	0,20 Ps. 0,20 TS	*Uno de los educadores tiene funciones de dirección.
6-12	5	0,75 Ps. 0,75 TS	1 Dir.	5*	0,30 Ps 0,30 TS	*Uno de los educadores tiene funciones de dirección.
13-20	8	1 Ps. 1 TS	1 Dir.	7*	0,45 Ps. 0,45 TS	*Uno de los educadores tiene funciones de dirección.
Más de 20 (hasta 35)	12	2 Ps. 1 TS	1 Dir. 1 Sudir.	9*	0,66 Ps. 0,66 TS	*Uno de los educadores tiene funciones de dirección.

En el caso de los CTC las ratios deberán ajustarse mínimamente a esta norma siendo recomendable, por las necesidades especiales de los menores, el aumento de la ratio en la proporción que se ofrece en el siguiente cuadro:

Nº PLAZAS	Centros para Menores que presentan Trastornos de Conducta		
	Educadores*	Eq.Técnico	E.Directivo
0-8	Mín. 8	1 Ps 1 TS	1 Dir. 1 Coord*
9-16	14 (aprox. Nº menores x 0,875)	2 Ps 1 TS	1 Dir. 1 Coord*
17-25 (max.)	17 (aprox. Nº menores x 0,875)	3 Ps 1,5 TS	1 Dir. 1 Coord.

\*Los monitores no sustituirán a los educadores

\*Con funciones de educador

### **5.3. Derechos de los menores en los CTC**

Los derechos y deberes de los menores serán los recogidos en la legislación andaluza, ajustada a derecho y recoge los convenios internacionales y declaraciones universales sobre derechos de la infancia.

En el caso de los CTC se deberá prestar especial atención a algunos derechos que por las características de los programas que se desarrollan en los CTC se garantice el cumplimiento de los derechos de los menores.

#### **5.3.1. Derecho a ser oído**

En el caso de los menores que presentan trastornos de conducta, cuando se vaya a tomar la decisión de trasladarles a uno de estos recursos especializados y una vez ingresados, cuando se les vaya a aplicar un tratamiento psicológico o médico se tendrá especial observación del ejercicio de este derecho.

#### **5.3.2. Derecho al honor y la intimidad**

Este derecho fundamental podría verse vulnerado en los centros específicos si no se crean condiciones adecuadas en las situaciones de: registro personal, registro de pertenencias y comunicaciones con el exterior. Para preservar el derecho a la intimidad tal y como recoge la Ley, los menores deberán contar con tiempos y espacios propios.

### ***5.3.3. El derecho a la libertad***

Este derecho se pone especialmente de manifiesto en las situaciones en las que se practiquen medidas de contención o el aislamiento temporal del menor como aplicación de una medida disciplinaria y en los tiempos en los que el menor permanece en su habitación.

### ***5.3.4. Derecho a la educación***

El derecho a la educación deberá estar garantizado con la asistencia a recursos educativos normalizados, no obstante, en aquellos casos en los que se considere necesario que en determinadas fases o períodos de la estancia en el centro los menores no salgan del mismo, se debe establecer mecanismos que garanticen este derecho.

### ***5.3.5. Derecho a las relaciones personales***

En ningún caso el régimen de relaciones personales del menor deberá verse afectado o ser utilizado como medida correctora o contingencia para corregir su conducta.

## 5.4. Estancia en el centro

### 5.4.1. Fases de intervención

La estructuración y planificación de los tiempos durante los que cada menor recibe acogimiento en un centro cobran aún mayor relevancia en el caso de que estos ofrezcan un programa especializado, resultando un aspecto fundamental para la prestación de un servicio de calidad. El ROF propone que el tiempo de acogida de un menor en cualquier tipo de centro se organice en tres fases: el ingreso, la estancia y la salida.

Los aspectos relacionados con el ingreso y la salida de los menores de un CTC serán abordados en el capítulo 6 de este informe. Este capítulo se centra en todas aquellas cuestiones que afectan al período de estancia, que abarca desde el ingreso hasta la salida del menor de este tipo de centros. La planificación de la acción terapéutica y educativa así como el desarrollo del modelo de convivencia adquiere en el caso de los CTC algunas peculiaridades que se abordan en los siguientes epígrafes sobre la acción educativa y terapéutica.

A diferencia de los centros residenciales básicos, en los que el tiempo de estancia viene determinado fundamentalmente por la evolución del caso en cuanto al cumplimiento de objetivos en función del programa general en el que se venga trabajando (separación provisional y reintegración en el núcleo familiar, separación definitiva y preparación del menor para su acogimiento en familia extensa o ajena en sus diferentes modalidades, separación definitiva y preparación para la emancipación), la permanencia en los CTC es una estancia transitoria que se inserta dentro del plan general de intervención con cada menor y viene mayormente determinada por la superación de dificultades en el comportamiento por parte de éste, que puede coincidir o no con el cumplimiento de esos otros objetivos definidos en el plan general de intervención con el menor. Por tanto, se debe poner especial atención en la planificación de la intervención educativa y terapéutica durante el



tiempo de estancia del menor. Los profesionales del CTC deben plantear sus objetivos de intervención propiciando de forma progresiva el acceso del menor a los recursos normalizados y a la adquisición de mayores cotas de autonomía y participación en la vida del centro.

#### **5.4.2. Acción educativa y terapéutica**

No debemos olvidar en ningún momento, tal como se ha ido reflejando a lo largo del presente informe, que el motivo principal de la atención de estos menores en recursos residenciales es su situación de desprotección o maltrato presente en su núcleo familiar de origen. Por tanto, en la mayoría de estos casos la aparición de los problemas de conducta se encuentra asociada en su origen con el maltrato sufrido por el menor en su familia o incluso es una consecuencia iatrogénica de la propia separación familiar y el internamiento en distintos recursos residenciales.

Existen suficientes estudios que constatan cómo los menores que han sufrido situaciones de maltrato en su familia muestran una incompetencia social en su interacción con iguales, que se manifiesta en conductas agresivas y/o retraimiento social (Cerezo, M.A. 1995). Los niños que padecen malos tratos manifiestan un funcionamiento comportamental problemático que se integra en la categoría de problemas de conducta o externalizantes. (De Paul y Arruabarena, M.I. 1995).

Por tanto, desde un punto de vista psicológico, estas conductas que podrían interpretarse como carentes de sentido tienen que ver con el estilo de relación maltratante que estos menores han mantenido con sus progenitores. Así, aquellos menores que han sufrido maltrato físico presentan una alta probabilidad de aprender a utilizar la agresión como forma de relación interpersonal y resolución de conflictos. A base de no haber tenido la experiencia de la mutualidad, de la toma en

consideración de sus deseos, no aprenden la empatía o el ponerse en el lugar del otro, que resulta esencial para las relaciones de cooperación y buena armonía con los demás. Acostumbrados a un comportamiento despiadado hacia ellos, aprenden a interpretar en negativo la conducta de los demás; incluso conductas de otros que son triviales y no malintencionadas son interpretadas como amenaza o agresión, con lo que aumenta la posibilidad de responder ante ellas de manera desproporcionadamente agresiva. Desarrollan un modelo mental de los demás como personas peligrosas y amenazadoras, como no disponibles para atender, cuidar y expresar cariño. Finalmente, aprenden un modelo mental de relaciones interpersonales en el que están ausentes la negociación, la reciprocidad y la mutualidad, y en el que la agresión y la rabia están sobre-representadas. Carecen de habilidad para leer correctamente y en positivo las intenciones de los demás, lo que hace que sus relaciones interpersonales y sociales sean muy problemáticas (Palacios, 2008).

Por tanto, a la hora de llevar a cabo la acción educativa y terapéutica desde el centro, debemos tener siempre presentes estas consideraciones y mostrar en primer lugar de forma evidente nuestra capacidad de entender la conducta del menor, analizarla de forma objetiva y poder prestarle la ayuda necesaria. Además de esto y tanto desde los agentes educativos como terapéuticos se debe marcar claramente la discontinuidad con su situación familiar, marcándose ahora la protección, seguridad y compromiso con su bienestar. Independientemente de la gravedad de sus comportamientos, el menor no debe percibir que nuevamente se le menosprecia o no se le toma en consideración, ya que de esta forma se estaría confirmando sus convicciones anteriores. Es necesario que aprenda en su relación actual con los adultos del centro, (educadores, técnicos e incluso otro personal) que otro tipo de relación es posible y válida, que se respetan sus derechos y se le tiene en consideración como persona. Esta forma de actuar no solo no está reñida con la

aplicación de normas claras de convivencia sino que además resulta complementaria, ya que en la situación de maltrato de procedencia estas normas por lo general también están ausentes o se aplicaban de forma desorganizada.

Lógicamente si nos encontramos en este contexto residencial quiere decir que se trata de menores profundamente dañados y para los cuales las intervenciones educativas o terapéuticas aplicadas hasta ahora han sido insuficientes y será necesaria la puesta en marcha de tratamientos de mayor intensidad y especialización.

En este sentido, es fundamental para plantear cualquier objetivo de intervención que la acción educativa y terapéutica vaya dirigida inicialmente a que el menor perciba que es respetado como persona por todos los profesionales técnicos, educadores y de servicios del centro. Este es un objetivo primordial solo así se podrá plantear otros objetivos educativos o terapéuticos, en la medida en que el menor percibe que está siendo aceptado y respetado, las personas que lo tratan así pasan a ser referentes de influencia en su comportamiento. No debe confundirse que el menor perciba ese trato respetuoso con que lo considere el terapeuta o educador, debe comprobarse, debe ser él o ella quien corrobore que así se percibe.

Tanto a nivel terapéutico como educativo, los objetivos deberían formularse de la manera más clara y observable que sea posible, de forma que su cumplimiento pueda ser comprobado por el propio menor y vaya siendo consciente de sus logros. Además, la constatación del cumplimiento de esos objetivos formulados de manera clara serán a su vez la base para los criterios de finalización del programa, en los casos en los que ésta se produzca por cumplimiento de objetivos. Además de la constatación mediante observación del cumplimiento de los objetivos de la intervención, la evolución del menor en el curso del tratamiento deberá apoyarse en pruebas diagnósticas estandarizadas o escalas expresamente construidas que

permitan realizar medidas pre-post, y comparar las puntuaciones entre ellas con mayor fiabilidad. La evaluación deberá realizarse cada 3 meses (según establece el anteproyecto de la Ley Orgánica Complementaria al Anteproyecto de Ley de Actualización de la Legislación sobre Protección a la Infancia).

La consecución de objetivos educativos será más probable en la medida en que prime el uso del reforzamiento positivo de los comportamientos aproximados a los objetivos finales y se ignoren, en la medida de lo posible, otros comportamientos disruptivos incompatibles con los deseados.

Los reforzadores se definen de manera exclusiva para cada comportamiento de cada menor y debemos encontrar qué contingencia opera en cada caso particular. La evaluación de qué reforzadores funcionan para cada comportamiento de cada menor deberá formar parte del plan de intervención, pudiendo utilizar para ello la tecnología del análisis funcional del comportamiento. Así mismo, se optará por el uso de reforzadores naturales para facilitar el mantenimiento y la generalización de los objetivos conseguidos a contextos externos al centro. En ningún caso podrán ser utilizados como contingencias correctivas para el comportamiento las que estén relacionadas con los derechos básicos de las personas menores de edad en acogimiento residencial, entre ellas la privación de visitas o contactos familiares o la limitación en las comunicaciones, registros extraordinarios, administración de fármacos, cambios de habitación, traslados u otras que, si bien, son situaciones que podrían darse, nunca deben ser utilizadas como acciones correctivas.

La intervención terapéutica combinará el formato individual con el grupal y, siempre que sea posible, con la intervención familiar; deberá ser lo suficientemente duradera y con la cadencia oportuna; abordará todos los ámbitos de la vida del menor y estarán orientadas a hacia su competencia social y emocional. Además los

tratamientos que se utilicen deberán ser tratamientos empíricamente validados y que cuenten con soporte científico que avale su eficacia. En este sentido, los organismos de referencia a nivel internacional establecen como tratamientos eficaces para los trastornos de conducta la terapia multisistémica y la terapia de conducta (ver Eyberg, Nelson y Boggs, 2008).

Todos los cambios que el menor tenga que afrontar en su situación vital se le plantearán con antelación suficiente para que puedan trabajarse en un contexto terapéutico y educativo seguros, evitando improvisar el traslado y comunicación de esas noticias al menor. En la medida de lo posible, la persona menor debería participar en las decisiones relevantes que le afecten, o al menos, siempre deberá ser oído.

La acción educativa debe ir en consonancia con los objetivos del tratamiento o la acción terapéutica. Será imprescindible que se consensúen las acciones terapéuticas y educativas de manera que el menor en ningún caso acuse la descoordinación o desacuerdo; debe haber la mayor normalización en la acción educativa en relación a otros menores en sus entornos familiares o en centros más básicos.

De modo general en los CTC se atenderá a las fases de acogimiento especificadas en el ROF y se aplicarán todas las indicaciones recogidas en dicho documento marco.

La ocurrencia de incidencias en estas situaciones particulares deberá recogerse por escrito y comunicarse a las instancias responsables de la tutela del menor, Servicio de Protección de Menores o Dirección General de Infancia y Familias, Fiscalía de Menores y familia en su caso.

En los casos en los que el tratamiento que reciben los menores implique la administración de fármacos se podrá tomar como referencia lo establecido en el anteproyecto de Ley Orgánica Complementaria al Anteproyecto de Ley de Actualización de la Legislación sobre Protección a la Infancia que regula este aspecto en los siguientes términos:

- 1. La administración de medicamentos a los menores, cuando sea necesario para su salud, deberá tener lugar de acuerdo con la praxis profesional sanitaria, respetando las disposiciones sobre consentimiento informado, y en los términos y condiciones previstas en la Ley de Autonomía del Paciente.*
- 2. En todo caso deberá ser un facultativo médico autorizado quien prescriba la medicación y realice el seguimiento de su correcta administración y de la evolución del tratamiento.*

De modo general, para la aplicación de medidas de corrección se atenderá a lo establecido por el Decreto 355/2003 sobre acogimiento residencial de menores y la Orden de 23 de octubre de 2007 (ROF). Estas normas detallan tanto las conductas que alteran gravemente la convivencia como las medidas correctoras que pueden aplicarse como respuesta y las condiciones en las que deben llevarse a cabo:

- Edad del menor
- La situación personal y social
- Su proyecto educativo
- El plan de intervención
- La perturbación del funcionamiento del centro y los perjuicios causados

- El carácter educativo recuperador, no meramente sancionador, de la corrección.

Además establecen los límites en cuanto a la aplicación de las medidas correctoras, que no podrán implicar directa o indirectamente castigos corporales, maltrato psíquico, privación de alimentación o del descanso, privación del derecho a sus relaciones personales, privación al derecho a su educación obligatoria y de asistencia al centro escolar, cuando el menor siga una escolarización regular en un centro educativo, ni atentar contra la dignidad de las personas mediante acciones que conduzcan a su humillación o ridiculización.

Cuando en un centro se utilicen, en razón de la gravedad de determinados comportamientos perjudiciales para la convivencia y que pongan en peligro la integridad del propio menor o de otras personas de su entorno, algunas medidas restrictivas tales como la contención o el aislamiento se tomará como referencia lo recogido en el anteproyecto de la Ley Orgánica Complementaria al Anteproyecto de Ley de Actualización de la Legislación sobre Protección a la Infancia que regula este aspecto en los siguientes términos en cuanto a la contención:

- 1. El personal del centro solo podrá usar medidas de contención con los menores como medida de último recurso, en defensa propia o en casos de intentos de fuga, resistencia física a una orden legal, riesgo directo de autolesión, daños a otros o daños graves a la propiedad.*
- 2. El uso de esas medidas deberá realizarse de acuerdo con el principio de proporcionalidad, con la mínima intensidad posible y por el tiempo estrictamente imprescindible.*
- 3. El personal encargado de ejecutar las medidas de contención debe haber recibido formación específica sobre la materia y sobre el tratamiento de personas menores de edad.*

Y en cuanto al aislamiento:

- 1. El aislamiento mediante la permanencia de un menor en un espacio del que se impide su salida solo podrá utilizarse como medida de contención y con carácter excepcional , en prevención de actos violentos, autolesiones, lesiones a otros menores residentes en el Centro, al personal del mismo o a terceros, así como daños graves a sus instalaciones.*
- 2. El aislamiento no podrá exceder de seis horas. Durante el periodo de tiempo en que el menor permanezca en aislamiento estará acompañado, o supervisado por un educador.*
- 3. El aislamiento podrá ejecutarse en la propia habitación del menor. Deberá ser acordado por el Director del Centro o persona que le sustituya y habrá de notificarse al Ministerio Fiscal. Se aplicará puntualmente en el momento en el que sea preciso y en ningún caso con posterioridad o como medida disciplinaria. Si fuera necesario, se recabará el auxilio de los servicios de urgencia correspondientes.*

En los casos en los que sea necesaria la administración de fármacos de manera extraordinaria, siempre se requerirá la prescripción médica correspondiente.

#### **5.4.3. Instrumentos para la intervención individualizada con el menor**

En la Orden PEM se especifican los informes que se deben emitir sobre los menores: informe de observación inicial, informe de seguimiento, informe propuesta e informe final. Además de la información que deben recoger los informes señalados, en el caso particular de los centros para menores que presentan trastornos de conducta, se deberá añadir:

- El diagnóstico del menor al ingreso y una actualización del mismo en caso necesario.



- Una formulación clara de los objetivos terapéuticos a trabajar con el menor y un pronóstico de la evolución del menor en el programa.
- La descripción de los procedimientos que se van a emplear o se han empleado en el tratamiento.
- Los resultados que se van obteniendo en el curso del tratamiento y las modificaciones a llevar a cabo en el plan, en el caso en que los objetivos no se estén cumpliendo.
- Recomendaciones para el mantenimiento de los objetivos alcanzados en el programa a los profesionales o familiares que proceda en cada caso, cuando se produzca la salida del menor del centro.

Los plazos de estos informes serán los recogidos en la referida norma (PEM) aunque los menores atendidos en esos centros requerirán un seguimiento más continuado, por lo que es recomendable una periodicidad de 3 meses para la emisión de los informes de seguimiento.

#### ***5.4.4. Coordinación con otras instituciones y servicios.***

La coordinación es un instrumento fundamental en la intervención. En el apartado 3.2 del ROF sobre “Derechos y garantías. Deberes”, se hace mención expresa a este instrumento señalando que una de las acciones para garantizar al menor el derecho a la atención integral será la coordinación adecuada entre los distintos miembros del equipo de profesionales que participan en su atención, y entre aquéllos y las diferentes instituciones y recursos de la red social.

En los CTC se tendrá especial consideración a este aspecto de la intervención, atendiendo a todo lo recogido en el ROF en su apartado 7, dedicado íntegramente a este tema, no obstante se debe prestar especial atención a:

- La coordinación con el SPM respectivo responsable del expediente del menor a través del establecimiento con el Equipo de referencia en el SPM de un calendario de reuniones de seguimiento en cada caso.
- El establecimiento de acciones de coordinación con el Equipo de Salud mental, de la provincia en la que se encuentra el centro o de la provincia de la que procede el menor, sobre todo cuando éste sea objeto de tratamiento farmacológico. Estas acciones de coordinación deberán ser supervisadas por el Equipo de referencia en el SPM.
- El establecimiento de acciones de coordinación con los servicios, recursos y profesionales responsables de la intervención en el ámbito familiar cuando proceda, con el conocimiento y/o participación del Equipo de referencia en el SPM.

La coordinación adquiere también una gran relevancia en los momentos de ingreso y de salida de un menor de un CTC, aspectos que se han recogido en el protocolo de derivación que contiene este informe.

## **5.5. La familia del menor**

Las cuestiones relativas al papel de la familia están ampliamente recogidas en el apartado 6 de la norma que venimos mencionando (ROF) que nos recuerda que la intervención con la familia estará siempre en función de las necesidades e intereses de cada menor, tendrá la consideración de área fundamental, tanto del propio centro, como del Servicio Especializado de Protección de Menores correspondiente, tanto en los casos en los que la finalidad sea la reagrupación familiar como en aquellos otros en los que se prevea la continuidad del menor en acogimiento

residencial u otras alternativas diferentes a su propia familia y en los que será necesario plantear acciones para preservar la identidad y los contactos familiares.

El plan de intervención general con el menor así como el plan específico de intervención del centro deben recoger en un apartado específico las acciones a realizar con la familia, bien estableciendo los mecanismos de coordinación cuando otras instancias vengan interviniendo o sea aconsejable que intervengan, bien cuando la intervención familiar se prevea desde el propio centro.

En ambos casos la planificación de la intervención familiar directa o indirecta debe estar liderada por el Equipo de referencia en el SPM que debe considerar en todo momento el papel vital y decisivo de los profesionales del centro sobre todo en el seguimiento de la evolución del caso y en el establecimiento de cambios respecto al régimen de relación del menor con sus familiares.

Los derechos y deberes de la familia de los menores en CTC son los reconocidos en la legislación vigente y las acciones para garantizarlos están suficientemente recogidas en el ROF. Dadas las peculiaridades de los CTC, estos deberán disponer de espacios adecuados para la recepción de las familias y para los tiempos previstos que hayan de permanecer con los menores en el centro. Igualmente cuidaran y realizarán acciones de seguimiento de las salidas del menor al domicilio cuando estas procedan de acuerdo con su plan de intervención y deberán tener presente lo inadecuado del uso de las relaciones familiares como medida de refuerzo positivo o negativo del comportamiento del menor.

## 6. Propuesta de Protocolo de derivación a centros de acogimiento residencial para menores que presentan trastornos de conducta

El Proyecto Educativo Marco para los centros de protección de menores en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, además de definir los programas que en éstos se pueden desarrollar, asigna entre las funciones que deben cumplir los centros la siguiente

*Detección de las especiales necesidades de atención social, pedagógica, sanitaria o psicológica que puedan presentar a las personas menores de edad, garantizando una respuesta adecuada a las mismas, tanto desde los recursos propios del Centro, como desde el aprovechamiento o movilización de otros recursos externos, siempre desde el criterio de la tendencia a la normalización (Apartado 5.2)*

Subyace en esta función la idea de **que los centros residenciales tengan un carácter preventivo** detectando las especiales necesidades de algunos menores, así como la de tener en cuenta el Principio de normalización e individualización.

En este mismo documento y referido a los menores que van a requerir de tratamientos específicos se añade:

*Dado que los centros de protección de menores deben fomentar la integración y la normalización, también se atenderá, desde programas de atención residencial básica, a menores que presenten algún tipo de discapacidad leve o moderada, situaciones transitorias que exijan tratamientos específicos o cualquier otra necesidad (derivada de la edad, el sexo, la cultura, el idioma...) que, exigiendo apoyos o adaptaciones programáticas (técnicas, instrumentos, recursos...), no precisen de una atención especializada ni en recursos humanos o materiales, ni en un entorno segregado.*

*La característica esencial de los Programas complementarios del Programa de Atención Residencial Básica es que son de aplicación generalmente individual: cuando por los Servicios correspondientes se aprecie la existencia de menores que, bien de forma transitoria por la temporalidad de la situación, o bien si se trata de una necesidad de carácter leve o moderado, más permanente, requiera de una atención más específica, se les incluirá en el programa complementario correspondiente sin que sea necesaria la salida del centro en el que se encuentra o que se le destine a un centro de carácter específico, dado que la problemática o situación que presenta puede ser trabajada desde los recursos generales. En la fundamentación de este tipo de programas se encuentra la creencia de que, si entendemos que el recurso residencial debe ser lo más parecido posible a un hogar familiar, es lógico y coherente y así se haría desde una familia común, que si se presenta alguna de las situaciones que a continuación se recogen, éstas sean abordadas sin desvincular a la persona de su medio PEM 5.4.b).*

Varias cuestiones se deducen de estos epígrafes:

- Considerar que los programas para TC en recursos SEGREGADOS deben ser utilizados únicamente en aquellos casos en que otras medidas no hayan dado resultado.
- Necesidad de concretar los programas complementarios, considerando:
  - 1.- La necesidad de establecer procedimientos de **coordinación** con aquellos recursos destinados a los problemas de conducta dependientes de otras instituciones (salud, educación y justicia en los casos de menores infractores) y maximizar su aprovechamiento.
  - 2.- La necesidad de instaurar aquellas **medidas de apoyo** para implementar recursos materiales y humanos que refuercen la actividad del **centro**

**residencial básico** cuando en este conviva algún menor que presente especiales dificultades relacionadas con los TC.

El mismo PEM define los programas específicos y complementarios al programa residencial básico, y los destinados al tratamiento a menores con conductas socialmente conflictivas, ya referidos en el capítulo 2.

Sin embargo esta normativa puede resultar insuficiente cuando se deben concretar aspectos referentes a las derivaciones de menores a centros con programas específicos o de éstos hacia la familia, a centros residenciales básicos y a recursos complementarios, para así cumplir con algunos de los principios que inspiran nuestras normas sobre protección y ser consecuentes con las concepciones sobre la infancia que subyacen en las mismas.

Las cuestiones relativas al ingreso de los menores en centros de protección están recogidas de forma genérica en la ORDEN de 23 de octubre de 2007, por la que se aprueba el reglamento marco para la organización y funcionamiento de los centros de protección de menores en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

## ***6.1. Ingresos en los centros específicos para menores que presentan trastornos de conducta***

### ***6.1.1. Criterios para la derivación***

Como criterio general se deben tener siempre en cuenta estas premisas:

1. Se debe tener siempre presente que los CTC son recursos residenciales para menores sujetos a medidas de protección y, por tanto, bajo medidas de guarda o desamparo dictadas por la Entidad Pública competente. En ningún momento se deben utilizar estos recursos para menores que aún presentando graves trastornos de conducta no se encuentren en una situación de desprotección declarada por dicha Entidad.
2. La base para elegir un recurso segregado para el tratamiento de personas que presentan TC se centre no solo en la gravedad del trastorno sino principalmente en la ineficacia de otras alternativas que no impliquen tal segregación. Para ello es importante que los recursos existentes sean recursos válidos dotados de instrumentos, profesionales y técnicas suficientes para abordar la complejidad de estos problemas.
3. Se debe considerar el CTC como un recurso de carácter provisional al que el menor accede porque necesita un tratamiento muy especializado. Y es provisional porque se ha de entender el internamiento como una pieza más en la atención de las necesidades del menor, en un proceso que debe estar diseñado a corto, medio y largo plazo, lo que implica que las Administraciones responsables de la protección del menor deben prever planes individualizados que no se agotan en el internamiento. Debería ser por tanto una condición indispensable para el ingreso que el menor cuente con un plan de intervención diseñado que establezca objetivos y plazos durante el internamiento, objetivos una vez salga del centro y recursos complementarios que garanticen la continuidad del tratamiento.

4. Los CTC deben contar con la especialización y los medios necesarios para desarrollar los programas de tratamiento que el menor requiera.

Los criterios específicos que se deberían considerar para la derivación de menores a CTC serían:

- a) Que la entidad pública competente haya determinado declarar la situación legal de desamparo del menor o bien haya asumido su guarda.
- b) Que el menor presente un grave trastorno del comportamiento, relacionado con patologías psicosociales y educativas, una adicción grave a cualquier tipo de drogas o un grave trastorno de la conducta, asociado con patologías psiquiátricas cuyas necesidades específicas requieren de un abordaje segregado en base a comportamientos incompatibles con la normal convivencia en los centros, afectando tanto a los propios sujetos como a otros y otras menores con quienes puedan compartir centro. La existencia de estos trastornos deberán estar convenientemente avalados por una evaluación e informe correspondiente<sup>1</sup>.
- c) Que se le faciliten o se le hayan facilitado formas alternativas de tratamiento al internamiento en el centro específico en el propio centro de origen o en su entorno familiar utilizando los programas complementarios y que estos hayan resultado ineficaces.
- d) Que el menor sea mayor de 12 años.

---

<sup>1</sup> Nuestra normativa recoge la posibilidad de que menores con graves trastornos de la conducta asociados con patologías psiquiátricas ingresen en centros. Sin embargo el art. 26 punto 1 de Anteproyecto de Ley Orgánica Complementaria al Anteproyecto de Ley de Actualización de la Legislación sobre protección a la Infancia específica que no podrán ser ingresados en estos centros los menores que sufrieren enfermedades mentales que, siendo graves, requieran un abordaje específico. Habría que definir en algún momento la delimitación de estas patologías y la gravedad de las mismas.



## **6.2. Procedimiento para el ingreso**

### **6.2.1. Detección**

Un aspecto importante en el procedimiento que se ha de seguir para el ingreso de menores en CTC es la **detección del problema**. En este sentido se ha de considerar que una de las funciones de los centros recogida en la normativa, a la que ya hemos hecho mención con anterioridad, es la detección de las especiales necesidades que algunos menores pueden presentar con la finalidad de propiciar respuestas adecuadas, bien desde el propio centro o bien movilizando otros recursos.

Por otro lado, en las situaciones de riesgo que pueden afectar a menores sin que aquellas requieran de la separación del menor del medio familiar, interactúan otros profesionales que pueden también realizar funciones de detección, como los Equipos de Tratamiento Familiar.

La detección precoz va a permitir que se prevean respuestas también preventivas en relación con el ingreso de menores en CTC.

En este sentido sería imprescindible utilizar instrumentos de detección o *screening* estandarizados breves por parte de los diferentes recursos o dispositivos mencionados de manera que faciliten aunar los criterios de derivación y agilicen los procedimientos de valoración.

### **6.2.2. Toma de decisión**

La decisión para constituir el acogimiento residencial, designar el centro, los traslados, así como aprobar el plan de intervención correspondiente y el régimen de relaciones personales, corresponde a la CPMP de la provincia donde reside el menor.

Esta decisión debe estar basada en las propuestas realizadas por los diferentes Servicios de Protección y a su vez fundamentada en los estudios, diagnósticos y propuestas realizadas en otros niveles profesionales (técnicos del centro y/o de los servicios complementarios).

### **6.2.3. Requisitos**

- a) Resolución de la Comisión Provincial de Medidas de Protección de Menores que contenga la situación legal del menor (tutela o guarda), designación del centro y régimen de relaciones. .
- b) Valoración diagnóstica que justifique y fundamente el ingreso en el centro especializado.
- c) Propuesta del SPM correspondiente (Referida a la propuesta justificativa de la necesidad del centro).
- d) Audiencia del menor.
- e) Autorización judicial en los casos que proceda. Notificación en 24 horas al Juez cuando por razones justificadas y de urgencia la Entidad Pública acuerde el ingreso de un menor previo a la autorización judicial.

### **6.2.4. Propuestas**

En la **realización de propuestas** que incluyan el ingreso de un menor en un CTC, el procedimiento debe prever:

- Que el menor cuente con un plan de intervención que sirva de base a la propuesta justificativa necesaria para su ingreso, evitando así la estigmatización y que las referidas propuestas estén basadas en un cúmulo de

partes de incidencias. Dicho plan deberá ser evaluable en términos objetivos, de manera que nos permita extraer conclusiones claras sobre los cambios en el comportamiento del menor.

- Que tal propuesta sea elaborada por el SPM correspondiente (ver propuestas sobre equipos especializados en capítulo 7) y fundamentada en valoraciones rigurosas de “Estudio, diagnóstico y pronóstico”, desde una perspectiva psico-socio-educativa. Que, en los casos que proceda, además cuente con un diagnóstico desde la psicología clínica y/o la psiquiatría infantil.
- Además que dicha propuesta esté supervisada por una comisión especializada que podría estar formada por técnicos especializados en TC de los propios servicios, personal de centros y especialistas externos (ver propuestas sobre comisión especializada en capítulo 8).

#### **6.2.5. Audiencia del menor**

Es necesario que las actuaciones que se realicen para hacer efectivo este derecho no se conviertan en un trámite burocrático sin más, entendiéndose por tanto que se debe propiciar la participación del menor en la toma de decisión y facilitar la comprensión del significado de su ingreso en un CTC. Esto no implica que la decisión se haga depender de la opinión del menor, pero sí que se debe garantizar su participación y comprensión de la misma. Esta actuación debe tener su reflejo en un documento escrito.

Se deberá designar quién de los profesionales, que están interviniendo o van a intervenir con el menor, es el más adecuado para ello. Como propuesta general

puede considerarse que la audiencia tenga lugar mediante comparecencia del menor ante un técnico del equipo especializado y un profesional del centro (dirección, equipo técnico o educador/tutor).

#### **6.2.6. Autorización judicial**

En la normativa autonómica andaluza se recogía la necesidad de contar con autorización judicial para el ingreso en este tipo de centros. (PM 5.4.c), sin embargo tal como se ha comprobado en el protocolo de recogida de datos, esta práctica solo se realiza de forma sistemática en aquellos centros que tienen carácter psiquiátrico.

En nuestra normativa autonómica actual se recoge que el ingreso de menores en CTC (PM 5.4.c) debe contar con la autorización judicial como medida de garantía del derecho a la libertad.

El art. 26 del Anteproyecto de Ley Orgánica Complementaria al Anteproyecto de Ley de Actualización de la Legislación sobre Protección a la Infancia considera necesario este requisito en todos los casos de ingresos en los supuestos de centros que utilicen habitualmente medidas de contención y de restricción de libertad, garantizando en todo caso el derecho del menor a ser oído. Dadas las características de los centros especializados para trastornos de conducta en nuestra Comunidad Autónoma, y una vez se apruebe dicha norma legal, se deberá requerir dicha autorización judicial en todos los ingresos a dichos centros, en la forma que se prevea en la misma.

### 6.3. Actuaciones técnicas y administrativas

Cuando se detecte desde un recurso residencial que las necesidades específicas de un menor que presenta trastornos de conducta y que pudieran requerir de un recurso diferenciado se llevarán a cabo las siguientes actuaciones:

- a) El centro de acogida inmediata o residencial básico donde se encuentra el menor debe elaborar un informe propuesta, detallando las medidas educativas y terapéuticas llevadas a cabo así como los programas complementarios utilizados, analizando los resultados o, en su caso, justificando que no se hayan recurrido a estos.

El centro aportará el estudio social, psicológico y educativo realizado por los profesionales del mismo y adjuntará los informes que existan de los recursos en los que el menor haya sido atendido. Entre dichos informes resulta imprescindible que se conste el diagnóstico del menor que justifique y fundamente el ingreso en el centro especializado.

- b) El SPM, debe realizar una revisión del diagnóstico y de la propuesta, elaborará el correspondiente Informe Propuesta, formulará el Plan de Intervención y elevará la propuesta y el plan a la CPMP para su aprobación. El Plan de Intervención debe contemplar los objetivos del internamiento en dicho centro, las actuaciones a llevar a cabo por los distintos recursos, su temporalidad, el régimen de relaciones propuesto y el tiempo para su revisión.
- c) Se le dará audiencia al menor.
- d) En aquellos casos en que no exista un centro de estas características en la provincia o no se disponga de plazas, la CPMMP resolverá mediante resolución administrativa, la constitución del acogimiento del menor en un

centro especializado especificando la temporalidad de dicho acogimiento, atendiendo al principio de provisionalidad que requiere el ingreso en este tipo de recursos, asimismo determinará el régimen de relaciones personales.

Cuando en la propia provincia no se cuente con recursos residenciales propios de CTC o no tenga plazas disponibles, el SPM solicitará a la DGIF la petición de plaza. La DGIF asignará la plaza más apropiada para las necesidades del menor en cada caso y de acuerdo con la disponibilidad de las mismas.

- e) El SPM comunicará la Resolución al menor, los padres o tutores, el centro residencial básico, Fiscalía de Menores, Dirección General de Infancia y Familias y Juzgado correspondiente. En los casos que proceda, el SPM podrá requerir la colaboración de otros profesionales para la comunicación al menor y su familia que, en ambos casos, no debería quedar en un trámite únicamente formal.
- f) El equipo de referencia en el SPM contactará con el centro residencial básico y con el CTC para concretar aspectos del traslado, convocando una reunión previa al internamiento y en los casos de urgencia a celebrar en un plazo razonable. En aquellos casos que la tutela o guarda se haya resuelto de forma reciente y el menor haya residido con su familia, el mismo equipo contactará con la familia para conocer la problemática del menor y los posibles recursos a los que hayan recurrido. Si otros equipos profesionales han intervenido en el caso, se deberán propiciar contactos con los mismos.
- g) Con anterioridad al ingreso, se remitirá al centro la siguiente documentación:
  - Resolución administrativa.
  - Informe propuesta realizado por el SPM.
  - Diagnóstico.

## 6.4. Procedimiento de urgencia

Los problemas asociados a trastornos de conducta no aparecen de forma espontánea aunque se den casos de menores que al acceder a los centros (normalmente primera acogida) ya se detecte que el chico o la chica pueden presentar un TC, en ocasiones asociado a una adicción grave a sustancias tóxicas o a una enfermedad mental que puedan requerir un tratamiento segregado y que sin embargo no cuenten con estudios y valoraciones diagnósticas. O chicos que recorren diferentes recursos que abandonan y por tanto no ha existido el tiempo necesario para atender y trabajar su problemática.

A veces las peticiones de urgencia vienen motivadas por la aparición de un conflicto en el que se ha producido grave riesgo para la integridad del propio menor, los otros menores o el personal del centro. Quienes protagonizan estos conflictos no siempre presentan un trastorno de la conducta grave que requiera de un recurso altamente especializado.

Teniendo en cuenta, como así indican los datos recogidos en el Protocolo expuesto en el apartado 4, que existe un volumen importante de menores que ingresan en estos centros de forma urgente sin la correspondiente valoración diagnóstica, es necesario que en estos casos tengamos en cuenta las siguientes consideraciones:

- a) Los ingresos con carácter de urgencia deben ser considerados de forma excepcional y totalmente justificados.

- b) Deberán acompañarse al menos de una información mínima indispensable sobre el comportamiento del menor en el centro de procedencia. En ese sentido se propone elaborar una Hoja de Evaluación que facilite la sistematización de la información y que pueda cumplimentarse en caso de estancias muy breves en centros residenciales básicos o primera acogida.
- c) Así mismo, en todos los casos, se deberá contar con la correspondiente propuesta del equipo técnico del SPM, la cual deberá ser elevada a la CPMP para su aprobación.
- d) Una vez se produzca el ingreso de urgencia y en el plazo máximo de quince días se debe disponer de los medios necesarios para la realización del diagnóstico que justifique el ingreso del menor en este tipo de centros. Si se confirma el mismo se deberá elaborar el plan de intervención y continuar el procedimiento como en los ingresos ordinarios. En caso contrario el menor deberá regresar al recurso de procedencia en el menor tiempo posible.
- e) Si bien en estos casos no es posible realizar la reunión de coordinación previa al ingreso, resulta recomendable que dicha reunión se realice una vez el ingreso se ha producido y se ha valorado la idoneidad del mismo.
- f) Se deberá poner en conocimiento del Juez en un plazo de 24 horas, en aquellos casos que resulte necesario.



## 6.5. Coordinación

La coordinación es un instrumento imprescindible para rentabilizar la acción profesional que se desarrolla respecto a la atención de los menores, evita además duplicidades y someter a las personas a repeticiones innecesarias que en ocasiones resultan iatrogénicas. Es una tarea que requiere implicación y esmero y no siempre se cuenta con la predisposición necesaria de alguno de los agentes implicados. En el capítulo 5 se dedica un apartado a este asunto, no obstante reseñamos en este protocolo algunos aspectos importantes en relación a la coordinación en el ingreso y en la salida de los menores, ya que ambos momentos son claves en la intervención.

La reunión previa a la que hemos hecho referencia debe formar parte del plan de actuación que deberá ir más allá de un simple trámite formal. Si entendemos que el CTC tiene un carácter provisional y temporal y que el menor va a contar con un programa de intervención, se hacen muy necesarias las actuaciones de coordinación entre el centro de procedencia o centro designado como referente para el menor, el CTC, el equipo del SPM y los equipos complementarios que correspondan, a fin de trasladar información sobre el menor, su problemática y sobre el plan de intervención con el objetivo de pautar actuaciones normalizadoras e integradoras de forma progresiva y llevar el seguimiento preciso.

El programa de intervención de los menores que acceden a CTC debe detallar aquellos aspectos relacionados con la coordinación en función de los recursos y profesionales que estén interviniendo en cada caso:

- Centros
- Unidades de salud mental

- Programas destinados a la familia (programas de mediación familiar, programas para el tratamiento de trastornos de conducta)
- Fiscalía de Menores
- Servicios sociales y/o Equipos de tratamiento familiar
- Recursos educativos y/o formativos

## 6.6. Traslados

Tal y como recoge el ROF *“El traslado de menores de un centro a otro, nunca podrá ser planteado como una medida correctora. Sólo tendrá lugar cuando sea absolutamente necesario para su proceso educativo”*.

Cuando se produzca el traslado de un menor desde un centro de acogida inmediata o residencial básico a un centro especializado para menores con graves trastornos de conducta, debe ser el personal del centro de procedencia (y/o la familia) el encargado de llevarlo a cabo, siempre con la finalidad de facilitar el paso al nuevo centro, siguiendo lo establecido en el punto 4.2 del ROF.

En el caso de CTC este proceso puede resultar más complejo dadas las conductas disruptivas que presumiblemente pueda presentar el menor. En este sentido el ROF establece *“En el caso de cambio de centro de menores de quienes, de acuerdo con el conocimiento de su personalidad, historial y antecedentes, pueda sospecharse un posible riesgo de manifestar conductas agresivas que puedan poner en peligro tanto su integridad física como la de sus acompañantes, se solicitará la colaboración de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, a través del Servicio Especializado de Protección de Menores”*.

Cuando se produzca la baja del menor en el CTC y vaya a pasar a su centro de procedencia o centro asignado de referencia, en la reunión previa de los profesionales que están interviniendo (técnico de referencia en el SPM, Equipo especializado, personal del centro) se deben establecer las condiciones del traslado y quién debe asumir el mismo.

## **6.7. Actuaciones de acogida en centros específicos para menores que presentan trastornos de conducta**

### **6.7.1. Información al menor**

Nos remitimos nuevamente al ROF que establece la obligación de regular un Protocolo de Bienvenida que recoja, entre otros aspectos, la información básica que debe aportarse al menor. El CTC, por tanto, debe planificar las actuaciones para facilitar la información al menor y designar a los profesionales responsables de la acogida. El CTC deberá contemplar en su protocolo de acogida qué información básica se le dará inicialmente y cómo se irá ampliando la misma.

La información que se le ofrezca al menor debe incluir al menos:

- Información básica sobre el motivo de su ingreso en este centro, el proceso de evaluación y el tratamiento que se seguirá en el mismo.
- Información básica sobre la participación de la familia durante su estancia en este centro y especialmente del régimen de relaciones que mantendrá con la misma.
- Información sobre derechos y deberes que le asisten como menor bajo la tutela de la administración.

- Normas básicas de convivencia en el centro y consecuencias en caso de incumplimiento, así como procedimiento ante el abandono del centro.
- Aspectos básicos sobre el funcionamiento y cauces para su participación en la toma de decisiones individuales y grupales. Así como procedimientos para efectuar reclamaciones.
- Conocimiento básico de la infraestructura del centro.
- Conocimiento básico sobre los profesionales y sus funciones, así como información sobre su profesional de referencia o tutor.

Un exceso de información inicial puede no resultar eficaz, por ello es necesario que la información sea concisa y básica, no obstante se deberá informar al menor acerca de los mecanismos destinados a profundizar en el conocimiento de las diferentes cuestiones planteadas.

El centro debe propiciar algún tipo de apoyo documental sobre la información básica, adecuado a la edad y capacidad, considerando además las limitaciones idiomáticas que algunos menores puedan presentar. En este sentido es recomendable que se cuente con información accesible públicamente, tales como cartelera, tablón de anuncios, etc e información accesible individualmente mediante petición al profesional que ejerza labores de tutoría, como régimen de relaciones o evolución de su proceso personal.

### **6.7.2. Registros**

Es un aspecto que está insuficientemente regulado en la norma básica que venimos referenciando (ROF). Las especiales situaciones que presentan los menores en un CTC pueden requerir la realización de registros a fin de evitar la introducción

y tenencia de objetos peligrosos para la salud o la integridad física propia y de las demás personas en el centro.

Es un tema complejo que puede colisionar con el derecho fundamental al honor y la intimidad. En este sentido nos remitimos a lo recogido en la Constitución Española de 1978 en su artículo 18.2, “*Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen*”. Remitimos a lo recogido en el Anteproyecto de Ley Orgánica Complementaria al Anteproyecto de Ley de Actualización de la Legislación sobre Protección a la Infancia que introduce un nuevo capítulo en la Ley 1/1996, cuyo artículo 29 regula específicamente los registros personales y materiales:

*“1. Los registros se ajustarán a los principios de necesidad y proporcionalidad y se llevarán a cabo con el respeto debido a la dignidad, así como a la privacidad y a los derechos fundamentales de la persona.*

*2. El registro personal y cacheo del menor se llevará a cabo por personal del mismo sexo. Cuando implique alguna exposición corporal, se realizará en lugar adecuado, sin la presencia de otros menores y preservando en todo lo posible la intimidad.*

*Se utilizarán preferentemente medios electrónicos*

*3. El registro de las pertenencias del menor podrá tener lugar por el personal del centro, que puede proceder a retirarle objetos que se encuentren en su posesión que pudieran ser de ilícita procedencia, resultar dañinos para sí, para otros o para las instalaciones del centro o que no estén autorizados para menores de edad.”*

El registro de pertenencias debe realizarse en presencia del menor, salvo en situaciones muy excepcionales en las que confluyan la tenencia por parte de éste de

objetos o sustancias altamente dañinos para él mismo, los otros menores o el personal del centro y una falta de colaboración total por parte del menor. En todo caso se le informará previamente a la realización de dicho registro.

## **6.8. Criterios para la salida del centro**

Como se ha apuntado anteriormente, el diseño específico del programa especializado que va a seguir el menor en un determinado centro debe contemplar los tiempos necesarios para ello, los cuales vendrán recogidos de forma explícita en el plan de intervención de cada menor. Es una cuestión compleja pero necesaria para evitar que un menor pase más tiempo del necesario en estos recursos. La evaluación del programa, fijando tanto mecanismos internos como externos, puede ser un instrumento muy válido para prevenir estancias indefinidas en el centro.

El cumplimiento de los objetivos propuestos debe ser la referencia básica para determinar el cese del menor en el CTC. La evaluación inicial y el plan de intervención inicial, deben contemplar un pronóstico y establecer la temporalidad inicial para la consecución de los objetivos propuestos en cada caso y prever las actuaciones alternativas en los casos que dichos objetivos no se hayan alcanzado (lo que se denomina “plan de contingencia”). En cualquier caso y como dato orientativo, en ningún caso se deberían superar los 18 meses de estancia en un centro de estas características.

Si cumplido el tiempo previsto, no se hubieran alcanzado los objetivos, el CTC podrá proponer una prórroga mediante informe justificativo, reformulando el

programa de intervención. Una vez valorada la propuesta por el equipo correspondiente del SPM se elevará propuesta a la CPMP.

Especial consideración tiene los menores que aún habiendo alcanzado los objetivos se encuentran muy próximos a su mayoría de edad y para los cuales no resulta recomendable un cambio de recurso. En estos casos por parte del CTC se elaborará un informe justificativo de la prórroga del menor en el centro el cual deberá ser valorado por el equipo técnico del SPM.

## **6.9. Actuaciones técnicas y administrativas para el cese**

Las actuaciones a realizar en la salida de los menores van a depender de diferentes situaciones que se pueden plantear:

- Reintegración en su familia
- Integración en una familia de acogida
- Reintegración en su centro de procedencia
- Incorporación a un centro residencial básico
- Emancipación por mayoría de edad

Como procedimiento general se establece lo siguiente:

En cualquier caso, las actuaciones concretas a seguir para la salida del menor del centro será las siguientes:

- El CTC deberá elaborar informe propuesta de salida del centro, aportando un informe final detallado que recoja las actuaciones educativas y terapéuticas llevadas a cabo así como la evaluación correspondiente sobre los resultados y objetivos alcanzados.

- El SPM valorará la propuesta y elaborará su propio informe teniendo en cuenta toda la información disponible. El informe incluirá un diseño del proceso de integración en su nuevo entorno (residencial o familiar). En el proceso de salida se podrá contemplar la integración mediante aproximaciones sucesivas al centro residencial básico.
- En los casos de mayoría de edad se deberán movilizar los recursos necesarios para propiciar condiciones básicas para una vida independiente y, en todo caso, facilitar las medidas de seguimiento oportunas durante el período establecido en la Ley 1/1998 de 20 de abril, que en su artículo 37, punto 2 recoge: *Al menos, durante el año siguiente a la salida de los menores de un centro de protección, la Administración de la Junta de Andalucía efectuará un seguimiento de aquéllos al objeto de comprobar que su integración sociolaboral sea correcta, aplicando la ayuda técnica necesaria.*
- En los casos en los que el menor se integre en una familia (propia, extensa o ajena) se deberá de prever las actuaciones de seguimiento. En ambos caso se tendrá en cuenta además lo que establece el mismo artículo en su apartado 3: *Para llevar a efecto lo señalado en el punto anterior, la Administración de la Junta de Andalucía podrá recabar la colaboración de los Servicios Sociales Comunitarios gestionados por las entidades locales, así como de cualesquiera otros organismos e instituciones públicas o privadas que se consideren convenientes, los cuales vendrán obligados a prestarla.*
- El SPM elevará la correspondiente propuesta a la CPMP y esta, previa audiencia del menor, resolverá mediante resolución administrativa, el cese del acogimiento en el centro especializado y lo que proceda en función de las diferentes situaciones: constitución del acogimiento residencial en otro centro, constitución del acogimiento familiar, archivo del expediente por reintegración familiar o mayoría de edad.



- El SPM comunicará la resolución al menor, a los padres o tutores, al CTC y al centro residencial básico, a la Fiscalía de Menores y a la Dirección General de Infancia y Familias. En los casos que proceda también se comunicará al Juzgado correspondiente.

## 6.10. Seguimiento

La especial situación de los menores que presentan trastornos de conducta requiere que el seguimiento que toda intervención conlleva sea aún más pautado y programado para aminorar y/o eliminar la recidiva. En función de las diferentes situaciones que se pueden producir ante la salida del centro se deben prever los mecanismos e instrumentos para el seguimiento de los menores. Nuevamente debe ser el equipo especializado de cada SPM quien asuma la responsabilidad del mismo.

La planificación del seguimiento debe contener al menos:

- Las actuaciones para la comprobación de la atención de los menores por parte de los servicios y recursos a los que se hayan derivado.
- Las actuaciones para la evaluación de los procesos terapéuticos y de los procesos de integración en los diferentes ámbitos de convivencia.
- Las actuaciones para la revisión y supervisión del plan de intervención (referido al hablar de la propuesta).
- Las actuaciones para el registro sistemático de la información a fin de que los SPM puedan evaluar la situación global de los menores que presentan trastornos de conducta y las respuestas que se proporcionan.

Los menores atendidos en CTC, independientemente de la situación que haya dado lugar a su cese (traslado a centro residencial básico, reintegración familiar, mayoría de edad, cumplimiento de medida de reforma) deben contar con estas medidas de seguimiento al menos durante el año siguiente de su cese en el centro especializado.

## 7. Conclusiones y propuestas

El trabajo realizado ha permitido conocer la realidad del funcionamiento de los centros de acogimiento residencial para menores que presentan trastornos de conducta en Andalucía. De tal manera que en este capítulo se resumen las conclusiones extraídas de dicho trabajo y se ofrecen una serie de propuestas que podrían contribuir a la mejora de la atención residencial en estos centros específicos.

### 7.1. Conclusiones

- El marco normativo en materia de acogimiento residencial en la Comunidad Autónoma Andaluza es perfectamente aplicable a los centros específicos para menores que presentan graves trastornos de conducta, aunque resulta insuficiente en algunos términos.
- En general, los centros se ajustan a la normativa vigente. No obstante hay algunos aspectos de su organización y funcionamiento y del sistema de derivación que deben ser actualizados.
- En relación a los requisitos materiales, si bien no existe un diseño estándar de estos centros, se observa que en general la estructura de cada uno de ellos permite el desarrollo de los programas y la adecuada atención a los menores (véase capítulo 4).
- A pesar de que la formación de los profesionales es abundante y sobre muchas temáticas relacionadas con la atención a menores en riesgo social, en general se observa poca especialización en el personal que trabaja en estos centros específicos.

- Los recursos intermedios (programas complementarios de salud mental, centros provinciales de drogodependencias, entre otros) no dan las respuestas necesarias y además resultan insuficientes en el tratamiento de los problemas de trastornos de conducta cuando los menores permanecen en el ámbito familiar o en los centros residenciales básicos. Como consecuencia, en ocasiones los CTC atienden situaciones que podrían ser resueltas en esos recursos, estando esta circunstancia en contra del principio de excepcionalidad para el ingreso en los centros objeto de este informe.
- Los trastornos de conducta deben ser atendidos de manera integral, siendo los centros específicos de CTC un elemento más de atención para esos casos. Los centros no deben considerarse una solución única o exclusiva para aquellas situaciones en las que otros recursos han fracasado en la intervención o en los casos en los que se produce ausencia de esos recursos, sino que deben ser un elemento específico más, inserto en un plan de intervención más integral.
- Para el ingreso y estancia de un menor en un centro específico para menores que presentan trastornos de conducta debe haber una implicación de todos los agentes del sistema de atención social a la infancia de tal manera que se puedan abordar todas aquellas intervenciones necesarias en los ámbitos donde se han manifestado los comportamientos alterados de los menores (familiar, educativo, social). Por un lado, se observa que no existe una intervención preventiva en estas áreas de la vida del menor y, por otro, en los casos en que sí existe esa intervención, constatamos una alta variabilidad en los procedimientos utilizados para abordarlas y en los mecanismos que como consecuencia se ponen en práctica en cada ámbito.

- No se cuenta con un protocolo marco de actuación para aquellas situaciones especiales que pueden darse en estos centros, y que suponen circunstancias críticas en la atención de los derechos de los menores y de las otras personas que conviven en el mismo centro. Estas situaciones son los registros personales y de pertenencias, los intentos de autolisis, las autolesiones, las agresiones a otros menores, las agresiones a personal del centro, los destrozos materiales, la contención física, la administración de fármacos y el aislamiento físico.
- No existe un sistema estructurado de diagnóstico de los problemas que pueden presentar los menores y en un alto porcentaje de los casos son derivados a estos centros sin un diagnóstico claro de su comportamiento.
- Se observa que en un alto número de casos, las decisiones para diagnóstico y derivación no están basadas en instrumentos estructurados o estandarizados que deben acompañar a toda valoración psicológica, social y educativa.
- Existe cierto grado de indefinición en los tratamientos utilizados. No siempre hay una clara definición de los objetivos del tratamiento y, por tanto, se hace difícil la evaluación de esas intervenciones.
- Los profesionales de los centros coinciden en señalar que en muchos casos la información sobre el expediente del menor no llega al centro hasta ya avanzada la intervención y en algunos casos, la información que se recibe es de carácter administrativo, pero no de la historia del menor, su trayectoria vital, sus características personales y familiares, así como otra información relacionada directamente con la intervención que se haya venido desarrollando con el menor.

- La autorización judicial para el ingreso en estos centros es un requisito mencionado expresamente en nuestra normativa, no obstante, en la práctica no todos los menores ingresan en los centros contando con la misma. Las autorizaciones judiciales para el ingreso en estos centros se solicitan en los casos en los que el ingreso pueda suponer ciertas restricciones de derechos para los menores. En ocasiones las autorizaciones judiciales son remitidas al centro con posterioridad al ingreso del menor.

## **7.2. Propuestas**

Una primera propuesta de carácter global está dirigida a la elaboración de una norma específica que aborde los aspectos particulares del funcionamiento de los centros residenciales para menores que presentan trastornos de conducta. En segundo lugar presentamos una serie de propuestas particulares referidas a distintos aspectos sobre las necesidades detectadas en este trabajo.

### **7.2.1. Relativas a los espacios materiales**

- Los centros de acogimiento residencial para menores que presentan trastornos de conducta deben ser espacios exclusivos para menores y no compartidos con adultos.
- Aunque en general las instalaciones son apropiadas a las necesidades de los menores y ajustadas a normativa, el acceso y la ubicación de los centros deben mejorarse.
- Se debe tener en cuenta en la construcción de nuevos centros que éstos ofrezcan mejor acceso, que su ubicación física no suponga una barrera para la utilización de los programas complementarios y recursos normalizados y que dispongan de diferenciación de zonas, recursos exteriores como zonas

deportivas o zonas destinadas a talleres (jardinería, construcción), elementos indispensables para la atención individual y colectiva del programa o programas que acoja. Si son residencias cada unidad deberá estructurar un hogar independiente con todas las estancias características (habitaciones, sala de estar, cuartos de baño y cocina,) que respondan a los patrones culturales de las viviendas al uso.

### ***7.2.2. Relativas al uso de los recursos de la comunidad***

- Los centros de acogimiento residencial para menores que presentan trastornos de conducta deben potenciar en lo posible la escolarización en recursos educativos normalizados. Deben de prever en los programas individuales de los menores la incorporación del recurso formativo más idóneo en función de la fase de intervención en la que se encuentre el menor.
- Los centros deberían propiciar la utilización de recursos normalizados de inserción laboral destinados a los colectivos desfavorables.
- Las autoridades administrativas en sus competencias de ámbito autonómico o provincial deberán instar a las autoridades administrativas del ámbito del empleo a la realización de acciones encaminadas a la mejora de la acción de inserción laboral en centros residenciales, tales como, creación de comisiones o protocolos concretos de atención y coordinación.
- Los menores que necesitan tratamiento especializado en psiquiatría deben ser derivados a los servicios de salud especializados del sistema público. En el programa de intervención del menor se deberá especificar cuál de estos servicios resulta más idóneo en cada caso, en referencia al ámbito provincial del que depende el menor y al provincial en el que se encuentra. Se debe determinar así mismo la periodicidad de reuniones entre el Servicio de

Protección de Menores y el Servicio de Salud para una adecuada evaluación y seguimiento del caso.

- Las autoridades administrativas en sus competencias de ámbito autonómico o provincial deberán instar a las autoridades administrativas del ámbito de la salud a la realización de acciones encaminadas a la mejora de la acción psiquiátrica en centros residenciales tales como la creación de comisiones o de protocolos concretos de atención y coordinación.

### **7.2.3. Relativas a la gestión, coordinación y seguimiento**

- Creación de un nuevo programa específico para *Graves trastornos de la conducta asociados con la drogodependencia*.
- Mejorar los mecanismos de información previa sobre el menor y su situación, no solo aportando datos sobre la situación administrativa, sino incluyendo toda aquella información relacionada con su historia, su trayectoria vital, sus características personales y familiares y otros datos relacionados directamente con la intervención que se haya venido desarrollando con el menor. Se debe exigir al SPM de la provincia del que el menor procede la siguiente documentación: Resolución de desamparo/guarda, propuesta justificada para el uso de ese recurso residencial elaborada por el Servicio de Protección de Menores, diagnóstico clínico, comparecencia del menor de haber sido informado sobre su traslado a ese centro y la autorización judicial. Complementariamente se deberán enviar todos aquellos informes elaborados por el centro y/o el servicio que aporten información básica sobre el funcionamiento del menor, sus características, que sirvan para una adecuada planificación de la acción que va a realizar el centro especializado.



- Mejorar los cauces de comunicación de las incidencias o acontecimientos graves a las instancias competentes oportunas. Para ello sería recomendable que la Dirección General de Infancia y Familia, en el formato que estime oportuno, especifique qué tipo de comunicación, en qué plazos y a qué instancias debe hacerse para cada una de las situaciones particulares que se pueden dar en estos centros y a quién corresponde la responsabilidad de hacer esa comunicación. Las situaciones a las que se hace referencia son:

Tipo de incidencia	Formato:	De quién:	A quién:	Plazo:
Ausencias injustificadas				
Intento autolisis				
Autolesiones				
Medidas de contención				
Medidas de aislamiento				
Agresiones a otros				
Registros				
Tenencia de sustancias				
Consumo de sustancias				
Accidentes				
Urgencias médicas				

- Mejorar las actuaciones para el seguimiento una vez los menores cesan en los centros para menores que presentan trastornos de conducta. No solo para los menores que permanecen en acogimiento residencial, sino también para aquéllos menores para los que tenga lugar su reunificación familiar o para los que alcancen la mayoría de edad.
- Especialización de determinados profesionales de los propios SPM conformando un equipo que asuma las funciones que se han especificado y asignado a los SPM, en los capítulos 5 y 6 del presente informe, relacionados con el Modelo de Intervención y la Propuesta de Protocolo de Derivación, respectivamente. Las funciones de estos equipos serían fundamentalmente la detección precoz de la especial necesidad de atención social, pedagógica, sanitaria o psicológica que puedan presentar los menores en acogimiento residencial, el refuerzo de la acción de los centros residenciales básicos para

estos casos, la participación en las acciones de coordinación para el aprovechamiento de los recursos complementarios y aquellas actuaciones de seguimiento que requiera cada caso. Estos equipos serían de carácter multidisciplinar, pudiendo estar formados por educadores terapeutas, trabajadores sociales y psicólogo (podría crearse una figura tal como la del profesor de apoyo en los centros educativos especializados que con carácter itinerante colabore en momentos o períodos puntuales con los profesionales del centro).

- Estos profesionales asistirán a aquellas reuniones de la Comisión Provincial de Medidas de Protección en las que se decidan medidas relacionadas con el ingreso, estancia o salida de estos centros al objeto de asesorar a la misma en la toma de decisiones.

#### ***7.2.4. Relativas al derecho de privacidad de los menores***

- Que los centros mejoren las acciones para garantizar el ejercicio del derecho fundamental a la libertad de las personas, velando por que ningún menor permanezca en espacios cerrados con llave y disponiendo algún espacio para que los menores tengan la posibilidad de disfrutar de parte de su tiempo libre sin acompañamiento o supervisión de adulto.
- Que los centros mejoren las acciones para garantizar el derecho a la intimidad, velando por que la supervisión de la correspondencia se haga en los términos que marca la ley y, por tanto, debe ceñirse al control del envío de sustancias u otros objetos perjudiciales y nunca a la supervisión de la información. Sin perjuicio de las acciones educativas en las que se pueda

analizar los contenidos de la correspondencia junto con los menores y siempre con su autorización.

En relación a las pertenencias personales, los centros deberían especificar las condiciones de acceso a dichas pertenencias así como a otros objetos que puedan suponer un impedimento en el desarrollo del programa de tratamiento, no pudiendo limitar el acceso a objetos personales que no resulten perjudiciales para la salud e integridad del propio menor y/o de los demás.

#### ***7.2.5. Relativas a las medidas de corrección***

- Elaborar un protocolo de actuación para las situaciones particulares que se pueden dar en los centros específicos objeto de este informe, que incluya los procedimientos a seguir en casos de intentos de autolisis, autolesiones, agresiones a otros menores o a personal del centro, administración de fármacos, medidas de contención y aislamiento especificando con detalle el modo de actuación a seguir para cada una de estas situaciones.

#### ***7.2.6. Relativas a los perfiles profesionales del personal de los centros***

- Aumentar la ratio de personal con respecto a los centros de primera acogida o, al menos, equipararla a los mismos (ver capítulo 5 para cálculo estimado de ratios).
- Mejorar la cualificación profesional del personal educativo y técnico. Partiendo de una titulación universitaria, deberían contar con una

especialización en la atención a menores que presentan trastornos de conducta.

- Que la administración competente contemple en los planes de formación, más acciones de especialización en este tema, fomentando especialmente la formación continua.
- Que las autoridades administrativas en sus competencias de ámbito autonómico o provincial insten a las autoridades administrativas del ámbito universitario el diseño de acciones formativas de postgrado (masters, expertos, cursos propios) específicas sobre el tema.
- Que se facilite la creación de comunidades de aprendizaje y supervisión de expertos como medida de formación especializada y creación de red de conocimiento, además de la mejora de las condiciones en las que se atiende a los menores y se desarrolla la labor profesional.

#### ***7.2.7. Relativas a la información al menor y su participación en el centro***

- Mejorar la preparación de los menores para el traslado a estos centros, que solo muy excepcionalmente debería ser con carácter de urgencia, permitiendo trabajar con el menor previamente al ingreso en el centro específico.
- Promover la participación de los menores en todas las decisiones que le conciernen, tanto en su plan de trabajo en el centro como de todas aquéllas relacionadas con el ejercicio de sus derechos. Esta participación se puede propiciar de forma progresiva en sus actividades, horarios y en la organización del centro.
- Informar a los menores sobre los tratamientos en los que vayan a participar atendiendo a lo establecido en la Ley Atención del paciente, especialmente cuando aquellos impliquen el suministro de fármacos.

### 7.2.8. Relativas a la evaluación psicológica y administración de tratamientos

- Debe contarse con una evaluación psicológica apoyada en instrumentos estandarizados para la decisión de enviar a un menor a un centro especializado para trastornos de conducta. La evaluación del menor puede hacerla el equipo técnico del centro de origen o un equipo de salud mental de referencia. En este sentido existen algunas pruebas estandarizadas que pueden utilizarse para la detección de síntomas o categorías conductuales relacionadas con los trastornos de conducta y que deberían exigirse para admitir el ingreso de un menor en el centro. Además de un diagnóstico categorial (basado en el DSM-IV o en la CIE-10, ver capítulo 3) debería acompañar el informe con una enunciación de los comportamientos considerados disfuncionales o desajustados, el contexto en el que han ocurrido, su frecuencia y su intensidad.
- Elaboración de protocolo para la detección precoz. Sería útil encargar la construcción de un instrumento breve y específico para la detección de menores (*screening*) que puedan presentar trastornos de conducta, en función de la edad y la etapa evolutiva de los mismos. Este instrumento permitiría por un lado, prevenir el desarrollo de trastornos abordando posibles comportamientos disfuncionales aislados y, por otro, fundamentar las derivaciones a centros especializados cuando sea necesario.
- Para una adecuada atención debería utilizarse un paquete de instrumentos que incluya, al menos,

- Una escala de observación conductual, especialmente diseñada para cada caso, que permita recoger información de los comportamientos específicos a trabajar con cada menor.
- Un inventario de conducta tipo BASC (Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes) o CBCL (Child Behavior Check List de Achenbach).
- Entrevistas con el menor y su familia, siempre que sea posible.

Estos instrumentos deben utilizarse al principio de la intervención y con la cadencia que cada prueba aconseje.

Las decisiones sobre finalización del programa o traslado a otros recursos deberían estar fundamentadas, entre otras fuentes de información, en las conclusiones que se extraigan de los instrumentos sistemáticos que se utilicen.

- Se recomienda la utilización de los tratamientos reconocidos como eficaces y basados en evidencias empíricas, según reconocen los organismos internacionales de referencia. En concreto han sido reconocidos como eficaces para el tratamiento de trastornos de conducta los tratamientos multisistémicos y los tratamientos conductuales y cognitivo conductuales.

## 8. Referencias bibliográficas

- Aarons, G. A., Brown, S. A., Hough, R. L., Garland, A. F., y Wood, P. A. (2001). Prevalence of adolescent substance use disorders across five sectors of care. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 419-426.
- Achenbach, T. M., Conners, C. K., Quay, H. C., Verhulst, F. C., y Howell, C. T. (1989). Replication of empirically derived syndromes as a basis for taxonomy of child/adolescent psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17(3), 299-323.
- Alexander, J. F. (1973). Defensive and supportive communications in normal and deviant families. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40(2), 223-231.
- Alexander, J. F., Pugh, C., Parsons, B., y Sexton, T. L. (2002). *Blueprints for violence prevention*. Denver, CO: Venture Publishing.
- Alexander, J. F., Robbins, M. S., y Sexton, T. L. (2000). Family-based interventions with older, at risk youth: from promise to proof to practice. *The Journal of Primary Prevention*, 21(2), 185-205.
- Alexander, J. F., Sexton, T. L., y Robbins, M. S. (2002). The developmental status of family therapy in family psychology intervention science. In H. Liddle, D. Santisteban, R. Levant y J. Bray (Eds.), *Family psychology intervention science*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Amato, J. M., Cornell, D. G., y Fan, X. T. (2008). Factor structure and correspondence with the millon adolescent clinical inventory. *Criminal Justice and Behavior*, 35(3), 294-310.
- Angold, A., Costello, E. J., y Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(1), 57-87.
- Ary, D. V., Duncan, T. E., Biglan, A., Metzler, C. W., Noell, J. W., y Smolkowski, K. (1999). Development of adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(2), 141-150.

- Ary, D. V., Duncan, T. E., Duncan, S. C., y Hops, H. (1999). Adolescent problem behavior: the influence of parents and peers. *Behaviour Research and Therapy*, 37(3), 217-230.
- Asamblea de las Naciones Unidas (1990). Reglas de las Naciones Unidas para la protección de menores privados de libertad. Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Atkins, M. S., y McKay, M. M. (1996). DSM-IV diagnosis of conduct disorder and oppositional defiant disorder: Implications and guidelines for school mental health teams. *School Psychology Review*, 25(3), 274-283.
- Atkins, M. S., Stoff, D. M., Osborne, M. L., y Brown, K. (1993). Distinguishing instrumental and hostile aggression: Does it make a difference? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21(4), 355-365.
- Bagot, K. S., Berarducci, J. M., Franken, F. H., Frazier, M. J., Ernst, M., y Moolchan, E. T. (2006). Adolescents with conduct disorder: Early smoking and treatment requests. *American Journal on Addictions*, 16(1), 62-66.
- Barzman, D. H., y Findling, R. L. (2008). Pharmacological treatment of pathologic aggression in children. *International Review of Psychiatry*, 20(2), 151-157.
- Bender, D., y Losel, F. (1997). Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behaviour in adolescents from multi-problem milieus. *Journal of Adolescence*, 20(6), 661-678.
- Bierman, K. L., Coie, J. D., Dodge, K. A., Greenberg, M. T., Lochman, J. E., McMahon, R. J., y Pinderhughes, E. E. (2002). Using the Fast Track randomized prevention trial to test the early-starter model of the development of serious conduct problems. *Development and Psychopathology*, 14(4), 925-943.
- Biglan, A., Brennan, P. A., Foster, S. L., y Holder, H. D. (2004). *Helping adolescents at risk. Prevention of multiple problem behaviors*. New York: Guilford Press.
- Biglan, A., Mrazek, P. J., Carnine, D., y Flay, B. R. (2003). The integration of research and practice in the prevention of youth problems behaviors. *American Psychologist*, 58(6/7), 433-440.



- Bornstein, R. F., y Gold, S. H. (2008). Comorbidity of personality disorders and somatization disorder: A meta-analytic review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(2), 154-161.
- Bowlby, J. (1969). *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós.
- Bravo, A. y Del Valle, J.F. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento residencial. *Psicothema*, 13, 2, 197-204.
- Brown, K., Atkins, M. S., Osborne, M. L., y Milnamow, M. (1996). A revised teacher rating scale for Reactive and Proactive Aggression *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(4), 473-480.
- Burt, S. A., y Donnellan, M. B. (2008). Personality correlates of aggressive and non-aggressive antisocial behavior. *Personality and Individual Differences*, 44(1), 53-63.
- Calzada, E. J., Eyberg, S. M., Rich, B., y Querido, J. G. (2004). Parenting disruptive preschoolers: Experiences of mothers and fathers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32(2), 203-213.
- Caron, C., y Rutter, M. (1991). Comorbidity in child psychopathology: concepts, issues and research strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 1063-1080.
- Caseras, X., Fullana, M. A., y Torrubia, R. (2002). El trastorno disocial. In M. Servera (Ed.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas*. Madrid: Pirámide.
- Cea, M. A. (2002). *Análisis multivariable: teoría y práctica en la investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Ciairano, S., Bosma, H. A., Miceli, R., y Settanni, M. (2008). Adolescent substance use in two European countries: Relationships with psychosocial adjustment, peers, and activities. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 119-138.
- CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. (1992). Madrid: Meditor.
- Compton, W. M., Conway, K. P., Stinson, F. S., Colliver, J. D., y Grant, B. F. (2005). Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial

personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(6), 677-685.

Conroy, M. A., y Brown, W. H. (2004). Early identification, prevention, and early intervention with young children at risk for emotional or behavioral disorders: Issues, trends, and a call for action. *Behavioral Disorders*, 29(3), 224-236.

Council of Europe Committee of Ministers (2005). Recommendation Rec (2005) of the Committee of Ministers to member states on the rights of children living in residential institutions.

Coyne, L. W., y Wilson, K. G. (2004). The role of cognitive fusion in impaired parenting: an RFT analysis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(3), 469-486.

Crick, N. R., y Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanism in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.

Crick, N. R., y Dodge, K. A. (1996). Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child Development*, 67(3), 993-1002.

Cukrowicz, K. C., Taylor, J., Schatschneider, C., y Iacono, W. G. (2006). Personality differences in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and controls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(2), 151-159.

Chung, H. L., y Steinberg, L. (2006). Relations between neighborhood factors, parenting behaviors, peer deviance, and delinquency among serious juvenile offenders. *Developmental Psychology*, 42(2), 319-331.

Defensor del Pueblo de Andalucía. (2007). *Menores con trastornos de conducta en Andalucía. Informe Especial al Parlamento*. Sevilla: Defensor del Menor de Andalucía.)

Defensor del Pueblo (2009). *Centros de protección de menores con trastornos de conducta y en situación de dificultad social*. Madrid: Oficina del Defensor del Pueblo.

- De La Peña, M. E. (2004). *Conducta antisocial en adolescentes: factores de riesgo y desprotección*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Degenova, M. K., Patton, D. M., Jurich, J. A., y Macdermid, S. M. (1994). Ways of coping among HIV-infected individuals. *The Journal of Social Psychology, 134*, 655.
- Del Barrio, M. V., y Carrasco, M. A. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema, 14*(2), 323-332.
- De Paul y Arruabarrena (1995): Behavior problems in school aged physically abused and neglected children in Spain. *Child abuse and neglect. Vol 19* (4), pág 409-418.
- Dirección General de Asistencia Sanitaria (2008). Programa de atención a la salud mental de la infancia y la adolescencia. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, Dirección General de Asistencia Sanitaria.
- Diclemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R., Sionean, C., Cobb, B. K., Harrington, K., Davies, S., Hook, E. W., y Oh, M. K. (2001). Parental monitoring: Association with adolescents' risk behaviors. *Pediatrics, 107*(6), 1363-1368.
- Dodge, K. A., Bates, J. E., y Pettit, G. S. (1990). Mechanisms in the cycle of violence. *Science, 250*(4988), 1678-1683.
- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 37*, 215-237.
- Edwards, G., Barkley, R. A., Laneri, M., Fletcher, K., y Metevia, L. (2001). Parent-Adolescent Conflict in Teenagers with ADHD and ODD *Journal of Abnormal Child Psychology, 29*(6), 557-572.
- Eifert, G. H., Mckay, M., y Forsyth, J. P. (2006). *ACT on Life Not on Anger*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Essau, C. A. (2003). *Conduct and oppositional defiant disorders: epidemiology, risk factors and treatment*. London: Lawrence Earlbaum.

- Eyberg, S. M., Nelson, M. M., y Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 215-237.
- Farmer, E. M. Z., Compton, S. N., Burns, B. J., y Robertson, E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: Externalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(6), 1267-1302.
- Fernández del Valle, J. (2009). Evolución histórica modelos y funciones del acogimiento residencial. En Bravo, A. y Fernández del Valle, J.: *Intervención socioeducativa en acogimiento residencial*. Cantabria, Gobierno de Cantabria.
- Folkman, S., y Moskowitz, J. T. (2004). COPING: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745.
- French, D. C., y Conrad, J. (2001). School dropout as predicted by peer rejection and antisocial behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 11(3), 225-244.
- Frick, P. J., y Ellis, M. (1999). Callous-Unemotional Traits and Subtypes of Conduct Disorder *Clinical Child and Family Psychology Review* 2(3), 149-168.
- Frick, P. J., Lahey, B. B., Loeber, R., Tannenbaum, L., Vanhorn, Y., Christ, M. A. G., Hart, E. A., y Hanson, K. (1993). Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder - a Meta-Analytic Review of Factor-Analyses and Cross-Validation in a Clinic Sample. *Clinical Psychology Review*, 13(4), 319-340.
- Frick, P. J., O'Brien, B. S., Wootton, J. M., y Mcburnett, K. (1994). Psychopathy and conduct problems in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 700-707.
- Froján, M. X., Montaña, M., y Calero, A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? un estudio preliminar. *Psicothema*, 18(4), 797-803.
- Gardner, T. W., Dishion, T. J., y Connell, A. M. (2008). Adolescent self-regulation as resilience: Resistance to antisocial behavior within the deviant peer context. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(2), 273-284.
- Gibson, C. L., Piquero, A. R., y Tibbetts, S. G. (2001). The contribution of family adversity and verbal IQ to criminal behavior. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45(5), 574-592.

- Gifford-Smith, M., Dodge, K. A., Dishion, T. J., y Mccord, J. (2005). Peer influence in children and adolescents: Crossing the bridge from developmental to intervention science. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(3), 255-265.
- Giorgi-Guarnieri, D. (2006). Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34(1), 135-135.
- Gottfredson, D., y Hirschi, T. (1990). *A general theory of crime*. Stanford (CA): Stanford University Press.
- Gray, R. M., Jordan, C., Ostergaard, J., y Fischer, K. (2001). Verbal reasoning and language performance in children with conduct disorder. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 16(8), 789-789.
- Greco, L. A., y Hayes, S. C. (2008). *Acceptance and Mindfulness Treatments for Children & Adolescents*. Oakland: New Harbinger Publications
- Gregory S. Pettit, R. D. L. K. A. D. J. E. B. M. M. C. (2001). Antecedents and Behavior-Problem Outcomes of Parental Monitoring and Psychological Control in Early Adolescence. *Child Development*, 72(2), 583-598.
- Gresham, F. M., Macmillan, D. L., Bocian, K. M., Ward, S. L., y Forness, S. R. (1998). Comorbidity of hyperactivity-impulsivity-inattention and conduct problems: Risk factors in social, affective, and academic domains. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(5), 393-406.
- Harland, P., Reijneveld, S. A., Brugman, E., Verloove-Vanhorick, S. P., y Verhulst, F. C. (2002). Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11(4), 176-184.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: a Post-Skinnerian account to human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Committment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1152-1168.
- Heinze, H. J., Toro, P. A., y Urberg, K. A. (2004). Antisocial behavior and affiliation with deviant peers. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*(2), 336-346.
- Hemphill, S. A., y Littlefield, L. (2001). Evaluation of a short-term group therapy program for children with behavior problems and their parents. *Behaviour Research and Therapy, 39*(7), 823-841.
- Hernández, M., Gómez-Becerra, I., Martín, M. J., y González, C. (2008). Prevención de la Violencia Infantil-Juvenil: Los estilos educativos de las familias como factores de protección. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 8*(1), 73-84.
- Herrero, O., Ordoñez, F., Salas, A., y Colom, R. (2002). Adolescence and antisocial behavior. *Psicothema, 14*(2), 340-343.
- Hewitt, L. E., y Jenkins, R. L. (1946). *Fundamental patterns of maladjustment: the dynamics of their origin*. State of Illinois: Springfield.
- Hollin, C. R. (1999). Treatment Programs for Offenders. *International Journal of Law and Psychiatry, 22*(3-4), 361-372.
- Hurt, E. A., Hoza, B., y Pelham, W. E. (2007). Parenting, family loneliness, and peer functioning in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*(4), 543-555.
- Hussong, A. M., Wirth, R. J., Edwards, M. C., Curran, P. J., Chassin, L. A., y Zucker, R. A. (2007). Externalizing symptoms among children of alcoholic parents: Entry points for an antisocial pathway to alcoholism. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(3), 529-542.
- Ingoldsby, E. M., Kohl, G. O., McMahon, R. J., y Lengua, L. (2006). Conduct problems, depressive symptomatology and their co-occurring presentation in childhood as predictors of adjustment in early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34*(5), 603-621.

- Iwata, B. I., Dorsey, M. F., Slifer, K. J., Bauman, K. B., y Richman, G. S. (1982). Toward a Functional Analysis of Self-Injury. *Analysis and Intervention in Developmental Disabilities*, 2(1), 3-20.
- James, L. M., y Taylor, J. (2008). Associations between symptoms of borderline personality disorder, externalizing disorders, and suicide-related behaviors. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(1), 1-9.
- Jones, K., Daley, D., Hutchings, J., Bywater, T., y Eames, C. (2008). Efficacy of the Incredible Years Programme as an early intervention for children with conduct problems and ADHD: long-term follow-up. *Child Care Health and Development*, 34(3), 380-390.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., y Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(4), 567-589.
- Karnik, N. S., y Steiner, H. (2007). Evidence for interventions for young offenders. *Child and Adolescent Mental Health*, 12(4), 154-159.
- Kazdin, A. E., y Buela-Casal, G. (1999). *Conducta antisocial. Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Kazdin, A. E., y Whitley, M. K. (2006). Comorbidity, case complexity, and effects of evidence-based treatment for children referred for disruptive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(3), 455-467.
- Keenan-Miller, D., Hammen, C., y Brennan, P. (2007). Adolescent psychosocial risk factors for severe intimate partner violence in young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 456-463.
- Kim, J. E., Hetherington, E. M., y Reiss, D. (1999). Associations among family relationships, antisocial peers, and adolescents' externalizing behaviors: Gender and family type differences. *Child Development*, 70(5), 1209-1230.
- Kirk, S. A., Gallagher, J. J., y Anastasiow, N. J. (2000). Children with emotional behavior disorders. In S. A. Kirk, J. J. Gallagher y N. J. Anastasiow (Eds.), *Educating exceptional children*. Boston: Houghton Mifflin.

- Knorth, E. J., Klomp, M., Van Den Bergh, P. M., y Noom, M. J. (2007). Aggressive adolescents in residential care: A selective review of treatment requirements and models. *Adolescence*, 42(167), 461-485.
- Kroes, M., Kalff, A. C., Kessels, A. G. H., Steyaert, J., Feron, F. J. M., Van Someren, A. J. W. G. M., Hurks, P. P. M., Hendricksen, J. G. M., Van Zeben, T. M. C. B., Rozendaal, N., Crolla, I. F. A. M., Troose, J., Jolles, J., y Vles, J. S. H. (2001). Child psychiatric diagnoses in a population of Dutch school children aged 6 to 8 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1401-1409.
- Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J., Benning, S. D., y Kramer, M. D. (2007). Linking antisocial behavior, substance use, and personality: An integrative quantitative model of the adult externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(4), 645-666.
- Lahey, B. B., Loeber, R., Burke, J., Rathouz, P. J., y Mcburnett, K. (2002). Waxing and waning in concert: Dynamic comorbidity of conduct disorder with other disruptive and emotional problems over 7 years among clinic-referred boys. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 556-567.
- Lahey, B. B., Schwab-Stone, M., Goodman, S. H., Waldman, I. D., Canino, G., Rathouz, P. J., Miller, T. L., Dennis, K. D., Bird, H., y Jensen, P. S. (2000). Age and gender differences in oppositional behavior and conduct problems: A cross-sectional household study of middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 488-503.
- Laird, R. D., Criss, M. M., Pettit, G. S., Dodge, K. A., y Bates, J. E. (2008). Parents' monitoring knowledge attenuates the link between antisocial friends and adolescent delinquent behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(3), 299-310.
- Lambert, S. F., Ialongo, N. S., Boyd, R. C., y Cooley, M. R. (2005). Risk factors for community violence exposure in adolescence. *American Journal of Community Psychology*, 36(1-2), 29-48.
- Lansford, J. E., Erath, S., Yu, T., Pettit, G. S., Dodge, K. A., y Bates, J. E. (2008). The developmental course of illicit substance use from age 12 to 22: links



- with depressive, anxiety, and behavior disorders at age 18. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(8), 877-885.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1.
- Leadbeater, D., Hoglund, W., y Woods, T. (2003). Changing contexts? The effects of a primary prevention program on classroom levels of peer relational and physical victimization. *Journal of Community Psychology*, 31(4), 397-418.
- Lilienfeld, S. O. (2003). Comorbidity between and within childhood externalizing and internalizing disorders: Reflections and directions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(3), 285-291.
- Lindberg, N., Tani, P., Sailas, E., Virkkala, J., Urrila, A. S., y Virkkunen, M. (2008). Sleep in conduct-disordered adolescents - a polysomnographic and spectral power analysis study. *Psychiatry Research*, 159(3), 339-345.
- Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A., y Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(12), 1468-1484.
- Loeber, R., y Pardini, D. (2008). Neurobiology and the development of violence: common assumptions and controversies. *Philosophical Transactions of the Royal Society B-Biological Sciences*, 363(1503), 2491-2503.
- Loeber, R., y Schamaling, K. B. (1985). Empirical evidence for overt and covert patterns of antisocial conduct problems: a metaanalysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13(2), 337-353.
- Los menores de edad en Andalucía. Datos Cuantitativos. Informe para el Defensor del Menor de Andalucía.* (2008). Granada: Observatorio de la Infancia en Andalucía)
- Luciano, M. C., y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1(1), 109-157.
- Maluccio, A. N.; Fein, E. y Olmstead, A.K. (1986). Permanency planning for children: Concepts and methods. New York: Tavistock Publications.

- Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales*. (2001). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Maraver, J., Gómez-Becerra, I., Martín, M. J., Molinero, J. M., y Belda, C. (2007). Una experiencia de intervención terapéutica en el centro educativo I.E.S. "Cerro de los Infantes". In J. J. Gázquez, M. C. Pérez, A. J. Cangas y N. Yuste (Eds.), *Mejora de la convivencia y programas encaminados a la prevención e intervención en el acoso escolar* (pp. 323-328). Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Marsh, P., Beauchaine, T. P., y Williams, B. (2008). Dissociation of sad facial expressions and autonomic nervous system responding in boys with disruptive behavior disorders. *Psychophysiology*, 45(1), 100-110.
- Martín, M. J., Gómez-Becerra, I., Maraver, J., Molinero, J., y Belda, C. (2007). Intervención en un caso de violencia familiar y entre iguales. In J. J. Gázquez, M. C. Pérez, A. J. Cangas y N. Yuste (Eds.), *Mejora de la convivencia y programas encaminados a la prevención e intervención en el acoso escolar*. (pp. 331-335). Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Martinson, R. (1974). What works? Questions and answers about prison reform. *The Public Interest*, 35, 22-54.
- Martinson, R. (1979). New findings, new views. *Hofstra Law Review*, 7, 243-258.
- Mason, W. A., Hitchings, J. E., McMahon, R. J., y Spoth, R. L. (2007). A test of three alternative hypotheses regarding the effects of early delinquency on adolescent psychosocial functioning and substance involvement. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5), 831-843.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., y Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(3), 609-621.
- Mcevoy, A., y Welker, R. (2000). Antisocial behavior, academic failure, and school climate: A critical review. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8(3), 130-140.

- Meeus, W., Branje, S., y Overbeek, G. J. (2004). Parents and partners in crime: a six-year longitudinal study on changes in supportive relationships and delinquency in adolescence and young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(7), 1288-1298.
- Miller-Johnson, S., Coie, J. D., Maumary-Gremaud, A., y Bierman, K. (2002). Peer rejection and aggression and early starter models of conduct disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(3), 217-230.
- Miller-Johnson, S., Lochman, J. E., Coie, J. D., Terry, R., y Hyman, C. (1998). Comorbidity of conduct and depressive problems at sixth grade: Substance use outcomes across adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(3), 221-232.
- Miller, S., Wampold, B., y Varhely, K. (2008). Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: a meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 18(1), 5-14.
- Mohino, S., Kirchner, T., y Forns, M. (2008). Personality and coping in young inmates: A cluster typology. *Psychopathology*, 41(3), 157-164.
- Mooney, P., Epstein, M. H., Reid, R., y Nelson, J. R. (2003). Status of and trends in academic intervention research for students with emotional disturbance. *Remedial and Special Education*, 24(5), 273-287.
- Moreno, I., y Revuelta, F. (2002). El trastorno por negativismo desafiante. In M. Servera (Ed.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas*. Madrid: Pirámide.
- Mueser, K. T., y Drake, R. E. (2007). Comorbidity: What have we learned and where are we going? *Clinical Psychology-Science and Practice*, 14(1), 64-69.
- Muñoz, L. C., Frick, P. J., Kimonis, E. R., y Aucoin, K. J. (2008). Verbal ability and delinquency: testing the moderating role of psychopathic traits. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), 414-421.
- Murrell, A. R., Coyne, L. W., y Wilson, K. G. (2005). ACT with children, adolescents and their parents. In S. C. Hayes, K. Strosahl y S. A. Kirk (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Hardcover.

- Murrell, A. R., y Scherbarth, A. J. (2006). State of the research and literature address: ACT with children, adolescents and parents. *International Journal of Behavioral and Consultation Therapy*, 2(4), 531-543.
- Murrie, D. C., Cornell, D. G., Kaplan, S., Mcconville, D., y Levy-Elkon, A. (2004). Psychopathy scores and violence among juvenile offenders: A multi-measure study. *Behavioral Sciences & the Law*, 22(1), 49-67.
- Mytton, J., Diguseppi, C., Gough, D., Taylor, R., y Logan, S. (2006). School-based secondary prevention programmes for preventing violence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3).
- Noakes, M. A., y Rinaldi, C. M. (2006). Age and gender differences in peer conflict. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(6), 881-891.
- Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E., y Kessler, R. C. (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(7), 703-713.
- O'cumings, M. (2001). Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents. *Behavioral Disorders*, 26(3), 259-260.
- Ogden, T., y Hagen, K. A. (2008). Treatment effectiveness of Parent Management Training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 607-621.
- Olweus, D. (1980). Familial determinants of aggression behavior in adolescents: A causal analysis. *Developmental Psychology*, 16, 644-660.
- Owens, J. S., Murphy, C. E., Richerson, L., Girio, E. L., y Himawan, L. K. (2008). Science to practice in underserved communities: The effectiveness of school mental health programming. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(2), 434-447.
- Oxnam, P., y Vess, J. (2008). A typology of adolescent sexual offenders: Millon Adolescent Clinical Inventory profiles, developmental factors, and offence characteristics. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19(2), 228-242.
- Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S., y Luciano, M. C. (2006). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales

en el contexto de la terapia psicológica. *Internacional Journal of psychology and psychological therapy*, 6(1), 1-20.

- Palacios, J. (2008). Necesidades de los niños en los centros. Los efectos provocados por la separación y la historia previa. En Programa de formación continua "Intervención educativa en centros de protección a la infancia". Junta de Castilla y León. Documento no publicado.
- Patterson, G. R., Forgatch, M. S., Yoerger, K. L., y Stoolmiller, M. (1998). Variables that initiate and maintain an early-onset trajectory for juvenile offending. *Development and Psychopathology*, 10(3), 531-547.
- Pettit, G. S. (2004). Violent children in developmental perspective - Risk and protective factors and the mechanisms through which they (May) operate. *Current Directions in Psychological Science*, 13(5), 194-197.
- Pettit, G. S., Laird, R. D., Dodge, K. A., Bates, J. E., y Criss, M. M. (2003). Antecedents and Behavior-Problem Outcomes of Parental Monitoring and Psychological Control in Early Adolescence. *Child Development*, 72(2), 583 - 598.
- Place, M., Wilson, J., Martin, E., y Hulsmeier, J. (2000). The frequency of emotional and behavioural disturbance in EBD School. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 5(2), 76-80.
- Posada, G., Kaloustian, G., Richmond, M. K., y Moreno, A. J. (2007). Maternal secure base support and preschoolers' secure base behavior in natural environments. *Attachment & Human Development*, 9(4), 393 - 411.
- Ramklint, M., Stalenheim, E. G., Von Knorring, A. L., y Von Knorring, L. (2001). Conduct disorder and personality in a forensic psychiatric population. *European Journal of Psychiatry*, 15(4), 245-254.
- Rayner, J., Kelly, T. P., y Graham, F. (2005). Mental health, personality and cognitive problems in persistent adolescent offenders require long-term solutions: a pilot study. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 16(2), 248-262.

- Reid, J. B. (1993). Prevention of Conduct Disorder before and after-School Entry - Relating Interventions to Developmental Findings. *Development and Psychopathology*, 5(1-2), 243-262.
- Reid, R., Gonzalez, J. E., Nordness, P. D., Trout, A., y Epstein, M. H. (2004). A meta-analysis of the academic status of students with emotional/behavioral disturbance. *Journal of Special Education*, 38(3), 130-143.
- Reinke, W. M., Herman, K. C., Petras, H., y Ialongo, N. S. (2008). Empirically derived subtypes of child academic and behavior problems: Co-occurrence and distal outcomes. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 759-770.
- Reitz, E., Prinzie, P., Dekovic, M., y Buist, K. L. (2007). The role of peer contacts in the relationship between parental knowledge and adolescents' externalizing behaviors: A latent growth curve modeling approach. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(5), 623-634.
- Robins, L. N. (1998). The intimate connection between antisocial personality and substance abuse. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 393-399.
- Romano, E., Tremblay, R., y Vitaro, F. (2001). Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment: findings from an adolescent community sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 451-461.
- Romero, E. (1996). *La predicción de la conducta antisocial: un análisis de las variables de personalidad*. Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.
- Rusby, J. C., Forrester, K. K., Biglan, A., y Metzler, C. W. (2005). Relationships between peer harassment and adolescent problem behaviors. *Journal of Early Adolescence*, 25(4), 453-477.
- Rutter, M., Giller, H., y Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L. A., y Bor, W. (2000). The Triple P-positive parenting program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 624-640.

- Schonberg, M. A., y Shaw, D. S. (2007). Risk factors for boy's conduct problems in poor and lower-middle-class neighborhoods. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(5), 759-772.
- Sheidow, A. J., Strachan, M. K., Minden, J. A., Henry, D. B., Tolan, P. H., y Gorman-Smith, D. (2008). The relation of antisocial behavior patterns and changes in internalizing symptoms for a sample of inner-city youth: Comorbidity within a developmental framework. *Journal of Youth and Adolescence*, 37(7), 821-829.
- Shepard, J., y Carlson, J. S. (2003). An empirical evaluation of school-based prevention programs that involve parents. *Psychology in the Schools*, 40(6), 641-656.
- Sobral, J., Luengo, A., Gomez-Fraguela, J. A., Romero, E., y Villar, P. (2007). Personality, gender and violent criminality in prison inmates. *Psicothema*, 19(2), 269-275.
- Speltz, M. L., Deklyen, M., y Greenberg, M. T. (1999). Attachment in boys with early onset conduct problems. *Development and Psychopathology*, 11(2), 269-285.
- Stefurak, T., Calhoun, G. B., y Glaser, B. A. (2004). Personality typologies of male juvenile offenders using a cluster analysis of the Millon Adolescent Clinical Inventory introduction. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48(1), 96-110.
- Stemmler, M., Beelmann, A., Jaurusch, S., y Losel, F. (2007). Improving parenting practices in order to prevent child behavior problems: A study on parent training as part of the EFFEKT program. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 210(5), 563-570.
- Tarren-Sweeney, M. (2008). Predictors of problematic sexual behavior among children with complex maltreatment histories. *Child Maltreatment*, 13(2), 182-198.
- Terzian, M. A., y Fraser, M. W. (2005). Preventing aggressive behavior and drug use in elementary school: Six family-oriented programs. *Aggression and Violent Behavior*, 10(4), 407-435.

- Thornton, T. N., Craft, C. A., Dahlberg, L. L., Lynch, B. S., y Baer, K. (2000). *Best practices of youth violence prevention: a sourcebook for community action*. Atlanta.
- Tranah, T., Harnett, P., y Yule, W. (1998). Conduct disorder and personality. *Personality and Individual Differences, 24*(6), 741-745.
- Tremblay, R. E. (2000). The development of aggressive behaviour during childhood: What have we learned in the past century? *International Journal of Behavioral Development, 24*(2), 129-141.
- Trout, A. L., Nordness, P. D., Pierce, C. D., y Epstein, M. H. (2003). Research on the academic status of children with emotional and behavioral disorders: A review of the literature from 1961 to 2000. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 11*(4), 198-210.
- Turner, K. M. T., y Sanders, M. R. (2006). Dissemination of evidence-based parenting and family support strategies: Learning from the Triple P - Positive Parenting Program system approach. *Aggression and Violent Behavior, 11*(2), 176-193.
- Vitaro, F., Gendreau, P. L., Tremblay, R. E., y Oligny, P. (1998). Reactive and proactive aggression differentially predict later conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 39*(3), 377-385.
- Vitiello, B., y Stoff, D. M. (1997). Subtypes of Aggression and Their Relevance to Child Psychiatry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(3), 307-315.
- Washburn, J. J., Romero, E. G., Welty, L. J., Abram, K. M., Teplin, L. A., McClelland, G. M., y Paskar, L. D. (2007). Development of antisocial personality disorder in detained youths: The predictive value of mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(2), 221-231.
- Webster-Stratton, C., y Lindsay, D. W. (1999). Social competence and conduct problems in young children: Issues in assessment. *Journal of Clinical Child Psychology, 28*(1), 25-43.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., y Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and



- teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 105-124.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., y Stoolmiller, M. (2008). Preventing conduct problems and improving school readiness: evaluation of the Incredible Years Teacher and Child Training Programs in high-risk schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5), 471-488.
- Weinstein, J. H., Wilson, K. G., Drake, C. E., y Kellum, K. K. (2008). A relational frame theory contribution to social categorization. *Behavior and Social Issues*, 17(1), 40-65.
- Wiesner, M., y Windle, M. (2006). Young adult substance use and depression as a consequence of delinquency trajectories during middle adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 16(2), 239-263.
- Wilson, K. G., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso., ACT. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Williams, S. T., Conger, K. J., y Blozis, S. A. (2007). The development of interpersonal aggression during adolescence: The importance of parents, siblings, and family economics. *Child Development*, 78(5), 1526-1542.
- Woolgar, M. (2005). Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents. *Psychologist*, 18(11), 689-689.
- Zonneville-Bender, M. J. S., Matthys, W., Van De Wiel, N. M. H., y Lochman, J. E. (2007). Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(1), 33-39.

## 9. ANEXOS

### 9.1. Protocolo-Cuestionario recogida de datos de los centros

#### PROTOCOLO RECOGIDA DE DATOS PARA LA EVALUACIÓN DE CENTROS PARA MENORES CON TRASTORNOS DE CONDUCTA

Fecha:

El protocolo está diseñado para que sea contestado por los responsables del centro, no obstante puede requerir, preguntar a algunas personas del equipo técnico y educativo y recabar algunos datos de gestión.

#### Área 1: Datos sobre el Centro

Denominación del centro:		
Entidad Titular:		
1.1. Régimen de colaboración con la Junta de Andalucía: elegir		
1.2. Tipología de centro: elegir	Programa: elegir	
1.3. Fecha Autorización de funcionamiento:	1.4. Fecha Inicio funcionamiento:	
1.5. Dirección postal:		
1.6. Localidad:	1.7. Provincia: elegir	
1.8. Teléfono:	1.9. Fax:	
1.10. E-mail:		
1.11. Número plazas conveniadas:	1.13. Para qué rango de edad: entre    y	
1.12. Número de plazas en total:		
1.14. Descripción del espacio residencial y su uso: [especificar número de dormitorios y capacidad, si tienen baño interior o comunitario, metros, ventilación, luz, rejas, cerraduras, materiales]		
1.15. Descripción del espacio educativo:		
1.16. Proyecto Educativo: <input type="checkbox"/>	1.17. Currículum Educativo: <input type="checkbox"/>	1.18. Reglam. de Org. y Func. ROF: <input type="checkbox"/>
1.19. Fecha presentación SPM:	1.20. Fecha presentación SPM:	1.21. Fecha presentación SPM:
1.22. Fecha visado en DGIF:	1.23. Fecha visado en DGIF:	1.24. Fecha visado en DGIF:
1.25. Conexión a internet: <input type="checkbox"/>	1.26. Sistema informatizado de gestión: <input type="checkbox"/> Especificar tipo de sistema: elegir	
1.27. Sistema de evaluación de la calidad: <input type="checkbox"/> Especificar tipo: elegir    Otro:		

## Área 2: Datos sobre el Equipo Técnico Educativo

2.1. Composición del Equipo:	Nº	Titulación acreditada:	Media* de años de experiencia en el sector:	Horas Formación en 2008-2010: [sumar las de cada grupo]
- Director/a:			años	
- Sub-director/a:			años	
- Coordinador/a:			años	
- Nº Trabajadores/as sociales:			años	
- Nº Psicólogos/as:			años	
- Nº Médicos:			años	
- Otro personal:			años	

\* Media= Suma de años de experiencia dividido entre el número de personas

2.2. Composición del Equipo:	Nº	Titulación No Universitaria:	Diplomatura:	Licenciatura:	Media* de años de experiencia en el sector:	Horas Formación en 2008-2010:[sumar las de cada grupo]
- Nº Educadores/as:					años	
- Nº Monitores/as sociales:					años	

\* Media= Suma de años de experiencia dividido entre el número de personas

2.3. Temas sobre los que se ha recibido formación:
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
2.4. Otros datos sobre la formación/especialización del personal:

--

	Lunes a viernes	Fin de semana	Noches
2.5. N° Educadores/as por turno:			
2.6. N° Monitores/as por turno:			
2.7. N° Total de Personal Técnico-Educativo por turno [indicar el dato real, no el requerido]:			

### Área 3: Datos sobre la Derivación y el Ingreso.

<p><b>3.1. Procedencia de los y las menores:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; margin: 10px 0;"> <tr> <td style="width: 70%;">Nº de ingresos en 2010:</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td>Nº de ceses en 2010:</td> <td></td> </tr> </table> <p> <input type="checkbox"/> Otro centro:      % en 2010  <input type="checkbox"/> Familia:            % en 2010  <input type="checkbox"/> Otro            :            % en 2010         </p>	Nº de ingresos en 2010:		Nº de ceses en 2010:		<p><b>3.2. Documentación requerida:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Documentos</th> <th colspan="3">Frecuencia:</th> </tr> <tr> <th>Nunca</th> <th>A veces</th> <th>Siempre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Resolución de desamparo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autorización judicial</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Informe psicosocial</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Informe clínico (salud mental)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Consentimiento informado (menor)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otra:</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Documentos	Frecuencia:			Nunca	A veces	Siempre	Resolución de desamparo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autorización judicial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informe psicosocial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Informe clínico (salud mental)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consentimiento informado (menor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nº de ingresos en 2010:																																				
Nº de ceses en 2010:																																				
Documentos	Frecuencia:																																			
	Nunca	A veces	Siempre																																	
Resolución de desamparo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Autorización judicial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Informe psicosocial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Informe clínico (salud mental)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Consentimiento informado (menor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Otra:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
<p><b>3.3. Nº de casos en los que se realiza coordinación previa:</b></p> <p>Instancias implicadas:</p> <p>Especificar cómo se lleva a cabo:</p>	<p><b>3.4. Existe acuerdo sobre traslado con lugar de origen:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th>Nunca</th> <th>A veces</th> <th>Siempre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th>Persona/s que acompañan:</th> <th>Nº de casos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Policia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Educador/a</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Familia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Técnico de protección de menores</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Otra:</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Especificar como se lleva a cabo:</p>	Nunca	A veces	Siempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Persona/s que acompañan:	Nº de casos	Policia		Educador/a		Familia		Técnico de protección de menores		Otra:																		
Nunca	A veces	Siempre																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
Persona/s que acompañan:	Nº de casos																																			
Policia																																				
Educador/a																																				
Familia																																				
Técnico de protección de menores																																				
Otra:																																				
<p><b>3.5. Describa qué información se le da al/la menor sobre su traslado y con qué antelación se le informa:</b></p>																																				
<p><b>3.6. Describa cómo se lleva a cabo el procedimiento de acogida:</b></p> <p>3.6.1. Dependencia en la que se hace:</p> <p>3.6.2. Personas que lo reciben:</p> <p>3.6.3. Información que se le da:</p> <p>3.6.4. Descripción del proceso de acogida:</p>																																				

### 3.7. Procedimiento de registro/aseo:

3.7.1. ¿Se realiza un registro/aseo?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
↳ ¿En qué momento?:		
↳ ¿En presencia de quién?:		
↳ Descripción del proceso:		
3.7.2. ¿Se le pide al/la menor que se desnude?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

### 3.8. Asignación de habitación:

- Cómo se realiza la asignación:
- Carácter de la 1ª asignación:
  - Provisional: ¿cuánto dura la provisionalidad como máximo?(en días):
  - Definitiva
- Cuando se realiza un cambio de habitación, qué motivos pueden causarlo:
  - 1.
  - 2.
  - 3.

### 3.9. Gestión de las pertenencias del/la menor:

3.9.1. Ubicación de las pertenencias:

3.9.2. Procedimiento para acceder a las pertenencias:

### 3.10. Incorporación a la actividad del centro [describir cómo se lleva a cabo]:

## Área 4: Datos sobre el funcionamiento del centro y la atención a los menores

<p><b>4.1. Evaluación Inicial del menor:</b></p> <p>4.1.1. Fuentes de información:          4.1.2. Personas que recogen los datos:          4.1.3. Personas que redactan el informe:          4.1.4. Metodología para llevar a cabo la evaluación:          4.1.5. Ponga ejemplos de algunos objetivos que se formulen:          -          -          -</p>	<p><b>4.2. Informes que se elaboran:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th style="text-align: left;">Informe</th> <th style="text-align: center;"> </th> <th style="text-align: center;">Cadencia (nº meses)</th> <th style="text-align: center;">Destinatarios</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Inicial</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Seguimiento</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Propuesta</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Incidencias</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Comentarios:</p>	Informe		Cadencia (nº meses)	Destinatarios	Inicial	<input type="checkbox"/>			Seguimiento	<input type="checkbox"/>			Propuesta	<input type="checkbox"/>			Incidencias	<input type="checkbox"/>		
Informe		Cadencia (nº meses)	Destinatarios																		
Inicial	<input type="checkbox"/>																				
Seguimiento	<input type="checkbox"/>																				
Propuesta	<input type="checkbox"/>																				
Incidencias	<input type="checkbox"/>																				
<p><b>4.3. Horarios [señale lo que proceda]:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tienen establecido Horario GENERAL del centro</p> <p><input type="checkbox"/> Tienen establecido Horario INDIVIDUAL para cada menor</p> <p><input type="checkbox"/> Existe un Horario de LIBRE DISPOSICIÓN para cada menor</p>	<p>¿Qué actividades determinan el horario individual?:</p> <p>Comentarios:</p>																				
<p><b>4.4. Tutoría:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;">           4.4.1. Se realiza asignación de tutor/a de referencia:             ↳ ¿En qué momento?:             ↳ Criterios seguidos para la asignación:         </td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> SÍ         </td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> NO         </td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;">           4.4.2. ¿Existen espacios para la acción tutorial?             ↳ Indique cuáles:         </td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> SÍ         </td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> NO         </td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;">           4.4.3. ¿Existen registros de las acciones tutoriales?             ↳ ¿Cuáles?:         </td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> SÍ         </td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> NO         </td> </tr> </table>	4.4.1. Se realiza asignación de tutor/a de referencia:  ↳ ¿En qué momento?:  ↳ Criterios seguidos para la asignación:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	4.4.2. ¿Existen espacios para la acción tutorial?  ↳ Indique cuáles:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	4.4.3. ¿Existen registros de las acciones tutoriales?  ↳ ¿Cuáles?:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;">           4.4.6. ¿Existe solapamiento de turnos?             ↳ ¿Cómo se lleva a cabo?:         </td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> SÍ         </td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> NO         </td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;">           4.4.7. ¿Existe libro de comunicaciones entre educadores/as?             ↳ ¿Cómo se utiliza?:         </td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> SÍ         </td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> NO         </td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; padding: 5px;">           4.4.8. ¿Existe otro método estructurado de intercambio de información entre educadores/as?             ↳ ¿Cuál?:         </td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> SÍ         </td> <td style="width: 20%; text-align: center; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> NO         </td> </tr> </table>	4.4.6. ¿Existe solapamiento de turnos?  ↳ ¿Cómo se lleva a cabo?:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	4.4.7. ¿Existe libro de comunicaciones entre educadores/as?  ↳ ¿Cómo se utiliza?:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	4.4.8. ¿Existe otro método estructurado de intercambio de información entre educadores/as?  ↳ ¿Cuál?:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO		
4.4.1. Se realiza asignación de tutor/a de referencia:  ↳ ¿En qué momento?:  ↳ Criterios seguidos para la asignación:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO																			
4.4.2. ¿Existen espacios para la acción tutorial?  ↳ Indique cuáles:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO																			
4.4.3. ¿Existen registros de las acciones tutoriales?  ↳ ¿Cuáles?:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO																			
4.4.6. ¿Existe solapamiento de turnos?  ↳ ¿Cómo se lleva a cabo?:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO																			
4.4.7. ¿Existe libro de comunicaciones entre educadores/as?  ↳ ¿Cómo se utiliza?:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO																			
4.4.8. ¿Existe otro método estructurado de intercambio de información entre educadores/as?  ↳ ¿Cuál?:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO																			

4.4.4. ¿Se hacen reuniones de educadores/as? ↳¿Con qué frecuencia?:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO								
4.4.5. ¿Existe intercambio de información entre educadores/as y tutores/as de los centros educativos? ↳¿Con qué frecuencia?:  ↳¿Cómo se hacen?:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO								
			↳¿Cuál es su frecuencia de uso?: <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><thead><tr><th>Nunca</th><th>A veces</th><th>Siempre</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Nunca	A veces	Siempre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nunca	A veces	Siempre								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
			4.4.9 ¿Existe un método estructurado de intercambio de información entre educadores/as y equipo técnico? ↳¿Cuál?:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						
			4.4.10 ¿Existe un método estructurado de intercambio de información entre el equipo directivo y el equipo técnico y educativo? ↳¿Cuál?:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO						

#### 4.5. Gestión de la privacidad:

4.5.1. ¿Puede tener objetos personales en su habitación? ↳¿Cuáles?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
4.5.2. ¿Disponen los y las menores de momentos para estar solos/as? ↳¿Cuáles?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
4.5.3. ¿Las habitaciones disponen de cerradura? ↳¿Cómo se gestiona su apertura/cierre?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
4.5.4. ¿Cómo se promueve el respeto a la privacidad de los menores?		
4.5.5. ¿Cómo se gestiona la privacidad de los contenidos de la correspondencia postal o de la correspondencia por e-mail?		



--	--	--

#### 4.6. Régimen de relaciones familiares:

[Datos referidos a los menores actualmente acogidos en el centro]

Número de menores que SÍ tienen régimen de relaciones familiares:		
Número de menores que NO tienen régimen de relaciones familiares:		

#### a) VISITAS

4.6.1. ¿Se da información previa al/la menor sobre las visitas?  ¿Cuál?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
4.6.2. ¿Se da información previa a las familias sobre las visitas?  ¿Cuál?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
4.6.3. Tipos de visitas que se dan en el centro  <input type="checkbox"/> No supervisadas <input type="checkbox"/> Supervisadas  4.6.3.1. ¿Qué criterios se siguen para decidir la supervisión? 4.6.3.2. ¿Por qué medio se hace la supervisión? [presencial, a través de mampara o cristal, cámara]: 4.6.3.3. ¿Qué profesionales las supervisan?:		
4.6.4. ¿Existe un registro del desarrollo de las visitas?  ↳ ¿En qué formato?: <input type="checkbox"/> Papel <input type="checkbox"/> Electrónico  ↳ ¿Qué información recoge?:  ↳ ¿Qué uso se le da a la información registrada? [cómo revierte en el equipo, trascendencia de la información, comunicación a otras instancias]	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

#### b) SALIDAS DURANTE LA ESTANCIA

4.6.5. ¿Se da información previa al/la menor sobre cada salida?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> En algunos casos	<input type="checkbox"/> En la mayoría de casos	<input type="checkbox"/> Siempre
¿Cuál?				
4.6.6. ¿Existe un registro del desarrollo de las salidas?  ↳ ¿En qué formato?:  ↳ ¿Qué uso se le da a la información registrada? [cómo revierte en el equipo, trascendencia de la información, comunicación a otras instancias]	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO		

#### 4.7. Contactos con el exterior:

a) Relaciones sociales

<p>4.7.1. ¿Se permite la visita de amigos y amigas en el centro?  ¿Cual?</p>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
<p>4.7.2. ¿Disponen los y las menores de tiempo libre para salir?  ¿Cuál?</p>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
<p>4.7.3. ¿Se permite a los y las menores contacto telefónico con personas ajenas a su familia?  ¿Con qué frecuencia semanal?</p>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
<p>4.7.4. ¿Pueden los y las menores usar un teléfono móvil propio?  En caso afirmativo ¿qué criterios se siguen para regular su uso?:</p>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
<p>4.7.5. ¿Tienen los y las menores acceso a Internet?   <input type="checkbox"/> El acceso es libre  <input type="checkbox"/> El acceso es supervisado</p>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

b) Actividades culturales o educativas:

<p>4.7.6. ¿En qué tipo de actividades pueden los y las menores decidir sobre su participación?</p>		
<p>4.7.7. ¿En qué grado participan?: elegir</p>		
<p>4.7.8. ¿Pueden los y las menores decidir sobre su participación en algunas actividades de tiempo libre sin acompañamiento?</p>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
<p>4.7.9. ¿Pueden los y las menores decidir sobre su participación en algunas actividades que organizan otros recursos (ej. Centro Educativo, Deportivo, Ocio)?  ¿Cuáles?</p>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

**c) Instituciones**

4.7.10. ¿Cómo se producen los contactos con los y las técnicos de referencia en SPM?

4.7.11. ¿Con qué otros agentes externos al sistema tienen contacto los y las menores?

**4.8. Modelo de convivencia**

**a) Sistema de Refuerzo de Conductas Positivas**

4.8.1. ¿En qué momento se informa a los y las menores sobre los comportamientos apropiados en el centro?

4.8.2. ¿Cómo se informa a los y las menores sobre los comportamientos apropiados en el centro? [especificar si se hace oralmente o por escrito y cómo se lleva a cabo]

4.8.3. Tipo de consecuencias que recibe el/la menor cuando **SÍ** se comporta apropiadamente:

**b) Ejercicio de la Potestad de corrección:**

4.8.4. ¿En qué momento se informa a los y las menores sobre los comportamientos inapropiados en el centro?

4.8.5. ¿Cómo se informa a los y las menores sobre los comportamientos inapropiados en el centro?		
4.8.6. Tipo de consecuencias que recibe el/la menor cuando NO se comporta apropiadamente:		
4.8.7. Tipo de comportamientos que son denunciados a Fiscalía o Cuerpos de Seguridad:		
4.8.8. Número medio mensual de denuncias interpuestas (sin incluir fugas) en 2010:		
4.8.9. Señale las medidas que se practican como corrección:		
<input type="checkbox"/> Cambios en el régimen de visitas: <input type="checkbox"/> Cambios en los contactos telefónicos: <input type="checkbox"/> Cambios en otros contactos con el exterior:  ¿A qué instancias se comunica?		
4.8.10. ¿Se practica la contención física?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuencia de utilización: elegir</li> <li>- ¿En qué casos? [Especifique el tipo de conductas]:</li> <li>- ¿En qué consiste la contención?:</li> <li>- ¿Quién la lleva a cabo?</li> <li>- ¿Cuánto dura como máximo?</li> </ul> <p>¿A qué instancias se comunica?</p>		
4.8.11. ¿Se practican medidas de contención mediante fármacos?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuencia de utilización: elegir</li> <li>- ¿En qué casos? [Especifique el tipo de conductas]</li> <li>- ¿Qué tipo de sustancias se administran?</li> <li>- ¿Quién la lleva a cabo?</li> </ul>		

<p>- ¿Cuánto dura como máximo?</p> <p>¿A qué instancias se comunica?</p>		
<p>4.8.12. Se practican medidas de aislamiento físico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuencia de utilización: elegir</li> <li>- ¿En qué casos?[Especifique el tipo de conductas]</li> <li>- ¿En qué consiste la contención?</li> <li>- ¿Quién lo lleva a cabo?</li> <li>- Características del espacio/sala para el aislamiento:</li> <li>- ¿Cuánto duran las medidas de aislamiento?</li> </ul> <p>¿A qué instancias se comunica?</p>	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

**4.9. Ausencias injustificadas: abandono o fugas del centro**

<p>4.9.1. Cuando se conoce la ausencia injustificada de un menor o una menor del centro ¿cuál es el plazo de tiempo para interponer denuncia?</p>		
<p>4.9.2. Instancias a las que se comunican las ausencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Servicio de Protección de Menores.</li> <li><input type="checkbox"/> Dirección General de Infancia y Familias.</li> <li><input type="checkbox"/> Fiscalía de menores.</li> <li><input type="checkbox"/> Juzgados.</li> <li><input type="checkbox"/> Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.</li> <li><input type="checkbox"/> Servicios Sociales de la Zona.</li> <li><input type="checkbox"/> Familia.</li> <li><input type="checkbox"/> Otros</li> </ul>		
<p>4.9.3. ¿Qué tipo de actuaciones se realizan para la localización del menor o de la menor ausente?:</p>		
<p>4.9.4. Cuando se localiza al menor o la menor ¿quién se encarga de su traslado al centro?</p>		

4.9.5. ¿Qué tipo de actuaciones se llevan a cabo tras el retorno al centro?

4.9.6. Número de ausencias injustificadas en 2010:

	<b>Nº Total</b>
Nº de ausencias injustificadas en 2010	■
Nº de menores que se han ausentado en 2010	■ ■ chicos

4.9.7. Desenlace:

- |   |             |
|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> Regreso al centro:             | % (en 2010) |
| <input type="checkbox"/> Regresa al entorno familiar:   | % (en 2010) |
| <input type="checkbox"/> Queda en paradero desconocido: | % (en 2010) |
| <input type="checkbox"/> Otros :                        | % (en 2010) |

## Área 5: Datos sobre la intervención socioeducativa y terapéutica

[Datos referidos a los menores actualmente acogidos en el centro]

5.1. ¿El Proyecto de Intervención con el/la menor está integrado en un sólo documento? (a nivel educativo, terapéutico y social)

Sí

No → En caso negativo en cuantos documentos se contempla el proyecto de intervención:

5.2. Método para el diseño y revisión del Proyecto Educativo Individualizado:  
[Desglosar: fuentes de información, responsables del diseño y revisión]

5.2.1. ¿Se hace uso de recursos normalizados (externos al centro)? Sí  No

5.2.2. Señale cuáles:

Salud.

Educación.

Otros:

5.2.3. Indique los criterios que se siguen para decidir usar recursos propios o externos:

5.3. Sistema para la Evaluación de la consecución de objetivos de intervención [describir, planificación, temporalidad, personas encargadas]:

5.3.1. Comentarios:

---

**MODELO DE INTERVENCIÓN**

5.4. Formatos de terapia utilizados:

Nº de casos en los que se utiliza SÓLO TERAPIA INDIVIDUAL	
Nº de casos en los que se utiliza SÓLO TERAPIA GRUPAL	
Nº de casos en los que se utiliza AMBAS INDIVIDUAL+FAMILIAR	
Nº de casos en los que se hace TERAPIA FAMILIAR	

Otro tipo de tratamientos utilizados:

5.5. Tratamientos psicológicos utilizados:

Terapia Cognitivo Conductual.

Terapia Sistémica.

Terapia Centrada en Soluciones.

Terapia Dialéctico Conductual.

Otro:

5.5.1. Especificar tipo de técnicas utilizadas habitualmente:

5.6. Tratamientos farmacológicos: Sí  No

Seguimiento médico:

Sistema Público de Salud.

Psiquiatra privado/ centro.

	Profesional responsable
Prescripción	
Seguimiento	
Administración	

Comentarios [especificar]:

5.7. En los casos en los que se lleva a cabo intervención familiar:

5.7.1. Quién se ocupa de la intervención familiar:

ETF.

Equipo del Centro.

Servicios Sociales.

Programas específicos.

Otros:

5.7.2. ¿Qué objetivos se suelen trabajar con la familia? Enumerar los más significativos

5.7.3. ¿Qué tipos de intervenciones son más habituales con las familias desde el Centro?



5.8. Actuaciones ante los comportamientos relacionados con autolisis (suicidio) y autolesiones:

5.8.1. ¿Se han producido casos de <u>manifestaciones verbales</u> sobre la idea de suicidarse?  ↳ Describa las actuaciones o precauciones llevadas a cabo:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
5.8.2. ¿Se han producido casos de <u>intento material de suicidio</u> ?  ↳ Describa las actuaciones o precauciones llevadas a cabo:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
5.8.3. ¿Se han producido casos de <u>conductas autolesivas</u> ?  ↳ Describa las actuaciones o precauciones llevadas a cabo:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

## Área 6: Datos sobre la salida del centro

[Datos referidos a los menores que han estado acogidos durante 2010]

### 6.1. Criterios para la finalización de la intervención:

### 6.2. Motivo de salida del centro:

	N	%
6.2.1. Nº de casos que concluyen en Cumplimiento de Objetivos de la Intervención (TOTAL en 2010)		
6.2.1.1. Reunificación familiar		
6.2.1.2. Acogimiento familia extensa	■	■
6.2.1.3. Acogimiento familia ajena	■	■
6.2.1.4. Traslado al centro de procedencia	■	■
6.2.1.5. Traslado a otro centro residencial básico	■	■
6.2.1.6. Traslado a recurso mayoría de edad	■	■
6.2.1.7. Otros	■	■
6.2.2. Nº de casos que concluyen en Imposibilidad de llevar a cabo la intervención (TOTAL en 2010)		
6.2.2.1. Abandono voluntario del centro	■	■
6.2.2.2. Paso del menor a un centro de reforma	■	■
• Medida <u>anterior</u> al internamiento en el centro	■	■
• Medida <u>durante</u> el internamiento en el centro	■	■
6.2.2.3. Inadecuación terapéutica del programa	■	■
• Traslado a otro recurso CTC	■	■
• Reunificación familiar	■	■
• Acogimiento familia extensa	■	■
• Acogimiento familia ajena	■	■
• Traslado al centro de procedencia	■	■
• Traslado a otro centro residencial básico	■	■
• Otros	■	■
6.2.3. Mayoría de edad (TOTAL en 2010)	■	■
• Retorno al medio natural	■	■
• Traslado a un recurso para jóvenes ex –tutelados	■	■
• Traslado a otros recursos residenciales	■	■

Comentarios:

### 6.3. Derivaciones tras la salida del centro:

Nº de Casos derivados a:	Nº de Casos en 2010
6.3.1. Servicios Sociales Comunitarios	■
6.3.2. Equipos de Tratamiento Familiar	■
6.3.3. Programas complementarios (relaciones intergeneracionales, mediación, abusos, maltrato)	■
6.3.4. Salud Mental	■
6.3.5. Centros Provinciales drogadicción	■
6.3.6. Otro	■
6.3.7. No se considera necesaria la derivación	■

Comentarios:

### 6.4. Procedimiento de derivación [señale las actuaciones que se llevan a cabo]:

- Reunión previa.
- Informe de derivación.
- Escrito de derivación.
- Telefónica.
- Otro:

### 6.5. Protocolo de salida del centro [Describa cómo se actúa con respecto a los siguientes aspectos]:

- 6.5.1. Preparación del/la menor:
- 6.5.2. Designación de la persona de referencia para prepararle:
- 6.5.3. Información que se le da al/la menor y antelación:
- 6.5.4. Constancia escrita de la información que se le da al/la menor:
- 6.5.5. Información que se da al personal del centro:
- 6.5.6. Información a familia y allegados:
- 6.5.7. Actividades de despedida:
- 6.5.8. Documentación que se entrega al/la menor:
- 6.5.9. Documentación que se entrega al centro de destino:

6.5.10. Equipaje:

6.5.11. Traslado:

**6.6. Cierre del expediente:**

Documentación que se elabora:	Destinatario/a:
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
Otra:	

Tratamiento de la información una vez cerrado el expediente [describir qué se hace con el expediente]:

## Área 7: Datos sobre los menores

[Datos referidos a los menores actualmente acogidos en el centro, excepto en los puntos 7.3.4 y 7.3.6]

7.1. Nº de menores en el Programa				Comentarios sobre el número de menores en programa:
Edad	Nº Chicos	Nº Chicas	Total	
12				
13				
14				
15				
16				
17				
				nacionales

7.2. Situación legal de los y las menores		
	N	%
7.2.1. Nº Total de Menores con resolución de Desamparo		
7.2.1.1. Con resolución anterior a 2005		
7.2.1.2. Con resolución entre 2006-2009		
7.2.1.3. Con resolución de 2010 o posterior		
7.2.2. Nº de Menores con medida de Guarda		
7.2.3. Nº de Menores ingresados con Autorización Judicial		
7.2.4. Nº de menores con medida judicial de Reforma Juvenil [previa al ingreso en el centro]		
7.2.5. Nº de menores con medida judicial de Reforma Juvenil [durante la estancia en el centro]		

### 7.3. Situación y evolución en el programa de intervención

	N	%
7.3.1. Nº de Menores con Diagnóstico Clínico de Salud Mental al ingresar en el Centro	■	■
↳ Indicar etiquetas diagnósticas más frecuentes:		
1.	■	■
2.	■	■
3.	■	■
7.3.2. Nº de menores que tienen prescrito tratamiento farmacológico	■	■
7.3.3. Nº de menores que presentan problemas con el consumo de sustancias tóxicas	■	■
7.3.4. Nº de menores que completan el programa (en 2010)	■	■
7.3.5. Tiempo de permanencia en el centro (en meses)		
7.3.5.1. Nº de menores que llevan de 0 a 6 meses	■	■
7.3.5.2. Nº de menores que llevan de 7 a 12 meses	■	■
7.3.5.3. Nº de menores que llevan de 13 a 18 meses	■	■
7.3.5.4. Nº de menores que llevan más de 18 meses	■	■
7.3.6. Motivos de finalización de la intervención (en 2010):		
a. Cumplimiento de objetivos de la intervención	■	■
b. Imposibilidad de llevar a cabo la intervención	■	■
c. Mayoría de edad	■	■

### 7.4. Situación de los menores en el ámbito educativo

	N	%
7.4.1. Nº de menores escolarizados en recursos educativos normalizados		
7.4.2. Nº de menores escolarizados en programas educativos especiales (dentro del centro)		
7.4.3. Nº de menores que presentan retraso escolar	■	■
7.4.4. Nº de menores que reciben apoyo escolar	■	■

### 7.5. Situación de los menores en el ámbito formativo

	N	%
7.5.1. Nº de menores escolarizados en recursos formativos normalizados	■	■

7.5.2. Nº de menores en programas formativos especiales (dentro del centro)	■	■
7.5.3. Nº de menores inscritos en el S.A.E.	■	■
7.5.4. Nº de menores inscritos en Andalucía Orienta	■	■
7.5.5. Nº de menores inscritos en el Programa Labora	■	■

#### 7.6. Situación de los menores en relación a su familia

	N	%
7.6.1. Nº de menores que mantienen contacto telefónico/postal con su familia		
7.6.2. Nº de menores que reciben visitas de sus familiares		
7.6.3. Nº de menores que salen períodos de tiempo al domicilio familiar	■	■
7.6.4. Nº de menores que no mantienen contacto alguno con familia	■	■
7.6.5. Nº de casos en los que se realiza un trabajo directo con la familia	■	■

## 9.2. Criterios para el diagnóstico de los TC

### 1. Criterios diagnósticos para los Trastornos de Conducta según CIE-10

#### F91.3. Trastorno negativista desafiante (313.81)

Criterios para el Diagnóstico de Trastorno Oposicionista Desafiante: patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 6 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:

1. a menudo se encoleriza e incurre en pataletas
2. a menudo discute con adultos
3. a menudo desafía activamente a los adultos o rehusa cumplir sus obligaciones
4. a menudo molesta deliberadamente a otras personas
5. a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
6. a menudo es susceptible o fácilmente moleestado por otros
7. a menudo es colérico y resentido
8. a menudo es rencoroso o vengativo

#### F91.8. Trastorno disocial (312.8)

Criterios para el diagnóstico de Trastorno Disocial: patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses.

##### Agresión a personas y animales

1. a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros
2. a menudo inicia peleas físicas
3. ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p. ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
4. ha manifestado crueldad física con personas
5. ha manifestado crueldad física con animales
6. ha robado enfrentándose a la víctima (p. ej., ataque con violencia, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada)
7. ha forzado a alguien a una actividad sexual

##### Destrucción de la propiedad

8. ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves
9. ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)

##### Fraudulencia o robo

10. ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona
11. a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, "tíma" a otros)
12. ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p. ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

##### Violaciones graves de normas

13. a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad
14. se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o solo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)
15. suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad.



## 2. Criterios diagnósticos para los Trastornos de Conducta según DSM-IV-TR

### F91 Trastornos disociales

Los trastornos disociales se caracterizan por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retador. En sus grados más extremos puede llegar a violaciones de las normas, mayores de las que serían aceptables para el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en la que vive. Se trata por tanto de desviaciones más graves que la simple "maldad" infantil o rebeldía adolescente. Los actos antisociales o criminales aislados no son, por sí mismos base para el diagnóstico, que implica una forma duradera de comportamiento.

Los trastornos disociales suelen estar relacionados con un ambiente psicosocial desfavorable, entre ellos relaciones familiares no satisfactorias y fracaso escolar, y se presenta con más frecuencia en chicos. La distinción entre los trastornos disociales y los trastornos de las emociones es bien definida, mientras que su diferenciación del trastorno hiperactivo es menos clara y es frecuente un solapamiento entre ambos.<

#### Pautas para el diagnóstico

Se debe tener en cuenta el nivel del desarrollo del niño. Las rabietas, por ejemplo, forman parte de un desarrollo normal a la edad de tres años y su mera presencia no debería ser una indicación para el diagnóstico. Del mismo modo, la violación de los derechos cívicos de otras personas (como un crimen violento), no se encuentra al alcance de la mayoría de los niños de siete años de edad, y por lo tanto, no constituye una pauta diagnóstica para este grupo de edad.

Las formas de comportamiento en las que se basa el diagnóstico pueden ser del tipo de las siguientes: grados excesivos de peleas o intimidaciones, crueldad hacia otras personas o animales, destrucción grave de pertenencias ajenas, incendio, robo, mentiras reiteradas, faltas a la escuela y fugas del hogar, rabietas frecuentes y graves, provocaciones, desafíos y desobediencia graves y persistentes. Cualquiera de estas categorías, si es intensa, es suficiente para el diagnóstico, pero los actos disociales aislados no lo son.

#### Excluye:

Trastornos disociales asociados a:

Trastornos emocionales (F92.-).

Trastornos hiperactivos (F90.-).

Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39).

Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-).

Esquizofrenia (F20.-).

#### F91.0 Trastorno disocial limitado al contexto familiar

Incluye trastornos disociales en los que el comportamiento disocial, antisocial o agresivo (que va más allá de manifestaciones opositoras, desafiantes o subversivas) está completamente, o casi completamente, restringido al hogar o a las relaciones con miembros de la familia nuclear o allegados. El trastorno requiere que se satisfaga el conjunto de pautas de F91, de tal manera que incluso relaciones entre los progenitores y el hijo gravemente alteradas no son en sí mismas suficientes para el diagnóstico. Las manifestaciones más frecuentes son robos en el hogar referidos con frecuencia específicamente al dinero o a pertenencias de una o dos personas concretas, lo cual puede acompañarse de un comportamiento destructivo deliberado, de nuevo con preferencia referido a miembros concretos de la familia, tal como romper juguetes u objetos de adorno, ropas, hacer rayados en muebles o destrucción de pertenencias apreciadas. El diagnóstico puede basarse también en la presencia de actos de violencia contra miembros de la familia. Puede presentarse también la provocación de incendios deliberados del hogar.

#### Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico requiere que no esté presente ninguna alteración significativa del comportamiento antisocial fuera del ambiente familiar y que la relación social del niño fuera de la familia esté dentro de un rango normal.

En la mayoría de los casos, estos trastornos disociales limitados al contexto familiar han comenzado en relación con algún tipo de alteración intensa de las relaciones del chico con uno o más miembros de la familia nuclear. En algunos casos, por ejemplo, el trastorno puede haberse iniciado por conflictos con un padrastro o madrastra.

#### F91.1 Trastorno disocial en niños no socializados

Caracterizado por la combinación de un comportamiento disocial persistente o agresivo (que satisfacen el conjunto de pautas de F91, y que no son simplemente manifestaciones opositoras, desafiantes o subversivas) con una significativa y profunda dificultad para las relaciones personales con otros chicos.

#### Pautas para el diagnóstico

Falta de integración efectiva entre los compañeros que tiene prioridad diagnóstica sobre las otras diferenciaciones. Los problemas de las relaciones con los compañeros se manifiestan principalmente por un aislamiento o un rechazo, por la impopularidad entre otros chicos y por una falta de amigos íntimos o de relaciones afectivas recíprocas y duraderas con los compañeros de la misma edad. Las relaciones con adultos tienden a estar marcadas por la discordia, la hostilidad y el resentimiento, pero pueden existir buenas relaciones con algunos adultos (aunque falta por lo general una confianza íntima), lo cual no descarta el diagnóstico. Con frecuencia, pero no siempre, se presentan alteraciones emocionales sobreañadidas, las que, si son de un grado suficiente para satisfacer las pautas del trastorno mixto, se codificarán de acuerdo con F92.-.

Si se presenta un comportamiento delictivo, lo típico, pero no indispensable, es que sea en solitario. Las formas características de comportamiento son: intimidaciones, peleas excesivas, y (en chicos mayores) extorsiones o atracos violentos y niveles excesivos de desobediencia, agresividad, falta de cooperación y resistencia a la autoridad, rabietas graves y accesos incontrolados de cólera, destrucción de propiedades ajenas, incendios y crueldad con otros niños y animales. No obstante, algunos chicos aislados se ven envueltos en delitos en grupo, de tal modo que la naturaleza del delito es menos importante para hacer el diagnóstico que la cualidad de las relaciones personales.

El trastorno es por lo general persistente en distintas situaciones, pero puede ser más manifiesto en el colegio o en la escuela. La especificidad de una situación concreta distinta del hogar es compatible con el diagnóstico.

Incluye:

Trastorno agresivo no socializado.

Trastorno disocial solitario de tipo agresivo.

### **F91.2 Trastorno disocial en niños socializados**

Incluye formas de comportamiento disocial y agresivo (que satisfacen el conjunto de las pautas de F91 y que no son simplemente manifestaciones opositoristas, desafiantes o subversivas). Se presenta en individuos por lo general bien integrados en grupos de compañeros.

Pautas para el diagnóstico

El rasgo diferencial clave es la existencia de amistades adecuadas y duraderas con compañeros de aproximadamente la misma edad. Con frecuencia, pero no siempre, el grupo de compañeros lo constituyen otros jóvenes implicados en actividades delictivas o disociales (en tal caso, el comportamiento inaceptable del chico puede estar aprobado por los compañeros y regulado por normas de la subcultura a la que pertenece). No obstante, éste no es un requisito necesario para el diagnóstico y el chico puede formar parte de un grupo de compañeros no delinquentes y el comportamiento antisocial tener lugar fuera de este contexto. Puede haber relaciones alteradas con las víctimas o con algunos otros chicos si el comportamiento disocial implica intimidación. De nuevo, esto no invalida el diagnóstico, con tal que el chico tenga alguna pandilla e la cual es leal y con cuyos miembros le une una amistad duradera.

Las relaciones con figuras de autoridad adultas tienden a ser malas, pero pueden existir buenas relaciones con algunas personas concretas. Las alteraciones emocionales suelen ser mínimas. El comportamiento disocial puede extenderse también al ambiente familiar, pero si se limita al hogar, debe descartarse este diagnóstico. Con frecuencia el trastorno es más evidente fuera del contexto familiar y el hecho que tenga una relación específica con el colegio u otros ambientes fuera del seno familiar, es compatible con el diagnóstico.

Incluye:

Trastorno disocial "en pandilla".

Delincuencia en grupo.

Delitos formando parte de una banda.

Robos en compañía.

Ausencias escolares.

Excluye:

Actividades de bandas sin trastornos psiquiátricos manifiestos (Z03.2).

### **F91.3 Trastorno disocial desafiante y opositorista**

Trastorno disocial es característico de niños con edades por debajo de los 9 ó 10 años. Viene definido por la presencia de un comportamiento marcadamente desafiante, desobedientes y provocador y la ausencia de otros actos disociales o agresivos más graves que violen la ley y los derechos de los demás. El trastorno requiere que se satisfagan las pautas generales de F91. Un comportamiento malicioso o travieso grave no es en sí mismo suficiente para el diagnóstico. Muchos autores consideran que las formas de comportamiento de tipo opositorista desafiante representan una forma menos grave de trastorno disocial, más bien que un tipo cualitativamente distinto. No hay datos experimentales sobre si la diferencia es cuantitativa o cualitativa. Sin embargo, los hallazgos actuales sugieren que si se tratara de un trastorno distinto, lo sería principal o únicamente en los niños más pequeños. Se debe utilizar esta categoría con cautela, sobre todo con los niños de mayor edad. Los trastornos disociales clínicamente significativos en los niños mayores suelen acompañarse de un comportamiento disocial o agresivo que van más allá del desafío, la desobediencia o la subversión, aunque con frecuencia suele precederse de un trastorno disocial opositorista en edades más tempranas. Esta categoría se incluye para hacerse eco de la práctica diagnóstica habitual y facilitar la clasificación de los trastornos que aparecen en los niños pequeños.

#### Pautas para el diagnóstico

El rasgo esencial de este trastorno es una forma de comportamiento persistentemente negativista, hostil, desafiante, provocadora y subversiva, que está claramente fuera de los límites normales del comportamiento de los niños de la misma edad y contexto sociocultural y que no incluye las violaciones más importantes de los derechos ajenos que se reflejan en el comportamiento agresivo y disocial especificado para las categorías de trastornos disociales F91.0 a F91.2. Los niños con este trastorno tienden frecuentemente a oponerse activamente a las peticiones o reglas de los adultos y a molestar deliberadamente a otras personas. Suelen tender a sentirse enojados, resentidos y fácilmente irritados por aquellas personas que les culpan por sus propios errores o dificultades. Generalmente tienen una baja tolerancia a la frustración y pierden el control fácilmente. Lo más característico es que sus desafíos sean en forma de provocaciones que dan lugar a enfrentamientos. Por lo general se comportan con niveles excesivos de grosería, falta de colaboración resistencia a la autoridad.

Este tipo de comportamiento suele ser más evidente en el contacto con los adultos o compañeros que el niño conoce bien y los síntomas del trastorno pueden no ponerse de manifiesto durante una entrevista clínica.

La diferencia clave con otros tipos de trastornos disociales es la ausencia de violación de las leyes o de los derechos fundamentales de los demás, tales como el robo, la crueldad, la intimidación, el ataque o la destrucción. La presencia definitiva de cualquiera de estas formas de comportamiento excluye el diagnóstico. Sin embargo, el comportamiento disocial opositor-desafiante, tal como se ha perfilado en el anterior párrafo, se encuentra con frecuencia en otros trastornos disociales.

Excluye:

Trastornos disociales con comportamiento abiertamente disocial o agresivo (F91.0-F91.2).

#### **F91.8 Otros trastornos disociales**

#### **F91.9 Trastorno disocial sin especificación**

Incluye:

Trastorno disocial de la infancia sin especificar.

Trastorno del comportamiento de la infancia sin especificar.

#### **F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos**

Grupo de trastornos que se caracteriza por la combinación persistente de un comportamiento agresivo, disocial o retardador, con manifestaciones claras y marcadas de depresión, ansiedad u otras alteraciones emocionales.

#### Pautas para el diagnóstico

La gravedad del trastorno debe ser suficiente como para que se satisfagan las pautas de trastorno disocial de la infancia (F91.-) y del trastorno de las emociones de comienzo específico en la infancia (F93.-), de un trastorno neurótico del adulto (F40-F49) o de trastorno del humor (afectivo) (F30-F39).

#### **F92.0 Trastorno disocial depresivo**

Combinación de rasgos de trastorno disocial de la infancia (F91.-) y de depresión persistente y marcada del estado de ánimo, puesta de manifiesto por síntomas tales como sentimientos excesivos de infelicidad, pérdida de interés y placer por las actividades habituales, reproches hacia sí mismo, desesperanza. También pueden estar presentes trastornos del sueño o del apetito.

Incluye:

Trastorno disocial (F91.-) asociado a un trastorno depresivo (F30-F39).

#### **F92.8 Otros trastornos disociales y de las emociones mixtos**

Combinación de trastorno disocial (F91.-) de la infancia con síntomas emocionales persistentes y marcados, tales como ansiedad, temores, obsesiones o compulsiones, despersonalización o desrealización, fobias o hipocondría. La cólera y el resentimiento son más bien rasgos de un trastorno disocial que de un trastorno de las emociones, pero en sí no contradicen ni apoyan el diagnóstico.

Incluye:

Trastorno disocial (F91.-) asociado a un trastorno de las emociones (F93).

Trastorno disocial (F91.-) asociado a un trastorno neurótico (F40- F48).

#### **F92.9 Trastorno disocial y de las emociones mixto sin especificación**